

Leder	3
Forskning i praksis	4
Innspill: Hanne Harlem	6
Doktoravhandlinger	7
Evidene Based Nursing	8
Artikkel: Ektefellens behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt	16
Innspill: Berit Rokne Hanestad	25
Artikkel: Operasjonspasienten med piercing. Skal piercing fjernes før undersøkelser og kirurgiske inngrep?	26
Forskningsnytt	32
Artikkel: Skrivning som læringsarena i sjukepleiefaget	34
Kommentar fra praksisfeltet	41
Cochrane	42
Artikkel: Risikofaktorer for å utvikle trykksår hos personer med ryggmargsbrokk	44
Nyttstoff: Positivism	52
Forskerintervju: Alfhild Dihle	54



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



Per Nortvedt
Professor ved Universitetet i Oslo



Lars Mathisen
Seksjonsoversykepleier ved thoraxkirurgisk sengepost ved Rikshospitalet i Oslo



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



Liv Wergeland Sørbye
Førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo



Marit Kirkevold
Professor ved Universitetet i Oslo



Morten Syversen
Mastergradsstudent i klinisk sykepleievitenskap ved Høgskolen i Oslo



Tone Moan
Bachelorstudent i sykepleie ved Høgskolen i Bergen



Annars Lerdal
Førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud



Tone Rustøen
Professor ved Høgskolen i Oslo

Sykepleien Forskning skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, for høgskoler og studenter. Sykepleien Forskning er et bilag til Sykepleien og utøver uavhengig og kritisk forskningsformidling.

Sykepleien Forskning

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

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

Redaktør: Leena Honkavuo

leena.honkavuo@sykepleien.no

Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson

susanne.dietrichson@sykepleien.no

Markedssjef: Inngunn Roald

inngunn.roald@sykepleien.no

Layout: Gazette as

Repro og trykk: Stibo Graphic AS

Utgivelsesplan 2008:

Nr. 2: 17/6, nr. 3: 2/10, nr. 4: 4/12

Abonnementspris: Kr. 280,- per år.

ISSN 1890-2936



Refleksjoner over etiske aspekter



Det vesentligste etiske prinsippet i all forskning er å alltid respektere humanistiske verdier. Derfor reguleres forskningsvirksomheten av lover, regler, deklarasjoner, koder og normer – de såkalte etiske prinsipper og standarder eller aspekter – både nasjonalt og internasjonalt. Det å reflektere over etiske aspekter er spesielt viktig innen vitenskapsområder hvor man studerer menneskelig virksomhet. Sykepleieforskning tilhører det humanvitenskaplige området. Innen helsevesenet er man i kontinuerlig kontakt med livets fundamentale verdispørsmål. Slike spørsmål er ofte i fokus innen sykepleieforskning.

Forskningsetiske aspekter diskuteres omfattende innen forskningslitteratur. Man kan dele forskningsetiske spørsmål i to grupper:

1. Hvordan innsamling av data-materialet skal skje, og etiske

prinsipper for hvordan informantene, personer som deltar i studien skal beskyttes.

2. Forskeres ansvar for å formidle forskningsresultatene i henhold til gjeldende etiske standarder.

Forskningsmiljøer, forskningsorganisasjoner og forskere er forpliktet overfor samfunnet og ansvarlige for de avgjørelser som knyttes til deres forskning. Forskere som arbeider med humanvitenskaplige spørsmål har ansvar for mennesker, enten mennesker er inkludert i deres studier direkte eller indirekte. Derfor er diskusjonen om etiske aspekter avgjørende i humanvitenskaplig litteratur – også i forskningsartikler.

Jeg har konstatert at diskusjonen om etiske aspekter er fraværende i mange av artikkelmanuskriptene som sendes til redaksjonen. De fleste manuskriptene baseres på empiriske studier der informantene er mennesker.

Artikkelforfatteren glemmer å reflektere over etiske aspekter i sitt manuskript: både i den empiriske og i den teoretiske delen. I manuskripter der forfatteren har diskutert etiske aspekter har det hovedsakelig vært refleksjoner som kan knyttes til generell og praktisk sykepleievirksomhet.

Når en forfatter åpner for diskusjon om etiske aspekter i sitt manuskript, viser forfatteren samtidig forståelse for forskningens etiske verdier, og tar ansvar for de avgjørelser som det konkluderes med. Man kan dermed konstatere at diskusjonen om etiske aspekter i forskningsartikler er en del av de forutsetninger og det ansvar som samfunnet og kulturen stiller til sykepleieforskning.

Leena Honkavuo

Leena Honkavuo har sluttet som redaktør i Sykepleien Forskning, se utlysningen nedenfor

sykepleien

forskning

Tidsskriftet Sykepleien har ca. 85 000 abonnenter. Bladet utgis av Norsk Sykepleierforbund, og redaksjonen holder til i sentrum av Oslo. Bladet blir redigert etter redaktørplakaten. Sykepleien FORSKNING utgis fire ganger i året.

Redaktør, Sykepleien Forskning (50% stilling)

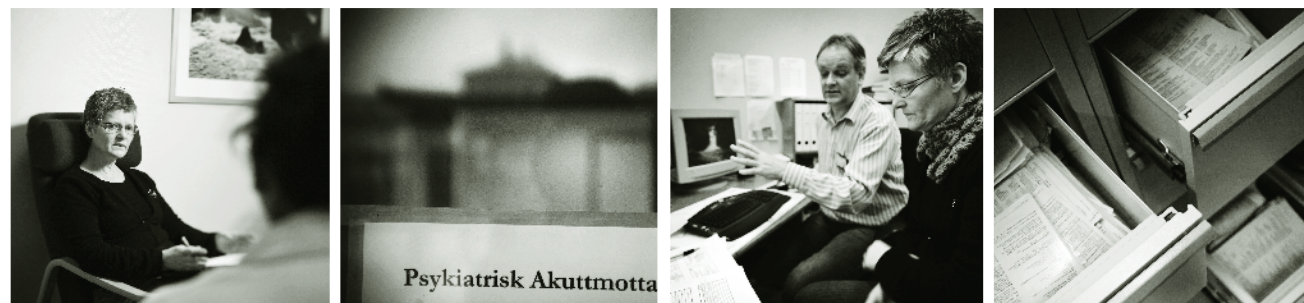
Vi søker ny redaktør i Sykepleien FORSKNING som går til alle medlemmene i NSF. Sykepleien Forskning presenterer vitenskapelige, referee-bedømte artikler. I tillegg ønsker vi å gi leserne oppdatert nyhets- og nyttestoff om forskning i inn- og utland.

Søkeren må ha sykepleiefaglig utdanning, minimum på masternivå. Søkeren må også ha et godt faglig nettverk. Videre må du være ryddig, og ha evne til å kommunisere godt, både innad i redaksjonen, i redaksjonskomiteen og med eksterne fagmiljøer. Tidligere erfaring med forskningsformidling er et pluss, men ikke et krav. **For fullstendig utlysningstekst se: sykepleien.no eller tidsskriftet Sykepleien nr. 6/2008.**

Sykepleien Forskning skal være et attraktivt tidsskrift som skal gi sykepleiere i Norge lyst til å følge med i forskning og vitenskap. Tidsskriftet skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning til sykepleiere i praksis, på høgskoler og til studenter.

Vi søker en redaktør som kan være med på å skape et tidsskrift med et høyt faglig nivå. Vedkommende må være opptatt av formidling til en bred lesergruppe.

Spørsmål kan rettes til ansvarlig redaktør Barth Tholens, tlf 22 04 33 50 / 408 52 179 eller fagredaktør Torhild Apall Dybvik, tlf 22 04 33 76 / 994 14 677. Søknad sendes snarest til: barth.tholens@sykepleien.no, merket «Søknad».



Logistikkansvarlig: Geirr Fitje (t.v.)

TAR GREP OM SELVMORDSPASIENTER

Hvert år skjer det cirka 500 selvmord i Norge. Rundt 90 prosent av dem som tar sitt eget liv har en psykisk lidelse ved tidspunktet for selvmordet. Å vurdere selvmordsrisiko og iverksette tiltak er blant de absolutt største utfordringene i akuttpsykiatrien. SIPEA-prosjektet er på saken.

● Tekst: Anita T. Munch
Foto: Bjørn Erik Larsen

Fra 2000 til 2004 var det årlig mellom 25 og 50 personer som tok sitt eget liv mens de var under behandling ved psykiatriske spesialisthelsetjeneste. Å vurdere selvmordsrisiko og velge de beste behandlingsmetodene er blant de aller største utfordringene innenfor det akuttpsykiatriske fagområdet. Fagfolk, pasienter og pårørende er dessuten enige om at det er behov for mer differensierte tilbud for de som i dag blir innlagt på – og ofte raskt utskrevet fra – psykiatriske akuttavdelinger. Et omfattende forskningsprosjekt ved Psykiatrisk akuttmottak (PAM) på Haukeland Universitetssykehus er nå satt i gang for å ta et bedre grep om pasienter med suicidalitetsrelaterte innleggelser.

– Vi ønsker bedre oversikt over hva som gjør at folk blir akuttinnlagt. Ikke minst, ønsker vi å undersøke i hvilken grad den behandlingen og oppfølgingen som blir gitt i dag er tilpasset

pasientens behov, sier psykiatrisk sykepleier Liv Mellesdal. Hun er stipendiat i forskningsprosjektet som bærer navnet SIPEA (Suicidality in Psychiatric Emergency Admissions).

SKJEMA OG INTERVJU

Studien vil bidra til en kvalitetsforbedring av tilbudet til pasienter som i dag akuttinnlegges, tror Mellesdal.

Prosjektet består av to deler.

– Den ene delen av studien er en såkalt kohort-studie. Det vil si at alle pasientene som innlegges ved PAM i Helse Bergen blir kartlagt. Vi registrerer variabler som kjønn, alder, etnisitet, diagnose, selvmordsrisiko, rusproblem, sosiale forhold og så videre, forklarer Mellesdal. I tillegg kartlegges hvor pasienten får behandling

” Vi ønsker bedre oversikt over hva som gjør at folk blir akuttinnlagt.

etter oppholdet og gjeninnleggelser ved PAM.

– Fremover skal vi også undersøke hvem som eventuelt blir behandlet ved legevakten eller innlagt i somatisk sykehus på grunn av selvpåført skade, legger Mellesdal til.

– I tillegg til å beskrive hele den innlagte pasientgruppen grundig, blir det fokusert spesielt på de som innlegges på grunn av selvmordsrisiko. Et tilfeldig utvalg av dem blir intervjuet under akuttoppholdet, og følges opp med telefonintervju et halvt år etter at de er skrevet ut. Pasientene følges i ti år framover.

STORT PASIENTTALL

PAM tar imot så godt som alle som henvises til akutt innleggelse fra hele Helse Bergens opptaksområde. Det vil si både personer som legges inn for første gang og personer som har flere innleggelser bak seg. De som legges inn representerer alle aldersgrupper fra 18 til over 90 år, alle sosiale lag, alle utdanningsnivåer og et



Bedre kvalitet: Liv Mellesdal etterlyser bedre kunnskap om selvmordspasienter som blir akuttinnlagt. Her foran Psykiatrisk akuttmottak på Haukeland Universitetssykehus.

bredt spekter av psykiatriske og somatiske diagnoser. Felles for mange er at de har vært så fortvilet at de har tenkt på, eller forsøkt å ta sitt eget liv. PAM har gjennomsnittlig 1850 akuttinnleggelser i året. 50 prosent av dem er relatert til selvmordsrisiko.

– Det er ikke er mulig å oppsøke alle for å få svar på hvor fornøyd de er med oppfølgingen og hvordan det går med dem, derfor supplerer vi intervjudata med registerdata. Kartleggingen vil gi mer kunnskap om risikofaktorer og om hva som skal til for å gi behandling og oppfølging som kan forebygge alvorlig selvskaade og selvmord.

MYE LOGISTIKK

For at studien skal gå på skinner kreves gode rutiner. Enormt mange er involvert.

– Å samle data og intervju pasientene på en akutt avdeling er en krevende øvelse. Tenk deg det ufattelige presset man har i en akuttavdeling. Det er høy

turn-over, pasienter skal vurderes kontinuerlig, de kan være svært syke og kanskje passer det ikke å intervju akkurat der og da. Utfordringene er mange. Vi hadde ikke fått det til hvis det ikke hadde vært for at både sykepleiere og behandlere ved PAM og tre oppfølgingsposter bidrar til datainnsamlingen og har etter hvert innarbeidet forskningen i sine daglige rutiner.

– I tillegg er det mye praktisk arbeid involvert med store mengder data og skjemaer som skal følges opp. Mellesdal har tre prosjektkolleger i tillegg til akademiske veiledere: Geirr Fitje som holder styr på logistikken, registrerer og kvalitetssjekker, sykepleierne Jill Bjarke som intervjuer og registrerer og Målfrid Litlere som sporer opp pasientene for intervju et halvt år etter.

FORANKRET I LEDELSEN

Datasamlingen og intervjuene ved PAM startet i mai 2005. Ved utgangen av 2007 hadde prosjek-

tet registrert basisdata på over 4000 innleggelser og intervjuet cirka 230 pasienter med suicidalitetsrelaterte innleggelser. Oppfølgingsintervjuer med pasientene et halvt år etter innleggelsen foregår kontinuerlig.

– En viktig faktor for at denne studien har gått i hop, er at den er godt forankret i ledelsen ved Psykiatrisk divisjon. Det gir studien trygg grunn og kontinuitet. I Helse Bergen er det stort fokus på kvalitetsheving i helsesektoren gjennom forskning, avslutter Mellesdal.

FAKTA:

SIPEA-prosjektet er et samarbeid mellom Helse Bergen, Bergen Mental Health Research Center, UiB og Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. SINTEF Helse har samarbeidet ved deler av studien.

BETYDNINGEN AV HELSEFORSKNING

Den medisinske og helsefaglige forskningen skal ha høy kvalitet og komme pasientene til gode.

Av HANNE HARLEM

f. 1964
Styreleder i Helse Sør-Øst, tidligere
Justisminister og direktør ved
Universitetet i Oslo



Foto: Roger Neumann/Ag

► Utfordringene for fremtidens helsetjeneste er store. Vi vet at befolkningen i Norge blir stadig eldre. Mange har kroniske og sammensatte lidelser de ofte må leve med i mange år. Det er derfor avgjørende å tilby tjenester som kommer befolkningen best mulig til gode innenfor tilgjengelige ressursrammer. Forskningen skal skaffe ny kunnskap om årsak til sykdommer, forebygging, behandling og diagnostikk. Det er viktig at forskningsinnsatsen også fokuserer på pasienters erfaringer med sykdom og omsorgsperspektivet,

forskning. Dette krever en betydelig innsats på mange ulike felt.

HELSE SØR-ØST

Et viktig mål ved sammenslåingen til Helse Sør-Øst har vært å styrke forskningsinnsatsen. Dette skal skje blant annet gjennom realisering av synergieffekter og bedre samarbeid og koordinering. I disse dager blir det utviklet en ny strategi for forskning som skal være felles etter sammenslåingen. Forskningsstrategien skal gi overordnede strategiske føringer for forskningen innen Helse Sør-

milliard kroner (tall fra 2006) og ett tusen årsverk. Dersom de ulike aktørene trekker samme vei og ressursene utnyttes hensiktsmessig, kan forskningen styrkes betydelig.

GOD FORSKNING

Forskningen bør ha høy kvalitet, og kvalitetssikring av forskning er en kontinuerlig prosess. Forskningen må planlegges slik at man både sikrer en videreføring av sterke, etablerte forskningsmiljøer samtidig som man etablerer og bygger opp nye miljøer.

Samarbeid og gode nettverk er en forutsetning for god forskning. Dette gjelder mellom ulike helseforetak og i andre helseregioner og med universiteter og høyskoler. Samarbeidet mellom ulike profesjoner i helsesektoren må også styrkes, slik at ulike perspektiver kan komme fram og vektlegges. Samtidig vil bredde i forskningsdeltagelse bidra til spredning og bruk av ny kunnskap. Da kan vi gjøre hverandre gode. For at vi skal nå våre mål, er det en styrke

at ulike helsefaglige grupper driver forskning. Moderne medisinsk behandling forutsetter ofte tverrfaglighet. Ikke minst gjelder dette innen fagfelt som rehabilitering, habilitering, psykiatri og rus og ved behandling av kroniske tilstander.

Internasjonalt samarbeid er i tiltagende grad betydningsfullt for å heve kvaliteten på forskningen. Norge har mange fortrinn som kan gjøre oss viktige å samarbeide med. Vi har et offentlig helsevesen de fleste bruker og gode registre som kan være viktige for forskning.

Forskning har stor betydning for et godt fungerende helsevesen. Vi skal bidra til å legge forholdene til rette slik at de som har de rette kvalifikasjonene og ønsker det, kan delta i helseforskningen. Sykepleiere med sitt faglige ståsted vil være viktige bidragsytere. Dette styrker grunnlaget for bedre forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering av pasienten.

” Samarbeid og gode nettverk er en forutsetning for god forskning.

særlig fordi mange pasienter og deres pårørende har mye kontakt med helsevesenet over lang tid.

I dag forventer vi at tjenester i helsesektoren skal være evidensbaserte. Det betyr at vår praksis skal være begrunnet med kunnskap. Kunnskap utvikles gjennom

Øst. Ressursbruken til forskning i Helse Sør-Øst er allerede betydelig. Tall fra nasjonal statistikk viser at Helse Sør-Øst står for to tredjedeler av ressursbruken til forskning innen spesialisthelsetjenesten i Norge. Dette tilsvarer en forskningsinnsats på cirka 1

DOKTORAVHANDLINGER

ELLEN RAMVI

Læring av erfaring? Et psykoanalytisk blikk på læreres læring

Disputas: 3.5.2007

Veileder: Birger Steen Nielsen.

Utgår fra Roskilde Universitetscenter, Danmark

www.samfundslitteratur.dk/shop/home.do

EVA LANGELAND

Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems – An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis

Disputas 16.11.07

Hovedveileder: Astrid K. Wahl

Utgår fra Universitetet i Bergen, Institutt for Samfunnsmedisinske fag, seksjon for sykepleievitenskap

www.uib.no/info/dr_grad/2007/Langeland_Eva.html

GEIR V. BERG

Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse- og et holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv

Disputas: 18.12.07

Veiledere: Professor Anneli Sarvimäki, Äldre Institutet Helsingfors,

Birgitta Hedelin, Høgskolen i Gjøvik, seksjon for sykepleie,

Utgår fra Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg

tr.anp.se/track?t=c&mid=75464&uid=12205141&&http://www.nhv.se/customer/templates/InfoPage_____1273.aspx?epslanguage=SV

BODIL TVEIT

Ny ungdom i gammelt yrke – En studie av sykepleierstudenters motivasjon og fagidentitet i møte med en tradisjonstung utdanning

Disputas: 15.2.08

Veileder: Harald Grimen ved Senter for Profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo

Utgår fra Høgskolen i Oslo

CHRISTINA TAKMAN

Vårdpersonals antaganden om närståendes behov. En undersökning bland läkare, sjuksköterskor och undersköterskor verksamma på intensivvårdsavdelningar i Norge och Sverige

Disputas: 20.2.08

Veileder: Professor Per Nordvedt, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo

Utgår fra Universitetet i Oslo

LILLIAN LILLEMOEN

Det er bare sånn jeg er ... En undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk opptreden

Disputas: 1.5.08

Veileder: Professor Per Nordvedt, Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Utgår fra Universitetet i Oslo

Tiltak for partnervarsling kan redusere kroniske eller gjentatte seksuelt overførbare sykdommer

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Trelle S, Shang A, Nartley L, et al. Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review. *BMJ* 2007;334:354.

Hos pasienter med seksuelt overførbare sykdommer (SOS), hva er effekten av ulike metoder for å varsle partner om kroniske eller gjentatte infeksjoner?

METODE

Databasesøk: Medline, EMBASE/Excerpta Medica, CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO, Sigle og DARE (alle fra 1990 til 2005); To elektroniske forskningsregistre (International Standard randomised Controlled Trial Number Register og clinicaltrials.gov); og referanselister.



Seleksjon og kvalitetsvurdering: Randomiserte kontrollerte studier (RCT)

som sammenliknet «patient referral» pluss partnervarsling med «patient referral» alene for personer med SOS. «Patient referral» betydde at pasienten informerte seksualpartnere om infeksjon og anbefalte dem å kontakte helsevesen, med eller uten kontaktinformasjon. 14 RCTer (n=12 389) evaluerte 16 intervensjoner som møtte seleksjonskriteriene. SOS innebefattet gonore, klamydia, ikke-gonokokk-urtritt, trichomonas eller SOS-syndrom. Kvalitetsvurdering av enkeltstudier inkluderte randomisering, skjult allokering, godt definerte utfallsmål, blinding av utfallsmåler, frafall og intention-to-treat analyse.

Utfallsmål: Gjentatte infeksjoner hos pasienten. Sekun-

dærutfall var blant annet antall pasienter behandlet, testet og varslet.

Hovedresultater

Metaanalysen viste at behandling til partner formidlet av pasienten selv (for eksempel å gi pasienten medikamenter for partner) reduserte reinfeksjon og økte andel partnere som gjennomførte behandling (tabell). 1 RCT (n=1826, bare 562 samtykket) fant at det å gi pasienten en klamydia test-kit for partneren øket andelen for >1 partner testet (22 prosent v 10 prosent, number needed to treat (NNT) 8, 95 prosent konfidensintervall (KI) 7 til 11) og antall partnere testet per pasient (p< 0,001). En annen RCT (n=96) fant også en økning i partnere testet per pasient (0,98 v 0,37). 1 RCT (n=633) fant at skriftlig informasjon til

partnere reduserte andel gjentatte infeksjoner (5 prosent v 12 prosent, NNT 14, KI 11 til 25*) og økte andelen av partnere som gjennomgikk behandling (46 prosent v 35 prosent, NNT 10, KI 6 til 22*). En annen RCT med 309 kvinner med trichomonas viste inkonsistente resultater når det gjaldt rater av partnervarsling og behandling.

Konklusjon

Det at pasienter selv formidler behandling til partner kan redusere kroniske eller gjentatte seksuelt overførbare sykdommer. Resultatene fra enkelte studier viste at det å utstyre pasienten med testutstyr for partner økte raten av partnere som testet seg. Når det gjaldt skriftlig informasjon, opplæring eller rådgiving av pasientene så var resultatene inkonsistente.



TABELL: Pasientformidlet partnerbehandling pluss pasient henvisning versus pasienthenvisning alene for seksuelt overførbare sykdommer

Utfallsmål	Antall studier (n)	Vektet hendelsesrate	RRR* (95 KI)	NNT*** (KI)
Kronisk eller gjentatt infeksjon	5 (5834)	Data ikke tilgjengelig	27 % (7 til 43)	Data ikke tilgjengelig
			RBI** (KI)	
Partnere behandlet	4 (4072)	(64 % v 48 %)	44 % (12 til 86)	5 (3 til 18)

*Relativ risikoreduksjon (RRR): proporsjonen reduksjon i negative hendelser mellom intervensjons- og kontrollgruppen rapportert som prosent.
**Relative benefit reduction (RBI): proporsjonen økning i raten av positive hendelser mellom intervensjons- og kontrollgruppen, rapportert i prosent.
***Numbers-needed-to treat (NNT): Antall personer som trenger å bli behandlet for å hindre ett negativt utfall.

Denne systematiske oversikten av Trelle og medarbeidere om partnervarsling av SOS fant sju RCT'er som ikke var med i tidligere oversikter. Forfatterne anbefaler delt ansvar med pasienten når det gjelder partnere for å bedre utfall. Dette konseptet passer med andre nåtidige helseinformasjonstiltak som gjelder personlig ansvar innen folkehelse. Den tilfører også kunnskap til trenden mot å normalisere behandling av seksuelt overførbare sykdommer og ikke holde dette skjult bak en medisinsk spesialitet (1).

Siden andre verdenskrig har det vært under utvikling strategier (i Storbritannia) for å finne og oppsøke kontakter, ved å bruke høyt utdannet helsepersonell, spesielt sykepleiere (2). Trelle og medarbeidere merker seg at denne strategien har en tendens til å sikre pasientens konfidensialitet og at partnervarsling blir basert på frivillighet. Gitt at folk er mer mobile internasjonalt og mange i økende grad har flere seksualpartnere (3) er dette med partnervarsling mer komplekst. Det enkle tiltaket å formidle

behandlingsformer ved å utstyre pasienten med medikamenter/kontaktinformasjon førte til at flere partnere ble behandlet, men det er underlig at dette ikke førte til færre gjentatte infeksjoner hos pasienten. Resultatet viser hvor viktig det er å vurdere infeksjonsrater og ikke bare hvor mange som tar behandling, som utfallsmål i framtidige studier. En retningslinje fra NICE fra 2007 støtter funnene fra denne systematiske oversikten og vektlegger viktigheten av en-til-en intervensjoner av skolert helsepersonell

i tillegg til å bruke ressurser på sammensatte strategier for å nå partnere (4). Funnene er av relevans for sykepleiere i primær- og spesialisthelsetjenesten, særlig dem som er involvert i screeningprogrammer innen seksuell helse. Hvis disse tiltakene blir iverksatt, kan pasientinitierte henvisnings- og behandlingsmetoder gi noen løsninger i et komplekst bilde av å bedre global seksuell helse.

1. **Departement of Health.** Choosing health: making healthy choices easier. London, UK, 2004. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550 (accessed 4 Jun 2007).
2. **Society of Sexual Health Advisers.** The manual for sexual health advisers. London, UK, 2004. <http://www.ssh.info/public/manual/index.asp> (accessed 4 Jun 2007).
3. **Fenton KA, Mercer CH, McManus S, et al.** *Lancet* 2005;365:1246-55.
4. **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).** Preventing sexually transmitted infections and reducing under 18 conceptions. NICE Public Health Intervention Guidance 3. London,

UK, 2007. <http://www.nice.org.uk/guidance/PH13> (accessed 4 Jun 2007).

Kommentaren er skrevet av: Helen McIlveen, RGN, DN, MA. Sexual Health and HIV, North Tyneside Primary Care Trust, Tyne and Wear, UK.

For korrespondanse: Dr N Low, University of Bern, Bern, Switzerland. low@ispm.unibe.ch

Finansieringskilde: UK National Institute for Health and Clinical Excellence.

© Evidence Based Nursing (EBN) 10, October 2007

Likhetstrekk ved unge menneskers seksualatferd

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Marston C, King E. Factors that shape young peoples's sexual behaviour: a systematic review. Lancet 2006; 368:1581-6.

Hvilke faktorer påvirker unge menneskers seksualatferd?

METODE

Databaser: BIDS, PsycINFO, PubMed, CINAHL, Ovid journaler og bøker, Web og Science, EMBASE/Excerpta Medica, Anthropology plus, library catalogues, referanselister, eksperter og håndtøkt av nøkkeljournaler.

Seleksjon og vurdering av studier: Engelskspråklige, kvalitative empiriske studier av unge menneskers (10 til 25 år) seksualatferd. Studier publisert fra 1990 til 2004 som rapporterte empiriske, ikke-numeriske data. Studier som kun fokuserte på kommersielt sexarbeid eller overgrep ble ekskludert. 268 studier møtte kriteriene. Enkeltstudiene ble vurdert i henhold til gitte kvalitetskriterier og klassifisert som første (høy metodisk kvalitet som ga teoretisk innsikt i seksualatferd eller grundig innsikt i særlige kontekst) eller sekundære (lavere metodisk kvalitet som hadde enkle, ikke-detaljerte beskrivelser eller der påstander ikke var støttet av data).

HOVEDFUNN
Sju nøkkeltemaer viste seg. (1) *Unge mennesker vurderer risiko fra seksualpartnere subjektivt ut fra om de er «rene» eller «urene».* Unge mennesker bestemmer risiko for smitte fra en potensiell partner ved hjelp av indikatorer som sosial status og framturen. (2) *Seksualpart-*

nerer har en viktig påvirkning på generell atferd. Forholdets natur påvirket seksualatferden. Noen så på sex som en måte å styrke forholdet på, glede partneren eller holde på partner gjennom et svangerskap. Noen fryktet fysisk mishandling eller avvisning dersom de nektet sex. (3) *Kondombruk kan bli stigmatiserende og assosiert med mangel på tillit.* Kvinner fryktet at det å be partner om å bruke kondom impliserte at de hadde seksuell erfaring, noe som ble sett på som upassende eller uønsket. Å be partner bruke kondom ble oppfattet som mangel på tillit eller mistanke om at de var smittet. (4) *Kjønnsstereotyper er sentrale i vurdering av sosiale forventninger og atferd.* Gjennomgående i inkluderte studier var en dobbel standard for menn og kvinner. Det var forventet at menn skulle være heteroseksuelt aktive, og vaginal penetrering



ble sett på som en mannlig overgangsrite. For kvinner derimot, var det forventet at de skulle være jomfruer til de giftet seg. Kvinner som ønsket sex kunne bli vurdert som promiskuøse. Å forebygge svangerskap ble sett på som først og fremst kvinnes ansvar. (5) *Det er belønning og straff for sex fra omgivelsene.* For menn ga det sosial status å ha mange partnere mens det for kvinner ga status å være avholdne eller å ha helt stabile forhold. Graviditet utenfor ekteskap kunne være stigmatiserende, men for noen var det en mulighet til å komme seg vekk

hjemmefra. Sex kunne også være en måte å få penger eller gaver på. (6) *Seksuell aktivitet eller inaktivitet var viktig for omdømme og sosial status.* Seksuell atferd var et særlig viktig aspekt av sosialt omdømme. Det var viktig for menn å vise heteroseksuell atferd gjennom for eksempel å presse på for å få sex, å ha flere kvinnelige partnere, besøke bordell, og fortelle om seksuell erfaring til kamerater. Kvinners omdømme ble skadet ved å ha for mange partnere eller til å med ved snakke om sex overhode. (7) *Sosiale forventninger hindrer kommunikasjon*

om sex. Unge mennesker unngikk å snakke åpent om sex med partnere, noe som førte til misoppfatninger og usikkerhet. Kvinner kunne avvise seksuelle aktiviteter i tilfelle det ble tolket som upassende villighet. Unge mennesker unnlot å snakke om sex også fordi framstøt kunne føre til avvisning og dermed tap av ansikt, noe som igjen kunne skade deres omdømme. De kunne også bli oppfattet som upassende frampå, noe som også skadet deres rykte. Det å ikke snakke om sex gjorde at det var vanskelig å forberede seg og seksuell aktivitet ble derfor ikke planlagt og ubeskyttet.

KONKLUSJON

Unge menneskers seksuelle atferd har likhetstrekk verden over. Personlige forhold, kjønnsstereotyper, sosialt press og forventninger samt personlig omdømme påvirker seksuell atferd.

Mens Marston og King hevder at de bygger sin oversikt på metoder som er lik metaanalyser, så viser de ikke at de har brukt den omfattende litteraturen som finnes om metasynteser (1). De viser ikke til en spesiell metode eller diskuterer de metodiske utfordringer ved metaanalyser som kommer til overflaten i deres analyse *. Likevel, som en systematisk oversikt gir den et betimelig tilskudd for å kunne forstå den sosiale kontekst ved seksuell

atferd, HIV-risiko, og forebygging av seksuelt overførte sykdommer (2). Arbeidet hjelper oss å forstå hvorfor informasjonskampanjer kan være, i beste fall utilstrekkelige, og i verste fall uten virkning. Oversikten viser hvorfor helsetjenesten må møte kjønns-, sosiale, økonomiske, kulturelle og politiske ulikheter (3). På individnivå må klinisk rådgiving og forebyggingsstrategier også vurdere hvordan makt- og kjønnsstereotyper/roller opere-

rer og realiteten i kjønnsrollemønster, seksuell tvang og bruk av sex som en overlevelsesstrategi. Myndigheter må vurdere lokal kultur og prøve å skape sosiale forhold som vil redusere tenåringsvangerskap, seksuelt overførbare sykdommer og HIV. Risikoforebygging som baserer seg på individets begrensede ressurser og kontroll, men ikke endrer risikomiljø, vil ikke kunne ha ønsket effekt (4). HIV-infeksjon kan ikke skilles fra

omtanke for individuell og sosial makt, kvinnes sosiale posisjon, vold, seksuell tvang, co-modifikasjon og utnyttelse.

Kommentaren er skrevet av: Colleen Varcoe, RN, PhD. University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.

*Forfatterne svarer:

Vi brukte nøye planlagte metoder basert på foreliggende litteratur og godkjent av eksperter som vurderte manus for Lancet. Disse metodene er klart beskrevet i vår artikkel. Dersom det er noen spesi-

fikke spørsmål om analysen så vil vi med glede diskutere dem.

Cicely Marston, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK.

1. Paterson BL, Thorne S, Canam C, et al. Meta-study of qualitative health research: a practical guide to meta-analysis and meta-synthesis. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.

2. Maman S, Campbell J, Sweat MD, et al. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. Soc Sci Med 2000;50:459-78.

3. McIntosh WA, Thomas JK. Economic and other societal determinants of the prevalence of HIV: a test of competing

hypotheses. Sociological Quarterly 2004;45:303-24.

4. Loewenson R. Exploring equity and inclusion in the responses to AIDS. AIDS Care 2007;19:2-11.

Korrespondanse: Dr C Marston, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK. cicely.marston@lshtm.ac.uk

Finansiering: UK Department for International Development Knowledge Programme.

© Evidence Based Nursing (EBN) 10, October 2007

Systematiske oppfølgingssamtaler bedret depresjon etter slag

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Williams LS, Kroenke K, Bakas T, et al. Care management of poststroke depression: a randomised, controlled trial. *Stroke* 2007;38:998-1003

For pasienter med depresjon etter slag, vil systematiske oppfølgingssamtaler («care management») bedre utfall på depresjon mer enn standard behandling?

METODE

- **Design:** randomisert kontrollert studie
- ✉ **Fordeling:** skjult

- 👁️ **Blinding:** utfallsmål er blindet
- 🕒 **Oppfølgingstid:** 12 uker
- 🌐 **Setting:** Fire sykehus i Indianapolis, Indiana, USA
- 👤 **Pasienter:** 188 pasienter ≥ 18 år (gjennomsnittsalder 60 år, 54 prosent kvinner) som hadde alvorlig (74 prosent) og mindre alvorlig (26 prosent) depresjon etter ischemisk slag (pasienter ble identifisert da de fikk slag og ble screenet for depresjon en til to måneder senere), ingen alvorlig språklig eller kognitiv svikt, og var forventet å leve ≥ seks måneder. Eksklusjonskriterier var aktiv psy-

kose, å være suicid, stoff-, medikament- eller alkoholmisbruk, bruk av monoamine oxidase inhibitor, og graviditet.

Intervensjon: «Active-Initiate-Monitor» – «care management» (n = 94) eller standard behandling (n=94). Intervensjonen ble gitt av sykepleiere og innebefattet aktivisering (20 minutter lang samtale med pasienter og deres familier for å hjelpe dem til å forstå og akseptere depresjonsdiagnose og behandling), komme i gang (anbefaling om å ta antidepressive midler basert på en evidensbasert

Selv om depresjon etter slag bidrar til at færre kommer seg helt etter slag, så har tidligere forskning på feltet ikke vært av en slik karakter at de kunne brukes til å gi anbefalinger for praksis (1,2). Denne studien til Williams og medarbeidere gir støtte for å bruke «Activate-Initiate-Monitor» for å fremme bedring av depresjon. Studiens metode (som stort antall pasienter, randomisering til behandling, blinding av utfallsmål) er en stor styrke. Likevel, den relativt unge alder på deltakerne (gjennomsnitt på 60 år) og deres mangel på alvorlig kognitiv svikt kan begrense generaliserbarheten av resultatene. Pasienter med alvorlige kognitiv svikt eller fysiske funksjonshemminger relatert til alder trenger ikke vise like sterk respons etter 12 ukers

behandling. I tillegg så tar ikke denne studien for seg behandling av pasienter som ikke var deprimerte til å begynne med, men som utvikler depresjon seinere. Det viktigste funnet var effekten av intervensjonen til tross for at kontrollgruppen mottok samme antall kontakter med sykepleier og at 56 prosent av dem tok antidepressive midler. Resultatene klargjør viktigheten av «Activate-Initiate-Monitor». Nøkkelimplicasjonen fra denne studien er at det å forskrive antidepressive medikamenter ikke er tilstrekkelig for å behandle depresjon etter slag. Optimal behandling av depresjon etter slag omfatter å hjelpe pasienten med å innse at depresjon er sykdom som trenger behandling og det å følge med på behandlingsforløp ved å måle behandlingsre-

spons og bivirkninger for å kunne tilpasse og justere behandlingen etter behov.

1. Ramasubbu R, Robinson RG, Flint AJ, et al. Functional impairment associated with acute poststroke depression: the Stroke Data Bank Study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998;10:26-33.

2. Hockett MI, Andreson CS, House AO. Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3): CD003437

Kommentaren er skrevet av: Lynda W Slimmer, RN, PhD. University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois, USA.

For korrespondanse: Dr LS Williams, Roudebush VA Medical Center, Indianapolis, IN, USA. linwilli@iupui.edu
Finansieringskilde: National Institutes of Health/National Institute of Neurological Disorders and Stroke.

© Evidence Based Nursing [EBN] 10, October 2007

algoritme), og monitorering (telefonkontakt to ganger per måned for å vurdere symptomer, bivirkninger, og i hvilken grad pasienten holdt seg til behandlingen med mulighet for å endre type medisin og dosering om nødvendig). Pasienter i gruppen som skulle ha standard behandling hadde lik kontakt med sykepleier, men uten fokus på depresjon. De kunne også ta antidepressjonsmidler hvis det var forskrevet av lege (56 prosent gjorde det i løpet av studien).

Utfallsmål: Depresjon respons («Hamilton Depression Inventory» (HAM-D) skår < 8 eller redusert med ≥ 50 prosent), depresjon bedring (remisjon) (HAM-D skår < 8 eller «Patient Health Questionnaire» deperjons skala skår < 5), og endring i depresjonens alvorlighetsgrad.

Pasientoppfølging: 97 prosent, med 94 prosent som fullførte studien (intention-to-treat-analyse).

HOVEDRESULTAT

Respons og bedring forekom hyppigere i intervensjonsgruppen enn i gruppen som fikk standard behandling (tabell). Gjennomsnittlig depresjonsskår gikk ned i begge grupper i tiden studien varte, men bedringen var større i intervensjonsgruppen både ved seks og 12 uker.

KONKLUSJON

For pasienter med depresjon etter slag bedret systematiske oppfølgingssamtaler («Active-Initiate-Monitor») depresjonsutfall mer enn standard behandling.

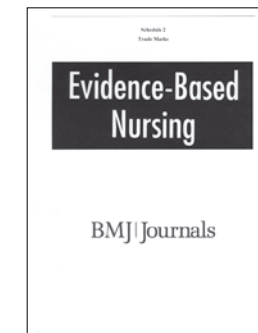
TABELL: Systematiske oppfølgingssamtaler versus standard behandling for depresjon etter slag*.

Utfall etter 12 uker	«Care management»	Standard behandling	RBI** (95 % KI)	NNT (KI)
Depresjon respons***	51 %	30 %	68 % (17 til 145)	5 (3 til 17)
Depresjon remisjon (HAM-D <8)	39 %	23 %	74 % (11 til 176)	6 (4 til 31)
Depresjon remisjon (PHQ-9 <5)	48 %	26 %	87 % (26 til 183)	5 (3 til 12)

*HAM-D = Hamilton Depression Inventory, PHQ-9 = patient Health Questionnaire depression scale; KI = konfidensintervall, RBI, NNT og KI er kalkulert fra data i artikkelen.

**Relative benefit reduction (RBI): proporsjonen økning i raten av positive hendelser mellom intervensjons- og kontrollgruppen, rapportert i prosent.

***HAM-D skår < 8 eller redusert med ≥ 50 prosent.



EVIDENCE BASED NURSING 10/2007

Evidence Based Nursing Volume 10 juli 2007 (EBN er tilgjengelig i fulltekst fra helsebiblioteket.no)



Få risikovurderingsverktøy kan forutse fall blant eldre

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Scott V, Votova K, Scanlan A, et al. Multifactorial and functional mobility assessment tools for fall risk among older adults in community, home-support, long-term and acute care settings. *Age Ageing* 2007;36:130-9.

Hvor nøyaktige er verktøy som skal vurdere risikoen for fall blant eldre?

METODE

Databaser: Medline, EbscoHost Academic search Premier, Psychology og Behavioural Sciences Collection, Nurs-

ing and Allied Health Collection, Health Business Elite, Biomedical Reference Collection, Cochrane Library, samt artikkelreferanser.

Seleksjon og vurdering av studier: Engelskspråklige prospektive studier publisert mellom 1980 og juli 2004, og som evaluerte et verktøy for risiko for fall, vurderte utfallet fall, fallrelaterte skader, eller balanse og inkluderte deltakere som for det meste var ≥ 65 år. 34 artikler (som vurderte 38 verktøy) møtte inklusjonskriteriene.

Utfall: Sensitivitet, spesifisitet og sannsynlighetsrate (kalkulert fra data i artikkelen).

HOVEDRESULTATER

Resultatene fra studiene som rapporterte sensitivitet og spesifisitet for verktøyet, brukt i og utenfor institusjon, er oppsummert i tabellen.

KONKLUSJON

Verktøyene «Fall-risk assessment» og STRATIFY kan forutsi fallrisiko og screene ut lavrisikobefolkningen blant eldre som er innlagt på sykehus. Ingen verktøy var gode nok for å vurdere eldre utenfor sykehus.



TABELL: Prediktive verdier for screeningverktøy som skal forutse risikoen for fall blant eldre

SETTING	VERKTØY	n	Sens	Spes	LR+	LR-
Kommune	Balance self efficacy	142	83 %	38 %	1,34	0,45
	Berg balance	66	53 %	96 %	13,3	0,49
	Elderly fall screening	283	83 %	69 %	2,68	0,25
	Fall-risk screen test	1285	54 %	79 %	2,57	0,58
	5 min walk	45	82 %	79 %	3,90	0,23
	Five-step-test	45	82 %	82 %	4,56	0,22
	Floor transfer	45	64 %	100 %	∞	0,36
	Functional reach	45	73 %	88 %	6,08	0,31
	Geriatric postal screening survey	147	94 %	51 %	1,92	0,12
	POAM-B	45	55 %	97 %	18,3	0,46
	Postural stability	100	14 %	94 %	2,33	0,91
	Tandem stance	45	55 %	94 %	9,17	0,48
	Tinetti balance	225	70 %	52 %	1,46	0,58
	Akutt institusjon	Conley scale	1168	71 %	59 %	1,73
Downton index		135	91 %	27 %	1,25	0,33
Fall-risk assessment		334	93 %	78 %	4,23	0,09
		226	91 %	25 %	1,21	0,36
Functional reach		98	76 %	34 %	1,15	0,71
Morse fall scale		458	83 %	68 %	2,59	0,25
		98	72 %	51 %	1,47	0,55
STRATIFY		432	66 %	47 %	1,25	0,72
		620	91 %	60 %	2,28	0,15
		217	93 %	88 %	7,75	0,08
	331	92 %	68 %	2,88	0,12	

Sens = sensitivitet: andelen av individer med sykdommen som har positiv test. Sensitiviteten er altså testens evne til å klassifisere de syke som syke.

Spes = spesifisitet: andelen av friske individer som har negativ test. Spesifisiteten er altså testens evne til å klassifisere de friske som friske.

Positiv sannsynlighetsrate (LR+) er sannsynligheten for at et individ med positiv test har sykdommen eller tilstanden sammenliknet med et individ med negativ test.

Negativ sannsynlighetsrate (LR-) er sannsynligheten for at et individ med negativ test har sykdommen eller tilstanden sammenliknet med et individ med positiv test.

Forebygging av fall blant eldre interesserer både klinikere og forskere. Begrunnelsen for å foreta en risikovurdering for fall er å finne de eldre som har spesielle risikofaktorer for å falle. Å finne eldre som er i risiko for å falle er komplekst. Denne systematiske oversikten av Scott og medarbeidere vurderer testkarakteristika for flere risikovurderingsverktøy. Disse kan være av interesse for de som jobber med eldre på sykehjem, hjemme og på sykehus. Oversikten er omfattende, selv om kvaliteten på noen av de inkluderte studiene var lav når de ble vurdert opp mot referansetesten identifisert av forskerne. Forfatterne konstaterer at mange verktøy har et akseptabelt nivå for sensitivitet og spe-

sifisitet, men bare seks av de 38 testene hadde ≥ 70 prosent for både sensitivitet og spesifisitet, og enda færre hadde adekvate sannsynlighetsrater. Mangel på repeterende testing av verktøy betyr at vi ikke vet hvordan testene fungerer i andre settinger. Å velge riktig risikovurderingsverktøy for sykepleiere vil avhenge av flere faktorer, sånn som tilgjengelig tid og ferdigheter for sykepleierne. Det er viktig med kunnskap om de ulike testenes sensitivitet, spesifisitet og prediktive verdier, men å omsette disse data til praktisk bruk i hverdagen kan være problematisk fordi nytteverdien av en test basert kun på disse data er vanskelig (1). Likevel, uansett hvilket verktøy man velger så vil evnen

til å forutsi fall være begrenset. Det er behov for nøyaktige risikovurderingsverktøy og forskning som tester verktøyet i flere settinger.

1. Bianchi MT, Alexander BM. *BMJ* 2006;333:442-5.

Kommentaren er skrevet av: Kathy Peri, RN, MSc. University of Auckland, School of Nursing, Auckland, New Zealand.

For korrespondanse: Dr V Scott, British Columbia Injury Research and prevention Unit, Victoria, British Columbia, Canada. vicky.scott@gov.bc.ca

Finansiering: British Columbia Ministry Health Services.

© Evidence Based Nursing (EBN) 10, October 2007

EKTEFELLENS BEHOV FOR INFORMASJON

NÅR PARTNER FÅR AKUTT HJERTEINFARKT



Foto: Erik Sunth

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelens hovedfunn er at ektefellens opplevelse av den akutte fasen på sykehuset i stor grad har innvirkning på hvordan han/hun takler den første tiden hjemme i etterkant.

Nøkkelord:

- Kvalitativ studie
- Fokusgrupper
- Ektefelle
- Hjerteinfarktpasient
- Informasjon
- Sykepleier

Hva vet vi fra før:

Internasjonale studier viser at ektefeller til hjerteinfarktpasienten har behov for støtte, oppfølging og informasjon både i den akutte fasen og i tiden etter sykehusoppholdet.

Mer om forfatteren:

Anny Norlemann Holme
Høgskolelektor
Avd. for helsefag
Høgskolen Stord/Haugesund
e-post: anny.holme@hsh.no

Fakta:

I 2006 ble 18 908 pasienter innlagt ved somatiske sykehus på grunn av hjerteinfarkt i Norge.

Hensikten med denne studien er å beskrive ektefellers opplevelser og erfaringer i den første tiden etter sykehusoppholdet i lys av den informasjon de mottok mens partneren var innlagt i sykehus. Ønsket er å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan bli mer bevisst sin egen rolle i forhold til den informasjon de gir ektefelle. Studien har en kvalitativ forskningstilnærming. Som forskningsmetode er det benyttet fokusgruppeintervju med ni ektefeller derav åtte kvinner og en mann. Intervjuene fant sted hovedsakelig seks til ti uker etter sykehusoppholdet. Dataene er analysert etter en modifisering av Giorgis analysemetode

av data og Knodels metode for analyse av data ved fokusgruppeintervju. Studien viser at ektefellene hovedsakelig opplever seg ivaretatt på sykehuset og takler partnerens rehabiliteringsfase på en god måte. Hovedfunn er at ektefellens opplevelse av den akutte fasen på sykehuset i stor grad har innvirkning på hvordan han/hun takler den første tiden hjemme i etterkant. God informasjon underveis samt hvordan partneren skal forholde seg i rehabiliteringsfasen er viktige momenter. Det føles sårt å ikke bli sett som pårørende.

**The spouses of acute myocardial infarction patients – what information do they need in hospital?**

The aim of this study is to look at the experiences of the spouses of myocardial infarction patients. It gains insight in how the spouses find the early days at home after hospitalisation and also if the information given to the spouse in the hospital is helpful in coping with daily life in their partner's phase of rehabilitation. Nurses need to be aware of their important part of given information to spouses. I wish to contribute to increased knowledge about these issues. The study is based on a qualitative research design. The method of research is Focus Groups.

Nine spouses, eight women and one man have participated. The interviews took place mainly six to ten weeks after leaving the hospital. The data are analysed according to a modified version of Giorgi's method of data analysis and Knodel's method of analysing data from Focus Groups. The study shows that most of the spouses feel taken care of in the hospital and that they cope well with the partner's rehabilitation. The main finding is that the spouse's experiences in the acute phase in the hospital to a great extent influences how he or she copes in the early days at home after hospitalisation. To be well informed during the phases of the illness and also information on what the partner should

be aware of during the rehabilitation is very important. It hurts if the spouse feels overlooked.

» Ektefellens behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt

Forfatter: Anny Norlemann Holme

Foto: Erik Sundt

INTRODUKSJON

Hjerteinfarkt er en livstruende sykdom som rammer begge kjønn. I 2006 ble 18 908 pasienter innlagt ved somatiske sykehus på grunn av hjerteinfarkt i Norge. Oftest rammes de mellom 40–59 år og de over 80 år. Hjerte-karsykdommer er den vanligste årsaken til innleggelse ved norske sykehus (1). Ved akutt hjerteinfarkt blokkerer

arteriosklerotisk plakk lumen i en koronararterie, hjertets egne årer (2). Tidligere fikk disse pasientene trombolytisk behandling og var inneliggende i somatisk sykehus en ukes tid. I dag behandles myocardininfarkt hovedsaklig med Percutaneous Coronary Intervention (PCI) hvor man foretar en ballongdilatasjon («blokking») av koronararteriene (2). Utredning og behandling skjer vanligvis ved universitetssykehusene, noe som medfører at pasienter som innlegges ved sykehus oftest sendes

til nærmeste universitetssykehus så snart diagnosen er stilt. Dette medfører at både pasient og pårørende må forholde seg til mange personer og ulikt personale i forbindelse med innleggelsen, noe som i seg selv kan være en kilde til stress. De skal tilpasse seg en ny livssituasjon med den usikkerhet en hjertelidelse medfører (3). I denne vanskelige situasjonen skal sykepleieren møte pasienter og pårørendes behov med nærhet og informasjon.

Statistikken tilsier at en ikke



ubetydelig gruppe ektefeller opplever at deres kjære gjennomgår akutt hjerteinfarkt. Flere internasjonale studier viser at ektefeller til hjerteinfarktpasienten har behov for støtte, oppfølging og informasjon både i den akutte fasen (om det akutte forløpet, om akuttavdelingen) og i tiden etter sykehusoppholdet. Sykepleier har her en sentral rolle (3-7). For å kunne håndtere den stressede situasjonen trenger ektefellene å føle seg trygge, å opprettholde håp, være nær pasienten, motta realistisk informasjon om pasientens tilstand, få skriftlig informasjon og ha støtte fra tilgjengelig ekspertise (8,9). Ærlig og regelmessig informasjon om pasientsituasjonen kan minske deres følelse av forvirring og hjelpeløshet (10). I tiden etter sykehusoppholdet trenger både pasient og ektefelle oppfølging i form av eksempelvis støttegrupper og hjerteskolet. De ønsker kunnskap om hjertesykdom og risikofaktorer, livsstil og å dele erfaringer fra tiden på sykehuset (6,11,12).

Etter gjennomgang av tidligere studier synes det å være behov for ytterligere forskning omkring hvilke tema ektefellen trenger informasjon om i den akutte fase og kanskje særlig ved utskrivelse fra sykehuset. Likeledes om den informasjonen som blir gitt er tilstrekkelig tilpasset de behov pasienter med akutt hjerteinfarkt og deres ektefeller har. Hensikten med denne studien er å beskrive hva ektefellen opplever å ha behov for av informasjon under sykehusoppholdet for å være til hjelp og støtte i rehabiliteringsfasen. Ønsket er å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan bli mer bevisst sin egen rolle i forhold til den informasjonen de gir ektefeller.

I artikkelen brukes benevnelsen «partner» om pasienten og «ektefelle» om pasientens part-

ner uansett om paret er gift eller samboende. Studien ble utført våren 2006 ved en hjerteovervåking/medisinsk intensiv enhet ved et norsk sykehus.

METODE

Ut ifra studiens hensikt ble det valgt en kvalitativ forskningstilnærming som vektlegger å forstå informantens fortellinger og beskrivelser. (13). Det ble anvendt fokusgrupper der noen tema var bestemt på forhånd.

Rekruttering av deltagere

En ønsket å inkludere ektefeller til pasienter som hadde gjennomgått et akutt hjerteinfarkt og som var under 70 år, fordi en antok at stor aldersspredning ville vanskeliggjøre samtalen i fokusgruppene. En tilstrebet også at deltagere var ukjente for hverandre slik at alle hadde samme utgangspunkt (14). Personer som svarte til utvalgs-kriteriene, fikk sammen med partneren muntlig og skriftlig informasjon om studien av sykepleiere under oppholdet på hjerteovervåkingen. Både ektefelle og partner skrev under på en samtykkeerklæring som ga forsker anledning til å kontakte ektefellen cirka to måneder etter utskrivelsen. På bakgrunn av slik kontakt ble ni informanter i alderen 42 til 66 år (åtte kvinner og en mann) rekruttert. Rekrutteringen strakk seg over en periode på fire måneder.

Datainnsamling

To fokusgruppeintervju med henholdsvis fire og fem deltakere ble gjennomført og fant hovedsakelig sted mellom seks og ti uker etter sykehusinnleggelsen. Samtalene ble tatt opp på bånd. I intervju-situasjonen er hensikten at gruppedeltakerne diskuterer de emnene som en vil utvikle kunnskap om (15). Moderator (intervjuer) leder samtalen, sørger for at alle delta-

kerne i størst mulig grad inkluderes og bidrar til å skape trygghet i gruppen. Hennes rolle skal først og fremst være lyttende (14). Metodelitteraturen anbefaler bruk av intervjuguide som består av de hovedtema som ønskes belyst. Spørsmålene som stilles i tilknytning til temaene bør være tydelige, korte, åpne og endimensjonale (14). I den aktuelle studien hadde intervjuguiden to hovedtema, det ene knyttet til utfordringer den første tiden hjemme (for eksempel i forhold til familie, sosial tilværelse, arbeid, fysisk aktivitet, kost). Det andre til hvilken type informasjon ektefellen hadde behov for på sykehuset for å kunne være til støtte for partneren (for eksempel i akuttfasen, ved undersøkelser, ved overflytting til annet sykehus). Gjennom gruppediskusjon ble det således lagt vekt på å få belyst ektefellenes opplevelser av den første tiden hjemme og hva de hadde behov for av informasjon for å være til støtte for partneren. Informasjon fremkommer best gjennom en dynamisk interaksjonsprosess innen gruppen (16,17). Moderator tilstrebet derfor at deltakerne primært snakket med hverandre i stedet for å forholde seg til moderator. En co-moderator registrerte gruppeinteraksjonen underveis, noe som var til hjelp i analysen. Noen var relativt tause mens andre snakket mye. De var lydhøre for hverandres opplevelser og var støttende overfor hverandre. Alvor og humor preget samtalen dem imellom. Flere informanter ga uttrykk for at det var godt å treffe andre i samme situasjon som hadde like erfaringer.

Etiske overveielser

Studien ble tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) og Datatilsynet via Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Det ble inn-

hentet tillatelse fra sykehusledelsen før prosessen med å rekruttere informanter tok til. Deltakerne fikk tilbud om samtale med sykepleiere ved hjerteovervåkingen i etterkant av intervjuene. Ingen av informantene benyttet seg av dette tilbudet.

ANALYSE

Analysen tok utgangspunkt i intervjuguidens hovedtema, slik Knodel forslår (18). Deretter ble hvert tema analysert etter inspirasjon fra Giorgis systematiske tekstkondensering over fire trinn: å få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og å sammenfatte betydningen av dette (19). Selv om tema delvis er bestemt på forhånd, ønsker forskeren likevel å få fram det som deltakerne oppfatter som vesentlig innenfor den aktuelle tematikken. Hovedtema ble den akutte fasen og tiden hjemme. Informasjon hadde betydning for informantene i begge fasene. De meningsbærende enhetene i begge fokusgruppene ble identifisert og systematisert som kategorier under hovedtema.

RESULTATER

Intervjuguiden tok primært utgangspunkt i tiden etter sykehusoppholdet, men det viste seg raskt at informantene så den akutte fasen i sammenheng med rehabiliteringsfasen. Informantene hadde behov for informasjon knyttet til undersøkelser, behandling i akuttfasen og til hvordan de skulle forholde seg når partneren kom hjem fra sykehuset. Ektefellenes erfaringer viste hele spekteret fra å ha fått god informasjon til ingen informasjon. Analysen resulterte i følgende tema: *Informasjon versus samtale, De «usynlige pårørende», Savn av helhetlig informasjon.*

Informasjon versus samtale

Det var relativt tydelig at ektefellene oppfattet informasjonen de fikk fra sykepleier og lege forskjellig, som henholdsvis informasjon og samtale. Faktakunnskaper og konkrete opplysninger gitt av legene ble oppfattet som informasjon. Denne var knyttet til prøvesvar, undersøkelser og funn i akuttstadiet eller i forbindelse med utredning og påfølgende behandling, men også knyttet til generelt levesett, som for eksempel behovet for røykekutt. Informantene ga uttrykk for å ha fått god informasjon både i forkant av og i forbindelse med undersøkelser og inngrep. Å være informert ga dem følelse av trygghet og

” Hovedsakelig var ektefellene fornøyde med den informasjonen de hadde fått.

kontroll i situasjonen. En kvinne fortalte hvordan legen hadde tegnet hjertet og forklart hvilke årer som var tette og hva de hadde gjort ved PCI. For en av kvinnene betydde beskjeden om at hun og mannen ikke trengte å legge om kostholdet svært mye for hvordan hun taklet livet i etterkant av sykehusoppholdet. Det ga henne trygghet for at livet kunne normaliseres. Informantene prøvde å etterfølge legens råd og så på ham/henne som ekspert.

Samtalene med sykepleierne derimot, ble ikke først og fremst oppfattet som faktainformasjon, men heller som omsorgsfull støtte og oppfølging. De karakteriserte dem som hjelpelige og imøtekommende. Dette gjorde seg særlig gjeldene ved hjerteovervåkingen ved sykehuset der studien

ble utført: «Men jeg må beundre ... jeg synes de var helt fantastiske der oppe på sykehuset. De var utrolig flinke synes jeg ... den flotte tonen. De var og spurte hele veien om alt var ok. De brydde seg. Kjempeflotte folk, altså!»

En informant uttrykte at sykepleierne «snakket og fortalte» og da særlig knyttet til her og nå situasjonen, men han savnet mer inngående informasjon om hva som skjedde og hvorfor.

De «usynlige pårørende»

Hovedsakelig var ektefellene fornøyde med den informasjonen de hadde fått. Et par ektefeller sier de ikke hadde fått noe eller svært lite informasjon ved universitetssykehuset og hjerteovervåkingen. Disse informantene ga uttrykk for at de syntes det var sårende å ikke få samme informasjon som andre. Allikevel opplevde de sykepleierne som hyggelige og imøtekommende. Partneren deres hadde fått informasjon alene i form av samtale med legen, eller de så informasjonsvideo om sykdomsforløpet uten at ektefellene ble trukket inn. Ektefellene etter spurte ikke selv informasjon: «Jeg fikk absolutt ingen informasjon fra noen (sukker). Ikke i det hele tatt! Ved universitetssykehuset var vi ikke så mange timene. ... Vi ble godt mottatt der og fikk mat og alt når vi kom der ... Jeg snakket ikke med noen jeg faktisk, med sykepleier eller lege. Det synes jeg er litt merkelig. Det er ... (kremter). Jeg er litt skuffa. Jeg har sagt det til mannen min mange ganger nå.»

Savn av helhetlig informasjon

I det akutte forløpet ved innkomst til sykehus var informantene mest opptatt av informasjon knyttet til partnerens tilstand og til aktuelle prøver, undersøkelser og behandling. Da pasienten var på bedringens vei var fokus mer på rehabiliteringsfasen, men her

var det flytende overganger. Informasjonen de fikk på sykehuset oppfattes som fragmentert, og de savnet en mer helhetlig informasjon med tanke på den første tiden hjemme. De påpekte at det var tid og rom på hjerteovervåkingen for dem som ektefeller til å få slik informasjon, men de ble ikke alltid fulgt opp av personalet. De ønsket og hadde behov for å få samme informasjonen som ektefellen, få være med i den prosessen hele veien. Informasjonen burde inneholde elementer som kosthold, medisiner (virkning, bivirkning), aktivitet, sykemeldingens lengde, innkalling til legeundersøkelse etter hjerteinfarkt, undersøkelser og trygdeordninger og så videre. Flere mente slik informasjon ville gjort tiden etter sykehusoppholdet enklere for dem. Fokus var det akutte forløpet med utredning og behandling, lite om rehabiliteringsfasen. Ektefellene var opptatt av å se helheten i forhold til tiden hjemme. Det var ikke tilstrekkelig med kun muntlig informasjon: «For jeg husker rett før de ble skrevet ut ved hjerteovervåkingen så var det ting hun nevnte, en av sykepleierne der, sånt som du helst ikke skulle spise. Så vet du det akkurat der og da, men så glemmer du det, ikke sant!»

De hadde også behov for andre informasjonskanaler som beskriver hvilke aktiviteter som kan gjøres, hvordan medisiner, kost og så videre kan tilpasses den enkelte. Eksempelvis kan det se ut som det var lite planlagt hvilke pasienter, og deres ektefeller, som fikk tilbud om å se informasjonsvideo om akutt hjerteinfarkt i etterkant av infarkt eller informasjonsvideo om angiografi og PCI i forkant av undersøkelsen, behandlingen. Kun ektefeller hvor partneren hadde gjennomgått myocardin-farkt fikk tilbud om to dagers hjertekurs ved Lærings- og mest-

ringssenteret tilknyttet sykehuset. Disse ektefellene vektla hvor mye denne informasjonen betydde for dem for å kunne håndtere den første tiden hjemme på en god måte. Kurset inneholdt tema som hjerteinfarkt, medikamenter, kost og fysisk aktivitet.

DISKUSJON


Behovet for informasjon var stort hos ektefellene og må sees på som grunnleggende for at de skulle kunne oppleve trygghet både under sykehusoppholdet og den første tiden hjemme. Ektefellene opplevde sykepleierne som omsorgsfulle og støttende selv der de fikk lite eller ingen informasjon. Studien viser hvor ulikt ståsted ektefellen og sykepleier har. For ektefellen var sykehusoppholdet en hendelse preget av tidligere erfaringer, sykdommens alvorlighetsgrad og tanker, bekymringer for framtiden. Dette hang sammen i en helhet. Sykepleiernes hverdag var derimot preget av ulike situasjonsbestemte gjøremål samt å kunne handle raskt i forhold til endringer i alvorlige syke pasienters situasjon. Sykepleieren var ikke alltid like kjent med pasientens forhistorie og hjemmeforhold. Dette vises igjen ved at informasjonen først og fremst ble gitt der og da som en del av sykepleierens gjøremål.

Informasjonens innhold – tilfeldig eller planlagt, bevisst eller ubevisst?

Studien viser at i den akutte fasen ønsket ektefellen informasjon om partnerens tilstand, prøver, undersøkelser og behandling. Da partneren var på bedringens vei hadde ektefellen andre behov for informasjon knyttet til rehabiliteringsfasen. Sykepleiernes informasjon var ofte spontan og uformell. Ektefellene brukte uttrykk som «å forklare i situasjonen der og

da». Det kan synes som sykepleierne hadde liten helhetlig plan og dermed kunne informasjonen oppleves som fragmentert og lite planlagt. Mye informasjon i den akutte fasen kan virke overveldende. Ektefellene møtte ofte nye problemstillinger den første tiden hjemme. De som fikk tilbud om hjertekurs ved Lærings- og mestringssenteret følte seg ivaretatt i rehabiliteringsfasen.

Studien viser at selv om ektefeller kan oppleve sykepleierne som hyggelige og greie, kan de hevde å ha fått ufullstendig eller ingen form for informasjon. Kanskje skilte ikke sykepleiere nok mellom det som var informasjon og det som var en vanlig samtale? Kanskje oppfattet ikke ektefellene den uformelle samtalen som informasjon? Hovedsakelig opplevde ektefellene å få mye og god informasjon både av leger og sykepleiere under sykehusoppholdet. Et annet aspekt er at sykepleieren kan mene hun har gitt informasjon, men ektefellen har ikke oppfattet det slik. Ifølge Selmer (20) kan det være sprik mellom den informasjon sykepleiere gir og det pasientene svarer at de får. Pasienter forventer

 Sykepleiernes informasjon var ofte spontan og uformell.

å få informasjon fra legen, men de forventer ikke samme faglige informasjon hos sykepleierne, selv om det var dem pasientene snakket mest med. Pasientene sier de ikke får informasjon av dem (21). Dette vil også kunne gjelde for ektefellene i min studie. Et annet moment er om det å «fortelle der og da i situasjonen» er så integrert i sykepleieres måte å tenke på at

de ikke etterspør pasientens historie eller om ektefellen har oppfattet det som sies.

Legens informasjon ble av ektefellene oppfattet mer som undervisning. Den var tydelig, konkret og handlet hovedsakelig om prøver, undersøkelser og behandling i det akutte forløpet, PCI. De opplevde informasjonen som viktig, men ikke alltid like aktuell. Det gjaldt der legen la sterk vekt på røykekutt uten å spørre partneren om han/hun røykte. Betydningen av hjertekurs ble framhevet. En informant ønsket skriftlig informasjon. Slik informasjon kan være av det gode, men må ikke erstatte samtalen med pasienten. En for standardisert informasjon kan gjøre det vanskelig for ektefellene å se hva som er viktig i deres situasjon (22).

Den som ikke spør, får heller ikke svar?

En studie viser at sykepleiere legger lite vekt på hva som skjer med pasientene etter utskrivelse og at de ikke har konkrete mål for informasjon. Det er opp til den enkelte sykepleier å definere pasientens og ektefellens behov for informasjon (23). Konsekvensen kan bli at noen får mye og andre mangelfull informasjon, noe som kommer fram i min studie. To av informantene opplevde seg som «usynlige pårørende» ved at de ikke etterspurte eller fikk noen form for informasjon. Allikevel beskrev de sykepleierne som snille og imøtekommende, men travle. For den ene ble tiden hjemme vanskelig med mye engstelse på grunn av mange ubesvarte spørsmål knyttet til levemåte. Studier viser at pasienter som ikke spør får heller ingen svar. De legger ofte skylden på seg selv og ikke på helsepersonell. Pasienter kan dessuten føle seg utenfor, ikke ha kontroll ved å få utilstrek-

kelig informasjon om hva som skjer under sykehusoppholdet og om utskrivelse (21,24,25). Det er tankevekkende at ektefeller ikke våger å etterspørre den informasjonen de faktisk har krav på. Det kan se ut som om sykepleierne ikke helt ser på ektefellene som samarbeidspartnere og at deres ressurser kan nyttiggjøres.

Studiens begrensninger

Ved enhver studie er det viktig å være klar over begrensninger. Intervjuene fant i hovedsak sted seks til ti uker etter partnerens sykehusopphold. Ved valg av et annet tidspunkt, ville en muligens fått andre svar. Likevel er det grunn til å anta at informantenes sterke oppfatning av sammenheng mellom sykehusoppholdet og tiden etterpå ville framkommet også på andre tidspunkt. Studien omfatter kun to fokusgrupper med til sammen ni deltakere. Ved flere fokusgrupper hadde det sannsynligvis tegnet seg et tydeligere bilde av tematikken med mer detaljerte beskrivelser. Sammenstillingen av informanter i fokusgruppene kan ha betydning. I en gruppediskusjon kan det forekomme at noen deltagere er mer førende enn andre for hva som taes opp og snakkes om. Selv om en fikk inntrykk av at alle kom til orde, også der det var uenighet, kan det ikke utelukkes at noen informanter kan ha holdt tilbake meninger som kunne hatt betydning for studien. Det ble vanskelig å få fram kjønnsforskjeller siden kun en mann meldte seg. Likevel er det grunn til å hevde at studiens resultater har relevans for sykepleiere som er i kontakt med ektefeller til hjerteinfarktpasienter både ved hjerteovervåkinger og ved lærings- og mestringssentre. Det kan dessuten trekkes paralleller til pasienter med andre akutte sykdommer og deres ektefeller.

KONKLUSJON

Studien viser at ektefellene hovedsakelig følte seg ivaretatt på sykehuset og taklet partnerens rehabiliteringsfase på en god måte. Det er tydelig at ektefellenes opplevelser av den akutte fasen hang nøye sammen med og var avgjørende for hvordan de mestret den første tiden hjemme. Blant annet syntes det å være avhengig av den informasjonen de mottok under sykehusoppholdet. Ektefellene hadde behov for annen type informasjon i akuttfasen enn ved hjemreise fra sykehus. Det er derfor behov for mer planlagt og helhetlig informasjon. Ektefeller som ikke etterspør har også krav på slik informasjon. Det vil være til hjelp for ektefellen om sykepleiere er tydeligere på når de informerer og når de kun samtaler.

Studiens implikasjoner for klinisk praksis kan være at sykepleiere i møte med hjerteinfarktpasienter og deres ektefeller tar utgangspunkt i ektefellenes egne behov, også hos de som ikke etterspør informasjon, slik at ektefellene skal være i stand til å takle sin nye livssituasjon på en god måte. Informantene har selv kommet med konkrete forslag til informasjonens innhold. De ønsker større vektlegging av den første tiden hjemme med råd om kosthold, fysisk aktivitet, informasjon om virkning og bivirkning av medisiner for å nevne det viktigste. Det å ha kjennskap til hva et hjerteinfarkt er, har betydning for dem. Hjertekursene ved Lærings- og mestringssenteret ønskes tilgjengelig for alle hjerteinfarktpasienter og deres ektefeller.

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Pasientstatistikk, 2006. Flere innleggelse for hjerteinfarkt. 2006; <http://www.ssb.no/emner/03/02/pasient/main.html>.
2. Eikeland A, Gimnes M, Holm HM. Sirkulasjonssvikt. I: Gulbrandsen T, Stubberud D, editors. Intensivsykepleie. Oslo: Akribe, 2005.

3. Van Horn E, Fleury J, Moore S. Family interventions during the trajectory of recovery from cardiac event: an integrative literature review. *Heart Lung* 2002;31(3):186-198.

4. Fleury J, Moore SM. Family-centered care after acute myocardial infarction. *J.Cardiovasc.Nurs* 1999;13(3):73-82.

5. Svedlund M, Danielson E. Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *J.Clin.Nurs* 2004;13(4):438-446.

6. Kristofferzon M, Lofmark R, Carlsson M. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *J.Adv.Nurs* 2003;44(4):360-374.

7. Santavirta N, Kettunen S, Solovieva S. Coping in spouses of patients with acute myocardial infarction in the early phase of recovery. *J.Cardiovasc.Nurs* 2001;16(1):34-46.

8. Leske JS. Interventions to Decrease Family Anxiety. *Critical Care Nurse* 2002; 22(N0. 6 December):61-65.

9. Leske JS. Overview of family needs after critical illness: From assessment to intervention. *AACN Clinical Issues* 1991;2(2):220-221-226.

10. Burr G, Severinsson E. Reaktionen och relationer i intensivvård : närståendes behov och sjuksköterskors kännedom om behoven. Lund: Studentlitteratur, 2001.

11. Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A, WeldViscount P. Group support for couples coping with a cardiac condition. *J.Adv.Nurs* 2001;33(2):190-199.

12. Westmacott J, Evans J, Turner S, Todd S, Bethell HJN, Baker N. Heartlearn: effects of a training session for relatives of myocardial infarction patients. *Coronary Health.Care* 1999;3(4):199-204.

13. Polit DF, Beck CT. Nursing research. Principles and Methods. Seventh edition ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

14. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 3rd ed. Thousand Oaks, California: Sage, 2000.

15. Bloor M. Focus groups in social research. London: Sage, 2001.

16. Brataas H. Fokusgrupper – en kvalitativ forskningsmetode. Tidsskriftet Sykepleien 2001;14:54-55, 56.

17. Halkier B. Fokusgrupper. Frederiksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag, 2002.

18. Knodel J. The Design and Analyses of Focus group Studies. Successful Focus Groups. Morgan, David ed. California: Sage Publication, Inch; 1993.

19. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. [2. utg.] Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

20. Selmer AW. Pasientinformasjon – undervisning. En utfordring for sykepleierne. *Vård i Norden* 1997;17(1):11-17.

21. Selmer Å W. Pasientinformasjon: en rettighet: studie av pasienters erfaringer med å få informasjon under sykehusopphold. Trondheim: Å.W. Selmer, 1996.

22. Hannsen A, Nordrehaug JE, Hanestad BR. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005;4:37-44.

23. Kloster T. Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasienten dette? Feltstudie i en ortopedisk avdeling. *Vård i Norden* 1997;45(3):14-20.

24. Hansen BK, Lomborg K. Spouses' experiences when partners are admitted with AMI Danish. *Klinisk Sygepleje* 2006 Aug;20(3):12-20.

25. Eriksson U, Chiappe I, Sellström E. Att vårda på sjukhus. Vad är pasienter missnöjda med? *Vård i Norden* 2003;68 [23]:36-39.

Sykepleieforskning – mer enn forskningskompetanse



Av Berit Rokne Hanestad

berit.hanestad@rektor.uib.no

Berit Rokne Hanestad er viserektor for utdanning ved Universitetet i Bergen.

Sykepleieforskningen har en kort tradisjon. Det var først på slutten av 1980-tallet at sykepleieforskningen «tok av». Dette hadde sammenheng med etableringen av sykepleievitenskap på universitetene. Påfølgende utvikling med kompetansekrav for ansatte i sykepleierutdanningen, samt kravet om kunnskapsbasert praksis, har resultert i et stadig større press for å øke antallet med master-, og doktorgradskompetanse. Både utdanning av master- og doktorgradskandidater har skjedd innen små fagmiljøer som samtidig med å utdanne studenter selv skulle bygge opp egen kompetanse og forskningsaktivitet.

Dette stadig økende krav om kompetanse har satt sykepleieforskningen under press. Et press om forskningskvantitet som er med på å sette forskningskvaliteten i fare. Forskning må skje utover det som omhandler formell kompetanseheving. Forskning er et kvalitetshåndverk som krever mer enn en avlagt grad.

Forskning må bygge opp kumulativ kunnskap innen faget. Dette krever tid (gjerne opp til ti år), deltagelse i et forskernetverk (helst med de beste i verden), forutsigbar finansiering (basert på eksterne midler) og rekruttering av gode forskere (de unge lovende talentene).

Disse betingelsene danner grunnlag for kvalitativ god forskning. Som forsker krever dette

et møysommelig arbeid. Tiden er overmoden for sykepleieforskningen til å bli mer opptatt av betingelser for kvalitativ god forskning enn antall personer med forskningskompetanse. Selvsagt er det viktig for fagets utvikling å utdanne personer med forskningskompetanse. Men dette må ikke skje på bekostning av å bli ledende innen eget forskningsfelt.

Faget har behov for fyrtårn som driver framragende forskning med betydning for folks helse- og livskvalitet. Slike miljøer må være med på å synliggjøre sykepleieforskningens betydning, den må gi resultater – og være nyttig. Vi må tilstrebe sykepleieforskning av ypperste klasse. Dette krever en strategi som omhandler mer enn å øke antall kandidater med forskningskompetanse. Tiden er nå inne til å satse på de beste og gi disse gode betingelser for å drive faget framover.

> DIN REAKSJON: forskning@sykepleien.no



Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholt's
stiftelse for forskning

- Forskning innen hjerte-, blinde- og kreftskaken

FORSKNINGSSTIPEND

Raagholtstiftelsen vil med dette meddele at personer/faggrupper innen hjerte-, blinde og kreftforskning kan søke forskningsstipend fra stiftelsen.

Alle søknader sendes som e-post med vedlegg i Word-format til forretningsfører, advokat Finn Kohmann, på post@finn-senioradvokat.no.

Se www.raagholtstiftelsen.no for nærmere opplysninger om formål, krav til søknad, dokumentasjon av forskningsprosjekt etc.

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen gir innsikt i de situasjonene og problemstillingene sykepleier kan møte når pasienten har piercing. Den konkluderer med at det må bli en enhetlig praksis for fjerning av piercing og etterlyser

i den forbindelse retningslinjer og illustrert veileder.

Hva vet vi fra før?

I Norge er det ikke gjort noen tidligere studier på bare piercing. Tidligere norske studier skiller ikke mellom tatovering og piercing.

Nøkkelord

- Piercing
- Kirurgiske pasienter
- Kirurgiske prosedyrer
- Elektrokirurgi

Mer om forfatterne:

Merete Eugenie Holst er fagutviklingssykepleier operasjon ved Kirurgisk serviceklinikk på Haukeland Universitetssykehus, merete.holst@helse-bergen.no. Monica W. Nortvedt er professor i kunnskapsbasert praksis Helsefag

ved senter for Kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen monica.nortvedt@hib.no

Bakgrunn: Sykepleiere møter i dag stadig oftere pasienter med piercing. Utfordringen som operasjonssykepleier er hvordan piercingen skal håndteres, spesielt i forhold til bruk av diatermi under operasjonen. For klokker, ringer og øredobber er retningslinjene klare – de skal fjernes før operasjon. Piercingene kan plasseres hvor som helst på kroppen, også skjult. Ved vårt sykehus er det ulik praksis ved håndtering av piercing, og derfor var det interessant å undersøke hva som er den beste kunnskapsbaserte praksis.

Hensikt: Vi ønsket å finne ut hva relevant forskning sier om de ulike utfordringer rundt piercing

som er viktig i forbindelse med undersøkelser og kirurgiske inngrep.

Metode: Det ble gjort litteratursøk i Cochrane Library, MEDLINE, PUBMED, CINAHL, NORART, SveMed+ og Evidence Based Nursing. Ni artikler, som innholdt noe om piercing og diatermi peroperativt ble valgt ut.

Resultat: Seks av de ni utvalgte artiklene sier at piercing bør/ skal fjernes på grunn av fare for brannskade på pasient. I tillegg utpeker det seg andre faremomenter/komplikasjoner som vi må ta på alvor, som for eksempel at genital piercing er til hinder ved innleggelse av blærekateter, hygieniske aspek-

ter og at piercing gir forstyrrelse på røntgenbilder. Økt kunnskap omkring emnet er viktig og en ikke-dømmende holdning for å kommunisere med pasienten.

Konklusjon: Funn i litteraturen gir støtte for at piercing skal fjernes før kirurgiske inngrep, hvor det samtidig anvendes diatermi. Fordi piercing er en økende trend, bør helsepersonell ha kunnskap omkring piercing og det er vårt ansvar å vurdere når piercingen er til fare for pasienten. Veien videre må bli en enhetlig praksis for håndtering av piercing. Retningslinjer må utarbeides, samt en illustrert veileder for sikker håndtering og fjerning av piercing.

**The patient in surgery with body piercing****Should the body piercing be removed before surgery and some types of examinations?**

Background: Today's nurses frequently meet patients with body piercing. The operating room nurses challenge is how to deal with the phenomenon in surgery and in particular in those cases where electrosurgery is used. With regard to jewellery such as earrings, watches and rings the guidelines are clear as they must be removed before surgery. The body jewellery can be placed anywhere and also at hidden places. At our hospital there are no common guidelines on how these patients should be treated, and it was therefore interesting to investigate the issue in order to find out more on best practice

based on studies in this field.

Aim: We wanted to find out what relevant research tells us about challenges in body piercing in regard to surgery.

Method: A literature study was conducted in Cochrane Library, MEDLINE, PUBMED, CINAHL, NORART, SveMed+ and Evidence Based Nursing. Nine articles which focused on body piercing and electrosurgery peroperatively were found.

Results: Based on the articles, six of nine recommended removing body piercing before surgery as there might be a danger of burn injury on the patient. In addition, other complications such as genital piercing to interfere with the insertion of a urinary catheter; hygienically aspects and the fact that body piercing could interfere with the image in X-ray. From

a health personals perspective, knowledge on the topic can facilitate the communication with those patients and therefore avoid a non-judging attitude. This implies that an increased knowledge of the issue is of paramount importance.

Conclusions: Results in the literature give support to the fact that body piercing should be removed before surgery, and in particular when electro surgery is used. As body piercing is an increased trend, it is important that health personnel have knowledge on the issue as it is their responsibility to judge if the piercing can cause any danger to the patients and therefore should be removed. This implies that there is a need for common guidelines and a short illustrative instruction on how to safely remove various types of body piercing.

>> OPERASJONSPASIENTEN MED PIERCING**Skal piercing fjernes før undersøkelser og kirurgiske inngrep?**

Forfattere: Merete Eugenie Holst og Monica W. Nortvedt

Foto: Lena Johansson/Mira/Samfoto

INNLEDNING

Pasienter med piercing er i dag et relativt vanlig syn på operasjonsstuen. Piercing defineres som: «Penetration of jewelry into openings made in such body areas as eyebrows, lips, tongues, noses,

navels, nipples and genitals» (1).

Når det gjelder forekomst av piercing i befolkningen, finnes det ikke noen eksakte statistikker (2), men Twedell (3) antyder at 2 prosent av den totale befolkningen i USA har piercing. Den mest populære piercing er navle piercing og så mange som 50 prosent av ungdommer har en eller annen form for piercing (4,5). For Europa

viser en studie fra Tyskland (6) at forekomsten av piercing blant hele befolkningen var 6,5 prosent. For personer mellom 14 og 24 år var forekomsten 41 prosent for kvinner og 27 prosent for menn. I Norge er det ikke gjort studier som kan refereres fordi det ikke skilles mellom piercing og tatovering (7).

Komplikasjoner som følge

av piercing er avhengig av flere faktorer som hvor på kroppen piercingen er plassert, materiale, piercerens erfaringer, hygiene, og stell av piercingen (2). Komplikasjoner til piercing totalt sett er 17 prosent (4,8).

Det er ikke entydig hvordan en operasjonssykepleier skal håndtere piercingen. Skal piercingen fjernes og eventuelt hvordan? Når det gjelder klokker, ringer og øredobber er retningslinjene klare – de skal fjernes før operasjon. Piercing er et forholdsvist nytt fenomen i Norge, og det er en økende trend. Kroppssmykkene kan plasseres hvor som helst på kroppen, også skjult.

Å ha piercing er ikke direkte farlig i seg selv, men når vedkommende blir pasient og skal opereres og/eller undersøkes, oppstår en del faremomenter som vi må ta på alvor. Det er ulik praksis i Norge og det finnes ikke noen overordnede retningslinjer for sikker håndtering av pasienter med piercing. På sykehuset generelt er det ulik praksis. Det er i dag ikke utarbeidet retningslinjer eller prosedyrer for håndtering av piercing ved vår avdeling.

Sykepleieryrket kan ikke utøves ut fra antakelser, vi bør være opp-

” Det er ikke entydig hvordan en operasjonssykepleier skal håndtere piercingen.

datert og basere vår yrkesutøvelse på en kunnskapsbasert praksis. Dette innebærer blant annet at vi bruker eksisterende forskning på området når dette finnes. Hensikten med denne oversikten er å undersøke hva relevant forskning sier om de ulike utfordringer rundt piercing som er viktig

i forbindelse med undersøkelser og kirurgiske inngrep.

METODE

Vi tok utgangspunkt i trinnene i kunnskapsbasert praksis (9). Disse er beskrevet ved å erkjenne informasjonsbehov, stille spørsmål, innhente kunnskap, gjøre litteratursøk for å finne relevant forskningsbasert kunnskap, kritisk å vurdere god kunnskap opp mot praksis og evaluere. Vi ønsker å gi en litteraturoversikt over det som finnes av forskning innenfor problemstillingen.

Det ble søkt i databasene Cochrane Library, Medline, PUBMED, CINAHL, NORART, Sve-Med+ og Evidence Based Nursing. Det ble gjort kombinasjonssøk på de samme ordstillingene. Dette for å inkludere flere studier med samme problemstilling: «body piercing AND surgical procedures», «body piercing AND risks», «body piercing AND electrocoagulation» og «body piercing AND electrosurgery». Piercing satt inn i MeSH emneordregister gir: body piercing (ear piercing, eyebrow piercing, lip piercing, nipple piercing, navel piercing and tongue piercing). Diatermi satt i MeSH gir electrosurgery. I CINAHL ble bodypiercing emneord i 2000, og i MEDLINE emneord så sent som i 2005. I MEDLINE gir samme kombinasjonssøk 1888 treff og begrenses til forskning på mennesker. Dette gir 147 treff. Søk i PUBMED gir cirka 50 treff. De samme artiklene som i Medline kommer opp her. Databasen Cochrane Library gir 0 treff. CINAHL gir kun et treff på en artikkel av Faulkner 1999 (10). Den er noe gammel, men tas med for vurdering. Søk i skandinaviske databaser gav ingen treff. Titlene og/eller abstraktene ble lest, aktuelle abstrakt ble tatt ut og gjennomlest i helhet. Kriteri-

ene for utvelgelsen er at artikkelen i abstraktet inneholder noe om body piercing og risikofaktorer i forhold til kirurgi. Vi endte opp med ni artikler for gjennomgang. Det presiseres at det ikke er gjort et uttømmende søk. Det var mange av titlene som klart ikke var aktuelle. Artiklene er vurdert etter sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (11). Mange av artiklene var ikke basert på empiri, men forfatterne referer til empiriske studier. Hovedpunktene i sjekklister er om vi kan stole på resultatene, hva resultatene forteller og om resultatene kan være til hjelp.

RESULTAT

Resultatene fra de enkelte artiklene er fremstilt i tabell 1. Alle funnene i litteraturen kan oppsummeres etter emner som sier noe generelt om faremomentene ved piercing i forhold til kirurgi og undersøkelser. De samme faremomenter og komplikasjoner presiseres i flere av artiklene. De vanligste komplikasjonene til piercing er: Blødning, infeksjon (gule stafylokokker, streptokokker gruppe A, hevelse, arrdannelse og allergiske reaksjoner til metallet i piercingen) (2,3).

Kirurgi

Helsepersonell må kunne korrekt fjerning av piercing (1,3,4), egnede verktøy må brukes (3,5,12) og aller helst skal pasienten selv fjerne piercingen (4,5). Å fjerne piercingen ved å klippe den over med en stålavbiter, kan gi skade i vevet i piercingkanalen (3,13). Piercing skal fjernes når den er i nærheten av operasjonssåret, fordi piercingen er kontaminert (2) og kan gi pasienten postoperativ sårinfeksjon (5). I tillegg er det fare for brannskade ved bruk av diatermi peroperativt (1,2,3,5,8,12).

Anestesi

Piercing i ansiktet kan gi lekkasje når pasienten ventileres på maske (3). I tillegg kan piercing løsne og aspireres til luftveiene ved intubasjon (2,3,8,12).

Diatermi

Monopolar diatermi er bruk av høyfrekvent elektrisitet for å stanse blødninger i vevet (personlig meddelelse Tyco healthcare AS Norge).

Av de ni utvalgte artiklene er det syv av dem som anbefaler at piercing bør fjernes før operasjon på grunn av fare for eller potensiell fare for brannskade (1,2,3,5,8,12). I tillegg sier Peate (1) og Jacobs (4) at pasientsikkerheten kan være i fare ved bruk av diatermi peroperativt når pasienten har piercing.

Innleggelse av blærekateter

Både mannlige og kvinnelige genitale piercinger vanskeliggjør innleggelse av blærekateter (12). Prins Albert genital piercing som går gjennom urinrøret på menn er direkte til hinder for innleggelse av blærekateter (2,3).

Stabilisering av bekkenfraktur

Det kan oppstå lekkasje i oppblåsbare stabiliseringsbukser (sjokkbukser) fordi piercing i navle og genitalt kan gnage eller stikke hull (8,13).

Røntgen/Magnetresonans/Computertomografi

Piercing kan gi forstyrrelse på bildet ved røntgen og computertomografi (2,3,13). Ved Magnetresonans vil magneten kunne påvirke piercingen slik at den kan trekkes ut av kroppen og gi smerter og skader både på personer og utstyr (2,3,8).

Hygieniske aspekter

Pasienter med piercing anbefales

ekstra antibiotika profylakse ved operasjon fordi disse pasientene er i en risikogruppe (5). De hygieniske tiltak må optimaliseres peroperativt for å unngå infeksjon i vevet ved piercing i navle (4). Alle piercingsmykker må behandles som kontaminerte og skal oppbevares i antiseptisk væske (2).

Infeksjon

Lokal infeksjon som siving fra piercing kanal, rødhet, hevelse (post piercing ødem) og smerte er en vanlig komplikasjon (2,13).

DISKUSJON

Resultatene fra denne litteraturoversikten viser at bruk av piercing er et økende problem og at det er faremomenter forbundet med piercing (1,2,3,4,5,8, 12,13). Dette forsterkes ytterligere når vedkommende blir pasient og skal til undersøkelser eller opereres. Da sier litteraturen at piercing bør fjernes.

Litteratursøket i denne artikkelen var begrenset til et søk i hver av databasene i oktober/november 2006. Det kan være en begrensning fordi viktige artikler kan ha blitt forbigått. Styrken er dog likevel at flere av artikkelforfatterne beskriver de samme faremomentene. Artikkelen til Faulkner (10) omhandler hvordan retningslinjer for operasjonspasienten ble laget. Vurderingen av at piercing ikke behøver å fjernes ved bruk av diatermi baserer seg på en uttalelse fra et firma som sier at det ikke er dokumentert noen fare. Funnene er således ikke basert på empiri, og artikkelen forkastes.

Oversiktsartikkelen til Stirn (2) er verdifull fordi den har gjennomgått 109 artikler med dette tema. Studiene fra denne oversikten var imidlertid for ulike til at det kunne gjøres en metaanalyse. Som helsepersonell må vi forstå vår nøkkelrolle i forhold

til pasienter med piercing. Det er uinteressant om vi liker eller ikke liker denne form for kroppsdekorasjon. Vi må sette oss inn i siste oppdaterte forskning, metoder for innsetting av piercing, typer og tilhelingstid, stell og komplikasjoner/faremomenter. Dette støttes også opp av Helselovene av 2001 (14) som sier at vi skal være faglig oppdaterte. Det er sykepleierens plikt å gjøre pasienten oppmerksom på faremomentene og sørge for at det finnes gode rutiner for dette.

Det er essensielt å gjøre etiske refleksjoner i forhold til holdninger til piercing. Det å bære piercing er annerledes enn et vanlig smykke fordi det uttrykker en kroppsideitet. Økt kunnskap omkring piercing og forståelse for hvorfor en velger å la seg pierce, hjelper helsearbeidere til å ha profesjonelle holdninger (3,13). En fordypningsoppgave gjennomført av operasjonssykepleierne Henden Clark og Bilstad (15) viste at operasjonssykepleiere hadde lite kunnskaper og ferdigheter i forhold til piercing.

Litteraturfunnene betyr i praksis at alle pasienter som skal til en eller annen form for undersøkelse/operasjon der piercing kommer i konflikt, skal fjerne piercing. Spesielt viktig er dette ved operasjoner der det anvendes diatermi. Firma som selger diatermiapparater forholder seg til «Association of Operating Room Nurses recommended practices for electrosurgery» (16). Dette er anbefalte retningslinjer for hvordan operasjonsavdelingen skal forholde seg til diatermi, og sier at piercing skal fjernes. Jacobs og kollegaer (3) vektlegger en teoretisk risiko for elektrisk brannskade, men det er ikke funnet skade rapportert gjennom litteratursøkene. Det er nærliggende å anta at det både i forhold til brannskader og andre

TABELL FOR FUNN I ARTIKLENE

Forfatter og utgivelsesår	Design/metode	n = antall/antall referanser	Resultat/konklusjon
Armstrong, M., Caliendo, C., Roberts Alden, E. 2006	Litteraturstudie fra Caliendo 2005 (15)	n = 37	Helsepersonell må kunne korrekt fjerning av piercing og ha kjennskap til verktøy for fjerning av piercing. Brukererfaring er viktig for helsearbeidere. God pasientinformasjon bygger på kunnskap om tema. Profesjonelle helsearbeidere må arbeide etter kunnskapsbaserte metoder.
Twedell 2006	Litteraturstudie	Referanse til 12 artikler	Essensielt å ha kunnskap om piercing for å gi faglig god sykepleie og ha en ikke-dømmende holdning. Fare for brannskade ved bruk av diatermi under operasjon. Ved ventilering av pasient kan piercing gi lekkasje, løsne og aspireres til luftveiene. Piercing i navle og genitalt kan gnage hull på sjokkbukser og være til hinder for innleggelse av blærekateter. Ved røntgen/computertomografi/magnetresonans kan piercing gi forstyrrelse på bildet. Helsepersonell må kunne korrekt fjerning av piercing og kunne vurdere andre alternativer for fjerning av piercing. Hvis det er mulig skal pasienten selv fjerne piercing. Kjennskap til verktøy for fjerning av piercing er viktig. Skriftlig informasjonsmateriale kan hjelpe pasienten til å forstå faremomentene ved piercing og oppsøke medisinsk personell ved komplikasjoner.
Caliendo, C., Armstrong M.L., Roberts A.E. 2005	Survey/ spørreskjema	n = 146	Forståelse for personens rasjonalitet og fornuft, er ikke en viktig forutsetning for å kunne gi god pasientomsorg. Bevissthet omkring hensikt og bestemmelse for å la seg intim pierce kan hjelpe helsepersonell til å være oppmerksom på pasientens behov.
Armstrong 2004	Litteraturstudie	Referanse til 12 artikler	Piercing i munnhule og nese kan løsne og komme i luftveiene ved intubasjon. Piercing skal fjernes ved infeksjoner. Navlepiercing må fjernes ved graviditet. Genital piercing vanskeliggjør fødsel og innleggelse av blærekateter. Fare for brannskade ved bruk av diatermi under operasjon. Ved røntgen/computertomografi/magnetresonans kan piercing gi forstyrrelse på bildet. Ved operasjoner kan piercing henge seg opp i dekning, på operasjonsbordet, eller utsettes for drag. Ved stabilisering av bekkenfraktur kan piercing i navle eller genitalt stikke hull på sjokkbuksene.
Larkin 2004	Litteraturstudie	Referanse til 10 artikler.	Pasienter med piercing representerer en stor utfordring for operasjonssykepleierne. Kjennskap til verktøy for fjerning av piercing er viktig. Fare for brannskade ved bruk av diatermi under operasjon. Ved ventilering av pasient kan piercing gi lekkasje, løsne og aspireres til luftveiene. Genitale piercinger skal fjernes før operasjon fordi de kan forhindre innleggelse av blærekateter.
Muensterer 2004	Prosedyre og teknikk for fjerning	n = 5 Referanse til 12 artikler	En rask og trygg prosedyre. anbefaler innsettelse av plastsuttitt i piercingkanalen, og ved laparoskopisk kirurgi sette nylontråd i piercingkanalen. Antibiotikaprofylakse anbefales fordi disse pasientene er en risikogruppe. Fare for brannskade ved bruk av diatermi peroperativt.
Jacobs V.R., Morrison Jr, J.E., Paepke, S., Kiechle, M. 2004	- Klinisk prospektiv studie, Litteraturstudie	Referanser til 17 artikler n = 21	Teoretisk risiko for elektrisk brannskade. Alle piercinger må dokumenteres preoperativt. Hvis det er mulig skal pasienten selv fjerne piercing. Piercingssmykker nær operasjonssnittet skal ikke settes tilbake før såret er grodd. Helsepersonell må kunne korrekt fjerning av piercing. Optimalisere hygieniske tiltak peroperativt for å unngå infeksjon i vevet ved navlepiercing, spesielt ved laparascopi.
Stirn 2003	Oversiktsartikkel	Referanse til 109 artikler.	Piercingens historie, opprinnelse, typer piercing, prosedyrer, tilhelingstid, komplikasjoner og bivirkninger. Fare for brannskade ved bruk av diatermi peroperativt. Alle metallsmykker må fjernes før Magnetresonans. Smykker som fjernes behandles som kontaminert og oppbevares i aseptisk væske. Piercing i munnhule og nese gir fare for aspirasjon av smykket til luftveiene. Genitale piercinger vanskeliggjør innleggelse av bærekateter. Helsearbeidere må være oppdatert på området, for å kunne gi råd og håndtere komplikasjoner.
Peate 2000	Informativ artikkel om piercing	Referanse til 30 artikler	Fordi piercing er en økende trend, vil helsearbeidere oftere komme i kontakt med piercede pasienter i fremtiden. Pasientsikkerheten kan være i fare ved bruk av diatermi peroperativt. Piercing må fjernes dersom den i nærheten av operasjonssåret. Sykepleiere må være i kompetent til å håndtere pasienter med piercing, og forstå potensielle komplikasjoner som kan oppstå.

komplikasjoner ved bruk av piercing foreligger udokumenterte (underrapporterte) funn. Totalt sett understrekes behovet for en bevisstgjøring.

Det må journalføres at pasienten har piercing, hvor mange og hvor den/de er plassert (4). Dette må gjøres så tidlig som mulig etter mottak av pasient. Kirurger og anestesileger har også et viktig ansvar her. Det må videre noteres om hvordan piercingen(e) ble fjernet og om eventuelle komplikasjoner.

Så langt det er mulig skal pasienten selv fjerne piercingen(e) (4). Et substitutt (plastrør) kan plasseres til undersøkelsen/operasjonene er ferdig (4,5). Vi vil påpeke at det er hygieniske aspekter, som for eksempel siving av væske fra piercingen, som tilsier at dette ikke skal foregå før rene prosedyrer. Et substitutt har også sine faremomenter ved at det kan komme i klemme, utsettes for drag, være til hinder og løsne. Dersom kulen til et substitutt, for eksempel på tungen, mistes ned i luftveiene på pasienten, vil det være mye vanskeligere å finne den igjen på en røntgenoversikt enn en kule av metall.

Når det blir en sykepleieroppgave å håndtere piercing, er det viktig å vite hvordan dette bør gjøres. Dersom piercingen ikke lar seg fjerne med hendene, er praksisen at den klippes over med en stålavbiter. Da ødelegges smykket og piercingkanalen skraper opp, noe som gir en økt fare for infeksjon (3,13). Derfor er det viktig at sykepleiere i akuttmottak og på sengeposter og poliklinikker har gode rutiner for håndtering av piercing, slik at det å fjerne piercing kun blir en nødprosedyre i operasjonsavdelingen. Ved min avdeling fjerner vi piercing flere ganger i uken på operasjonspasienter som kommer klargjort fra postene.

Det er et sterkt behov for at det utarbeides en veileder for hvordan piercing fjernes på en sikker og skånsom måte, gjerne illustrert med bilder. Her er det naturlig å få med seg en profesjonell piercer, slik at veilederen kvalitetssikres.

Å bruke kunnskapsbasert praksis som metode er en trygghet for vår praksis. Ved å arbeide gjennom litteraturen kan vi lage prosedyrer som bygger på systematisk utviklet kunnskap der den finnes. Vi har alle et ansvar for at pasienten behandles slik at det ikke oppstår skade, og vi må alltid ha fokus på pasientsikkerhet. Enhetlige retningslinjer, gjerne nasjonale, må utarbeides.

KONKLUSJON

Ut fra funn i litteraturen mener vi å ha dekning for at piercing skal fjernes for kirurgiske inngrep. Fordi piercing er en økende trend, bør helsepersonell ha kunnskap om hvordan piercingen skal håndteres på en sikker måte. I tillegg er det vårt ansvar sammen med legen å vurdere når piercingen er til fare for pasienten. Veien videre må bli en enhetlig praksis i forhold til håndtering av piercing. Retningslinjer må utarbeides, samt en illustrert veileder for sikker håndtering og fjerning av piercing.

TAKKSIGELSE

Stor takk til Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen, for engasjementet som førte til at eksamen fra videreutdanning «å arbeide og undervise kunnskapsbasert» ble til en artikkel.

Tusen takk til alle mine gode kolleger ved Kirurgisk serviceklinik, Sentraloperasjon, Haukeland Universitetssykehus for støtte og oppmuntring underveis med artikkelen.

REFERANSER

1. Peate I. Body piercing: Could you answer your patient's queries? Br J Nurs 2000; 22; 2163-68.
2. Stirn A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations Lancet 2003; 361: 1205-15.
3. Twedell D. What every nurse need to know about piercing. J Contin Educ Nurs 2006; 37(5):198-199.
4. Jacobs VR, Morrison Jr JE, Paepke S, Kiechle M. Body piercing affecting laparoscopy: perioperative precautions. J Am Assoc Gynecol Laparasc 2004; 11(4): 537-41.
5. Muensterer O. Temporary Removal of Navel Piercing Jewelry for Surgery and Imaging Studies. Pediatrics 2004; 114: 384-86.
6. Stirn A, Hinz A, Brähler E. Prevalence of tattooing and body piercing in Germany and perception of health, mental disorders, and sensation seeking among tattooed and body-pierced individuals. J Psykosom Res 2006; 60: 531-34.
7. Meland E, Breidablikk HJ, Vik LJ, Ekeland TJ. Tenåringer med piercing og tatovering. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1760-3.
8. Armstrong M. Caring for the patient with piercings. RN.[Elektronisk tidsskrift] 2004 [hentet 31.okt 2006]; 67:(ca 5 sider). Tilgjengelig fra: <http://www.rnweb.com/rnweb/content/printContentPopup.jsp?id=110128>
9. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2005.
10. Faulkner A. All pierced up: managing body piercing in perioperative practice. Br J Theatre Nurs 1999; 9: 468-71.
11. Nasjonalt kunnskapssenter for helse[enesten]. Oslo: [hentet 15.nov.2006] Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskaps-senteret.no>
12. Larkin B. Home Study Program: The ins and outs of body piercing. AORN journal 2004; 79(2): 333- 42.
13. Armstrong M, Caliendo C, Roberts A. Genital Piercings: What Is Known And What People With Genital Piercings Tell Us. Urol Nurs 2006; 26;(3):173-79.
14. Lovdata [Helselovene]. Oslo: organisasjon [hentet 15. nov 2006]. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/>
15. Clark Henden C, Bilstad I. Operasjonspasienter med piercing Fordypningsoppgave avsluttende eksamen i videreutdanning i operasjonssykepleie. Universitet i Stavanger: Det Samfunnsvitenskapelige fakultetet Institutt for helsefag, 2005.
16. AORN. Recommended Practices for Electrosurgery. AORN J 2004; 79(2): 432-61.
17. Caliendo C, Armstrong ML, Roberts AE. Self - reported characteristics of women and men with intimate body piercings. J Adv Nurs 2005; 49(5): 474-84.

Forskningsnytt

Nytt fra internasjonal forskning presentert og kommentert av **Anners Lerdal**, førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud.



> 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@hibu.no

Hverdagslivet som arena for bedringsprosesser

Bedringsprosesser hos personer med langvarige psykiske problemer skjer i hverdagen.

Dette er et sentralt funn i en studie av personlige erfaringer med det å leve med langvarig psykisk lidelse, samt hvordan man takler utfordringer og følger i hverdagen. Studien følger et kvalitativt forskningsopplegg basert på en fenomenologisk forståelse. Data ble samlet inn ved hjelp av dybdeintervjuer hvor deltakerne ble bedt om å beskrive eget dagligliv.

Syv kvinner og seks menn ble intervjuet to ganger i løpet av den perioden studien pågikk (2004–05). Felles for alle deltakere var at de hadde fast bopel, oppfattet seg selv som å være i en bedringsfase eller frisk av sin psykiske lidelse og klarte seg tilfredsstillende i dagliglivet. Alderen varierte fra 26–54 år. To var gift, to var forlovet og ni var enslige. To var i arbeid mens resten hadde uførepensjon. Flere oppga at de hadde økonomiske problemer som hindret dem i å leve et meningsfullt liv. Blant deltakerne hadde ti fått behandling for schizofreni tidligere, en for mani og depresjon og en for paranoid psykose. Elleve av deltakerne oppga at de fremdeles var plaget med psykiske problemer.

Analysen avdekket fire hovedstrategier: a) å være vanlig, b) å bare gjøre det, c) å gjøre livet lettere og d) å være god mot seg selv. Å «være vanlig»

innebar å utføre aktiviteter og oppgaver som vanlige folk, som for eksempel å gå ut på byen, å handle eller å gjøre rent i huset. Å «bare gjøre det» handlet blant annet om å ha tro på seg selv og sin mulighet til å bli bedre og å finne ut av hvordan man kan leve med sine problemer. Et eksempel på hva som kunne «gjøre livet» lettere var støtte fra venner, familie og helsepersonell. Å «ta være på seg selv» kunne omfatte det å sørge for et godt kosthold, å delta på hyggelige sosiale aktiviteter og å trene.

Forfatterne understreker at selv om handlinger og erfaringer fra hverdagslivet er hverdagslige, er de ikke trivielle for personer som har hatt psykiske problemer over lengre tid.

REFERANSE

[Borg M., Davidson L., J Ment Health; 2007 iFirst article. 1–12]

Forståelse av selvmordsatferd hos mannlige stoffmisbrukere

Selvmordsatferd kjennetegnes ved vekslende mellom opplevelse av smerte og håp.

Dette går frem av en studie av unge mannlige stoffmisbrukere i Norge. Data ble samlet inn ved hjelp av dybdeintervjuer. Et hensiktsmessig utvalg ble rekruttert fra ulike behandlingssteder for stoffmisbrukere. Utvalget bestod av fire menn mellom 32 og 40 år som hadde gjort selvmordsforsøk og som ikke lenger brukte ulovlige stoffer. Stoffmisbruket startet med bruk av alkohol som utviklet seg til misbruk av ulike narkotiske stoffer inkludert heroin. Alle beskrev problematiske forhold til foreldrene. Tiden de hadde vært innlagt ved behandlingsinstitusjonen varierte fra noen måneder til to år. For tre av deltakerne startet selvmordsatferden i 17–20-årsalderen. En av deltakerne hadde gjort sitt siste selvmordsforsøk om lag

en måned før intervjuet, mens for de andre hadde det gått fra to til fire år siden siste forsøk.

Et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv var grunnlaget for analysen og tolkningen av dataene. Tolkningen identifiserte hovedtemaet: «å befinne seg et sted mellom døden som en flukt fra smerten og håpet om liv». Informantene ga ulike beskrivelser av smerte. Smerte ble beskrevet som hjemløshet, stigmatisering, en mørk tomhet, mangel på materielle ressurser og konsekvenser etter langvarig stoffmisbruk. Utprøving av selvmordsatferd var ofte beskrevet som en flukt fra et smertefullt liv heller enn et ønske om å ta eget liv. Studien fant seks forhold som var vesentlige i spenningen mellom flukten fra smerten og håpet om liv: forholdet til andre, forholdet til en selv, forholdet til faren, oppveie av konsekvenser,

Studien gir en sammensatt beskrivelse av eksistensielle livserfaringer hos personer som har vært stoffmisbrukere og kan på den måten gi innsikt i dette problematiske og klinisk relevante feltet.

KOMMENTAR

kroppslige erfaringer og flukten fra «ikke-eksistensen».

REFERANSE

[Biong S., Ravndal E., Int J Qual Stud Health Well-being ; 2007; 2, 246–59]

KOMMENTAR

Mens det finnes mange studier av ulike terapiformer som anvendes av helsearbeidere, bidrar denne studien med utfyllende beskrivelser av hvordan mestring og bedringsprosesser skjer i hverdagen. En nærmere beskrivelse av hvordan deltakerne ble rekruttert hadde vært interessant.

Elektronisk selvregistrering av tilfredshet med sykehusopphold

Et forsøk med å registre grad av tilfredshet på touch-screen gav høy svarprosent da foreldre til barn innlagt på sykehus vurderte sykehusoppholdet.

Dette går frem av en dansk studie gjennomført i 2005. Hensikten med studien var å undersøke anvendbarheten av elektronisk touch-screen ved registrering av tilfredshet med sykehusoppholdet. I tillegg ønsket man å undersøke om foreldrenes grad av tilfredshet hadde endret seg sammenliknet med en tidligere undersøkelse.

Data til studien ble samlet inn på en pediatrik mottagelsesavdeling ved Kolding sykehus i Danmark. Spørsmålene var basert på 14 kvalitetskriterier for akutt innleggelse på barneavdelinger. I tillegg ble deltakerne stilt tre spørsmål som skulle dekke tre kvalitetsområder basert på tverrfaglige fokusgrupper og intervjuer med foreldre. Disse dreide seg om i hvilken grad foreldrene hadde opplevd vennlighet, om de hadde blitt tatt godt vare på og om de hadde fått god informasjon. De ble bedt om å rangere svarene

på en fempunkt Likert-skala som gikk fra «i stor grad» til «ikke i det hele tatt». Foreldre som besvarte med de to mest positive svaralternativene ble klassifisert som «stort sett fornøyd». De som valgte de to mest negative alternativene kunne velge å oppgi sitt telefonnummer på skjermen for å bli kontaktet for et kvalitativt intervju innen en måned etter utskrivelse. Disse foreldrene ble bedt om å utdype områder de ikke var tilfreds med og som de ikke hadde fått spørsmål om.

Alle foreldre til barn som ble innlag

på avdelingen i undersøkelsesperioden (1128 foreldrepar) fikk utdelt en kode for å logge seg på en touch-screen plassert i avdelingens fellesområde. Av disse de besvarte 69 prosent (n=780) spørsmålene. Andelen som svarte ble vurdert til å være høy. Åttiåtte prosent oppga at de stort sett opplevde vennlighet, mens 72 prosent ble stort sett tatt vare på og 69 prosent ble stort sett godt informert av helsearbeiderne. I gruppen av de 215 som ikke var fornøyd med måten de ble tatt vare på, oppga 69 prosent at de var svært fornøyd med

legens kontakt med barnet mens bare 40 prosent var svært fornøyd i forhold til at sykepleierne hadde tid til dem. I gruppen som ikke var fornøyd med informasjonen fra helsearbeiderne, oppga 64 prosent at de var fornøyd med informasjon om overflytting til avdelingen, mens informasjon om ventetid kom dårligst ut.

Forskerne konkluderte med at elektronisk registrering av foreldrenes tilfredshet med sykehusoppholdet var en egnet registreringsmetode som ga tilfredsstillende høy responsrate.

Studien tester ut en aktuell form for elektronisk registrering. Det hadde vært interessant med en analyse av egenskaper ved gruppen foreldre som ikke valgte å besvare spørsmålene.

KOMMENTAR

REFERANSE

[Ammentorp J., Rasmussen A.M., Norgaard B., Kirketerp E. og Kofoed P.E., Int J Qual Health Care; 2007;19:120–4]

Hva tilfører denne artikkelen?

Studien undersøker hvilke typer oppgaver studentene opplever som mest lærerike og finner at praksisrelaterte oppgaver, som gir anledning til å integrere teori og praksis, er det studentene mener de lærer mest av.

Nøkkelord:

- Skrivning
- Sjukepleiarutdanning
- Kvalitetsreform

Hva vet vi om temaet fra før:

Det har vært en økning av skrivning som læringsstrategi etter innføring av kvalitetsreformen av høyere utdanning i Norge i 2003.

Les mer:

Mer om kvalitetsreformen finner du på www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/andre/kvalitetsreformen.html?id=1416

Mer om forfatteren:

Tove Sandvoll Vee er høgskolelektor ved avdeling for helsefag på Høgskulen i Sogn og Fjordane, tovevee@hisf.no.

Artikkelen tek opp korleis ei gruppe tredje års sjukepleiarstudentar erfarte skrivning som læringsstrategi. Det har vorte ein auke i skrivning som læringsstrategi etter innføring av Kvalitetsreforma i høgare utdanning i Noreg. Studien tek føre seg kva oppgåver studentane opplevde som dei mest lærerike. Data er samla inn ved hjelp av fokusgruppeintervju. Studentane sa dei føretrakk oppgåver som gav dei høve til å integrera teori og praksis, oppgåver som er praksisrelaterte. Studentane er samde om at skrivning er ein nyttig læringsstrategi, arbeidet med oppgåvene førte til at dei måtte lese, tenke og skrive. Obligatoriske oppgåver fordelt gjennom studieåret fører også til ei jamnare lesing, og gjer at dei er meir aktive i eigen læreprosess. Dei seier og at det har vorte for mange obligatoriske oppgåver, noko som medfører for lita tid til å lesa på litteratur utanom den som er knytt til oppgåvene. Dette kan ha negativ effekt i høve til den totale oversikta i eit emne. Ytterlegare forskning innan området er naudsynt, både for vidare undersøking av funn i denne studien og for fremja meir forståing omkring korleis skrivning kan vera ein læringsstrategi som forbetrar sjukepleiarstudentane si læring.

gatoriske oppgåver fordelt gjennom studieåret fører også til ei jamnare lesing, og gjer at dei er meir aktive i eigen læreprosess. Dei seier og at det har vorte for mange obligatoriske oppgåver, noko som medfører for lita tid til å lesa på litteratur utanom den som er knytt til oppgåvene. Dette kan ha negativ effekt i høve til den totale oversikta i eit emne. Ytterlegare forskning innan området er naudsynt, både for vidare undersøking av funn i denne studien og for fremja meir forståing omkring korleis skrivning kan vera ein læringsstrategi som forbetrar sjukepleiarstudentane si læring.

This paper deals with how a group nursing students experienced writing as a learning strategy in the third year of their education. Writing used as a learning strategy has increased in education in Norway since the Quality reform was implemented in higher education. This study deals with the students experience of what was the most meaningful tasks during their education. Data were collected by three focus group interviews. The students reported preferring tasks which were related to their current clinical practice placement. These helped them integrate theory and practice. Writing was helpful for the students' learning process, through work with the different task they had to read, think and

write. The writing helped them to be more active learners, but at the same time they experienced it as highly time consuming. The result was shortness of time to study other subjects than those related to the task. This could have negative consequences for the total overview of the subject. Additional research in this area is needed to further explore the study findings and to provide further understanding of how writing as a teaching strategy can improve nurse students learning.



» Skrivning som læringsarena i sjukepleiefaget

Forfatter: Tove Sandvoll Vee

Foto: Stig Weston

INTRODUKSJON

Skrivning er ein sentral læringsaktivitet i sjukepleiarutdanninga. Gjennom skrivning får studentane høve til å formulera tankar og utvikla dei analytiske og kritiske evnene, samstundes som dei får

auka skriveferdighetene sine (4). Eit helsevesen i rask endring gjer det viktig å setja studenten i stand til å kunna velja ut informasjon og nytta den i sjukepleiepraksisen. Det å kunna formulera seg skriftleg er òg ein viktig del av yrkesutøvinga, for sjukepleiaren er pålagt skriftleg dokumentasjon av sjukepleie til pasientane.

Årsaka til at ein nyttar skriftleg arbeid som læringsmetode, er at ein har tru på at dette kan vera ein brubyggjar mellom det teoretiske og praktiske i sjukepleiefaget, og studenten får samtidig utvikla sine teoretiske og analytiske evner. Dysthe (4) forklarar skrivning som læringsstrategi slik: «... skrivning hjelper oss til å se nye

sammenhenger og til å avsløre sammenheng og forståelse. Skrivning fører til dybdelæring i stedet for overfladisk læring og hjelper oss til å gjøre fagstoffet til vårt eget» (4:12). Skrivning kan føra til ny forståing og innsikt, ikkje berre reproduksjon av kunnskap, og er difor ein sentral læringsstrategi. I tillegg gjev denne metoden studenten høve til å skriva seg inn i ein fagkultur som er ein viktig del av yrkesutøvinga (4).

I NOU-utgreinga «Frihet med ansvar: Om høgere utdanning og forskning i Noreg (16)» vert det presisert at studentaktive læringsformer skal ha større fokus fordi dette ville fremja større intensitet i studia. Studentaktive læringsformer er eit vidt omgrep som kan omfatta mange ulike undervisnings- og læringsformer, men det vert ofte assosiert med undervisning i mindre grupper, seminar, prosjektarbeid, problembasert læring og/eller individuelle oppgaver. Sjølv om skrivning ikkje vert framheva spesielt som eit pedagogisk verkemiddel i St.meld 27, vert skriftleg arbeid i kap 5.3.4 nemnt som eitt av fleire tiltak som skal styrka læringsforløpet. Bakgrunnen for dette er ei tru på at større studentaktivitet fremjar læring. Læring vert forklart slik: «... læring handler om å drive frem læreprosesser der studentene selv gjør lærestoffet til sitt eget og evner å anvende kunnskap i andre og ukjente situasjoner enn den konkrete undervisningssituasjonen. Det handler om å bli kjent med kunnskap som noe som ikke er statisk eller ferdig utviklet, men noe som stadig vil måtte videreutvikles og utfordres» (16:31). Skrivning kan vera eit viktig middel for å aktivisera studentane og bidra til å utvikla ein type læringskompetanse som gjer dei i stand til å skaffa seg kunnskap, i eit helsevesen som stadig foran-

drar seg, og der livslang læring er naudsynt (2).

I kjølvatnet av Kvalitetsreforma vart mappevurdering innført som ny vurderingsform. Ein måte å organisere dette på er å la studentane skriva regelmessig og levera inn tekstar som dei får tilbakemelding på undervegs, og som tel på vegen mot ein grad. Ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HSF), avdeling for helsefag (AHF) innførte vi mappeeksamen i tredje studieåret i 2003 basert på seks skiftlege småoppgaver knytte til geriatri og psykiatrisk sjukepleie. Nokre av oppgåvene var knytte til studentane sin praksis. I tillegg skreiv studentane to større oppgaver i sjukepleie utanom mappevurderinga. I evalueringa av Kvalitetsreforma syner det

” Skrivning medfører ei aktiv studentrolle som medfører mykje lesing.

seg at 81 prosent av dei som har endra eksamensordning har innført endringar som har medført meir skrivetrening for studentane (7). Dysthe (5) skriv at det kjem tydeleg fram at det er vorte ein auke i skrivning som læringsaktivitet, og det vart rapportert ein auke i bruken av mindre skriftlege oppgaver som inngår i den nye vurderingsforma. Skrivning som læringsstrategi har difor fått større fokus etter reforma vart innført.

Føremålet med artikkelen er å få fram studentane sine erfaringar med skrivning som læringsstrategi etter innføringa av Kvalitetsreforma. Eg vil presentera og drøfta funn frå ein studie utført i 2006 som hadde som mål å få fram studentane sine perspektiv på kva slags oppgaver dei opplevde som

dei mest lærerike og korleis dei erfarte skrivning som læringsarena i sjukepleiefaget (21).

METODE OG MATERIALE

Det vart nytta ein kvalitativ design med tre fokusgruppeintervju som tilnæringsmåte. Eit fokusgruppeintervju er ein nøye planlagt serie med intervju der ein ynskjer å oppnå kunnskap om ei bestemt problemstilling i ei setting prega av aksept og støtte (13). Føremålet er å lytta og samla inn opplysningar om intervjupersonane sitt perspektiv for å få ei betre forståing for korleis dei tenkjer om eit emne. Å bruka fokusgruppe kan ha den fordel at når ein intervjuar fleire i lag, gjer informantane oppdagingar om seg sjølve fordi dei er saman med andre når dei snakkar om eit tema dei er opptekne av. Moderator må ha adekvat kunnskap om emnet og meistra å ta opp att tråden dersom informantane bevegar seg vekk frå temaet (13). Metoden kan ha den fordel at det kan opplevast sosialt og trygt å vera saman med andre i intervju situasjonen. Moderator leier intervjuet og har ei viktig rolle i fokusgruppeintervjua, og har gjerne ei mindre dominerande rolle enn det ein gjerne får ved vanleg intervju.

Informantane vart rekrutterte ved hjelp av skriftleg invitasjon som studieleiar sende ut via ei studentliste. Studentane som vart inviterte til å delta, var i sin siste månad av utdanninga og hadde vore gjennom alle læringsaktivitetane i tredje studieåret. 18 informantar i alderen 23–45 melde seg frivillig til å delta. Desse vart delte i tre fokusgrupper. Intervjua føregjekk i skulen sine lokale og vart tekne opp på band. Informantane var opptekne av å fortelja om erfaringane sine, og det var stort engasjement i alle gruppene. Eit

fellestrekk i alle tre gruppene var at ein viste til det andre tidlegare hadde vore inne på, anten ved å stadfesta eller seia seg ueinig i erfaringa. Moderator passa på at alle deltakarane kom til orde og at samtalen fekk gå mest mogleg uforstyrta. Det var god stemning i alle tre gruppene. Det vart nytta seks spørsmål, noko som gjorde det mogleg for informantane å forklara, kommentera og dela erfaringar. Først eit introduksjonsspørsmål for å få deltakarane til å fortelja om korleis dei såg på og forstod temaet. Deretter kom det fire nøkkelspørsmål der studentane meir spesifikt vart spurde om skrivning som læringsaktivitet, og korleis dei ulike skriveoppgåvene hadde påverka deira læring. Til slutt føretok moderator ei oppsummering på bakgrunn av det som hadde komme fram og bad informantane bekrefte det viktigaste.

Analyse av data

Analysen vart gjort på grunnlag av ein fullstendig transkripsjon. Analyse av teksten vart utført etter analyseprosessen, som har fellestrekk frå Miller & Crabtree «edithing analysis style», som Malterud (15) beskriv. Metoden består av tre trinn: Fyrst les ein gjennom heile materialet for å få ei oversikt over aktuelle tema. I neste trinn identifiserer ein meiningberande einingar, som ein kodar i grupper ut i frå meiningssinnhaldet i funna. For kvar kodegruppe føreteik ein ei samanfattande tolking. Til slutt set ein delane saman igjen med sikte på å finna ny forståing som er basert på meininga i informantane sine utsegner, men i meir ordna beskrivingar.

Etiske vurderingar

Sjukepleiarstudentane fekk munnleg og skriftleg informasjon om

studien, der det kom fram at deltaking var basert på informert samtykke, og at det var høve til å trekka seg når som helst. Studien vart meld til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste og godkjend av dekan ved AHF, HSF, der studien vart gjennomført.

FUNN

Funn frå studien vert presentert saman med sitat frå informantane som belyser korleis temaet vart diskutert i gruppene.

Skriftleg arbeid knytt til reelle praksissituasjonar

Det mest sentrale funnet er at alle informantane peika på fordelene med å knyta oppgåvene til den aktuelle praksisen dei er i. Skrivearbeid som er knytt til reelle praksissituasjonar vert opplevd som det mest lærerike.

Å KUNNA NYTTA TEORIEN I PRAKSIS

Når oppgåvene er relevante for den praksisen dei er i, opplever informantane at dei får høve til å setja teorien ut i praksis. Læringa er ikkje lausriven frå det som skal lærast, men forankra i ein konkret praksis som har den fordel at dei les om noko som er relevant for dei der og då. Studentane kom med eksempel der dei valde seg problemstilling knytt til praksis i heimesjukepleie: kommunikasjon relatert til aldersdemente. Dei følgde opp brukarane og forklarte at medan dei las og skreiv om emnet, kunne dei prøve det ut i praksis: «Det var veldig artig å sjå at du kunne nytta den teorien du skreiv om; eg såg at det stemte på ein måte, og det lærte eg av». Informantane uttrykkjer at oppgaver dei skriv knytte til praksisperiodane i psykiatri og geriatri jamt fordelt gjennom studieåret, fører til jamn lesing og betre integrering av teori og praksis. Studentane

poengterer at dei lærer om det dei skriv om i oppgåvene, men at alt ikkje kan lærast gjennom skrivning. Informantane er opptekne av at sjukepleie er eit fag der det er behov for ulike læringsaktivitetar, til dømes praktiske øvingar og munnleg framlegg.

Å MØTA SEG SJØLV

Nokre av informantane kom med eksempel på korleis deira praktiske kompetanse kan utvikla seg gjennom skrivning. Gjennom arbeidet med ei oppgave om kontaktetablering i psykiatri, hadde dei opplevd at det gjekk lettare å etablere kontakt med pasienten fordi dei gjennom arbeidet med denne oppgava hadde fått høve til å fokusera på korleis dette kunne gjerast, og såleis fått styrka sin praktiske kompetanse. «Ved å skriva oppgava møtte eg meg sjølv og min eigen redsel for å stå i den situasjonen. Eg forstod at eg aldri kan få det til om eg ikkje prøver. Eg lærte masse gjennom den oppgava, og eg fann litteratur som eg kunne nytta». Informantane tykte alle oppgåvene burde vore relatert til praksis, for det var særleg lærerikt å nytta egne erfaringar frå reelle pasientsituasjonar. Studentane kom med eksempel på ei mappeoppgave dei skreiv utanom praksis relatert til grensesetting og skjerming i psykiatri; denne var vanskelege fordi dei ikkje hadde noko erfaring frå praksisfeltet. Læringsutbyttet frå denne oppgava vart difor mindre.

SKRIVNING BIDREG TIL ETISK REFLEKSJON

Skriving av etiske refleksjonsnotat gjev studenten høve til å tenkja gjennom vanskelege situasjonar ein opplever i praksis og vurderer kva ein kunne gjort annleis. Studentane tek utgangspunkt i eit etisk dilemma frå praksis, og



skal trekka inn ulike teoretiske perspektiv som kan bidra til å belysa og få dei til å reflektere over situasjonen. «Det var lærerikt å ta utgangspunkt i ein konkret situasjon, det å tenkja gjennom det du gjorde. Og du får lesa etikk og får høve til å tenkja på kva du kunne gjort annleis». Informantane meinte at oppgåva hadde hjulpet dei til å reflektera over vanskelege situasjonar. Vidare opplevde dei det som utviklande å verte stimulerte til å tenkja igjennom korleis ting kan løysast på forskjellige måtar. Informantane peikar på at det er lett å ta etter handlingane til andre i praksisfeltet når ein er ny og uerfaren. «... vi vart tvinga til å stoppa opp og vurdere handlingane våre, og da såg eg at handlingsmåten vi tok etter, faktisk ikkje var så god». Når ein må stoppa opp og beskriva handlingane sine i ord, kan ein stundom sjå at den handlingen ein vel, kanskje ikkje er den beste.

SKRIVING AKTIVISERER

Studentane gav uttrykk for at obligatoriske skriveoppgåver fordelt gjennom studieåret hadde ført til stor intensitet i studiet, og vore ei hjelp til å lesa jamt. «Dersom eg skal læra, så lyt eg få oppgåver, for eg er lat og les lite. Når eg får ei oppgåve, så må eg gjennomgå stoffet, og det er bra for meg». Informantane i denne studien var samde om at skriftleg arbeid fordelt gjennom semesteret, påverka studieinnsatsen. Det var språk i kor stor grad informantane opplevde at arbeidsbelastninga var høveleg, og om fokuset på skrivninga vart for stort samanlikna med andre læringsaktivitetar. Dei fleste informantane tykte det hadde vore for mange oppgåver, og at det vart lita tid til å lesa anna pensum enn det som var relevant for oppgåvene. Informantane opplevde at det ikkje var

tid til dette fordi dei heile tida laut prioritera å lesa på det dei skreiv om. Dette kan ha noko å seia for den totale oversikta i eit emne. Informantane sa at dei lærte det emnet dei skreiv oppgåver om, og forklarte dette ved at dei hugsa godt kva dei hadde skrive om i oppgåvene. «... eg merka det når eg var i praksis, då hugsa eg det eg hadde skrive om, du tenkjer på ting du ikkje tenkte på før som så vesentleg, og du forstår at du har lært noko». Enkelte informantar hevda at dei ikkje hugsa like godt det dei hadde hatt på skuleeksamen. Informantane forklarte læreprosessen slik: «Skriving medfører ei aktiv studentrolle som medfører mykje lesing. Ein må først samla litteratur som ein må forstå, og gjennom oppgåveskrivinga drøftar ein sjukepleie ut ifrå det ein har lese. Det at ein må tenka sjølv fører til at ein lærer noko av skriveprosessen».

DISKUSJON

Problemstillinga fokuserer på korleis sjukepleiarstudentane opplevde skrivning som læringsstrategi etter innføringa av kvalitetsreforma, og kva oppgåver dei opplevde som lærerike. Diskusjonen vil fokusera på tre moment. Først vil eg diskutera kvifor oppgåver knytte til praksis vert opplevde som lærerike, deretter kvifor skrivning av etisk refleksjonsnotat kan vera eit bidrag til å utvikla etisk kompetanse, og til slutt vil eg diskutera korleis skriftlege oppgåver fordelte gjennom studieåret har ført til ei aktiv studentrolle.

PRAKSISNÆRE OPPGÅVER

Funn frå denne studien syner at det er ein fordel å knyte skriftlege oppgåver til den aktuelle praksisen dei er i, for det hjelper studentane til å integrera teori og praksis. I Espeland og Indrehus (8) sin studie kjem det fram at for

å forbetra sjukepleiestudentane si læring lyt ein ha større fokus på læringsaktivitetar som integrerer teori og praksis. Kyrkjebø (14) er inne på det same, at sjukepleiarstudentane opplever eit gap mellom det dei lærer i skulen og det dei erfarer i praksis. Difor er det ei utfordring for høgskulen å leggja til rette for læringsaktivitetar som gjev studenten høve til å kombinera teori og praksis (14). Funn i denne studien kan tyda på at mindre, skriftlege oppgåver som tek utgangspunkt i situasjonar knytte til studenten sin praksis, kan vera ei slik forbetring for studentane si læring. Dette fører nemleg til ei jamn lesing gjennom heile studieåret, gjev studenten høve til å integrera teori og praksis og utviklar deira teoretisk-analytiske kompetanse. Kolb (12) forklarar slik type læring ut frå ein firestegsmodell. a) Studenten tek utgangspunkt i ei konkret erfaring som vert etterfylgt av b) observasjon og refleksjon som vert integrert med c) teori som kan føra til assosiasjon, implikasjon og hypotesar som kan nyttast for å d) leia til nye erfaringar. Læring føregår ved at studentane får høve til å prøva ut nye konsept gjennom erfaringar og kopla dei til teori (12). Denne studien viser som tidlegare studiar (1) at små oppgåver med eit tydeleg fokus kan vera vel så verdifullt for studentane si læring som større oppgåver. Oppgåvene lyt då verta utforma på ein måte som stimulerer til refleksjon framfor å memorisera fakta (1).

ETISK KOMPETANSE

Det etiske refleksjonsnotatet studentane skreiv, er eit typisk eksempel på ei slik oppgåve. Blant informantane var det semje om at ved å skriva etisk refleksjonsnotat fekk studenten høve til å tenkje gjennom vanskelege situasjonar i praksis. Yrkesetisk kompetanse

er ein del av den sjukepleiefaglege kompetansen og blir i «Rammepplan for sjukepleiarar» forklart som kompetanse knytt til at studenten er i stand til å fatta grunngeve val basert på regelverket, og dei normene og verdiane som styrer og verkar inn på yrkesutøvinga (19). Sjukepleiaren må ut frå etiske refleksjonar om kva som er til det beste for pasienten, kunna gjera val og prioriteringar i den daglege utøvinga av sjukepleie. Informantane kom inn på korleis ein lett kan ta etter handlingane til andre i praksisfeltet når ein er ny og uerfaren. Gjennom å skriva etiske refleksjonsnotat får ein høve til å stoppa opp og beskriva handlingane sine, og då kan ein stundom sjå at den handlingen ein valde, kanskje ikkje var den beste. Den praktiske kvardagen studentane har, er gjerne travel, og det vert forventat at ein handlar raskt. Thidemann (20) skriv at når studentane er i praksis og

” Mange fastlagde oppgåver gjer at det vert for lita tid til å lesa på andre deler av pensumet.

møter pasientane åleine, er dei på ein sårbar læringsarena. Ho skriv at: «Læring og konsolidering av kunnskap er i stor grad knyttet til konkrete og ofte uforutsigbare situasjonar som involverer pasienter. Det er en sårbar læringsarena» (20, s.13). Ved å skriva etiske refleksjonsnotat får studenten moglegheit til å reflektera litt med avstand, noko som kan hjelpa dei å få perspektiv på eigne tankar og handlingar (3). Tidlegare forskning (3,9,10,11,17,18) syner til liknande funn. Craft (3) seier at skrivning er nyttig for å

utvikla evna til kritisk tenking, dokumentera praksiserfaring, fremja sjølvforståing og bidra til å utvikla det å handtera vanskelege situasjonar. Craft fann ut at det å skriva om hendingar ein har opplevd, gjer studenten i stand til å knyta ulike teoretiske perspektiv til handlingane. Dette kan føra til nye måtar å sjå sjukepleie på, og leia til ny kunnskap (3). Funn i denne studien peikar på det same; skrivning av etisk refleksjonsnotat kan vera eit viktig bidrag i høve til at studenten utviklar etisk handlingskompetanse, som er ei viktig målsetjing i studiet.

EI AKTIV STUDENTROLLE

Ein av intensjonane med kvalitetsreforma i høgare utdanning var eit ønske om å styrkja intensiteten i studiet ved å innføra læringsaktivitetar som fører til jamn innsats gjennom studieåret. Informantane i denne studien erfarer at dei skriftlege oppgåvene dei har hatt, har medført ei jamnare jobbing og ei aktiv studentrolle. Såleis kan det sjå ut som om den intensjonen i kvalitetsreforma er innfridd. I den førebelse evalueringsrapporten av Kvalitetsreformen står det: «Et hovedfunn i vår evalueringstudie er at oppfordring om tettere oppfølging og individuell veiledning av studentene er blitt satt ut i praksis ved å gi studentene fleire tellende obligatoriske skriveoppgaver» (6: 64). Kvalitetsreforma oppfordrar til meir studentaktive læringsformer og tettare oppfølging av studentane. Den seier ikkje spesifikt at dette betyr auka skrivning, men det kan verka som dette er vorte ein konsekvens. Informantane i denne studien signaliserer at det har blitt for mange oppgåver å skriva, og at det derfor har vorte lita tid til å lesa anna fagstoff enn det som er relevant for oppgåvene. Det har vorte for mykje skriftleg arbeid

på kostnad av andre læringsaktivitetar. Det kan henda det kan vera behov for å redusera talet på skriftleg arbeid og sjå på utviklinga av alternative læringsformer, som kan gje større variasjon i læringsaktivitetane enn det som er tilfelle no. Eit anna moment er at når studenten heile tida har obligatoriske oppgåver, kan det bli lite tid til å lesa på anna fagstoff. Hyppige obligatoriske innleveringar kan føra til at ein vel vekk andre læringsaktivitetar, til dømes føreling. Dette kan føra til ei innsnevring i studentane si kunnskapsbreidde. Dysthe (5) syner til likande funn som at studentane droppar forelesing fordi dei lyt nytta tida til selektiv lesing knytt til skriftlege oppgåver, og at dette igjen kan gå ut over den store oversikta i eit fag (5, s.4). Å finna fram til kva som er eit passe tal på skiftlege oppgåver, vil difor bli ein viktig diskusjon i fagmiljøet. Dette handlar om det prinsipielt viktige spørsmålet om breidd versus djupn. Det krevst didaktiske vurderingar der ein lyt spørja seg kva slags kunnskap det er som skal tileignast gjennom skrivning, og når det vil vera mest føremålstenleg med andre typar læringsaktivitetar. Ei viktig utfordring for utdanninga er å sikra at studentane har naudsynt kunnskap for eit framtidig yrke, men studentane kan ikkje læra alt dei har behov for. Allen (1) skriv at eit viktig element innan utdanninga er at studenten lærer seg å velja ut nødvendig informasjon og bruka denne i situasjonar der det trengst. Dei må rustast til å utvikla læringskompetansen sin og evna til å tileigna seg ny kunnskap og bruka den i samanheng, med andre ord evna til å læra (19). Studien her syner at skrivning kan vera med på å fremja denne kompetansen hjå studentane. Dette er viktig fordi vi har

eit helsevesen som stadig endrar seg, og ny kunnskap må utviklast i takt med dette.

KONKLUSJON OG IMPLIKASJON FOR PRAKSIS

Informantane som deltok i denne studien, var positive til skrivning som læringsstrategi. Dei meiner at oppgaver knytte til praksis er dei mest lærerike fordi dei då får høve til å knyta teori til den konkrete praksisen dei er i der og då. Dette er viktig å merka seg, for spørsmålet om kor mange oppgaver studentane skal ha medan dei er i klinisk praksis, er eit tema som ofte går att innan utdanninga. Diskusjonen rundt dette går gjerne på at skriftleg arbeid fjernar fokus frå praksis, noko denne studien argumenter mot fordi studentane seier at oppgaver knytte til praksis, er dei mest lærerike.

Opgåvene medfører ei jamn jobbing, der ein fordeler arbeidet ut over heile året, men dette har også ei mindre heldig side, noko informantane peikar på. Mange fastlagde oppgaver gjer at det vert for lita tid til å lesa på andre delar av pensumet, og dette kan gå ut over breiddekunnskapen i faget. Det er ei utfordring å finna fram til kva som er passeleg arbeidsbelastning, for det kan no sjå ut som ein har lagt opp til for mykje skrivning fordi det er lett å tilpassa nye vurderingsformer som mappevurdering. Å tilpassa andre læringsaktivitetar til mappevurderinga kan vera meir krevjande og er ei utfordring for å sikra det mangfaldet i læringsaktivitetane som Kvalitetsreforma legg opp til. Ein må få til ei heilskapleg planlegging av skrivning gjennom heile studiet og vurderer om det er lagt opp til for mykje skrivning på kostnad av andre læringsaktivitetar. Det er ei konstant utfordring for

utdanninga å sikra at dei oppgåvene og undervisningsmetodane ein legg opp til, er utfordrande og relevante i høve utdanninga sitt innhald. Ytterlegare forskning innan området er naudsynt, både for vidare undersøking av funn i denne studien og for å fremja meir forståing omkring korleis skrivning kan vera ein læringsstrategi som forbettrar sjukepleiarstudentane si læring

REFERANSER

1. Allen DG, Bowers B, Diekelmann N. Writing to Learn: A Reconceptualization of Thinking and Writing in the Nursing Curriculum. *Journal of Nursing Education* 1989;28 (1): 6-11.
2. Cowles KV, Strickland D, Rodgers BL. Collaboration for Teaching Innovation: Writing Across the Curriculum in a School of Nursing. *Journal of Nursing Education* 2001;40, (8): 363-367.
3. Craft M. Reflective Writing and Nursing Education. *Journal of Nursing Education* 2005;44, (2): 53-57.
4. Dysthe O, Hertzberg F, Hoel LT. Skrive for å lære. Skrivning i høgere utdanning. Oslo: Abstrakt Forlag, 2000.
5. Dysthe O. How a reform affects writing in higher education. On academic writing in Norway before and after the Quality Reform Bergen: University of Bergen Department of Education and Health Promotion, 2005.
6. Dysthe O, Engelsen KS (red). Mapper som pedagogisk reiskap. Oslo: Abstrakt Forlag, 2003.
7. Dysthe O, Lima I, Lima A. Pedagogiske endringer som følge av Kvalitetsreformen. I: Michelsen S, Aamodt PO. (Red): Kvalitetsreformen møter virkeligheten. Delrapport 1. Noregs forskingsråd. Rokkansenteret. Nifu; 2006:50-73.
8. Espeland V, Indrehus O: Evaluation of students satisfaction with nursing education in Norway. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 42 (3): 226-236.
9. Fonteyn ME. The use of clinical logs to improve nursing students' metacognition: a pilot study. *Journal of advanced Nursing* 1998;28 (1): 149-154.
10. Hays MM. Writing for Self-Discovery: A Semester-Long Journey at the Graduate Level. *Journal of Professional Nursing* 2005;21, (1): 52-58.
11. Kerka S. Journal Writing as an Adult learning Tool. Practice Application Brief 2002;22: 3-4.
12. Kolb DA. Experiential learning. Experience as The Sourche of Learning and development. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 1984.
13. Krueger RA, Casey M. Focus Groups:

A practical guide for applied research. 3rd ed., Thousands Oaks-London: Sage, 2000.

14. Kyrkjebø JM. Learning to improve: Integrating continuous quality improvement learning into nursing education. Department of Education/Research Centre for Health Promotion. University of Bergen: Faculty of Psychology 2004.

15. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – En innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.

16. NOU 2000:14. Frihet med ansvar. Om høgre utdanning og forskning i Norge. Oslo: Statens forvaltningsfor tjeneste, Informasjonsforvaltning.

17. Pollack B. The art of healing: Listening to patients stories develops empathy. [Siteret 28.11.2005.] *Columbia Magazine: The Alumni Magazine of Columbia University* 2003. Tilgjengelig på <http://www.columbia.edu/cu/alumni/Magazine/Fall2003/artofhealing.html>

18. Porrior GP. Interdisciplinary Research: Evaluating writing to Learn in the Nursing Curriculum. *Nursing Connections* 1995;8, (3): 47-50.

19. Rammeplan og forskrift 2000. Sykepleierutdanning. Fastsatt av Kirke-, utdanning- og forskningsdepartementet. Maccompaniet as.

20. Thidemann IJ. Den sårbare læringsarenaen – om praksisfelleskapets implikasjoner for sykepleierens læring og kompetanseutvikling. *Vård i Norden* 2005; 25 (75): 10-15.

21. Vee TS. Skrivning som læringsarena for å utvikla sjukepleiefagleg kompetanse. Sjukepleiarstudentar sine erfaringar med skrivning som læringsstrategi. Masteroppgåve i Pedagogikk. Universitetet I Bergen: Det psykologiske fakultet, 2006.

KORT LIGGETID

> Er det mulig å informere pasienter og pårørende godt på kort tid?

> Artikkelen belyser ektefelles behov for informasjon når partner med akutt hjerteinfarkt er innlagt på sykehus. Jeg har lest artikkelen med stor interesse, da dette temaet er av betydning for oss som jobber ved Hjerterpost B ved Ullevål Universitetssykehus. I tillegg til egne erfaringer, har vi diskutert artikkelen i avdelingen. Da jeg arbeider ved en sengepost vil jeg i det følgende ikke kommentere det som omhandler oppholdet ved en overvåkingsavdeling.

Som ansatt ved samme avdeling fra 1995, er det lett å være enig i at dette feltet har hatt en rivende utvikling. Redusert liggetid etter gjennomgått infarkt er en av de største utfordringene i forhold til det å gi informasjon til pasienter og pårørende. Selv om dette er noe vi som sykepleiere fokuserer på viser Norleman Holme i artikkelen at vi kan bli bedre.

Det er en utfordring å finne riktig tid og sted for en god samtale/informasjon som også inkluderer pårørende. Da mange

pårørende er i jobb vil ofte felles informasjon til pasient/pårørende måtte foregå på kveldsvakt hvor det kan være vanskelig å sette av nok tid.

Den informasjonen som pårørende får blir da gjort innimellom andre arbeidsoppgaver på kveldstid, og man kan lett få inntrykk av at den er lite systematisk og gjennomtenkt – tross sykepleierens mål for samtalen: pårørende skal føle seg godt informert og ivaretatt. Noen ganger vil pasienten bli informert alene på dagtid. I artikkelen fremgår det at pårørende opplever sykepleierens informasjon mer som omsorgsfull støtte og oppfølging enn informasjon. Sannsynligvis er vi ikke tydelig nok i hva vi gjør og hva vi vil formidle, samtidig som en travlere hverdag har gjort at sykepleieren velger å informere fortløpende under oppholdet i stedet for å sette seg ned sammen med pasient/pårørende i en definert informasjonssamtale.

På grunn av den korte liggetiden, stiller vi oss også spørsmålet om hvor tilgjengelige pasienten/

Foto: Erik M. Sundt



Av HILDE BRASERUD WANGEN

Seksjonsleder, Hjerterpost B, Ullevål universitetssykehus

<< Les artikkelen på side 16

Viktig å oppmuntre til håndvask for å forebygge diaré

Barnehager kan redusere tilfeller av diaré med cirka 30 prosent hos barna, ved å oppmuntre barn og voksne til å vaske hendene før de spiser og etter at de har vært på toalettet. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter en systematisk gjennomgang av relevant forskningslitteratur.

Det er fastslått at håndvask er et viktig tiltak for å hindre smitte av bakterier som forårsaker diaré. Det er ulik praksis i Norge når det gjelder bruk av tiltak for å oppmuntre barn og voksne i barnehager til å vaske hender. Retningslinjer fra Sosial- og helsedirektoratet vedrørende mat og måltider i barnehager, understreker betydningen av å innføre gode rutiner for håndvask før matlagning og måltider.

VIRKER TILTAK FOR Å FREMME HÅNDVASK INN PÅ ANTALL TILFELLER AV DIARÉ HOS BARN I BARNEHAGER?

Studiene viste at tiltak for å fremme håndvask kan senke risikoen for tilfeller av diaré med 29 prosent. Kvaliteten på denne dokumentasjonen er lav. Det betyr at det er svært sannsynlig at videre forskning kommer til å ha en viktig innflytelse på vår tillit til disse resultatene og kan endre dem.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et internasjonalt forskerteam lette etter studier som har undersøkt hvordan tiltak for å oppmuntre

folk til å vaske hender virker på antall tilfeller diaré. Forskerne fant syv studier som oppfylte kravene de hadde fastsatt på forhånd og som var fra land med høy levestandard. Studiene hadde til sammen 3748 deltagere.

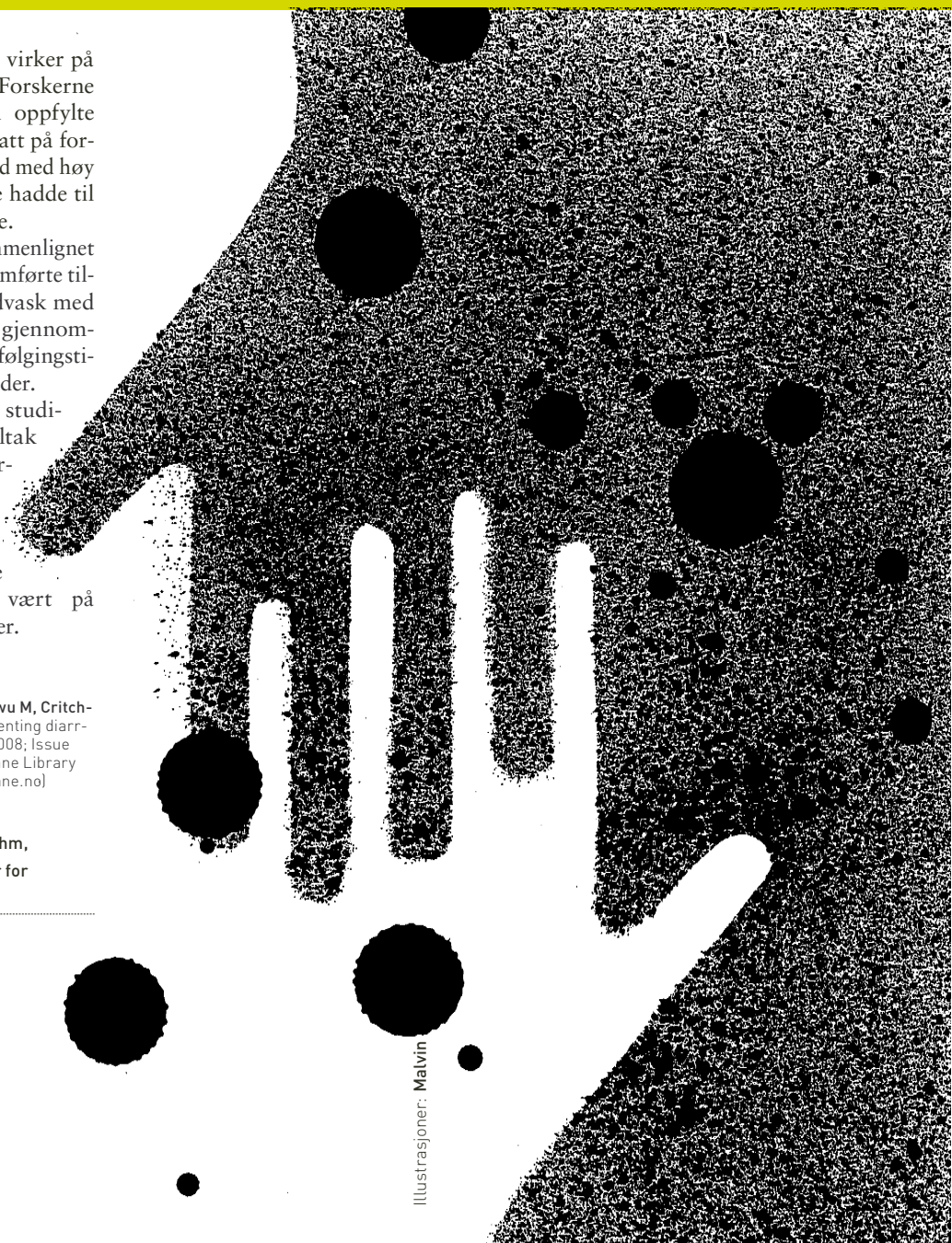
Studiene de fant sammenlignet barnehager som gjennomførte tiltak for å fremme håndvask med barnehager som ikke gjennomførte noen tiltak. Oppfølgingstiden var fra 4–12 måneder.

I de oppsummerte studiene ble det brukt tiltak som møter, gruppearbeid, praktisk trening, brosjyrer og plakater for å oppmuntre barn og voksne til å vaske hender etter at de har vært på toalettet og før de spiser.

KILDE

Ejemot RI, Ehiri JE, Meremikwu M, Critchley JA. Hand washing for preventing diarrhoea. The Cochrane Library 2008; Issue 1. Les hele artikkelen i Cochrane Library (gratis tilgang via www.cochrane.no)

Skrevet av Kristin Thuve Dahm, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



Illustrasjoner: Malvin

Spesialsykepleiere for pasienter med brystkreft og epilepsi

Brystkreft er en kompleks sykdom hvor overlevelseshraten har økt de siste 20 år. Bedringen kan skyldes bedre medisinsk behandling, økt screening og tverrfaglig tilnærming når det gjelder oppfølging. Kreftsykepleiere med brystkreft som spesialitet jobber i et tverrfaglig miljø og gir blant annet støtte, informasjon, de er pasientens advokat og kan bidra som diskusjonspartner mellom pasienter og medisinsk og annet helsepersonell.

En systematisk oversikt har vurdert effekten av individuelle tiltak gitt av brystkreftsyekepleier på livskvalitet, for kvinner med brystkreft. Fem forsøk ble inkludert og mange ulike tiltak ble testet samtidig som kvinnene var i mange ulike stadier av sykdommen.

Generelt konkluderte forfatterne med at det var begrenset kunnskap fra forskningen som kunne identifisere komponenter i det sykepleierne tilbød og som hadde betydning for kvinnenes livskvalitet. Studiene viste likevel at sykepleierne bidro positivt i det tverrfaglige samarbeidet rundt brystkreftpasienter.

En annen systematisk oversikt sammenliknet mange intervensjoner, blant annet spesialsykepleiere, for voksne personer med epilepsi. Den oppsummerte forskningen viste at det var positive utfall for spesialsykepleier og for opplæring i egenomsorg. Det var seks studier som vurderte effekten av spesialsykepleiere, blant annet én norsk



(Helde 2005). Studiene som viste positiv effekt var små.

Det var ingen forskjell mellom grupper som fikk oppfølging av spesialsykepleier heller ikke på antall krampeanfall, helsestatus, angst og depresjon, og å være i behandling/ta forskrevet medikasjon. Personer som ble fulgt opp av sykepleier rapporterte noe mer livskvalitet, hadde mer informasjon og kunnskap om epilepsi, og var mer fornøyd med behandlingen.

Forskerne fant ikke nok dokumentasjon for å kunne anbefale én type behandlingsmodell framfor en annen.

KILDER

Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD005634. DOI: 10.1002/14651858.CD005634.pub2.

Bradley PM, Lindsay B. Care delivery and self-management strategies for adults with epilepsy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD006244. DOI:10.1002/14651858.CD006244.pub2.

Les artiklene i Cochrane Library (gratis tilgang via www.cochrane.no)

Skrevet av Liv Merete Reinart, nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Hva tilfører denne artikkelen?

Økt kompetanse om personer med ryggmargbrokk og sårproblematikk

Nøkkelord:

- Spina bifida
- Ryggmargbrokk
- Trykksår
- Arnold Chiari misdannelse
- Hukommelsesproblemer

Hva vet vi fra før:

Tidligere undersøkelser viser at trykksår forekommer hyppig hos personer med ryggmargbrokk, men risikofaktorene er lite kjent.

Mer om forfatteren:

Pål-Erik Plaum, klinisk spesialist i sykepleie, og Gunnar Riemer, overlege og nevrolog, arbeider ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser, Sunnaas sykehus. Kathrine

Frey Frøslie, biostatistiker, er ansatt ved Seksjon for Biostatistikk, Forskningsstøtteavdelingen, Rikshospitalet.
Kontakt: pal-erik.plaum@sunnaas.no

Fakta:

Det fødes cirka 50.000 barn i Norge hvert år. Av disse har 20–30 ryggmargbrokk, noe som utgjør en andel på 0,04–0,06 prosent. Kilde: Ryggmargbrokk- og hydrocephalusforeningen.



Risikofaktorer for å utvikle trykksår hos personer med ryggmargbrokk

F Forfattere: Pål-Erik Plaum, Gunnar Riemer, Kathrine Frey Frøslie
Illustrasjonsfoto: Colourbox

BAKGRUNN

Ryggmargbrokk eller myelomeningocele (MMC) er en medfødt misdannelse som skyldes en mangelfull lukning av nevrallrøret. Det fører til en utposning av ryggmargskanalen innhold gjennom en åpning i ryggvirvlene. Brokket kan forekomme på alle nivåer i ryggraden, men sitter vanligvis i den nedre delen (lumbosakralt). Det er brokknivået, sammen med graden av nervepåvirkning, som avgjør hvilke symptomer som oppstår. I tillegg forekommer MMC ofte samtidig med tetthet cord (fasttjoret ryggmarg) og en feilutvikling av nevrallrøret i kraniet, noe som medfører mange karakteriske utfall i sentralnervesystemet. Hydrocephalus er den mest vanlige følgetilstanden. Den oppstår hos mer enn 90 prosent av alle personer med MMC [1].

MMC kan ha en sammenheng med Arnold Chiari misdannelse, som er karakterisert ved at hjernestamme, lillehjernen og fjerde ventrikkelligger for lavt, slik

at lillehjernen forskyves ned i ryggmargskanalen via foramen magnum. Denne misdannelsen påvirker sirkulasjonen og absorpsjonen av spinalvæsken og kan forårsake hydrocephalus. Ikke alle tilfeller av hydrocephalus skyldes Arnold Chiari misdannelse. Misdannelser i cerebral cortex og corpus callosum (hjernebroen) er ofte til stede. Personer med MMC har et bredt spektrum av komplikasjoner, men de primære funksjonsproblemene er lammelser i bena, tap av følesans, mage-, tarm- og blæreforstyrrelser samt kognitive problemer [1].

Trykksår forekommer hyppig hos personer med MMC. De kan medføre infeksjoner som kan resultere i sepsis, amputasjoner av ben, og i verste fall død. En tidligere studie ved TRS viste at 35 prosent hadde trykksår [2]. Andre studier har rapportert en årlig forekomst av trykksår mellom 15 prosent og 77 prosent [3–7]. En ti års prevalensstudie av voksne med MMC avdekket at 34 prosent hadde trykksår [7]. Årsakene til trykksår har vært undersøkt, spesielt blant barn med MMC. Lammelser og nedsatt følesans var hovedårsaken

til trykksår, men mental retardasjon og hydrocephalus har også vært nevnt som risikofaktorer [3,7, 9–12]. To studier relaterte det motoriske nivået til antall sår og lokalisering [7,9], mens en annen studie ikke fant noen sammenheng mellom brokknivået og sår [10]. Ingen av disse studiene fokuserte bare på sår, og kun de nevrologiske forhold ble betraktet som mulige årsaksforhold. For personer med ryggmargsskade finnes det veletablerte systemer som evaluerer risikofaktorer for trykksår. Slikt finnes ikke for personer med MMC [13].

Målet med denne studien var å finne risikofaktorer for trykksår og å rette fokus på forhold omkring hudinspeksjon og sårbehandling.

METODE**Målgruppen**

I Norge kjenner vi ikke det eksakte antallet personer med myelomeningocele MMC. I vår studie kontaktet vi alle personer med MMC som var registrert ved TRS [14]. Registrering ved senteret er frivillig og vi vet ikke om de som er registrert ved TRS er representative for populasjonen totalt. De fleste

Bakgrunn: Ryggmargbrokk eller myelomeningocele (MMC) er en del av en medfødt og sammensatt misdannelse i nevrallrøret. Trykksår er en hyppig komplikasjon hos personer med MMC. Risikofaktorer for trykksår, spesielt når det gjelder voksne, er lite kjent. Hensikten med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom trykksår og ulike karakteristika hos voksne personer med MMC, for å kunne forbedre rutiner for forebygging, oppfølging og behandling av trykksår.

Metode: Det ble utformet et strukturert spørreskjema angående trykksår, medisinske forhold, funksjon, og livsstilsfaktorer. Det ble sendt til 193 perso-

ner med MMC, som var registrert i 2003.

Resultat: Av 193 personer, deltok 87, og av dem rapporterte 71 personer (82 prosent) trykksår. 26 (30 prosent) rapporterte om trykksår på svartidspunktet og 45 (52 prosent) rapporterte trykksår i løpet av de siste fem årene. Trykksårene forekom mest på tær og føtter og kun i områder med nedsatt eller manglende følesans. Det var signifikant sammenheng mellom trykksår på svartidspunktet og tidligere trykksår ($p = 0,004$). Også hukommelsesproblemer og Arnold Chiari misdannelse var assosiert med trykksår ($p = 0,02$ og $p = 0,02$). Det ble ikke funnet signifikant sammenheng

mellom trykksår og hydrocephalus, syringomeli, ernæring, body mass index (BMI), røyking, fysisk aktivitet, å være i arbeid eller om man bodde sammen med andre. Kun få, 18 personer (21 prosent), rapporterte at andre personer enn dem selv sjekket huden deres.

Konklusjon: Personer med nedsatt eller manglende følesans, som hadde hatt sår tidligere, problemer med hukommelse og Arnold Chiari misdannelse hadde en større risiko for å få trykksår. Denne gruppen trenger bedre rutiner for forebygging, hudinspeksjon og behandling av trykksår.

personene var blitt undersøkt på senteret i løpet av de siste årene, og de fleste hadde lumbosakralt MMC. Da studien startet i august 2003 var det registrert totalt 193 voksne personer med MMC ved senteret. Samtlige mottok skriftlig informasjon om hensikten med studien sammen med et spørreskjema. Skriftlig samtykke på deltakelse i studien ble gitt av 87 personer (45 prosent). Alle som deltok fullførte studien.

Design

Studien er en tverrsnittsstudie med telefonintervju basert på et systematisert spørreskjema. Spørreskjemaet ble utformet i samarbeid med lederen av Ryggmargbrokk- og Hydrocephalusforeningen, både når det gjaldt temaer og spørsmålformulering [15]. Skjemaet inneholdt totalt 225 spørsmål, de fleste hadde svaralternativer. Siste del av spørreskjemaet hadde mulighet for åpne kommentarer i forhold til personlige erfaringer med trykksår og individuelle anbefalinger angående forebygging. Spørreskjemaet ble ikke formelt validert.

Spørreskjemaet ble sendt til deltakerne to uker før telefonintervjuet fant sted. Deltakerne ble oppfordret til å innhente informasjon angående spørsmålene fra sin familie og sin fastlege. Alle intervjuene ble utført av samme intervjuer, sykepleier Pål Erik Plaum, mellom august 2003 og desember 2004. Under intervjuet hadde både deltakeren og intervjueren spørsmålsskjemaet foran seg. De fleste av deltakerne hadde vært på TRS flere ganger og var godt kjent av intervjuer.

DEFINISJON AV TRYKKSÅR

Ifølge The European Pressure Ulcer Advisory Panel 2003 defineres trykksår som et område med en lokalisert skade på huden

Tilleggsdiagnoser som tethered cord og Arnold Chiari misdannelse er ofte ikke symptomgivende.

og underliggende vev forårsaket av trykk, forskyvning, friksjon og/eller en kombinasjon av disse[16]. Trykksår inndeles i fire stadier: Grad 1: Lokal hudrødme som ikke blekner ved avlastning; Grad 2: Delhudskade med overfladisk sår og eller blemme; Grad 3: Fullhudskade med påvirkning av epidermis, dermis og subcutis. Grad 4: Dyp skade også gjennom muskelaget, helt ned til fascie/sener/ben. I spørreskjemaet ble det kun spurt etter forandringer i huden som var forenlig med grad 3 og 4.

DEFINISJON AV NEUROLOGISK SKADE

De mest åpenbare neurologiske utfallene er lammelser og nedsatt og manglende følesans i underkremittene. Det ble ikke foretatt en neurologisk undersøkelse, og det var derfor ikke mulig å angi det eksakte, anatomiske nivået for brokket. For å få en oversikt over deltakernes funksjon, samt

medisinske forhold omkring deltakerne, ble det derfor stilt en rekke spørsmål angående mobilitet, sensorisk funksjon, stomier, bruk av bleier, nevropsykologisk funksjon og neurologiske tilleggsdiagnoser. Når det gjaldt følesansen, ble deltakerne spurt om de hadde nedsatt eller manglende følelse fra setet til knær, fra knær til tær, eller i hele benet. Tilleggsdiagnoser som tethered cord og Arnold Chiari misdannelse er ofte ikke symptomgivende og derfor lite kjent for personer med MMC. Vi spurte derfor om de hadde gjennomgått en kirurgisk operasjon for disse tilstandene.

Statistiske metoder

Personene ble delt inn i tre grupper. Gruppe 1 rapporterte trykksår på svartidspunktet, gruppe 2 rapporterte at de hadde hatt sår i løpet av de siste fem årene, men ikke da de ble intervjuet, og gruppe 3 rapporterte at de aldri hadde hatt sår. Deltakerne i gruppe 1 ble spurt om hvor lenge de hadde hatt sår. Sammenhenger mellom potensielle risikofaktorer og sår ble undersøkt ved krystabeller og Pearson kji-kvadrat-test. Alle analyser ble gjort i SPSS 13.0. Signifikansnivået ble satt til 0,05.

TABELL 1: Generelle karakteristika av studiepopulasjonen

Parameter	Deltakere n = 87	Ikke-deltakere n = 106	Total TRS populasjon n = 193
Alder: (mean, SD)	31,8 (9,5)	31,9 (9,9)	31,9 (9,7)
Alder: min/max (Range)	16/57 (41)	16/67 (51)	16/67 (51)
Kjønn: kvinne/mann	57 (66%) 30 (35%)	55 (52%) 51 (48%)	112 (58%) 81 (42%)
Høyde: (mean, SD)	158 cm (12,5)	Ukjent	Ukjent
Vekt: (mean, SD)	64,2 kg (13,6)	Ukjent	Ukjent
BMI (mean, SD)	25,7 kg/m ² (5,1)	Ukjent	Ukjent

Etikk

Studien ble anbefalt av Regional komité for medisinsk forsknings-etikk, Øst-Norge (REK Øst) og den nasjonale landsforeningen Ryggmargbrokk- og Hydrocephalusforeningen [18].

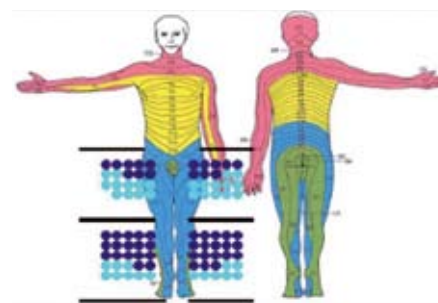
RESULTATER

Beskrivelse av utvalget

Noen generelle karakteristika av de 87 deltakerne er presentert i tabell 1 sammen med sammenlignbare tall for de TRS-registrerte ikke-deltakerne og den totale MMC-populasjonen registrert hos TRS. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller i alder og kjønn mellom de som deltok og de som ikke deltok. Informasjon om livsstilsfaktorer, funksjon, medisinske forhold og noen forhold knyttet til sårbehandling er oppsummert i tabell 2. Vi fant at 50 prosent av delta-

FIGUR 1

Lokalisering av nedsatt følesans (n = 87 deltakere). Bena er delt inn i fire områder: venstre og høyre ben fra sete til kne og fra kne til tær. Lyseblå punkter viser nedsatt følesans og mørk blå punkter viser manglende følesans. En person kunne ha flere områder med nedsatt eller manglende følesans. Punktene er bare markert i forhold til personen som står på venstre side.



TABELL 2: Tabellen viser svarene fra 87 deltakere. Når summen av «Ja-» og «Nei» kolonnen var mindre enn 87 (100 %), var svaret for deltakerne ukjent. Den siste kolonnen viser p-verdier for sammenhenger mellom parameter og sår. Betegnelsen: i.s. = ikke signifikant; # = p-verdier ble ikke beregnet på grunn av lavt antall.

Parameter	Ja	Nei	p-verdi
<i>Livsstilsfaktorer</i>			
Bo sammen med andre	44 (50%)	43 (50%)	i.s.
I arbeid	19 (22%)	68 (78%)	i.s.
Kjør bil	57 (66%)	30 (34%)	i.s.
Spesielle hensyn til ernæring	40 (46%)	47 (54%)	i.s.
Røking	19 (22%)	68 (78%)	i.s.
Regelmessig fysisk aktivitet	36 (41%)	51 (59%)	i.s.
Fysioterapi mer enn 12 ganger pr. år	32 (37%)	55 (63%)	i.s.
<i>Mobilitet</i>			
Går uten hjelpemidler	28 (32%)	59 (68%)	i.s.
Står uten hjelpemidler	37 (43%)	50 (57%)	i.s.
Går med krykker	27 (31%)	60 (69%)	i.s.
Bruker ortoser	16 (18%)	71 (82%)	#
Bruker rullestol daglig	49 (56%)	38 (44%)	i.s.
<i>Sensorisk funksjon</i>			
Redusert eller manglende følesans	83 (95%)	4 (5%)	#
<i>Stomi/bleier</i>			
Blindtarmstomi	16 (18%)	71 (82%)	i.s.
Urostomi	30 (34%)	57 (66%)	i.s.
Kolostomi	12 (14%)	75 (86%)	#
Bleier	49 (56%)	38 (44%)	i.s.
<i>Nevropsykologiske problemer</i>			
Hukommelsesproblemer	44 (51%)	43 (49%)	0.02
Innlæringsproblemer	52 (60%)	35 (40%)	i.s.
Konsentrasjonsproblemer	54 (62%)	33 (38%)	i.s.
Språk/kommunikasjonsproblemer	5 (6%)	82 (94%)	#
Problemer med simultantkapasitet	55 (63%)	32 (37%)	i.s.
Orienteringsproblemer	44 (51%)	43 (49%)	i.s.
<i>Neurologiske tilleggsproblemer</i>			
Hydrocephalus	58 (67%)	29 (33%)	i.s.
Shunt	54 (62%)	33 (38%)	i.s.
Syringomyelia	9 (10%)	17 (20%)	#
Tethered cord	45 (52%)	17 (20%)	i.s.
Operert Arnold Chiari misdannelse	16 (18%)	71 (82%)	0.02
<i>Sårbehandling</i>			
Tidligere sår / nåværende sår	45/26 (52/30%)	16 (18%)	0.004
Hudinspeksjon utført av andre	18 (21%)	69 (79%)	i.s.
Gjennomført plastisk kirurgisk operasjon	15 (17%)	72 (83%)	i.s.

* = p < 0,05

kerne bodde alene, 78 prosent var ikke i arbeid og at 56 prosent var avhengig av rullestol. Nesten alle (95 prosent) deltakerne rapporterte om nedsatt følesans, mest uttalt distalt og symmetrisk i bena (figur 1). Når det gjaldt nevropsykologiske problemer, rapporterte 63 prosent av deltakerne problemer med å gjøre flere ting

” Deltakerne ble oppfordret til å skrive ned sine personlige erfaringer med sårbehandling og forebygging.

samtidig (simultankapasitet), 62 prosent konsentrasjonsproblemer, 60 prosent læringsproblemer, 51 prosent hukommelsesproblemer,

51 prosent orienteringsproblemer og 6 prosent språkproblemer. Når det gjaldt nevrologiske tilleggsproblemer oppga 62 prosent av deltakerne at de hadde hydrocephalus regulert med shunt og 18 prosent at de hadde gjennomgått en kirurgisk operasjon i forhold til Arnold Chiari misdannelse.

Forekomst og beskrivelse av trykksår

Ved intervjuetidspunktet rapporterte 26 av deltakerne at de hadde ett eller flere trykksår. Dette tilsvarer en andel på 30 prosent (95 prosent konfidensintervall: [20 prosent - 40 prosent].) I tillegg rapporterte 45 deltakere at de hadde hatt sår i løpet av de siste fem årene, men at de ikke hadde det ved intervjuetidspunktet. Tilsvarende andel er 52 prosent (95 prosent konfidensintervall: [41 prosent - 62 prosent]). Kun 16 (18 prosent; 95 prosent KI [11 prosent

– 27 prosent]) rapporterte at de aldri hadde hatt sår.

De 26 deltakerne med sår på svartidspunktet hadde totalt 41 sår: 16 hadde ett sår, syv hadde to sår, en hadde tre sår, og to hadde fire sår (figur 2). 12 sår var på tærne, ti hadde sår på føttene og åtte på setet. Sår på andre steder på kroppen var sjelden. Hvor lenge de hadde hatt sår varierte fra mindre enn en uke til lengre enn 26 uker.

Hudinspeksjon

Samtlige 87 deltakere rapporterte at de selv inspiserer huden sin for å se etter sår. I tillegg rapporterte 18 personer (21 prosent) at andre også inspiserer huden deres. Disse fikk assistanse av familiemedlemmer (n=11), helsepersonell (n=9), eller begge deler (n=2).

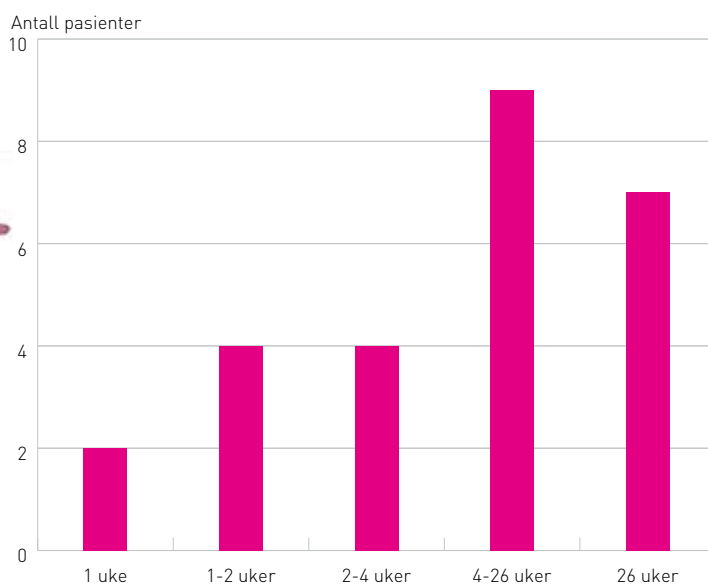
FIGUR 2

Lokalisering av trykksår (n = 26 deltakere). Hvert punkt viser et sår. Når det fantes flere sår i samme området, ble punktene vist på en rekke ved siden av tilsvarende kroppsdel.



FIGUR 3

Varighet av trykksår (n = 26 deltakere).



Behandling av sårene

I 13 tilfeller behandlet deltakerne sine sår selv. 12 deltakere hadde hjemmesykepleie og fem deltakere ble behandlet av familiemedlemmer. I noen få tilfeller ble sårene behandlet av flere personer. Sårbehandling ble utført daglig hos 20 deltakere. Tre deltakere fikk sårbehandling annen hver dag og tre deltakere fikk sårbehandling en gang i uken. Av de 71 som hadde sår enten på intervjuetidspunktet eller tidligere, hadde 23 hatt poliklinisk oppfølging på grunn av tidligere sår, og syv på grunn av sine nåværende sår. Mange av deltakerne hadde hatt poliklinisk oppfølging over mange år. 26 (37 prosent) deltakere hadde vært undersøkt av plastisk kirurg, og 13 deltakere med tidligere sår og to deltakere med sår på intervjuetidspunktet, hadde gjennomgått plastisk kirurgisk operasjon.

” Inntakt hukommelsesfunksjon er viktig for hudinspeksjoner.

Sammenheng mellom potensielle risikofaktorer og sår

Alle deltakerne med sår hadde nedsatt følesans i de områdene sårene var lokalisert (figur 1 og 2). Av de 26 med sår oppga 19 at de hadde sår i områder med manglende følesans, og syv at de hadde sår i områder med nedsatt følesans. Det var en signifikant sammenheng mellom tidligere sår og nåværende sår (tabell 2.). Alle de 26 deltakerne med sår på svartidspunktet hadde også hatt sår på et annet tidspunkt i løpet av de siste fem årene. Vi fant også signifikante sammenhenger mellom sår og hukommelsesproblemer, $p=0,02$, og med kirurgisk

behandlet Arnold Chiari misdannelse, $p=0,02$.

Subjektive erfaringer

Deltakerne ble oppfordret til å skrive ned sine personlige erfaringer med sårbehandling og forebygging (tabell 3). Det viste seg at sårene hos noen personer hadde oppstått flere ganger på samme sted. Flere deltakere rapporterte at de hadde færre eller bedre bedring av sår når de brukte penicillin mot urinveisinfeksjon.

DISKUSJON

Prevalens

Forekomst av sår ved intervjuetidspunktet stemmer godt overens med en tidligere norsk studie [2], og en spansk studie [5], hvor sårprevalens var henholdsvis 35 prosent og 32 prosent. Andre studier rapporterer varierende sårprevalens [3-8]. Dette kan ha sammenheng med at studiepopulasjonene hadde forskjellige inklusjonskriterier og alder.

Studiepopulasjonen

Basert på generelle registreringer ved TRS ble deltakere og ikke-deltakere sammenlignet med hensyn til alder og kjønn. Det ble ikke funnet noen vesentlige forskjeller. Databasen til TRS inneholder også informasjon om nevrologisk funksjon, brokknivået og nevrologiske tilleggsdiagnoser. Fra en tidligere studie kjenner man forekomsten av nevrologiske tilleggsdiagnoser for MMC i Norge: 64 prosent hadde shuntet hydrocephalus, 13 prosent syringomeli, 80 prosent tethered cord og 43 prosent Arnold Chiari misdannelse [18]. Dette er i samsvar med hva vi fant i vår studiepopulasjon. Bare fem personer rapporterte om språkproblemer. Fra litteraturen er det velkjent at personer med MMC har en bestemt kognitiv profil karakterisert ved redusert

TABELL 3: Typiske kommentarer fra deltakerne

Kommentarer om sårutvikling og lokalisering:

«Jeg hadde et sår fem ganger på det samme stedet på setet i en to års periode. Resultatet ble osteomyelitt som måtte opereres.»

«Jeg hadde 7 operasjoner på et sår i løpet av en to års periode.»

«Jeg hadde sår under mine tær som spredde seg over tid til mine knær i løpet av 14 år. Til slutt måtte begge bena amputeres.»

«Jeg fikk et sår etter at jeg fikk en blemme under fotsålen.»

«Jeg fikk et sår under stomiplaten.»

«Jeg fikk et sår i arret etter en operasjon for fasttjoret marg.»

«Jeg fikk et sår under gipsen etter et lårhalsbrudd.»

Anbefalinger angående forebygging og behandling av sår:

«Bruk ullstrømper og unngå sømmer og friksjon i klærne.»

«Bruk speil når du inspiserer bena.»

«Bruk godkjente fotterapeuter.»

«Bruk tilpassede sko.»

«Bruk calendula salve mot hard og sprukken hud.»

«Smør på Aloe vera gel eller honning i såret.»

«Skift sittestillingen regelmessig.»

hukommelse, forståelse av matematikk, visuell persepsjon/konstruksjon og koordinasjon av finmotorikk [19–24], men også tilnærmet normal verbal evne [19,20,23,25].

Kvaliteten på dataene

Alle dataene ble innsamlet gjennom et telefonintervju basert på et strukturert spørreskjema. For å bedre påliteligheten av informasjonen, ble spørreskjemaet sendt ut før intervjuetidspunktet, og deltakerne ble oppfordret til å innhente informasjon. En svakhet i studien er allikevel at selvrapportering basert på et ikke validert spørreskjema ble brukt til å beskrive kliniske parametere. En klinisk undersøkelse ville gitt sikrere data.

Risikofaktorer

Hovedhensikten med denne studien var å undersøke risikofaktorer for å få sår. Sårene hadde en klar sammenheng med nedsatt følesans. Dette funnet er ikke overraskende, fordi nedsatt følesans øker risikoen for mekanisk skade og temperaturskade på huden. Svekkelse av den autonome inervasjonen endrer blodsirkulasjon, temperaturhomeostase og helingsprosessene. Dette kan forklare hvorfor de fleste sårene var lokalisert på føtter og tær. Dette stemmer overens med en tidligere studie, som viste sår på fotballen i 75 prosent og på hælene i 64 prosent og at sårene var relatert til manglende følesans [11].

P-verdiene av sammenhengene mellom sår og hukommelsesproblemer og mellom sår og operert Arnold Chiari misdannelse var ikke veldig høye. Disse sammenhengene bør derfor tolkes med forsiktighet. Begge funnene er imidlertid klinisk plausible. Sammenhengen mellom hukommelsesproblemer og sår er troverdig fordi

inntakt hukommelsesfunksjon er viktig for hudinspeksjonsrutiner, forebyggende tiltak og sårbehandling, slik som regelmessige seteløft. Sammenhengen mellom sår og operert Arnold Chiari misdannelse kan forklares ut fra nylig forskning som viser at personer med Arnold Chiari misdannelse har en distinkt kognitiv profil karakterisert ved nedsatt evne til visuell analyse, verbal hukommelse, og verbal flyt [26,27].

I motsetning til andre studier [7,9] viste graden av mobilitet ingen signifikant sammenheng med forekomsten av sår. Dette kan henge sammen med at spørsmålene om mobilitet var for upresise. Noe uventet var at hydrocephalus ikke viste noen sammenheng med sår. Vår studie viste, overraskende nok, hel-

” Alle deltakerne med sår på intervjuetidspunktet hadde også hatt sår på et tidligere tidspunkt.

ler ingen sammenheng mellom sår og livsstilsfaktorer som ernæring, røyking, å bo sammen med andre, å være i arbeid, regelmessig fysisk aktivitet og fysioterapi. Kjønn, alder eller body mass index (BMI) viste heller ikke noen sammenheng med sår i vår studie.

Risiko for gjentatte sår

Alle deltakerne med sår på intervjuetidspunktet hadde også hatt sår på et tidligere tidspunkt de siste fem årene. Dette viser at personer med sår ofte har hatt en historie med gjentatte sårproblemer. Den høye prevalensen over flere år kan tyde på utilstrekkelig diagnostikk og behandling. Dette viser også litteraturen, hvor det rapporteres

om høy tilbakefallsprosent, mer enn 80 prosent [28]. En ny metode som inkluderte et utdanningsprogram i personlig ivaretagelse av huden etter kirurgisk operasjon, viste at tilbakefallsprosenten ble redusert ned til 25 prosent [28].

De personlige kommentarene tydeliggjorde at nye sår vanligvis oppsto i de samme områdene som tidligere sår, og at sår hadde tendens til å bli større. Deltakernes egne anbefalinger for sårbehandling viste at mange av dem var kjent med hensiktsmessige strategier. I hvilken grad disse forebyggende anbefalingene ble fulgt og viste seg effektive, vet vi ikke. Forbedret hudinspeksjon, spesielt av fagpersoner, kan muligens være med på å redusere sårutviklingen.

Konklusjon

Personer med MMC med nedsatt følesans og som tidligere har hatt trykksår, har en signifikant høyere risiko for å få nye trykksår. Det ble også påvist en signifikant sammenheng mellom sår og hukommelsesproblemer og kirurgisk behandlet Arnold Chiari misdannelse. Fordi trykksår kan være en livstruende tilstand, er det behov for å forbedre hudinspeksjonsrutiner og sårbehandling. Fremtidig forskning bør sette fokus på risikofaktorer for å forbedre forebygging av sår.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Artikkelen er publisert i den nettbaserte journalen Cerebrospinal fluid research 2006, 3: 14 doi: 10.1186/1743-8454-3-14. Studien ble første gang presentert i Barcelona 2005 på det årlige internasjonale møte for forskning på hydrocephalus og spina bifida. Den ble også presentert på Trykksårseminaret i Bergen til

Nifs-Norsk interessegruppe For Sårheling, i februar 2008.

REFERANSER

1. Kolaski K. Myelomeningocele. Medicine Specialties. Physical Medicine and Rehabilitation. Medical Diseases. Emedicine.com 2006.
2. Lande A, Rand-Hendriksen S. Pressure sores and Wounds in the Adult Spina Bifida Population. Eur J Pediatr 1998;8:74.
3. Verhoef M, Barf HA, Post MW, van Asbeck FW, Gooskens RH, Prevo AJ. Secondary impairments in young adults with spina bifida. Dev Med Child Neurol 2004;46(6):420-427.
4. Farley T, Vines C, McCluer S, Stefans V, Hunter J. Secondary disabilities in Arkansas with spina bifida. Eur J Pediatr Surg 1994;4:39-40.
5. Diaz Llopis I, Bea Munoz M, Martinez Agullo E, Lopez Martinez A, Garcia Aymerich V, Forner Valero JV. Ambulation in patients with myelomeningocele: a study of 1500 patients. Paraplegia 1993;31(1):28-32.
6. Okamoto GA, Lamers JV, Shurtleff DB. Skin breakdown in patients with myelomeningocele. Arch Phys Med Rehabil 1983;64(1):20-23.
7. Curtis BH, Brightman E. Spina bifida. A follow-up of ninety cases. Conn Med 1962;26:145-150.
8. McCann JP, McDonnell GV. A ten-year review of adults with spina bifida attending a specialist clinic. Eur J Pediatr Surg 2003;13 (Suppl 1):S50.
9. Harris MB, Banta JV. Cost of skin care in the Myelomeningocele Population. J Ped Orth 1990;10:355-361.
10. Ong LC, Ling YN, Sofiah A. Malaysian children with spina bifida: relationship between functional outcome and level of lesion. Singapore Med J 2002; 43(1):2-17.
11. Brinker MR, Rosenfeld SR, Feiwell E, Granger SP, Mitchell DC, Rice JC. Myelomeningocele at the sacral level. Long-term outcomes in adults. J Bone Joint Surg Am 1994, 76(9):293-300.
12. Samaniego IA. A sore spot in pediatrics: risk factors for pressure ulcers. Pediatric Nursing 2003;29(4):278-282.
13. Byrne DW, Salzberg CA. Major risk factors for pressure ulcers in the spinal cord disabled: a literature review. Spinal Cord, 1996;34:255-263.
14. TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser, Sunnaas sykehus HF, 1450 Nesoddtangen, www.sunnaas.no/trs.
15. Ryggmargsbrokk- og Hydrocephalusforeningen, www.ryggmargsbrokk.org.
16. European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2006, www.epuap.org/pudas/index.html.
17. Regional Komite for Medisinsk Forskningsetikk Øst-Norge, www.etikkom.no/REK/regionOst.
18. Rand-Hendriksen S, Christensen B. Magnetotomografi av sentralnervesystemet hos voksne med myelomeningocele. Tidsskr Nor Lægeforen 1998;118:4208-4210.
19. Ørbeck B, Schanke AK. Kognitiv funksjon hos unge voksne med ryggmargsbrokk – Konsekvenser for utdanning og arbeid. Tidsskr Nor Psykologforen 1997;34:401-407.
20. Ørbeck B, Schanke AK. Cognitive function in young adults with myelomeningocele: Consequences for education and working ability. J Internat Neuropsych Soc 1995;1:2.
21. Cull C, Wyke MA. Memory function of children with spina bifida and shunted hydrocephalus. Develop Med & Child Neurol 1984;26:177-183.
22. Friedrich WN, Lovejoy MC, Shaffert J, Shurtleff D, Beilke B. Cognitive abilities and achievement status of children with myelomeningocele: A contemporary sample. J Ped Psych 1991;16(4):423-428.
23. Holler KA, Fennell EB, Crosson B, Boggs SR, Mickle P. Neuropsychological and adaptive functioning in younger versus older children shunted for hydrocephalus. Child Neuropsych 1995;1(1):63-73.
24. Spain B. Verbal and performance ability in preschool children with spina bifida. Develop Med & Child Neurol 1974;16:773-780.
25. Wills KE. Neuropsychological functioning in children with Spina Bifida and/or Hydrocephalus. J Clin Child Psychol 1993;22:247-265.
26. Vinck A, Maassen B, Mullaart R, Rotteveel J. Neuropsychological assessment of cerebellar malformation in Spina bifida. Cerebrospinal Fluid Research 2004;1:7.
27. Vinck A, Maassen B, Mullaart R, Rotteveel J. Arnold-Chiari-II malformation and cognitive functioning in spina bifida. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2006;77(9):1083-1086. Epub 2006 May 11.
28. Kierney PC, Engrav LH, Isik FF, Esselman C, Cardenas DD, Rand RP. Results of 268 pressure sores in 158 patients managed by plastic surgery and rehabilitation medicine. Plast Reconstr Surg 1998; 103(3):765-772.

TAKK

Vi takker alle som deltok i denne spørreundersøkelsen og som gjorde det mulig å få gjennomført denne studien om risikofaktorer for å utvikle trykksår. Vi takker spesielt Eli Skattebu, Norsk Ryggmargsbrokk- og Hydrocephalusforening og Svend Rand-Hendriksen, TRS, for samarbeid i utforming av spørreskjemaet.

POSITIVISME

En filosofisk retning som har hatt stor betydning for vitenskap, samfunnsutvikling og forskning, også innen sykepleiefag.

Tekst: **Jorun Mathisen,**

Førstelektor, Høgskolen i Østfold

jorunn.mathisen@hiof.no

«Dette er ren positivismen» høres sagt både om metoder og resultater i forbindelse med forskning. Det kan derfor være nyttig og interessant å tenke igjennom hva ord som positivistisk, positivismen og positivist betyr og hvordan de har oppstått. I denne artikkelen vil jeg beskrive bakgrunnen for disse begrepene og gi en kort omtale av hvordan positivismen kom til å påvirke vitenskap, etikk og samfunnsutvikling. Til slutt gis noen eksempler på dens innflytelse på sykepleiefaget.

> SIKKER KUNNSKAP

Positivismen oppsto som filosofisk retning midt på 1800-tallet i Frankrike og var sterkt påvirket av naturvitenskapelig tenkning. Filosofene som tilhørte retningen, positivistene, hevdet at all sann kunnskap måtte være av samme slag som den kunnskap som kom frem når naturlovene ble studert. Det var kunnskap som kunne bevises på nytt og på nytt og derfor måtte oppfattes som sikker og forutsigbar. Enkle eksempler på slik kunnskap er naturlovene som forklarer fenomenene da vann renner nedover, og hvorfor vann fryser ved 0 °C. Den vitenskapelige metode som gav sikre, eller sagt på en annen måte; positive forklaringer på fenomener i naturen, måtte også kunne brukes for å kartlegge fenomener i det menneskelige samfunn. Og når alle forhold var kartlagt og lot seg forutsi og regulere, var menneskeheten nådd til sitt positive stadium. Derav navnet positivismen.

> STORE OPPFINNELSER

At filosofer, beundret naturvitenskapelig tenkning på 1800-tallet, kan delvis forklares med alle de store endringer som skjedde i tiden. Med utgangspunkt i studiet av naturens lovmessigheter ble store oppfinnelser gjort som gav bedre livsbetingelser for mange mennesker. Det hadde ikke vært tilfelle ut fra tidligere tiders filosofi og vitenskap. For eksempel førte oppdagelsen av fysiske lover til utnyttelse av damp som kraftkilde. Med bakgrunn i den kunnskap ble damplokomotiv og dampbåter utviklet. Disse nye transportmidlene gjorde reiser til lands og til havs raskere, mer effektive og også tilgjengelig for folk flest. Ingeniører bygget veier, broer og laget maskiner på en måte og i et tempo som aldri hadde skjedd før i historien. Systematiske studier ifølge naturvitenskapelig metode ble også benyttet innenfor medisinen. Det førte til oppdagelsen av bakterier som årsak til spesifikke infeksjonssykdommer. Mens leger tidligere hadde diskutert om forskjellige slags smittsomme sykdommer skyldtes årsaker i luft og jord eller om de kunne være arvelige, ble årsaken nå avdekket med sikkerhet.

> POSITIVT GITTE FAKTA

Systematisk observasjon etter modell fra naturvitenskapen gav sikre og lovmessige fakta, de såkalt positivt gitte fakta, mente positivistene. Hele tilværelsen besto kun av positivt gitte fakta, også alle sider ved den menneskelige tilværelse. Derfor kunne i prinsippet også tilværelsen forklares ved å observere fenomener og trekke logisk-metodiske slutninger av det man observerte. Noen annen form for eksistens fantes ikke, alt annet var bare fiksjoner (1). Menneskets tilværelse kunne ikke på noen måte forklares ved bakenforliggende årsaker, som for eksempel å henvise til historien, Gud, engler eller til skjebnen. Eksistensen besto ikke av skjulte forhold, men kun av faste og konstante lovmessigheter som kunne avdekkes vitenskapelig. Deres optimistiske ide var at man ved hjelp av naturvitenskapelig forskningsmetode skulle kunne forklare de lover som styrte samfunnet. Da hadde man fått redskapet til å finne løsningen på alle samfunnsproblemer. For om bare det enkelte mennesket lærte seg å tenke slik naturvitenskapen gjorde, ja så ville man få det bedre på alle måter. Den subjektive dimensjon ved mennesket, som fremhever individuelle følelser og personlige opplevelser, hadde ingen plass i denne tenkning. Deres overordnede ide var ved hjelp av vitenskapen å utvikle et idealsamfunn i fremtiden til det beste for alle mennesker (1). Derfor burde studiet av samfunnsmessige problemer også bli en egen vitenskap, og Comte kalte denne vitenskap for sosiologi (2). Sosiologiske forskningsresultater som avdekket lovmessige fakta ville gi politikerne sikker kunnskap å styre samfunnet etter. Absolutt alle mennesker ville tjente på å forholde seg rasjonelt til tilværelsen. Ut fra kartlegging av tilværelsens lovmessighet ville alle kunne planlegge sine liv bedre enn før.

> COMTE – POSITIVISMENS FAR

Den franske filosofen Auguste Comte (1798–1857) blir regnet som positivismens grunnlegger (1,3). Det var ham som utformet dens ideologi. Comtes ideer ble oppfattet som revolusjonære i samtiden, og innflytelsesrike personer i Paris forsøkte å forhindre at hans tanker ble formidlet til folket. Det var særlig hans kritiske syn på religionen de fryktet. Comtes visjon var en reorganisasjon av samfunnet ved hjelp av en industri (teknologi) og en økonomi som var etablert på naturvitenskapens premisser. For Comte ville dette bli det ideale samfunn. Når dette skjedde ville menneskenes fundamentale behov bli dekket, og de ville ikke lenger trenge religionens trøst. Mennesket ble dog av Comte oppfattet som et tenkende og følende vesen, men som sådant var det også styrt av naturlover. Når alt ved den menneskelige tilværelse var beskrevet og forklart (natur) vitenskapelig, ville mennesket være nådd «det positive stadium», som var målet for menneskeheten. Fra da av ville alle tenke og føle likt

om de samme tingene for alt var forutsigbart og lot seg kontrollere. Comte og de andre positivistene hadde stor tro på fremtiden.

> UTILITARISMEN

I England var økonomen og filosofen John Stuart Mill (1806–1873) inspirert av den positivistiske filosofi (1,3). Også han poengterte betydningen av de empiriske (sansbart) gitte «fakta» som grunnlag for all sikker kunnskap. Alt som ikke bygget på slike fakta, var bare spekulasjoner. For «det eneste» mennesket kunne vite noe om, var de fakta som kunne observeres og den logisk metodiske sammenheng som disse inngikk i. Ifølge Mill var vitenskapens oppgave derfor å observere fenomener og å innordne dem i en logisk-metodisk sammenheng. Slik kunne de sikre forhold som tilværelsen besto av tydeliggjøres. Innsamling av data og utarbeiding av statistikker var viktige redskaper i denne sammenheng.

Samfunnet bestod i følge Mills filosofi av enkeltindivider som alle hadde sin verdi. Om alle disse individene fikk lik oppdragelse og utvikling, ville de komme til å reagere likt i alle situasjoner. Når de samme fakta ble presentert på samme måte, ville alle mennesker forstå dem likt og bruke dem likt. Det var derfor ingen forskjell på kvinne og mann. De skulle ha den samme rett og plikt i samfunnet. Ut fra sin positivistiske filosofi ble Mill derfor en viktig forkjemper for likestilling mellom menn og kvinner. Han skrev også en bok om etikk med tittelen Utilitarismen. Her beskrives en etisk teori som begrunner at en handling er rett å gjøre hvis den fører til lykke og hindrer smerte for flest mulige personer. Slik begrunner han også etiske handlinger på bakgrunn av observerbare fakta.

> FLORENCE NIGHTINGALE

Ideene fra den positivistiske filosofien kom i sterk grad til å prege synet på kunnskap, vitenskap og på samfunnsutviklingen i årene som fulgte. Eksempler fra sykepleiens historie viser hvordan ideer fra den positivistiske filosofi også fikk innflytelse på vårt fag. Florence Nightingale var overbevist om at miljøet, så ville man også kunne fjerne/forebygge disse, og på den måte forbedre folkehelsen (4,5). Selv hadde hun systematisk innsamlet data og utarbeidet statistikker som viste at langt flere dødsfall under Krimkrigen skyldtes smittsomme sykdommer på grunn av dårlig hygiene enn de skader som selve krigshandlingene medførte. På bakgrunn av disse laget hun planer for å forbedre hærens sanitet (5). I hennes berømte bok *Notes on Nursing* handler det største kapitlet om observasjon (6). Florence Nightingale, som kjente Mill personlig (7), fremhever som ham betydningen av systematisk observasjon før konklusjo-

ner kan trekkes. Derfor skulle sykepleieren til en hver tid observere sin pasient korrekt og metodisk slik at legen på bakgrunn av fakta trakk rett konklusjon om pasientens tilstand og behov for behandling (6,8). Den sykepleier som sviktet denne oppgave, var ikke egnet til yrket.

> SYKEPLEIEFORSKNING

De få forskningsarbeider som ble utført innenfor sykepleiefaget i Norge inntil 1950-tallet, fulgte, som all annen forskning, kravet om funn basert på empiriske data med kvantifiserbare resultater. Et eksempel er undersøkelsen som kartla forhold vedrørende overproduksjon av sykepleiere i 1933. Resultatene kunne presenteres i form av kakediagrammer, kolonner og prosentvise fordelinger (9). Men i 1955, da Helga Dagsland gjennomførte en studie om forholdene ved en medisinsk avdeling, ble andre metoder (humanvitenskapelige) også tatt i bruk. (10) Hun samlet empiriske (naturvitenskapelige) data (tidsstudier) for å vise hvor mye tid sykepleieren hadde til hver pasient. Mens hvordan kvaliteten på pleien var, sykepleierens innstilling til arbeidet og opplevelse av arbeidssituasjon ble belyst ved ustrukturerte intervjuer. Her fikk hun data som ikke lot seg kvantifisere, men som gav data som måtte tolkes og i liten grad kunne etterprøves, det vil si kvalitative data. Det var forskningsresultater som positivistene i sin tid ikke hadde villet anerkjenne som vitenskapelige. Og det ble også lenge debattert i forskningsmiljøene om slike studier virkelig kunne godtas som vitenskap.

REFERANSER

1. Flor J R. Positivismen. I: Collin F, Køppe S red. Humanistisk vitenskapsteori (s.61-96). København:DR Multimedie, 2003.
2. Aarnes A. Fransk tanke og ideliv. Oslo: Aschehoug, 1981.
3. Lübcke P. Politikens filosofiske leksikon. København: Politikens forlag, 1983.
4. Sydnæs, T. Centrale ideer i Florence Nightingales sykeplejefilosofi, i Birkelund R red. Omsorg, kald og kamp personer og ideer i sykepleiens historie. København: Gyldendal, 2001.
5. Mathisen J. Sykepleiehistorie. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006.
6. Skretkovicz V ed. Florence Nightingale's Notes on Nursing. London: Scutari Press, 1992.
7. Baly M ed.: As Miss Nightingale said ... London: Scutary Press, 1991.
8. Mathisen J. Kunnskap og medmenneskelighet En studie i sykepleiens teoretiske grunnlag sett i relasjon til positivismen og eksistensialisme. Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitet i Oslo, 1987.
9. Leganger E. Overproduksjonen. Tidsskriftet Sykepleien 1934; 22: 2-10.
10. Dagsland H. Sykepleie en utfordring. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 1955.

Smertelige sannheter

» I Alfild Dihles avhandling om smertelindring, svarte halvparten av operasjonspasientene at de fikk for lite smertestillende. Nå etterlyser hun felles retningslinjer og større bevisstgjøring rundt behandling av smerter etter en operasjon.

ALFHILD DIHLE

f. 1954

Utdanning: Anestesisykepleier, høskolelektor

Arbeidssted: Sykepleierutdanningen, Høgskolen i Oslo (HiO)

Aktuell med: Disputerte i desember -07 med doktorgradsavhandling om postoperativ smertebehandling.

Tekst: Anita T. Munch

Foto: Erik M. Sundt

» Lovmessig er det legene som foreskriver smertestillende etter en operasjon. I praksis er det imidlertid sykepleierne som administrerer medisineren og vurderer pasientenes smerter. Få observasjonsstudier er gjort på hvordan sykepleiere forvalter dette ansvaret.

– Det hviler et spesielt stort ansvar på sykepleierne både før, underveis og etter en operasjon, sier høskolelektor Alfild Dihle. Hun er den første sykepleieren i Norge med doktorgrad på akutte postoperative smerter.

– Smertelindring er komplisert nettopp fordi toleransen for smerte er så individuell. Sykepleierne har sånn sett en kjempeviktig rolle i å kartlegge den enkeltes behov for smertelindring etter en operasjon. Mange nyopererte pasienter har unødvendige smerter, og det gis generelt for lite smertelindrende. Det er uheldig fordi sterke smerter etter en operasjon kan gi komplikasjoner, sier Dihle, og utdyper:

– Forskning viser at det er

en sammenheng mellom sterke smerter i den akutte postoperative fasen og utvikling av kroniske smerter. Og det er langt vanskeligere å hankses med langvarige kroniske smerter enn akutte.

DYBDEINTERVJU OG OBSERVASJON

Sykepleien Forskning møter Alfild Dihle på sykepleierutdanningen på Høgskolen i Oslo til intervju. Det er her hun holder hus og underviser til daglig. I desember 2007 forsvarte hun avhandlingen «Postoperativ smertebehandling. Fra et pasient- og sykepleierperspektiv.» Smerte er et tema hun har interessert seg for i mange år. Hun har bakgrunn som anestesisykepleier, og har jobbet klinisk med – og undervist om smertebehandling i over tretti år.

I doktorgradsstudien har Dihle sett nærmere på hvordan sykepleierne håndterer og bistår pasientene med smertebehandling etter en operasjon, og hvordan pasientene responderer på behandlingen. Hun har kombinert intervjuer, både av pasienter og sykepleiere, med rene observasjonsstudier. Studien omfattet ni sykepleiere

» Det er mange myter når det gjelder bruk av smertestillende.

som ble observert over fem vakter hver, i totalt 230 timer. Hun gjorde dybdeintervjuer hvor sykepleierne selv beskrev arbeidet sitt og sammenliknet dem med egne observasjoner. I tillegg gjennomførte hun en spørreundersøkelse blant pasientene.

AKTIVE OG PASSIVE SYKEPLEIERE

Dihle fant ut at pasientenes postoperative smerte etter store ortopediske operasjoner ble for dårlig behandlet de første fem postoperative dagene. Observasjonene viste også at det var forskjeller mellom hva sykepleierne sa, og hva de gjorde i forhold til pasientene.

– Det var et gap mellom det sykepleierne sa, og det de faktisk gjorde. Alle var enige om at smertelindring er viktig, men ikke alle fulgte opp like godt i praksis, forteller Dihle.

– Flere sykepleiere forklarte for eksempel at de ga pasienten informasjon om smertebehandling før en operasjon. Det viste seg imidlertid at det bare ble gjort hvis pasienten selv spurte. Sykepleierne mente også selv at de både spurte om smerte og vurderte signaler fra pasienten, mens Dihles observasjoner viste ulik praksis. Noen stilte konkrete spørsmål som for eksempel «hvordan er smertene dine?» eller «har du smerter?». Andre stilte mer generelle spørsmål som «hvordan har du det?». Og mens noen nærmet seg pasienten aktivt

» Stiller vi direkte spørsmål, får vi direkte svar.

etter tolkning av ikke-verbale signaler, var det andre igjen som ikke gjorde det. Sykepleierne brukte bare unntaksvis skalaen fra en til ti for å få pasienten til å beskrive smertene.

– Jeg fant ut at aktive sykepleiere som kommuniserer mer direkte med pasienten, og er mer oppmerksomme på non-verbale

tegn, i større grad forebygget pasientens smerte, og slik bidro til en mer vellykket helingsprosess. De hadde også et mindre gap mellom det de sa, og det de faktisk gjorde. En tolkning av dette er at vi må bli flinkere til å spørre pasientene direkte om de har smerter, mener Dihle.

– Stiller vi direkte spørsmål, får vi direkte svar.

MANGE MYTER

Hun tror at det er mange myter og misforståelser ute og går når det gjelder bruk av smertestillende. Mange er redde for å ta for mye smertestillende fordi de er redde for å bli avhengige. Helt unødvendig, ifølge henne.

– Det er ingen grunn til å være redd for avhengighet av narkotiske stoffer når de brukes over så kort tid. Akutte postoperative smerter skal behandles aggressivt i starten, fordi de blir naturlig borte etter hvert. Hvis vi ikke gjør det, kan pasienten risikere å slite med langvarige smerter senere.

– Dihle tror også at mange forventer at det skal være så store smerter etter en operasjon, og at de av den grunn ikke ber om

mer smertestillende når de har vondt.

– Derfor er det så viktig at helsepersonellet snakker med pasientene om smertebehandlingen, og at det blir mer akseptert å ta smertestillende i denne korte perioden. Noen ganger tar vi det kanskje for gitt at pasientene skal spørre selv, sier Dihle. Hun ønsker seg felles retningslinjer for hvordan helsepersonellet skal forholde seg til pasientenes smerter etter en operasjon.

– Bruk av kartleggingsverktøy kan foreksempel bidra til at pasientens egen vurdering blir mer nøyaktig, og at det blir lettere for sykepleieren å evaluere. Det kan også bedre kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, tror Dihle.

– Det handler rett og slett om å lindre og forebygge smertene aktivt, og få pasienten raskere på beina, avslutter hun.

