

Leder	3
Forskning i praksis	4
Innspill: Bjørn Vassnes	6
Evidence Based Nursing	8
Artikkel: Informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien	16
Kommentar fra praksisfeltet	27
Artikkel: Vikarbyråsykepleiere i sykehus, belastning eller avlastning?	28
Forskningsytt	34
Studentoppgave: Når barnet dør i mors liv. – Hvordan opplever far å bli ivaretatt?	36
Artikkel: Helserelatert livskvalitet hos langtidsoverlevende etter kirurgi for torakoabdominalt aortaaneurisme	42
Innspill: Liv Wergeland Sørbye	49
Cochrane	50
Forskning og tellekanter	54
Nytt og nyttig	57



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



Anners Lerdal
Førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud



Tone Rustøen
Professor ved Høgskolen i Oslo



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



Per Nortvedt
Professor ved Universitetet i Oslo



Lars Mathisen
Seksjonsoversykepleier ved thoraxkirurgisk sengepost ved Rikshospitalet i Oslo



Ragnhild Voldhuset
Fagkonsulent ved Kompetanseavdelingen på Akershus universitetssykehus



Liv Wergeland Sørbye
Førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høyskole 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

Sykepleien Forskning skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, for høyskoler og studenter. Sykepleien Forskning er et bilag til Sykepleien og utøver uanhengig 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: Liv Merete Brynildsen Reinar
liv.merete.reinar@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

Utgivelseplan 2007:
Nr. 2: 3/5, nr. 3: 4/10, nr. 4: 29/11
Abonnementspris: Kr. 280,- per år.

ISSN 1890-2936

En studie er ikke nok!

Sykepleien Forskning og andre tidsskrift i inn- og utland publiserer forskning som er relevant for sykepleiere. Men hva brukes denne viten til? Når skal forskning påvirke og endre praksis?

En forsknings-, kommentar- eller lederartikkel bør sjelden alene føre til endringer av rutiner. Artiklene kan likevel pirre nysgjerrigheten, referansene kan skaffes og leses og det kan føre til diskusjon med kolleger.

Skal rutiner og praksis endres må retningslinjer baseres på empiri. Det betyr studier og resultater basert på forsøk eller observasjoner, ikke erfaring alene. Resultater fra et godt utført forsøk eller én god observasjonsstudie kan tyde på at praksis bør endres. Men samme konklusjon bør forekomme i andre studier andre steder før det trekkes sikre slutninger. Én studie alene er sjelden nok! Det er derfor funn fra forskning oppsummert i systematiske oversikter er så viktige.

Sjelden trekkes det drastiske konklusjoner i forskningen! Det kan vise seg at noen former for behandling både har fordeler og ulemper. Da vil pasientenes ønsker og prioriteringer veie tungt og råd fra helsepersonell bør være mindre bastante. Sykepleiere er viktige i prosessen med å gjøre god dokumentasjon tilgjengelig for alle pasienter som trenger og ønsker det.

Artikkelen om induksjon av fødsel i denne utgaven viser at det blir ulike tilbud til gravide basert på bosted. De lokale retningslinjer,

som alle sier er forskningsbaserte, tillegger kildene ulik vekt. Det kan være norsk forskning, egen forskning, en lederartikkel eller en systematisk oversikt med mange studier som ligger til grunn for praksis. For den enkelte kvinne er dette forvirrende. Derfor er det viktig at diskusjoner tas på avdelingene og at sykepleier, eller i dette tilfelle jordmødre, kjenner til og kan kritisk vurdere den forskningsbaserte informasjonen i dokumentasjonen.

Et annet eksempel er behandling av symptomer kvinner kan ha i overgangsalderen. Det kan være enkelte forsøk som viser god effekt av for eksempel plantestrogen eller akupunktur, mens enda flere ikke viser effekt. Skal rådgiving baseres på den ene studien som viser effekt eller på den systematiske oversikten som viser at disse behandlingene ikke har effekt?

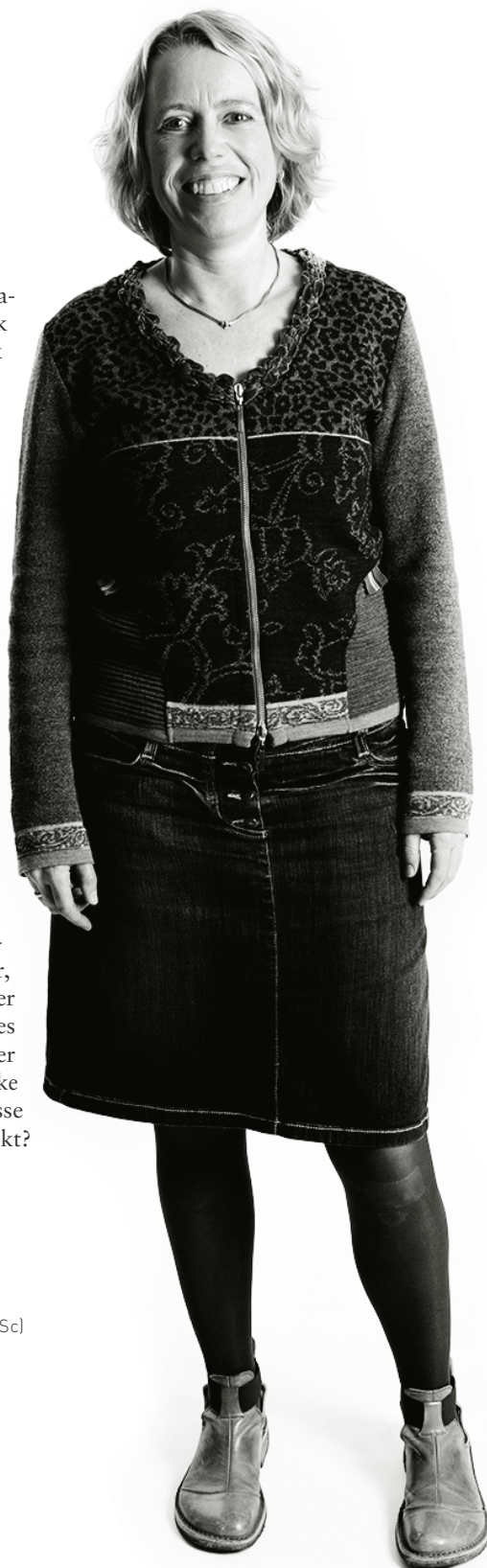
Liv Merete Reinar

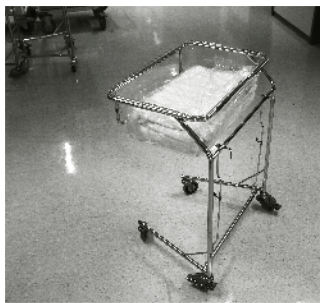
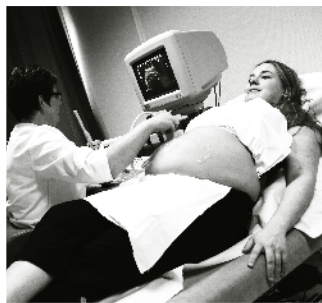
Redaktør

Liv Merete Brynildsen Reinar (MSc)

liv.merete.reinar@sykepleien.no

Oslo, mars 2007





MED RETT TIL Å INDUSERE

Norske fødeavdelinger følger ikke internasjonal forskning. Hva er det som gjør at det bare er Jakob Nakling og hans kolleger på Lillehammer som tar to Cochrane-reviewer på alvor?

📌 Tekst: **Eivor Hofstad**

Foto: **Erik M. Sundt**

Årlig er det vel 3000 gravide på overtid i Norge. Hvilken uke bør man sette i gang fødselen på dem? Cochrane-oversikter fra 2000 og 2006 viser mindre dødelighet og betydelig mindre mekonium aspirasjonssyndrom hvis man inducerer etter uke 41. Men i Norge frykter man blant annet flere keisersnitt og mer truende surstoffmangel for fosteret under fødselen med en slik praksis. Her anbefales induksjon tidligst etter uke 42, som hovedregel på dag 301, det vil si 19 dager over ultralydtermin.

UENIGHET

Det er skjønn enighet om at evidence based medicine skal styre moderne medisinsk praksis. Allikevel står det svart på hvitt i den norske veilederen for fødselshjelp at Cochrane review og den canadiske studien til Mary E Hannah fra 1992 er bevisst utelatt som kilder.

– Det er nettopp fordi vi legger vekt på at det skal være evidence

based at vi har gjort det, sier Kåre Augensen. Han er overlege ved fødeavdelingen på Haukeland universitetssykehus og var en av de fem medlemmene i gruppen som lagde de nasjonale retningslinjene.

Begrunnelsen er at Hannah-studien er dominerende i Cochrane-reviewen fordi antallet pasienter er større i hennes studie enn antallet pasienter til sammen i de andre studiene. Og internasjonalt har det vært stor uenighet om

” Det er ille at vi sitter her på berget og hever oss over internasjonal forskning.

forutsetningene og konklusjonene til Hannah-studien. Gruppen som lagde de nasjonale retningslinjene i 2006 støtter seg til en lederartikkel i British journal of obstetrics and gynaecology fra 2002 (1) når de valgte bort Cochrane-reviewen.

Men én i gruppen var ikke

enig: Overlege Jakob Nakling ved fødeavdelingen på Sykehuset Innlandet, Lillehammer.

– Det er ille at vi sitter her på berget og hever oss over internasjonal forskning, sier han og peker samtidig på urimeligheten i at man lar en lederartikkel overstyre en Cochrane-review som er basert på 19 randomiserte studier.

INDUSERER 11. DAG

Nakling hadde selv gjort en populasjonsbasert prospektiv studie i 1999 som viste at risikoen for perinatal dødelighet økte allerede fra uke 41. Etter å ha diskutert det med de andre legene på avdelingen, endret han praksis fra 2004. Nå inducerer de seinest den ellefte dagen etter ultralydtermin, mens andre sykehus varierer igangsetting helt opp til 21 dager over termin.

– Var det Cochrane-oversikten eller registerstudien din som fikk deg til å endre praksis?

– En kombinasjon. Jeg opplevde noen intrauterine dødsfall og fikk en gryende mistanke om at den praksisen vi hadde var feil. Så gjorde jeg studien og så kom



> **Induksjonisten:** Jakob Nakling med et av de små trollene som er kommet til verden på Innlandet sykehus, Lillehammer.

Cochrane som en bekreftelse i form av en review av randomiserte studier.

Også jordmødrene støtter opp om endringen.

– Vi får flere kontroller, men det er et godt tilbud til de gravide i denne fasen ved at de får komme til første kontroll sju dager over termin, sier fagutviklingsjardmor Elisabeth Hals.

– Barnelegene rapporterer at de ikke lenger ser de store babyene med mekonium aspirasjonsyndrom. Og vi har kun en liten økning i keisersnitt fra 14–15 prosent, sier Nakling.

Men dette tallet gjelder hele sykehuset. For de overtidige er keisersnittfrekvensen mer enn fordoblet fra 10 prosent de tre årene før de endret praksis til 23 prosent for de tre årene etter. Overflyttingene til barneavdelingen/intensiven har heller ikke sunket. Av 116 overtidige de tre siste år var det totalt fem overflyttinger. Det er 4,3 prosent, akkurat det samme som i de tre årene før ny praksis ble innført.

– Liten gevinst foreløpig?

– Dette er de små talls statis-

tikk, men nettopp derfor er det viktig å følge de store studiene. En fødselslege på et lite sykehus i Norge kan jobbe i mange år uten å oppleve noen intrauterine dødsfall.

– Sier du til kvinnene at de mer enn fordobler risikoen for keisersnitt dersom de lar seg indusere tidlig?

– Nei, jeg sier som sant er til de førstegangsfødende at de har 20 prosents risiko for keisersnitt, mens de fleregangsfødende får vite at de har en risiko på 12 prosent.

KEISERSNITTSFRYKT

Nakling synes det er en viss form for konservatisme blant norske fødselsleger.

– De er mer opptatt av keisersnittfrekvensen enn det totale resultatet. Fortsatt er det slik at å gjøre keisersnitt er feigt. Vakuum og tang er ok, mens keisersnitt liksom er dårlig obstetrikk, sier han.

– Det er mye politikk i dette, minner Oddvar Sviggum om. Han er overlege ved det private sykehuset Medi 3 i Ålesund og

nestleder i Norsk perinatalmedisinsk forening.

– Hva tenker du på?

– Det er mye penger i dette.

I USA og Canada er det mange private klinikker og keisersnitt. Jeg tror ikke jeg vil si mer.

I Norge får man over fire ganger så mye i DRG-refusjon for et komplisert keisersnitt som en komplikasjonsfri vaginalfødsel. Men Nakling tror neppe ledelsens krav til stigende DRG-indeks styrer keisersnittfrekvensen til norske fødeavdelinger.

– Man skal ha motforestillinger mot å gjøre keisersnitt. Og studiene i Cochrane-oversikten er av middels kvalitet. Det betyr at seinere studier både kan forsterke eller svekke de konklusjonene som gjelder nå. Derfor er jeg ikke basant, sier han.

Sammendrag og referanse til Cochrane-oversikten, finner du på s. 51

KILDER:

Menticoglon SM, Hall PF. Routine induction of labour at 41 weeks gestation: nonsensus consensus. Br J Obstet Gynaecol. 2002;109:485–491

Når sannheten blir for kjedelig – fallgruver i helsejournalistikken

Av Bjørn Vassnes

f. 1951

Cand.philol.

Forskningsjournalist



> Vi vil heller lese om en mann som biter en hund, enn omvendt. Om saken er litt overdrevet, og mannen bare snakket litt hardt til hunden, betyr ikke så mye. Ingen tar skade av en god historie. Men når det gjelder spørsmål om liv eller død, kan det være skjebnesvangert å spre gal informasjon. Ikke minst gjelder dette feltet helsejournalistikk. Jeg har valgt ut to eksempler på dette som fikk stor dekning i media i fjor. De handler begge om fett.

> Første sak var en påstand om at fett likevel ikke var usunt: «Fettfri kost beskytter ikke mot kreft» (aftenposten). «Ikke bedre helse med fettfattig kost» (forskning.no). «Ingen hjelp i fettkutt» og «Studien er så omfattende at forskerne bak den mener den er siste ord i helsedebatten omkring fett i maten» (VG Nett). «Fet mat er ikke usunt» og «Teorien om at fettfattig mat gjør deg frisk, holder ikke» (BT).

> Kilden er en artikkel i tidsskrift for den amerikanske legeforenin-

gen fra februar i fjor. Den baserer seg på en studie av 50 000 amerikanske kvinners helse, og det som det ble fokusert på i dette tilfellet, var om det ga helsegevinster å følge en lavfettsdiett. Spørsmålet var om dette kunne redusere risikoen for hjertesykdommer, brystkreft og endetarmskreft. Konklusjonen, at effekten var liten, ble slått stort opp i både norske og utenlandske media. Men studien er blitt kraftig kritisert for sine mangler. Disse er så alvorlige at å bruke denne studien til å dra konklusjoner om fett og helse blir meningsløst.

> For det første skiller den ikke mellom ulike typer fett. Og er det noe vi har lært de siste tiårene, er det at noen typer fett (som transfett) er svært usunne mens andre typer (som omega-9) faktisk er gode for kroppen. For det andre var det nesten ingen kontroll med hva forsøkspersonene faktisk spiste. Det viste seg at bare 14,4 prosent av de som ble regnet som «lavfettkonsumenter» faktisk klarte å holde et lavt fettnivå.

> Dermed blir undersøkelsen å regne som verdiløs hva angår effekter av fett. Men den skulle likevel, ifølge VG, regnes som siste ord i fettdebatten. Andre norske media var like bastante. Men helse- og forskningsjournalister burde vite at hundrevis av studier har vist at fettforbruket har betydning for helsen. Og at det derfor skal være svært gode grunner til å feie alt dette til side på grunn av en enkelt studie.

> Enda verre ble det når medier fordreide konklusjonene og påstod at det var snakk om en «mager diett» (forskning.no) og «lavkaloridielt» (BT). Faktum var at mengden kalorier stort sett var den samme for alle grupper, det var fettets andel av kaloriene som var litt lavere.

> Like tvilsom var et oppslag om helseeffektene av omega 3 eller feit fisk: «Ingen bevis for at fet fisk er sunt. Det kan ikke bevises at fet fisk i kostholdet gir helsegevinst.» (Aftenposten) «Det kan se ut til at nok en sunn-



Foto: Jan Kåre Wilhelmsen

” Ingen tar skade av en god historie. Men når det gjelder spørsmål om liv eller død, kan det være skjebnesvangert å spre gal informasjon.

hetsmyte er i ferd med å gå i tusen knas.» (forskning.no).

> Artikkelen det henvises til, sto i British Medical Journal, og var en såkalt metaanalyse, det vil si en gjennomgang av tidligere utførte studier. Forskere fra flere miljøer rettet straks alvorlige kritikker mot studien. Blant annet ble konklusjonen på analysen endret fra «klar effekt» til «ingen effekt» ved inklusjonen av en enkelt studie (DART-2) studien, som har så mange svakheter at den ikke burde vært inkludert. Den er med andre ord blitt kritisert sønder og sammen av det amerikanske helsedepartementet.

> Blant annet hadde man ingen kontroll med hva forsøkspersonene spiste etter de innledende seks månedene og i de ni årene studien varte. Den anbefalte dosen med omega-3 var alt for lav, ifølge ernæringseksperter. Dessuten tok DART-2 for seg kun mannlige anginpasienter, et problem som også en lederartikkel i bladet som publiserte artikkelen

påpeker. Lederartikkelen (BMJ, 24/3/06) slår tvert imot fast at Omega-3 faktisk er godt for helsen. Alle disse kritikkene sto å lese på BMJs nettside kort tid etter at studien var publisert.

> Saken har minst to sider. Det ene er det medieetiske: Hvor langt skal man kunne pushe oppslag som dette, om man vet de er tvilsomme? Hva med ansvaret for de menneskene man dermed kan påvirke til å velge en mer usunn livsstil? Og hvis man ikke skjønnte hvor tvilsomme oppslagene var, og derfor handlet i god tro: Hva slags kompetanse må man kunne kreve av forsknings- og helsejournalister?

> Kompetanse er spesielt viktig her, ikke bare fordi det dreier seg om liv og død: Helsefeltet er også et «ureint farvann» i den forstand at det er store økonomiske interesser involvert. Mange studier som «beviser» at naturlige kosttilskudd ikke har effekt er betalt av farmasien, eller gjort av forskere med økonomiske bånd til denne.

Og farmasien vil naturlig nok at folk skal bruke deres medisiner (som statiner) i stedet for eksempelvis Omega 3.

> Dette er en type sak vi vil møte igjen og igjen. Og her er det ikke bare media som må være ansvarlig. Også forskerne selv, og informasjonsmedarbeiderne, må være forsiktige med hvordan de formulerer seg. Det kan være lett å falle for fristelsen til å selge en sak med å gå ut med at «mann biter hund», men da skal man være sikker, og ha vurdert mulige skadeeffekter.

Lite kunnskapsgrunnlag for at alternative behandlinger hjelper for symptomer i menopausen

Nedrow A, Miller J, Walker M et al. Complementary and alternative therapies for the management of menopause-related symptoms: a systematic evidence review. Arch Intern Med 2006;166:1453–65.

Virker komplementær og alternativ terapi mot symptomer i menopausen?



Datakilder: Medline, PsycINFO, Cochrane Library (til mars 2005), AMED, MANTIS, referanselister, eksperter og websider.



Studieseleksjon og vurdering: Randomiserte, placebokontrollerte studier og meta-analyser som evaluerte alternative behandlingsformer (kategorisert av National Center for Complementary and Alternative Medicine) for kvinner i menopausen eller etter menopausen (også kvinner med brystkreft). 70 randomiserte kontrollerte studier (RCT) møtte inklusjonskriteriene. 48 testet bio-

logisk baserte terapiformer (inkludert 31 med planteøstrogener), ni testet «Mind-body» terapier, og ti testet holistiske behandlingssystemer. Metodisk kvalitet for de fleste studier var moderat eller dårlig.



Utfallsmål: Bedring i symptomer (som hetetokter, søvnvansker, tørrhet i vagina, vannlatingshyppighet og inkontinens, depresjon, angst og seksuell dysfunksjon), livskvalitet og kognitiv funksjon.

HOVEDFUNN

Noe få randomiserte forsøk viste mer bedring med aktiv behandling enn med placebo for hetetokter, andre symptomer og kognitiv funksjon (se tabell).

Men forskningsresultatene var ikke sammenfallende.

KONKLUSJON

Det er ikke nok kunnskap fra forskning av høy kvalitet til å kunne støtte bruk av komplementær eller alternativ behandling for symptomer i menopausen.

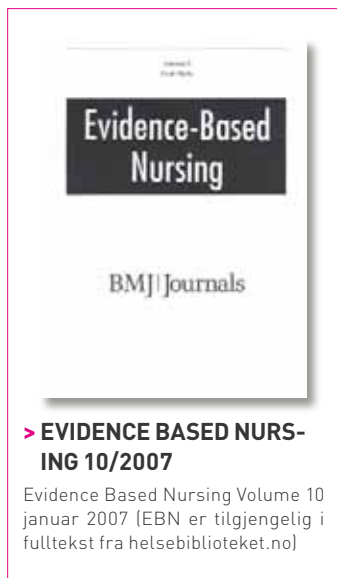


Foto: Colourbox

Behandling av menopause-symptomer som et medisinsk problem heller enn som normalt livsløp, koblet opp mot uheldige bivirkninger av mange forskrevne medikamenter, har ført til at planteekstrakter og andre ikke-testede komplementære midler blir tatt i bruk. Denne oversikten av Nedrow og medarbeidere vurderte ikke bare effekten av vanlige planteøstrogener, men evaluerte også andre alternative behandlingsformer. De viste,

selv om noen positive resultater er rapportert, at det ennå ikke er tilstrekkelig, konsistent forskning av god kvalitet som støtter anbefalinger om å bruke disse behandlingene i menopausen. I tillegg må det bemerkes at «naturlige» remedier ikke er uten risiko for toksiner, interaksjon med andre medikamenter, mulig carcinogen effekt eller andre ukjente bivirkninger. Dette er viktige faktorer som bare blir diskutert lett i denne oversikten.

Den middels til mangelfulle kvalitet på inkluderte studier i oversikten er representative for muligens urimelige krav fra helsepersonell og en økende befolkning av aldrende kvinner og deres like. De ønsker å finne raske og enkle løsninger på uunngåelige, men negativt vinklede, endringer. Helsepersonell burde ikke anbefale disse alternative behandlingene til pasienter før forskere har hatt tid til å evaluere dem i robuste forsøk. Dette kan begrense den



Tabell 1: Komplementær eller alternativ behandling versus placebo for symptomer i menopausen.

Behandling	Antall studier (antall deltakere)	Resultater
Planteøstrogener (f. eks soya, rød kløver)	31 (2856)	Mer bedring for hetetokter (9 randomiserte, kontrollerte studier(RCT), symptomer (3RCT), vaginal tørrhet (1RCT), og kognitiv funksjon (2 RCT); ingen forskjell mellom grupper (16 RCT).
Andre biologiske terapier (sort cohosh, dehydroepiandrosterone, vitamin E, kava, fosfolipid liposom)	17 (2013)	Mer bedring for hetetokter og svette (4 RCT), syptomer (1 RCT), vaginal tørrhet (2 RCT), depresjon og angst (5 RCT), og søvnvansker, seksuell dysfunksjon og urinveisplager (1 RCT); ingen forskjell mellom grupper (5 RCT).
«Mind-body» terapier (trening, avslapning, stressmestring, rådgiving)	9 (569)	Mer bedring for hetetokter (1 RCT), symptomer og seksuell dysfunksjon (1 RCT), og livskvalitet (1 RCT); ingen forskjell mellom gruppene (3 RCT).
Manipulasjonstreapi (osteopati)	1 (30)	Mer bedring i hetetokter, nattesvette, vannlatingshyppighet, depresjon og søvnvansker.
Energiterapier	2 (95)	Mindre bedring i hetetokter (1 RCT); ingen forskjell mellom gruppene (1 RCT)
Holistisk («whole body systems») (tradisjonell kinesisk urtemedisin, akupunktur)	10 (882)	Mer bedring for humør, depresjon og velvære (2 RCT), og kognitiv funksjon (1 RCT); ingen forskjell mellom gruppene (6 RCT).

utbredte bruk av ineffektive, og mulig skadelige, behandlinger. Framtidig forskning må fokusere på trygghet ved alternative behandlinger så vel som klinisk effekt.

Kanskje en mer holistisk og realistisk respons til spørsmål om menopausen er å samtale med kvinner, forstå deres bekymringer og holdninger og å gi dem ærlig informasjon og råd om ulike tilbud. Informasjonen må ha med fordeler og ulemper. Videre bør det tilbys målrettede

terapier for alvorlige og uutholdelige symptomer ved bruk av det tryggeste alternativet som er tilgjengelig (1).

1. Ryan CA, Ghali WA, Boss RD, et al. Care during menopause: comparison of a women's health practice and traditional care. *J Women's Health Gend Based Med* 1999;8:1295-302.

Kommentaren er skrevet av: M Kay Libbus, RN, DrPH. Sinclair School of Nursing, University of Missouri, Columbia, Missouri, USA.

For korrespondanse: Dr A Nedrow, Oregon Health and Science University, Portland, OR, USA. nedrowa@ohsu.edu

Finansiering: National Institutes of health and Portland Veterans Affairs Medical Center Women's Health Fellowship.

Evidence Based Nursing, volum 10, januar 2007
© BMJ Publishing Group Limited 2007

Barn så unge som fire år med type 1 diabetes forstod og var kompetente når det gjaldt håndtering av sin tilstand

Alderson P, Sutcliffe K, Curtis K. Children as partners with adults in their medical care. Arch Dis Child 2006;91:300-3.

Når begynner barn å være villige til, og når er det mulig for dem, å gjøre informerte valg i håndtering av sin egen diabetesomsorg? Er det hensiktsmessig å lytte til barna og å respektere deres rettigheter og mål?

DESIGN

Kvalitativ studie

SETTING

Klinikker på to Londonsykehus og i en liten by i Storbritannia.

DELTAKERE

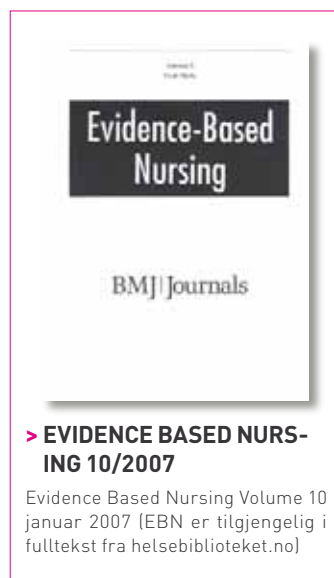
Et selektert strategisk utvalg med 15 barn i alderen tre til seks og ti til tolv år, samt et hensiktsmessig utvalg med ni barn i alderen seks til elleve år. Alle hadde diabetes type 1 (diagnosealder rangerte fra ett til ti år).

METODE

Barna deltok i semistrukturerte intervjuer som ble tatt opp på bånd. For de fleste var en av foreldrene tilstede. Barna ble spurt om dagligliv, når de først fikk diabetes, om sykdomsforståelse og behandling, om besøk på poliklinikker, ambisjoner for fremtiden og om hvordan de selv ville gi råd til et barn med nyoppdaget diabetes. Intervjuene ble transskribert, systematisk lest og analysert for temaer.

HOVEDFUNN

Å forstå diabetes: Femten barn fikk diagnosen mellom femten måneder og fem års alder. Noen hadde vært veldig syke og opplevd livstruende sider ved sykdommen. En sju år gammel jente som fikk diagnosen da hun var fem år sa «Min søster var hjemme i sengen og hun gråt for hun trodde at jeg var død». Basert på disse minnene var det noen av barna som hadde en «intens kroppslig forståelse» av



diabetes; de forstod hypoglykemi gjennom kroppslig erfaring (f. eks føle seg «wobbly»).

Nåler: Evne og vilje til å bruke nåler var ikke relatert til alder. Noen fireåringer tok egne blodprøver og satte egne sprøyter

Denne kvalitative studien av Alderson og medarbeidere undersøker opplevelsene til barn med diabetes. Studien er unik fordi den undersøker erfaringene til barn i alderen tre til tolv år. Noen av temaene som kom fram i denne studien var de samme som er funnet i studier med eldre deltakere. Særlig gjaldt det funnet om kroppslig forståelse og ønsket om å passe inn og være «normal» (1,2).

Forfatterne erkjenner at studien er begrenset på grunn av få deltakere. Det ble gjort strategisk utvalg hvor hensikten var å ha ulike deltakere, men forfatterne gir ingen informasjon om denne ulikheten, annet enn for kjønn og alder og i hvilken alder barna fikk diagnosen. Informasjon om hvor mye profesjonell støtte familien fikk og om familiestruktur (f. eks søsken med diabetes) ville vært til hjelp. Til tross for at disse opplysningene

ble utelatt er funnene i studien meningsfulle og de kan påvirke hvordan sykepleiere kommuniserer med barn som har diabetes.

Ideen om å lage «collaborative partnerships» med klienter er vanlig blant voksne, men har ikke vært diskutert mye i forhold til barn. Det bør legges mer vekt på å lytte til barn, veilede dem og gi opplæring som er utviklende og tilpasset individuelle behov. Studien tyder på at barns forstå-



mens noen elleveåringer ønsket at mødrene deres skulle sette spørstene. Flere barn sa at det gjorde mindre vondt når de satte spørstene selv. Noen ga detaljerte forklaringer om sine rutiner: «... du

putter blod på en liten stripe ... Hvis den er sånn omtrent 4,6 er det ganske normalt. Hvis den er sånn omtrent 3,2 så må du spise litt ...»

Mestre diett og insulin: Barn

så unge som fire år visste at «insulin er nøkkelen som gjør sukker til energi» og at de trengte mat med lite sukker. De diskuterte også høye og lave nivåer av karbohydrater med sine foreldre. En niårig gutt husket karbohydratinnholdet i mange matvarer. Andre sjekket karbohydratinnholdet på mat- og drikkepakninger og kalkulerte sitt eget blodsukker opp mot energibehovet for de neste timene. Ved fireårsalder var det ett barn som nektet å spise sjokolade hun fikk av en venn. Det samme barnet, ved femårsalder, la opp til å ta blodsukker i selskaper for å avgjøre hvor mye godteri hun kunne spise.

Mål: Barna nevnte to hovedmål: å «leve et liv» og å være «normal». De mislikte «kjedelige» aspekter ved behandlingen som å avbryte morsomme aktiviteter. De snakket om ulemper mer enn smerter ved tilstanden. Noen barn merket seg negative holdninger hos andre som ga dem problemer (f. eks. lærere som nektet å ta dem med på skoleturer).

KONKLUSJON

Barn så unge som fire år med type 1 diabetes viste at de forstod prinsippene for å mestre tilstanden og evne til å ta fornuftige avgjørelser i beste egeninteresse.

elsesnivå og deres evne til å ta avgjørelser om sin diabetes kan være annerledes i praksis enn antatt i etablerte normer.

Det trengs mer forskning for å vurdere hvilke utviklingstrinn (annet enn livserfaring) som påvirker barns erfaringer med diabetes, særlig når det gjelder utvikling av beslutningsevner. Funnene til Alderson og medarbeidere antyder at barn bør vurderes individuelt for å avgjøre i hvilken grad de kan og burde bli

inkludert i «collaborative partnerships» med sine foreldre og helsepersonell.

1. Dickinson JK, O'Reilly MED MER. The lived experience of adolescent females with type 1 diabetes. *Diabetes Educ* 2004;30:99-107.

2. Hernandez CA. Integration: the experience of living with insulin dependent (type 1) diabetes mellitus. *Can J Nurs Res* 1996;28:37-56

Kommentaren er skrevet av: Kathryn Rousseau, RN, MScN. School of Health

Sciences, St Clair College, Windsor, Ontario, Canada.

For korrespondanse: Professor P Alderson, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, London, UK.

Finansiering: Social Science Research Unit Childhood Research Fund.

Evidence Based Nursing, volum 10, januar 2007.

© BMJ Publishing Group Limited 2007

Begrenset kunnskapsgrunnlag støtter ikke-farmakologiske tiltak for å forebygge vandring hos personer med demens

Robinson L, Hutchings D, Corner L, et al. A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. *Health Technol Assess* 2006;10(26): iii, ix-108.

Hvor effektive og kostnadseffektive er ikke-farmakologiske tiltak for å forebygge vandring blant eldre med demens?

METODE



Datakilder: Cochrane Library, Medline, Current Contents, EMBASE/ Excerpta Medica, Science Citation Index, Social Science Citation Index, CINAHL, PsycINFO, HEED, ADEAR, National Research Register, Ageline, Ageinfo, BIOME, Current Controlled Trials, ClinicalTrials.gov, Google, Zapmeta, ISI Science and Technology Proceedings, ZETOC, og Index to Theses (til mars

2005): håndسøk av demenstidskrift (2004); referanselister; og eksperter.



Studieleksjon og vurdering: randomiserte, kontrollerte studier (RCT), ikke-randomiserte studier, kontrollerte før- og etterstudier, kohortstudier og kasus-kontrollstudier som sammenliknet ikke-farmakologiske tiltak for å forebygge vandring. Tiltakene ble sammenliknet med «vanlig behandling» eller «sham-behandling» for personer i alle aldre med demens eller kognitiv svikt som bodde hjemme eller på institusjon. Ti studier (n= 492, gjennomsnittalder 79 år, 59 prosent kvinner) møtte inklusjonskriteriene. Tiltakene som ble vurdert var multisensorisk miljø (3 RCT, n=198, musikkterapi (1 RCT, n=30), trening (1 RCT, n=30), aromaterapi (2 RCT, n=84), spesialavdelinger (2 ikke-RCT, n=129), og adferdsterapi (1 RCT, n=21). Metodisk



Illustrasjonsfoto: Colourbox

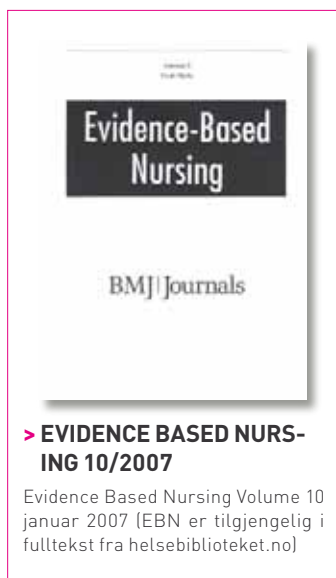
Denne systematiske oversikten av Robinson og medarbeidere om effekten av ikke-farmakologiske tiltak for å forebygge vandring hos personer med demens er både betimelig og relevant. Disse tilnærmingene brukes som førstevalg i behandling av vanskelig atferd blant disse pasientene (1). Oversikten er omfattende og metodisk god. Forfatterne søkte å vurdere effekten, kostnypen, aksept og etiske vurderinger relatert til

tiltak for å forebygge vandring. Funnene avspeiler et tidlig stadium i kunnskapsutviklingen på dette området.

Robinson erkjenner at vandring kan ha positive effekter for personer med demens ved å gi trening, økt sirkulasjon, fremme normale søvnmønster og bidra til livskvalitet. Gitt disse positive effekter, bør framtidige forskere vurdere tiltak som har til hensikt å fremme trygg vandring eller gange (som skjermet gangevei

eller «smarte hjem» med dørsensorer, madrassmonitor og fallalarmer).

Det lille antall studier som ble inkludert i denne oversikten reflekterer den begrensede og mangelfulle forskning som fins om emnet. Dette er karakteristisk for det meste av forskningen som finnes om ikke-farmakologiske tiltak rettet mot personer med demens (2). Likevel, risikoen ved å ta i bruk ikke-farmakologiske tiltak (som



Tabell 1: Ikke-farmakologiske tiltak for å forebygge vandring hos personer med demens

Behandling	Antall studier (antall deltakere)	Resultater
Multisensorisk miljø versus aktivitetstimer og «tactile» stimulering	8 (198)	Redusert vandring i ti minutter etter sesjoner, men ikke under sesjoner (meta-analyse av to studier, n=186); ingen vandring i noen av gruppene (en kryssoverstudie, n=12).
Musikkterapi versus leseterapi	1 (30)	Ingen forskjell i vandretid under sesjoner; økt fart på vandringen.
Trening versus standard behandling	1 (30)	Redusert vandring
Aromaterapi versus placeboøljer	2 (84)	Redusert vandring (én studie, n=66); økt vandring (én studie, n=63)
Spesialavdeling versus vanlig sykehjem	2 (129)	Ingen forskjell i vandring (én studie, n=66); økt vandring (én studie, n=63).
Atferdsterapi versus standard behandling	1 (21)	Økt hyppighet og økt alvorlighetsgrad av vandring.

kvalitet på alle studier var mangelfull. Ingen studier vurderte kostnadseffektivitet.



Utfallsmål: Målinger av vandreatferd.

HOVEDRESULTATER

Begrenset kunnskapsgrunnlag (lav metodisk kvalitet) fant

positiv effekt av multisensorisk miljø, trening og aromaterapi for å forebygge vandring hos personer med demens. Det var ingen dokumentasjon for positiv effekt av musikkterapi, spesialavdelinger eller atferdsterapi (se tabell).

KONKLUSJON

Det mangler veldokumentert

kunnskapsgrunnlag for å støtte bruk av ikke-farmakologiske tiltak for å forebygge vandring blant personer med demens.

multisensorisk miljø, treningsprogrammer og aromaterapi) er relativt liten. Helsepersonell kan oppfordres til å ta i bruk slike tiltak og matche dem med behov, muligheter og preferanser blant personer med demens og deres omsorgsgivere. Målet er å fremme bedre livskvalitet, før man tyr til farmakologiske tiltak.

1. Hermann N. Recommendations for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Can J*

Neurol Sci 2001;28 Suppl 1:s96-107.
2. Forbes DA, Peacock S, Morgan D. Nonpharmacological management of agitated behaviours associated with dementia. *Geriatrics Aging* 2005;8:26-30.

Kommentaren er skrevet av: Dorothy A Forbes, RN, PhD. School of Nursing, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.

For korrespondanse: Dr AL Robinson, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK. A.L.Robinson@newcastle.ac.uk

Finansiering: National Health Service Health Technology.

Evidence Based Nursing, volum 10, januar 2007
© BMJ Publishing Group Limited 2007

Helsearbeidere i britisk palliativ omsorg identifiserte infrastruktur, pasienters og pårørendes holdninger og karakteristika, samt kultur som faktorer som påvirker hvor kreftpasienter dør

Thomas C. The place of death of cancer patients: can qualitative data add to known factors? Soc Sci Med 2005;60:2597-607.

Hvilke faktorer påvirker hvor (for eksempel hjemme, hospice eller sykehus) kreftpasienter dør, slik britiske helsearbeidere ser det?

DESIGN

Kvalitativ studie

SETTING

Nordvest England

DELTAKERE

Et strategisk utvalg av fjorten personer som jobber innen palliativ omsorg (elleve med en helseprofesjon, én sosialarbeider, én avdelingsleder på hospice, én tidligere direktør og én frivillig (ni kvinner)). Tretten av informantene hadde direkte og hyppig kontakt med pasienter og pårørende.

METODE

Tretti minutters semistrukturerte intervjuer med fokus på typen arbeid og servicetilbud; faktorer som påvirker dødssted og preferanser blant pasienter og pårørende; og den ideelle sammensetting av servicetilbud. Data ble analysert ved konstant sammenlikning. Validitet ble sjekket ved å identifisere subgrupper og ved å la tre informanter gå gjennom funnene.

HOVEDFUNN

Informantene identifiserte fem hovedfaktorer som påvirker hvor kreftpasienter dør.

1) Service infrastruktur. Dødssted var påvirket av faktorer assosiert med helsevesenet og lokale økonomiske forhold, budsjetter, prioriteringer og uforutsigbarhet fra frivillige organisasjoner. Tretti senger på det lokale hospice var vanligvis opptatt, slik at døden gjerne inntraff andre steder.

Lokalpolitikk og lokale forhold (administrativ og profesjonell status, makt og autoritet) påvirket også dødssted. Mange helsearbeidere opplevde at målsettinger satt av helsemyndighetene (NHS) som i nasjonal kreftplan, med mål om at flere kreftpasienter skal få dø hjemme, ikke kunne oppnås uten tilførsel av flere ressurser for å støtte pasienter og pårørende (for eksempel 24 timers hjemmesykepleie, tilgang til eksperter i palliativ omsorg etter kontortid, og støtte fra sosialtjeneste). En annen faktor som påvirker dødssted var tilstedeværelsen av lokalbaserte multiprofesjonelle team som var spesialisert i palliativ omsorg (utover sykepleier og lege).

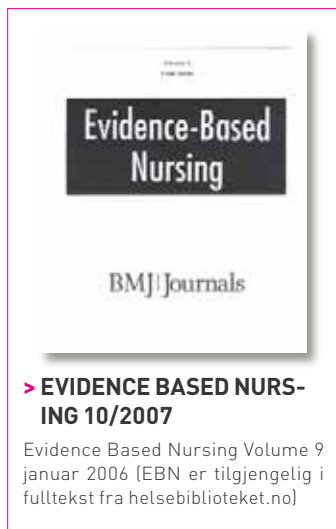
2) Uformelle faktorer hos pårørende. Informantene bekreftet at dødssted var påvirket av pårørendes tilstedeværelse og deres helsetilstand, mestringsevne og motivasjon. Pårørende med god støtte fra familie og venner mes-

Studien til Thomas gir et nytt perspektiv på faktorer som støtter kreftpasienter i å dø hjemme framfor på sykehus eller hospice. Data fra intervjuene bekrefter ikke bare faktorer som er funnet i litteraturen og som er assosiert med valg av dødssted, men gir tilfang til en rik forståelse av disse faktorene. Videre kommer det fram

ny informasjon som er viktig for dem som planlegger tilbud. Valg av kvalitativ tilnærming er særlig egnet for å avdekke sosiale prosesser og sosiale strukturer som påvirker avgjørelser om hvor pasienter ønsker å dø (1). Det lille utvalget, ett geografisk område, og inklusjon av informanter som ikke reflekterte over bredden av potensielle settinger

for palliativ omsorg begrenser studien.

Likevel, viktigheten av sosial kontekst og kunnskap om hvordan den influerer valg bør ikke ignoreres og bør være med når bestemmelser tas. Kontekstuelle faktorer er nærhet til sykehus, pasienter og pårørendes erfaringer med hospice, meninger om hva som utgjør «en god



tret situasjonen bedre over tid, slik at det var mulig for pasienten å dø hjemme.

3) Alvorlige symptomer og behandling. Informantene pekte på at sjansen for å dø hjemme var større hvis pasientens symptomer var under kontroll ved at utstyr

og medikamenter var tilgjengelig i hjemmet.

4) Pasientens og pårørendes holdninger. Deltakerne følte at pasienter og pårørende med sterke preferanser om hvor det var best å dø gjerne oppnådde det de ønsket. Ofte var det likevel slik at mange endret preferanse fra hjem til hospice ettersom tilstanden forverret seg. Pasienter og pårørendes holdninger reflekterer en bevisstgjøring og aksept for at døden hører til i hjemmet og på hospice. Helsearbeiderne vektla også at det var et sterkt ønske for mange pasienter at de ikke skulle være til byrde for sine kjære hjemme og at mange derfor valgte å dø på hospice.

5) Kultur. Helsearbeiderne følte at et bra teamarbeid, innen og mellom ulike sektorer og organisasjoner, gjorde hjemmedød og hospicedød mulig. Særlig la de vekt på teamarbeid mellom spe-

sialister innen palliativ omsorg, og mellom generelle helsearbeidere i primærhelsetjenesten og sosialtjenesten. Etikk og sedvane i profesjonell praksis gjaldt ved henvisninger, informasjon, og iverksetting av spesifikke tiltak (for eksempel var det i ett distrikt normen eller rutinen å henvise til hospice). Skifte mot mer medisinsk håndtering av pasienter i terminalfasen i hospice og en assosiert økning i antall pasienter som er dagpasienter betyr at flere pasienter kommer i direkte kontakt med hospicetilbud og utvikler en preferanse for å dø der.

KONKLUSJON

Briter som jobber innen palliativ omsorg identifiserte service infrastruktur, uformelle karakteristikka hos omsorgsgiver, alvorlighetsgrad av symptomer og behandling, holdninger hos pasienter og pårørende og kultur som faktorer som påvirker hvor pasienter med kreft dør.

død» blant helsepersonell og vurderinger gjort av helsepersonell om hvilke steder som egner seg for å dø. Stjduhar har advart mot at helsereformer som promoterer hjemmeomsorg og hjemmedød fører til at pårørende føler seg presset til å godta det [2].

1. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: principles and methods*. 7th edition. Philadelphia: Lippincot, 2003.

2. Stjduhar KI. Examining the perspectives of family members involved in the delivery of palliative care at home. *J Palliat Care* 2003;19:27-35.

Kommentaren er skrevet av: Luciele Taylor, RN, MSN. Hospice Palliative Care Services, Fraser Health Authority. Abbotsford & Mission, British Columbia, Canada.

For korrespondanse: Dr C Thomas, Institute for Health research, Lancaster University, Lancaster, UK. C.Thomas@lancaster.ac.uk

Finansiering: NHS Directorate of health and Social Care North.

Evidence Based Nursing, volum 9, januar 2006

© BMJ Publishing Group Limited 2007

VIL VITE MER

PÅRØRENDE AV INNLAGTE I AKUTT-
PSYKIATRIEN HAR MANGE SPØRSMÅL





Hva tilfører artikkelen:

Å vite hva man skal spørre om og hvilke forventninger man kan ha til det psykiske helsevernet og fagpersonene, viser seg å være spesielt vanskelig ved førstegangsinnleggelse av et familie-medlem.

Hva vet vi om temaet fra før:

Artikkelforfatterne har ikke funnet andre studier som fokuserer på pårørende til førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien og deres behov for og erfaring med den informasjon de har mottatt.

Ord om ord:

Semistrukturert intervju: Et intervju som foregår ansikt-til-ansikt (eller per telefon) i den hensikt å avdekke et emne eller resultat i detalj. Bruker gjerne intervjuguide med åpne spørsmål.

Hensikten med denne studien er å beskrive og forstå hvilken informasjon pårørende til førstegangsinnlagte har mottatt. Studien er basert på kvalitative semistrukturerte intervjuer med ti pårørende av pasienter innlagt i en psykiatrisk akuttavdeling. Pårørende fremhevet viktigheten av å ha fått informasjon om diagnose, behandling, forløp og pasientens prognose. Flere av de pårørende hadde spørsmål først da pasienten hadde vært på permisjon, eller var utskrevet, og de igjen hadde ansvaret alene.

Pasientens endrede personlighet og/eller adferd opplevdes som skremmende og vanskelig å forholde seg til. Ingen av respondentene hadde opplevd at dette var et tema i samtaler med fagpersonene på avdelingen. Pårørende ønsket informasjon fordi de ville være til hjelp for pasienten og ikke for opplysningene sin skyld. Å være pårørende for første gang viser seg å være spesielt vanskelig, fordi de ikke har noen tidligere erfaringer å relatere det til. Inntrykket er at de fleste har mottatt noe informasjon slik

som lov om pasientrettigheter og psykisk helsevern loven krever, allikevel opplever de fleste den som mangelfull i forhold til å takle hverdagen.

Information to carers of patients in acute psychiatric care

The purpose of this study was to describe and understand what information relatives of a family member hospitalized for a psychiatric illness, for the first time in an emergency psychiatric unit, have received. The study is based on qualitative semi-structured interviews with ten relatives. The rela-

tives emphasized the importance of getting information about diagnosis, treatment, the treatment progress, and about the patients' prognosis. Several relatives felt they had a need for information when the patients were on leave from the hospital and/or after the patient had been discharged and they were again on their own with the responsibility. The change in their family members personality and/or behaviour was

experienced as frightening for the relatives, and difficult to relate to. None of the respondents had experienced that this was a subject in meetings with professionals. Being a "new relative" seems to be especially difficult, since they have no reference to earlier experiences. Most of the relatives had received some information, but not adjusted to the changes in the family situation and roles at home.

Mer om forfatterne:

Hege S. Kletthagen
Psykiatrisk Sykepleier
Mastergrad i Sykepleievitenskap.
Fagkonsulent v/DPS Gjøvik
hege.kletthagen@sykehuset-inn-
landet.no

Nina Aarhus Smeby PhD
Forskningsleder i sykepleie, Kom-
petansesenter for klinisk forskning,
Ullevål Universitetssykehus
ninaaarhus.smeby@ullevaal.no

Historie:

I 1855 åpnet Gaustad sykehus som
det første statlige sykehus i Norge
for behandling av mennesker med
alvorlige psykiske lidelser.



>> Informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien

Forfattere: Hege Kletthagen
og Nina Aarhus Smeby PHD
Foto: Erik M. Sundt

Bakgrunn for artikkelen er en studie om hvilken informasjon pårørende av førstegangsinnlagte har fått i sitt første møte med en akutt psykiatrisk avdeling.

Lov om pasientrettigheter pålegger helsevesenet å informere pasientens nærmeste pårørende om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes, dersom «forholdene tilsier det». Videre

at dersom pasienten samtykker til det skal pasientens nærmeste pårørende informeres (1). De nærmeste har rett til informasjon om iverksetting av behandling, tvangsmidler, eller overføring uten eget samtykke og klageadgang, med mindre pasienten nekter (2).

Utviklingen innenfor psykisk helsevern, har ført til redusert behandlingsskapasitet i akuttpsykiatrien. Det betyr at pasientene er dårligere når de blir lagt inn, blir liggende kortere, og er dårligere ved utskrivelse. Dette fører

blant annet til økt behov for informasjon hos de pårørende, da pasientene bor hjemme i svært dårlige faser både før og etter en innleggelse (3,4).

Historisk sett har pårørende fått en «stemoderlig» behandling i psykiatrien. Lenge jobbet behandlere ut i fra teorier om at familien var årsaken til pasientens problemer (5,6). I dag har vi kunnskap om at det å samarbeide med pårørende kan endre prognose og forebygge eventuelle tilbakefall for pasienten. I tillegg er

dette viktig for å ivareta de øvrige familiemedlemmer (7, 8, 9).

Sykepleierne i Norge har hatt et sterkt fokus på pasienten primært, og har sett på familien i den grad den har vært positiv eller negativ i forhold til pasientens helbred (10). Orem (11) påpeker sykepleierens ansvar for pasientens familie, og at de må bidra til å hjelpe denne til å mestre sykdom i familien på en best mulig måte. Forskning viser at den informasjonen som blir gitt til de pårørende er sporadisk og noe tilfeldig (12).

Studier har beskrevet belastningen ved å være pårørende til pasienter med en alvorlig psykisk lidelse (7,8,13,14,15), men vi fant ingen studier som fokuserer på pårørende til førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien og deres behov for og erfaring med den informasjon de har mottatt.

STUDIENS HENSIKT


Studien er et kvalitetsforbedringsprosjekt ved en psykiatrisk avdeling ved et sykehus på Østlandet. Det skal utarbeides standardiserte retningslinjer for informasjon til pårørende, for å imøtekomme deres behov, samt ta konsekvensene av lovverket. Forsknings spørsmålene blir følgende: Hvilken informasjon har pårørende fått ved førstegangsinnleggelse av et familiemedlem i en psykiatrisk avdeling? Hvilken erfaring har de med den informasjonen de har fått?

BAKGRUNN

Spiessel et al. (16) intervjuet 32 pårørende om deres behov for informasjon og deres forventninger til det psykiatriske sykehuset. Resultatene viste at de pårørende ønsket flere møter med behandlerne, og vektla behandling av kompetente kunnskapsrike behandlere. De ønsket informasjon om behandling, medikamentenes virkning

og eventuelle bivirkning, samt informasjon om behandlingsplan. Konklusjon: Pårørende trenger å bli sett, og det må legges større vekt på deres forventninger til det psykiatriske tilbudet.

Eri (17) utførte en studie på Diakonhjemmets sykehus i Oslo hvor 18 pårørende til psykiatriske pasienter ble intervjuet. Hensik-

 Samarbeid med familien er ikke en integrert del av den kliniske praksisen.

ten var å undersøke behovene til de pårørende for senere å kunne utvikle og endre rutine for kontakten med dem. Viktige tema for pårørende var: Hvis pasienten hadde det bra, opplevde de sin egen kontakt med hjelpeapparatet som god nok. Kompetente fagfolk skapte trygghet. De beskrev det som svært viktig med støtte og kontakt i første sykdomsfase, da denne perioden var preget av sjokk. Kontinuitet i oppfølgingen utover i behandlingen var viktig samt egne kontaktpersoner for pårørende.

Marshall og Solomon (12) foretok en survey med 219 familier og pasienter som var diagnostisert, med en alvorlig sinnslidelse. Hensikten var å finne ut hvilken erfaring de hadde med den informasjonen som ble gitt av behandlerne. Forskerne undersøkte pasientens holdning til å samarbeide og familiens tilfredshet med behandlerne. Resultatene viste at de fleste familiene sa at de fikk noe informasjon om pasientens sykdom, diagnose og medisin, men et fåtall fikk informasjon om behandlingsplan. Få pasienter rapporterte at de ble spurt av hel-

sepersonellet om de aksepterte at familien fikk informasjon. Hvor positive pasientene var til å ha med familien i behandlingen var knyttet til hvorvidt personalet oppmuntret til dette. Konklusjonen i denne studien var at familiene mottar noe informasjon, men samarbeid med familien er ikke en integrert del av den kliniske praksisen.

Schmid et al. (18) oversiktsartikkel om belastningene de pårørende opplever, og deres forventninger til de psykiatriske institusjonene. Litteraturen ble valgt fra Medline i perioden 1996–2002, hvor 145 artikler ble brukt som utgangspunkt for resultatene. Belastningene klassifiseres innenfor følgende kategorier: Omsorg for den syke, mangelfull informasjon om lidelsen, følelse av å ikke bli tatt på alvor, utilstrekkelig støtte fra helsetjenesten, lang avstand til hjelpeapparatet, følelsesmessige belastninger og problemer i forhold til pasientens atferd.

Studier har vist at negative reaksjoner som overinvolvering og kritikk fra pårørende kan henge sammen med mangel på kunnskap om at atferdsendringer og symptomer er en del av den psykiske lidelsen. Det har vist seg at når familien får kunnskap og veiledning så blir relasjonene mer positive, og familien får mer realistiske forventninger til den som har vært/er psykotisk (7,19).

METODE

UTVALG

Utvalget besto av ti voksne pårørende til førstegangsinnlagte pasienter som pasientene definerte som sine nærmeste. Pasientene skulle være over 18 år og var innlagt i minimum 17 dager. De skulle ha norsk språk- og kultur bakgrunn. Fire var utskrevet da intervjuet fant sted.

REKRUTTERINGSPROSEDYRE

Rekrutteringsprosedyren foregikk i tre trinn: Trinn en var å spørre pasienter vurdert til å ha samtykkekompetanse (vurderingen ble gjort av de som kjente pasienten best) om de ville la oss intervjuere pårørende, forespørselen ble gjort muntlig og skriftlig; trinn to kom når pasienten ga sitt samtykke og bestemte hvilken pårørende som kunne spørres, og trinn tre var kontakt med pårørende etter at de hadde skrevet under på samtykkeerklæringen. Rekrutteringen skjedde fortløpende i en gitt periode.

DATAINNSAMLING

Det ble benyttet et semistrukturert kvalitativt intervju, med en intervjuguide basert på tidligere forskning, inndelt i: 1) Demografisk informasjon om pårørende; 2) Om pårørende hadde fått konkret informasjon enten ad hoc eller ved en systematisk informasjonssamtale(r); 3) Hvilke behov de hadde for informasjon; 4) Mulighet for spørsmål; 5) Hvordan de opplevde informasjonen; og 6) Om de hadde fått informasjon om hvordan de skulle forholde seg når de kom hjem.


Intervjuene ble foretatt på sykehuset og ett ble gjennomført i hjemmet. De ble tatt opp på lyd-bånd. Varigheten av intervjuene var fra cirka 35 til 80 minutter (snitt = 53,3).

BEARBEIDING AV DATA

Det ble foretatt en innholdsanalyse av rådata etter Kvaless' (20) beskrivelse av tre analysenivå for denne type data; 1) selvforståelsesnivået; 2) kritisk forståelse basert på sunn fornuft og 3) teoretisk forståelse. Kvaless teori er benyttet kun som et bakteppe for å beskrive og forstå analyseprosessen. På selvforståelsesnivå ble intervjuene transkribert ordrett fra lydbandene av forsker-

ren. Deretter ble intervjuene lest flere ganger i sin helhet, for å få et inntrykk av innholdet. Etter hvert intervju hørte en igjennom båndet og noterte det en husket av nonverbale observasjoner og assosiasjoner fra intervjusituasjonene.

Deretter ble det laget et dokument for hvert av spørsmålene i intervjuguiden. De nye dokumentene ble gjennomlest og det som ikke hørte til under de enkelte spørsmålene ble klippet ut. Som trinn tre ble det laget enda ett nytt dokument for dette. Det ble markert med linjenummer og nummer på intervjuene hvordan de var klippet ut og limt inn, slik ble det lett å gå tilbake å følge de valg som var gjort. Overflødig ord som ikke hadde noe med meningsinnholdet å gjøre ble klip-

 Når familien får kunnskap og veiledning så blir relasjonene mer positive.

pet bort, for eksempel «liksom» og «altså». Etter å ha jobbet frem og tilbake med hele og deler av teksten som nå var lagret i en versjon tre, identifiserte en tema som syntes å belyse det de pårørende hadde sagt. Denne prosessen ligner det Kvaless kaller kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Siste trinnet i analyseprosessen er den teoretiske forståelsen, hvor temaene ble sett i lys av den forskningen som er innhentet i bakgrunn for studien. Under presentasjon av funn vil disse temaene bli presentert og forankret i de pårørendes egne utsagn.

ETISKE OVERVEIELSER

Personvernombudet for forskning, Regional komité for medisinsk

forskningsetikk Helseregion Sør og faglig ansvarlig ved den aktuelle avdelingen, har ikke hatt etiske innvendinger til studien da de vurderte den til å være et kvalitetsforbedringsprosjekt.

RESULTATER

I presentasjon av funn og diskusjon skilles det ikke mellom de ulike profesjonene, da det for respondentene var vanskelig å skille dette fra hverandre. Betegnelsen behandler og personalet blir brukt. I situatene er alle pasienter hankjønn. Til sammen ti pårørende i alder 36–76 år (snitt = 51 år) med ulike roller som, mor, far, datter, samboer og ektefelle. Alle de intervjuede hadde daglig eller hyppig kontakt med pasienten før innleggelsen.

DEN GODE INFORMASJONEN

Ett viktig funn er at de pårørende som var fornøyde beskriver at de har fått informasjonen om diagnose, behandling og prognose så langt det lot seg gjøre. Pårørende har selv vært med i samtaler med personalet og behandlere, og opplevde at personalet/behandlere viste seg kompetente.

De fremhever opplevelsen av forutsigbarhet, i forhold til det å ha faste avtaler med avdelingen. «... og så etter innleggelsen ringte behandleren hjem til meg og fortalte hvordan det var, hvor langt de var kommet og hva de forventet av behandlingen. Behandleren var veldig åpen for at jeg kunne ringe tilbake. Og så avtalte vi et møte som jeg skulle være med på igjen uka etter.»

På slutten av et behandlingsopphold opplever pårørende at kommunikasjonsflyt og sammenheng i behandlingsskjeden gir trygghet for at pasienten blir ivaretatt, også utenfor institusjonen. Nedenfor er et typisk sitat fra en slik situasjon. «(...) jeg vet ikke hva vi skulle ha

noe mer informasjon om egentlig for vi har følt at vi har hatt så tett kontakt. Både med fastlegen som han (pasienten) roser så fælt og psykiateren på poliklinikken og behandleren han har hatt her. Han synes det virker som behandlerne har veldig god peiling på det de driver med.»

OPPLEVELSE AV MANGLENDE INFORMASJON

Ni av de ti som ble intervjuet har vært inne til samtaler på avdelingen sammen med pasienten, men flere opplever i ettertid ikke å ha fått informasjon om en del av det de lurte på. Et mindretall opplevde ikke å få tilstrekkelig informasjon fordi pasientene motsatte seg dette. Det kommer frem at fokuset i møte med den psykiatriske avdeling dreier seg om pasientens behandling og tilstand. De påpeker også manglende erfaring eller referanser fra tidligere, som gjorde det vanskelig å vite hva man skulle spørre om. Noen uttrykte at de ikke visste hva de skulle spørre om før etter at pasienten var utskrevet. Som en sa det: «Men du kan si at kanskje det ikke er så mye vi har lurt på før vi har sett reaksjonen på den behandlingen han har fått».

PÅRØRENDES BEHOV FOR INFORMASJON


Ingen av de pårørende hadde hatt samtaler alene med behandler, men de fleste mente de ville ha fått tillatelse av sitt familiemedlem hvis de hadde spurt.

Pårørende som ble intervjuet ønsket muligheten til å kunne fortelle litt om hvordan de selv oppfattet pasienten uten å støte vedkommende, og de hadde også spørsmål rundt pasientens symptomer/adferd. Noen få har kun fått informasjon gjennom pasienten fordi vedkommende ikke ville at de skulle få informasjon

fra avdelingen. Enkelte syntes dette var vanskelig da de opplevde pasienten som svært syk og med manglende innsikt. Som en sa det: «Jeg føler det at noen ganger så sier han ting som ikke stemmer helt ...»

Pårørende ønsket informasjon fordi de ville være til hjelp for pasienten og ikke for opplysningene sin skyld. De er først og fremst familie og kommer fra en situasjon hvor de har tatt omsorg for den som nå er blitt innlagt. Pårørende hadde liten kunnskap om sine rettigheter, men uttrykte forståelse for at det er vanskelig for personalet å gi informasjon der hvor det er en voksen pasient. Samtidig er det fortvilelse over å ikke bli imøtekommet da de ser at pasienten har behov for hjelp. Som en mor sa det: «Jeg ber om opplysninger ... ikke for å bruke det mot barnet mitt, det er selvsagt fordi jeg vil hjelpe ...»

Noen av de intervjuede kompenserte for den manglende informasjonen og behovet for kunnskap ved å skaffe litteratur om aktuelle tema selv, eller via familie og venner som hadde erfa-

 Ingen av de pårørende hadde hatt samtaler alene med behandler.

ring fra tilsvarende. «Bipolar, hvis det er det, så er det en lidelse som går langt ned og høgt opp. For forrige året hadde han en depresjon, da ble han satt på Cipralax, det la han på seg av mente han, men det er vel slik at det skjer et eller annet oppe i hodet, som jeg har lest om. Det er et eller annet oppe i hjernen som kobler ut slik at en får mye mer søthunger ...?»

ENDREDE ROLLER OG FAMILIEFORHOLD

Flere av de pårørende beskriver endringer i det sosiale samspillet, og det synes som om de i all vesentlighet kommuniserer med forsiktighet med den som er syk. De unngår å ta opp vanskelige tema, eller å vise at de har det vanskelig selv, av frykt for at dette skal forverre pasientens situasjon eller tilstand. «(...) de gangene jeg har vært veldig nedfor og til slutt begynt å gråte, har han jo på en måte skjerpet seg da, det er kanskje ikke så bra for han det heller å ta seg så sammen ...?»

Pårørende opplever endrede relasjoner og utvidede ansvarsområder etter at et familiemedlem har blitt syk. De presenterer at de har ansvar på forskjellige plan da de er alene om både praktiske oppgaver og omsorgsoppgaver. Noen peker på ansvaret før innleggelsen hvor de levde med en trussel om at pasienten var i fare for å ta sitt eget liv. Pårørende beskriver hvordan ansvar har endret seg, og hvordan de prøver å tilpasse seg den endrede situasjonen, som best de kan. De ser at et familiemedlem endrer personlighet eller atferd noe de opplever som uventet, skremmende og vanskelig å forholde seg til. Mange vet ikke hvordan de skal forstå pasientens symptomer/endrede atferd, om det er viljestyrt eller på grunn av sykdommen. Ingen av respondentene har opplevd at dette har vært et tema som er tatt opp i samtale med avdelingen, men alle har spørsmål knyttet til dette. «For alle sammen har sett at han har forandret seg voldsomt, foreldrene mine har lurt på hva dette er for noe, og om det er noe som kom til å vedvare.»

Spørsmålene dreier seg om hvordan de skal kunne være til best mulig hjelp, skal de bare være støttende og tålmodige eller kan

de ha forventninger eller kreve noe av den som er syk? Samtidig oppleves det vondt å se på at en av deres nærmeste lider. «(...)men jeg kunne tenke meg mer informasjon om hvordan man takler alltid å se at det er noen som har det så vondt ...»

DISKUSJON

Ni av de ti pårørende har vært inne til samtale. Inntrykket er at de fleste har mottatt noe informasjon slik lov og pasientrettigheter og psykisk helsevernloven krever. Allikevel opplever de fleste at de har fått mangelfull informasjon i sitt første møte. Hvorfor de opplever det slik, kan være mangeartet. Funnene tyder på at informasjonen ikke er tilpasset den situasjonen de er i. Andre skjønnte først da de kom hjem hva de trengte av informasjon og veiledning. Flere la vekt på at det er førstegangsinnleggelse i det psykiske helsevernet, de har ingen erfaringer å relatere til og er av den grunn ekstra sårbare. Selv om denne studien fokuserte på pårørendes erfaring med informasjon, så kom deres usikkerhet og bekymring i situasjonen tydelig frem. Det er viktig at hjelperen forstår og har kunnskap om denne krisen, for ikke å forsterke den ytterligere (9,21). Det er etablert kunnskap om at evnene til å ta inn detaljert informasjon i sjokkfasen er nedsatt. Erfaringer fra Tidlig intervensjon ved psykoser (TIPS) prosjektet i Norge viser at hvis fagpersoner hjelper pårørende med de sterke følelsene (kriseintervensjon), før de starter med å gi enkel kunnskap og veiledning til førstegangspsykotiske, så lærer pårørende bedre (den ene forfatterens NAAS sin erfaring).

I Norge finnes ikke et systematisk tilbud til alle pårørende. En av årsakene kan være at de utdannede ideologiene om familien som

etiologisk faktor, fortsatt har innflytelse (22). Dette er holdninger som man i dag ikke ønsker å bli identifisert med, men vi kan ikke se bort i fra at de fremdeles lever. Uklarheter i forhold til lovverket kan føre til at personalet/behandlere er redd for å bryte taushetsplikten og blir restriktive i forhold til hva slags informasjon de gir de pårørende (13, 24). Personalet skal ivareta pasientens autonomi

Personalet skal ivareta pasientens autonomi og taushetsplikt må overholdes.

og taushetsplikt må overholdes. Der hvor det er tvil om hvorvidt pasienten er beslutningskompetent kan det se ut til at dette kommer pasienten til «gode». De fleste som ble intervjuet mente at deres familiemedlem ikke ville motsette seg at de pårørende fikk snakke med behandler alene. Dette kan tyde på at vi ikke er flinke nok til å spørre pasienten i første omgang om deres pårørende kan komme inn til samtale hvor de kan stille spørsmål om det de lurer på. Alfstadsæther et al. (22) påpeker at det bør brukes tid for å forstå hvorfor pasientene ikke vil samtykke eller nøler med å inkludere pårørende. Spørsmålet om samtykke mener forfatterne bør betraktes som en prosess og ikke en engangshendelse. I Marshall og Solomons studie (12) rapporterte få pasienter at de ble spurt av helsepersonellet om de aksepterte at familien fikk informasjon. Hvor positive pasientene var til å ha med familien i behandlingen var knyttet til hvorvidt personalet oppmuntret til dette.

Pårørende valgte selv å lete opp tilleggsinformasjon om for eksempel aktuelle diagnoser, da de ikke fikk tilstrekkelig informasjon fra det psykiske helsevernet. Det er positivt at de selv tar initiativ til å finne litteratur, men problemet kan være at man ikke får stilt spørsmål til innholdet. Det å gi informasjon om en lidelse som allerede er kjent, er heller ikke å bryte konfidensialiteten da dette kan gis på et generelt grunnlag.

Pasientens symptomer eller endrede atferd var vanskelig å takle og forstå for de pårørende, dette er også rapportert i andre studier (23, 25). I en norsk studie av tretti pårørende til pasienter innlagt i en akuttavdeling, rapporterte de at det mest belastende var uforutsigbarheten og/eller at pasienten var en fare for seg selv og andre, i tillegg til den sosiale tilbaketrekningen (7). Det virker som om pårørende har behov for to typer kunnskap: Den medisinske, som de i stor grad har fått, og informasjon/veiledning om hvordan takle hverdagen, som de ikke opplever å ha fått. Ved å gi de pårørende informasjon om hvordan de skal forholde seg til å forstå pasientens endrede atferd og funksjon, vil en kunne styrke deres empati for pasientens lidelsesuttrykk. En konsekvens av å overse dette kan være at man vedlikeholder en negativ kommunikasjon, som igjen kan opprettholde enkelte av pasientens problemer (7,8).

KONKLUSJON

Å vite hva man skal spørre om og hvilke forventninger man kan ha til det psykiske helsevernet og fagpersonene, viser seg å være spesielt vanskelig ved førstegangsinnleggelse av et familiemedlem.

Der pårørende beskriver tilfredsstillende informasjon, nevner de også tilgjengelig og kompetente

fafolk, mulighet for å ta kontakt og få svar på konkrete spørsmål som hvilke type behandling som skal i gangsettes, og hva man forventer av den. Det er en pedagogisk utfordring å gi informasjon til de pårørende i en krise. Det blir et paradoks at pårørende i de fleste tilfeller har alt ansvar og er den pasienten vender seg til, men som denne studien viser, opplever de ikke å få tilstrekkelig informasjon og råd til å være den støttepersonen de ønsker å være i hverdagen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

REFERANSER

- [1] Lov nr. 63** (1999-07-02). Lov om Pasientrettigheter, www.lovdatab.no [10.08.2005]
- [2] Lov nr. 62** (1999-07-02). Lov om psykisk helsevern, www.lovdatab.no [10.08.2005]
- [3] St. meld. nr. 25** (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet.
- [4] Den norske lægeforeningen. Statusrapport:** Psykiske lidelser - Faglighet og verdighet. Rett til utredning og målrettet behandling. 2004; 19: 4
- [5] Bateson G, Jackson DD, Haley J et al.** Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1956; 1: 251-264.
- [6] Fromm-Reichmann F.** Notes on the development treatment of schizophrenics by psychoanalytic therapy. *Psychiatry* 1948; 11: 263-273.
- [7] Smeby NAA.** Relationship between Felt Expressed Emotion, social interaction and distress/ burden in families with a member suffering from schizophrenia or related Psychosis. Doctoral Dissertation. University of California, San Francisco, School of Nursing and Ullevaal University Hospital, Oslo, 1998
- [8] Smeby NAA.** Samarbeid med familien i psykiatrien. I: Kirkevold M, Ekern KS, red. Familien i sykepleiefaget. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2003: 108-129.
- [9] Smeby NAA.** Relasjonen mellom pasienter pårørende og personer som lider av alvorlig psykisk lidelse. I: Opjordsmoen, S, Vaglum P, Bloch- Thorsen GR, red. Oss i mellom. Om relasjonens betydning for mental helse. Stavanger: Hertervig Forlag, 2005.
- [10] Kirkevold M.** Familiens plass i sykepleien. I: Kirkevold M, Ekern KS, red. Familien i sykepleiefaget. Oslo: Gyldendal Akademiske. 2003: 45-61.
- [11] Orem DE.** Nursing Concepts of Practice. St. Louis: Mosby, 5. utg. 1995.
- [12] Marshall TB, Solomon P.** Releasing Information to Families of Persons with Severe Mental Illness: A Survey of NAMI Members. *Psychiatric Service* 2000; 51: 1006-1011.
- [13] Tiltaksplan.** For økt støtte til og samarbeid med pårørende og andre nærpersoner til mennesker med psykiske lidelser. Oslo: Landsforeningene for Pårørende innen Psykiatri, 2005.
- [14] Boye B, Malt UF.** Stress response symptoms in relatives of actually admitted psychotic patients: A pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry* 2002; 56 (4): 253-260.
- [15] Rose L, Mallinson RK, Walton-Moss B.** Grounded Theory of Families Responding to Mental Illness. *Western Journal of Nursing Research* 2002; 24 (5): 516-536.
- [16] Spiessl H, Schmiel R, Vukovich A et al.** Burden of relatives, and their expectations towards psychiatric institutions. A review of the literature and own results. *Psychiatric praxis* 2003; 30 (2): 51-55.
- [17] Eri R.** Bedre kontakt med pårørende. En blanding av medmenneskelighet og profesjonalitet. Prosjekt- rapport fra intervju -undersøkelsen av pårørende. Oslo: Diakonhjemmets sykehus, 2001.
- [18] Schmid, R. Spiessel, H., Vukovich, A., Cording, C.** Burden of relatives, and their expectation towards psychiatric institutions. A review of the literature and own results. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2003; 71 (3): 118-28.
- [19] Leff J.** Stress Reduction in the Social Environment of Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 90 (suppl 384): 133-139.
- [20] Kvale S.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: ad Notam Gyldendal, 2001.
- [21] Stiberg E.** Foreldreomsorg på ubestemt tid. Hovedoppgave i sosialt arbeid. Trondheim: NTNU, 1998.
- [22] Alfstadsæther B, Engmark L, Holte A.** Diagnose Schizofreni. Foreldres erfaring. Prosjektrapport. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, 2003.
- [23] Nordby KE, Kjøsberg K.** Pårørende en hjelpetrengende ressurs? Pårørendes erfaringer, ønsker og behov i møte med psykiatrien. Rapport SIHF. Divisjon for psykisk helsevern. Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering, 2005.
- [24] Marshall T, Solomon P.** Professionals Responsibilities in Releasing Information to Families of Adults With Mental Illness. *Psychiatric Services* 2003; 54: 1622-1628.
- [25] Schulze B, Rössler W.** Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Current opinion in psychiatry* 2005; 18: 684-691.

PÅRØRENDE – IKKE BEHANDLER

> Det er viktig at pårørende til førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien får den nødvendige informasjon, men hensynet til pasientens rettsvern vil alltid veie tyngst.

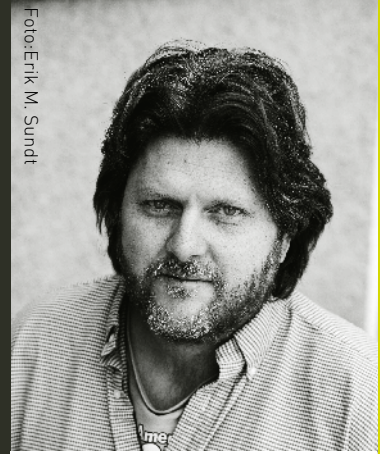
> Mitt inntrykk er at de fleste funn i forhold til pårørendeinformasjon i studiet er kjente problemstillinger for oss som har jobbet med akutt syke pasienter og deres pårørende. At pårørende er usikre på hva de skal spørre om er forståelig. De er pårørende/familie ofte uten helsefaglig bakgrunn og kunnskap om sykdommer. Jeg er av den oppfatning at informasjon og veiledning av pårørende må differensieres slik at vanskelig fagkunnskap blir formidlet på et nivå hvor mottageren er tilgjengelig for å bearbeide og forstå det som sies. I innleggelsesfasen er det avgjørende at pårørende får støtte på at de har handlet riktig ved å ta kontakt med det psykiatriske hjelpeapparatet.

Min erfaring er at mange pårørende er svært usikre på om de har gjort det rette ved å ta initiativ til for eksempel en tvangsinnleggelse. Helsepersonell vet at pårørende ofte har stått i en belastende situasjon, er redde og slitne og stimulerer dem til å luften sine bekymringer og frustrasjoner. Pårørende får kort og lettfattat

informasjon av mottagende sykepleier og vaktstående lege. Ofte vil vaktstående lege og sykepleier støtte pårørende i at de nå kan «ta vare på seg selv», hente seg inn, sove og slappe av. Når pårørende opplever at sykehuset fritar dem fra et tyngende ansvar, er det lettere å få nødvendig overskudd og oversikt. De blir beroliget med at pasientens sikkerhet, helse og velvære er sykehusets ansvar, og får tilbud om å kontakte avdelingen dagen etter for samtale med ansvarlig behandler som er psykiater.

Det er et absolutt krav at det er innhentet samtykke fra pasienten for at videre informasjonen og direkte kontakt med pårørende fortsetter. Pårørende er en ressurs, men pasientens rettsvern veier tyngst. Det er ansvarlig behandler som til en hver tid skal kvalitetssikre at pårørende får nødvendig og riktig informasjon om diagnose, forløp og behandlingstiltak. I det videre forløpet etablerer vi kontakt mellom pårørende og Landsforeningen for pårørende innen psykiatri. Her vil de kunne

Foto: Erik M. Sundt



Av Dan Roger Stray-Pedersen

Fagkonsulent, Akuttavdelingen, Blakstad Sykehus

Les artikkelen på side 16



dra nytte av medlemmer med felles erfaringer, kurs/undervisning, veiledning og rådgivningstjeneste. Internt på sykehuset arrangeres pårørendegrupper ledet av helsepersonell, hvor pårørende har mulighet til å utveksle erfaringer og kunnskap.

Til slutt vil jeg si: Pårørende er ikke behandlere, de er nærmeste familie, de har lov til å bli frustrerte, redde, ville hjelpe, men ikke få dette til. Ved å gi pasienter helsehjelp til riktig tid og på riktig omsorgsnivå, blir ikke pårørende presset til å bevege seg inn i ukjent farvann, med skarpe skjær på alle kanter. Behandling og oppfølging av alvorlig psykisk lidelse er et spesialistansvar, det er uverdige og uforsvarlige at pårørende blir presset til å påta seg dette ansvaret.

Hva tilfører artikkelen:

Artikkelen tilfører kunnskap om hvordan sykepleiere som er fast ansatt i sykehus opplever samarbeidet med sykepleiere som leies inn fra vikarbyråer.

Hva vet vi om temaet fra før:

Det er gjort få eller ingen studier som fokuserer direkte på samarbeidet mellom faste sykepleiere i sykehus og sykepleievikarer.

Nøkkelord:

- Medisinske vikarbyrå
- vikarbyråsykepleiere
- vikarbyråarbeid.

Etter at det generelle forbudet mot utleie av arbeidskraft ble opphevet i 2001, leide mange sykehus inn vikarer fra nyetablerte medisinske vikarbyrå. Høytlønnete vikarer som attpåtil måtte ha opplæring av de faste sykepleierne, ble sett på som en potensiell kilde til misstemning og samarbeidsproblemer i sykehus.

Formålet med denne studien er å undersøke samarbeidsrelasjonene mellom de faste og vikarene. Blir vikarbyråsykeplei-

erne oppfattet som en belastning eller en avlastning?

Studien er basert på intervjuer med 20 sykepleiere ved et stort norsk sykehus. Studien viser at faste sykepleiere ikke er misunnelige på vikarenes gunstige lønnsvilkår. Det er greit at de tjener mer så lenge de er dyktige og gjør seg fortjent til lønnen. De faste sykepleierne kunne ikke tenke seg å arbeide i vikarbyrå fordi de setter stor pris på sosial tilhørighet og gode kolleger.

Agency nurses; a burden or a relief? Working with agency nurses, a qualitative survey

After an adjustment in legislation in 2001 many Norwegian hospitals hired nurses from temporary work agencies. The agency nurse's favourable wages were considered a potential threat to the working relationship between permanent staff and agency nurses.

The aim of this study is to explore the collaboration bet-

ween permanent staff and agency nurses. Are agency nurses considered as a burden or as a relief?

The study is based on interviews with 20 nurses working in a big Norwegian hospital.

Findings show that that the nurses accept that agency nurses are better paid as long as they do a good job. The permanent staff do not consider working as agency nurses because they highly appreciate the social interaction in the workplace

and the feeling of belonging to a team.

Keywords: Nursing agencies, agency nurses, agency nursing work.

Mer om forfatteren:

Eli Kvamme
f. 1954
Sykepleier, cand.polit, hovedfag i
sosiologi
Høgskolelektor, Diakonhjemmet
høgskole
kvamme@diakonhjemmet.no

Les mer:

Andre publikasjoner fra samme
forfatter finner du blant annet på
<http://kilden.forskningsradet.no>,
www.de-facto.no/publikasjoner,
www.nova.no

Historie:

Norges første spesialbyrå for utleie
av helsepersonell, Medisinsk vikar-
byrå AS, ble opprettet i 1986.



>> Vikarbyråsykepleiere i sykehus, belastning eller avlastning?

Forfatter: **Eli Kvamme**

Foto: **Erik M. Sundt**

Vikarbransjen har ekspandert i en rekke land de seneste årene. I USA regnes Manpower som den største arbeidsgiveren med over 500.000 ansatte, noe som gjør dem til en viktig aktør i arbeidsmarkedet (1). Medisinske vikarbyråer har vært etablert i en rekke land i Europa siden tidlig på 1990-tallet. I følge Walter og Tailby (2) har vikarbyråene skodd seg på sykepleiernes generelle misnøye med lønn, arbeidstid og arbeidsforhold i offentlig sektor. De har lyktes i å ekspandere innenfor helsesektoren til tross for en generell

skepsis fra sykehusledelsens side til bruk av vikarbyrå.

I Norge opphevet en lovendring fra 1. januar 2001 det generelle forbudet mot utleie av arbeidskraft. Nyetablerte medisinske vikarbyråer rekrutterte sykepleiere fra helsesektoren og leide dem ut til offentlige helseinstitusjoner til høy pris. I løpet av de to første årene tjente byråene millioner på å leie inn sykepleiere til helsesektoren (3).

Kostnadene ved å bruke vikarbyrå og vikarbyråsykepleiernes høye lønninger har stått sentralt i den offentlige debatten. I tiden etter vikarbyråenes innmarsj kunne sykepleierne tjene opp til

100 000 kr. mer i året enn de faste sykepleierne (3). Faste sykepleiere truet med å forlate sykehusene og ta jobb i vikarbyrå og NSF oppfordret sykepleierne til å gå til den arbeidsgiveren som betalte best (4). Media fokuserte på de høye lønningene og faste sykepleieres misnøye med ekstraarbeidet det medførte å måtte lære opp høyt-lønnete vikarsykepleiere. Et godt lønnsoppgjør har minsket gapet mellom vikarlønningene og offentlig ansatte noe, men høy lønn er fremdeles en viktig årsak til at sykepleiere velger å arbeide i vikarbyrå (5).

Denne artikkelen undersøker hvordan sykepleiere ved et stort

norsk sykehus opplever å arbeide sammen med vikarbyråsykepleiere. Artikkelen bygger på data fra prosjektet «Medisinske vikarbyrå i sykehus» som er finansiert av Norges Forskningsråd¹. Hensikten med prosjektet var å sette søkelyset på norske erfaringer med bruk av vikarbyrå i helsesektoren. Sykepleiere i vikarbransjen avviker fra det vanlige bildet vikarbransjensatte hittil har vært assosiert med. Mens den «tradisjonelle» vikar har vært ung, ufaglært uten andre muligheter på jobbmarkedet enn vikararbeid, (6, 7, 8) representerer sykepleierne en helt ny gruppe av velutdannede vikarer som i de seneste årene har inntatt arenaen.

Walter og Tailby (2) fant i sin undersøkelse av vikarbyrå i helsesektoren ut at flere ulike faktorer påvirket bruken og omfanget av vikarbyrå i hvert enkelt land, men felles var at vikarbyråsykepleiere ble brukt til å dekke ulike former for fravær grunnet sykepleiermangel. Hittil har få forskningsrapporter studert medisinske vikarer i helseinstitusjoner. Noen studier har fokusert på vikarbyråsykepleiere (5, 9, 10,). Andre bidrag har tatt for seg sykehusledelsens håndtering av vikarbruken (11, 12, 13). Vi har ikke funnet studier som beskriver hvordan faste sykepleiere opplever å arbeide sammen med vikarbyråsykepleiere.

PROBLEMSTILLING

Fokus var samarbeidsrelasjonene mellom faste sykepleiere og vikarbyråsykepleiere:

- Hvordan ser de faste sykepleierne på vikarbyråsykepleierne? Er de en avlastning, eller en belastning?
- Oppstår det lett motsetninger mellom fast personell og vikarer og hva består de i?

- Hvordan opplever de faste sykepleierne det at vikarene tjener bedre?
- Kan de faste sykepleierne tenke seg å arbeide i vikarbyrå?

METODE OG UTVALG

Sykehuset som ble valgt hadde brukt vikarbyråsykepleiere i stort omfang. Materialet består av 20 kvalitative intervjuer med sykepleiere om deres erfaringer med å arbeide sammen med sykepleiere fra vikarbyrå. Fokus er rettet mot sykepleierens fortellinger og beskrivelser av deres erfaringer, noe som kjenner seg ut som en narrativ tilnærming (14).

Sykepleierne var ansatt ved tre kirurgiske og tre medisinske avdelinger. De hadde arbeidet mellom 3/4 og 18 år ved sykehuset og var mellom 23 og 51 år. To av sykepleierne var menn. Alle informantene hadde erfaring med å arbeide sammen med sykepleiere fra vikarbyrå, men for enkelte lå disse erfaringene noe tilbake i tid. Jeg fikk derfor mest relevante data av informantene med ferske erfaringer fra samarbeid med vikarer. Selv om funnene ikke kan generaliseres mener jeg likevel studien beskriver en virkelighet mange kan kjenne seg igjen i.

RESULTAT:

Sykepleierne opplevde at sykehuset praktiserte en restriktiv bruk av vikarbyrå sammenliknet med tiden like før og etter lovendringen i 2001. Da var det mange ledige stillinger og danske vikarsykepleiere ble leid inn i stort omfang. På intervjutidspunktet (2004) var behovet for vikarer redusert, samtidig med at bruken var mer restriktiv.

Det var store forskjeller internt med hensyn til omfanget av innleie fra vikarbyrå. Noen avdelinger hadde innført pro-

duktivtetsavtaler som tillot bruk av planlagt overtid. At de faste sykepleierne arbeidet mer intensivt erstattet noe av vikarbruken. Samme effekt hadde også til dels ønsketurnus som var innført i alle avdelingene.

I noen avdelinger var alle sykepleierstillingene besatt slik at vikarbyrå i første rekke ble brukt ved sykdom og ferieavvikling. Andre avdelinger manglet sykepleiere. Dersom ingen av de faste kunne ta de ledige vaktene ble huller i turnusen fylt opp med sykepleiere fra vikarbyrå. Vikarene ble stort sett leid inn på enkeltvakter og det var sjelden de samme vikarene som kom tilbake, bortsett fra en avdeling der innstillingen var at de samme vikarene skulle komme igjen.

Sykepleierne foretrakk at det ble leid inn ekstravakter som var tilknyttet avdelingen og kjente rutinene, men disse dekket ikke behovet for faglærte sykepleiere. Der det var innført produktivtetsavtaler foretrakk sykepleierne at det var det faste personalet som tok ledige vakter fremfor innleide fra vikarbyrå. Vikarbyrå ble likevel oppfattet som et positivt alternativ fordi det var lettere å si nei til ufrivillig overtid når avdelingsleder hadde anledning til å kontakte vikarbyrå. Noen avdelinger hadde løsnet litt på den restriktive linjen overfor vikarbyråene og leide inn vikarer for å skåne personalet.

De fleste vikarene ble oppfattet som erfarne og dyktige, men det var også vikarer som de faste mente manglet nødvendige kvalifikasjoner, oppførte seg som «gjester» eller insisterte på å gjøre tingene på sin måte.

Ut i fra materialet har jeg konstruert fire idealtyper² av vikarbyråsykepleiere; den kvalifiserte, den tafatte, gjesten og den egenrådige.

Typer vikarbyråsykepleiere	Egenskaper
Den kvalifiserte	selvstendig - tar utfordringer
	faglig dyktig
	utadvendt og omgjengelig
Den tafatte	uselvstendig - vegrer seg for oppgaver
	mangler nødvendige kvalifikasjoner
	tilbakeholden
Gjesten	ser ikke alle oppgaver
	er selektiv
	inntar «gjeste-rollen»
Den egenrådige	gjør ting på sin måte
	tar avgjørelser uten å samrå seg
	går utover sin kompetanse

DEN KVALIFISERTE

De faste forventet kvalifiserte vikarer: «Jeg forventer at vikaren egentlig skal kunne gjøre de samme oppgavene som meg, eller det er vel det jeg håper på, og det er sånn det bør være».

Samtidig forventet de ikke at vikarene skulle kjenne til rutiner rundt utskrivning, kontakt med hjemmetjenesten og det å gå visitt. Dermed ble det alltid noe mer arbeid på den faste sykepleieren dersom hun arbeidet sammen med en vikar.

En kvalifisert vikar er ofte en erfaren og dyktig sykepleier. Spesielt de nyutdannede sykepleierne syntes de kunne lære mye av erfarne vikarer og så på dem som et positivt innslag i avdelingen. «Jeg var på en kveldsvakt sammen med en sykepleier fra et vikarbyrå, da jeg hadde en pasient som ble veldig syk. Det var mens jeg ennå var ganske ny og det var veldig trygt å ha en som hadde intensivutdanning sammen med meg, for hun så alle tegnene tydelig med en gang, og det ganske fort. Jeg hadde trolig brukt lengre tid på det.»

En kvalifisert vikar har ofte noe å bidra med: «Når jeg gjorde ting så spurte hun 'Å, dere gjør

det sånn? Akkurat', og så lærte hun meg nye kjempebra ting. Jeg tror at de kan bringe inn mye nytt til oss. De stiller spørsmål ved våre rutiner, og det er jo bra synes jeg».

Den kvalifiserte vikaren er ikke bare faglig dyktig, hun arbeider selvstendig, tar seg frem på egenhånd og tar utfordringene på strak arm: «Noen av dem er helt fantastiske og finner ut av alt sjøl, og bare ordner opp».

I tillegg evner den kvalifiserte vikaren også å tilpasse seg det sosiale miljøet i de ulike avdelingene. «Det er jo selvfølgelig en utfordring for sykepleiere å jobbe i vikarbyrå og hele tiden møte nye pasienter, og forholde seg til nye mennesker og nye kasuser og diagnoser og alt det innebærer. Jeg synes de er utrolig flinke de fleste av dem som klarer dette her, og jeg synes jo at generelt sett så sklir de veldig fort inn i miljøet. De tar ting veldig fort til seg, det skal de ha.»

For de faste sykepleierne var det helt greit at vikarsykepleierne tjente godt, så lenge de var kvalifiserte. «Skal de tjene så bra, så må de fortjene det. De må ikke være helt tafatte, altså.»

DEN TAFATTE VIKAREN

En tafatt vikar mangler nødvendige kvalifikasjoner for å fungere på en medisinsk eller kirurgisk avdeling. Det kunne være sykepleiere som hovedsakelig hadde praksis fra sykehjem og ikke behersket det de faste sykepleierne anså som elementære prosedyrer. «Det tok lang tid, hun fant ikke utstyret, og hadde tenkt å blande antibiotika på gangen. Det er greit at man ikke kan alt, men da tenkte jeg at da trenger hun ikke komme fra noe vikarbyrå og tjene en masse penger. Da kunne vi hatt en sykepleierstudent eller en hjelpepleier eller, ja ...»

De faste fortalte at noen av vikarene i tafatt-kategorien ble sendt til kirurgisk avdeling på tross av at de selv hadde gitt beskjed til vikarbyrået at de ikke hadde de nødvendige kvalifikasjonene. Det skapte usikkerhet og mer arbeid for de faste, blant annet fordi de måtte kontrollere vikarenes arbeid i tillegg til å ta hånd om sine egne oppgaver.

De mest fryktede innenfor denne kategorien var vikarer som ikke sa fra når det var prosedyrer de ikke behersket. Alle kjente til vandrehistorien om vikaren som hadde gitt morfinmikstur intravenøst. Andre hadde selvopplevde eksempler: «Det er unntak heldigvis, men det har vært til dels ganske fatale ting, som hos en pasient der thorax-drenet falt ut og sykepleieren sto der, 'nei det har falt ut, liksom', og så gikk hun bare videre. Det har vært noen sånne, men de luker vi ut og sier vi ikke ønsker dem tilbake.»

Den tafatte vikar evner ikke å arbeide selvstendig og spør om det meste: «Det verste jeg har opplevd var en kveldsvakt der jeg var eneste kjente sykepleier og jeg ble spurt om alt, og jeg tenkte 'herlighet, kommer du sånn, så må jeg forvente at du kan noe av dette'. For

jeg fikk så utrolig mye mer jobb. Jeg var vel ikke så heldig med de som var der akkurat da».

GJESTEN

Alle vikarkategoriene er på et vis gjester. De tilhører ikke det faste personalet og kommer som regel på sporadiske besøk i form av enkeltvakter. «De faste vet jo rutinene og de ser mye fortere hva som skal gjøres. Ofte kan en jo føle at en vikar bare er en gjest. Hvis man tenker på skylleromet, at alle skal se at det ser greit ut. Men du har jo ikke den samme ansvarsfølelsen, den samme tilhørighetsfølelsen når du jobber som vikar. Du tenker ikke på det, tror jeg.»

På vaktrommet kan det oppleves som å ha besøk. De faste syntes det kunne være slitsomt å være «vertskap» med ansvar for å konversere med en ny og ukjent vikar: «Det er litt mer slitsomt når man skal være på vaktrommet og ha pause og så er man kanskje ikke i humør til den der smalltalk-greia, hvis du skjønner».

Vikarer i gjeste-kategorien markerer tydelig at de ikke er en del av det faste personalet og er bevisst på sine rettigheter som vikar: «Det har irritert folk, det har vi snakket om, at noen oppfører seg som gjest og så skal de få bedre betalt, og så skal de absolutt sitte en halv time, de skal ha pause, men kanskje får ikke den faste pause. Og så skal de gå akkurat når jobben slutter og ferdig med det».

Gjesten kan sitte når de andre arbeider for hun ser ikke hva som er å gjøre. «Når en er kjent på en avdeling så ser en jo mye fortere hva som skal gjøres og kan gjøres, og det gjør jo ikke de på samme måten. Hvis det var en stille vakt så satt de seg ned for å slappe av, men vi som da er faste finner ting å gjøre. Og da er det jo ujevnt fordelt».

Hvis gjesten samtidig la ut om hvor fint vikarlivet var med god lønn og muligheten til lange friperioder, kunne det virke temmelig provoserende på de faste sykepleierne.

DEN EGENRÅDIGE VIKAREN

Denne vikarkategorien er lite utbredt ifølge de faste, men tilgjengelig gjør den et sterkt inntrykk når den dukker opp. Denne «typen» vikar er ikke innstilt på å rette seg etter avdelingens rutiner og prosedyrer, men insisterer på å gjøre tingene på sin egen måte. Dette provoserte de faste sykepleierne og skapte problemer og ekstraarbeid. «Det er litt med det å være ydmyk tenker jeg. Du kan ikke bare komme og revolusjonere alt og si 'sånn gjør vi der og sånn gjør vi sånn'».

Den egenrådige vikaren tar ofte avgjørelser uten å konsultere de faste sykepleierne og kan være grenseløs i forhold til egen kompetanse. Flere av informantene hadde erfaringer med vikarer som ikke kontaktet lege før de ga medikamenter som ikke var ordinert, eller utførte prosedyrer som de faste regnet som uforvarsrlige.

Det var når vikarene av ulike grunner var mer til besvær enn til hjelp at lønn ble et tema. «Vi følte egentlig at det var vi som fortjente pengene for vi fikk en mer belastende vakt.»

Stadig å måtte forholde seg til nye vikarer med vekslende kompetanse skapte en usikkerhet hos de faste. På avdelingen som tilstrebet å få de samme vikarene tilbake ble usikkerheten redusert fordi de faste visste hva de fikk. «Så nå er det ikke noe å tenke på hvor flink eller hvor dårlig vikaren er. Vi kjenner kvalifikasjonene deres.»

KUNNE DE FASTE TENKE SEG Å ARBEIDE I VIKARBYRÅ?

Bare en av de faste sykepleierne

overveide å begynne i vikarbyrå. Resten kunne ikke tenke seg det fordi det var viktig å ha et godt miljø og gode kollegaer rundt seg. «Vi har et så bra arbeidsmiljø, og jeg merker at det betyr så utrolig mye for at jeg skal orke å gå på jobb. Det er jo utholdelig her av og til, og man vil ikke gå på jobb. Men så tenker man at OK, det blir kanskje ålreit fordi man skal jobbe sammen med de menneskene en skal (...) Og jeg tror at hovedgrunnen til at jeg ikke vil jobbe som vikar er at man hører ikke hjemme noe sted.»

DISKUSJON

En sykepleier er ikke lett erstattbar ettersom rollen i avdelingen må utformes gjennom tilpasning til lokale rutiner, samarbeidsmønstre og kultur (15). Sykepleierne må ha spesifikk kunnskap og kunne tilpasse denne til forskjellige komplekse situasjoner. Fordi pleierne må rådføre seg med hverandre og overføre ansvar seg i mellom er det viktig at pleierne kjenner hverandres kompetanse (16). Undersøkelser viser at faste sykepleiere mener det kreves tre måneders opplæring eller mer for å lære opp nye sykepleiere (15, 17). Vikaren kunne derfor vanskelig erstatte de faste sykepleierne fordi det var mange oppgaver som bare de faste kunne utføre. Men når alternativet var utstrakt bruk av overtid eller for få sykepleiere på jobb, ble vikarsykepleierne oppfattet som en klar avlastning for de faste, forutsatt at de viste seg kvalifiserte.

Ikke-planlagt vikarbruk med ad hoc-aktige løsninger kan påvirke vikarens integrering og tilpasning til avdelingene (13). Studier av vikarbyråsykepleieres arbeidssituasjon viser at mange får dårlig opplæring fordi de blir tilkalt i siste øyeblikk når alle andre løsninger er prøvd. (5,

9). Det er ofte uklart hvem som har ansvaret for opplæringen og det hender vikarene blir gjort ansvarlig for situasjoner de ikke har forutsetninger for å ta ansvar for (5). Selv faglig dyktige vikarer kan risikere å fremstå som tafatte hvis de ikke evner å orientere seg i ukjente omgivelser eller blir sendt til avdelinger som krever spesialkompetanse.

Det er det faste personalet som må håndtere vikarenes eventuelle mangelfulle opplæring, noe som kan føre til at vikarene blir en belastning. Den største belastningen for sykepleierne var at det stadig kom nye vikarer som de ikke kjente kompetansen til.

Det ble ikke avdekket store motsetninger mellom fast personell og innleide sykepleiere, men undersøkelsen er gjort i en periode med relativt lavt forbruk av vikarer. Vi vet derfor lite om hvordan samarbeidsrelasjonene ville vært dersom det var mange ukjente vikarer på jobb hver dag. Dyktige vikarer ble tatt godt imot og vikarenes lønninger var ikke kilde til konflikt så lenge de faste mente de fortjente den. Vikarenes lønn ble først et tema når de av ulike grunner ble en større belastning enn avlastning.

Ulike «typer» vikarer som fremsto som tafatte, oppførte seg som gjester eller opptrådte for egenrådige kunne skape gnisninger fordi de skapte usikkerhet og ofte merarbeid for de faste. I følge Skogheim er det de faste som definerer premissene for samhandlingen med vikarbyråsykepleierne. Som gjester bør ikke vikarene bli for «husvarme» og ta seg til rette i andres hus fordi de frykter det kan utløse sanksjoner fra de faste sykepleierne (5).

De faste sykepleierne kunne ikke tenke seg å arbeide i vikarbyrå. Det kan ha sammenheng med at vikarbyråansatte står

utenfor pleiernes fellesskap. De arbeider ikke der de er ansatt og er ikke ansatt der de arbeider, noe Allvin mfl. (6) kaller «et dobbelt utanförskap». Studier av vikarbyråsykepleiere viser at det er vanskelig for vikarene blant annet å komme med forslag til endringer (6), og sosialt er også vikarenes tilværelse preget av dobbelthet (5). Ved lange engasjementer kan de føle seg som en del av det sosiale miljøet, på den andre siden er de det likevel ikke. Som vikar får de aldri den fullstendige tilhørigheten (5, 6).

Nettopp tilhørighet, det å ha gode kolleger og et trivelig arbeidsmiljø, var noe de faste trakk frem som svært viktig for å holde ut i et slitsomt yrke. De ønsket ikke å bytte bort dette mot økt lønn og større fleksibilitet ved å ta arbeid i et vikarbyrå.

KONKLUSJON

De faste sykepleierne var positive til bruk av vikarbyrå som et vern mot stor arbeidsbelastning og overtid, men dersom det var mulig foretrakk de faste ekstravakter og eget personell på frivillig overtid. Selv kunne de ikke tenke seg å arbeide i vikarbyrå.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

REFERANSELISTE

1. **Bergström O.** Does Contingent Employment Affect the Organization of Work? Approaches to the study of contingent employment, SALTSA, Stockholm: National Institute for Working Life; Report 2:2001.
2. **Walter L, Tailby S.** Contingent Employment in European Healthcare: An analysis of common trends and scattered practices. Nuewo reports; 2002. Tilgjengelig fra: <http://www.nuewo.org/Reports.html>.
3. **Nergaard K, Nicolaisen H.** Utleie av arbeidskraft. Omfang og utvikling. Oslo: Fafo-notat; 2002:17.
4. **Slaatten, B.** «Nok er nok», Sykepleien; 2001:21. Tilgjengelig fra: www.sykepleien.no

5. **Skogheim G.** Sykepleiere i vikarbyrå. Hovedfagsoppgave i sosiologi, Universitetet i Tromsø; 2005.

6. **Allvin M, Jacobson A, Isaksson, K.** Att avgränsa det gränslösa sjuksköterskearbetet. Arbetslivsinstitutet, Stockholm; Arbetsliv i omvandling 2003:3. Tilgjengelig fra: http://ebib.arbetslivsinstitutet.se/aio/2003/aio2003_12.pdf.

7. **Bergström, O.** (red). New understanding of European work organization. Final report; 2003. Tilgjengelig fra: <http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/finalreport/>

8. **Garsten C, Turtinen J.** «Angels» and «Chameleons». The Culture Construction of the Flexible Temporary Agency Worker in Sweden and Britain». SCORE, Stockholm; Rapport 1999:12.

9. **Manias E, Aitken R, Peerson A, Parker J, Wong K.** «Agency-nursing work: perceptions and experiences of agency nurses». International Journal of nursing studies. 2003;40 (3): 269-279.

10. **Bates, S.** Contractual work: New producing processes in nursing. I Nursing Matters, Critical sociological perspectives. Red. Keheler H, McInerney F, Livingstone, C, Australia;1998.

11. **Østbye, M.** Medisinske vikarer. Sykepleievikarenes inntog i norsk helsevesen: konsekvenser på avdelingsnivå. Hovedfagsoppgave, Institutt for i statsvitenskap, Universitetet i Oslo; 2004.

12. **Værøy, MG.** Bruk av sykepleiere fra vikarbyrå i sykehus sett i et lederperspektiv. Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap. Universitetet i Oslo; 2004.

13. **Dahle, R, Kvamme, E.** Medisinske vikarer på sykehus- en nyskapning med undertoner. Søkelys på arbeidsmarkedet 2005;1: 3-11.

14. **Kvale S.** Det kvalitative forskningsintervju, 1997 Gyldendal Akademisk.

15. **Sørensen, BA.** Internasjonale strømningen i helsepolitikk / sykepleie i en brytningstid. Arbeidsforskningsinstituttet Oslo, 2002.

16. **Hamran T.** Pleiekulturen - en utfordring til den teknologiske kulturen? Gyldendal Norsk Forlag Oslo 1992

17. **Kvamme E, Bjerke P.** Kliniske spesialister. En Kartlegging. De Facto, Oslo, 2003.

Fotnote:

[Endnotes]

1. Datamaterialet består av ca. 50 kvalitative intervjuer av ledere, mellomledere og sykepleiere ved et større norsk sykehus, i tillegg til ledere ved ytterligere tre sykehus. I tillegg er det gjennomført et delprosjekt som tar for seg Belgiske erfaringer med bruk av vikarbyrå i sykehus.

2. Idealtypene er analytiske og finnes ikke i sin rendyrkede form i den empiriske virkelighet.

Forskningsnytt

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



Foreldre til barn med psykiske lidelser

Helsearbeideres manglende samarbeid med foreldre gjør det vanskelig å hjelpe egne barn med psykiske problemer. Dette er ett av funnene i en kvalitativ studie som beskriver hvordan foreldre opplevde samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Forskerne rekrutterte deltakere fra en forening for foreldre til barn med psykiske lidelser. Én far og fem mødre mellom 40–65 år meldte seg til studien som ble gjort på Sør-

Vestlandet. Alle var gifte og hadde andre barn uten psykiske lidelser. Informantene ble intervjuet to ganger. De ble spurt om sine erfaringer med å motta psykisk støtte, hjelp og krisehåndtering, informasjon og veiledning og samarbeid. Hensikten med oppfølgingsintervjuet var å utdype forskerens forståelse fra det første intervjuet og å få kommentarer til momenter som var kommet frem i øvrige intervjuer.

Tekstanalysen resulterte i fire hovedtemaer: kommunikasjons-erfaringer, mangel på informasjon, problemer med deltakelse og ønske om veiledning og støtte. Hva angår kommunikasjon, beskrev enkelte foreldre frustrasjon over at helsearbeiderne ikke ønsket at de skulle involvere seg. Noen ble møtt med uvennlighet, noe de mente kunne være en reaksjon på at de hadde vist frustrasjon når de mente at helsearbeidere tok feil eller at tilbudet var mangelfullt. Flere mente at helsearbeiderne hadde for mye ansvar,

og at de for lett godtok barnas motvilje mot å få hjelp. Taushetsplikt ble brukt som argument for å holde tilbake informasjon. Helsearbeiderne var ofte ikke villige til å gi generell informasjon om de psykiske problemene barna deres hadde.

Forskerne fremhever at helsearbeidere bør gi foreldrene et undervisnings- og veiledningstilbud samt samarbeidsmøter hvor både pasient og foreldre er til stede.

REFERANSE

Jakobsen ES, Severinsson E. Parents' experiences of collaboration with community healthcare professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13:498–505.

Informantene er få og rekruttert fra en interesseorganisasjon. Erfaringene kan derfor ikke betraktes som representative for foreldre med barn med psykiske problemer. Studien antyder at foreldrene har voksne barn, men data om barnas alder ville vært nyttig. Foreldre er sentrale i barns nettverk. Kunnskap om mulige problem og potensielle konfliktområder mellom foreldre og helsearbeidere er av interesse for helsearbeidere som jobber innen psykisk helsearbeid.

Sykepleiere antar at pasienter er heteroseksuelle

Sykepleiere møter homofile pasienter med generell forventning om at de er heteroseksuelle. Dette viser en svensk studie som beskriver lesbiske og homofiles erfaringer med å være pasienter og pårørende i sykehus. Studien har et utforskende kvalitativt design (semistrukturerte intervjuer).

Deltakere ble rekruttert ved at informanter anbefalte nye informanter (eng. snowball sampling).

Starten var to informanter som en av forskerne kjente. Folk ble oppfordret til å melde sin interesse via nettsider for homofile. Av totalt 57 personer som meldte seg, var det 17 kvinner og ti menn som hadde pasient- eller pårørendeerfaring.

Intervjuene (n= 27) ble gjennomført i 2004, tatt opp på lydbånd og skrevet ut. To uavhengige forskere gjennomførte dataanalysen i en femtrinnsprosess. Fokuset endret

seg fra hva informantene formidlet til beskrivelsene (hvordan), og deretter til overordnede områder, kategorier og underkategorier.

Analysen endte i tre temaområder. 1) Heteronormativitet viser til den underliggende antagelsen om at alle pasienter er heterofile. Dette ble gjerne uttrykt indirekte gjennom sykepleierens spørsmål, for eksempel når pasienten ble spurt om vedkommende var gift. I skrifte-

> 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 Annens.Lerdal@hibu.no

lig materiale ble de bedt om å oppgi sivil status med alternativene «gift», «skilt» eller «enslig». Hvis pasienten oppga samboerskap, spurte sykepleieren om «hans» navn til kvinner og «hennes» navn til menn. 2) Enslige eldre homofile krever spesiell oppmerksomhet fordi informantene antok at de lever mer sosialt isolert og med mindre kontakt med familie, samt at de generelt får liten støtte fra andre. 3) Informantene mente at sykepleiepleierne manglet kunnskap om hvordan heteronormativitet påvirket pasientenes velvære.

Sykepleiere opplever et dilemma mellom det å være tolerant overfor, og eget ubehag og usikkerhet i samhandling med, homofile. Dette kan medvirke til ubehaglige misforståelser mellom sykepleier, pasient og pårørende.

REFERANSE

Röndahl G, Innala S, Carlsson M, J Adv Nur 2006; 56: 373–81.

Studien beskriver pasienterfaringer som minner om at begrepsbruk i samtaler med pasienter og pårørende kan oppleves som svært verdiladede uten at man selv er bevisst på det. Utvelgelsesmetoden i studien kan medføre at deltakere med relativt like erfaringer rekrutteres. Dette kan bidra til mindre variasjon i datamaterialet enn om andre rekrutteringsmetoder hadde vært valgt.

KOMMENTAR

Sykepleiere og pasienter fra ulike kulturer

Ulik kulturell bakgrunn hos sykepleier og pasient skaper kontinuerlige spenninger. Dette er et av funnene i en australsk studie hvor hensikten var å beskrive hvordan sykepleiere og pasienter med ulik kulturell bakgrunn opplevde samhandlingen på en intensivavdeling.

Utvalget besto av 16 informanter: Åtte sykepleiere (kvinner) med videreutdanning og åtte av deres pasienter. Halvparten av pasientene hadde asiatisk bakgrunn og resten var fra Midtøsten. De hadde bodd i Australia > ti år. Datainnsamlingen var intervjuer med åpne spørsmål.

Analysen identifiserte tre temaområder: «Delt opplevelse av spenning», «forskjellighet» og «kontinuerlig oppmerksomhet». Spenning henviser til bevisstheten hos sykepleier og pasient om deres

ulike etniske/kulturelle bakgrunn, forskjelligheten som «alltid ligger i bakgrunnen» (sagt av en pasient). Ofte var spenning knyttet til pasientenes ønske om å ha familien på besøk og sykepleiernes ønske om å begrense, blant annet av hensyn til andre pasienter. En annen årsak til spenning blant informanter fra Midtøsten gjaldt ønsket om å bli stelt av en person av samme kjønn.

Sykepleiernes fokus på forskjeller i stedet for likheter vanskeliggjør et terapeutisk forhold ved at samarbeidet ikke bygger på et felles forståelsesgrunnlag.

REFERANSE

Cioffin J, Int J Nur Practise 2006; 12: 319–25).

Ettersom andelen av ikke-etniske nordmenn øker, vil både pasienter og helsearbeideres kulturelle bakgrunn gi en mer kompleks samhandling. Studiens funn gir interessante eksempler på situasjoner som kan skape spenning i et terapeutisk forhold. Det er samtidig en viss fare for underrapportering av problemet i studien. Det kan tenkes at pasienter med konfliktfylt forhold til sykepleierne ikke deltok.

KOMMENTAR

Hva vet vi om temaet fra før:

Det er gjort få studier som omhandler fars opplevelser ved dødfødsel.

Historie:

Av 1000 fødte barn var 22,6 dødfødte i perioden 1936–1940 i Norge. Til sammenligning var 4,2 barn dødfødte av 1000 fødte i perioden 1996–2001. (Kilde: Statistisk sentralbyrå)

Nøkkelord

- Fedre
- Dødfødsler
- Sorg
- Krise
- Omsorg

Bakgrunn

Det er gjort få studier som omhandler fars opplevelser ved dødfødsel. En dødfødsel kan utløse en krisereaksjon hos foreldrene. Hvordan far kommer gjennom krisen vil blant annet avhenge av hvordan han blir ivaretatt i krisen. Det kan føre til psykososiale konsekvenser om krise og sorg ikke får komme til uttrykk, men blir fortrent og oversett.

Materiale og metoder

Artikkelen bygger på litteraturstudie og intervju av tre fedre.

De ble oppfordret til å fortelle sin historie om hvordan de opplevde å miste et barn. Innsamlet data ble analysert med prinsipper fra Giorgis fenomenologiske metode, og deretter sammenlignet med andre studier og litteraturen for øvrig.

Resultat

Fedrene opplevde jordmødrene som medfølende og hyggelige. De fikk god praktisk støtte, men egen sorg ble lite anerkjent. De trodde de måtte være sterke for å støtte sin partner. De savnet også bedre informasjon, spesi-

elt i forhold til fødselen og selve sorgprosessen.

Konklusjon og konsekvenser for praksis

En bedre forståelse av fars reaksjoner og behov, anerkjennelse av hans sorg og bedre informasjon vil kunne gi ham en opplevelse av å bli bedre ivaretatt.

The baby dies in the womb – how is the father cared for?**Background**

How is the father taken care of when the baby dies in the womb? There are few studies of the father's experiences of a stillborn birth. A stillborn birth will normally cause severe depression in the parents. The father's experience of the crisis will partly depend on how he is taken care of. There can be great psychosocial consequences if depression and grief aren't expressed but suppressed and ignored.

Method

Three fathers were interviewed using the qualitative research method. They were encouraged to tell how they experienced losing a child. Giorgi's phenomenological analysis was used.

Results

The fathers experienced the midwives as being sympathetic and caring. They received good practical support, but there was little acknowledgement of their personal grief. They believed they had to be strong to support their partner. They lacked better information, especially in

relation to the birth and process of grief.

Conclusion and implication for practice

The results were compared to other studies and literature. A better understanding of the father's reactions and needs, recognition of his grief and better information will give him a better feeling of being cared for.

Mer om forfatterene

Reidun G. Gjeitrheim, f. 1961.
Sykepleier og jordmorstudent ved
Høgskolen i Bergen og sosialpeda-
gogikkstudent

Brit Helen Yndestad, f. 1969
Sykepleier og jordmorstudent ved
Høgskolen i Bergen.

Kontakt forfatterne:

bhy@broadpark.no
ingvalg@broadpark.no



Foto: Erik M. Sundt

>> Når barnet dør i mors liv – hvordan opplever far å bli ivaretatt?

Forfattere: Reidun G. Gjeitrheim og Brit
Helen Yndestad

Foto: Erik M. Sundt

INNLEDNING

En dødfødsel er en traumatisk opplevelse. Krise og sorg er normale og forventede reaksjoner (1–9). Sorgprosessen er forandringene eller utviklingen i personens følelsesmessige tilstand

som følger av tapsopplevelsen (6). Sorgprosessen som følger tapet er en universell reaksjon, men den er også personlig og individuell (6,10). Et barns død er beskrevet som et av de mest stressende tap som individet kan oppleve (3). En dødfødsel er en personlig, følelsesmessig tragedie for far, og han kan oppleve en dyp, gjennomgripende sorg (7,11). Fars sorg blir ofte oversett, fordi han er sterk

på utsiden. Mangel på støtte og anerkjennelse av sorgen, får negative konsekvenser for sorgprosessen (4,5,11–13). Fedre vil støtte sin partner, og undertrykker egne følelser og behov (3,7,9,11). Menn er også trent til å undertrykke sine følelser (1,4,5). Undertrykkelse av følelser kan føre til utsatt sorg (12,14). Ubearbeidet sorg kan få psykososiale konsekvenser (14). Omsorg og støtte fra perso-

nalet på sykehuset kan hjelpe far i sorgprosessen (2,4,6–9,12,13).

Hensikten med studien var å belyse hvordan fedre opplever å bli ivaretatt ved dødfødsel. Målet var å få større forståelse for deres opplevelser, og hvordan man best kan gi god omsorg og hjelp ved dødfødsel.

METODE

Vi utnyttet Høgskolens kompetanse og ressurser, og søkte etter data på ulike medisinske og helsefaglige databaser. Søkeord var dødfødsel, far, sorg, sorgprosess, krise og omsorg. Vi gikk åpent ut for å få bredest mulig informasjon. Vi fant noen få studier som omhandler temaet (3,7–9,11). De fleste fant vi på Cinahl. På grunn av oppgavens omfang og tidsbegrensning, brukte vi kun materiale tilgjengelig via Bibsys. Studiene vi fant var kvalitative intervjuundersøkelser, der informantene var fedre som hadde mistet barn i dødfødsel.

Kvalitativ forskning fokuserer på hvordan sosial erfaring skapes og gir mening til de som erfarer den. Gjennom intervjuet kommer man nærmere aktørens perspektiv. En avdekker kunnskap fra subjektets bevisste erfaringer og opplevelser. Forskningsstrategien tar sikte på å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper (15–19).

For å belyse temaet ytterligere gjorde vi en undersøkelse med tre fedre som hadde mistet et barn i dødfødsel. Vi ønsket å belyse hvordan de opplevde situasjonen og tiden på fødeavdelingen. Vi valgte å bruke det kvalitative, semistrukturerte forskningsintervju som metode. Intervjuguiden inneholdt noen få åpne spørsmål. Vi ba fedrene fortelle sin historie. Hva opplevde de som bra, og hva kunne vært gjort annerledes for bedre ivaretagelse? Intervjuet var

da åpent for forandringer, med muligheter for å stille utdypende spørsmål underveis. (15,16,19). Spørsmålene ble sendt til informantene i forkant av intervjuet.

Intervjuene ble utført i løpet av tre uker i mars 2006. De varte i 60–90 minutter, og ble tatt opp på lydbånd. Fedrene valgte sted for intervjuet.

Inklusjonskriterier: Fedre som har mistet et barn i dødfødsel, mellom 28.–42. svangerskapsuke. Tre fedre ble intervjuet.

Informantene deltok frivillig, og det ble innhentet skriftlig samtykke. De kunne når som helst trekke seg. Dødfødsel er et følsomt tema. Vi var derfor oppmerksom på eventuelle reaksjoner hos far, og det var satt av tid til

Dødfødsel er et følsomt tema.

samtale ut over selve intervjuet. Informantenes anonymitet ble ivaretatt. På forhånd ble Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og Regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk (REK) kontaktet. Vi kunne utføre prosjektet uten ytterligere godkjenning.

Innsamlet data ble analysert ut fra en fenomenologisk innfalsvinkel. Vi beskriver fedrenes verden, opplevelser og erfaringer. Fedrenes opplevelser regnes for gyldig kunnskap. I følge Edmund Husserl, den moderne fenomenologiens grunnlegger, er fenomenologi en metode til å studere opplevelser som gir oss kunnskap om menneskets livsverden. Man lager en arena der en går inn i et samspill med innsamlet data. Deretter skaper man sine resultater i dette samspillet (18, 20–22). I data-analysen brukte vi prinsipper fra Giorgis fenomenologiske

analyse i fire trinn. Analysemetoden er et hjelpemiddel til å nå inn i intervjuenes kjerne: 1. Helhetsforståelse, 2. Identifisering av meningsdannende enheter, 3. Abstraksjon av innholdet i de ulike meningsdannende enhetene, 4. Syntese av meningsdannende enheter (17,19,22).

1. Vi skrev av hele intervjuet, ord for ord, en av de nærmeste dagene etter intervjuet. Deretter leste vi gjennom hele intervjuet flere ganger for å få et helhetlig inntrykk.

2. Vi identifiserte og markerte meningsdannende enheter som var relevante ut i fra problemstillingen.

3. Innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene ble abstrahert. Vi prøvde å uttrykke innholdet så direkte som mulig, uten å tolke det. Vi gikk ofte tilbake til den opprinnelige teksten. Det er viktig for validiteten. Da forsikret vi oss om at teksten ble rett gjengitt og ikke tillagt noe av egne meninger.

4. Betydningen av de meningsdannende enhetene i intervjuet ble sammenfattet. Noen felles opplevelser ble synlige, samt noen unike opplevelser for den enkelte far.

RESULTATER BAKGRUNNSDATA

Fedrene var 27–30 år da dødfødselen fant sted. To fedre hadde barn fra før. Barnas død ble oppdaget på rutinekontroll uten at fedrene var til stede. En far ventet tvillinger. Det ble utført akutt sectio før far kom til sykehuset. En tvilling var død. Den andre ble reddet. En fødsel ble indusert dagen etter at barnets død ble oppdaget. En fødsel var begynt spontant samme dag.

IVARETAGELSE NÅR DØDS- BUDSKAPET BLE FORMIDLET

Fedrene opplevde liten støtte idet

dødsbudskapet ble formidlet. En far opplevde at planleggingen av fødselen ble formidlet på en brutal måte. En annen opplevde stillheten mens personalet lette etter fosterlyden som forferdelig: «Stillheten – vi kunne høre ekko av stillheten. Da kjente jeg at jeg fikk vondt i magen. Legen sa han var død. Da gikk sannheten opp for oss, hardt og brutalt! De første minuttene var så kaotiske at de har jeg ikke fått orden på ennå.»

Fedrene følte at de ikke ble støttet fordi de manglet synlige reaksjoner: «Men min reaksjon ble heller sånn at følelsene ble slått av med det samme, det vil si i hvert fall de følelsene jeg formidlet til andre. Så legen ble veldig overrasket over hvor normalt og rasjonelt jeg taklet beskjedene jeg fikk.»

Jordmor ble lurt av fars rolige ytre. Han opplevde selv at han var i sjokk, men ble likevel sendt alene til barneklubben for å se den levende tvillingen.

De fedrene som var med på fødselen syntes de fikk for dårlig informasjon om selve fødselsforløpet, og hvorfor kvinnen måtte føde vaginalt. Selve fødselen var en tøff opplevelse. I tillegg savnet fedrene mer informasjon om følelser og reaksjoner.

ANERKJENNELSE AV FARS SORGREAKSJONER

Alle fedrene savnet en forklaring på den normale sorgprosessen, forskjeller i deres og partnerens sorgreaksjoner, samt en anerkjennelse av egen sorg. De opplevde at de la lokk på egne følelser for å kunne være en støtte for partneren. Fedrene trodde at dette førte til en forsinket sorgreaksjon hos dem: «Selv om vi opplevde dette forskjellig kunne det ha vært en som sa at det er helt OK for deg å vise sorg. Du har til og med lov til å være svak. Du trenger ikke bare

være sterk. Det var godt for kona mi da jeg endelig reagerte, viste følelser, var svak. Da kjente hun at vi var sammen om dette.»

«Og jeg felte vel knapt nok en tåre, men jeg tror nok at det gjorde like vondt inni meg ... Inni meg så holdt hjertet på å bli sprent.»


OMSORG FOR FAR

Ingen av fedrene ble spurt om hvordan det gikk med dem. De hadde behov for omsorg, men fokuset var på kvinnen.

«Min person var ikke i høysetet på sykehuset. Den kom inn i sorggruppen. Der var jeg likeverdige. Der hadde begge opplevd å miste et barn.»

«Da min kone ble tatt med til videre behandling ble jeg overlatt til meg selv. Og der og da var det ingen som var en støtte. Det husker jeg som tøft altså.»

Tvillingfaren opplevde ikke å bli støttet for å ha mistet et barn. Alt fokus var på den levende tvillingen. Personalet sa at de tross alt hadde ett barn som levde: «Det blir litt for enkelt, for egentlig blir sorgen over å ha mistet den ene mye, mye sterkere enn gleden over

 Jordmor ble lurt av fars rolige ytre.

å ha fått beholde den andre. Det oppleves utrolig meningsløst å si noe sånt ... Alle er opptatt av den som lever, men selv er du opptatt av den som er død, og har dårlig samvittighet for at du ikke gleder deg over den som lever.»

Alle fedrene opplevde at personalet var hyggelige og medfølelende. De fikk god praktisk støtte. Alle fikk tilbud om å være med i en sorggruppe.

SE OG HOLDE BARNET

Alle fedrene mente det var svært viktig for sorgprosessen å se og holde det døde barnet. I det de så barnet og holdt det i armene, ble det klart for dem at det var et barn de hadde mistet.

«Det å se henne og holde henne, skapte en plass for henne i mitt farshjerte som jeg ikke er sikker på om hun ville hatt ellers.»

«Jeg tok ikke barnet opp og holdt ham inntil meg. Og det angret jeg så voldsomt på at jeg ikke kan få sagt det med ord ... det tror jeg at jeg hadde hatt godt av i forhold til minnene.»

En far opplevde å bli godt forberedt før han fikk se barnet. Tvillingfaren opplevde at han fikk for dårlig informasjon.

HJELP TIL Å SAMLE MINNER

Fedrene var takknemlige for jordmors innsats med å samle minner for dem. Håndavtrykk, fotavtrykk og bilder var til uvurderlig hjelp i sorgprosessen. Begravelsen gav foreldrene mulighet til å ta farvel med barnet på en god måte.

Det at du har noe å feste tankene på. Det hjalp oss å skjønne at det var gutten vår. Det var ikke bare et dødt foster.

DISKUSJON

Utvalget er lite på grunn av studenters begrensede tilgang til informanter og studiens tidsbegrensning. Vi brukte familie og kjente. Det kan ha påvirket vår forforståelse. Begge forfatterne har ikke nærhet til samme informant. Samarbeid hjalp oss derfor til å motvirke den påvirkning nærhet til informanten kan gi.

En annen begrensning av studien er at intervjuene er basert på data mottatt fra fedrene 7–9 år etter hendelsen, noe som kan ha påvirket minnene. Fedrene gir imidlertid uttrykk for at dødfødsle er noe de aldri vil

glemme. Tiden som har gått kan også styrke studien fordi fedrene kan beskrive hendelsen fra et mer distansert perspektiv. De rekonstruerer sine opplevelser, og formidler dem gjennom sine nåværende refleksjoner, forståelse og erfaring. Hendelsen blir ikke nødvendigvis tolket slik den ble i forbindelse med selve dødsfaldet.

Fokus på far kan være endret de siste årene. Resultatet kan derfor gi et feil bilde av hvordan situasjonen er i dag.

MANGEL PÅ INFORMASJON

Fedrene i studien opplevde å få for dårlig informasjon. Informasjonen kan ha vært mangelfull. Fedrene var i sjokk. De hadde et velordnet ytre, men det var kaos under overflaten. De kan derfor ha hatt problemer med å huske det som var blitt sagt. Informasjon som fedrene får i tilknytning til den sjokkerte situasjonen, blir ofte glemt (14). Personalet må gjenta og tilpasse informasjonen etter behov. Fedrene i Samuelsons undersøkelse (2001) var skuffet over mangelfull informasjon. De følte seg ikke inkludert i samtalen mellom personalet og partneren (7).

INFORMASJON OM SORGPROSSESSEN – ANERKJENNELSE AV FARS SORG

Fedrene i studien savnet bedre informasjon om sorgprosessen, og om forskjellene i deres og partnerens sorgreaksjoner. Menns sorg er tradisjonelt blitt karakterisert av følelsesmessig uttrykksløshet. Det skyldes ikke nødvendigvis medfødte trekk, men at vi i vår kultur blir sosialisert inn i et mønster (4,6,12,14,23). Denne mestringsstrategien blir ikke alltid anerkjent eller gjenkjent som sorg. Det kan bli vanskelig å se når omsorg er nødvendig, og når far trenger støtte.

Mander og Kavanagh beskriver «The dual process theory of grieving» som svingning og vakling mellom typiske feminine og maskuline mestringsstrategier. Forskjellen i sorgreaksjoner er ikke kjønnsbundet (6,24). Fedrene opplevde forskjeller i sorgprosessen som de antok var kjønnsbundne. Forskjellen kan også ha blitt utløst av sykehus-

” En far opplevde at først i sorggruppen ble hans sorg anerkjent.

personalets manglende anerkjennelse av fars sorg. Dersom personalet ikke kjenner igjen hans uttrykte følelsesmessige behov, vil også sykehusmiljøet kunne hemme hans forløsning av følelser (11). Menn er også ofte trent til å undertrykke følelser og sorg (1,6). Fedrene i undersøkelsen gir uttrykk for at de bevisst la løkk på sine egne følelser for å kunne være sterke nok til å støtte sine partnere. Dette stemmer overens med resultater fra andre studier (3,7,9,11,13,24). Ifølge Cullberg (1994) er undertrykkelse av følelser en bevisst forsvarsmekanisme i den akutte krisen. Menn kan også oppleve forventninger om å være sterke, fra samfunnet eller fra personalet (4,5,12). Ved å ikke anerkjenne fars sorg kan man gjøre det vanskelig for ham å uttrykke følelser (6). Fedrene ga uttrykk for at det å undertrykke følelsene hadde ført til en forsinket sorgreaksjon hos dem. Dette finner vi støtte for i Cullbergs kriseteori og i litteraturen for øvrig (4,12,14).

OMSORG OG NÆRHET

Fedrene opplevde at jordmødrene var hyggelige, medfølelse og at de gav god praktisk hjelp, men

de opplevde ikke å bli spurt om hvordan de hadde det. En far opplevde at først i sorggruppen ble hans sorg anerkjent. Der var han likeverdig med partneren. Martinsen beskriver omsorg som å ta vare på, og å stå nær (25). Fedrene savnet at noen prøvde å gå nær dem, at noen satt seg ned og pratet med dem. I dette ligger også en mangel på anerkjennelse av tapet. Jordmor må gjenta tilbudet om støtte og omsorg. Omsorgspersoners oppførsel og håndtering av dødfødsel var viktig for fedrene i Säflunds studie (2004). Det er når jordmor lar seg berøre av fars situasjon at hun kan gi god omsorg. Omsorgen uttrykkes naturlig gjennom sanser, språk og tilstedeværelse. Det kan føre til tillit, håp og en følelse av å bli ivaretatt. Når noen føler med en er det lettere å gi uttrykk for sine følelser og behov (9,25,26).

Tvillingfaren opplevde ikke å bli støttet fordi han hadde mistet et barn. Alt fokus var på den levende tvillingen, mens selv var han mest opptatt av det døde barnet. Man har ikke kunnet finne forskning, og svært lite litteratur som omhandler tap av en tvilling. Tapet karakteriseres som et spesielt bittert tap (11,12). Personalets ensidige fokus på den levende tvillingen kan neppe forsvareres. Mer forskning er nødvendig.

SE OG HOLDE DET DØDE BARNET – SAMLE MINNER

En gjennomgang av studier og annen litteratur viser at fedre opplever det å se og holde barnet, og å samle minner i form av bilder, fot- og håndavtrykk, som en uvurderlig hjelp i sorgprosessen. Det gir form og identitet til barnet, og noe reelt å feste minnene på.

Det tillater fedrene å erkjenne at de har mistet sitt barn (1,3,4,7-9,11-13). Å ikke se og holde

barnet skaper problemer med å anerkjenne realiteten av barnet (9). Jordmor kan hjelpe far til å tilpasse seg situasjonen, og etablere et fundament for en sunn sorgprosess (6). Fedrene trenger støtte og informasjon i møte med barnet. Dette blir ivaretatt i varierende grad (7,8,13). Resultatene av denne studien er i samsvar med tidligere studier. Veileder i fødsels-hjelp (Den norske Lægeförening, 1998) sier også at det som hovedregel bør anbefales foreldrene å se og holde det døde barnet, og at det bør samles minner (27). En britisk studie konkluderer med at mer kontakt med det døde barnet er forbundet med mer depresjon, angst og posttraumatisk stress (28). Norske jordmødre stiller seg tvilende til disse funnene (29).

Studier avslører et mangfold av situasjoner og opplevelser (30). Det er viktig å ha respekt for fars ønsker og valg. Fedre både i denne og andre undersøkelser uttrykker at det bør anbefales og oppmuntres til kontakt med det døde barnet (7).

KONSEKVENSER FOR PRAKSIS

Våre tre informanter er verken tilfeldig utvalgt eller representative. I kvalitativ forskning er ikke målet primært å generalisere. Sett i sammenheng med resultatene fra andre studier og litteraturen for øvrig, kan man likevel anta at resultatene fra vår studie gjelder langt flere enn informantene (20).

I Samuelsons studie uttrykker fedrene at noe av det viktigste for å mestre sorgen var minnene de fikk samlet om barnet, og støtten de fikk av personalet på sykehuset (7). Dette samsvarer med resultatene fra vår undersøkelse. Personalets innsats og støtte i forbindelse med å samle minner, ble satt pris på av fedrene. De opplevde jordmødrene som med-

følende og hyggelige, og fikk god praktisk støtte. Fedrene opplevde å bli lite ivaretatt i forhold til egen sorg. De ønsket at noen hadde sett bak den sterke fasaden, og hjulpet dem til å sørge. Fedrene savnet også bedre informasjon, spesielt i forhold til fødselen og selve sorgprosessen.

En bedre forståelse av fars reaksjoner og behov, anerkjennelse av hans sorg og bedre informasjon vil kunne hjelpe ham og partneren gjennom sorgprosessen. Det er viktig å se hvor far er i krisen, og gi støtte og informasjon etter behov. Man må våge å gå nær far, og la seg bevege av hans sorg. Det vil hjelpe ham til å gi uttrykk for sine følelser og behov. En vil da kunne gi far en bedre opplevelse av å bli ivaretatt – når barnet dør i mors liv!

REFERANSER

- 1: Brant H.** *Childbirth for men.* Oxford: Oxford University Press, 1985.
- 2: Flint C.** *Sensitive Midwifery.* Oxford: Heinemann Nursing, 1986.
- 3: Hughes CB, Page-Lieberman, J.** Fathers experiencing a perinatal loss. *Death Studies* 1998; 13(6) 537–556.
- 4: Leff, JR.** *Psychological Processes of Childbearing.* London, Chapman and Hall, 1991.
- 5: Mander, R.** *Men and maternity.* London: Routledge, 2004.
- 6: Mander, R.** *Loss and bereavement in childbearing.* London: Routledge, 2006.
- 7: Samuelson, M. et al.** A waste of life: Fathers' Experience of Losing a Child before Birth. *Birth* 2001; 28(2) 124–130.
- 8: Säflund, K et al.** The Role of Caregivers after a Stillbirth: Views and Experiences of parents. *Birth* 2004; 31(2).
- 9: Worth, NJ.** Becoming a father to a stillborn child. *Clinical Nursing Research* 1997; 6(1) 71–89.
- 10: Mjeldheim, B.** Tap som klinisk fenomen. Noen tanker omkring dette fenomenet. (u.å) Tilgjengelig fra: <http://www.psykologibanken.com/artikler/TapOgSorg.html> (lest 03.05.06).
- 11: Mc Creight, BS.** A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology, Health and Illness* 2004; 26(3) 326–50.
- 12: Niven, CA.** *Psychological care for families Before, During and After birth.* Oxford: Butterworth – Heinemann Ltd, 1992.
- 13: O'Neill, B.** A father's grief: Dealing with Stillbirth. *Nursing Forum*, 1998; 33(4) 33–37.
- 14: Cullberg, J.** *Mennesker i krise og utvikling.* Gjøvik: H. Aschehoug & Co, 1994.
- 15: Dalland, O.** *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2000.
- 16: Friis, S., Vaglum, P.** *Fra idé til prosjekt.* Oslo: Tano Aschehoug, 1999.
- 17: Malterud, K.** *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* En innføring. Årskog: Tano Aschehoug, 1996.
- 18: Kvale, S.** *InterViews, An Introduction to Qualitative Research Interviewing.* California: Sage Publications, Inc., 1996.
- 19: Kvale, S.** *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 1997.
- 20: Halvorsen, K.** *Forskningsmetode for helse- og sosialfag.* Oslo: Cappelen Akademisk forlag AS, 1996.
- 21: Bengtsson, J.** *Sammanfätningar, fenomenologi från Hussert till Merleau-Ponty.* Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB, 2001.
- 22: Harder, I.** *Fænomenologisk kvalitativ forskning, et bud på metodetiligang i sygeplejeforskning.* *Vård i Norden* 1/1990; 18(10) 18–25.
- 23: Bø, I.** *Folks sosiale landskaper.* Oslo: Tano, 1998.
- 24: Kavanagh, B.** *Women, men and stillbirth. How do they cope? The practicing midwife* 2002; 5(8) 18.
- 25: Martinsen, K.** *Omsorg, sykepleie og medisin.* Oslo: Tano, 1989.
- 26: Martinsen, K.** *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien.* Oslo: Tano, 1993.
- 27: Norsk gynekologisk forening, Dalaker, K. (red)** *Veileder i fødsels-hjelp.* Den norske lægeförening, Oslo 1998 (internett) Tilgjengelig fra: http://www.legeföreningen.no/asset/24883/2/24883_2.pdf (lest 17.04.06).
- 28: Huges, P. et al.** Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. *Lancet* 2002; 360:114–118.
- 29: Nilsen, L.** Mer deprimeret ved syn av dødfødt barn. *Dagens Medisin*, 2004 (internett) Tilgjengelig fra: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/visitskrift.asp?Art1d=4566> (lest 07.04.06).
- 30: Kohner, N.** Evidence-based practice in the care and support of parents after the death of a baby. *MIDIRS Midwifery Digest* 2002; 12(4) 547–50.

Hva tilfører denne artikkelen:

Artikkelens funn er at de fleste pasienter opplever redusert fysisk funksjon etter torakoabdominal aortakirurgi.

Ord om ord:

Bias. Avvik, Skjevheter eller usannheter i resultatene, noe som forstyrrer resultatene i en studie.

Økonomiske støtte:

Dette arbeidet ble støttet av midler fra St. Olavs Hospital, Universitets-sykehuset i Trondheim (No. 1401 1023 4630). Artikkelen ble presentert ved 23rd Annual National Convention, Society for Vascular Nursing, 14–16 april, 2005, The Westin Cincinnati.



Hensikten med studien var å vurdere helse-relatert livskvalitet hos langtidsoverlevende etter operasjon for torakoabdominalt aortaaneurisme. 43 pasienter ble operert for torakoabdominalt aortaaneurisme i perioden 1983–2001. Langtidsoverlevende (tretten) ble undersøkt. To pasienter ønsket ikke å delta i studien. Gjennomsnittlig oppfølgingstid var 6,2 år. Helse-relatert livskvalitet ble målt ved Short Form-36, oppbygget av 36 emner gruppert inn i åtte skalaer som måler fysisk funksjon, rollebegrensning som følge av fysiske problemer, kroppslig smerte, generell oppfatning av egen helse, vitalitet, sosial fungering, rollebegrensning som følge av emosjonelle problemer og mental helse. Det ble også tillagt sykdomsspesi-

fikke spørsmål om karsykdom. Pasientens pårørende ble bedt om å svare på de samme spørsmålene, på vegne av pasienten. Pasientenes skår ble sammenlignet med normative data. Pasientenes SF-36 skår var generelt dårligere enn i en normalpopulasjon i henhold til både fysiske og mentale dimensjoner. Pasienter som hadde et komplisert postoperativt forløp skåret generelt lavest av alle på fysiske dimensjoner. Det var ingen signifikante forskjeller sammenlignet med pårørendes skår. I henhold til sykdomsspesifikke spørsmål ble impotens og smerte vurdert som vesentlige langtidskomplikasjoner. Pasienter med ukompliserte postoperative forløp rapporterte en bedring i sin helse-tilstand (seks) sammenlignet

med preoperativ tilstand, mens fem pasienter med kompliserte postoperative forløp rapporterte en dårligere helsestatus. Ni av elleve pasienter opplevde tilsvarende eller bedret helse-relatert livskvalitet, og to vurderte sin livskvalitet som redusert etter operasjonen. Ti av elleve pasienter vurderte operasjonen som vellykket.

Selv om studiens utvalgsstørrelse er lav, rapporterte de med kompliserte postoperative forløp eller redusert fysisk funksjon i årene etter operasjonen generelt lave skår i nesten alle dimensjonene av SF-36. Likevel rapporterte de fleste pasienter en akseptabel helse-relatert livskvalitet når de vurderte sykdomsspesifikke spørsmål til operasjonen.

Mer om forfatter:

Trine M. Olberg Eide (MA RN) er førsteamanuensis ved Avdeling for bachelor i sykepleie, Høyskolen Diakonova, trine.m.o.eide@diakonova.no

Copyright:

Journal of vascular nursing, inc. doi: 10.1016/j.jvn.2005.06.002; Eide TMO, Romundstad P, Klepstad P, Myhre HO: Health-related quality of life in long term-survivors of thoracoabdominal aortic aneurysm repair, 2005;23:88–94. Copyright

2007, with permission from The Society for Vascular Nursing, Inc.

>> Helserelatert livskvalitet hos langtidsoverlevende etter kirurgi for torakoabdominalt aortaaneurisme

Forfattere: Trine M. Olberg Eide, Pål Romundstad, Pål Klepstad, Hans O. Myhre

Til tross for signifikant forbedring innenfor kirurgisk teknikk, anesthesi og intensivomsorg, er kirurgi for torakoabdominalt aortaaneurisme (TAAA) fortsatt forbundet med betydelig mortalitet og morbiditet. Risikoen avhenger av aneurismets omfang, sykdomsårsak og operasjonenes hastegrad (1). Sammenlignet med akuttoparasjoner utført på pasienter som enten har ruptur eller smerte som følge av aneurismeekspansjon (2), er tidlig mortalitet betydelig lavere når pasienten opereres elektivt. Overlevelse er den mest brukte indikator på behandlingskvalitet. Ettersom alvorlige komplikasjoner som nyresvikt og neurologisk sequele kan oppstå som følge av disse operasjonene (1,3), er det viktig å kjenne til den forventede helserelaterte livskvalitet (HRLK) etter inngrepet (4).

Denne kunnskapen i tillegg til informasjon om de medisinske risikofaktorer kunne inkluderes i en helhetsvurdering i forkant av disse operasjonene.

HRLK målinger har vært utført på pasienter operert for torakale og abdominale aneurismer (3,5–6). Vi kjenner likevel ikke til undersøkelser som fokuserer på HRLK etter TAAA. Derfor er hovedmålet for denne undersøkelsen å måle postoperativ HRLK etter operasjon for TAAA, og sammenlikne HRLK resultatene med de i en normalpopulasjon. Selvrappert HRLK skår ble også sammenlignet med nærmeste pårørendes skår av pasientens HRLK.

MATERIALE OG METODE

PASIENTER OG MEDISINSKE JURNALER

I perioden 1983 til 2001 ble 43 pasienter operert for torakoabdominalt aneurisme ved vår institu-

sjon. Tretten pasienter var i live ved studiestart i oktober 2003. To pasienter svarte ikke. Elleve pasienter samtykket i å delta i undersøkelsen; tre kvinner og åtte menn. Gjennomsnittstid fra operasjon til undersøkelsen var 6,2 år (1,3–14,1), og gjennomsnittsalder ved oppfølgingsstudien var 67,4 år (44,4–78,3). Median aneurisme diameter var 70.0 mm. I henhold til Crawfords TAAA klassifisering var fire typer II, fire typer III og tre var type IV aneurismer. En pasient hadde et rumpert aneurisme, seks var symptomatiske ikke-rumperte og fire pasienter var operert elektivt.

Pasientdata ble gjenfunnet i sykehusjournaler og supplementert av en medisinsk oppfølgingsstudie. De fleste pasienter hadde komorbiditet før inngrepet. Pasientens primærlege og lokalsykehus ble kontaktet for å kunne vurdere mulige endringer i pasientens generelle helsetilstand

i årene etter operasjonen. Komplikasjoner som var relatert til aneurismeoperasjonen ble identifisert. Pasientdata og resultater er summert i tabell I. Undersøkelsen ble godkjent av Regional Etisk komité.

SYKDOMSSPESIFIKK OG HELSERELATERT LIVSKVALITET

SPØRRESKJEMA

Tretten langtidsoverlevende mottok en norsk oversettelse av SF-36 (7) og et sykdomsspesifikt spørreskjema (3) per post. SF-36 er et generisk spørreskjema som måler fysiske ferdigheter og livskvalitet, og er anbefalt brukt innenfor karkirurgi (8,9). Den består av 35 emner fordelt på åtte helsedimensjoner: fysisk funksjon, sosial funksjon, fysisk og mental rollebegrensning, emosjonelt velvære, energi/fatigue, smerte og generell oppfatning av helse (10). Den norske versjonen av SF-36 er utprøvd på et representativt utvalg av den norske befolkning, i henhold til konverteringssystemet utviklet av IQOLA (International quality of life assessment) (11). SF-36 skåringssystem har verdier mellom 0 og 100, hvor 100 representerer det beste funksjonsnivået. Pasientdata ble sammenlignet med alders- og kjønnsjusterte data fra normalbefolkningen (12,13).

Et sykdomsspesifikt skjema for karsykdom ble føyd til for å vurdere individets HRLK i forhold til aneurismeoperasjonen. Skjemaet består av elleve spørsmål som vurderer helse og livskvalitet. Et lignende spørreskjema ble brukt i en studie av HRLK etter torakal aortakirurgi (3). Vi tilføyde et spørsmål til spørreskjemaet i vår studie; «Ville du gjennomgått den samme operasjonen i dag?» De selvutfyllende skjemaene ble tilsendt pasientene per post, med tilbud om hjelp til å fylle dem ut

over telefon eller ved personlig oppfølging. Ikke-respondenter ble oppringt etter en måned. Fire pasienter responderte per telefon, seks per post, og en pasient fylte ut skjemaet sammen med en av forskerne. Det var god overensstemmelse mellom pasientenes og pårørendes fullmaktssvar på de sykdomsspesifikke spørsmålene.

For å kunne vurdere hvorvidt pasientens oppfatning av helse og HRLK hadde endret seg etter operasjonen, spurte vi om pasientens tillatelse til å inkludere en av hans nære pårørende i undersøkelsen. Hensikten var å vurdere hvordan pårørende skåret HRLK på vegne av pasienten, for deretter å sammenligne pasienten og pårørendes skår. Vi antok at dette ville kunne gi oss mer nøyaktig grunnlag for å oppdage endringer i pasientens oppfatning av HRLK i årene etter operasjonen, og at en forskjell i skår ville tydeliggjøre dette (4)4. Bortsett fra en pasient, var alle enige om å inkludere en pårørende i studien. En pårørende responderte ikke. De resterende ni pårørende returnerte spørreskjemaet per post.

STATISTISK ANALYSE

Analysene ble utført ved hjelp av SPSS versjon 12,1 (SPSS, Chicago, Illinois, USA). Resultatskårene fra SF-36 ble presentert ved hjelp av gjennomsnittsverdier og 95 prosent konfidensintervall. Pasientskår ble justert for kjønn og alder når en sammenlignet med en normalbefolkning. Pasientskår ble også sammenlignet med pårørendes skår, men bare individer med pårørendeskår ble inkludert i den analysen. Sammenligning av gjennomsnittskår for separate grupper ble utført ved hjelp av parret utvalgstest, t-test. P-verdier under 0,05 ble vurdert som statistisk signifikante.

RESULTAT

RESULTATER AV KIRURGISK BEHANDLING OG SENT POSTOPERATIVT STADIUM

Tretten pasienter var i live ved dette tidspunktet i oppfølgingsstudien. Postoperative komplikasjoner, medisinsk tilstand slik den var registrert under oppfølgingsstudien, samt selvrapporterte komplikasjoner relatert til aneurismeoperasjonen slik de ble beskrevet i det sykdomsspesifikke skjemaet for alle pasienter inkludert i studien, er beskrevet i detalj i tabell I. Seks pasienter klaget over impotens og/eller redusert seksuallyst som hovedproblemer. To pasienter rapporterte seksuelle problemer som irrelevant for deres situasjon. Syv pasienter rapporterte smerte som et hovedproblem relatert til aneurismeoperasjonen. Smerten ble beskrevet som stikkende og murrende i det kirurgiske innsnittsområdet.

SF-36 SKÅR

Resultatene av pasientenes HRLK skår er presentert i tabell II. Pasientskårene er sammenlignet med forventede gjennomsnittskår for tilsvarende individer i en normalbefolkning. Pasientenes SF-36 skår var signifikant lavere enn de i en normalpopulasjon for kroppslig smerte (41,4 vs. 68,8), fysisk funksjon (41,8 vs. 77,3) og fysisk rolle dimensjon (25,0 vs. 58,7). Skår for vitalitet (43,0 vs. 60,2), sosial funksjon (62,5 vs. 84,2), generell helse (59,1 vs. 69,2) og mental helse (66,8 vs. 80,3) var lavere, men ikke signifikant forskjellig fra forventede skår i en normalpopulasjon. Pasienter som hadde gjennomgått et komplisert postoperativt forløp hadde lavt funksjonsnivå i alle fysiske dimensjoner.

Resultatene fra pårørendes HRLK fullmaktsskår er presen-

TABELL I. Postoperative komplikasjoner ved primærinleggelse i tidsintervallet fra kirurgi til undersøkelsen (år), medisinsk tilstand ved oppfølgingsstudien og selvrapporterte problemer relatert til inngrepet for alle langtidsoverlevende etter torakoabdominal aortakirurgi.

Pasient nr.	Postoperative komplikasjoner ved sykehus-	Tid fra operasjon til studie (år)	Medisinsk tilstand ved oppfølgingsstudie	Selvrapporterte problemer relatert til inngrepe
1		14.1	Polymyalgia rheumatica, Hypertensjon, Operert for nyre carcinom	
3		5.0	Atrieflimmer, Aneurisme i aortabuen	Smerte og svakhetsfølelse i kirurgisk insisjonssted
5	Overflatisk sårinfeksjon, Nyresvikt (midlertidig dialyse), Paraparese	8.7	Paraparese	Smerte i kirurgisk insisjonssted, kan ikke stå oppreist i mer enn 10 min., IRS
	Smerte i kirurgisk insisjonssted ved gange, IRS			
7	Reoperert for colon nekrose, Multiorgansvikt, Sårinfeksjon, Nyresvikt (midlertidig dialyse)	6.8	Hjertesvikt	
8		8.8		Retrograd ejakulasjon, Redusert IRS
10	Reintervensjon for lekkasje	1.3		IRS
12		3.1	Magesmerter, tapping av pleuravæske	Bryst- og ryggsmerte, IRS rapportert irrelevant for pasienten
14		5.6	Brystsmerte, hodepine, kortpust ved aktivitet, hernie i insisjonsstedet	Brystsmerte reduserer aktivitet til 10 min.
16	Hypertensjon	5.0	Ekspansjon av aorta descendens lokalisert i øvre anastomose	Ryggsmerte og fatigue, IRS
18		6.8	Smerte i venstre flanke, hjertesvikt, aneurisme i aorta descendens	Smerte venstre flanke og i genitalområde, IRS rapportert ikke relevant for pasienten
19	Nyresvikt pga. okkludert ve. nyrearterie, Colon nekrose, Peritonitt, Decubitus, Paraplegi	3.0	Paraplegi, Dialyse 4 ganger pr. uke	IRS, Nyresvikt, Kvalme og generell sykdomsfølelse

COLS = Kronisk obstruktiv lungesykdom

IRS = Impotens eller redusert seksuallyst

tert i tabell III. Påførendes skår er sammenlignet med pasientenes selvrapporterte gjennomsnittsskår. Pasientenes påførende skåret lavere enn pasientene selv for kroppslig smerte (35,4 vs. 46,8), generell helse (62,9 vs. 48,6), mental helse (73,0 vs. 61,0) og

emosjonell rolle (83,3 vs. 66,7), men forskjellene i skår var ikke statistisk signifikante. Skårene var tilsvarende like for dimensjonene fysisk rolle (28,1 vs. 31,1) og vitalitet (45,6 vs. 41,9). Påførende hadde høyere skår for fysisk funksjon (40,6 vs. 52,2) og

sosial fungering (59,7 vs. 66,7), men ingen forskjeller var statistisk signifikante.

SYKDOMSSPESIFIKKE SKÅR

Alle seks pasienter med ukompliserte postoperative forløp rapporterte en forbedret helsetilstand

TABELL II. Oversikt over gjennomsnittlig SF-36 skåre for 11 pasienter operert for torakoabdominalt aortaaneurisme, og forventet SF-36 skåre i en tilsvarende normalpopulasjon, ved hjelp av parret t-test

Dimensjoner i SF-36	Antall	Gjennomsnittlig skåres (95 % KI) forventet normalpopulasjon	Gjennomsnittlig skåres (95 % KI) pasienter	Parret gjennomsnittsforskjell fra en normalpopulasjon (95 % KI)
Kroppslig smerte (KS)	11	68.8 [66.5-70.5]	41.4 [17.9-64.9]	-27.4 [-49.7- -5.3] p=0.03*
Generell helse (GH)	9	69.2 [67.5-70.9]	59.1 [40.7-77.8]	-10.1 [-29.7- 9.6] p=0.27
Fysisk funksjon (FF)	11	77.3 [75.9-78.7]	41.8 [14.5-69.2]	-35.5 [-11.0- -60.9] p=0.02*
Fysisk rolle (FR)	10	58.7 [55.6-61.8]	25.0 [-1.7-51.6]	-33.7 [-56.5- -10.9] p=0.02*
Mental helse (MH)	10	80.3 [79.1-81.5]	66.8 [44.1-89.5]	-13.5 [-36.0- 9.1] p=0.21
Vitalitet (VT)	10	60.2 [58.6-61.8]	43.0 [24.3-61.7]	-17.2 [-36.9- 2.5] p=0.07
Sosial fungering (SF)	11	84.2 [82.5-85.9]	62.5 [36.5-88.5]	-21.7 [-48.0- 4.6] p=0.09
Emosjonell rolle (ER)	10	72.7 [70.3-75.1]	80.0 [54.4-105.6]	7.3 [-21.4-36.1] p=0.54

KI, konfidensintervall; SF-36, Short Form-36

Gjennomsnittsforskjellen fra en frisk normalpopulasjon for hver separate dimensjon er også inkludert, ved hjelp av en parret utvalgstest (skåre for alle overlevende er inkludert).

*Statistisk signifikans, P<0,05

TABELL III. Oversikt over gjennomsnittlig SF-36 skåre for 11 pasienter operert for torakoabdominalt aortaaneurisme og deres pårørende, ved hjelp av parret t-test

Dimensjoner i SF-36	Antall	Gjennomsnittlig skåre (95 % KI) pasienter	Gjennomsnittlig skåre (95 % KI) pårørende	Parret gjennomsnittsforskjell fra pasienter (95 % KI)
Kroppslig smerte (KS)	9	46.8 [18.6-74.9]	35.4 [7.9-63.0]	-11.4 [-42.5-19.8] p=0.43
Generell helse (GH)	7	62.9 [42.4-83.3]	48.6 [21.5-75.6]	-14.3 [-29.3-0.7] p=0.06
Fysisk funksjon (FF)	9	40.6 [9.7-71.4]	52.2 [24.7-79.7]	11.6 [-10.2-33.6] p=0.25
Fysisk rolle (FR)	8	28.1 [-6.2-62.4]	31.3 [-1.8-64.3]	3.2 [-37.8-44.1] p=0.86
Mental helse (MH)	8	73.0 [53.1-92.9]	61.0 [44.1-77.9]	-12 [-32.6-8.6] p=0.21
Vitalitet (VT)	8	45.6 [24.7-66.5]	41.9 [20.8-62.9]	-3.7 [-26.9-19.4] p=0.71
Sosial fungering (SF)	9	59.7 [28.3-91.1]	66.7 [37.1-96.3]	7.0 [-14.1-27.9] p=0.47
Emosjonell rolle (ER)	8	83.3 [53.5-113.1]	66.7 [27.3-106.1]	-16.6 [-68.3-34.9] p=0.47

KI, konfidensintervall; SF-36, Short Form-36

Gjennomsnittsforskjellen fra en frisk normalpopulasjon for hver separate dimensjon er også inkludert, ved hjelp av en parret utvalgstest (skåre for alle overlevende er inkludert).

*Statistisk signifikans, P<0,05

sammenlignet med den preoperative tilstanden. (fig 1 A). Tre av disse pasientene hadde i betydelig eller fullstendig grad gjenopptatt sitt aktivitetsnivå, mens de resterende rapporterte lavt aktivitetsnivå etter operasjonen. Alle fem pasienter med kompliserte postoperative forløp rapporterte dårligere helsestatus (fig 1A). Disse pasientene hadde i liten grad eller ikke i det hele tatt gjenopptatt sitt aktivitetsnivå. Ni av elleve pasienter rapporterte den samme eller en forbedret HRLK og to rapporterte en redusert HRLK etter operasjonen sammenlignet med den preoperative tilstanden. Tre av de fire pasientene som rapporterte en bedret HRLK hadde gjenopptatt aktivitetsnivået etter operasjonen (fig 1B). Alle de fem som mente at HRLK verken var bedret eller forverret, rapporterte at de i liten grad hadde gjenopptatt aktivitet etter inngrepet. De to pasientene som rapporterte en redusert HRLK opplevde begge store fysiske vanskeligheter som følge av operasjonen, og vurderte sin generelle helsetilstand som dårligere. Ti av elleve pasienter vurderte inngrepet som vellykket og åtte pasienter ville ha gjennomgått den samme operasjonen igjen.

DISKUSJON

Vi bemerker at de fleste pasienter opplever redusert fysisk funksjon etter torakoabdominal aortakirurgi. Disse funnene reflekteres både i den fysiske dimensjonen av SF-36 skårene og i de sykdomsspesifikke spørsmålene. Et komplisert postoperativt forløp hadde en negativ innvirkning på pasientens vurdering av egen helsetilstand ved oppfølgingsstudien. Impotens var et hyppig rapportert problem blant våre pasienter. Dette er et veldokumentert problem som følge av både behand-

lede og ubehandlede abdominale aneurismer (14,15). Vi observerte at de fleste pasienter rapporterte kroppslig smerte som et hovedproblem opptil ni år etter operasjonen. Hos de fleste av pasientene var smerte lokalisert på det kirurgiske insisjonsområde. I en tilsvarende studie av pasienter som har gjennomgått toraktil kirurgi (3), var smerteskårene tilsvarende de i en normalpopulasjon. De ulike funnene i disse to studiene, med hensyn til smerte som et postoperativt problem, kan kanskje forklares ved det langt større insisjonssnittet som blir påført under torakoabdominal aortakirurgi.

Med unntak av den emosjonelle rollefunksjonen, var pasientenes skår på SF-36 mentale funksjoner lavere enn i en normalpopulasjon. Likevel vurderte de fleste pasienter operasjonen som vellykket og ville ha gjennomgått den samme prosedyren i dag. Det er diskutert hvorvidt endringer i HRLK som følge av kroniske og livstruende sykdommer dels er en følge av at pasientene tilpasser seg situasjonen; pasienter endrer sine interne standarder, verdier og ideer om HRLK. Derfor vil livskvalitetsmålinger i ulike faser av et sykdomsforløp ikke endre seg, og individer med alvorlige sykdommer vurderer ikke konsekvent sin HRLK som dårligere enn den et friskt menneske rapporterer (16). Dette fenomenet betegnes som «responsendring» (4).

Skåringsprofilen antyder at pasientene har det verre fysisk enn psykisk, og at det er samsvar mellom individets selvrapporterte funksjoner og HRLK. Ikke desto mindre avslørte de sykdomsspesifikke spørsmålene at de fleste av pasientene har en akseptabel livskvalitet etter operasjonen til tross for fysiske vanskeligheter.

De observerte ulikhetene i HRLK skår når en sammenlignet pasientenes skår med pårørende skår, varierte både innenfor fysiske og mentale dimensjoner. Det laveste pårørende skår var i den emosjonelle rolledimensjonen. I henhold til de sykdomsspesifikke spørsmålene rapporterte begge gruppene en forverret fysisk helsetilstand, men var likevel fornøyd angående de globale livskvalitetsspørsmålene om livet etter TAAA operasjonen.

Vi erkjenner at denne studien har flere svakheter. Manglende statistiske forskjeller i SF-36 skår kan mest sannsynlig forklares med det lave antall pasienter og pårørende inkludert i studien, og en vid distribusjon av HRLK-data. Det siste fenomenet er universelt i HRLK-studier. Det har blitt diskutert om hvorvidt forskjeller i SF-36 skår på mer enn ti representerer klinisk betydningsfulle forskjeller mellom pasientgrupper. Derfor vil flere av de ikke-signifikante ulikhetene som er observert i denne studien kunne representere klinisk viktige forskjeller, som kunne ha vært statistisk signifikante i en studie som inkluderte et større utvalg pasienter. Denne begrensningen er et vanlig fenomen i studier som inkluderer pasienter med sjeldne diagnoser (12,17–18). Lignende studier av abdominale aortaneurismer viser at dersom en sammenligner med en alderjustert normalbefolkning, kan pasienter gjenvinne en akseptabel postoperativ HRLK både etter elektiv og akutt kirurgi (5,6,17,19–20).

METODISKE OG ETISKE VURDERINGER

Livskvalitetsstudier av pasienter operert for TAAA kirurgi fremmer komplekse metodiske utfordringer. Virkningen av en spesifikk tilstand på egenopplevd

helse kan være maskert og vanskelig å oppdage. Derfor er det vanskelig å identifisere i hvilken grad det er aneurismetilstanden i seg selv eller utvikling av komorbiditet i årene etter inngrepet som påvirker pasientens HRLK. Pasienter kan ha ulik forventning med hensyn til livskvalitet eller de befinner seg i ulike stadier av rekonvalesens av det postoperative forløpet. Dessuten er det et utvalgsbias ettersom flere av disse inngrepene ble utført som akutte prosedyrer. Behandling av pasienter med rumperte eller smertefulle aneurismer er ulik de med asymptomatiske aneurismer, som behandles elektivt. I den siste gruppen har en tilstrekkelig tid til å forklare inngrepet og diskutere det postoperative forløpet, risiko og potensielle komplikasjoner med pasienten. Hos pasienter som opereres akutt er slike forberedelser ofte utilstrekkelige. Muligheten for å informere pasienten tilfredsstillende er derfor ofte begrenset og ofte er pasienten ikke forberedt på den store risikoen for et komplisert postoperativt forløp, med et forlenget opphold på intensivavdeling.

HRLK er i stor utstrekning brukt som resultatmål etter karkirurgi. Omfattende kirurgi, ofte forlengede intensivbehandlinger – og behandlingskostnader burde balanseres opp mot den forventede HRLK etter inngrepet (17). I diskusjonen hvorvidt en skal operer pasienter med TAAA, er den forventede HRLK en av flere faktorer som bør tas med i overveisen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

REFERANSER

- Svensson LG, Crawford ES, Hess KR et al.** Experience with 1509 patients undergoing thoracoabdominal aortic operations. *J Vasc Surg* 1993; 17: 357–70.
- Lewis ME, Ranasinghe AM, Revell MP et al.** Surgical repair of ruptured thoracic and thoracoabdominal aortic aneurysms. *Br J Surg* 2002; 89: 442–445.
- Ohlson C, Thelin S.** Quality of life in survivors of thoracic aortic surgery *Ann Thorac Surg* 1999; 67: 1262–67.
- Addington-Hall J, Kalra L.** Measuring quality of life. Who should measure quality of life? *BMJ* 2001; 322: 1417–20.
- Hennesy A, Barry MC, McGee H et al.** Quality of life following repair of ruptured and elective abdominal aortic aneurysms. *Eur J Surg* 1998; 164: 673–677.
- Korhonen SJ, Kantonen I, Pettilä V et al.** Long-term survival and health-related quality of life in patients with ruptured abdominal aortic aneurysm. *Eur J Endovasc Surg* 2003; 25: 350–353.
- How to score the SF-36 health survey.** Boston, Massachusetts: Medical Outcomes Trust; 1994.
- Beattie DK, Gollledge J, Greenhalgh RM et al.** Quality of life assessment in vascular disease: Towards a consensus. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1997; 13: 9–13.
- Mangione CM, Goldman L, Orav EJ et al.** Health-related quality of life after elective surgery: measurement of longitudinal changes. *Gen Intern Med* 1997; 12: 686–97.
- Ware JE, Gandek B.** Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 903–912.
- Ware, JE.** The SF-36 health survey. In: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996.
- Loge JH, Kaasa S, Hjermestad MJ et al.** Translation and performance of the Norwegian SF-36 health survey in patients with rheumatoid arthritis. I. Data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1069–1076.
- Loge JH, Kaasa S.** Short Form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scand J Soc Med* 1998; 26: 250–258.
- Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE.** Quality of life, impotence, and activity level in a randomized trial of immediate repair versus surveillance of small abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg* 2003; 4: 745–752.
- Prinssen M, Buskens E, Tuitein Nolthenius RP et al.** Sexual dysfunction after conventional and endovascular AAA repair: Results of the DREAM trial. *J Endovasc Ther* 2004; 11: 613–620.
- Higginson IJ, Carr AJ.** Using quality of life measures in a clinical setting. *MBJ* 2001; 322: 1297–300.
- Bohmer RD, Fleischl J, Knight D.** Quality of life after emergency abdominal aortic aneurysm repair. *Aust N J Surg* 1999; 69: 447–449.
- Osoba D, Brada M, Yung WKA et al.** Health-related quality of life in patients treated with Temoxolomide versus Procarbazine for recurrent Glioblastioma Multiforme. *J Clin Oncol* 2000; 18: 1481–1491.
- Rohrer MJ, Cutler BS, Wheeler HB.** Long-term survival and quality of life following ruptured abdominal aortic aneurysm. *Arch Surg* 1988; 123: 1213–1217.
- Joseph AY, Fisher JB, Toedter LJ et al.** Ruptured abdominal aortic aneurysms and Quality of life. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2002; 36: 65–70.

Første forfatter og medforfattere – plikter og rettigheter



Foto: Marit Fonn

Av Liv Wergeland Sørbye
sorbye@diakonhjemmet.no

I Norge er forskerutdanning for sykepleiere av relativt ny dato. Sykepleiere har fortrinnsvis publisert sine arbeider i rapportform eller monografer. Kravet til forskningsbasert kunnskap og vitenskapelig produksjon er med på å endre sykepleierens prioriteringer. Prosjekter som har fått ekstern eller intern finansiering (FoU-tid) bør både av faglige og moralske hensyn bli publisert. Takhøyden er relativt lav for publisering i intern-rapporter, men det gir liten kompetanseheving. Vitenskapelig produksjon er ikke bare meriterende for den som publiserer, men det gir institusjonen vedkommende arbeider på kreditering også i form av økonomisk støtte. I dag blir den økonomiske støtten for forfatterskap den samme uansett rekkefølge, det er tidsskriftets «impact factor» (1) som er avgjørende. Dette har skapt en kultur hvor det er fristende for mange å be om å være medforfattere. Det stilles krav og rettigheter til ulike aktører i et forskningsprosjekt. Æren og ansvaret vil alltid falle tyngst på førsteforfatter. Dersom forfatterne er likestilt, kommer de i alfabetisk rekkefølge, ellers etter innsats. Enkelte tidsskrift ønsker også en presisering av de ulike forfatternes bidrag

Vancouver gruppen utarbeidet standardiserte forfatterskapskriterier i 1985 (2). En måtte ha bidratt enten i planleggingen av undersøkelsen eller i fortolkningen av resultatene. Generell vei-

ledning av et forskningsprosjekt eller medvirkning kun i datainnsamlingen kvalifiserer ikke for forfatterskap (3).

Sykepleien Forsknings kriterier for forfatterskap (4) er utarbeidet i henhold til internasjonale retningslinjer (5). Det skal oppgis navn, adresse og e-post på den forfatter som kan kontaktes av lesere. Når et manuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at han/hun kan ta offentlig ansvar for angjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Vancouver-gruppens reviderte retningslinjer (3) slår fast at bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

- Å yte vesentlige bidrag med hensyn til idé og design – eller datainnsamling eller tolkning av data
- Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag
- Å ha gitt endelig godkjenning

Det kan gå lang tid fra en datainnsamling til et artikkelutkast er ferdig. Førsteforfatter har ofte gjort «grovarbeidet», og medforfatterne kan være opptatt av nye arbeidsoppgaver. Problemstillingene kan virke fjerne og

det er vanskelig å sette seg inn i materialet. En stoler på at førsteforfatteren har kontroll og er lite kritiske i sine tilbakemeldinger. Budskapet i Vancouverreglene er imidlertid. «Den som tar pennen i sin hånd, tar et ansvar. Den som vil dele æren, kan ikke unndra seg medansvar for innholdet i det som presenteres» (6). Som medforfatter kan du når som helst trekke deg fra en artikkel. Dette er lettere enn å overbevise et forskerteam om at ditt bidrag er berettiget et medforfatterskap.

REFERANSER

1. Wikipedia, the free encyclopedia http://en.wikipedia.org/wiki/Impact_factor
2. International Committee of Medical Journal Editors. Guidelines on authorship. *BMJ* 1985; 291: 722.
3. Nylenna M. Forfatterskapskriteriene er endret *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1844
4. Forfatterveiledning. <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=2898> 2007
5. International Committee of Medical Journal Editors <http://www.icmje.org/2007>.
6. Haug C. Forfatterskap og medforfatterskap. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 429

Ergoterapi hjelper slagrammede

Nytt fra internasjonal forskning oversatt og bearbeidet av Liv Merete Reinar

Etter å ha blitt rammet av slag kan personer ofte oppleve at de har blitt avhengige av andre. For noen kan det å få i seg mat, kle på seg, gå på toalettet og bevege seg utenfor hjemmet være gjøremål som nå blir vanskelig å gjennomføre.

Ergoterapi har som mål å hjelpe personer til å oppnå maksimalt funksjonsnivå ut fra deres egne forutsetninger. De tilbyr blant annet trening i enkelte aktiviteter, tilrettelegging i hjemmet og råd om og formidling av hjelpemidler. I Norge kan personer som har fått slag, få tilbud om ergoterapi på sykehus, på sykehjem og i hjemmet. Tilbudet varierer fra kommune til kommune.

RESULTATER

Studiene viste at:

- Slagpasienter som fikk ergoterapi hadde i gjennomsnitt litt bedre evne til å utføre daglige gjøremål enn dem som ikke fikk ergoterapi.
- Det var i gjennomsnitt liten eller ingen forskjell mellom gruppene i forhold til livskvalitet.
- Blant deltakerne som ikke fikk ergoterapi, var det flere personer som døde eller fikk forverret tilstand.

Forfatterne av denne systematiske oversikten fra Cochrane Library tok med ti randomiserte, kontrollerte studier. Totalt var det med 1348 slagpasienter fra Storbritannia, Hong Kong og Canada. Alle studiene sammenliknet slagpasienter som fikk ergoterapi med slagpasienter som ikke fikk ergoterapi. Deltakerne i studiene fikk besøk av ergoterapeut etter at de var kommet hjem fra sykehus. Resultatene ble målt tre til tolv måneder etter besøkene.

KONKLUSJON

Ergoterapi kan hjelpe personer som har hatt slag til selv å utføre daglige gjøremål. Dette er konklusjonen fra en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen på området.



Illustrasjon: M. M. Malvín

Hva ble målt?	Ergoterapi	Til fordel for	Ingen ergoterapi	Kvalitet på dokumentasjonen
Evnen til å utføre daglige gjøremål		←		Høy
Livskvalitet		↔		Middels
Død eller forverring	36 av 100	←	45 av hundre	Høy

Igangsetting av fødsel ved overtid



Et normalt svangerskap varer mellom 37 til 42 uker. Fødsler etter uke 42 (294 dager) ser ut til å gi en liten økt risiko for barnet. Hensikten med denne systematiske oversikten fra Cochrane Library var å finne ut om induksjon av fødsel ved et særskilt tidspunkt kan redusere denne risikoen eller ikke.

Forfatterne tok med 19 randomiserte studier med til sammen 7984 gravide. Studiene er fra Norge, Kina, Frankrike, India, Thailand, Storbritannia, USA, Østerrike, Tyrkia, Canada, Spania, Hong Kong og Finland og er publisert i tidsrommet 1975 til 2005.

Alle studiene inkluderte kvinner klassifisert som lavrisiko. I de fleste studiene ble fødselen igangsatt i uke 41 i intervensjonsgruppen, tre studier igangsatt i uke 38 til 40 (før 1990) og fem studier etter 42 fullgatte uker (blant annet den norske). De fleste fødsler ble igangsatt ved amniotomi og oksytocindrypp. Fem studier lot kvinnene i kontrollgruppen gå frem til uke 44 (med hyppige kontroller), to studier til uke 43 og to studier til uke 42. I de tre studier som induserte i uke 38 til 40 ble kvinnene i kontrollgruppen indusert i uke 42.

RESULTATER

Igangsetting av fødsel ved 41 uker eller senere var assosiert med færre perinatale dødsfall [1/2986 versus 9/2953: relativ risiko (RR) 0,30; 95 prosent konfidensintervall

(KI) 0,09 til 0,99]. Ved å utelate dødsfall som skyldtes misdannelser var det ingen dødsfall i induksjonsgruppen og syv dødsfall i kontrollgruppen. Den absolutte risikoforskjell er 0.00 (95 prosent KI 0,01 til 0,00). Det var ingen forskjell i risiko for keisersnitt (RR 0,92; 5 prosent KI 0,76 til 1,12; RR 0,97; 95 prosent KI 0,72 til 0,31) for kvinner indusert i uke 41 eller i uke 42. Det var færre barn med mekoniumaspirasjon (41+:RR 0,29; 95 prosent KI 0,12 til 0,68, fire studier, 1325 kvinner; 42+:RR 0,66; 95 prosent KI 0,24 til 1,81, to studier, 388 kvinner).

Ingen av studiene tok for seg kvinnenes egne opplevelser og holdninger til å sette i gang eller vente på spontan fødsel.

KONKLUSJON

Forfatterne konkluderte med at igangsetting av fødsel etter 41 uker eller senere sammenliknet med å vente til spontan fødsel eller å vente én uke er assosiert med færre perinatale dødsfall. Den absolutte risikoen er svært liten. Kvinner bør informeres både om den relative og absolutte risiko.

KILDE:

Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4.

KILDE:

Legg LA, Drummond AE, Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4.

[Bearbeidet fra artikkel skrevet av Claire Glenton, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.]

Tabell 1: Utarbeidet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Hva ble målt?	Sette i gang fødsel	Til fordel for	Vente på spontan fødsel	Kvalitet på dokumentasjonen
Perinatale dødsfall	3 av 10 000	←	30 av 10 000	Middels
Mekonium aspirasjonsyndrom	90 av 10 000	←	332 av 10 000	Middels

Pasientstyrt medisinerer gir best sm

Pasienter kan selv lindre postoperative smerter ved å administrere opioider intravenøst. Det brukes en egen pumpe som lar pasienten kontrollere tilførsel av små doser opioider, for eksempel morfin. Tidligere studier har vist at pasienter foretrekker denne formen for smertelindring framfor at sykepleier administrerer smertelindring ved behov.

Forfatterne av en nylig publisert systematisk oversikt fra Cochrane Library har sett på effekten av pasientstyrt analgesi (PCA) versus andre konvensjonelle metoder for postoperative smerter. De tok med 55 randomiserte, kontrollerte studier. Det var totalt 2023 pasienter som brukte PCA og 1838 pasienter i kontrollgruppene.

RESULTATER

PCA ga bedre kontroll over smertene og høyere brukertilfredshet enn konvensjonell intravenøs smertelindring ved behov. Pasienter som brukte PCA brukte høyere doser opioider enn pasientene i kontrollgruppene. De hadde også høyere forekomst av kløe. Ellers var det like mye av andre bivirkninger (trøtthet, kvalme, urinretensjon) i begge gruppene. Det var ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt hvor lenge de lå på sykehus.

KONKLUSJON

Pasientstyrt intravenøs smertelindring er et effektivt alternativ til konvensjonelle metoder for å lindre postoperative smerter.

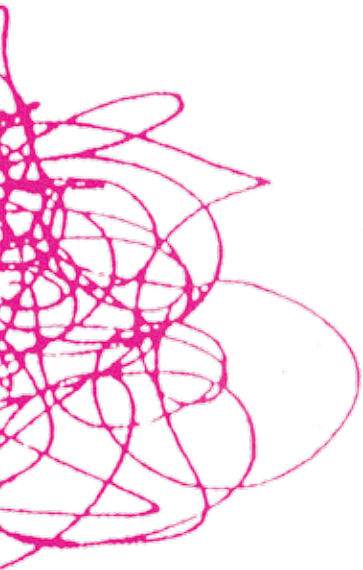
KILDE:

Hudcova J, McNicol E, Quah C et al. Patient controlled opioid analgesia versus conventional opioid analgesia for postoperative pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4.



Intertelindring

Hva er Cochrane Library?



Cochrane Library er en database med systematiske oversikter og annen forskning om effekter av virkemidler i helsetjenesten.

Systematiske oversikter kjennetegnes ved at de har et klart spørsmål og ved at forfatterne gjør rede for hvordan de går fram for å finne svaret. De har en klar søkestrategi og klare kriterier for hva som skal med og hva som ikke skal med av studier. Forfatterne beskriver også hvordan de har gått fram for å kritisk vurdere forskningen og hvordan de sammenfatter resultater fra flere studier.

Cochrane Collaboration er en internasjonal organisasjon som oppsummerer pålitelig kunnskap om effekt av virkemidler innen helsetjenesten.

- Hva er effekten av tiltak x
- Hva er effekten av tiltaket for y
- Er z effektivt for å behandle y
- Er z bedre enn x for å behandle y

Du bør ikke bruke Cochrane Library i dag når du har generelle helsespørsmål om:

- årsak, prognose, diagnostikk, epidemiologi, etc.
- Statistikk (prevalens og insidens)
- Kvalitativ forskning
- Primærforskning annet enn randomiserte, kontrollerte forsøk
- Retningslinjer

Cochrane Library er tilgjengelig for alle via helsebiblioteket.no

NÅR BØR DU BRUKE COCHRANE LIBRARY?

Du bør bruke Cochrane Library når du har effektspørsmål av typen:



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

Illustrasjon: Malvin

Av Odd Letnes f. 1958

Journalist med erfaring fra

fagpresse og forskningsjournalistikk

Tellekantene på vei inn i norsk forskning

› Myndighetene har de siste årene lett etter et håndterbart system for å premiere økt forskningsformidling. Svarene er det som har blitt kalt «tellekantreformen».

For forskere har det alltid vært viktig å publisere arbeidene sine i faglig høyt ansette tidsskrifter. Publiseringer man her, er man garantert en positiv kommentar fra kolleger på neste internasjonale konferanse eller e-post fra fagfeller på andre siden av kloden. Felles for disse publikasjonene er at de er på engelsk og at de har en liten leserkrets. Det viktige er at de leses av de riktige personene i de riktige – toneangivende – forskningsmiljøene.

I dag er det også andre grunner til å sikte mot de tyngste internasjonale fagtidsskriftene. Å publisere her, gir ikke bare anerkjennelse, men også klingende mynt til den forsknings-

institusjonen man er en del av. For en viss andel av pengene til de vitenskapelige institusjonene blir nå fordelt i forhold til det antallet vitenskapelige tekster som forskerne ved institusjonen publiserer.

Publiseres det i velansette vitenskapelige tidsskrifter eller på prestisjetunge forlag, får institusjonen mer penger enn når det ikke publiseres i det hele tatt eller om det skjer i tidsskrifter som ikke er tilstrekkelig ettertraktede eller prestisjetunge.

OGSÅ AVISER?

Bakgrunnen for reformen er at myndighetene ønsker et finansieringssystem som tar utgangspunkt

i hva universitetene og høyskolene faktisk produserer innenfor forskning. Samtidig har en søkt etter en måte å gjøre det på uten å gå inn i en diskusjon om innholdet i de enkelte arbeidene.

Publisering i vitenskapelig tidsskrift eller på vitenskapelig forlag er her den viktigste indikatoren. Dette er formidling fra forsker til forsker, kan man si, og det gis publikasjonspoeng i forhold til om tidsskriftet eller forlaget finnes på en godkjent liste. Man har valgt å operere med to nivåer, hvor de mest anerkjente gir størst uttelling.

Men nå ønsker man å gå et skritt lenger og også premiere ikke-vitenskapelig formidling.

FAKTA:

Forslag til «allmennrettede» aktiviteter som skal gi økonomisk uttelling til forskernes institusjoner. Foreløpig er de ikke vektet

1. Omsetning: Eksterne inntekter fra salg av tjenester og publikasjoner

2. Innovasjon og samhandling med arbeidslivet

- bedrifter (selskapsetableringer)
- lisenser
- studentprosjekt

3. Publikasjoner

- bøker, læremidler og faglige ressurser
- artikler i fagtidsskrift

- aviskronikker og innsiktsartikler

4. Foredrag/posters på brukerrettede fagkonferanser

5. Medier og direkte formidling

- bidrag til publikumsarrangementer
- bidrag i massemedia (inkludert nettaviser)



I en «fase 2» av reformen er det nå utarbeidet et forslag til indikatorer som kan brukes for allmennrettet formidling, altså når forskerne ikke skal formidle til hverandre, men til et større publikum. I det forslaget som nå har vært til høring, foreslås det fem ulike indikatorer (se faktaboks) som skal få betydning for universitetenes og høgskolenes budsjetter.

FORSKER HANSENS KVAL

Hvordan vil nå alt dette kunne påvirke forsker Hansens hverdag? Hansen har nylig tatt en doktorgrad i sykepleievitenskap innenfor et tema med forankring i sosiologi. Etter endt disputas vil Hansen gjerne publisere funnene sine i en artikkel. Han tenker at temaet – «Kvalitet på sykepleietjenester sett i forhold til lønn og sosial status» – har såpass allmenn interesse at en aviskronikk kunne egne seg godt.

Hansen sjekker det nye indikatorsystemet for formidling og finner ut at det bare ville gi ham 0,25 poeng. (Systemet/poengene er foreløpig ikke vedtatt, men det gir et hint om hvordan det kan bli.) Han når ut til mange lesere, men det vil nesten ikke forandre et siffer på budsjettet. Men hva med et tidsskrift som Samtiden? Her når han ut til et noe smalere publikum, og det er kanskje en

mer «riktig målgruppe»? Et blikk på indikatorene får Hansen til å skifte mening. Samtiden gir 0,5 poeng og ikke særlig mye penger i kassa.

Da får jeg prøve Acta Sociologica, tenker Hansen. Og ganske riktig, Acta er et vitenskapelig tidsskrift med såkalt fagfelleevaluering (peer review) – og det gir to poeng og et godt tilskudd på neste års budsjett for institusjonen. Så får han heller ta til takke med at han ikke når ut til så mange lesere, ja, bare en håndfull kolleger egentlig. Og i tillegg må han skrive artikkelen på engelsk.

HISSIG DEBATT

Utformingen av «tellekantsystemet» har pågått i flere år, og parallelt med myndighetenes utredninger har det foregått en diskusjon innenfor forskning og fagpresse. Et knippe av opposisjonens innlegg er nå samlet i boka Hva skal vi med vitenskap? (Universitetsforlaget, 2006).

Mange innlegg springer ut av frykten for at norsk vil dø som forskningsspråk når forskere «tvinges» til å publisere i engelskspråklige fagtidsskrifter. Andre er skeptiske til den bedriftsøkonomiske tenkningen i reformen. For mens forskningsformidling tradisjonelt har dreid seg om «meningsdannelse i det offentlige rom», er det i tellekantreformen

omdefinert til «verdidannelse i arbeidslivet», mener enkelte.

Andre fnyser av slike innvendinger (som gjerne kommer fra universitetskretser), særlig miljøer som er mer opptatt av praktisk rettet forskning og utvikling. Her gis det varm applaus til at for eksempel innovasjon og samhandling med næringslivet i framtiden vil kunne gi mer økonomisk uttelling.

HANSEN PÅ PAUSEROMMET

Tilbake til Hansens kval. I dag er det bare publisering i Acta S. som ville ha gitt instituttet hans økonomisk uttelling. Men i det forslaget som nå ligger til behandling i utredningen, legges det opp til at formidling i aviser og ikke-vitenskapelige tidsskrifter i alle fall skal gi noe økonomisk uttelling.

Hvem vet – om få år vil du kanskje kunne sitte på pauserommet å lese pålitelige artikler om nyvinninger i sykepleiefaget i din egen lokalavis, og ikke være nødt til å hakke deg gjennom tunge vitenskapelige spesialtidsskrifter. Dersom du har tid til å ta en pause da ...



HVA VET DU ... OM TORAKOABDOMINALE ANEURISMER?

Test din kunnskap om torakoabdominale aneurismer. Mer om emnet finner du blant annet på s. 42 i artikkelen «Helserelatert livskvalitet hos langtidsoverlevende etter kirurgi for torakoabdominalt aorta-aneurisme», av Trine M. Olberg Eide og medarbeidere.

Kryss av for hvert riktige svar. Flere av svaralternativene kan være riktige. Løsningen finner du på www.sykepleien.no.

1. Torakoabdominalt aneurisme omfatter

- Thoracal aorta
- Abdominal aorta
- Både thoracal og abdominal aorta

2. Symtomen på aneurismet kan være

- Asymptomatisk
- Brystsmerter
- Ryggsmerter
- Akutte magesmerter

3. Diagnostisering

- Arterielle blodgasser
- Rtg thorax
- Ct-thorax
- Ekg + infarktstatus

4. Differensialdiagnoser

- Hjerteinfarkt
- Akutt abdomen
- Apoplexi
- Parestesier/pareser i u ex

5. Aktuell behandling

- Konservativ uten aktiv behandling
- Antihypertensiv behandling
- Kirurgisk behandling
- Blodfortynnende medikasjon

6. Mulige komplikasjoner

- Paraplegi
- Kroniske smerter
- Døvhets
- Sexuell dysfunksjon

NYTT OG NYTTIG

58: Å LETE ETTER SVAR

62: SKRIV EN ARTIKKEL



Å LETE ETTER SVAR

For deg som vil finne forskning

I praksis møter vi daglig kliniske utfordringer og spørsmål. Mange av dem trenger svar. Dette var tema i første artikkel i denne serien (1). Nå tar vi med noen av spørsmålene og viser veier du kan gå i kunnskapsjungelen.

Sykepleiere og andre helsearbeidere tyr til forskjellige kilder for kunnskap. De spør gjerne en kollega, en ekspert, gjør det de lærte på skolen, bruker lærebøker og de bruker internett. Andres evner til å være oppdatert, er som regel ikke noe bedre enn egen evne. Det kan være en stund siden skolegang, lærebøker vil aldri inneholde kunnskap som er nyere enn to år og hvordan vite hvilken kunnskap som er troverdig på internett? Dette er en diskusjon om hva det er mest nyttig å lese og hvor det er lettest å lete. I artikkelen drøfter vi noen typer informasjon og peker på noen kunnskapskilder.

> HVORFOR SYKEPLEIERE IKKE LESER FORSKNING

Vi har kunnskap fra mange kilder om at de fleste praktiserende sykepleiere (2):

- ikke leser forskningsrapporter
- ikke leser vitenskapelige tidsskrift for sykepleiere regelmessig
- lett blir «lei» når de leser en artikkel
- finner språket komplisert og fullt av sjargonger
- ikke forstår statistikk fordi de ikke er vant til det
- ikke forstår hovedvekten av publiserte studier
- ikke kan vurdere kvaliteten på forskningen

«Alle» har forstått at det er viktig å bruke forskning for å utdype standpunkter. Men ofte brukes forskningsresultater på en usystematisk og forvirrende måte. Resultater fra ulike studier trenger ikke å være sammenfallende. Det er alltid mulig å finne et resultat som underbygger en hvilken som helst mening. Dette gir svært spinkelt grunnlag for å gi råd til pasienter eller skrive en prosedyre. Det er krevende å sjekke dokumentasjonen som ligger bak sterke påstander selv. Da er det bedre med samarbeid om fagutvikling som tar hensyn til ny kunnskap, setter den inn i sammenhengen og deler med andre.

> SYSTEMATISKE OVERSIKTER

Det ideelle for å svare på faglige spørsmål, særlig de som handler om effekt av tiltak, er komplette, oppdaterte oversikter over all god kunnskap på området. Effektspørsmål er av typen: «Er det vits i å ...?», «Virker det?» og «Gjør vi mer nytte enn skade?». Det trengs systematiske oversikter. Dette er en måte å trekke sammen kunnskap på der forfatterne bruker eksplisitte og systematiske metoder. Med eksplisitte metoder menes «synlige og forståelige». Det er noe annet enn «uforklart og uforståelig» som når en gruppe med eksperter blir enige om noe uten å redegjøre for hvordan de er kommet fram til resultatet. Systematiske metoder betyr at

forfatterne bruker og redegjør for en systematikk i innhentning og vurdering av dokumentasjonen.

Usystematiske oversikter og litteraturstudier som typisk ikke inneholder noen beskrivelse av hvordan de ble laget, spenner fra det helt glitrende, språklig og innholdsmessig, til det dårlige. Det store problemet er at det er vanskelig å vite om vi kan stole på dem. Veldig mange forsøk på å oppsummere kunnskap, for eksempel i retningslinjer for praksis, er usystematiske oversikter. Men det finnes flere beskrivelser av hvordan man bør gå fram for å lage systematiske oversikter og gode retningslinjer (3;4).

> GODE PRIMÆRSTUDIER

Nest etter gode systematiske oversikter er gode, enkeltstående undersøkelser eller studier den viktigste kilden til pålitelig informasjon. For spørsmål om effekt av tiltak er det randomiserte forsøk vi bør lete etter. Dette er enkeltstudier der forskerne tilfeldig har fordelt personer til intervensjons- eller kontrollgruppe. På den måten sikres sammenliknbare grupper og resultatene kan være pålitelige.

> DATABASER

Skal du finne relevante artikler etter et gitt emne kan du søke i databaser. Her kan du finne artikler, sammendrag eller oversikter og studier avhengig av hvordan du søker. Det å søke konstruktivt i databaser krever litt trening og litt opplæring, men er ikke vanskelig, selv om det er en fordel å være fortrolig med engelsk.

I de fleste databaser vil du etter å ha gjort et emnesøk finne:

- Tittel på artikkel
- Forfatter
- Tidsskrift, når og hvor
- Et kort sammendrag

Artiklene det henvises til vil ikke ha vært gjennom noen kvalitetsvurdering før den når deg som en referanse. Du må selv velge hvilke artikler du skal skaffe deg, bestille dem eller hente dem på fagbibliotek og så kritisk vurdere dem selv eller sammen med andre (i lesegrupper). Fordelen med databasene er at de søker i svært mange tidsskrift som gjør jobben med å finne artikler lettere. Søker du i flere databaser vil du finne tidsskrift og publikasjoner fra hele verden.

Via www.helsebiblioteket.no er det tilgang til databaser og tidsskrifter på ett nettsted. For informasjon om hvordan du får full tilgang, se forrige nummer av Sykepleien Forskning (5). På Helsebiblioteket finner du blant annet:

- Cochrane Library (database med systematiske oversikter og randomiserte studier)
- Evidence Based Nursing, Evidence Based Medicine og Evidence Based Mental Health (sekundærtidsskrift)

- Medline, EMBASE, Cinahl, AMED, Psyc INFO og PEDro (for alle typer forskningsartikler)
- Mange tidsskrifter (for eksempel Tidsskrift for Den norske lægeforening, BMJ, Lancet og JAMA)

> SEKUNDÆRTIDSSKRIFTER

I sekundærtidsskriftene «støvsuger» redaksjonen flere hundre fagtidsskrifter og vitenskapelige tidsskrifter. De vurderer de publiserte studienes faglige innhold. De beste og mest relevante velges ut og det blir skrevet sammendrag. Studiene blir kritisk vurdert og en fagperson kommenterer metodisk design og kvalitet. Personen relaterer også studiens innhold og konklusjoner til praksis. Sekundærtidsskrift vil vurdere alle typer forskning.

Type spørsmål	Database	Type forskning
Effektspørsmål	Cochrane Library DARE & HTA Cochrane Central	Systematiske oversikter Kontrollerte studier
Andre spørsmål (diagnose, etiologi, prog- nose, kvalitativ forskning)	PubMed Clinical Queries EMBASE Cinahl AMED PsycINFO	Primærstudier, systematiske og usystematiske oversikter

Tabell 1: «Evidence-Based answers to clinical questions for busy clinicians» (9)

> SØKE HVOR?

Tabell 1 viser grovt hvor det er mest hensiktsmessig å søke etter forskningsartikler. Det er hvilken type spørsmål du har som avgjør søkestrategien. Det er også viktig å ha klart for seg hvilken populasjon, hvilket virkemiddel og hvilket utfall du er mest opptatt av. Lag et «PICO»-skjema. Mer om å stille spørsmål som det går an å svare på finnes i Sykepleien Forskning nummer 1 2007 (6) eller mer utfyllende i kapittel 3 i boka til Jamtvedt og medarbeidere (7).

Dersom du er på leting etter kvalitativ forskning bør du lese og følge rådene du finner i artikkelen til Hole og Nordheim i Sykepleien 1/07 (8).

> TIDSSKRIFTER

Forskere og klinikere deler kunnskap og erfaring som gjelder eget fagområde i egne fagtidsskrifter. Disse tidsskriftene har også ofte som mål å holde leserne oppdatert på forskning relatert til faget. Det finnes utallige tidsskrifter innen medisin, og for sykepleiere er det i hvert fall 20 til 30 tidsskrifter som er aktuelle på et nordisk eller engelsk språk. Ingen har tid eller

mulighet til å lese så mye hver måned. Det må gjøres noen valg.

Når du skal velge hva du bør bruke tid på å lese kan du stille følgende spørsmål:

1. Er tidsskriftet kvalitetsvurdert? Blir artikler som aksepteres i tidsskriftet kritisk lest og vurdert av eksperter (fagfellevurdering)?
2. Retter tidsskriftet seg mot lokale, nasjonale eller internasjonale forhold?
3. Tar tidsskriftet inn både kvalitative og kvantitative studier? Hva slags kvalitetsvurdering blir studiene utsatt for før publisering? Inneholder de mest «siste nytt», personlige erfaringer innen fagområdet og en generell diskusjon rundt aktuelle og mindre aktuelle temaer?

Også velrenommerte tidsskrifter har sine begrensninger. Det er vist at studier med et «positivt» funn, det vil si at en behandling er vist å bedre eller skade helsetilstanden til en pasientgruppe, har større mulighet til å bli publisert enn en studie som ikke viser noen klar effekt (10). En annen begrensning er at det er kostbart for den enkelte sykepleier å abonnere på de tidsskrift de velger å lese. Mange tidsskrift er som nevnt tilgjengelig gratis via Helsebiblioteket, men en del gode sykepleiertidsskrift mangler på listen.

> PROSEDYRER/METODEBØKER

I veiledere eller metodebøker finnes «hummer og kanari». Institusjonen, kommunen eller fagforeningen produserer veiledere som et ledd i å kvalitetssikre praksisen til medarbeiderne. Men kvaliteten på disse veilederne varierer. Er anbefalingene gitt på godt vitenskapelig grunnlag, som for eksempel systematiske oversikter? Oppgis det referanser slik at leseren selv kan gå til kilden og sjekke validiteten av forskningen som ligger til grunn for anbefalingene? Eller er veilederen skrevet etter overlegens for godt befinnende? Det finnes som før nevnt en god norsk bruksanvisning for hvordan man kan gå fram for å lage gode veiledere og metodebøker (4).

> LÆREBØKER

Studenter har nytte av lærebøker for å skaffe seg overblikk over faget. Det eneste du kan bruke lærebøker til, er å finne kunnskap som i liten grad forandrer seg over tid. Det betyr kunnskap om for eksempel anatomi, fysiologi, epidemiologi og statistikk. Og innen sykepleiefaget er det mange gode lærebøker innen utvikling av sykepleieteorier.

En lærebok vil alltid på grunn av skrive- og publiseringstid inneholde kunnskap som i beste fall var ny og oppdatert for to år siden. Det kan være vanskelig å sjekke om kunnskapen er gyldig fordi forfattere av

lærebøker ikke alltid oppgir referanser eller på annen måte underbygger anbefalingene de formidler.

> Å FINNE SVAR ...

Den første artikkelen i denne serien endte med tre eksempler på spørsmål fra praksis (1). Vi vil nå kort vise hvordan vi kan gå fram for å finne noen svar.

- Vil foreldre som tilbys sorggruppe etter å ha mistet et barn mestre sin situasjon bedre enn de som bare får rutinemessig oppfølging?

Dette er et spørsmål om effekten av et tiltak (intervensjon eller virkemiddel). Forskningsbasert kunnskap som egner seg best til å besvare spørsmålet vil være en systematisk oversikt basert på randomiserte, kontrollerte forsøk. Ved å søke i Cochrane Library of Systematic Reviews med følgende søkeord: perinatal death AND support fant vi én systematisk oversikt (11). Denne oversikten mangler studier og konkluderer med at det trengs ny god forskning på området.

- For spedbarn som får MMR-vaksine, hva er forekomsten av autisme sammenliknet med barn som ikke får vaksinen?

Dette er et spørsmål om hvordan det går med barn som får eller ikke får MMR-vaksine. Det er altså et prognosespørsmål. Denne typen spørsmål kan besvares ved hjelp av kohortstudier. Ved å søke i PubMed (lenke fra helsebiblioteket.no) og bruke søkeverktøyet «clinical queries» (tast på venstre meny) med søkeord: MMR AND autism, og begrense søket til kategori prognose (et valg under søketermer) fikk vi seks treff (12–17). To av artiklene var en dansk studie publisert i to tidsskrifter. Alle artiklene ser ut til å være relevante for vårt spørsmål. De er publisert i perioden 2001 til 2005. Fem artikler er et overkommelig treff og artiklene bør innhentes i fulltekst (Madsen og medarbeidere (14) er også tilgjengelig på dansk). De bør så leses med kritisk blikk. Det finnes også en systematisk oversikt i Cochrane Library (søkeord MMR AND autism) (18).

- Hvordan opplever pårørende det når pasienter dør hjemme?
- Hvordan opplever pårørende det når pasienter dør på sykehjem?

Dette er spørsmål som best besvares med kvalitativ forskning. Men et søk i Clinical Queries via PubMed (søkeord: carer AND death AND home) fant tre referanser som ved første øyekast ser aktuelle ut (19–21). Et søk i Cinahl (via helsebiblioteket.no) med samme søkeord ga 29 treff. Av disse var det fem kvalitative studier som

ser relevante ut og noen av dem er også tilgjengelig i fulltekst via Helsebiblioteket (22–26).

Informasjonen som finnes i systematiske oversikter og i sekundærtidsskrifter betyr at noen har vurdert relevante studier for oss, og at informasjonen dermed er lettere tilgjengelig for og i praksis. Til tross for kvalitetsvurdering før publisering i vitenskapelige tidsskrifter, er ikke alle publiserte studier gode og gyldige og til å stole på. Neste artikkel i denne serien skal handle om å kritisk vurdere artikler og forskning.

Denne artikkelen bygger blant annet på tidligere publisert artikkel (27). Databasesøket ble gjort 17. januar 2007.

REFERANSER

- (1) **Reinar L.** Det starter med et spørsmål. *Sykepleien Forskning* 2006;1(1):62–4.
- (2) **Webb C.** Writing for publication - an easy to follow guide for any nurse thinking of publishing their work. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2006.
- (3) **Higgins J, Green S, editors.** Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.6 [updated September 2006]. The Cochrane Library, Issue 4, 2006 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd 2006.
- (4) **Retningslinjer for retningslinjer.** Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer. Revidert utgave 2002: Statens helsetilsyn; 1998.
- (5) **Hernæs N.** Logg deg inn. *Sykepleien Forskning* 2006;1(1):65.
- (6) **Kuven B.** Hvordan introdusere kunnskapsbasert praksis i høgskolen. *Sykepleien Forskning* 2006;1(1):34–41.
- (7) **Jamtvedt G, Hagen K, Bjørndal A.** Kunnskapsbasert fysioterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2003.
- (8) **Hole G, Nordheim L.** Den som leitar skal finne. *Sykepleien* 2007;95(1):34–5.
- (9) **Evidence-Based answers to clinical questions for busy clinicians.** The Centre for Clinical Effectiveness, Monash Institute of Health Services Research, Melbourne, Australia 2006.
- (10) **Egger M, Smith GD.** Bias in location and selection of studies. *BMJ* 1998;316(7124):61–6.
- (11) **Chambers H, Chan F.** Support for women/families after perinatal death. The Cochrane Library, Issue 2, 2006 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd 1998.
- (12) **Honda H, Shimizu Y, Rutter M.** No effect of MMR withdrawal on the incidence of autism: a total population study. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46(6):572–9.
- (13) **Geier DA, Geier MR.** A comparative evaluation of the effects of MMR immunization and mercury doses from thimerosal-containing childhood vaccines on the population prevalence of autism. *Med Sci Monit* 2004;10(3):I33–I39.



Vil du publisere i *Sykepleien Forskning*?
Les forfatterveiledning på www.sykepleien.no

[14] Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, Schendel D, Wohlfahrt J, Thorsen P, et al. [MMR vaccination and autism--a population-based follow-up study]. *Ugeskr Laeger* 2002;164(49):5741-4.

[15] Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, Schendel D, Wohlfahrt J, Thorsen P, et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *N Engl J Med* 2002;347(19):1477-82.

[16] Dales L, Hammer SJ, Smith NJ. Time trends in autism and in MMR immunization coverage in California. *JAMA* 2001;285(9):1183-5.

[17] Kaye JA, del MM-M, Jick H. Mumps, measles, and rubella vaccine and the incidence of autism recorded by general practitioners: a time trend analysis. *BMJ* 2001;322(7284):460-3.

[18] Demicheli V, Jefferson T, Rivetti A, Price D. Vaccines for measles, mumps and rubella in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4 2005.

[19] Townsend J, Frank AO, Ferment D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, et al. Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *BMJ* 1990;301(6749):415-7.

[20] Grande GE, Farquhar MC, Barclay SI, Todd CJ. Caregiver bereavement outcome: relationship with hospice at home, satisfaction with care, and home death. *J Palliat Care* 2004;20(2):69-77.

[21] Thomas C. The place of death of cancer patients: can qualitative data add to known factors? *Soc Sci Med* 2005;60(11):2597-607.

[22] Taylor L. UK palliative care professionals identified service infrastructure, patient and carer attitudes and characteristics, and practice culture as influencing place of death of patients with cancer. *Evid Based Nurs* 2006;9(1):32.

[23] McCall K, Rice AM. What influences decisions around the place of care for terminally ill cancer patients? *Int J Palliat Nurs* 2005;11(10):541-7.

[24] Milberg A, Strang P. Exploring comprehensibility and manageability in palliative home care: an interview study of dying cancer patients' informal carers. *Psychooncology* 2004;13(9):605-18.

[25] Gott M, Seymour J, Bellamy G, Clark D, Ahmedzai S. Older people's views about home as a place of care at the end of life. *Palliat Med* 2004;18(5):460-7.

[26] Proot IM, bu-Saad HH, Crebolder HF, Goldsteen M, Luker KA, Widdershoven GA. Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Scand J Caring Sci* 2003;17(2):113-21.

[27] Reinart L, Bjørndal A. Å lete etter svar. *Tidsskrift for jordmødre* 1999;3(3):15-8.

SKRIV EN ARTIKKEL

Publisering i vitenskapelige tidsskrifter

Tekst: Liv Merete Reinar, Hege Kornør

De siste årene er det blitt stadig vanligere at sykepleiere bygger på utdannelsen sin med universitetsfag. Mange tar en mastergrad og noen tar steget helt ut med en doktortgrad. På denne måten blir sykepleiere også i økende grad involvert i forskning. Ofte innebærer universitetsstudier å gjennomføre et eget lite forskningsprosjekt. Slikt kan det bli vitenskapelige artikler av. Vi vil her gi noen gode tips på veien for deg som vurderer å publisere forskningsarbeidet ditt.

Før du går i gang med å skrive artikkel bør du tenke gjennom hvem du ønsker skal lese den. Er det utøvende sykepleiere eller er det forskere som trenger å få kjennskap til det du skriver? Vil du skrive på norsk eller engelsk? Ved å ta stilling til slike spørsmål vil valg av tidsskrift bli enklere.

> LES FORFATTERVEILEDNINGEN NØYE!

Alle vitenskapelige tidsskrift har forfatterveiledning. Les den nøye før du går i gang med å skrive. I forfatterveiledningen får du informasjon om artikkelstruktur, lengde (antall ord), referansesystem og hvordan artikkelen skal leveres. Det finnes et nettsted som samler lenker til alle verdens tidsskrifter (Mulford Library på <http://mulford.mco.edu/instr/>). Her finner du for eksempel forfatterveiledningen til Tidsskrift for Den norske lægeförening og for Vård i Norden. For Sykepleien Forskning, gå til: sykepleien.no.

> LAG EN DISPOSISJON!

Disposisjonen skal ha hovedoverskrifter og underoverskrifter. Det kan være til stor hjelp å angi antall ord for hver seksjon. Sjekk med forfatterveiledningen til tidsskriftet du ønsker å publisere i. De fleste vitenskapelige tidsskrifter krever at artikler er strukturert etter «IMRaD»-modellen (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- Innledning
- Metode
- Resultater
- Diskusjon

Denne strukturen gjelder både kvantitative og kvalitative studiedesign. I tillegg skal artikkelen omfatte viktige elementer som tittel, sammendrag, nøkkelord, problemstilling, konklusjon og referanser.

> TITTEL

Artikkelens tittel bør være konsis, informativ og lett forståelig. Tittelen bør fange leserens oppmerksom-

het samtidig som den verken overdriver eller forenkler funnene. Den bør klart vise hva artikkelen handler om; hvilken populasjon, hvilken problemstilling og hvilken metode som er brukt.

> SAMMENDRAG

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelen. Den skal dekke innledning, hva som er hensikten med studien, metoden som er brukt, hovedresultatet og konklusjon. Ofte skal dette gjøres med 200 ord. Husk at det er ordene i tittel og sammendrag som blir søkbare i databaser som Medline og Cinahl. Valg av ord kan avgjøre i hvilken grad artikkelen hentes inn og blir brukt av andre senere.

> NØKKELOD

Nøkkelord settes opp for å hjelpe indekseringen av artikkelen i databaser. De bør dekke følgende: pasientgruppen, setting, type forskning, metode og profesjon(er).

> INNLEDNING ELLER BAKGRUNN

Bakgrunnsdelen i artikkelen skal klart vise hvilket problem eller spørsmål du er opptatt av og hvorfor studien er viktig. Den skal ha få, men velvalgte og oppdaterte referanser. Den skal være en appetittvekker og den skal vise at forfatteren har satt seg grundig inn i stoffet. Det skal komme fram hvorfor studien er gjort. Hva vet vi? Hva trenger vi å vite? Bakgrunnen bør avsluttes med et par setninger som for eksempel begynner med: Hensikten med denne studien var å ... Det bør komme fram hvilken populasjon, hvilke tiltak eller fenomen, hvilken metode og hvilke utfallsmål som skal studeres.

> METODE

Under metode skal du beskrive hvordan forskningen ble designet og utført. Ulike forskningsmetoder eller design skal gjerne rapporteres forskjellig og det finnes egne internasjonalt anerkjent rapporteringsstiler. Det finnes egne internettsider for mange slike stiler (tabell 1). Metodedelen bør innholde opplysninger om deltakere, framgangsmåte, instrumenter, analyser, utfall og variabler.

> RESULTAT

Resultatdelen skal tørt referere funnene og rettes mot spørsmålene/problemmstillingene i innledningen. Det skal ikke gjøres tolkninger her. Tabeller og figurer skal ha klar og informativ overskrift og være utformet slik at de kan studeres uavhengig av teksten. De fleste tidsskrift vil at tabeller og figurer leveres på egne ark, som vedlegg til artikkelteksten. Det finnes noen råd om hvordan fotnoter merkes, men sjekk med tidsskriftet du ønsker å publisere i.

> DISKUSJON

Diskusjonen innledes med en setning som gjengir hovedresultatet i studien. Den skal også ha et eller flere avsnitt hvor forfatteren tar selvkritikk. Hva betyr funnene? Hva er begrensingene i studien? Hva er styrken i studien? Hva sier annen forskning? Det er igjen viktig å kjenne litteraturen godt og kunne vise det med gode og oppdaterte litteraturhenvisninger. Det er lov å spekulere og lansere nye ideer. Og ha gjerne med et avsnitt om hva funnene i studien kan bety for praksis.

> KONKLUSJON

Konklusjonen skal besvare spørsmålet som ble stilt i utgangspunktet. Det er viktig å justere styrken etter hvor sikre funnene er. Pass på å ikke vær for påståelig.

> REFERANSER

Alle tidsskrift stiller krav til hvordan referanselisten skal se ut. Sjekk med tidsskriftet du ønsker å publisere i. De mest brukte systemene i medisinske tidsskrift er Vancouver eller Harvard. Skaff deg tilgang til et referansehåndteringsprogram som Endnote eller Reference Manager. Bruker du et slikt program fra starten av skrivingen (eller enda bedre fra starten av forskningsprosjektet) blir jobben med referanselistene hundre ganger lettere.

> FORFATTERSKAP

Krav til hva som skal til for å være med i forfatterskapet på en artikkel fordrer at alle forfatterne har bidratt betydelig. Det er enighet om at følgende skal være dekket hos alle på forfatterlisten:

- Å yte vesentlige bidrag med hensyn på idé og design – eller datainnsamling eller tolkning av data
- Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag
- Å ha gitt endelig godkjenning.

Mange tidsskrift krever opplysninger om at studien er vurdert av forskningsetisk komité. I tillegg er det ofte krav om at forfattere tilkjenner mulige interessekonflikter.

> «OPEN ACCESS», COPYRIGHT OG RETT TIL EGENPUBLISERING

Sykepleien Forskning, sammen med et økende antall tidsskrift internasjonalt, gjør originale forskningsartikler tilgjengelig for alle via internett («open access»). Forfattere som publiserer her beholder også copyright selv og kan for eksempel publisere den fra et nettsted på den institusjonen de er ansatt ved.

Initiativ	Type design	Internettadresse
CONSORT	Randomiserte, kontrollert studier	http://www.consort-statement.org
STARD	Diagnostiske tester	http://www.consort-statement.org/stardstatement.htm
QUOROM	Systematiske oversikter og meta-analyser	http://www.consort-statement.org/Initiatives/MOOSE/moose.pdf
STROBE	Observasjonsstudier innen epidemiologi	http://www.strobe-statement.org

Tabell 1: Internasjonale rapporteringsstiler for ulike forskningsdesign.

Hentet fra: «Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication» (<http://www.icmje.org/>).

> OPPSUMMERING

Publisering i et vitenskapelig tidsskrift fordrer god planlegging og en god disposisjon. Tenk på publisering samtidig som selve forskningsprosjektet settes i gang. Mange stiler (som i tabell 1) kan også brukes som mal for forskningsprotokollen. Vær nøye med å følge forfatterveiledningene til de enkelte tidsskrift. Rapport de ulike delene av forskningen der de hører hjemme, i innledningen, i metoden, i resultatene eller i diskusjonen.

Lykke til!

LES MER

- (1) Webb C. Writing for publication - an easy to follow guide for any nurse thinking of publishing their work. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2006.
- (2) Bakketeig L, Magnus P. Epidemiologi og prosjektplanlegging. 1. utgave ed. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1993.
- (3) American Psychological Association. Publication Manual of the American Psychological Association. Washington, DC: APA; 2001.

DEBATT OG DEMENTI

> HVA MENER LESERNE?

«Jeg vil takke for ett flott tidskrift. Dette er et viktig skritt for å sette søkelyset på sykepleierforskning. Måten det blir presentert på gjør også forskning mer tilgjengelig for alle. :o) Vennlig hilsen medlem: 1046523, Carina Tolstrup.»

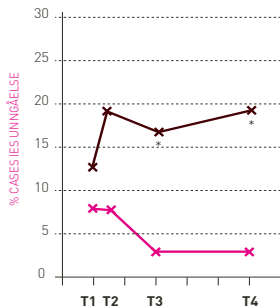
«Jeg synes Sykepleien Forskning er veldig bra! Layouten er oversiktlig og leservennlig. Stoffet er variert og ryddig, men kanskje er det for ryddig? Det blir spennende å se om det blir et mangfold i forskningstilnæringer som blir presentert her. Vennlig hilsen Marianne Eika.»

> VI BEKLAGER!

I første utgave av Sykepleien Forskning, 1/2007, trykket vi «Tabell 1» på s. 27 og «Figur 2» på s. 29 med diverse feil/mangler. Vi har derfor valgt å gjengi tabellene nedenfor, i korrekt versjon.

FIGUR 2

— x Spontan abort (N=40 -39)
— x Provosert abort (N=80 -70)



T1 - 10 dager etter aborten
T2 - 6 måneder etter aborten
T3 - 2 år etter aborten
T4 - 5 år etter aborten

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tabell 1: Kvinnene som deltok i undersøkelsen. Signifikansnivå for forskjeller mellom de to abortgruppene variabler er også vist.

	Kvinner med spontan abort n = 40. ('1')	Kvinner med provosert abort n = 80. ('2')	Point biserial r / X ²
Ved T1 (10 dager etter aborten)	Gjennomsnitt [95% CI]	Gjennomsnitt [95% CI]	
Alder (i år)	30.1 [28.2–31.9]	27.7 [26.2–29.3]	r = -0.17, n.s.
Svangerskapslengde (uker)	10.5 [9.4–11.5]	9.6 [9.3–9.9]	r = -0.18, n.s.
Antall tidligere provoserte aborter	0.3 [0.1–0.5]	0.3 [0.2–0.4]	r = -0.02, n.s.
Antall tidligere spontane aborter	0.4 [0.2–0.6]	0.4 [0.2–0.6]	r = 0.02, n.s.
Antall barn	0.8 [0.5–1.0]	1.2 [0.9–1.4]	r = 0.19*
Sivilstand			X ² = 15.38***
Gift	42.5%	21.3%	
Samboende	50.0%	37.5%	
Singel	7.5%	41.3%	
Utdannelse (høyest fullførte)			X ² = 5.42, n.s..
Ungdomsskole	10.0%	15.0%	
Videregående skole	15.0%	31.3%	
Yrkesfaglig utdanning	47.5%	31.3%	
Universitetsutdanning	27.5%	22.5%	
Yrke			X ² = 10.34*
Under utdanning	2.5%	21.3%	
Fast arbeid	75.0%	50.0%	
Vikariat	5.0%	11.3%	
Hjemmearbeidende	10.0%	8.8%	
Annet	7.5%	8.8%	
Livssyn			X ² = 5.05, n.s.
Kristen, troen betyr lite	80.0%	71.3%	
Kristen, troen betyr mye	12.5%	6.3%	
Agnostiker eller humanetiker	5.0%	17.5%	
Muslim eller annet	2.5%	5.0%	
Tidligere psykisk helse			X ² = 3.63, n.s.
God	65.0%	47.5%	
Middels	15.0%	17.5%	
Tidligere psykiske problemer	20.0%	35.0%	

X² (Pearson's kji-kvadrat) = for forskjeller mellom abortgruppene i nominalvariabler

r (Pearson's r, t-test) = for gjennomsnittsforskjeller mellom abortgruppene ved kontinuerlig variabler

*p < .05, **p < .01, ***p < .001.

DOKTORAVHANDLINGER

2006/2007

> SIDSEL TVEITEN DR.POLIT

The public health nurses' client supervision
Utgår fra Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
Disputas 8.12.2006
Veileder: Elisabeth Severinsson, Universitetet i Stavanger
Førsteopponent: Elisabeth Cedersund, Helsehögskolan, Jönköping
Avhandlingen kan fås ved henvendelse til www.uio.no

> FINN NORTVEDT DRPH

Innelukket i smerte og utestengt fra verden. En studie av fantomsmerter etter amputasjoner og etter tverrsnittslesjon hos ryggmargsskade.
Utgår fra Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
Disputas: 15.12.2006
Veileder: Professor Gunn Engelsrud, Universitetet i Oslo
Førsteopponent: Professor Fredrik Svenaeus, Södertörn Högskolan, Huddinge
Avhandlingen kan fås ved henvendelse til www.uio.no

> ELLEN BLIX DRPH

Innkost-CTG. En vurdering av testens prediktive ver-

dier, reliabilitet og effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeid.

Utgår fra Nordic School of Public Health, Göteborg
Disputas 19.12.2006

Veileder: Pål Øian, Universitetet i Tromsø
Førsteopponent: Professor Bjørn Backe, NTNU
Avhandlingen kan fås ved henvendelse til eblix@barentsnett.no eller www.nhv.se

> ÅDEL BERGLAND DR.POLIT

Trivsel i sykehjem: En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv.
Utgår fra Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
Disputas 25. og 26.9.2006
Hovedveileder: Professor Marit Kirkevold, Universitetet i Oslo
Førsteopponent: Professor Anneli Sarvimäki, Äldreinstitutet, Helsingfors
Avhandlingen kan fås ved henvendelse til www.uio.no

Tips oss!

Disputerer du eller vet du om noen som gjør det eller nylig har gjort det? Send inn opplysningene til susanne.dietrichson@sykepleien.no



Våre lesere går i dybden

Som annonsør vil du at de riktige menneskene skal finne annonsen din. De skal høre hva den sier. De skal huske den. Helst vil du at de tar vare på den. Setter den inn i bokhylla og tar den frem igjen. Og igjen.

Sykepleien Forskning er for lesere som går i dybden. Tidløst innhold som forskningsresultater, internasjonale fagartikler og aktuelle problemstillinger gir sykepleiere en unik mulighet til å holde seg oppdatert innenfor fagområdet sitt.

Med andre ord: en kunnskapskilde for bokhylla.

Viktig å ville trives

► Mange mennesker lever siste fase av livet i et sykehjem. Det er en viktig utfordring for institusjonen å gjøre denne tiden så god som mulig. Ådel Bergland har sett nærmere på hva som betyr mest for beboernes opplevelse av trivsel på et sykehjem.

ÅDEL BERGLAND

f. 1956

Utdanning: Sykepleier, embetseksamen i sykepleievitenskap, mellomfag i sosiologi

Arbeidssted: Lovisenberg diakonale høyskole.

Aktuell med: Avhandlingen: «Trivsel i sykehjem. En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klarer beboeres perspektiv». Omfatter fire artikler som er publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter og et norsk sammendrag

Tekst og foto: Odd Letnes

– Vi vet forholdsvis lite om eldre menneskers erfaringer med å leve i sykehjem. Det er derfor nødvendig å utvikle kunnskap om hva beboerne selv mener er viktig for å kunne ha det godt, sier førsteamanuensis Ådel Bergland ved Lovisenberg diakonale høyskole, som nylig har tatt doktorgraden på temaet «trivsel i sykehjem».

Den første utfordringen i prosjektet var selve trivselsbegrepet. Trivsel er et lite presist begrep og det er lite brukt i norsk og internasjonal sykepleieforskning. Det er heller ikke beskrevet i forhold til skrøpelige gamle mennesker i sykehjem, og aller minst sett fra de gamles ståsted.

– Det første jeg gjorde var å drøfte ulike betydninger av begrepet trivsel. Denne analysen og den empiriske studien indikerer at opplevelsen av trivsel er resultat av et godt og tilpasset samspill mellom den enkelte beboer og kvaliteter i sykehjemmet som god pleie, kompetent personale og det fysiske og psykososiale miljøet.

Undersøkelsen omfatter 26 mentalt klare beboere i alderen 74 til 103 år fra to sykehjem. Metodene som ble benyttet var deltagende observasjon og ett-tre åpne intervjuer med hver beboer.

REALISTISKE FORVENTNINGER

Flertallet av de som deltok i studien fortalte at de trivdes, men understreket at det å trives på sykehjemmet skilte seg fra det å trives tidligere i livet. Som en av beboerne sa: «Du vet, det er ikke

”” Det første jeg gjorde var å drøfte ulike betydninger av begrepet trivsel.

som tidligere i livet. Jeg trivdes jo mer hjemme da.»

Et hovedpoeng i Berglands studie er at de som sa at de trivdes, hadde gitt trivselsbegrepet et nytt innhold og tilpasset det de mulighetene livet i sykehjemmet ga. De hadde foretatt en «mental bearbeiding» og tilpasset forventningene til det de anså

som mulig innenfor rammene i sykehjemmet.

– Det var grunnleggende for trivselen at beboerne hadde innstilt seg på å trives på sykehjemmet. De som godtok at sykehjemmet nå var deres hjem og at det var viktig å få det beste ut av det, var de som så ut til å trives, sier Bergland.

Men noen enkel beslutning var det ofte ikke. Som en av de intervjuede sa: «Man må jo legge viljen til selv, men det er en hard beslutning.»

ET FREMMED STED

I tillegg til innstillingen om at sykehjemmet nå var det eneste stedet å være på grunn av helseproblemer og redusert funksjonsnivå, fant Bergland to andre innstillinger.

En gruppe av beboerne hadde en ambivalent innstilling og uttrykte en slags trivsel, samtidig som de ønsket å komme tilbake til det hjemmet de hadde tidligere. En av dem sa: «Det går med å være her, men jeg ville helst ha vært hjemme hos meg selv.»



En tredje innstilling var den «negative». Her hadde beboeren innstilt seg på ikke å trives og ga klart uttrykk for et ønske om å flytte fra sykehjemmet, som vedkommende opplevde som et fremmed sted.

FORHOLDET TIL PLEIERNE

Selv om beboernes innstilling til å bo i sykehjem så ut til å være den viktigste forutsetning for å trives, var god pleie helt avgjørende for en opplevelse av å ha det godt.

– Respektfulle og vennlige pleiere med god kunnskap om beboernes sykdommer, om behandling og praktiske ferdigheter, var viktig for trivsel hos noen. For andre gjorde det livet i sykehjemmet bedre, selv om det ikke var tilstrekkelig for å skape trivsel.

Bergland har også sett på forskjellige typer relasjoner mellom beboer og pleier. En gruppe beboere la stor vekt på nære og personlige relasjoner til pleierne og hadde gjerne sin egen favorittpleier.

– Andre var ikke så avhengig av nære personlige relasjoner,

men understreket at det var viktig med vennlige «ikke-personlige» relasjoner.

For disse var det viktig å møte vennlige og respektfulle pleiere, men det var mindre viktig å involvere seg i pleieren som person, og det var ikke så viktig hvem som utførte pleien.

FORHOLDET TIL ANDRE BEBOERE

Betydningen av forholdet til andre beboere varierte også, viser Berglands undersøkelse. Enkelte ønsket et nært forhold til andre beboere og mente at det kunne bidra til trivsel.

– Slike forhold bidro til trivsel ved å gi sosial støtte, mulig-

” Andre var ikke så avhengig av noen personlige relasjoner.

heter for gjensidig utveksling av tanker og erfaringer og noe så hverdagslig som noen å dele frukt og søtsaker med. Andre igjen så ikke på slik kontakt som

så viktig for å trives. For dem var familien det viktigste.

Men ikke alle som ønsket å etablere kontakt med andre på sykehjemmet, var i stand til det selv om de regelmessig deltok i sosiale arrangementer. «Vi bare sitter der. Ingen snakker med hverandre. Alle holder seg for seg selv», er et typisk utsagn fra denne gruppen.

FORMIDLING OG BRUK

– Når jeg har dokumentert at en innstilling om å trives på sykehjemmet er en viktig forutsetning, er det viktig at pleierne ser på det som en ressurs hos beboeren og støtter og stimulerer denne innstillingen. Personalet på sykehjemmene står overfor store utfordringer når det gjelder å forstå den enkelte beboers ønsker og behov.

– Det viktigste ved studien min er at jeg på en systematisk måte har undersøkt og vurdert de faktorene som ser ut til å ha størst betydning for trivsel og et meningsfylt liv for beboerne i et sykehjem, slik de selv ser det, avslutter Bergland.