

Forskningsartikler og peer review-systemet

Det å skrive spiller en sentral rolle innenfor vitenskap. For de som arbeider med vitenskap er det viktig å få publisert forskningsartikler. Å publisere kan være den eneste måten å få respons på forskningen på. For å kunne skrive vitenskapelige tekster må forfatteren forstå og integrere de regler som gjelder innen vitenskaplig publikasjonsvirksomhet. Åpenhet og kritikk hører med til vitenskaplig arbeid. Vitenskapene lever og utvikler seg gjennom publikasjoner som hovedsaklig består av skriftlige tekstproduksjoner – forskningsartikler. Man kan dermed konstatere at en forskningsartikkel eksisterer kun når den er publisert.

For å vurdere tilsendte manuskripter bruker vitenskapelige tidsskrifter et så kalt peer review-system (fagfellevurdering). Det betyr at referee-er (eksterne fagpersoner) vurderer de innsendte manuskriptene. Det å få en forskningsartikkel publisert i et tidsskrift som bruker peer review-systemet er en utfordrende og lang prosess. Når forfatteren mener at manuskriptet er ferdig til å publiseres, sendes det til tidsskriftet hvor redaktøren avgjør om det skal refuseres eller om det har potensial og kan gå videre i publiseringssystemet.

Peer review er en dialog mellom forfatteren og referee-ene som vurderer manuskriptet åpent eller lukket. Når manuskriptet vurderes åpent betyr det at både forfatteren og referee-en får vite hvem man er i dialog med. Den

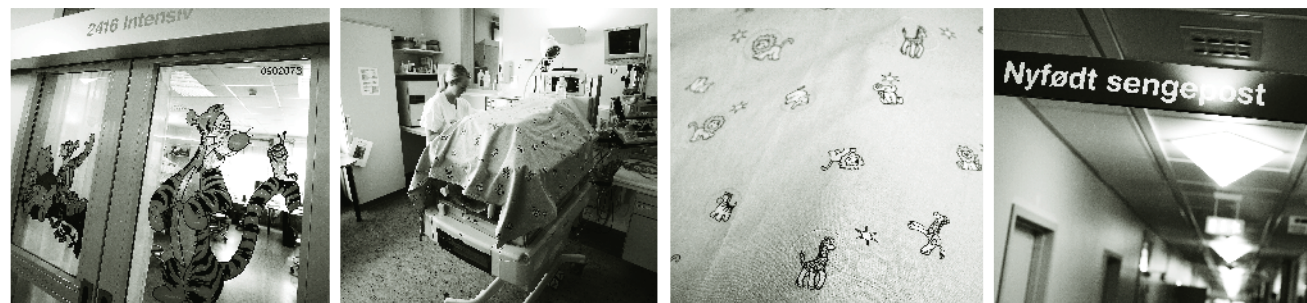
lukkede vurderingen innebærer at det kun er redaktøren som kjenner de ulike partene. Når referee-en gir kritiske kommentarer til forfatteren, krever det mot av begge parter: Forfatteren kan bli frustrert av kritikken, til tross for at manuskriptet opplevdes som ypperlig. Men referee-ens konstruktive tilbakemeldinger bringer forfatterens skrivarbeid videre. På denne måten får man gode artikler til vitenskapelige publikasjoner. Jeg har konstatert at forfattere kan få motstridende kritikk fra ulike referee-er. Det viser at vi har forskjellig oppfatning av hva som er god forskning, og at vi gransker tekstproduksjoner fra ulike ståsted og innenfor forskjellige forsknings-tradisjoner.

Når du som leser mottar tidsskriftet, er det du som vurderer om publikasjonsprosessen har vært vellykket. Det er du som avgjør om det er mulig å bruke informasjonen forskningsartiklene formidler i teori og i praksis.

Leena Honkavuo

Redaktør
Leena Honkavuo
leena.honkavuo@sykepleien.no
Oslo, desember 2007





DE MINSTE BLANT OSS

De siste årene har det skjedd en revolusjonerende utvikling på norske sykehus innenfor behandling av premature barn. Men hvordan utvikler disse barna seg psykisk og sosialt etter at de skrives ut fra sykehuset?

📌 Tekst: Anita T. Munch

Foto: Erik M. Sundt

Det er en egen ro innenfor dørene på prematuravdelingen på Ullevål Universitetssykehus. Med lave stemmer og rolige bevegelser våker sykepleierne over de aller minste blant oss. De som har startet livet for tidlig og ofte på dramatisk vis.

Fem–seks prosent av alle barn som fødes i Norge hvert år, er premature. I dag kan man redde nyfødte helt ned i 24. svangerskapsuke. Innenfor medisinen har fokuset vært på nettopp det å redde liv. Men det er fortsatt mange ubesvarte spørsmål i forhold til hvordan disse barna bør følges opp for å legge grunnlaget for god psykisk utvikling. Man antar at kvaliteten på tidlig samspill mellom foreldre og det premature barnet har stor betydning for barnets tidlige sosialkognitive, språklige og sosioemosjonelle utvikling.

– Grunnlaget for godt samspill mellom foreldre og barn blir sannsynligvis etablert i veldig tidlig alder. Premature barn har

andre forutsetninger for å delta i samspill med foreldrene, blant annet fordi de gir andre og svaktere signaler enn fullbårne barn, sier doktorgradsstipendiat i sykepleie på Seksjon for sykepleieforskning på Ullevål, Ingrid H. Ravn. Hun forsker på hvordan man kan bedre dette samspillet i barnets første leveår.

OVERSTIMULERES

Ravn gjennomfører en randomisert klinisk intervensjonsstudie med basis i Vermont-intervensjonen. Det går ut på at intervensjonssykepleiere legger til rette for at foreldrene skal lære å lese barnas signaler og forstå barnas tidlige kommunikasjon. Familier med premature barn på sykehuset har blitt spurt om de vil delta i studien, og sammen med hovedveileder og professor Lars Smith har Ravn lært opp en gruppe intervensjonssykepleiere på Ullevåls nyfødtavdeling. Intervensjonen består av 11 timer. Hver time har tema som å gjenkjenne barnets signaler i det daglige stedet eller forskjellige kilder til stress i omgivelsene.

– Det er ikke nok med høy overlevelsesrate. Studier viser at selv om stadig flere, mindre og yngre overlever nyfødtperioden, er dette en gruppe barn med risiko for fysiske og psykiske, motoriske og kognitive utviklingsforstyrrelser. Derfor er det viktig å sette

” Det kan være vanskelig å tolke og respondere på premature barns signaler.

fokus på hvordan disse barna utvikler seg psykisk og sosialt etter at de skrives ut. Kanskje kan sykepleiere på nyfødtavdelinger gjennom enkle, men systematiske tiltak legge grunnlaget for en bedre utvikling, sier Ravn

SAMARBEID

To grupper med premature barn, en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe, i tillegg til en fullbårren kontrollgruppe fra barsel er rekruttert til studien. I alt 150 familier følges opp i barnets før-



Forskerteam:
Ingrid H. Ravn (t.h.)
sammen med en av
sine to forsknings-
assistenter, Nina
Kynø.

ste leveår. Familiene er fra Oslo, mange med bakgrunn fra flere verdensdeler. Ravn samler data gjennom ulike spørreskjemaer, og alle barna videofilmes mens de leker med sine mødre ved seks, ni og 12 måneders alder. Datainnsamlingen er fullført i februar 2008.

– Jeg skal ikke vite hvilken gruppetilhørighet familiene har når jeg filmer. Derfor har forskningsassistentene Kari Halle og Nina Kynø vært ansvarlig for rekrutteringen, sier Ravn. Forskningsassistentene har også vært ansvarlig for organisering av intervensjonene på avdelingen.

– Vi har vært helt avhengige av å bruke kompetansen til intervensjonssykepleierne som jobber i turnus på avdelingen, og har møtt stor fleksibilitet. Men, det har ikke vært helt uproblematisk. De er ansatt på en hektisk intensivavdeling, og vi har måttet tilpasse studien til avdelingens kapasitet. Mange av intervensjonstimene har blitt gjennomført i fritiden, forteller Ravn.

Tverrfaglig samarbeid har også vært en viktig innfallsport. I til-

legg til å jobbe tett med sykepleierne samarbeider hun med leger, statistiker og psykologer om deler av metoden. Hun har også hatt god dialog med et tilsvarende prosjekt i Tromsø, «Prosjekt tidlig intervensjon 2000».

ETISK UTFORDRING

Det kan være vanskelig å tolke og respondere på premature barns signaler. Mange av barna er innlagt på nyfødtavdelingen i mange uker, foreldrene har ofte gjennomlevd en følelsesmessig berg- og dalbane hvor redselen for å miste barnet har vært overhengende, og mange vil kompensere for dette gjennom å gi barnet økt oppmerksomhet.

– Fordi premature er umodne og mer sårbare enn fullbårne barn, kan stimuleringen noen ganger bli litt for voldsom for barnet, som følgelig trekker seg unna. Kommunikasjonen mellom barn og foreldre kan få en vanskeligere start, forteller Ravn. Hun forteller at når man forsker på mennesker, må man være var på at etiske problemstillinger kan oppstå.

– Vi må trå varsomt, og hvis det er noen som helst indikasjon på at dette oppleves belastende, avslutter vi.

Ravn er imponert over mødrene som har tatt seg fram i vær og vind med barnevogn for å delta i undersøkelsen.

– Mange synes det er viktig å kunne bidra til bedre helse for egne og andres barn. Dersom denne studien viser at Vermont-intervensjonen har god effekt på samspillkvaliteten mellom mor og barn, vil man kunne vurdere om metoden skal etableres som et tilbud på nyfødtavdelinger.

FAKTA:

Seksjon for Sykepleieforskning, hvor Ingrid H. Ravn utfører sin studie, ble opprettet i 2000. Siden den gang har seks sykepleiere fått tildelt et doktorgradstipend, én sykepleier har fullført doktorgraden og 12 sykepleiere har fått finansiert sitt hovedfag. Totalt på UUS er det 14 sykepleiere som holder på med doktorgrad (de har ulike finansieringsordninger).

KREFTFORSKNING

Takket være forskning overlever over halvparten av de som får kreft.

Av ANNE LISE RYEL

f. 1958
Cand.jur.
Tidligere likestillingsombud
Generalsekretær i Kreftforeningen



Foto: Siv-Elin Nærø

► Kreft er et begrep som inkluderer over 100 kroniske sykdommer som karakteriseres ved rask dannelse av abnorme celler som vokser seg utover sine normale områder og kan invadere andre deler av kroppen, i mange tilfeller med døden som resultat. Kreft er en sykdom som kan ramme alle medlemmer av samfunnet, ung som gammel, kvinne som mann. I Norge lever det cirka 168 000 mennesker som har eller har hatt kreft, og hver tredje nordmann vil utvikle kreft i løpet av livet.

Kreftforskning har derfor et

betydelig i de siste årene. Takket være forskning overlever nå over halvparten av alle som får kreft.

Hvert år bruker Kreftforeningen omtrent halvparten av forventede inntekter på kreftforskning. Men hvordan gjenkjenne god kreftforskning? I 2007 ble 130 millioner kroner utdelt mellom 274 kreftforskningsmiljøer. Det er stor konkurranse for å få kreftforskningsmidler og det er viktig å støtte de beste kreftforskningsprosjektene. Mange forskere er enige om at god forskning må være original, relevant og

tilnærming til hvilke fagområder og problemstillinger foreningen vil støtte. Vi forventer at resultatene som oppnås kan hjelpe oss til økt forståelse av kreftceller og til bedring av diagnostikk og behandling av kreftpasienter, kreftomsorg og kreftforebyggende tiltak. Kreftforeningen fordeler sine midler mellom følgende tematiske områder: grunnforskning, klinisk forskning, translasjonsforskning, epidemiologisk forskning, helse- og sosialfaglig forskning, samt forskning på alternativ og komplementær behandling.

Kreftrelevant grunnforskning har som hovedoppgave å forstå og beskrive cellulære og molekylære prosesser ved kreftsykdom, altså hvordan friske celler blir til kreftceller og hvordan kreftceller oppfører seg. På lengre sikt frembringer grunnforskningen nye metoder til bruk i diagnostikk og behandling av kreft. Klinisk forskning er mer anvendt og har som mål å utføre studier på mennesker for å utvikle nye medisiner og behandlingsformer. Det er behov for flere kliniske prosjekter, og Norge befinner seg i en privi-

legert situasjon som vi ikke må miste, blant annet fordi vi har et godt fungerende helsesystem, et kreftregister i verdensklasse og en velutdannet befolkning som i tillegg har en positiv tilnærming til disse studiene. Som nødvendig bro mellom grunnforskning og klinisk forskning finner vi translasjonsforskning. Translasjonsforskningen skal utrede nytteverdien av grunnforskningen, og dette er svært viktig siden det stilles større krav til at allmennheten skal nyte godt av forskningsresultatene. I tillegg må klinisk forskning skjele til grunnforskning, siden ideelt sett all behandling skal være basert på vitenskapelige resultater. Epidemiologisk forskning skal lære oss om forekomsten av sykdom. Kreftforeningen støtter også forskning innen helse- og sosialfag for å bygge opp kunnskap om samfunnsmessige forhold som er relevant for å oppnå livskvalitet blant kreftrammede og deres pårørende.

Avslutningsvis er det viktig å poengtere at kreft er mer enn å overleve, og at Kreftforeningen av den grunn også støtter kreft-rammede og deres pårørende og

tiltak som kan forbedre kreftomsorgen. Fremskritt i kreftforebygging, årsaker, kreftbehandling og diagnose er avhengig av et vedva-

” Kreftforeningen har en bred tilnærming til hvilke fagområder og problemstillinger foreningen vil støtte.

rende forskningsarbeid, og vi venter spent på hva kreftforskningen kan bringe oss i fremtiden. Det foregår en rivende utvikling i kreftforskningen på verdensbasis, og Norge må være med!

” Økt kunnskap om kreft fører til forbedrede behandlingsmetoder som gjør at flere lever med sin kreftsykdom og at helbredelsesprosenten har økt betydelig i de siste årene.

utrolig nyttepotensial for mange mennesker. Økt kunnskap om kreft fører til forbedrede behandlingsmetoder som gjør at flere lever med sin kreftsykdom og at helbredelsesprosenten har økt

med praktisk verdi. I tillegg må god forskning være solid, det vil si med god formulering av hypoteser og metoder for å teste dem, redelighet og grundighet.

Kreftforeningen har en bred

Systemisk oppvarming før, under og etter store mageoperasjoner reduserte postoperative komplikasjoner.






Illustrasjonsfoto: Colourbox

Wong PF, Kumar S, Bohra A, et al. Randomized clinical trial of perioperative systemic warming in major elective abdominal surgery. *Br J Surg* 2007;94:421-6.

Vil systemisk oppvarming før, under og etter store mageoperasjoner redusere postoperativ sykkelighet mer enn ved oppvarming kun under selve operasjonen?

METODE

Design: randomisert kontrollert forsøk

 **Fordeling:** skjult
 **Blinding:** blinding av helsearbeidere og datainnsamler
 **Oppfølgingstid:** 6–8 uker etter operasjon
 **Setting:** Et sykehus i Storbritannia
 **Pasienter:** 103 voksne > 18 år (spredning 20–88 år, 51 prosent menn) som skulle ha en stor mageoperasjon. De fleste hadde kolorektal cancer (69 prosent). Eksklusjonskriteriene var lapraskopiske prosedyrer; bruk av corticosteroider eller immundepressive medika-

menter fire uker før operasjonen; nylig infeksjon eller feber; alvorlig underernæring; og tarmslyng.

R_x Intervensjon: alle pasienter ble lagt på en Inditherm® varmema-drass to timer før de ble flyttet til operasjonsstua. 47 ble allokert til gruppen med peroperativ oppvarming, og madrassen ble satt på 40 grader celsius to timer før, under og etter operasjonen. 56 pasienter ble allokert i kontrollgruppen, og madrassen ble slått av. Alle pasientene ble oppvarmet under selve operasjonen ved bruk av luftvarmer (Bair Hugge®) og

en vannvarmer (Ranger® blod- og væskevarmer).

Utfall: inkluderte blodtap, behov for blodtransfusjon, postoperative komplikasjoner (sårinfeksjon, luftveisinfeksjon, ileus, urinveisinfeksjon, bekken «collection», hjertekomplikasjoner, trykksår) og lengde på sykehusopphold.

Pasientoppfølging: 100 prosent (intention to treat analyse).

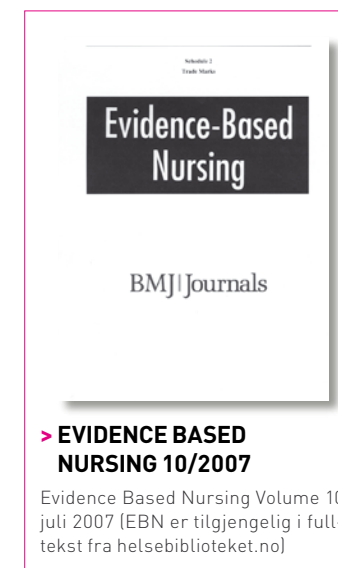
HOVEDRESULTATER

Pasienter i oppvarmingsgruppen mistet mindre blod enn de som var

i kontrollgruppen (200 versus 400 ml, $p = 0,01$); det var ikke forskjell i antall som trengte blodtransfusjon (tabell). Færre pasienter i oppvarmingsgruppen hadde komplikasjoner (tabell). Det var ikke forskjell mellom gruppene når det gjaldt hvor lenge de lå på sykehus (11 versus ni dager, $p = 0,22$) eller på sårinfeksjon (tabell).

KONKLUSJON

Systemisk oppvarming før, under og etter planlagte mageoperasjoner reduserer blodtap og postoperative komplikasjoner mer enn oppvarming under operasjon alene.



> EVIDENCE BASED NURSING 10/2007

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

Hypotermi er en kjent komplikasjon ved anestesi, når normal temperaturregulering blir påvirket. Det er ikke uvanlig at pasientens temperatur faller til < 36 grader celsius under operasjonen. Det er anerkjent at episoder med slik hypotermi under operasjoner kan føre til alvorlige postoperative komplikasjoner som hjertearytmier, økt blodtap, sårinfeksjoner, trykksår og økt sykkelighet og dødelighet (1). Forebygging framfor behandling bør vektlegges.

Å holde pasienter varme er god praksis ved mange kirurgiske inngrep, særlig ved store mageoperasjoner. Wang og medarbeidere vurderte effekten av å varme opp pasientene på forhånd i tillegg til den rutinemessige oppvarmingen på operasjonsstua. Pasientene ble fulgt

6–8 uker etter operasjonen, noe som er realistisk for å vurdere postoperative komplikasjoner, særlig sårinfeksjon. Pasienter som fikk tilleggsoppvarming hadde færre komplikasjoner; de hadde også færre infeksjoner og blodtransfusjoner, selv om forskjellen her ikke var signifikant. Det at forsøket ikke viste signifikante forskjeller kan skyldes at sårinfeksjon og blodtransfusjon er relativt sjeldne og at studien var for liten til å vise disse forskjeller alene.

Interoperativ varme er viktig og blir mer og mer relevant. Det har ført til at Helsedepartementet i Storbritannia har satt i gang arbeid med å lage kliniske retningslinjer på området (2). Det er forventet at disse retningslinjene som vil vurdere både klinisk effekt og kostnytte vurderinger,

vil bli publisert i april 2008. Studien til Wong og medarbeidere er et viktig og betimelig supplement til kunnskapsgrunnet.

1. Scott EM, Buckland R. *Aorn J* 2006;83:1090-113.

2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Perioperative hypothermia: management of inadvertent perioperative hypothermia in adults: clinical guideline. London:NICE. [In progress]. <http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=267079> [accessed 13 Jun 2007].

Kommentaren er skrevet av: Eileen M Scott, RGN, PhD, University of Durham, Stockton-on-Tees, UK.

For korrespondanse: Mr PF Wong, James Cook University Hospital, Middlesbrough, Cleveland, UK. Pwong23@hotmail.com

Finansieringskilde: ingen ekstern finansiering

Evidence Based Nursing, volum 10, oktober 2007

© BMJ Publishing Group Limited 2007

TABELL: Systemisk oppvarming før, under og etter store mageoperasjoner versus oppvarming kun under inngrepet (kontrollgruppen).

Utfall 6–8 uker etter operasjon	Oppvarming	Kontrollgruppe	RRR (95 % KI)	NNT (KI)
Transfusjon	23 %	34 %	31 % [- 27 til 63]	Ikke signifikant
Postoperative komplikasjoner	32 %	54 %	40 % [5 til 64]	5 [3 til 43]
Sårinfeksjon	13 %	27 %	52 % [-8 til 80]	Ikke signifikant



Kort sengeleie like trygt som lengre sengeleie etter akutt hjerteinfarkt

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Herkner H, Arrich J, Havel C, et al. Bed rest for acute uncomplicated myocardial infarction. Cochrane Database Syst rev 2007;(2):CD003836.

Påvirker tiden med sengeleie utfallene for pasienter med akutt ukomplisert hjerteinfarkt (MI)?

METODE

Design: Systematisk oversikt

Databaser: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Medline, EMBASE/Excerpta Medica, PASCAL BioMed, PsycINFO, og BIOSIS Previews (til august 2005); referanselister; og eksperter.

Seleksjon og vurdering av studier: Randomiserte, kontrollerte studier (RCT) og kvasi-randomiserte studier som sammenliknet kort (1–14 dager) og langt (5 til 28 dager) sengeleie etter akutt ukomplisert MI. 15 RCT'er (n=2958, median gjennomsnittsalder 60 år; median 81 prosent menn) publisert mellom 1954 og 1989 møtte inklusjonskriteriene. Kvaliteten på hver enkelt studie ble vurdert basert på randomiseringsmetode, blinding av utfallsmåler, og «intention to treat» analyse.

Utfall: Sykelighet alle årsaker, død på grunn av hjerteproblemer, re-infarkt, arytmier og trombose-emboli.

HOVEDRESULTAT

Kort sengeleie skilte seg ikke fra lengre sengeleie for sykelighet av alle årsaker, død på grunn av hjerteproblemer, re-infarkt, arytmier eller trombose-emboli (tabell).

KONKLUSJON

For pasienter med akutt ukomplisert hjerteinfarkt vil kort sengeleie ikke gi bivirkninger sammenliknet med lengre sengeleie.



TABELL: Kort sengeleie (median seks dager) versus langt sengeleie (median 13 dager) for akutt ukomplisert hjerteinfarkt.

Utfall etter median 24 uker	Antall forsøk (n)	Kort sengeleie	Langt sengeleie	Relativ risiko-reduksjon (95 % KI)
Død, alle årsaker	13 (2797)	8,5 %	10 %	15 % [-7 til 32]
Død pga hjerteproblemer	3 (943)	8,6 %	11 %	19 % [-19 til 46]
Arytmier	7 (1636)	3,7 %	4,7 %	22 % [-24 til 51]
Tromboemboliske komplikasjoner	6 (811)	5,1 %	7,8 %	35 % [-8 til 61]
				Relativ risikoøkning (KI)
Re-infarkt	11 (2509)	6,7 %	6,3 %	7 % [-21 til 44]

Ingen signifikant forskjeller for noen utfall.

Meta-analysen av Herkner og medarbeidere viser mangel på evidens når det gjelder råd fra ulike hjertemedisinske miljøer om at sengeleie for personer med ukomplisert hjerteinfarkt ikke skal overstige 12 til 24 timer (1, 2). Så vel som å øke risiko for venøs tromboseemboli, pneumoni, trykksår, og dårligere kondisjon, kan sengeleie etter hjerteinfarkt redusere maksimalt oksygenopptak og øke «sympathetic activity» maksimal puls. Disse virkningene kan øke hjertets arbeidsmengde, gjøre infarkt større og gi årsak til

potensiell dødelig arytmi. (3). 13 av de 15 RCT'ene ble publisert før 1983, samme tiår som da endring av aggressiv intervensjonskardiologi resulterte i en reduksjon i dødelighet for infarktpasienter med to tredjedeler(4). Den mangelfulle metodiske kvaliteten på de inkluderte studiene reiser også spørsmålet om funnenes og konklusjonenes validitet. Bare én studie rapporterte blinding av utfallsmåler og «intention to treat» analyse, i tillegg kan det ikke utelukkes at det er en publikasjonsskjevhet. Klinisk heterogenitet mellom de

to gruppene var stor, med pasienter med kort sengeleie fra 24 timer til to uker, og de med langt sengeleie fra fem til 28 dager. Begge studiegruppene hadde pasienter som fikk sitte oppe på stol så raskt som mulig, og de hadde dermed ikke strikt sengeleie. Det er derfor nødvendig å tolke resultatene forsiktig og vurdere dem i lys av tiden de ble gjort på og behandlingen som da var standard for hjerteinfarktpasienter. Behandlingsmål for trombolyse, angioplasti eller stenting er å gjenopprette og vedlikeholde

blodtilførselen til hjertemuskel. Pasienter som når dette målet uten komplikasjoner kan utskrives fra sykehus etter fire dager (2). Metaanalysen til Herkner og medarbeidere som antyder at kort sengeleie (median seks dager) er like trygt som langt sengeleie (median 13 dager) er nødvendigvis ikke relevant for sykepleiere alle steder. Forfatterne har, som rett er, anmerket at gjeldende anbefalinger om ikke mer enn 12 til 24 timers sengeleie for denne pasientgruppen ikke er støttet med funn fra RCT'er. Likevel,

anbefalingene gir spesifikke pasientkriterier som tyder på ukompliserte forløp (1). Denne oversikten viser behovet for å utvikle gode kliniske retningslinjer og evidensbaserte kriterier for sengeleie. Det trengs RCT'er hvor effekten av disse evalueres før det kan trekkes slutninger om hva som er trygt sengeleie ved ukomplisert hjerteinfarkt.

1. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. Circulation 2004;110:e82-292.
2. Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, et al. Eur Heart J 2003;24:28-66.
3. Convertino VA. Med Sci Sports Exerc 1997;29:191-6.

4. braunwald E, Antman EM. Ann intern Med 1997;126:551-3.

Kommentaren er skrevet av: Irene Travale, RN, MScN, ACNP/CNS, Hamilton Health Sciences, Hamilton, Ontario, Canada.
For korrespondanse: Professor H Herkner, University of Vienna, Vienna, Austria.
harald.herkner@meduniwien.ac.at
Finansieringskilde: ingen ekstern finansiering

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

Innlagte pasienter følte at trykksår påvirket livskvaliteten fordi sykepleiere ikke behandlet smerter og ubehag på en adekvat måte

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Spilsbury K, Nelson EA, Cullum C, et al. Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives. *J Adv Nurs* 2007;57:494-504.

Hva er innlagte pasienters opplevelser av trykksår, behandling av disse og effekt på helse og livskvalitet?

DESIGN

Kvalitativ studie

SETTING

Medisinske, geriatriske, ortopediske og årekirurgiske avdelinger

ved fire offentlige sykehus i Storbritannia.

PASIENTER

«Purposive sample» av 23 sykehuspasienter i alderen 33 til 92 (median alder 78 år, 78 prosent kvinner) som hadde trykksår av grad 2 til 5 (2 = sår i epidermis eller dermis, 5 = svart «eschar») på ulike kroppsdeler (som helen, sacrum eller setet). De fleste var innlagt sykehus av andre grunner enn trykksår og de fleste hadde en kronisk lidelse (som diabetes, leggsår eller slag).

METODE

Pasientene deltok i semistruk-

turerter intervjuer og ble stilt spørsmål om sin generelle helse-tilstand vedrørende trykksåret (når det startet, hvor lenge det hadde vart og behandling). De ble også spurt om hvordan såret og behandlingen påvirket fysisk helse, fysisk funksjon, psykisk velvære og sosiale relasjoner. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert «verbatim», kodet og analysert for temaer.

HOVEDFUNN

Pasientenes beskrivelse av sin helse og livskvalitet. Pasientene var i varierende grad avhengig av hjelp fra andre (som pårørende eller kommunehelsetjeneste) for

trenger kontinuerlig opplæring i behandling av trykksår, kommunikasjonsevner og strategier for smertebehandling som ledd i å tilby god sykepleie.

1. Sibbald RG, Orsted HL, Coutts PM, et al. *Adv Skin Wound Care* 2007;20:390-405.

Kommentaren er skrevet av: Lynne Esson, RN, BSN. University of Columbia, School of Nursing, Vancouver, British Columbia, Canada.

For korrespondanse: Dr K Spilsbury, University of York, York, UK. Ks25@york.ac.uk

Finansieringskilde: NHS R&D Health Technology Assessment Programme.

Evidence Based Nursing, volum 10, oktober 2007

© BMJ Publishing Group Limited 2007

gjøremål som daglige aktiviteter. Pasientenes boforhold før sykehusinnleggelsen (som å bo alene) påvirket livskvaliteten.

Trykksårets betydning. De fleste pasientene følte at trykksåret påvirket livet følelsesmessig, mentalt, fysisk og sosialt. Pasientene var i varierende grad opptatt av sårene sine. De beskrev dem som «besværlige», «irriterende», «bryssomme» eller «upassende». De følte seg deprimerede eller de manglet selvtillitt. Trykksårene påvirket stilling og komfort (som å sitte eller ligge på siden), påvirket daglige gjøremål (som å flytte fra seng til stol eller å dusje). Sår var også kilde til infeksjoner som forsinket tilheling og førte til flere helseproblemer.

Oppfatning om hva som var årsaken til såret. Mange pasienter mente at redusert mobilitet var grunnen til at sårene utviklet seg. Mangel på evne til å bevege seg selvstendig fordi de var seneliggende eller bundet til å sitte i en stol førte til «slitasje» eller «gnidning» av huden – som allerede var «som papir». Pasientene prøvde å flytte seg selv fordi sykepleierne ikke skiftet leie for dem ofte nok og påførte dermed mer skade på sårene. Noen pasienter klandret også sykepleierne fordi de ikke prioriterte pleie og heller ikke inspiserte sårene. Noen få pasienter klandret sykepleierne for å være årsaken til sårutviklingen (som feilplassering av skinne eller feil bruk av stolheis) eller fordi forebyggende tiltak ble

forsinket (som trykkavlastende pute i rullestol). Andre klandret sin kroniske tilstand, dårlige helse, mangel på appetitt og vekt-tap, diabetes, dårlig hygiene, mangel på kunnskap, ignoranse og naivitet.

Beskrivelse av sårene. Pasientene beskrev smertene som «knivstikk», «pulserende», «prikende», «teppebrann», «øm» og «rå». Smertene var konstante eller varierte daglig, hver time eller ble verre om natten eller ved berøring (som av sengeklær). Pasientene beskrev sårene via tekstur, dimensjon, kilde, første følelse, fysisk utseende, væske og lukt. Flere pasienter kunne ikke se sårene selv og var avhengig av hvordan sykepleierne beskrev dem. Men sykepleierne fokuserte på størrelsen og ga lite informasjon om selve tilhelingsprosessen.

Opplevelse av behandling og omsorg. Noen pasienter opplevde smerte ved sårstell på grunn av ømhet i såret, teknikken til sykepleieren, allergi til bandasjen, at bandasjen satt fast i sår eller at det var problemer med å få bandasjen til å sitte (som lekkasje fra såret som førte til at bandasjen løsnet). Andre opplevde økt velbehag og at smertene avtok. Noen opplevde sårstell som tidkrevende, mens andre synes det var ubeleilig med gjentatte sykehusinnleggelse for sårbehandling. Pasientenes velbehagsfølelser varierte med bruk av trykkreduserende madrasser, selv



om mange sa det var begrenset tilgang til disse. Pasientene var avhengige av sykepleiere for å skifte stilling. Noen følte at sykepleiere hadde negative holdninger når de ba om hjelp, mens andre ble flyttet på hele tiden, noe som forstyrret søvnen.

KONKLUSJON

Sykehuspasienter følte at trykksår og behandlingen av disse påvirket livet følelsesmessig, mentalt, fysisk og sosialt. De var avhengig av sykepleiere for å behandle sår, men følte at smertene, ubehaget og lidelsen ikke ble anerkjent eller rettmessig behandlet.

Denne studien til Spilsbury og medarbeidere ser på komplekse forhold rundt livskvalitet og pasienter innlagt på sykehus med trykksår og komorbiditet. Annen forskning har i stor grad fokusert på teoretisk og teknisk kunnskap om heling av trykksår eller opplevelsen til en enkelt pasient (1). Denne studien gir et mer holistisk perspektiv ved å formidle pasientenes opplevelser av årsaken til og hvordan sår påvirker alle aspektene av livet: sosialt, følelsesmessig, mentalt og fysisk. Dette utfylles med pasientenes beskrivelse av behandlingen og av hvordan helseprofesjoner forholder seg til trykksårbehandling. Tydeliggjøring av effekten trykksår og behandling av disse

(over og ved siden av andre sykdommer) har på pasienters opplevelse av livskvalitet er utfordrende. Likevel, denne forskningen gir viktig innsikt og veiledning for sykepleiere. Av særlig interesse er språket som sykepleiere bruker for å beskrive trykksår og hvordan dette ble tolket av pasientene. Dette minner sykepleiere på å være varsomme for hvordan de kommuniserer og på vakt overfor hvordan ord blir tolket forskjellig av pasienter og behandlere. Det er klart at det trengs mer forskning om tiltak sykepleiere kan bruke for å støtte og opprettholde pasienters livskvalitet. Studien til Spilsbury og medarbeidere bekrefter at sykepleiere

ENDRINGER I PEROPERATIV SEDASJONSPRAKSIS OG ÅRSAKENE TIL DISSE



Foto: Erik M. Sundt

Hva tilfører denne artikkelen?

Undersøkelsen viser at det har vært en endring i sedasjonspraksis de siste fem årene. Det har vært en overgang fra bruk av intermitterende doser med beroligende medikamenter med lang virketid, til en «light-utgave»

med anestetika administrert ved kontinuerlig infusjon.

Hva vet vi fra før?

Det er gjennomført få slike kartlegginger som dette tidligere. Annen forskning på sedasjon er i større grad analyser av hvordan sedasjon kan gjennomføres i forhold til en konkret pasientgruppe og inngrep/undersøkelse.

Nøkkelord

- Anestesi
- Total-Intravenøs-Anestesi
- Sedasjon
- Anestesisykepleie
- Sedasjonspraksis

Mer om forfatterne

Thomas Lie og Ellen Lunde er begge anestesisykepleiere ved Sykehuset Østfold HF, Egil Bekkhus er høgskolelektor ved Høgskolen i Østfold – AAIO

Ord om ord

Sedasjon Fremkalling av ro, demping av smerte. Det er mange grader av sedasjon, fra en våken rolig pasient, til en som sover dypt. Det tilstrebes at pasienten puster selv, og holder frie luftveier.

Hensikt: Hensikten med studien er å beskrive utviklingen i sedasjonsmetoder under operative inngrep siste fem år, og årsakene til disse. Mye tyder på at økt bruk av Total-Intravenøs-Anestesi til narkose også har hatt betydning for sedasjonspraksis. Problemstillingen er i hvilken grad det har skjedd en praksisendring, hvorfor det har skjedd en endring og hvordan dette har foregått.

Metode: Spørreundersøkelse av 400 anestesisykepleiere ved anesesiavdelinger i Helse Øst, samt to private dagkirurgiske sentra i samme region (75 prosent svar). Det er også gjennomført tre fokusgruppeintervju med anestesisykepleiere ved tre forskjellige anesesiavdelinger.

Resultater: Undersøkelsen viser at det har vært en overgang fra bruk av intermitterende doser med beroligende medikamenter med lang virketid (benzodiazepiner), til mer korttidsvirkende medikamenter (anestetika) admi-

nistrert ved kontinuerlig infusjon ved sedasjon.

Konklusjon: Det har vært en endring i sedasjonspraksis siste fem år. Ny teknologi fra legemiddelindustrien, kombinasjonen av endringer i helsevesenet ved økt konkurranse, og endrede krav og forventninger fra pasientene synes å forklare store deler av endringene. Kirurgiske inngrep er for mange pasienter forbundet med angst, smerte og ubehag (1,2). Samtidig er det grunn til å tro at det i større grad nå enn før forventes smertefrihet i forbindelse med undersøkelser og kirurgi. I tillegg stilles det store krav til behandlingens kvalitet og effektivitet, og helsepersonell utfordres i forhold til dette (3). Anestesisykepleiere jobber i et spenningsfelt der fokus på den ene siden er på behandlingens produktivitet og kvalitet, og på den andre siden på en best mulig opplevelse for pasienten. Det er et mål at den anestesiteknikken som benyttes

skal være optimalisert i forhold til den enkelte pasient, og til inngrepet eller undersøkelsen vedkommende skal igjennom. Forskning viser at redsel (angst) for operasjoner er forbundet med økte postoperative smerter (1). Smerter kan videre føre til økt stress som kan ha negative fysiologiske konsekvenser for pasientene (4). Dette kommer selvsagt i tillegg til den mentale belastningen det er å gjennomgå et kirurgisk inngrep. Peroperativ sedasjon kan være en av flere metoder for å dempe negative opplevelser i sammenheng med kirurgi og ubehagelige undersøkelser.



» Endringer i peroperativ sedasjonspraksis og årsakene til disse

Forfattere: Thomas Lie, Ellen Lunde, Egil Bekkhus
Foto: Erik M. Sundt

I denne artikkelen presenteres en studie om peroperativ sedasjon i et utviklingsperspektiv, hvor anestesisykepleiere er spurt om utviklingen i ulike sedasjonsmetoder. Annen forskning som er gjort med sedasjon som tema er i større grad analyser av hvordan sedasjon kan gjennomføres i forhold til en konkret pasientgruppe og inngrep/undersøkelse (5-10).

Det er derfor gjennomført få slike kartlegginger tidligere. Sedasjon kan beskrives som en tilstand der pasienten tolererer ubehagelige undersøkelser, prosedyrer eller inngrep uten at vitale funksjoner må understøttes (11). Sedasjon påvirker pasientens bevissthet i ulik grad og kan variere fra lett sedasjon, der bevissthetsnivå er lite påvirket, til dyp sedasjon som grenser opp mot narkose. Mellom de ulike sedasjonsnivåene er det glidende overganger. Ved lett og moderat sedasjon befinner pasienten seg i en tilstand hvor han rea-

gerer på tiltale og lett kan vekkes. Behovet for overvåking etter endt prosedyre vil ofte være redusert sammenlignet med narkose. Sedasjon i anestesismenng heng blir vanligvis gitt som et supplement til intravenøs smertebehandling, sentrale blokader (spinal/epidural) og/eller lokalanestesi med perifer nerveblokkade. Sedasjon gis i mange situasjoner, men i denne artikkelen drøftes sedasjon i forbindelse med kirurgiske inngrep.

På en del sykehus har bruk av intravenøse midler til generell anestesi (narkose) økt, og mye

Background: The purpose of the study was to describe the development in methods of conscious sedation during surgery the last 5 years, and the reasons for this. The questions are in which degree there have been changes, why there have been changes and how they have taken place.

Methods: A survey of 400 nurse-anesthetists in 19 public- and 2 private anaesthetic departments

(75% answers). In addition there has been accomplished 3 focus group interviews with nurse-anesthetists at different apartments.

Results: The survey shows a change from the use of intermittent doses with long lasting medications (benzodiazepines), to more short lasting medications (anaesthetics) administered by the intravenous route. The development of Total-Intra-Ven-

ous-Aesthesia seems to explain a lot of the changes seen in conscious sedation.

Discussion: The article discuss how new technology from the pharmaceutical industry have changed the practice. In addition to this the combination of changes in the health services, such as increased competition and increased requirements from the patients, seems to explain a huge part of the changes.

tyder på at dette igjen har ført til endringer i hvordan pasientene sederes. Ved bruk av spesialprogrammerte infusjonspumper administreres medikamenter med kort virketid og stor styrbarhet til narkose. Dette betegnes Total-Intravenøs-Anestesi (TIVA) (12). Erfaringene med TIVA har ført til at anestesipersonell (leger og sykepleiere) i noen sammenhenger gir en «light-utgave» av TIVA til sedasjon. Tradisjonelt er medikamenter med lengre virketid (for eksempel benzodiazepiner) i ulike kombinasjoner benyttet til dette formålet. Det er med andre ord flere tilgjengelige måter å sedere på. Artikkelen søker derfor å kartlegge i hvilken grad (1) det

” Pasientene kan i dag få de samme medikamentene, enten de skal ha narkose eller sedasjon.

har vært endring i klinisk praksis ved sedasjon siste fem år under operasjoner, og (2) hvilke faktorer som eventuelt synes å ha bidratt til denne utviklingen. Artikkelen vil både ta utgangspunkt i gjennomførelsen, og på hvilke medikamenter som benyttes.

METODE

Datainnsamlingen er gjennomført som tverrsnittundersøkelse hvor det er anvendt både fokusgruppeintervju og et strukturert spørreskjema. Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført ved 19 anesthesiavdelinger i helsefor- etak underliggende Helse Øst RHF. I tillegg er to avdelinger ved private dagkirurgiske sentra med i utvalget. Spørreskjema ble valgt som metode for å kartlegge variasjoner i sedasjonspraksis mellom

ulike sykehus. I tillegg er det gjennomført tre fokusgruppeintervjuer ved forskjellige sykehus for dypere innsikt i årsakene til den observerte utviklingen. Hovedhensikten med gjennomføring av intervjuer i tillegg til spørreskjemaundersøkelsen, var ønsket om å få fram nyanser i kliniske vurderinger som gjøres i sammenheng med sedasjon. Formålet med intervjuene var å få til en diskusjon der informantene måtte sette ord på en type kunnskap det erfaringsmessig er vanskelig å få fram like godt i absolutte svarkategorier, slik tilfellet er med spørreskjema. Fokusgruppeintervju er en metode der data innsamles gjennom gruppeinteraksjoner rundt et emne (13). Deltagerne vil gjennom interaksjon med hverandre beskrive erfaringer, der målet er å gjøre deltagerne reflekterende og diskuterende. Når det gjaldt utvelgelse av deltagerne ble erfaringer fra Stewarts og Shamdasanis (1990), og Svedberg (1992) benyttet (14,15). Deres råd er i hovedsak at antall deltagere bør være fra 4–6. Jarrett (1993) og Wesslén (1996) anbefaler videre at gruppen bør være heterogen, der eksempelvis alder og arbeids- erfaring bør variere (16,17). Intervjuene ble gjennomført semistrukturert etter følgende spørsmål; Hvordan kan sedasjon defineres? Hva er målet med å gi sedasjon? Hvilke pasienter har oftest behov for sedasjon? Hvilke utfordringer står man ovenfor ved sedasjon? På hvilket grunnlag skjer valg av medikamenter?

Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden januar–mai 2006 ved avdelinger med til dels svært ulike funksjoner og pasientgrupper inkludert. Utvalget dekker spennet mellom dagkirurgi og kirurgi som krever innleggelse, og mellom privat og offentlig drift. For å favne hele dette spekteret ble

alle offentlige sykehus i, den gang, Helse Øst inkludert. Det ble først gjennomført fokusgruppeintervju med fire anestesisykepleiere ved en av avdelingene. Målet med dette intervjuet var en større presisering av forskningsspørsmålene, samt innspill i forhold til konstruksjon av spørreskjema (18). Selv om dette intervjuet ble gjennomført i forkant av spørreundersøkelsen og de to andre intervjuene, var innholdet i spørsmålene nærmest identisk med intervjuene som kom etter spørreundersøkelsen. Derfor vil alle intervjuene bli analysert samlet videre i artikkelen. Antall gruppedeltagere var på fem og seks i de to siste intervjuene. Intervjuene ble analysert tematisk med utgangspunkt i informantenes egne tolkninger (aktørorientert analyse) (18).

Som en del av kvalitetssikringen av spørreskjemaet ble det gjennomført en pilotundersøkelse ved en anesthesiavdeling i en annen helseregion med ti informanter. Spørreskjemaet ble redigert på flere punkter etter denne undersøkelsen. Inklusjonskriteriet var at man var ansatt i en stilling som anestesisykepleier på en anesthesiavdeling, ved et av de aktuelle sykehusene. Det ble ikke tatt hensyn til stillingsbrøk i utvelgelsen. Samtlige avdelingsledere ble på forhånd kontaktet og hadde gitt sitt samtykke. Avdelingslederne informerte de ansatte før skjema og følgeskriv ble utsendt. Undersøkelsen er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

I tillegg til kjennetegn ved den enkelte informant som alder, kjønn og erfaring, ble spørsmålene i spørreskjemaet formulert rundt følgende tema. (I) Kliniske kjennetegn ved peroperativ sedasjon, (II) om sedasjonspraksis har endret seg siste fem år, (III) den enkeltes ferdigheter i forhold til sedasjon og (IV) utsagn om egen arbeidsplass ble

forhold til sedasjon. Informantene ble bedt om å svare på en skala fra 1–5 (enig/uenig eller ofte/sjelden). Hvert spørsmål hadde en egen kategori kalt «Ingen mening», og ble registrert på en egen variabel. Spørsmålsformuleringene er basert på kunnskap innhentet gjennom faglitteratur og erfaringsdata fra første fokusgruppeintervju. Resultatene presenteres som gjennomsnitt og \pm standardavvik (SD). Korrelasjoner er beregnet med Spearmans rho. Data fra spørreskjema ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS 14.0. Signifikansnivå er satt til 5 prosent. Deretter ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer. Det ene intervjuet ble gjennomført ved en dagkirurgisk avdeling, mens den andre avdelingen hadde døgkontinuerlig beredskap. Hensikten ved å skille mellom nettopp dag- og døgnavdelinger var å identifisere faktorer som kan påvirke valg av sedasjonsmetode, og hvordan postoperativ liggetid kan påvirke dette. Etter aksept fra deltakerne ble det benyttet båndopptaker under intervjuene.

RESULTATER

Strukturert spørreskjema

Antall potensielle informanter var 400 anestesisykepleiere, og med 301 returnerte spørreskjemaer har undersøkelsen en svarprosent på 75. Kjønnfordelingen er for kvinner og menn på 67/33. Prosentandelene ved dag-/døgnavdelingene er 16/84. Gjennomsnittlig alder er 45 år (SD \pm 8). Erfaring som anestesisykepleier er gjennomsnittlig 12 år (SD \pm 9), mens erfaring som sykepleier er 20 år (SD \pm 9).

Undersøkelsen viser at sedasjon som anestesimetode benyttes oftere ved dagkirurgiske enheter sammenlignet med avdelinger med døgkontinuerlig service. En sammenligning viser at 49 prosent av anestesisykepleierne ved dagav-

delingene hadde gitt lett sedasjon til >20 pasienter siste tre måneder, mens denne andelen var 25 prosent ved døgnavdelingene. For dyp sedasjon er de tilsvarende andelene henholdsvis 38 og 14 prosent. Når det gjelder oppfatningen av hva som kjennetegner en sedert pasient, så er det relativt stor enighet om at pasienten skal være vekkbare og ha spontanventilasjon og luftveisreflekser opprettholdt. Det er små forskjeller mellom dag- og døgnavdelingene på dette punktet, men det er en tendens til at dagavdelingene godtar «tyngre» sederte pasienter enn døgnavdelingene for hva som grenser opp mot narkose. Det er en signifikant sammenheng mellom opplevelse av kunnskap om ulike sedasjonsmetoder og hvor godt man opplever at sedasjon som metode blir ivaretatt ved avdelingen ($p < 0,01$).

TABELL 1: Er sedasjonspraksis endret siste 5 år? 1=enig; 5=uenig, gjennomsnitt

	Dag	Døgn	Total
Hvis man tar alt i betraktning, så har praksis ved sedasjon endret seg siste 5 år	1,4	1,6	1,6
Jeg gir oftere sedasjon som kontinuerlig infusjon fremfor bolus nå sammenliknet med for 5 år siden	1,4	1,5	1,4

TABELL 2: Sammenhengen mellom ulike årsaker til endret sedasjonspraksis siste 5 år og i hvilken grad man mener at sedasjonspraksis har endret seg siste 5 år (1=enig; 5=uenig). Korrelasjonskoeffisienter (Spearmans rho).

Årsak til endret sedasjonspraksis	P
-økte effektivitetskrav	>0,05
-ny teknologi (eks. sprøytepumper/TCI)	<0,01
-nye ultrakortvirkende medikament (eks. Remifentanil)	<0,01
-økte krav til pasientkomfort	<0,01
-flere formelle prosedyrer for sedasjon sammenliknet med tidligere	<0,01

TABELL 1 viser at praksis har endret seg siste fem år, både ved dag- og døgnavdelinger. Forskjellene mellom avdelingstypene er små på disse spørsmålene. Intervjuene ga støtte til sammenhengen om at økt bruk av TIVA også har fått konsekvenser for hvordan pasientene sederes. Tabellen bekrefter en slik tolkning ved at langt flere gir sedasjon som kontinuerlig infusjon i dag sammenlignet med for fem år siden.

TABELL 2 viser at det i første rekke er TIVA-metodikken som har bidratt sterkest til endret sedasjonspraksis siste fem år. Spørsmålene som vedrører ny teknologi og nye medikamenter bekrefter en slik utvikling. Som tidligere antatt er tendensen sterkest ved dagavdelingene. Det er ingen signifikant sammenheng mellom

spørsmålet om økte effektivitetskrav og om dette har bidratt til endring i sedasjonspraksis siste fem år. Det er en signifikant sammenheng mellom økte krav til pasientkomfort og endring siste fem år ($p < 0,01$). På dette punktet gir spesielt ett av intervjuene et annet inntrykk, ved at økte krav til effektivitet nettopp har motivert til endret sedasjonspraksis. En forklaring på dette kan være at endringen kom før det aktuelle tidsrommet på fem år. Det er en signifikant sammenheng mellom endring siste fem år, og at det nå er flere formelle prosedyrer for sedasjon sammenlignet med tidligere ($p < 0,01$).

TABELL 3 bekrefter sammenhengene som ble presentert i tabell 2. Det brukes i større grad medikamenter med kort virketid i dag sammenlignet med for fem år siden, hvilket er en del av TIVA-metodikken. Slik tabell 1 bekrefter, så blir sedasjon i dag oftere gitt som kontinuerlig infusjon, sammenlignet med tidligere hvor intermitterende doser med benzodiazepiner var vanligere. Denne trenden er tydelig både ved dag- og døgnavdelinger, men er sterkest ved dagavdelingen.

FOKUSGRUPPENTERVJUER

Intervjuene bekrefter resultatene fra spørreundersøkelsen vedrørende endringen av praksis man har sett siste fem år og årsakene

til denne. En noe overraskende ytring kom ved en dagkirurgisk avdeling der betydningen av økt konkurranse ble nevnt som en av årsakene til endret praksis. Det samme gjelder økte krav til pasientkomfort, som ikke ble påvist i spørreundersøkelsen. Imidlertid ble ikke denne observasjonen støttet i spørreskjemaundersøkelsen på spørsmål som kunne antyde en slik sammenheng. Det ble kommentert at utgangspunktet for sedasjon er forskjellig ved døgn-, kontra dagavdelinger med utgangspunkt i at det er ønskelig med kortest mulig liggetid postoperativt ved dagavdelingene, da pasientene skal hjem samme dag. TIVA-metodikken har endret forutsetningene for sedasjon også ved dagavdelinger i og med den korte virketiden på den del av medikamentene. Men det generelle inntrykket både ved dag- og døgnavdelinger er at dette har vært en prosess som har foregått uten at den utviklingen man har sett har vært en klar målsetting.

DISKUSJON

Endring av klinisk praksis skjer gjerne over en lengre periode når man ser en hel helseregion under ett, og i denne sammenheng er fem år relativt kort. En fare ved et slikt valg er at man ikke treffer tidsmessig, og derfor ikke får målt det man ønsker. Til tross for dette viser svarene på en del av spørsmålene at det faktisk har vært en

endring innenfor et tidsrom på fem år. Hensikten med artikkelen er ikke en diskusjon om hva som er beste sedasjonsmetode, men å beskrive praksisutviklingen. I en konkret situasjon blir det gjort en medisinsk vurdering av pasientens sykkelighet, alder og ikke minst inngreps art som grunnlag for valg av metode. I tillegg er pasientens ønske og opplevelse av situasjonen en viktig faktor å ta med i vurderingen om vedkommende skal ha lokal/regional sedasjon, eller alternativt narkose. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at økt anvendelse av kort-tidsvirkende medikamenter til narkose (TIVA) har ført til en utvidelse av bruksområdet for disse medikamentene til også å være et alternativ ved sedasjon. Pasientene kan i dag få de samme medikamentene, enten de skal ha narkose eller sedasjon. Overgangen fra sedasjon til narkose blir på denne måten «glidende», og bidrar til en dynamisk metode der man kan endre sedasjonsdybde (anestesydybde) etter behov. Konsekvensen av dette er at man i dag benytter mer potente medikamenter til sedasjon sammenlignet med tidligere, noe som krever en annen tilstedeværelse av anestesisykepleierne enn hva som kunne være tilfelle tidligere. Flere studier viser at propofol (sovemedisin) og remifentanil (smertestillende) enten alene eller i kombinasjon egner seg til sedasjon av pasienter under operative inngrep. Hvis effekten av lokal-/regionalbedøvelse er for dårlig har flere god effekt av remifentanil enten alene eller i kombinasjon med spesielt propofol (19–22). Tradisjonelt har det vært et skille på medikamenter brukt til narkose og sedasjon, der kombinasjonen av beroligende (benzodiazepiner) og smertestillende (opiat) var mest benyttet til sedasjon, mens ulike

anestesisigasser i kombinasjon med opiat oftere ble benyttet til narkose tidligere. Generelt kan en si at benzodiazepiner og propofol i varierende grad gir hukommelsestap (amnesi), mens dette i mindre grad er tilfelle ved bruk av opiat. Opiater gir for øvrig oftere kvalme sammenlignet med for eksempel propofol (23).

Undersøkelsen viser at utviklingen av ny teknologi i form av programvare til infusjonspumper har hatt stor betydning for endret sedasjonspraksis. Den nye teknologien har gitt ny kunnskap om medikamenter man har benyttet lenge, men som har fått endret bruksområde etter denne utviklingen. Som tidligere nevnt benyttes mange ulike kombinasjoner av medikamenter til sedasjon, men det er først og fremst propofol (anestetikum/sovemedisin) som har bidratt sterkest til dette. Spesielt intervjuene ga et inntrykk av at endringen som har skjedd i sedasjonsmetode ikke var etter en bevisst strategi fra avdelingens side, men kom som et resultat av kunnskap man har tilegnet seg ved å bruke den nye teknologien i praksis til narkose. TIVA-metoden har slik fått økt anvendelse som en konsekvens av den erfaringsbaserte kunnskapen. En teori som kan forklare en slik utvikling er en retning innen sosiologien kalt sosial forming (konstruksjon) av teknologi (The Social Shaping of Technology) (24,25). Denne teorien vektlegger betydningen av at ulike sosiale grupper tillegger en teknologi (artefakt) en bestemt mening. Det er med andre ord ikke egenskaper ved teknologien som til slutt bestemmer dennes anvendelse eller betydning, men de sosiale sammenhenger og kontekster teknologien inngår i. Denne teorien blir oppfattet som motsatsen til teknologisk determinisme, der teknologien som

en selvstendig kraft påvirker utviklingen uten menneskelig påvirkning. Nyere sosialkonstruktivistiske tilnærminger som aktør-nettverk-teori (ANT) gir støtte til en slik tolkning (26). Denne teorien betrakter teknologiske systemer som en sosioteknisk vev, der utviklingen av teknologien skjer gjennom et komplekst nettverk av ulike aktører, som kan være både mennesker og artefakter (tekniske gjenstander eller løsninger). Hva resultatet blir av ny teknologi, vil avhenge av hvilken rolle sentrale aktører tar i utviklingsprosessen. Hvis brukerne av den nye teknologien for eksempel ikke får «opplæring» i hvordan den er tenkt brukt så vil de definere og bruke den i samsvar med sin oppfatning og forståelsesramme. Den enkeltes erfaring fra bruk av slik teknologi og verdisyn vil kunne påvirke utviklingen. Intervjuene viser at anestesisykepleiere på dagkirurgiske avdelinger trolig har et mer «konkurranserettet» utgangspunkt for bruk av den nye teknologien enn de ansatte ved døgnavdelingene. Årsaken er at konkurransen om pasientene trolig oppleves som sterkere ved dagavdelingene sammenlignet med døgnavdelingene. Slik blir det kulturelle klimaet forskjellig for hva som oppleves som utgangspunktet for den nye teknologien, og målsettingen blir derfor noe forskjellig for bruken av den (27). I forlengelsen av dette har de forskjellige miljøene ulike faggrupper som leger, sykepleiere, økonomer, legemiddelrepresentanter og teknologer som har ulike utgangspunkt for bruk av ny teknologi. Disse aktørene har en eller annen påvirkning på selve utviklingsprosessen, og utfallet av dette kan ta flere retninger. Hvordan prosessen har foregått i forhold til sedasjon synes noe uklart, men resultatene kan tyde

på at mange avdelinger har endret sedasjonspraksis uten at dette har vært et klart definert mål.

I dag er det mange aktører som tilbyr kirurgisk behandling i tillegg til de offentlige sykehuse. Et stort fokus på reduksjon av ventelister har bidratt til etableringen av flere private dageshøst som tilbyr kirurgisk behandling. Parallelt med dette er det også kommet dagkirurgiske sentra i offentlig regi. Målsettingen med slike etableringer er at man tilstreber en effektiv drift der de «friskeste» pasientene unngår innleggelse, og slik behandles rasjonelt både medisinsk og økonomisk. I områder

” Pasientenes og samfunnets krav til bedre kvalitet og effektivitet i behandlingen er endret.

med mange slike aktører er det i dag konkurranse om pasientene. De ansatte ved en av avdelingene gjorde rett og slett det de kunne for at pasientene skulle ha det så bra hos dem at de kunne fortelle andre potensielle pasienter om dette. Et svar på dette var ifølge disse anestesisykepleierne blant annet god sedasjon med propofol, som av dem ble ansett som det beste middelet å bruke i en slik sammenheng. Disse sykepleierne følte seg så «truet» fra mange hold, at de mente at sedasjon var et av virkemidlene for å kunne beholde arbeidsplassene på lang sikt. Sedasjon er selvsagt kun en av mange faktorer ved et sykehusopphold som bidrar til totalopplevelsen for pasientene, men det er påfallende og trolig nytt at konkurransen i seg selv er en motivasjonsfaktor blant

TABELL 3: Hvilke medikamenter blir fortrukket i dag sammenlignet med for 5 år siden? 1=ofte; 5=sjelden, gjennomsnitt.

	Medikament	5 år siden	I dag
Lang virketid	Midazolam	1,50	2,5
	Diazepam	3,3	4,5
Kort virketid	Propofol	3,1	1,2
	Remifentanil	4,5	2,8

anestesisykepleiere til å forbedre servicen overfor pasientene.

Pasientenes og samfunnets krav til bedre kvalitet og effektivitet i behandlingen er endret. I tillegg er forventningene til smertefrihet i forbindelse med sykehusbehandling økt sammenlignet med tidligere (28). Vi finner også støtte for en slik påstand i spørreundersøkelsen om at økte krav til pasientkomfort har bidratt til endringen man har sett siste fem år, men årsakene til det kan være flere. Intervjuene bekrefter en sammenheng der pasientenes forventninger har endret seg, men at endringen har gått over lang tid, og ikke nødvendigvis bør ha direkte sammenheng med endringer i sedasjonsmetode. Som sykepleiere er vi en del av det samfunnet vi lever i, og har selvsagt endret oss tilsvarende.

KONKLUSJON

Undersøkelsen viser at det har vært en endring i sedasjonspraksis siste fem år. Det har vært en overgang fra bruk av intermitterende doser med beroligende medikamenter med lang virketid (benzodiazepiner), til en «light-utgave» med anestetika (sovemedisin med kort virketid) administrert ved kontinuerlig infusjon. Ny teknologi fra legemiddelindustrien i form av programvare til infusjonspumper og korttidsvirkende medikamenter synes å forklare mye av endringen. I tillegg har sannsynligvis endringer i helsevesenet ved økt konkurranse, og økte krav og forventninger fra pasientene hatt betydning for utviklingen.

REFERANSER

- [1] Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN J.* 2007 Mar;85(3):589-604.
- [2] Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC. Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design. *J.Psychosom.Res.* 2000 Dec;49(6):417-422.
- [3] Frich JC, Fugelli P. Conceptions of disease-expectations of health. *Tidsskr. Nor.Laegeforen.* 2006 Jan 5;126(1):45-48.
- [4] Jensen TS, Dahl JB, Nielsen LA. Smertes - En lærebog. 1 utg. ed. Copenhagen: FADLs Forlag A/S; 2004.
- [5] Leslie K, Stonell CA. Anaesthesia and sedation for gastrointestinal endoscopy. *Curr.Opin.Anaesthesiol.* 2005 Aug;18(4):431-436.
- [6] Abraham NS, Fallone CA, Mayrand S, Huang J, Wiczorek P, Barkun AN. Sedation versus no sedation in the performance of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy: a Canadian randomized controlled cost-outcome study. *Am.J.Gastroenterol.* 2004 Sep;99(9):1692-1699.
- [7] Madan A, Minocha A. Who is willing to undergo endoscopy without sedation: patients, nurses, or the physicians? *South.Med.J.* 2004 Sep;97(9):800-805.
- [8] Waring JP, Baron TH, Hirota WK, Goldstein JL, Jacobson BC, Leighton JA, et al. Guidelines for conscious sedation and monitoring during gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest.Endosc.* 2003 Sep;58(3):317-322.
- [9] Scott IU, McCabe CM, Flynn HW, Lemus DR, Schiffman JC, Reynolds DS, et al. Local anesthesia with intravenous sedation for surgical repair of selected open globe injuries. *Am.J.Ophthalmol.* 2002 Nov;134(5):707-711.
- [10] Taylor E, Ghouri AF, White PF. Midazolam in combination with propofol for sedation during local anesthesia. *J.Clin.Anesth.* 1992 May-Jun;4(3):213-216.
- [11] Miller RD. *Miller's Anesthesia.* Sixth Edition ed. Philadelphia, Pennsylvania: ELSEVIER Churchill Livingstone; 2005.
- [12] Laberg GO, Leirvag JP, Leeuwenberg J, Bergamaschi R. Do short-term duration drugs for anaesthesia give postoperative advantages compared to traditional drugs? *Tidsskr.Nor.Laegeforen.* 2003 Sep 11;123(17):2445-2447.
- [13] Halkier B editor. *Fokusgrupper. : Samfunnslitteratur & Roskilde Universitetsforlag;* 2006.
- [14] Stewart D, Shamdasani P. *Focus Groups - Theory and Practice. : Newbury Park: Sage;* 1990.

[15] Svedberg L. *Gruppsykologi.* Lund; 1992.

[16] Jarret R. Fokus Group Interviewing With Low-Income Minority Populations. A Research Experience. In: Morgan D, editor. *Successful Fokus Groups. Advancing the State of the art.*Newbury Park: Sage; 1993.

[17] Wesstén A. Fokusgrupper - en bra metode i helseforskning. *Vår Föda* 1996;3:21-22.

[18] Thagaard T. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. 1. utg. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 1998.

[19] Hasen KV, Samartzis D, Casas LA, Mustoe TA. An outcome study comparing intravenous sedation with midazolam/fentanyl (conscious sedation) versus propofol infusion (deep sedation) for aesthetic surgery. *Plast.Reconstr.Surg.* 2003 Nov;112(6):1683-9; discussion 1690-1.

[20] Maldini B, Miskulin M. Outpatient arthroscopic knee surgery under combined local and intravenous propofol anesthesia in children and adolescents. *Paediatr. Anaesth.* 2006 Nov;16(11):1125-1132.

[21] Smith I, Avramov MN, White PF. A comparison of propofol and remifentanyl during monitored anesthesia care. *J.Clin.Anesth.* 1997 Mar;9(2):148-154.

[22] Holas A, Krafft P, Marcovic M, Quehenberger F. Remifentanyl, propofol or both for conscious sedation during eye surgery under regional anaesthesia. *Eur. J.Anaesthesiol.* 1999 Nov;16(11):741-748.

[23] Servin FS, Raeder JC, Merte JC, Wattwil M, Hanson AL, Lauwers MH, et al. Remifentanyl sedation compared with propofol during regional anaesthesia. *Acta Anaesthesiol.Scand.* 2002 Mar;46(3):309-315.

[24] Bijker WE, Hughes TP, Pinch T. *The Social Construction of Technological Systems.* 7. edition ed. London: The MIT Press; 1999.

[25] Klein KK, Kleinman DL. *The Social Construction of Technology: Structural Considerations.* Science, Technology & Human Values 2002;27(1):28-52.

[26] Feenberg A. *Teknikk og modernitet.* Oslo: Universitetsforlaget; 1999.

[27] Klein HK, Kleinman DL. *The Social Construction of Technology: Structural Considerations.* 2002;27(1):28-52.

[28] Brodal P. The neurobiology of pain. *Tidsskr.Nor.Laegeforen.* 2005 Sep 8;125(17):2370-2373.

VONDT, ELLER BARE LITT UBEHAGELIG?

> En studie av endringer i peroperativ sedasjonspraksis og årsakene til disse.

>Spørsmålet er om det har vært en endring i sedasjonspraksis siste fem år, og eventuelt hvilke faktorer som kan ha bidratt til denne utviklingen.

Jeg har lest artikkelen med stor interesse da dette er av betydning for vår hverdag her på Dagkirurgen i Tromsø. Jeg var også tilhører under årets studiedager i anesthesi i Skien hvor Ellen Marie Lunde, som er en av forfatterne, la fram undersøkelsen.

Som artikkelen er inne på, har det helt klart vært en forandring av sedasjonspraksis de siste fem årene. Jeg mener dette har vært til pasientenes fordel, spesielt med tanke på den postoperative fasen. De virker mer opplagte og har ikke samme behov for postoperative ressurser. Ny teknologi og ny bruk av anestesimidlene, gjør at anestesisykepleieren lettere kan styre sedasjonsdybden (anestesisdybden) etter behov. Men konsekvensen er at det kreves en helt annen tilstedeværelse fra anestesisykepleierens side. Dette pekes det også på i artikkelen og forfatterne beskriver forskjellene

mellom minimal, moderat og dyp sedasjon. Det en kan trekke ut av dette er viktigheten av hvem som gir anestesien. Det viser seg at erfaring har mye å si da den erfarne anestesisykepleiere oftere bruker type inngrep som indikasjon for valg av sedasjon, mens den mer uerfarne støtter seg til objektive målinger som indikator på sedasjonsdybde.

En annen diskusjon er hva pasienten forventer og aksepterer av smerte og ubehag. Her vil god informasjon spille en vesentlig rolle. Ifølge foredraget som ble holdt under studiedagene, er det en endring når det gjelder hva pasientene aksepterer av smerte og ubehag. Dette er noe vi også ser jevnlig.

Artikkelen tar videre for seg betydningen av de økte kravene til effektivitet og kvalitet, både for pasienten og offentlig helsemyndigheter, når det gjelder valget av sedasjonsmetode. Effektiviserer en på bekostning av sikkerhet og pasientens velvære? Sedasjon skal gjøre pasientens opplevelse av inngrepet og det postopera-

Foto: Ingunn A. Mæhlum



LISBETH MAURSTAD
avdelingssykepleier,
anestesi, dagkirurgen, UNN

<< Les artikkelen på side 218

Hva vet vi om temaet fra før?

Funn i en tidligere undersøkelse innenfor klinikkledernivå i to sykehusforetak, utført av blant andre artikkelforfatteren, viste et betydelig behov for kompetanse i kommunikasjon og prosessledelse

knyttet til utveksling av kunnskaper og erfaringer i møtevirksomhet.

Hva tilfører artikkelen:

Funnene i artikkelen viser at mange ledere ikke er fortrolige med å tilrettelegge for samspill og dialog og undervurderer betydningen av å anerkjenne møtedeltakernes innspill.

Nøkkelord:

- Endring
- Kommunikasjon
- Ledelse
- Samarbeid

Mer om forfatteren:

Bente Skogsaaas,
bpskoga@online.no
Phd.-stipendiat Roskilde
Universitetssenter, Danmark.
Sykehuset i Vestfold,
Klinikk Medisin, Tønsberg

Les mer om emnet:

www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1457383

Bakgrunn: Faglige forbedrings- og utviklingsprosesser skjer hovedsakelig gjennom utveksling av kunnskaper og erfaringer i møtevirksomhet. Funn i en tidligere undersøkelse innenfor klinikkledernivå i to sykehusforetak viste et betydelig behov for kompetanse i kommunikasjon og prosessledelse knyttet til slik møtevirksomhet (1). Til tross for at det er en ressurskrevende arbeidsform med stor betydning for prosesser og resultater ser det ut til å være et fraværende diskusjonstema i ledelsesutvikling. Artikkelen setter et særskilt fokus på møteleders rolle og adferd i utvikling av gode prosesser og resultater på tverrfaglige problemstillinger.

Metode: Datamaterialet består av opptak av intervju samtaler med ti avdelingsledere og tolv enhetsledere fordelt likt i to sykehusforetak.

Resultater: Møteledelse er noe man lærer i praksisfellesskapet gjennom positive og negative erfaringer som møtedeltaker og møteleder. Svært mange av informantene hadde aldri opplevd en bestemt person som rollemodell i møteledelse, men plukket ut elementer de satte pris på fra flere. Foreliggende materiale viser at mange ledere ikke er fortrolige med å tilrettelegge for samspill og dialog og undervurderer betydningen av å anerkjenne møtedeltakernes innspill. Det forteller også om et stort utviklingspotensial

innenfor møteledelse i forhold til både det instrumentelle og prosessuelle aspektet og særskilt i håndtering av kritikk og «ansiktstruende» temaer på agendaen.

**What makes the meeting a «good meeting practise»?**

Background: Changing, developing and organizing multiprofessional tasks and projects occurs in formal and informal meetings by sharing knowledge and experience. Meeting practise and atmosphere has a great influence on quality of group processes and results. Significant time, money and energy are spent on meetings, but is rarely reflected in those debates about leadership in hospitals. This article focuses on meeting atmosphere in formal meetings, leadership, roles and behavior in mastering productive meetings in hospital health services.

Material and methods: Twenty-two middleleaders at two different hospitals in the same

region of Norway contributed in-depth interviews about their experiences in participation and leadership in meetings.

Results and interpretations: The learning character of meeting practice and leadership is sociocultural and takes place in the practice community as positive and negative experiences as tacit knowledge. Only a few of the informants mentioned their superior as role models in good meeting practise. Most of the informants never experienced one specific person as role model, but picked elements they obtained from different persons and leaders. Findings indicate that many leaders underestimate the meaning of acknowledgement and appreciation of the participants contribution in

the discussions and how to do it. The majority of the informants recognized a significant demand for learning to prevent and master interplays characterised by suspicion, negative interpretation, assumptions and hidden agendas.

Hva skal til for å si: «DETTE VAR ET GODT ARBEIDSMØTE»?

Mellomlederes refleksjoner om deltaker- og møtelederrollen i to sykehusforetak

Forfatter: **Bente P. Skogsaaas**

Foto: **Erik M. Sundt**

INTRODUKSJON:

Med denne artikkelen er ønsket å anspore til diskusjon om møteledelse og vekke interesse for en side ved kommunikasjon og sam-

arbeid som er lite belyst i helse-tjenesten. Dette vedrører ikke bare ledere ettersom utøvende sykepleiere, leger og andre faggrupper i mange sammenhenger er møteledere, og det er slett ikke gitt at den som er dyktigst i å lede prosesser er tildelt lederrollen. Deltakere har medansvar for

samarbeidsatmosfæren i møtene, men det er ikke til å komme bort fra at møteleder legger føringene og blir premisleverandører for resultater på forbedrings- og forandringsprosesser.

Bakgrunnen for å gjøre en undersøkelse om møtedeltakelse og møteledelse ligger i funn fra

en tidligere undersøkelse innenfor klinikkledernivå (1). Der kom det frem et betydelig behov for kompetanse i kommunikasjon og prosessledelse knyttet til håndtering av møter med tverrfaglige forbedrings- og omstillingssaker på agendaen. To funn fra denne undersøkelsen pekte seg særskilt ut:

- Behov for å håndtere kritikk og tabubelagte temaer ettersom det lett resulterte i defensive relasjoner: Samarbeid preget av forsvar, mistenksomhet, negative fortolkninger og skjulte agendaer.
- Få av lederne var komfortable med tilretteleggerrollen for samarbeid og læring til tross for at forbedring og endring var en del av hverdagen innenfor alle ledernivåene.

Hensiktene med den oppfølgende undersøkelsen var å få innsikt i hva ledere legger i gode og dårlige møter og i hvilket omfang de to ovenstående problemstillinger også var relevante innenfor mellomledernivået. Innsikten fra disse to undersøkelsene danner det empiriske grunnlaget for å forske videre i et doktorgrads-prosjekt.

Det er gjort søk innenfor databaser som SCOPUS og PubMed, og det viser seg at det er gjort lite forskning innenfor mellomledernivå generelt (2,3). Det er kun et fåtall undersøkelser om møter og samarbeid som eksplisitt tar opp temaet håndtering av defensive samarbeidsrelasjoner i helsetjenesten til tross for at slike relasjoner er sterkt hemmende for kritisk refleksjon, involvering, engasjement og kreativitet (1,4). I en undersøkelse om samarbeidsatmosfære kom det fram at leger i spesialisthelsetjenesten opplevde en mer konkurrerende,

perfeksjonistisk og defensiv samarbeidsatmosfære enn kollegaer i primærhelsetjenesten (5). Øvrige undersøkelser og tekster om møteledelse er hovedsakelig knyttet til styremøter, prosjektledelse, veiledning/coaching, kurs- og seminarledelse (6, 7, 8, 9, 10). Der vektlegges både det instrumentelle og resultatorienterte aspektet i møter (struktur, plan og teknikk) og det relasjonelle og prosessorienterte (kommunikasjon og interaksjoner).

MATERIALE OG METODE:

Datamaterialet er innsamlet høsten 2006. Intervjudata gir mer valide data enn spørreskjemadata når hensikten er å få innblikk i refleksjoner knyttet til opplevelser og handlinger (11). Materialet består av opptak av intervju samtaler med ti avdelingsledere og tolv enhetsledere fordelt likt i to sykehusforetak. Intervjuguiden besto av fem hovedspørsmål:

- Hvordan skal et møte være for at du skal oppleve å bidra maksimalt med dine ressurser? Oppfølgingsspørsmål var knyttet til konkretisering av møteleders kommunikasjon og egenskaper
- Hva er et dårlig møte for deg? Oppfølgingsspørsmål som over.
- Har du opplevd en møteleder som får til det du beskriver som et godt møte?
- Hva legger du vekt på å få til i din egen møteledelse?
- Hva opplever du at du håndterer mindre godt/vellykket og ser som dine utviklings- og læringsbehov i forhold til møteledelse?

Artikkelforfatteren innledet intervjuet med å beskrive møter og saker de skulle reflektere i forhold til og spørre de om hvilke erfa-

ringer de hadde fra deltakelse og ledelse av små og store prosjekter og endringsprosesser. Slike saker kunne være knyttet til ledermøter, prosjektmøter, utvalgsmøter og så videre, men poenget var at det skulle være i sammenheng med tverrfaglige forbedrings- og utviklingssaker som de var/hadde vært følelsesmessig engasjerte i og kunne gi konkrete eksempler på. Intervjuet ble gjennomført som en samtale der det ble lagt vekt på å få informanten til å eksemplifisere og konkretisere sine erfaringer med ord, utsagn og utdypinger fra egen hverdag. Det ble lagt vekt på å være utforskende ved å stille åpne spørsmål og ikke bruke ord som ledet informanten inn i intervjuerens forforståelse fra undersøkelsen innenfor klinikkledernivået.

Det ble fortolket og konkludert mest mulig underveis sammen med informanten for å validere innhold (11): En påpeking og etterspørring av mening/betydning av enkelte ord og utsagn og nonverbale uttrykk. Informantene fikk lese igjennom intervjuets utskrift og ble i samband med dette også stilt utfyllende spørsmål. Hensikten med en slik fremgangsmåte er å sikre at materialet er mest mulig i samsvar med informantens mening (11).

Materialet ble analysert ut fra kategoriene: Gode og dårlige møter og møteledelse, rolleforbilder og læringsbehov i møteledelse. For å få frem omfang av fenomener og egenskaper i det foreliggende materialet blir de omtalt som:

- «få»/«noen få»: Tilsvarende 1/5 av informantene
- «en del»: 1/4
- «en god del»: 1/3
- «mange»: 1/2
- «svært mange»: 2/3
- «nesten alle»/«de fleste»: 3/4.

I tilknytting til respons på intervjuets utskrift har informantene besvart spørsmål om ansvars- og fagområde, utdannings- og lederbakgrunn og møtetyper. Antall ansatte de hadde personalansvar for varierte sterkt: Fra 4–5 til 90 ansatte. Enhetslederne hadde flest. Informantenes representativitet i de to foretakene er rimelig lik. Enhetslederne i materialet besto av syv sykepleiere og fem med andre fag. Avdelingslederne besto av fem leger og fem sykepleiere/andre fag. Fem av enhetslederne

“ En del av informantene virket uvante med å reflektere over temaet «møter».

hadde formell lederutdanning fra høyskole og blant avdelingslederne var det to. I materialet på 22 ledere var det to enhetsledere med formell pedagogisk utdanning på høyskolenivå: Veiledning og coaching.

Saker som undersøkelsen har hatt i fokus ble hos informantene hovedsakelig drøftet i ledermøter. Undersøkelsens tematikk inviterte til å fortelle om vanskelige samarbeidsforhold og sterke emosjonelle utsagn er utelatt for å sikre anonymitet. For at informanten ikke skulle sitte igjen med en følelse av håpløshet og «tilkort-kommenhet» ble det i noen sammenhenger brukt elementer av støttende samtale underveis i intervjuet.

RESULTATER OG FORTOLKNING:

En del av informantene, innenfor begge ledernivåene, virket uvante med å reflektere over temaet «møter». Som om det i det hele tatt var noe å stille spørsmål om, men som noen sa: «Mulig at vi

burde tenkt litt over hvordan vi brukte møtene våre». For øvrig var det stor indre logisk sammenheng mellom det informantene beskrev som gode og dårlige møter og god og dårlig møteledelse og rolleforbilder.

GODE OG DÅRLIGE MØTER OG MØTELEDELSE

Informantene brukte ord og utsagn som er typiske verdi- og trendord i arbeidslivet i vår tid: Involvere, engasjere, romslighet, kreativitet, struktur, resultater, fleksibilitet og anerkjennelse. Enhetslederne la noe mer vekt på mellommenneskelige relasjoner og prosesser og var mer konkrete i sine beskrivelser av møteleders adferd enn avdelingslederne. Avdelingslederne så ut til å fokusere noe mer på møtestruktur, fremdrift og resultater. En forklaring kan være at enhetsledere har større utfordringer i prosessledelse for å lykkes i å «få med seg grasrota». Avdelingslederne står noe fjernere fra praksis, men har stort press på seg i det å imøtekomme forventninger fra lederskiktet både over og under. For øvrig blir det mest meningsfullt å fortolke begge ledernivåenes data slik at de beskriver en ideell møteatmosfære og møteledelse. Materialet «strekkes» til en «kan være»-situasjon: Som noe å strekke seg mot og mestre (11). Foreliggende data samles i tre undergrupper og definerer det forfatteren legger i produktive møter:

- Når atmosfæren er preget av anerkjennelse og trygg og fri diskusjon
- Når deltakerne opplever engasjement og forventninger om involvering
- Når møtet har en klar struktur, dynamisk ramme og progresjon

Det er kanskje ikke nytt eller overraskende at disse temaene peker seg ut som grunnlag for gode møter. Nytt er at temaet møteledelse og kommunikasjon knyttet til forbedrings- og forandringsprosesser undersøkes i en sykehuskontekst. Materiale med størst forskningsinteresse er knyttet til a og b og får størst fokus. Datamateriale knyttet til c beskrives kort, men utelates i diskusjonsdelen da det bekrefter tidligere forskning. Ord og korte utsagn informantene brukte hyppig blir markert som «...». Lengre utsagn og beskrivelser markeres som «...».

a) Når møteatmosfære er preget av anerkjennelse og trygg og fri diskusjon

Mange av informantene beskrev god møteatmosfære som når de «kjente seg regnet med», at de «ble løftet inn» i diskusjonen, at de «var av betydning for saken og gruppa» og at de ble «respektert og verdsatt for sine ulike måter å være på». Da ble det lettere å «kjenne seg trygg», «være seg selv» og «kunne komme med kritikk». Ofte opplevde de ikke en slik anerkjennende/verdsettende atmosfære selv, og noen av informantene, hovedsakelig enhetsledere, la vekt på det i egen ledelse. Eksempel: «Det er viktig å vise interesse for den enkeltes budskap og meninger i diskusjonen. Jeg sier for eksempel: 'Ja. Flott! Det er et argument!' Deretter tar jeg det med i oppsummeringen.» «Det er viktig for meg at de som kommer med kritiske spørsmål ikke får følelsen av at jeg ikke liker den og den!»

Alle informantene la gjennomgående vekt på betydningen av møteleders håndtering av kritikk og ansiktstruende temaer for opplevelsen av gode og dårlige møter. I løpet av intervjuet for-



teller mange at de ønsker å ha det «høyt under taket», men at det er vanskelig å håndtere for at det skal komme noe konstruktivt ut av det. Særskilt vanskelig var det å håndtere møter der dialogen var preget av negativt kroppsspråk og mistenksomhet til hverandre. Som regel var det i tilknytting til kritikk og ansiktstruende temaer på agendaen: «Ofte er det de samme som ikke sier noe, og da lurer jeg på om det er en slags sabotasje eller en slags 'ikke-verdsetting' av det de andre sier? Det at noen sier for mye, er det for 'enkelt' eller er det en 'non-deltagelse'? Da blir jeg utrygg og holder meg tilbake.»

«Noe kan være upopulært å si høyt. Det ser jeg for eksempel når en annen leder sier noe først og jeg ser på kroppsspråket til møtelederen at den er avvisende til det som blir sagt. Da ser jeg at den som har uttalt seg trekker seg litt tilbake og ikke vil si noe mer.»

På spørsmål om hvordan de kunne tenke seg å ta opp dette svarte de fleste at de ikke visste eller at de trodde det ble verre å ta det opp.

På ulike måter kom alle informantene inn på normer og regler for adferd i form av at de kunne si at de merket at det «ikke var lov til å si» eller at de «kjente at det ikke var akseptabel måte å være på» og så videre. På oppfølgings-spørsmål om de kunne komme med eksempler på uskrevne regler for møteadferd svarte en god del at det hadde de ikke tenkt over, men at de hadde erfart det som å «melde seg på talemøte», at man «ikke skal være ufine» og at «noen temaer bør man ikke snakke høyt om». Noen få av informantene var fortrolige med kunnskaper om det å utvikle normer for bestemte verdier i sine møter. De hadde videreutviklet prinsipper for gruppesamtaler basert på prosedyre fra bedrifts-

helsetjenesten og lederverktøyet MUSIK (12): «I innledningen til mine møter så minner jeg de ansatte på disse. Det fungerer veldig bra!»

b) Når deltakerne opplever engasjement og involvering

Møtet ble langt på vei et godt møte når alle opplevde at de andre deltakerne var engasjerte og tok medansvar for å finne løsninger: «Det blir gjerne en god stemning når folk er innstilt på å lytte og lære av hverandre og ikke er så ensidig opptatt av egne saker og interesser, men det er vanskelig å få til.»

Saker som involverte bare en eller få opplevdes som passiviserende og misbruk av hverandres tid. Mye informasjon, enveiskommunikasjon, for detaljerte innlegg og lite rom for å gå i dybden på viktige saker virket demotiverende.

På spørsmål om hva de selv gjorde for å få folk til å involvere og engasjere seg, formidlet noen av informantene innsikt i kommunikasjon som fremmer involvering og felles forståelse (7, 8, 9). Eksempler:

- «komme med gode spørsmål»
- «ta en runde rundt bordet»
- «alle må ta stilling til det vi snakker om»
- «sjekke ut hva som er mottatt og om vi har samme forståelse»
- «for å få folk til å snakke så må jeg snakke mindre»
- «ikke være redd for stillhet»

c) Når møtet har klar struktur, ramme og progresjon

Dette var noe de fleste omtalte først og som det var lettest å sette ord på. Da ønsket de i rimelig tid på forhånd å motta en saksliste, ha klarlagte hensikter med møtet og at møtetiden ble overholdt. Informantene ga møteleder stort ansvar for å disponere tiden, rydde opp i misforståelser,

trekke ut essens, oppsummere og konkludere. De satte pris på en klarlagt og forberedt agenda, men ikke i den grad at møteleder hadde gjort seg opp en bastant mening på forhånd og ikke ga dem reelle påvirkningsmuligheter.

ROLLEFORBILDER

På spørsmål om de hadde erfart en slik god møteleder var det noen få som spontant omtalte sin nærmeste leder som rollemodell: «Min sjef gir rom for meninger, er lyttende og samtidig konstruktiv

” Noen få opplevde svært dårlig møteledelse med mye enveiskommunikasjon (...)

slik at vi kommer fremover. (...) Alle får anledning til å si det de ønsker, men det blir ikke tværing. Om ikke alle uttaler seg tar min sjef en runde rundt bordet. Det gjør at vi kommer videre.»

De fleste opplevde verken gode eller dårlige møter og så ikke for seg en bestemt leder som rollemodell, men «plukket» egenskaper de satte pris på fra flere: «Fra min sjef har jeg plukket opp det å gjøre en del ting enklere. (...) Prøve å få tingene raskt igjennom for å få mer tid til det du trenger å diskutere.»

Noen få opplevde svært dårlig møteledelse med mye enveiskommunikasjon og informasjon og så hvordan nye kollegaer «vokste opp» i samme møtekultur og gjorde det samme videre. Mangel på rollemodell i håndtering av negative samarbeidsmønstre bidro til håpløshet: «... Når de som sitter mye høyere over meg ikke klarer å bryte det – hvordan skal jeg gjøre det da?»

LÆRINGSBEHOV I MØTE-LEDELSE

De fleste trengte en god tenkepause før de kunne beskrive hva de kunne bli bedre på. Lettest å sette ord på var det å bli bedre på å strukturere, planlegge og disponere tiden i møtene. For å ha stor innsikt i saker og være god på å argumentere la mange vekt på at det var helt nødvendig å være å jour klinisk faglig til tross for at de fungerte som ledere. For ledelederne var dette et viktig argument for at de var i en todelt rolle: Kliniker og leder. I forhold til det prosessuelle og relasjonelle aspektet var det hovedsakelig de av informantene som la vekt på dette i egne møter som konkretiserte læringsbehov: «En til en samtaler er greit, men grupper er vanskelig.»

«Jeg ønsker å bli bedre på å få de ansatte til å se på ting fra forskjellige synsvinkler og til å stimulere til nytenkning.»

«Jeg er ikke selv så kreativ og skulle ønske jeg var bedre til å inspirere andre til det.»

DISKUSJON:

Foreliggende materiale viser at mellomledere ofte opplever møter som dårlige når møteleder, eller de selv som møteledere, kommer til kort i håndtering av kritikk og ansiktstruende temaer og trygging av deltakernes behov for anerkjennelse. Få av informantene visste hvordan de skulle forholde seg til relasjonelle spenninger, og mange trodde det ble verre om de tok det opp. Til tross for at informantene beskrev mistenksomhet, skjulte agendaer og liten verdsetting som årsaker til dårlig møteatmosfære, gjenspeilte ikke dette seg i deres læringsbehov i møteledelse. Det kan forklares med det Argyris og Schön finner i sin forskning: At defensive samarbeidsmønstre er generelt

vanskelige å forstå, oppfattes som «farlige» og uunngeelige og som noe vi må leve med (4). Mange av informantene savnet en mer anerkjennende møteatmosfære. Det ser ut til å være i samsvar med funn der 90 prosent av kandidatene i et lederutviklingsprogram hadde stort behov for å lære å vise verdsetting og hvordan forholde seg konstruktivt til forskjellighet og mangfold (14).

For å unngå å komme inn i, eller for å komme oss ut av, ubehagelige og spente situasjoner bruker vi høflighetsstrategier som nedtoning, utglating og ignorering av diskusjoner og temaer med truende innhold (13,15). Dette er allmenne og globale strategier og tjener som beskyttelse mot alt som kan true mellommenneskelige relasjoner, sosial posisjon, selvfølelse og verdighet (13,15,16). Kritikk og endringsforslag er ofte «ansiktstruende» og med slike temaer på agendaen vil den undersøkende dialogen lett forhindres at konstruktiv kritikk kommer «opp på bordet». Budskapene «pakkes inn», men avspeiles i ordbruk, intonasjon og nonverbal adferd og bidrar lett til en atmosfære med mistenksomhet og negative fortolkninger.

Første skritt mot en mer åpen dialog er å bli klar over egen indre, defensiv dialog og bryte egne mønstre med misfortolkninger (4,15). For å unngå å komme inn i negative samarbeidsspiraler er ett av hovedprinsippene å teste ut oppfatninger (4). Et annet er å knytte egne slutninger til kunnskapsbaserte data og etterspørre det samme hos andre. Det blir lettere å ta og gi konstruktiv kritikk når normer og regler gjorde det legitimt i form av *faglig baserte og fremtidsrettede konstruktive tilbakemeldinger*: Å profesjonalisere kritikk (15). Noen få av informantene var fortrolige med

ledelsesverktøy for gjennomføring av utviklingssamtaler og kjente seg bekvemme med å regulere samspill i forhold til ønskede normer og verdier i arbeidsmiljøet (12). Hovedhensikten med å utvikle normer og regler er å føre dialogen inn i demokratiske og etiske former for samarbeid slik at beste argument vinner frem i diskusjonen (17,18).

Basert på foreliggende materiale og diskusjon vil god møteledelse innebære å:

- Utvikle og håndheve profesjonelle normer og regler for adferd som fremmer demokratisk deltagelse, kritiske og kreative innspill
- Verdsette og anerkjenne deltakernes ulikhet og innspill

Derimot virker det hemmende på utvikling av åpen dialog og verdsetting når møteleder:

- Ikke fører dialogen inn i profesjonelle, demokratiske og konstruktive baner
- Ikke håndterer konfliktpotensialet i deltakernes mangfold og ulikhet
- Verdsetter deltakerne ulikt
- Legger «lokk» på saker og temaer

Det er ikke nytt at involvering og engasjement er viktig i samarbeid, men funn fra undersøkelsen forteller om mange ledere som ikke håndterer det godt nok i praksis. Møtene fikk god stemning når det var gjensidighet i forhold til lytting og læring av hverandres argumentasjon, men det var vanskelig å tilrettelegge for. Av det totale materialet på 22 ledere var det særskilt to av informantene, de som hadde pedagogisk kompetanse, som uttrykte størst fortrolighet med tilretteleggerrollen for involvering og engasjement. Det

er fristende å trekke noen tråder fra denne undersøkelsen til medarbeiderundersøkelsene i Helse Sør, som viste at ledere kom mest til kort innenfor utviklende lederskap: Det å involvere og engasjere medarbeiderne (19). Lave skår innenfor utviklende lederskap *kan være* at mange ledere, tilsvarende som i denne undersøkelsen, ikke har tilstrekkelig praktisk pedagogisk kompetanse.

Det er fristende å trekke det enda lengre: Til det mange forskere omtaler som et paradigmeskifte i vår tid i forhold til syn på arbeidsliv, læring og ledelse: En brytningstid mellom tradisjonelt læringssyn (løse oppgaver ut fra innlært kunnskap, individuelt, mentalt) og et sosiokulturelt og ekspansivt læringssyn (20,21). I et sosiokulturelt læringssyn blir de sosiale interaksjonene tillagt stor betydning for overføring av erfaring og viten og får konsekvenser for hvordan man tilrettelegger for læring i praksis. Et ekspansivt læringssyn innebærer i praksis at vi utvider vår betraktning til å inkludere de motsetningsfylte aspektene i problemstillingen. På den måten blir folks ulike erfaringer og meninger en ressurs. «Symptomer» på hvordan vi forsøker å imøtekomme tidens behov for nye måter å samhandle og lære på ser vi for eksempel som; nettverk, lærings- og mestringssentre, sentre for innovasjon og sosiale entreprenørskap. Det avspeiles også i nyere ledelsesteori der det skilles mellom «leadership» som knyttes til endring og prosessledelse og «management» til administrasjon (22,23). De fleste av informantene i undersøkelsen opplevde å komme til kort i det prosessuelle og særskilt i forhold til håndtering av mangfold av meninger, kritikk og ansiktstruende temaer. Det var også en av hovedårsakene til dårlige møter.

En del av informantene ønsket seg praktiske verktøy for samarbeid og dialog. Men de fleste knyttet læringsbehov til det instrumentelle og i liten grad til det de opplevde som viktigst når de beskrev et godt møte: Det relasjonelle og prosessuelle aspektet. Det forteller muligens om et konformt og tradisjonelt syn på møter og læring og en svak forankring i tilretteleggerollen.

Basert på foreliggende materiale og diskusjoner vil god møteledelse innebære å:

- Prioritere antall saker og i hvilke fora de hører hjemme
- Tilrettelegge for gode sosiale interaksjoner, refleksjon, fokuserte diskusjoner og gjensidig læring av hverandre

Derimot opplevde informantene det som demotiverende når møteleder:

- Hadde saker på agendaen som involverte og engasjerte kun noen få
- Hadde mye informasjon og enveiskommunikasjon
- Ikke så eller gjorde bruk av deltakernes mangfold og ressurser
- Ikke la til rette for undersøkende og utdypende diskusjoner av viktige saker

KONKLUSJON:

Endring er å bryte mønstre og innebærer å være i en læringsprosess hvor folk må finne nye måter å gjøre ting på som de ikke har gjort tidligere. Det stiller høye krav til ledere i sykehus som tradisjonelt har hatt størst fokus på fag og administrasjon. I denne undersøkelsen ser det ut som at ledere med pedagogiske kunnskaper kjenner seg mer bekvemme i rollen som tilretteleggere for dialog og samhandling. Møteledelse

er noe vi lærer gjennom normer og regler i praksisfellesskapet og kulturen har stor betydning for dialog og samhandling i møter. Det er ulike praksiskulturer bak informantenes utsagn og hverdag, men det har latt seg gjøre å fremstille fellestrekk for møteleders adferd og egenskaper i forhold til hva som fremmer versus hemmer produktive møter.

Foreliggende materiale bekrefter at mellomledere har et tilsvarende behov som klinikkledere i den forutgående undersøkelsen (1): Lære å tilrettelegge for produktive møter. Funn tilsier heller ikke at jo lengre opp i hierarkiet jo bedre håndtering av samarbeid knyttet til forbedrings- og endringsprosesser. Sykehus blir omtalt som kunnskapsintensive og lærende organisasjoner, men det ser ut som vi henger etter i det å betrakte ledelse som en pedagogisk tilretteleggerrolle: Å tilrettelegge sosiale relasjoner for kunnskaps- og erfaringsutveksling.

REFERANSER

1. Skogsaa BP, Svendsen MV. Endringsledelse i sykehus. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2006; 126: 3084-7
2. Pappas JM, Flaherty KE, Woodriddle B. Tapping into Hospital Champions – Strategic Middle Managers. The Health Care Manager 2004; 29 (1): 8-16.
3. Guo KL, Calderon A. Roles, Skills, and Competencies of Middle Managers in Occupational Therapy. The Health Care Manager 2007; 26 (1): 74-83
4. Argyris C, Schön D. Organizational Learning II. Boston: Addison Wesley Publishing Company, 1996.
5. Akre V, Falkum E, Hoftvedt BO [et al]. The communication atmosphere between physician colleagues: Competitive perfectionism or supportive dialogue? A Norwegian study. Soc Sci Med 1997; 44: 519-26.
6. Huse M, Minichilli A, Schøning M. The Value of Process-Oriented Boardroom Dynamics. Organizational Dynamics, 2005; 34: 285-297
7. Elsborg S, Ravn I. Lærende møder og konferencer i praksis. People's Press, 2006
8. Stelter R, red. Coaching. Læring og utvikling. København: Psykologisk Forlag A/S, 2002.

9. Slebo G. Relationer i organisationer. København: Dansk Psykologisk Forlag, 2004.

10. Kjølle K. Møtet er satt. Oslo: Kommuneforlaget, 2003

11. Kvale, S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997

12. Thorsdal, M. MUSIK - En håndbok for ledere. Skien: Helse Sør RHF, 2003

13. Svennevig J. Språklig samhandling. Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse. LNU. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, 2001.

14. Wolf G, Bradle J, Nelson G. Bridging the strategic leadership gap. A model program for transformational change. JONA 2005; 35: 54-60.

15. Asmuss B, Steensig J. Samtalen på arbejde. København: Samfundslitteratur, 2003.

16. Brown P, Levinson S. Politeness: Some Universals in Language Usage. Cambridge. Cambridge University Press, 1987.

17. Habermas J. Diskursetikk. Frederiksberg: Det lille Forlag, 1996.

18. Hauge HA, Mittelmark MB. Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog? Fagbokforlaget, 2003.

19. Medarbeidertilfredshetsundersøkelser i Helse Sør. MBU-rapport 2005 - 2006. Skien: Seksjon for arbeidsmedisin. Sykehuset i Telemark

20. Engeström, Ylvö. Learning by expanding. An Activity-Theoretical approach to Developmental Research. Helsinki: Orienta-Konsultit Oy, 1987.

21. Hakkarainen K, Palonen T, Paacola S [et al]. Communities of network expertise. Professional and educational perspectives. Amsterdam: Elsevier, 2004

22. Scheridan PT, Quinsey CA. Change management. What is in your toolkit? Journal of AHIMA, 2006; 77: 64-65

23. Mintzberg, H. Managers not mbas: A hard look at the soft practice of management and management development. London: Financial Times Prentice Hall, 2004

Takksigelse:

Stor takk til Sykehuset i Vestfold og Telemark for forskningsstipend som gjorde det mulig å gjennomføre undersøkelsen.

Treff sykepleiere som ikke vet at de har lyst på ny jobb ennå!

I Sykepleien når du nært sagt alle sykepleiere i Norge. Du når hele 9 av 10 av dem som har tenkt til å bytte jobb*. Velg mellom å annonsere bare på sykepleien.no eller en kombinasjon av annonse i bladet og på sykepleien.no

* Kilde: Synovate MMI

www.sykepleien.no

sykepleien

Forskningsnytt

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



> TIPS OSS:

Kjenner du til nye studier presentert i internasjonale tidsskrift som du mener har klinisk relevans og interesse for norske sykepleiere? Tips kan sendes til Anners.Lerdal@hibu.no

Er et sykehjem egentlig et hjem?

Dette spørsmålet er utgangspunktet for en feltstudie hvor hensikten var å undersøke om begrepet sykehjem som hjem er virkeliggjort i fellesrommene. Både deltakende observasjon og intervju ble brukt som metode for datainnsamling. En fenomenologisk hermeneutisk tilnærming var utgangspunktet for analysen som fokuserte på å finne tema og kategorier i innholdet. Til slutt i analyseprosessen ble data belyst ut fra teorier om hjemmet. Data ble samlet inn i 1999 ved to langtidsavdelinger med til sammen 24 beboere. Beboerne hadde egne

rom med bad. Størrelsen på rommene begrenset hvor mange private møbler man kunne ha. Sengen var det eneste møblet som tilhørte sykehjemmet. Alderen på deltakerne varierte fra 80–100 år. De hadde redusert mobilitet og trengte hjelp til påkledning, til å bade og til å gå på WC. Observasjonene foregikk i fellesrommet fire timer daglig i 15 uker, og i tillegg ble fem beboere intervjuet. Fokuset for intervjuet var beboernes dagligliv. Studien viste at beboerne mesteparten av dagen oppholdt seg i avdelingens felles oppholdsrom. Oppholdsrommet var utstyrt som en privat stue med piano, TV, sofa og bord, men den manglet et personlig preg. Der var for eksempel ingen private bilder eller nips. På en måte opplevdes rommet som en blanding av stue og venterom. Oppførselen til beboerne varierte fra hva man gjør i et privat hjem (sover litt i stolen eller

snakker med seg selv) til hva man gjør i et offentlig rom (beboerne kunne sitte på rekke og rad uten å snakke med hverandre). Samhandlingen mellom beboerne ble også tolket som skjøre. Kommunikasjonen mellom dem kunne opphøre når personalet ikke var tilsted og støttet opp under samtalen som foregikk. Studien viste også at beboerne som var mobile trakk seg tilbake fra oppholdsrommet når personale forlot rommet, for eksempel etter frokost. Selv om oppholdsrommet var blitt utstyrt som en privat stue kan det ifølge forskerne ikke betraktes som et privat rom. De argumenterer i stedet for gjøre et tydeligere skille mellom privat og offentlig rom ved å gjøre felles oppholdsrom mindre private.

REFERANSE

(Hauge S., Heggen K., J Clin Nur 2007;doi:10.1111/j.1365-2702.2007.0231.x)

Fekal inkontinens hos eldre med hjemmesykepleie

Pasienter med fekal inkontinens får mer hjemmesykepleie og mer hjelp av sine nærmeste enn pasienter uten fekal inkontinens. Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom arbeidsbelastning og pårørendes opplevelse av stress i forhold til fekal inkontinens hos hjemmeboende pasienter. En tverrsnittsstudie med retrospektiv innsamling av data ble brukt for å besvare studiens problemstillinger. Studien ble gjennomført parallelt i 11 europeiske land inkludert Norge i perioden 2001–02. Et tilfeldig utvalg av 4010 personer over 65 år som mottok hjelp i hjemmet ble vurdert ved hjelp av datainnsamlingsverktøyet «Resident Assessment Instrument» (RAI-HC). RAI-HC måler blant annet i hvilken grad pasientene har kontroll over tarmfunksjonen. Pasienter som hadde ufrivillig avføring minst én gang i uka ble klassifisert som fekal inkontinente. I tillegg ble blant annet opplysninger om depresjon (Depres-

sion Rating Scale) og evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet (Activities in Daily Life) samlet inn. Medisinsk- og sykepleiefaglige opplysninger ble innhentet fra pasientenes journaler. Gjennomsnittsalderen til pasientene var 82,3 år, og kvinneandelen utgjorde 74,2 prosent av utvalget. Andelen pasienter med fekal inkontinens varierte fra 1,1 prosent til 30,8 prosent mellom de ulike landene, med et gjennomsnitt på 10,3 prosent. I det samlede utvalget hadde kvinner en høyere tendens til å ha fekal inkontinens enn menn, mens i den norske delen av utvalget hadde 3,2 prosent av kvinnene og 3,6 prosent av mennene fekal inkontinens. Nedsatt kognitiv og fysisk funksjon øker risikoen for fekal inkontinens. Personer med diagnosen hjerne- slag, demens og Parkinsons sykdom hadde en tendens til å ha fekal inkontinens. Samme tendens ble avdekket blant annet hos pasienter med urininkontinens, diaré, redu-

Artikkelen omhandler et tabubelagt pasientproblem som sykepleiere ofte møter i sin kliniske hverdag. Definisjonen av enkelte variabler er uklart definert, blant annet hvordan omsorgsstress blant pårørende er målt.

KOMMENTAR

sert ADL-funksjon, trykksår, bruk av mer enn fire medikamenter og depressive symptomer. Pårørende til pasienter med FI opplevde hjelpen de gav som mer stressende en pårørende til pasienter uten fekal inkontinens. Hos pasienter som hadde mer enn fem timer hjemmesykepleie per uke var oddsratio for fekal inkontinens 2.04.

REFERANSE

(Finne-Soveri H, Sørbye LW, Jonsson PV, Carpenter GI, Bernabei R., Eur J Public Health 2007;Sep 1:1-6)

KOMMENTAR

Studien inneholder rike beskrivelser av situasjoner relatert til tolkningene som det er lett å kjenne seg igjen i. Den gir innspill til diskusjonen om på hvilken måte utforming av sykehjem og de ansattes aktivitet har betydning for å skape en hjemlig atmosfære.

Trivsel på sykehjem

Å ha et nært forhold til medbeboere på sykehjem er ikke alltid nødvendig for å trives. Dette er et av funnene i en studie som beskriver hvilken betydning nære forhold mellom sykehjemsbeboere har for opplevelse av trivsel. Undersøkelsen har et utforskende forskningsopplegg hvor feltobservasjon og intervju ble brukt som metode for datainnsamling. Det filosofiske

grunnlaget for undersøkelsen er Alfred Schultz sin fenomenologiske beskrivelse av hverdagslivet. Totalt deltok 26 beboere uten kognitiv svikt ved to sykehjem i en storby i Norge i undersøkelsen. Utvalget bestod av 20 kvinner og seks menn i alderen 74–103 år. Sykehjemmene hadde henholdsvis 152 og 108 plasser. Begge steder bodde beboere uten mental svikt sammen med

beboere med mental svikt. Basert på tolkingen av intervjuene går det frem at et godt forhold til andre beboere er viktig for trivselen til enkelte, men ikke for alle. Blant deltakerne hadde 12 etablert et personlig forhold til en eller noen få andre beboere, mens 14 ikke hadde det. Flere av dem som deltok i tilrettelagt aktivitet som hadde til hensikt å skape kontakt mellom beboerne utviklet ikke slike

relasjoner. Studien viser at den måten personalet forholdt seg til beboernes samhandling på hadde betydning for hvordan forholdene mellom beboerne utviklet seg. Helsearbeideren hadde for eksempel en tilretteleggingsfunksjon gjennom blant annet å samtale om tema av generell interesse når flere var samlet, samt å stimulere til samtale ved å stille oppfølgende spørsmål.

For at utvikling av gode forhold mellom beboerne skulle bidra til trivsel, måtte imidlertid slike forhold oppleves som viktige for beboeren selv og som positive, støttende og meningsfulle.

REFERANSE

(Bergland A., Kirkevold M., J Clin Nur 2007;doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02069.x)

Studien viser at tilrettelegging av gode forhold mellom beboerne ut fra en hensikt om å bidra til trivsel, er en kompleks prosess. Trivsel blant beboerne var blant annet knyttet til beboernes forventninger til hva som er mulig på et sykehjem, deres kontakt med/forhold til egen familie, interesser og tidligere erfaringer.

KOMMENTAR

Hva tilfører denne artikkelen?

Funnene i artikkelen viser at mange studenter møter psykiatrisk praksis med frykt og at grunnen til dette først og fremst bunnar i negative fordommer. Direkte kontakt med pasientene endrer studentenes holdninger i

positiv retning, noe som også gjør at de behersker kommunikasjonen med pasientene bedre.

Nøkkelord

- Fordommer
- Holdningsendringer
- Psykiske lidelser
- Sykepleierstudenter

Mer om forfatteren:

Rune Karlsen, cand.polit og psykiatrisk sykepleier, ansatt ved Høgskolen i Bodø, rune.karlsen@hibo.no

Fakta:

Studentene på bachelorstudiet i sykepleie skal gjennomføre minst åtte ukers praksis knyttet til psykisk helsearbeid. Kilde: *Praksisstudier i sykepleierutdanning – En veileder fra NSF Student.*

I forbindelse med praksis i psykiatrisk sykepleie, leverer bachelorstudentene ved Høgskolen i Bodø et skriftlig refleksjonsnotat. Studenten beskriver en situasjon i praksis som har berørt henne eller ham. Vi har brukt 56 anonymiserte studiekrav fra denne praksis. Disse har vi latt studentene selv analysere. Studentenes oppdrag var å lete etter sentrale tema i refleksjonsnotatene som de mente hadde relevans for dem. På denne måten har de fått et utenfra perspektiv på egen virksomhet.

Første del av praksis var preget av redsel for å ikke beherske kravene til studentrollen. Redselen har først og fremst sin bakgrunn i fordomsfulle holdninger.

Stereotypiene florerer og konsekvensen er at noen er redde, og gruer seg til å gå i praksis. Mange av studentene beskriver en holdningsendring i løpet av praksisperioden. De ser selv at de er styrt av fordommer, og at fordommene hindrer mulighetene for å kunne kommunisere med psykiatiske pasienter på en hensiktsmessig måte. Samværet med pasientene gjorde at studentene endret holdningene.

Den følelsesmessige komponenten i studentens holdninger, selve redselen for det ukjente og uforutsigbare, er viktigst. Vi velger å betrakte studentenes frykt som en form for fobisk angst, en irrasjonell frykt. En slik frykt kan vanskelig endres ved hjelp

av fornuftige argumenter. Den fryktede situasjonen må selv få lov til å bevise at den ikke er farlig.

During their practice in psychiatric nursing, the bachelor students at the Bodø University College hand in a written reflection memorandum. The student is required to describe a self-experienced practical situation. We have utilised 56 anonymised reports from this practice. The students have analysed the reports themselves. The task was to search for central themes in the reflection memorandums that they believed to have personal relevance for them. In this way, they have developed an external perspective on their own activity.

The first part of practice is marked by a fear of not mastering the demands of the stu-

dent role. This fear is first and foremost rooted in prejudices. Stereotypes are common and this leads to some of the students being afraid, and they worry about entering practice. Many of the students describe an attitudinal change during their practice period. They can see that they were controlled by their prejudices, and these prejudices prevented them from communicating effectively with the psychiatric patients. Being together with the patients caused the students to change their attitudes because the students were able to look beyond their prejudices and see real people instead.

The emotional component in the

students' attitudes, that is, the fear of the unknown and uncontrollable, is most important. We choose to view the students' fear as a form of phobic anxiety, an irrational fear. Such a fear can hardly be changed by means of rational arguments. The feared situation has to prove it self safe.

Key words: Prejudices, Attitude change, Mental disorders, Nursing students.

» Stein i magen

SYKEPLEIERSTUDENTERS MØTE MED PSYKIATRISK PRAKSIS

Forfatter: Rune Karlsen

Foto: Colourbox

INTRODUKSJON

Etter tre uker med forelesninger gjennomfører sykepleierstudentene i Bodø sin psykiatiske praksis. Dette skjer i fjerde eller femte semester. De aller fleste har praksis på et psykiatrisk sykehus. Noen få er i kommunehelsetjenesten. I forbindelse med denne praksisen leverer hver enkelt student inn et skriftlig studiekrav. Studie-

kravet innebærer at studenten skal beskrive en situasjon i praksis som har berørt ham/henne. Det skal skrives et refleksjonsnotat, hvor aktuelt fagstoff kan flettes inn. Studenten skal si noe om hvilken erfaring han/hun gjorde seg (1). Refleksjonsnotatene er utgangspunkt for gruppeveiledninger. Formålet med veiledningene er å hjelpe studentene til å se på det de gjør med nye øyne, slik at de blir i stand til å ha et kritisk forhold til det de gjør. Bevisstgjøring av

egne følelser kan hjelpe studenten til å gi kvalitetsmessig bedre sykepleie (2).

Vi har med tillatelse fra forfatterne brukt 56 anonymiserte studiekrav fra denne praksis. Disse har vi latt studentene selv analysere. Jobben deres har vært å finne ut hvilke temaer det er som går igjen i refleksjonsnotatene. Analysen ble gjort i forbindelse med metodeundervisningen i 6. semester. Vi antar at avstanden i tid har gjort det lettere å kunne



innta et utenfra perspektiv på hendelsene.

En viktig inspirasjonskilde er Marit Kirkevolds bok «Viten-skap for praksis». Boken er pen-sum ved bachelorstudiet og er kjent stoff for studentene. Ifølge Kirkevold har sykepleievitenskapen i altfor liten grad reflektert sykepleiepraksis («virkeligheten») slik klinisk utøvende sykepleiere opplever den. Gjenkjennelsen av viktige praktiske sykepleiefaglige spørsmål har vært liten. Kirkevold etterlyser forskning som forsøker å finne frem til «logikken i praksis». Logikken i praksis er hva utøverne selv anser som vesent-

” Ettetanken i refleksjonen hjelper oss til å se hendelsen i en større sammenheng.

lig og meningsfullt, og hvorfor de gjør det de gjør (3). Vårt formål er å få fram studentenes erfaringer og opplevelser i psykiatrisk sykepleiepraksis. De har fått i oppdrag å utforske logikken i sin praksis, og forsøke å sette ord på sin virkelighet. Det er gjenkjennelsen, slik Kirkevold beskriver den, som er vårt siktemål.

Studentene er vant til å skrive refleksjonsnotater, og de har trening i å diskutere temaer fra refleksjonsnotatene i veiledninger (1). Analyse av refleksjonsnotater representerer et nytt nivå i refleksjonsprosessen. Vi ønsker å bidra til at studentenes evne til å granske og vurdere egen praksis øker, slik at det blir lettere for dem å gjennomføre ønskede forandringer. Studentene er nødvendigvis ikke forskere, men blir bedt om å forholde seg forskende til sin

egen praksis (4). En slik tilnærming kan være et bidrag til å tette den mye omtalte kløften mellom forskning og praksis (5).

TEORETISK REFERANSE- RAMME

Praktisk yrkesteori er det subjektive grunnlaget for yrkesvirksomhet hos den enkelte. Det er personens sammenvevde, men stadig foranderlige system av kunnskap, erfaring og verdier som har betydning for personens praksisutøvelse. Den består av tidligere erfaringer som yrkesutøveren trekker på når han/hun står overfor en utfordring der handlingen ikke er blitt rutinisert. Ifølge Lauvås og Lauvås (6) er alle handlinger i yrkesmessig virksomhet bestemt av den praktiske yrkesteorien hos den som handler. Den inneholder ofte kunnskap og verdier som vi har et lite bevisst forhold til. I refleksjon over praksis kan vi oppnå en bevissthet om hvordan vår virkelighetsforståelse virker inn på vår yrkesutøvelse, og få hjelp til å innta et metaperspektiv på egen praksis (6).

Ettetanken i refleksjonen hjelper oss til å se hendelsen i en større sammenheng. Vår praktiske yrkesteori utvikles når vi analyserer og evaluerer situasjoner som vi selv har deltatt i. Schön (7) skriver om refleksjonsstigen. Først beskriver vi hendelsen, så reflekterer vi over beskrivelsen. Neste trinn består i at vi tenker kritisk gjennom vår egen refleksjon.

I studiet av praktisk kunnskap lærer vi å bruke egen yrkespraksis som grunnlag for kunnskapsutvikling (8). Forskning på praktisk yrkesteori kan gjøres ved å analysere beskrivelser av situasjoner der vår dømmekraft settes på prøve. Refleksjon over og analyse av kritiske hendelser er en måte å utvikle vår evne til å innta et uten-

fra-perspektiv på egen virksomhet (9). Ved å innta et slikt utenfra-perspektiv kan vi bli bedre i stand til å gjennomføre endringer av vår praksis (10).

ETISKE OVERVEIELSER

Vi har unngått å ta med refleksjonsnotater som i sitt innhold kanskje går over grensen fra det personlige til det private. Refleksjonsnotaene er anonymisert, og det skal ikke være mulig å etterspore hvem den enkelte forfatter er. Sitatene som brukes illustrerer allmenne reaksjoner hos studentene. Vi har fått skriftlig tillatelse fra studentene til å bruke refleksjonsnotatene i gruppearbeid, og til å bruke utdrag fra disse i tidskriftartikler.

METODE

Før studentene gikk i gang med analysen, ga vi dem et kort innføringskurs i temaorientert analyse. Temaorientert analyse forklares som en beskrivelse og fortolkning av temaer i aktørens livsverden. Tekstene analyseres som representasjoner av aktørens forståelser (11). Studentenes oppdrag var å lete etter sentrale temaer i refleksjonsnotatene som de mente hadde relevans for dem, og plukke ut tekstbiter som samsvarte med deres virkelighetsforståelse. Main theme: A unit of meaning that makes sense to you. Vi lot et sitat av Scwandt (12:222) illustrere hva dette handler om: «The inquirers construction of the constructions of the actors one studies». Scwandt har hentet dette hos Alfred Schutz (13).

Vi gikk også inn på begrepene feltblindhet og forforståelse. Dessuten snakket vi om ekstern gyldighet og kommunikativ validering. Funnene våre begrenses av metoden og kan ikke umiddelbart generaliseres. Vi har hatt fokus på begrepet spesifisitet. Vi forhol-

der oss til studentenes konkrete beskrivelser av situasjoner som har berørt dem. På denne måten unngår vi abstrakte og teoretiske innfallsvinkler og nærmer oss derved idealet om spesifisitet, slik Kvale (14) forklarer det.

Studentene var delt inn i grupper på fire til fem personer. Gruppene er identiske med basisgruppene som ble dannet ved studiestart, og gruppene ble den gang inndelt alfabetisk ut fra etternavn. Basisgruppene har jobbet sammen gjennom hele studiet.

Først hadde de til oppgave å redegjøre for sin forforståelse. Hensikten var å oppnå en bevisst-

” Det store spørsmålet er om de vil bli akseptert av pasientene.

gjøring på at vi ikke kan unngå å se verden med forutinntatte briller. De skal ha gjort seg tanker om «hvilke briller de bruker» når de nærmer seg materialet. Deretter analyserte gruppene fire anonymiserte refleksjonsnotater som andre studenter hadde skrevet. Gruppene hadde til oppgave å diskutere seg fram til enighet om hva som er hovedtemaer i refleksjonsnotatene, og plukke ut illustrerende sitater. De ble bedt om å ta stilling til følgende spørsmål: Hva handler dette om egentlig? Hvilke tanker og følelser er det forfatterne uttrykker? Hva er budskapet?

Så gjorde gruppene et bytte. Hver enkelt gruppe leverte sin analyse til den andre gruppen, og omvendt. Nå ga de skriftlige kommentarer til den andre gruppens analyser. Var de enige eller

uenige? Hadde de noe å tilføye? På bakgrunn av tilbakemeldingene leverte de 14 gruppene til slutt inn sine redigerte versjoner til oss (to lærere).

Vår jobb har vært å gå gjennom og sortere hele materialet, og på denne måten har vi foretatt en analyse av analysen (A construction of the constructions of the constructions). Vi går derved et skritt lenger enn Schutz (13). Vi leste først gjennom de 56 refleksjonsnotatene en gang til. Deretter la vi bort refleksjonsnotatene og forholdt oss nå utelukkende til studentenes analyser. Det er i disse vi har lett etter naturlige betydningsenheter og deres sentrale tema (14). Vi har fulgt de hermeneutiske fortolkningsprinsipper presentert av Kvale (14). Vi har lest tekstene i sin helhet innimellom. I analyseprosessen har vi beveget oss fram og tilbake mellom delene og helheten.

Vi har villet danne oss et bilde av studentenes forståelse, intensjoner, normer og verdier knyttet til temaene. Vårt utgangspunkt har vært det fenomenologiske prinsippet om bevisst naivitet og forutsetningsløshet (14). Vi har lett etter sentrale temaer med relevans for vårt forskningsspørsmål og har forsøkt å holde fortolkningene innenfor studentenes forståelseskontekst, slik vi ser det (15). Dette har ikke vært like lett hele tiden. Grunnen er at vi har møtt studentene i praksis og så for oss situasjoner fra veiledninger i praksis når vi leste tekstene. Det kan ha påvirket våre tolkninger.

RESULTATER

To hovedtemaer går igjen i studentene sin analyse av refleksjonsnotatene:

Tema 1: Frykt for det ukjente
Hovedfokus for mange studenter i første del av praksis er hvordan

de selv fungerer overfor personer med psykiske lidelser. Det store spørsmålet er om de vil bli akseptert av pasientene. Og usikkerhet i møtet med personer som de frykter vil oppføre seg på måter de ikke vil være i stand til å takle. Også frykt for det ukjente og redsel for å ikke beherske kravene til studentrollen. Beskrivelsen av det første møtet med praksis-plassen illustrerer hvordan denne situasjonen kan oppleves: «Mitt første møte med psykiatrien var både spennende og skummelt. Spennende fordi dette var noe helt nytt, nye utfordringer. Men på den andre siden var det veldig skummelt, fordi jeg selv følte at jeg ikke hadde kontroll over det som nå skulle skje. Den første uka mi på avdelingen kjentes magen min ut som en stor stein. Den første tiden skjønte jeg ikke noe av praksisen. Jeg følte meg bare i veien. Tiden gikk sakte, og jeg følte at jeg ikke bidro med noe. Det eneste jeg gjorde den første tiden var å sitte i stua og enten lese avisen eller legge kabal. Pasientene sa ikke mye, og mange ganger når jeg kom og satte meg i lag med dem, reiste de seg og gikk ut for å røyke.»

Benner(16) skriver om fem nivåer av praktisk kompetanse fra nybegynner til ekspert. Men redselen for å fungere dårlig er ikke først og fremst generelle kjennetegn på nybegynneren, ifølge Benner. Studentene har ikke kjent den samme usikkerheten i tidligere «somatiske» praksisperioder. Frykten for å mislykkes er større nå.

Mange har dannet seg et bilde på forhånd. Det er ofte negativt og noen ganger fylt med frykt for å bli utsatt for uforutsigbar atferd eller voldelige episoder av fullstendig ukontrollerbare personer.

Følelsen av utilstrekkelighet og mangel på kontroll kan være fremtredende: «Min kontakt-

sykepleier og N. N setter seg sammen. Så sier N. N at jeg skal komme jeg og. Hun har noe hun vil si meg. Jeg går og setter meg sammen med dem, og N. N sier: «Jeg vil aldri bli vekket på den måten jeg ble vekket i morges». «Jaha», sier jeg og spør hva hun mener med det. Hun sier: «Du nynnnet da du kom inn på rommet». Jeg kjente jeg ble rød og varm i kinnene. Jeg ble paff rett og slett. Jeg la meg «langflat» og ba om unnskyldning og sa at jeg vet jeg nynner og synger en del, men det i morges var helt ubevisst. Det var ikke meningen. NN svarte ikke på dette. Hun sa bare at hun ikke ville oppleve det en gang til. Så gikk hun. Dagen i forveien hadde vi vært og gått en lang tur og hadde det veldig koselig. Så denne morgenen er hun annerledes i humøret (greit nok, alle dager er ikke lik), kroppsspråket taler sin sak. Hun sitter med armene i kors over magen og stirrer ned i gulvet. Jeg synes det er en ekkel opplevelse. Det var ikke den store tingen som skjedde, men jeg kjente det i magen ...»

I slike situasjoner er det avgjørende at studenten mottar veiledning som hjelper ham/henne til å se at dette ikke bare handler om henne, men kanskje like mye om pasientens lidelse. Det at studenten blir i stand til å se på det som hender i et faglig perspektiv blir avgjørende. Psykodynamiske begreper som containerfunksjon, overføring og motoverføring blir sentrale: «Hva lærte jeg?: Jeg vokste med oppgaven på det vis at jeg kunne kjenne på hennes angst og frustrasjon, men samtidig måtte jeg forholde meg som hennes terapeutiske veileder. Det kjennes som om det bygger seg opp en styrke av indre beherskelse av egen opplevelse, om andres lidelser. Det å se og

kjenne, og ta på det som skjer og vite hvorfor. Forså å bearbeide det, slik at det ikke følger deg i hverdagen på noe annet vis enn å ha erfart faglig lærdom. Det å kjenne på skillet mellom nærhet og avstand.»

HVA KAN JEG SI, OG HVA KAN JEG IKKE SI?

Mange studenter har en idé om at det er viktig å si de rette tingene til pasienten, og er mange ganger redd for å gjøre pasienten «dårligere» hvis hun sier de feile tingene. Denne studenten velger en løsning som ikke er vanlig. Men hun illustrerer en situasjonsopplevelse som flere studenter har beskrevet: «Min kontaktsykepleier spurte meg om jeg kunne tenke meg å bruke tid sammen med denne pasienten. Gå på besøk til ham, kafé- og spaser-turer, og lignende. Jeg opplever imidlertid at jeg har vanskelig for å forholde meg til denne pasienten og at min manglende erfaring, og ikke minst min manglende kunnskap, kommer tydelig frem i relasjonen med denne pasienten. Jeg har vært med til ham tre ganger, og jeg opplever at det er et problem å vite hva jeg skal si, og ikke minst hva jeg ikke bør si. Disse møtene har dermed endt med at jeg ikke har sagt noen ting.»

Heldigvis lærer studentene etter hvert at det ikke alltid er nødvendig å veie ordene og at de noen ganger faktisk profiterer på å være rett fram og direkte. De oppdager at det ikke bestandig er innholdet i samtalene som er det viktige, og man behøver ikke fremstå som en svært intelligent person. Etter hvert blir de tryggere på hvordan de skal opp tre og våger mer og mer å være naturlig. Endringen henger gjerne sammen med at de etter hvert skjønner at pasienter med psykiske lidelser ikke er en egen rase, men helt vanlige folk.

Tema 2: Holdningsendring
Mange studenter påpeker at de har få erfaringer med psykiske lidelser før de starter i praksis. De har med seg forestillinger om denne verden som ikke stemmer overens med virkeligheten. Det kommer klart fram at mange ser på pasienter med psykiske lidelser som annerledes en «oss vanlige», og annerledes enn andre

“ Pasienter oppfattes etter hvert som «vanlige» mennesker med vanlige ønsker og mål.

pasientgrupper de har møtt i tidligere praktiske studier. Noen ser på psykiatriske pasienter som uforutsigbare, truende, farlige, utilnærmelige. Mennesker med psykiske lidelser sees på som en egen befolkningsgruppe med andre (og mer negative) egenskaper enn den befolkningsgruppen som studenten selv tilhører. Stereotypene florerer, og konsekvensen er at noen er redde og gruer seg til å gå i praksis.

Etter hvert endrer studentene oppfatning. Mange blir klar over at det bildet de hadde dannet seg på forhånd var preget av mangelfull kunnskap og påfølgende forutinntatthet. De ser selv at de var styrt av fordommer og at fordommene hindret mulighetene for å kunne kommunisere med pasienter på en hensiktsmessig måte.

Pasienter oppfattes etter hvert som «vanlige» mennesker med vanlige ønsker og mål. De oppfattes som tilnærmelige, med sin sårbarhet. Psykiske lidelser blir sett på som allmenne, og studentene trekker inn begrepet håp. Det daglige samværet med

pasientene gjør at fordommene blir færre: «Jeg skjønnte etter hvert at det å være psykisk syk er allmennmenneskelig. Her er det vanlige mennesker, som av forskjellige årsaker har fått for mye å stri med i hverdagen. Det er skremmende, men samtidig utfordrende å møte pasienter som er så lik meg selv. De er unormalt normale, selv om de er syke.»

ENDRET SYN PÅ EGEN ROLLE

I begynnelsen av praksis opplever mange studenter at de mangler kunnskaper om psykiske lidelser og blir derfor usikre i møte med pasientene. Gjennom samvær med pasienter og veiledning i praksis skjer det en endring av mange studenters syn på egen kompetanse. Usikkerheten angående egen dyktighet til å kommunisere med folk som har psykiske lidelser blir mindre og mindre. Studentene blir tryggere og opplever at de får kontakt med pasientene. Det er absolutt ikke så farlig som de trodde på forhånd: «Jeg kviet meg i begynnelsen for å involvere meg personlig med pasienten etter det jeg hadde hørt og sett. Jeg kunne blitt engstelig og redd for ikke å strekke til hvis situasjonen skulle bli vanskelig. Følte at jeg både bevisst og ubevisst var mer forsiktig med hva jeg sa og gjorde i forhold til denne pasienten. Etter å ha vært på avdelingen en stund er jeg blitt bedre kjent med pasienten og føler meg tryggere sammen med han. I tillegg har personalet gitt meg veiledning i hvordan jeg skal og bør forholde meg i situasjoner som jeg opplever som truende. Jeg har lært meg å lese de signaler han gir i de perioder hvor han har aggresjon som bygger seg opp, og også vise en rolig væremåte og unngå å vise angst for ham som person».

ENDRET SYN PÅ DET PSYKIATRISKE SYKEHUSET

Sykehuset som disse studentene har praksis i, ble bygget for 100 år siden. Det er bygd etter modell av et fransk slott og ser ganske ruvende ut fra utsiden. Noen studenter bærer med seg en forestilling om hvordan det ser ut på innsiden som ikke stemmer overens med virkeligheten. De beskriver en bakgrunnsforståelse som er dystre. Noen ser for seg omgivelser som ligner på kulisene i filmen Gjøkeredet; sterile og uvennlige omgivelser med et autoritært og regelstyrt personale. Det som møter dem er en helt annen virkelighet. De møter oppussede rom fulle av planter og med kunst på veggene, og svært få av personalet ligner på oversøsteren i Gjøkeredet. Deres forutinntatte bilde av det de kaller for «Psykiatrien» endres i positiv retning.

DISKUSJON

Internasjonal forskning viser oss at studentene ved høgskolen i Bodø ikke er alene om å ha fordommer (17). Store deler av befolkningen i den vestlige verden har stigmatiserende holdninger. Svært mange oppfatter folk med psykiske lidelser som uforutsigbare og farlige (17). Fordommer medfører frykt for det ukjente, og sykepleierstudenter er ofte redde i møtet med pasienter som har psykiske lidelser (18). Negative holdninger hindrer læring, og gjør at relasjonen med pasienten blir dårlig (19).

Det er imidlertid et kjent faktum at mye relevant sykepleieforskning ikke har nådd de personene som kunne nyttiggjøre seg denne forskningen. Forskningsresultater publiseres i forskerens verden (akademiske tidsskrifter) og praktikerne fortsetter som før, fordi hun ikke kjenner de publiserte

forskningsresultatene (5) (20). Forskjellen er at denne gangen blir funnene gjort av dem det gjelder; studentene selv. Gjennom å analysere egne refleksjonsnotater får studentene et utenfra-perspektiv på hvordan de selv fungerer.

Mange av studentene i denne undersøkelsen beskriver en holdningsendring i løpet av praksisperioden. Denne foregår gjennom

“ Informasjon har ofte ikke særlig innvirkning på fordommer.

at pasientene faktisk selv avkrefter mytene. Gjentatte positive erfaringer endret holdningene i positiv retning. Også dette funnet finner støtte i annen forskning. Direkte kontakt med folk som har psykiske lidelser har vist seg å ha større innvirkning enn teoretisk undervisning (21) (22). Informasjon har ofte ikke særlig innvirkning på fordommer (17). Fornuftige argumenter vil vanligvis hjelpe lite, fordi man da kun forholder seg til den kognitive, «rasjonelle» komponenten av studentens fordomsfulle holdninger. Det blir som å fortelle en person med flyskrekk at det å fly ikke er farlig.

Den følelsesmessige komponenten i studentens holdninger, selve redselen for det ukjente og uforutsigbare, er viktigst. Vi velger å betrakte studentenes frykt som en form for fobisk angst. Det betyr at vi betrakter redselen som akkurat det den er; nemlig en irrasjonell frykt. Den fryktede situasjonen må selv få lov til å bevise at den ikke er farlig (23).

Det er avgjørende at studentene i veiledning gis mulighet til å snakke om sine negative følelser.

Studentene må få anledning til å uttrykke sin (irrasjonelle) frykt. Studenten må oppleve at det er lov å si at han er redd og må føle at hans forklaringer er akseptable. Hvis studentens følelser tas på alvor, vil dette hjelpe ham til å ta pasientens angst på alvor. I så måte kan angsten og usikkerheten i første del av praksis bli en ressurs. Studenten har fått lov å kjenne på hvordan mange pasienter har det.

Samtidig belyses viktige begrensninger ved våre funn. Goffmann (24) har gjort oss oppmerksomme på tilbøyeligheten vi har til å gi andre et inntrykk som på forskjellige måter er idealisert. Selvpresentasjonsteorien handler om vår tendens til å fremstille oss selv i et best mulig lys. Det betyr at vi besvarer spørsmål på en sosialt akseptert måte. Grunnen er at vi ønsker å gi andre et godt inntrykk av oss selv (25). Det er grunn til å tro at både lærere og kontaktsykepleiere har gitt både eksplisitte og implisitte budskap om hva vi mener er akseptable holdninger. Det kan hende at noen studenter unnlater å fortelle om sine negative følelser. Vi risikerer at noen nyutdannede sykepleiere går inn i arbeidslivet med negative fordommer som kan bli et hinder for at folk med psykiske lidelser skal få det helsetilbudet de har behov for (26) (27).

KONKLUSJON

Mange studenter møter psykiatrisk praksis med frykt. Årsaken til frykten er først og fremst negative fordommer. Flere av studentene beskriver en holdningsendring i løpet av praksisperioden. Direkte kontakt med pasientene endrer holdningene i positiv retning. Holdningsendringene gjør at de behersker kommunikasjonen med pasientene bedre.

REFERANSER

- (1) Høgskolen i Bodø, ISH (2006). Bachelor i sykepleie. Studieplan med emnesbeskrivelse. Bodø: Høgskolen i Bodø.
- (2) Severinsson, E. I. (1998). Bridging the gap between theory and practice: a supervision programme for nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1269-1277.
- (3) Kirkevold, M. (1996). Vitenskap for praksis. Oslo: Ad Notam, Gyldendal.
- (4) Stjærnstrøm, E. (2004). Postlæring – det er aldri for sent. I: Tiller, T. (red.). Aksjonsforskning i skole og utdanning (s. 211-239). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- (5) Hummelvoll, J. K. (red.). (2003). Kunnskapsdannelse i praksis. Oslo: Universitetsforlaget.
- (6) Lauvås, K. & Lauvås, P. (1994). Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi. Oslo: TANO.
- (7) Schön, D. (2001). Den reflekterende praktiker. Randers: Klim
- (8) Olsen, R. (2003). Å se nye sider ved egen yrkespraksis. I: Erson, E. & Öberg, L. (red.). Erfarenhetens rum och vägar (s. 81-91). Tumba: Mångkulturellt centrum, Botkyrka
- (9) Janik, A. (1996). Kunnskapsbegrepet i praktisk filosofi. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag.
- (10) Karlsen, R. (2005). Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjonen i pasientjournalen: et samarbeidsprosjekt mellom Profesjonshøgskolen og Nordlandssykehuset psykiatri. Høgskolen i Bodø, HBO - rapport, 5, 2005
- (11) Sivesind, K. H. (1996). Metodologiske prinsipper og praktiske erfaringer fra analyse med dataprogrammer. I: Holter, H. & Kalleberg, R. (red.) Kvalitative metoder i samfunnsforskning (s.240 – 273). Oslo: Universitetsforlagets metodebibliotek.
- (12) Schwandt, T. A. (1998). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. I: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (red.). The landscape of qualitative research. Theories and issues (s.221 – 259). London: Sage.
- (13) Schutz, A. (1967). Collected papers. Volume 1. The Hague: Martinus Nijhoff.
- (14) Kvale, S. (1997). Interview. København: Hans Reitzels forlag.
- (15) Smith, J. A. & Eatough, V. (2006). Interpretative Phenomenological Analysis. I: Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Shaw, C. & Smith, J. A. (Eds). *Research Methods in Psychology*, 3rd Edition (s. 322-422). London. California. New Dehli: SAGE Publications.
- (16) Benner (1984). From novice to expert. Menlo Park, California: Addison Wesley.
- (17) Angermeyer, M. C. & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (3), 163-179.
- (18) Charleston, R. & Happel, B. (2005).

Coping with uncertainty within the preceptorship experience: the perception of nursing students. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12 (3), 303-309.

(19) Fisher, J. E. (2002). Fear and learning in mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 128-134.

(20) Sørgård, K. W. & Eide, O. (2003). Hva leser vi? Bruk av fagtidsskrifter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 34-36.

(21) Davidson, M. (2002). What else can we do about stigma? *World Psychiatry*, 1 (1), 22-23.

(22) Wolff, G., Pathare, S, Craig, T. & Leff, J. (1996). Public education for community care. A new approach. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 441-447.

(23) Berge, T. & Repål, A. (2004). Trange rom og åpne plasser. 3. Utg. Oslo: Aschehoug.

(24) Goffmann, E. (1974). Vårt rollespill til daglig. Oslo. Dreyer.

(25) Raaheim, A. (2002). Sosialpsykologi. Bergen: Fagbokforlaget.

(26) Sartorius, N. (2002). Fighting stigma: theory and practice. *World Psychiatry*, 1 (1), 26-27.

(27) Reed, F. & Fitzgerald, L. (2005). The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14 (4), 249-260.

Cochrane Library: Ingen grunn til å utføre amniotomi?



Illustrasjon: Malvin

Amniotomi (å ta fostervannet) så ikke ut til å føre til raskere åpningstid. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

AMNIOTOMI OG LANGVARIGE FØDSLER

I de fleste land brukes amniotomi for å stimulere til bedre rier og forhindre langvarig fødsel. Det er uklart hvorfor amniotomi skulle eventuelt forhindre langvarig fødsel. Den vanligste forklaringen er at ved å ta hull på fosterhinnen og ta fostervannet frigjøres hormoner som stimulerer til bedre rier. Gode rier er viktig for å forhindre en langvarig fødsel. Langvarig fødsel kan medføre infeksjon og alvorlig blødning hos den fødende. I utviklingsland der langt flere fødende dør i fødsel enn i vestlige land, ansees amniotomi som et viktig tiltak for å forhindre sykdom og død.

Amniotomi utføres rutinemessig ved mange fødeinstitusjoner i Norge i dag, dersom fødselen begynner å bli langvarig. I noen land gjøres også amniotomi rutinemessig selv om fødselen ikke er langvarig, men for å forebygge en langvarig fødsel.

VIRKER AMNIOTOMI?

Studiene viste at bruken av amniotomi:

- Muligens fører til liten eller ingen forskjell på åpningstiden hos førstegangsfødende kvinner
- Senker trolig utdrivingstiden hos førstegangsfødende kvinner
- Fører til liten eller ingen forskjell på antall keisersnitt hos førstegangsfødende kvinner.
- Minsker risikoen for lav Apgar score hos barn av førstegangsfødende kvinner
- Gir liten eller ingen forskjell på antall førstegangsfødende kvinner som får en instrumentell vaginal forløsning

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et internasjonalt forskerteam lette etter studier som undersøkte om amniotomi forkorter fødselen hos fødende kvinner. Da kvinnene ble en del av studien hadde fødselen startet uten medikamentell hjelp og de ventet et barn. Forskerne fant 14 studier som oppfylte kravene de hadde fastsatt på forhånd. Studiene hadde til sammen 4893 deltagere og kom fra Nigeria, Storbritannia, USA, Canada, Italia og Iran. Studiene de fant sammenlignet amniotomi med ingen amniotomi eller ingen amniotomi før mormunn var utslettet. Tiltaket ble gitt der fødselen begynte å trekke ut i tid.

KILDE

Smyth RMD, Alldred SK, Markham C. Amiotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art.NO: CD006167. DOI:10.1002/14651858.CD006167.pub2.

Les hele artikkelen i [Cochrane Library](http://www.cochrane.no) [gratis tilgang via www.cochrane.no]

RESULTATTABELL

Utfall	Amniotomi	Ikke amniotomi	Kvalitet på dokumentasjonen
Åpningstid (førstegangs-fødende)	Liten eller ingen forskjell		⊕⊕○○ Lav
Utdrivingstiden i minutter (hos førstegangsfødende)	7 minutter mindre (1-12)*	59-83 min.	⊕⊕⊕○ Middels
Keisersnitt (førstegangsfødende)	Liten eller ingen forskjell		⊕⊕⊕⊕ Høy
Lav Apgar score (mindre enn 7 etter 5 minutter) hos barn av førstegangsfødende	9 per 1000 (5-18)*	20 per 1000	⊕⊕⊕⊕ Høy
Instrumentell vaginal forløsning (tang eller vakum) (hos førstegangsfødende)	Liten eller ingen forskjell		⊕⊕⊕⊕ Høy



> **NYE METODER:** Helsesøster Helen Olsen samarbeider med sneglen Benjamin Brysom i møte med overvektige barn.

FRISKE ØYNE PÅ FEDME

Nytenkning i forhold til unge med sykkelig overvekt gir nytt håp. Prosjektet Ung og tung ved Sykehuset i Østfold løfter blikket fra vekta og ser på helheten i barnets situasjon og det spesielle for hver enkelt familie.

📌 Tekst: **Eva Rief**
Foto: **Therese Borge**

Tradisjonelle parametere underordnes til fordel for mental trening og konkret oppfølging. Bakgrunnen for Ung og tung-prosjektet var erkjennelsen av at fedme hos barn og unge er et økende problem og at det tradisjonelle behandlingstilbudet så langt har gitt svake resultater.

Helsesøster, spesialpedagog og familierapeut Helen Olsen og barnefysioterapeut Borghild B. Barreth mener at tiltakene må handle om mer enn kostholdsveiledning, og godt over halvveis i prosjektperioden opplever de god progresjon hos prosjektdeltakerne.

Den konvensjonelle behandlingen av barn med fedmediagnose er svært mangelfull, mener Helen Olsen. Ung og tung-prosjektet har med midler fra stiftelsen Helse og Rehabilitering gjennom Landsforeningen for Overvektige tatt i bruk nye metoder i arbeidet med overvektige barn og unge mellom 6 og 15 år. Barneavdelingen ved

Sykehuset Østfold formidlet barn med fedmediagnose, og teamet består i dag av Helen Olsen og Borghild B. Barreth.

– Det viste seg at problemet stikker dypere og favner videre enn først antatt. Hos 95 prosent av barna vi har til behandling, har minst en forelder også problemer med overvekt. Dette ga en tydelig pekepinn på viktigheten av å trekke inn hele familien i behandlingssopplegget, forklarer Olsen.

HJELP TIL HELE FAMILIEN

Gjennom gruppesamtaler og individuell oppfølging ønsker prosjektgruppen å nå inn til kjernen av problemkomplekset. 45 barn og deres familier startet behandlingen for ett år siden, og av disse har 12 barn trukket seg fra prosjektet.

Barna setter tydelig pris på å treffe andre i samme situasjon som dem selv. Når det gjelder foreldrene er det viktig å gi kunnskap om kost og mosjon i tillegg til hjelp i forhold til grensesetting. Mange foreldre opplever at medlidenskap om kost og mosjon i tillegg til hjelp i forhold til grensesetting. Mange foreldre opplever at medlidenskap om kost og mosjon i tillegg til hjelp i forhold til grensesetting. Mange foreldre opplever at medlidenskap om kost og mosjon i tillegg til hjelp i forhold til grensesetting.

at foreldrene er tilgjengelige for barna og at de samarbeider om å gi barna bekreftelse og oppmuntring.

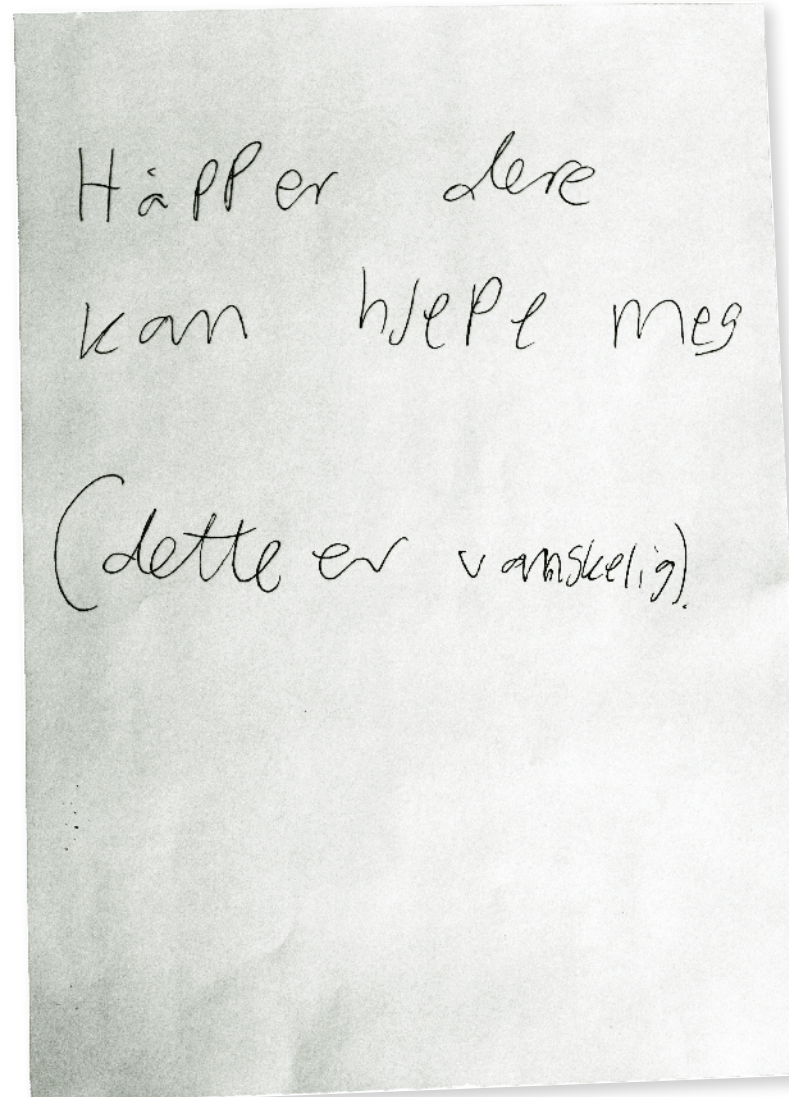
Utfordringene for familiene handler om å utlevere seg selv i gruppesamtalene ved siden av å legge om vanene og gjøre endrin-

“ Hos 95 prosent av barna vi har til behandling, har minst en forelder også problemer med overvekt.

gene permanente. Ved prosjektstart registreres vekt, høyde, og blodverdier i tillegg til kostregistrering og spørreskjema om opplevelsen av situasjonen for barna/ungdommene. Evalueringsskjemaer gir nyttig informasjon om fremgangen for den enkelte.

USYNLIGE

Olsen hevder at det tradisjonelle fokuset på helse- og sykdomsrisiko har liten effekt. – Det er i hovedsak de psykososiale utfordringene barna



> **TUNG OG TRIST:** Beskjed på spørreskjemaets bakside fra en 15 år gammel gutt.

FAKTA: UNG OG TUNG

Prosjektet gjennomføres ved Barneavdelingen Sykehuset Østfold med prosjektstart sommer 2005. Finansiert av stiftelsen Helse og Rehabilitering gjennom Landsforeningen for Overvektige og ledes av Borghild B. Barreth, barnefysioterapeut og prosjektleder, og Helen Olsen, helsesøster, familierapeut og spesialpedagog. Målet er å redusere risiko for overvektrelaterede sykdommer, og målgruppen er barn 6–15 år, med alderskorrigert BMI over 30, uten tilleggssykdommer. Behandlingsopplegget går over en periode på to år, og inkluderer åtte gruppesamtaler, ni individuelle samtaler med egne grupper for barn og foresatte samt to undersøkelser etter prosjektslutt. 45 barn og unge har startet behandling, 12 har trukket seg (27 prosent)

sliter med. Svært få melder om fysiske plager som følge av overvekten. Det er opplevelsen av å falle utenfor og manglende følelse av mestring som gir barna problemer i forhold til omgivelsene.

Fedme er svært stigmatiserende, forklarer Olsen. Barna stemples som late og annerledes, og de ser seg selv som annenrangs individer. De opplever å bli oversett i klassen og på andre arenaer på fritiden. Ungene selv tar ofte rollen som klassens klovn eller som flinke i klassen for å kompensere for denne usynliggjøringen.

En av våre største utfordrin-

ger handler om å gi hver familie unik oppfølging i forhold til svært ulike behov og ulike livssituasjoner. Familiene som er med på prosjektet har ofte kun én ting felles, og det er fedme.

Barna setter seg individuelle mål, det vil si små, realistiske delmål som skal øke sjansene for å lykkes. Det er følelsene som styrer valg, og mangel på handling er et hovedproblem. Vi ønsker også å fokusere på hverdagsaktiviteter, forteller Olsen.

VEIEN VIDERE

Olsen ønsker å samarbeide med Lærings- og mestringssentralen

for oppfølging av barna som har deltatt på Ung og tung-prosjektet. Kommunehelsetjenesten må på banen, sier Olsen som mener at helsesøster er best egnet til å følge opp barn med overvekt.

For de større barna og særlig for ungdommene ønsker Olsen seg et nettsted hvor de kan utveksle erfaringer og som i tillegg kan fungere som en kunnskapsportal.

De første resultatene fra prosjektet foreligger på nyåret 2008.

Av Åge Wifstad f. 1956
aage.wifstad@ism.uit.no
Førsteamanuensis
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø



Foto: Elin Toft

Medikaliseringens skjulte grunner

› Prinsippet om individets frihet er grunnleggende i moderne samfunn. Den moderne frihet er imidlertid tvetydig. Individet påtvinges ikke fremmede handlingsgrunner, men kontrollerer seg selv. Michel Foucaults begrep om «hyrdemakt» er en kritisk perspektivering av denne utviklingen.

Helsearbeideren kan opprettholde sin faglige autoritet nettopp ved å appellere til pasientens selvkontroll. Empati blir en sterk påvirkningsmetode. Helsefagenes rasjonalitet er således vevd inn i det moderne samfunnets styringsrasjonalitet på måter som gjør at medikaliseringen har dypere grunner enn medikaliseringskritikere ofte legger til grunn.

INNLEDNING

At etterspørselen etter helsetjenester øker, skyldes ikke bare at vi lever lenger og får mer kroniske plager, eller at flere tilstander kan behandles. Stadig mer gjøres til gjenstand for medisinsk vurdering og inngripen (1–3).

Selv om den viktigste medikaliseringskritikeren, Ivan Illich (1926–2002) (4), kanskje ønsket seg tilbake til tiden før moderne medisin, var særlig den amerikanske medikaliseringskritikken i 1970-årene begrunnet i en typisk moderne verdi: Respekten for individets frihet (5–7). I Skandinavia har en individorientert medikaliseringskritikk vært mindre framtrædende. Én grunn er at helseprofesjonenes legitimi-

tet i etterkrigstiden her var nært knyttet til utviklingen av solidarisk begrunnede velferdsstater (8).

I sin bok *0-visjonen* griper Per Fugelli tilbake til syttitallskritikkens frihetsperspektiv: Hvis (isolert sett) gode helsetiltak går på bekostning av den enkeltes frihet, kan resultatet bli det motsatte av helse: «Helsetjenesten vil oss altfor vel. Derfor tar den synd og fett og røyk og lyst og sykdom og pine, det vil si frihet, fra oss. Medisinen fører oss inn i livsstilismen, et tvangspregert liv, styrt mot ett mål: sen død» (9, s.15).

Fugelli får fram hvordan tilværelsen medikaliseres innenfra – av Abram de Swaan kalt «proto-profesjonalisering» (10): Vi snakker hverandre inn i en medikalisert måte å forstå tilværelsen på, hevder de Swaan – og da ofte basert på innbilt medisinske sannheter. Vi lever under et «lett» medisinsk regime, der vi i tiltakende grad forstår oss selv som potensielle pasienter, poengterer han.

Nikolas Rose hevder tilsvarende at det ikke er profesjonenes monopolisering av ekspertkunnskap som er mest slående i dag,

men, omvendt, «ekspertens sje-nerøsitet» (11): Ekspertene låner villig ut sine begreper og talemåter til de som vil lytte. Vi oppmuntres til å tenke slik ekspertene ville ha tenkt, hvis de fikk oss som klienter eller pasienter. Gjennom håndbøker, avisartikler og fjernsynsprogrammer integreres ekspertkunnskapen. Den blir målestokk for det vi ønsker, begjærer og verdsetter. Som autonome individer krever vi sågar vår rett. Hvorfor skal krisepsykiatri være forbeholdt større ulykker? Bør ikke alle få eksperthjelp etter en traumatisk opplevelse?

Medikaliseringens prosesser inderliggjøres, og det blir for enkelt å appellere til individets frihet. Helse er blitt en vare (12). Fritt valg av helsetjenester skjer delvis på markedskreftenes premisser. Legemiddelindustrien og andre interessenter kan på denne måten få betydelig innflytelse over prioriteringer av helseressurser. Industriens og markedets makt er dog ikke tema for denne artikkelen. Jeg ønsker å belyse en annen, og mindre åpenbar, problematikk:

Hvordan kan måten moderne

samfunn styres på gi næring til inderliggjøringen av medikaliseringens prosesser? Vårt samfunn styres i prinsippet ikke mot individenes interesser, men på grunnlag av individenes frie valg. Paradokset er at medikaliseringens prosesser delvis drives framover av samspillet mellom styringsimplikationer og individenes frihetsinteresser.

For å utdype dette, skal jeg først skissere noen trekk ved forholdet mellom staten og individet.

STATEN OG INDIVIDET

Å beskrive hva en stat er og hvordan den moderne nasjonalstaten har utviklet seg, er ingen enkel oppgave (13). Her kan vi nøye oss med en leksikondefinisjon: Staten omfatter de organer og institusjoner som kontrollerer et territorium, som har monopol på bruk av fysiske tvangsmidler, og som er organisert i henholdsvis den lovgivende, den utøvende og den dømmende makt (14). Staten, slik forstått, er et moderne fenomen som gradvis tok form i Vesten i nyere tid, spesielt etter de borgerlige revolusjonene på 17- og 1800-tallet, da enevoldsregimene gikk i oppløsning.

Den moderne nasjonalstaten bygger på folkesuverenitetsprinsippet, og når statens organer utøver makt, er det, i prinsippet, folket som styrer seg selv. Likevel

er fortsatt forestillingen om herskeren på toppen som skuer ned på sine undersåtter, virksom. Vi har lett for å betrakte staten som et vesen, en makt, utenfor oss selv. Og hvis vi tar utgangspunktet i et begrep om individets frihet, er det nærliggende å oppfatte individet som prinsipielt i opposisjon til en slik ytre makt. Var det ikke for statens kontroll og inngripen, ville individet kunne utfolde seg nesten fritt, tenker vi kanskje.

For å forstå forholdet mellom stat og individ relatert til folkehelseutfordringene, må vi imidlertid gi opp forestillingen om staten som et vesen utenfor oss selv. Staten er ikke bare en makt som trykker på individet utenfra. I en rettsstat er styringsmåten tvert om basert på den enkelte borgers frihet. Den enkeltes frihet er en forutsetning for at staten skal kunne styre den enkelte. Dette kan lyde motsigelsesfullt, men går egentlig til kjernen av den liberale, demokratiske styringsformen.

Overgangen fra fyrstens enevælde til den liberale rettsstat kan beskrives som en overføring av autonomi fra den ene (fyrsten) til de mange (borgerne). Den liberale statsform forutsetter således en ikke-politisk sfære som er unndratt myndighetenes direkte kontroll. Samtidig er ivaretagelsen av disse ikke-politiske prosessene, det vil si økonomien, det sivile samfunn og familieinsti-

tusjonen, avgjørende for at staten skal kunne realisere sine mål (15). Overføringen av selvråderett fra den ene til de mange etablerer en ny form for styring. Individet påtvinges ikke fremmede handlingsgrunner. Individet kontrollerer seg selv.

BEFOLKNINGENS BESTE

Den moderne nasjonalstaten vokste fram med en ny styringsrasjonalitet. Særlig utviklingen av statistikk – som egentlig betyr «opplysninger om staten» – var viktig. På grunnlag av statistisk kunnskap om befolkningen kunne styringsmålsettingene gradvis dreie fra nokså ensidig fokus på fyrstens rikdommer til forbedringer av og for selve befolkningen. Statens styrke var direkte knyttet til befolkningens størrelse og ytevne. Statsmaktens aktører ble derfor gradvis mer opptatt av å bedre folks helse og velstand (16).

Under Den franske revolusjon ble det for første gang slått fast at folkets helse er statens ansvar. Statistiske tenkemåter ble koblet til den organismiske modellen (humoralpatologien) som fortsatt preget medisinen på begynnelsen av 1800-tallet. Denne koblingen mellom statistikk og humoralpatologi åpnet for å skille mellom normale og patologiske tilstander på populasjonsnivå («folkekroppen»). I løpet av 1800-tallet oppstod det parallelt med dette en ny



legerolle: En lege skulle ikke lenger være den herskende klassens håndlanger, men advokat for de fattige; og han skulle ha plikt til å delta i utformingen av samfunnet (17).

Sosialvitenskapen, heri inkludert de nye tankene om samfunnsmedisin og folkehelsevitenskap, var dypt motivert av ønsker om samfunnsendring basert på forestillingen om samfunnet som en velfungerende kropp: «Social statistics, social science and epidemiology were clearly never the neutral fact-gathering pursuits which their practitioners and advocates claimed them to be. They were demonstrably linked to particular philosophies of political, social and moral reform» (17, s. 78). Samfunnsvitenskap og samfunnsmedisin vokste fram som klart normative virksomheter, forankret i opplysningstidens reformideer. Interessen for kartlegging av befolkningens helsetilstand var fra første stund motivert av ønsket om politiske og sosiale reformer. Det var således innebygd en normativitet i den framvoksende samfunnsmedisinen – en normativitet det i dag kanskje er vanskelig å få øye på fordi fagområdet i stor grad framstår som et knippe metoder uten ideologisk forankring eller eget teorigrunnlag.

HYRDEMAKT

Helsetjenestens innebygde normativitet kommer likevel til uttrykk på ulike måter. Den empatiske helsearbeider kan få dypere kontakt med pasienten enn hvis hun er mer distansert og kjølig

vurderende. Innlevelse i pasientens situasjon gjør det samtidig lettere å påvirke ham. Hvordan er nå egentlig røyke- eller drikkewanene? Hvor mye smør er det på brødskiva? Hvordan er seksuallivet? Kort sagt: Den empatiske helsearbeider har spesielt gode forutsetninger for å få pasienten til å bekjenne sine helsesynder (18). En viktig forutsetning er her å appellere til den enkeltes egen forståelse av hva som tjener vedkommendes interesser. Den fornuftige samtalen basert på gjensidig respekt er således dobbelttydig ved at en god dialog også etablerer medisinsk rasjonelle forpliktelser.

Michel Foucaults (1926–84) tanker om det han kaller hyrde-makt, kaster lys over denne empatiske kontrollfunksjonen. Med «hyrde» mener Foucault følgende (19, s.77f): 1) Hyrdens oppgave er å kontrollere flokken (befolkningen). 2) Flokken er avhengig av hyrden. Uten hyrden, sprer flokken seg. 3) Hyrdens oppgave er å sikre flokkens frelse. «Det hele er et spørsmål om konstant, individuell og endelig årvåkenhet overfor hin enkelte (...)». 4) Flokkens beste er motivet for alt hyrden gjør. Ingen mistes av syne.

Hyrdemotivet er eldre enn kristendommen. Men med kristendommen gjøres hyrdemakten individualiserende, mener Foucault: «For kristendommen er båndet til hyrden et individuelt bånd, et personlig underkastende bånd. Hyrdens vilje skjer ikke fordi den er i overensstemmelse med loven, men prinsipielt fordi den er hyrdens *vilje*» (19, s.89). Å være lydige mot hyrden blir et mål

i seg selv. Den permanente lydighet baserer seg på at hyrden har kunnskap om hver og en. Ingen kan unndra seg hyrdens granskning av samvittigheten. For «fåret» er det derfor viktig å innse nødvendigheten av botsgang.

Foucault hevder at hyrdemotivet, slik det blant annet ble utformet gjennom prestens rolle ved bekjennelser og syndsforlætelser, spilte en avgjørende rolle ved framveksten av den moderne staten. Enevoldsfyrstens faderlige kontroll med undersåttene var allerede formet av hyrdemotivet. Da en mer moderne statsforståelse brøt fram, fikk dette motivet enda større betydning fordi det nå ikke lenger bare gjaldt å ivareta fyrstens egeninteresser, men også befolkningens helse og velferd: Statsmakten skulle legge forholdene til rette for det gode liv. Hyrdemakten ble slik et viktig motiv for den politiske styringsmodellen i våre samfunn, der styring og kontroll er flettet sammen med velferds- og omsorgstenkning basert på respekt for individets frihet på en slik måte at det blir vanskelig å skille det ene fra det andre.

Den empatiske helsearbeider respekterer pasientens autonomi. Som hyrde, er førstnevnte likevel forpliktet på en uttalt agenda. Og det er nettopp i kraft av respekten for pasientens valgfrihet at denne – delvis skjulte – agendaen blir akseptabel, for pasienten så vel som for helsearbeideren selv. Faglig autoritet blir slik en brikke i et større spill, der det ikke er spenningen mellom paternalisme og autonomi som

er mest interessant, men hvordan helsearbeideren qua hyrde opprettholder sin autoritet nettopp ved å respektere pasientens autonomi.

Det kan innvendes mot denne Foucault-inspirerte fortolkningen at fenomener som empowerment og brukerstyring peker i en annen retning. Relasjonene mellom medisinske hjelpesystemer og «vanlige» folk er dynamiske og spenningsfylte, blant annet fordi medisinsk kunnskap bare vil kunne ha status som et foreløpig handlingsgrunnlag. Hver enkelt må orientere seg i et uoversiktlig landskap av stadig nye «funn» og metoder (20). Og når nye metoder og teknologier blir tilbudt, er vi ikke bare passive konsumenter. Slike innvendinger til tross: Styringsrasjonaliteten i moderne samfunn av vestlig type er medikalisering i den forstand at det er svært vanskelig å skille klart mellom ønskede velferdsvirkninger på den ene siden og bivirkninger i form av medikalisering på den annen side. Den medikaliseringstvingen og den «riktige» bruken av medisinsk kunnskap og teknologi er to sider av samme sak.

AVSLUTNING

Medikalisering og helseisme er flertydige samfunnsmessige fenomener. Denne kompleksiteten blir ikke alltid erkjent av medikaliseringskritikere. I sin ellers overbevisende gjennomgang av moderne «helseisme» ender for eksempel Greenhalgh og Wessely med å peke i alle andre retninger enn mot sitt eget ståsted i medisinen når forklaringene på fenomenet

skal oppsummeres (21). Budskapet mellom linjene blir dermed at hadde bare pasientene lært seg å tenke medisinsk rasjonelt, ville de forstå at mange av de oppfatningene omkring helse de orienterer sine liv ut fra er uholdbare.

Men den typiske pasient er nettopp ikke helsefaglig kompetent. Derfor kan den kontinuerlige diffusjonen av «korrekt» medisinsk informasjon like gjerne bli det Crawford kaller «the pedagogy of danger»: Helseinformasjonen vedlikeholder pendlingen mellom følelsen av å ha kontroll og påfyll av nye engstelser (22).

Medikaliseringproblemet stikker dypere enn vi kanskje liker å tro.

REFERANSER

1. Lian OS. Behovet for helsetjenester - naturgitt eller sosialt bestemt? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 111-4.
2. Skolbekken JA, Lian OS. Hva er drivkraftene bak etterspørselen etter ny teknologi? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 653-6.
3. Lian OS. Den moderne eos-myten om medikalisering som modernitetsfenomen. Sosiologisk tidsskrift 2006; 14: 63-87.
4. Illich I. Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health. London: Marion Boyars, 1976.
5. Freidson E. Professional dominance: the social structure of medical care. New York: Atherton Press, 1970.
6. Zola IK. Medicine as an institution of social control. Sociol Rev 1972; 20: 487-504.
7. Nye RA. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. J Hist Behav Sci 2003; 39: 115-29.
8. Riska E. Developments in Scandinavian and American medical sociology. Scand J Public Health 2003; 31: 389-94.
9. Fugelli P. 0-visionen: essays om helse og frihet. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
10. de Swaan A. The management of normality: critical essays in health and welfare. London: Routledge, 1990.
11. Rose N. Powers of freedom. Reframing political thought. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
12. Lian O. Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. Kristiansand: Høgskoleforlaget, 2003.
13. Melve L. Har staten vendt attende, og i tilfelle: kvar er den? Historisk tidsskrift 2006; 85: 193-230.
14. Stat. I: Store norske leksikon www.snl.no/article.html?id=834703 [14.8.2007]
15. Dean M. Governmentality: power and rule in modern society. London: Sage, 1999.
16. Thissen R. Die entwicklung der Terminologie auf dem Gebiet der Sozialhygiene und Sozialmedizin im deutschen Sprachgebiet bis 1930. Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag, 1969.
17. Porter D. Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times. London: Routledge, 1999.
18. Tierney TF. Foucault on the case: the pastoral and juridical foundation of medical power. J Med Humanit 2004; 25: 271-90.
19. Foucault M. Forelesninger om regjering og styringskunst. Oslo: Cappelen akademisk, 2002.
20. Williams SJ, Calnan M. The «limits» of medicalization? Modern medicine and the lay populace in «late» modernity. Soc Sci Med 1996; 42: 1609-20.
21. Greenhalgh T, Wessely S. «Health for me»: a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. Br Med Bull 2004; 69: 197-213.
22. Crawford R. Health as a meaningful social practice. Health 2006; 10: 401-20.

Mange enkle og billige tiltak er effektive for å redusere smitte av influensavirus

Smitte av virus som rammer luftveiene kan forebygges. Bruk av beskyttelsesfrakk, hansker og munnbind blant helsepersonell og hyppig håndhygiene hos alle (helsepersonell og i befolkningen) kan hindre smitte med virus som forårsaker epidemier som influensa og SARS. Enkle hygiene-tiltak som hyppig håndvask kan redusere vanlig forkjølelssmitte blant barn. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

TILTAK FOR Å FOREBYGGE SMITTE AV INFLUENSAVIRUS

Det er økt bekymring globalt om epidemiske (som kan gi utbrudd) og pandemiske (som kan gi verdensomspennende utbrudd) virus vil ramme mennesker i alvorlig grad. I 2002 og 2003 rammet SARS («severe acute respiratory syndrome») over 8000 personer, blant annet en høy andel helsearbeidere, og i underkant av 800 av de rammede døde. Det er økt bekymring for at nye virus, som fugleinfluensavirus, skal forårsake pandemier. Også influensavirus kan forårsake alvorlig sykdom hos utsatte personer. Hvert år vil 10 til 15 prosent av verdens befolkning få influensa og ved influensapandemier kan så mange som 50 prosent rammes.

Vaksine og antivirale midler (som for eksempel oseltamivir (Tamiflu®) og zanamvir (Relenza®)) er ikke nok for å stoppe utbrudd av influensa. Tiltak som

håndvask og hånddesinfeksjon, isolering, beskyttelsesutstyr, og generelle folkehelseiltak har potensial for å kunne hindre spredning av virus.

Ifølge «Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa» (Helse- og omsorgsdepartementet 2006) så kan en influensapandemi i verste fall bli like alvorlig som spanskesyken og føre til 1,2 millioner influensasyke i løpet av et halvt års tid og 13 000 ekstra dødsfall. I beste fall vil en ny pandemi ikke bli mer alvorlig enn en vanlig influensasnesong. Mer sannsynlig vil en ny pandemi ha en karakter som asiasyken i 1957–59 eller Hong Kong-syken i 1968–70. «Hønseinfluensautbruddet» i Hong Kong i 1997, der seks døde av de i alt 18 som var bekreftet smittet av fugleinfluensavirus, viste at en pandemisk influensatrussel kan oppstå uten forvarsel.

Tiltakene vurdert i denne Cochraneoversikten er også relevante for vanlig influensavirus og forkjølelssvirus.

VIRKER HÅNDVASK, BESKYTTELSESTYR OG ANDRE TILTAK PÅ SPREDNING AV INFLUENSAVIRUS?

Studiene viste at:

- Desinfisering av boliger, hyppig håndvask (minst elleve ganger daglig), bruk av hansker og bruk av beskyttelsesfrakk gir muligens færre tilfeller av luftveisinfeksjoner
- Bruk av åndedrettsvern for hel-

sepersonell i stedet for vanlige kirurgiske munnbind gir færre luftveisinfeksjoner. Det gjør også samtidig bruk av beskyttelsesutstyr (hansker, frakk og munnbind) sammen med håndvask.

- Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om munnbind alene påvirker spredning av virus.

Forskerne fant også at:

- Kvaliteten på forskningen er for lav til å avgjøre om masseundersøkelser ved grensen til et land eller former for sosial isolering (som stengte skoler, karantene eller uilke former for isolat) forebygger spredning av influensavirus.
- Hyppig håndvask gir muligens færre forkjølelser
- Opplysningskampanjer for å fremme håndhygiene, med eller uten hånddesinfeksjon, gir muligens færre luftveisinfeksjoner blant barn og unge.



Illustrasjon: Malvin

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et internasjonalt forskerteam lette etter studier som har undersøkt hvordan hygiene-, barriere- og isoleringstiltak virker på personer eksponert for virusssmitte. Forskerne fant 51 studier fra både høy- og lavinntektsland som oppfylte kravene de hadde fastsatt på forhånd. Både forsøk og observasjonsstudier ble inkludert. De fleste studiene vurderte hvordan influensa- og forkjølelssmitte kunne begrenses på sykehus eller blant barn.

KILDE

Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C, et al. Interventions for the interruption or reduction of the spread of respiratory viruses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD00627. DOI:10.1002/146512858.CD006207.pub2.

Les hele artikkelen i Cochrane Library (gratis tilgjengelig via www.cochrane.no)

KOMMENTAR:

BJØRN IVERSEN, OVERLEGE, NASJONALT FOLKEHELSEINSTITUTT

Ved Folkehelseinstituttet støtter vi hovedkonklusjonene i denne oppsummeringen, nemlig at enkle smitteverntiltak i og utenfor helsetjenesten er viktige for å hindre spredning av virus som smitter via luftveiene. Når det er sagt har vi noen viktige innvendinger mot denne Cochrane-oversikten. I det følgende listes det opp noen eksempler:

- **Ulike virus.** Forfatterne har inkludert sykdommer forårsaket av mange ulike luftveisvirus. Ulike virus smitter på forskjellige måter. Influensa er mer smittomt enn sars og smittsomheten av sars varierer også veldig avhengig av person og symptomer. Smittedosen fra syk pasient vil variere mellom ulike virus, måten viruset oppfører seg i luften og sted viruset slår seg ned hos mottaker. Det er for eksempel stor forskjell i reseptoraffinitet i øvre og nedre luftveisslimhinner mellom fugleinfluensavirus og vanlig humant influensavirus. Det vil derfor ikke være akseptabelt å slå sammen studier med så ulike virus.
- **Ulike settinger.** Studiene er gjennomført i svært ulike settinger fra skoler på landsbygda til avanserte intensivavdelinger. Risikoen for smitte er enormt mye større ved intubering av en pasient på en intensivavdeling enn ved å gå på en skole på bygda. Kravene til beskyttelsesutstyr vil derfor også være helt annerledes og en kan ikke slå sammen studier fra så ulike settinger.
- **Ulike forebyggende tiltak (risikofaktorer).** Det er sett på en rekke ulike risikoreduerende tiltak, men det er ingen beskrivelse av om hvert tiltak er likt i alle undersøkelsene. Eksempel: Seks studier ser på effekt av blant annet å bruke munnbind for å beskytte seg mot sars. Munnbind kan være svært mye forskjellig, fra rispapirtynne til tykke kirurgiske munnbind, dette er ikke problematisert. Dessuten er settingen også helt forskjellig fra å bruke munnbind på gata til å bruke det ved pleie av pasienter.
- **Metaanalysene** er bare basert på seks kasus-kontrollundersøkelser ved sars. Dette er ikke synliggjort i sammendraget eller i tabellen og grafene der resultatene av metaanalysene er generalisert til å gjelde luftveisvirus.

Med disse eksemplene på innvendinger er det spørsmål om resultatene i oversikten er gyldige og om vi kan ha nytte av en slik systematisk oversikt i praktisk smittevernarbeid. Dessverre tror jeg svaret er nei. Tiltakene en vil anbefale vil variere med smittestoff og setting, og også med hva man gjør på de ulike stedene. Krav til beskyttelsesutstyr vil være helt annerledes ved aerosolproduserende prosedyrer enn ved vanlig pleie av pasienter. Dette er mye bedre ivarett av de nye retningslinjene fra WHO.

Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. Genève: WHO; June 2007
http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_EPR_2007_6c.pdf

KILDE

Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4.

Hva vet vi om temaet fra før?

Ulike kartlegginger har avdekket hva som kan hindre god omsorg for døende pasienter i en intensivavdeling.

Hva tilfører denne artikkelen?

Funnene i artikkelen viser at intensivsykepleierne opplever det som utfordrende å sikre en verdig død for intensivpatienten, unngå overbehandling, yte god omsorg for pårørende og hjelpe dem til å skape gode minner.

Mer om forfatteren:

Anne Kathrine Langerud, Cand. san. og intensivsykepleier ved Rikshospitalet HF, Senter for Pasientmedvirkning og Sykepleieforskning, Anestesi og Intensivklinikken, Generell Intensiv, anne.kathrine.langerud@rikshospitalet.no

Nøkkelord:

- Avsluttende behandling,
- Intensivsykepleie
- Fokusgruppeintervju
- Verdig død
- Overbehandling

Fakta:

Av de som dør i Norge, dør omkring 40 prosent på sykehus, 40 prosent på sykehjem og tilsvarende institusjoner, 15 prosent hjemme og de resterende 5 prosent dør på annet sted. Kilde Stavanger Universitetssykehus: <http://praksis.sir.no/PN/pn0809.htm>

Mortaliteten på intensivavdelinger på regionsykehus i Norge var på 13.9 prosent i 2005 (1). Internasjonal forskning har fokusert på bedret kommunikasjon med pasient og pårørende ved avsluttende behandling, men det er gjort lite forskning på hva intensivsykepleiere opplever som spesielt utfordrende ved avsluttende behandling i intensivavdelingen. For å få mer kunnskaper om dette ble fokusgruppeintervju gjennomført på 21 intensivsykepleiere i Norge i 2004. Dataene ble analysert ved hjelp av Krueger & Casey's kvalitative metode for analyse av fokusgruppeintervju. Resultatene viser at intensivsykepleierne opplever

det som utfordrende å sikre en verdig død for intensivpatienten, unngå overbehandling, yte god omsorg for pårørende og hjelpe dem til å skape gode minner. For å kartlegge hva som er en verdig død og hva som er utfordrende med avsluttende behandling trengs det ytterligere forskning på hva leger, pasienter og pårørende opplever som utfordrende i disse situasjonene. Denne studien viser at det er ønskelig å utvikle nasjonale retningslinjer for avsluttende behandling, men dette krever videre forskning.

**What do intensive care nurses experience as challenging with end-of-life care in the intensive care unit?**

The Intensive Care Unit (ICU) mortality rate in regional hospitals in Norway was 13.9 % in 2005 (1). International research has focused on the improvement of communication with relatives and shared decision making as a means of improving end-of-life care in the ICU, however little research has been undertaken on what intensive care nurses perceive as challenging with regards to end of life care in the ICU.

In order to gain more of an insight into this, the experiences of 21 critical care nurses were attained via a Focus Group Interview (FGI) in Norway

in 2004. The data was analyzed according to Krueger & Casey's qualitative method for FGI analysis. The results showed that the challenges faced by Norwegian intensive care nurses included securing a dignified and peaceful death for the dying patient, avoiding futile treatment as well as caring for relatives and helping them to create positive memories.

Further research is required to clarify what constitutes a dignified death in the ICU, and to determine the challenges faced by patients, doctors and relatives when faced with end of life care in the ICU.

With regards to the development of national guidelines for end of life care, the results of this study show that they are desired, but

that further research is required to develop them.

Keywords: end-of-life-care, critical care nursing, focus group interview, with-hold treatment, withdraw treatment

» Hva opplever intensivsykepleiere som utfordrende ved avsluttende behandling i intensivavdelingen?

Forfatter: Anne Kathrine Langerud

Foto: Erik M. Sundt

INTRODUKSJON

Ifølge Norsk Intensivregister var dødeligheten ved intensivavdelinger ved norske regionsykehus på 13.9 prosent i 2005 (1). Dette innebærer at de som arbeider ved

intensivavdelinger ofte opplever at pasienter dør. En intensivavdeling kjennetegnes ved et høyteknologisk miljø med helsepersonell som er spesialisert for å redde livet til mennesker som er akutt og kritisk syke. Det kan være spesielt vanskelig for intensivmedisinere/anestisileger å bestemme at

behandling skal avsluttes fordi intensivavdelinger er designet for å redde liv, og å måtte avslutte behandling kan sees på som et nederlag (2;3). Pasienter som dør i intensivavdelinger har krav på best mulig omsorg og en verdig død. Internasjonal forskning (4;5) har de siste årene vekt-

lagt forbedringspotensialet ved behandling og pleie av døende intensivpasienter. Områder som bedre opplæring av helsepersonell i forhold til kommunikasjon med pårørende og behandling av smerter hos den døende har vært fremhevet (4). Den femte internasjonale konsensus konferansen i intensiv medisin (5) kommer med klare anbefalinger om økt forskning for å forbedre «end-of-life care» i intensivavdelinger. Konkret anbefales bedre dialog med den døendes pårørende og at de blir tatt med i beslutningsprosessen (5). Ulike kartlegginger har avdekket hva som kan hindre god omsorg for døende pasienter i en intensivavdeling (6;7).

En europeisk multisenterstudie (8) avdekket kulturelle forskjeller mellom Nord- og Sør-Europa i forhold til å avslutte behandling. Av 1505 pasienter som dør på intensiv i Nord-Europa dør 714 (47,4 prosent) etter at «withdrawing treatment» er iverksatt. Tilsvarende tall for Sør-Europa er 275 (17,9 prosent) av 1534 pasienter dør som følge av «withdrawing treatment» (8), mens pasienter som dør som følge av «withholding treatment» er forholdsvis lik, henholdsvis 575 (38,2 prosent) pasienter i Nord-Europa og 607 (39,6 prosent) pasienter, i Sør-Europa. Lengden på intensivopphold er også signifikant kortere i nord enn i sør, henholdsvis 2,3 dager i nord mot 5,9 dager i sør (p verdi < .001.) (8).

Det er anerkjent at intensivsykepleieren er en viktig deltaker i behandlingsteamet på intensivavdelingen (3;7). Å delta i behandling og pleie av døende intensivpasienter er krevende for alle, men spesielt krevende for intensivsykepleieren som står ved sengen i 24 timer, og ikke kan gå fra slik andre yrkesgrupper kan (3;7). Intensivsykepleieren har føl-

gelig en viktig rolle som kontaktpart mellom leger, pasient og pårørende. Få studier beskriver hvordan intensivsykepleiere opplever situasjoner rundt avsluttende behandling. To skandinaviske studier (9;10) presenterer resultat fra intervjuer med leger, sykepleiere og hjelpepleiere om deres erfaringer ved avsluttende behandling i intensivavdelinger. Begge studiene viser at overbehandling og kom-

” Å avslutte aktiv behandling betyr aldri at man ikke skal lindre pasientens plager (...)

munikasjon med pårørende var vanskelig, og at det var viktig for sykepleierne å sikre en verdig død for pasienten.

Bortsett fra Hols (9) studie ble det ikke funnet noen studier som beskrev norske intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer med avsluttende behandling. Målet er at bedre kunnskap om temaet kan føre til praksisforbedrende tiltak.

AVSLUTTENDE BEHANDLING

Internasjonalt opererer man med to begreper som beskriver behandlingsbegrensning; «withhold treatment» og «withdraw treatment» (11). Et eksempel på «withhold treatment» er å forhåndsbestemme at en pasient ikke skal resusciteres ved hjertestans. Et eksempel på «withdraw treatment» kan være å fjerne påbegynt livsviktig behandling, for eksempel dialyse. «Withhold» og «withdraw treatment» er anerkjente prinsipper som regnes for like moralsk forsvarlige og må ikke forveksles med eutanasi (11). Et viktig prinsipp i forståelsen av disse begrepene er at pasienten

dør av sin sykdom og ikke av et manglende behandlingstilbud. Overbehandling kan beskrives som når pågående behandling ikke lengre kan gi bedring, lindring eller stabilisering, men kun forlenger en dødsprosess (12).

Å avslutte aktiv behandling betyr aldri at man ikke skal lindre pasientens plager og yte god omsorg for pasienten og hans pårørende. De mulighetene som finnes i en intensivavdeling, både av tekniske hjelpemidler og fagkompetanse kan gjøre det å avslutte behandling spesielt vanskelig. Å ta avgjørelsen om at noen skal tas av respirator eller ta bort livsviktige medikamenter som stabiliserer blodtrykk eller hjerterefrekvens kan medføre at døden inntreffer raskt, som kan komplisere avgjørelsen om å avslutte behandling. Det faktum at mange intensivpasienter er bevisstløse og ikke selv kan si noe om de ønsker livsforlengende behandling kompliserer også situasjonen (6). Erfaring viser at det er sjelden at pasient og pårørende har diskutert en slik situasjon, slik at legene har lite å støtte seg til i forhold til pasientens ønsker.

HENSIKT

Hensikten med denne studien er å kartlegge hva intensivsykepleiere i Norge opplever som utfordrende ved avsluttende behandling i intensivavdelingen.

METODE

Metoden for datainnsamling var fokusgruppeintervju (FGI). FGI er et gruppeintervju som dreier seg om et spesielt emne/fokus som er igangsatt og ledet av en moderator/ordstyrer (13). Målet er å generere kvalitative data ved å utnytte det samspillet som er i en gruppe, og ideen er at en gruppeprosess kan hjelpe mennesker til å utforske og klargjøre

sine synspunkter på en måte som ellers ville vært vanskelig via et individuelt intervju (13).

SEMISTRUKTURERT INTERVJUGUIDE

Det ble anvendt en semistrukturert intervjuguide under FGI. Intervjuguiden var stikkordspreget, og inneholdt syv hovedtemaer; forhold knyttet til pasienten, forhold knyttet til de pårørende til en døende intensivpasient, tverrfaglig samarbeid, personlige utfordringer, etikk og egen mestring. De syv hovedtemaene hadde igjen underpunkter. Hovedtemaene ble valgt på bakgrunn av hva forskning og egne erfaring hadde vist var sentrale emner (9;10). Intervjuguiden gjorde det mulig for moderator å komme med innspill hvis diskusjonen stoppet. Siden temaet kan sees på som sensitivt, ble deltakerne oppfordret til å ikke spre opplysningene som kom frem til andre. Intervjuguiden fungerte hensiktsmessig i en av gruppene, i de to øvrige var den overflødig, da gruppene selv belyste temaene i intervjuguiden.

TILGANG TIL FELTET

Tilgang til forskningsfeltet ble sikret gjennom skriftlig henvendelse til sykepleiefaglige ansvarlige ved fem intensivavdelinger, som viderefremmet kontakt med de ulike avdelingene. Avdelingskontaktene var henholdsvis en oversykepleier, en fagutviklings- og forskningssykepleier (vedkommende hadde denne funksjonen for tre av intensivavdelingene) og en avdelingssykepleier. Avdelingskontaktene formidlet en skriftlig forespørsel til informantene om de ønsket å delta. Inkludert i denne forespørselen lå også informasjon om studien, skjema for samtykkeerklæring og frankert returkonvolutt.

PILOTUNDERSØKELSE

Før selve datainnsamlingen startet ble det gjennomført en pilotundersøkelse for å teste om metode, intervjuguide og båndopptaker fungerte tilfredsstillende. Pilotundersøkelsen ble gjennomført med syv erfarne intensivsykepleiere med en gjennomsnittlig arbeidserfaring på over ti år. Disse arbeidet på et annet universitetssykehus enn det som de øvrige informantene ble hentet fra og alle var på samme avdeling. Før pilotundersøkelsen ble gjennomført ble det tatt høyde for at dataene kunne inkluderes i hovedstudien, noe de også ble.

UTVALG

Utvalget bestod av 14 intensivsykepleiere fra fire intensivavdelinger ved et Universitetssykehus. Syv hadde mer enn fem års erfaring som intensivsykepleier i klinisk arbeid på intensivavdeling, og ble definert som erfarne intensivsykepleiere jamfør Benners definisjon av ekspertsykepleiere (14). De andre hadde fra ett-tre års klinisk erfaring som intensivsykepleiere og ble definert som mindre erfarne intensivsykepleiere jamfør Benners avansert nybegynner – kompetnet nivå (14). I den erfarne gruppen var gjennomsnittlig erfaringslengde åtte til ti år, så det var en reell forskjell i erfaringslengde på gruppene, denne forskjellen var tilsiktet. For å redusere faren for at informantene tok med seg andre gruppeprosesser inn i fokusgruppen deltok ikke flere enn to fra hver avdeling i hver fokusgruppe. Studien bestod av to fokusgrupper å sju deltakere i hver og en pilotgruppe. Det var bare kvinnelige informanter, selv om det hadde vært ønskelig at begge kjønn hadde vært representert.

FORSKNINGSETISKE FORHOLD

Det forelå tilråing fra Regio-

nal etisk komité før studien ble igangsatt. Studien ble også godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Deltakelsen var basert på frivillighet. Informantene fikk informasjon om at de når som helst kunne trekke seg uten konsekvenser for dem, også etter at intervjuene var gjennomført. Informantene ble anonymisert på en slik måte at de kun kunne kjennes igjen av forsker og alle personidentifiserbare opplysninger ble behandlet konfidensielt.

ANALYSE

Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og lyttet gjennom etter feil og kodet for hvem som hadde sagt hva. I den kvalitative analysen ble både dataene og gruppeprosessen analysert i ved hjelp av Krueger & Casey's (15) analyseanbefalinger for uerfarne forskere. Først ble det transkriberte datamaterialet lest igjennom for å danne seg et inntrykk av det totale innholdet før kategoriseringen av datamaterialet startet.

” Det opplevdes som meget opprivende for sykepleierne å utføre ordinasjoner de ikke hadde tro på selv.

Deretter ble sitat fra datamaterialet klippet ut og plassert under de spørsmålene i intervjuguiden (kategorier) sitatene henspilte på. Dersom et sitat hadde usikker betydning ble det spart til senere for ny vurdering. De sitatene som ble tolket til å være innen noen av de kjente kategoriene ble plassert i denne kategorien. Når hele manuskriptet var gjennomgått ble alle kategoriene gjennomgått

på nytt for å kontrollere at sitat med lignede innhold hadde havnet i samme kategori. Først når alle sitat var plassert i sin kategori ble det sett etter overordnede sammenhenger blant kategoriene. I starten av analysen ble kategoriene vurdert i forhold til likheter og forskjeller og det ble skrevet beskrivende sammendrag for hver kategori. I løpet av denne fasen ble et sitat tillagt vekt ut fra fire faktorer; frekvens (hvor ofte et tema blir gjentatt), spesifisitet (detaljerte beskrivelser) og til slutt følelser og utbredelse (hvor mange som beskriver samme tema) (15). Tilslutt ble et klipet manuskript lest på nytt for å kontrollere at kategoriene var tro mot originaldata. Kategoriene ble så videre utviklet til beskrivende tema.

RESULTAT

Utfordring nummer en for alle informantene var *å sikre en verdig død for pasienten, og unngå overbehandling*. De beskrev en verdig død som fravær av smerte hos pasienten, at pasienten fikk dø på enerom med sine nærmeste rundt seg, at pårørende hadde fått tilstrekkelig og realistisk informasjon om pasientens tilstand og at pårørende fikk tid til å ta farvel. En informant beskriver en verdig død slik: «For all ting var så fint. Det var så fredelig. Pasienten lå veldig rolig. Pårørende var der, og satt og holdt i hånden (16)».

En uverdig død ble kjennetegnet ved overbehandling, å dø på flersengsstue og uten at de pårørende hadde fått skikkelig informasjon. Alle informantene tok opp utfordringen med overbehandling og de vendte tilbake til dette teamet flere ganger i løpet av intervjuene. Det opplevdes som meget opprivende for sykepleierne å utføre ordinasjoner de ikke hadde tro på selv. Det fremkalte

følelser hos dem som oppgitthet, fortvilelse, frustrasjon og sinne. De med kortest erfaring fremhevet allikevel at det var viktig at alt var prøvd før man avsluttet.

Utfordring nummer to for alle informantene var *å yte god omsorg for pårørende*. Et spesielt viktig moment var å skape tillit hos de pårørende og hjelpe dem med å skape gode minner. Flere fremhevet at det er de pårørende som skal leve videre: «... man skal ha mye mer respekt for pårørende. De skal leve resten av livet med et minne. Det er jeg innmari opptatt av og det minnet bør vi gjøre så godt som mulig for dem ... (16)».

Informantene opplevde de

“ Er det mulig å forlange at pårørende skal akseptere at det ikke er mer å gjøre?

pårørende som en mangfoldig gruppe med ulike behov og dette kunne være meget utfordrende. Intensivsykepleierne ga beskrivende eksempler på de nye familiestrukturene, konflikter blant de pårørende og pårørende med annen kulturell bakgrunn. De erfarne beskrev at pårørendearbeid var et meget ressurskrevende og undervurdert arbeid i forbindelse med avsluttende behandling. Det ble sjelden dokumentert hvor ressurskrevende dette arbeidet var. Følgende sitat beskriver kompleksiteten ved å i vareta pårørende: «... så er det jo en annen ting, som det er i samfunnet ellers ... to sett pårørende, som dukker opp også er det en krise i det hele, og så må du få til noe der, og når du står alene med pasienten. Det er to grupper pårørende

som skal få sitt her, før det er for sent. Det synes jeg man har oftere og oftere (16)».

Tverrfaglig samarbeid kunne også være en utfordring, selv om det hovedsaklig ble opplevd som godt. Intensivsykepleierne opplevde at de ble hørt i faglige diskusjoner og at de var del av et team rundt pasienten, men det var ikke alltid at selve beslutningsprosessen om å avslutte behandling gikk knirkefritt. Selve beslutningsprosessen kunne ta tid alt etter hvor mange involverte medisinske spesialiteter det var. Informantene fremhevet at de opplevde at spesielt kirurgene hadde vanskeligheter med å gi opp troen på at behandlingen skal lykkes. Dette opplevde informantene som frustrerende og vanskelig i forhold til verdigheten til pasient og pårørende. Alle informantene opplevde at det var vanskelig å få gjennomført en god avslutning på vakttid (det vil si kveld, natt og helg). Dette hang ofte sammen med at personalet på vakt ikke kjente pasienten så godt og dermed kvitte seg for å ta den type avgjørelser. Informantene innså at dette var vanskelig for vakthavende lege, men de opplevde at det oppstod uverdige situasjoner hvor man ble stående å utføre overbehandling fordi ingen ville ta avgjørelsen om å avslutte. Følgende sitat beskriver hvordan en beslutningsprosess kan bølge frem og tilbake: «Det ble bestemt at nå skulle vi avslutte på morgenen på fredag. Så ble det ombestemt på fredag ettermiddag at man ikke skulle avslutte legene som kom på kvelden fortsatte behandlingen, og dagen etterpå ble det ombestemt igjen og avsluttet (16)».

Det var ofte sykepleieren ved sengen som måtte forklare pårørende hvorfor behandlingen fortsatte. Dette opplevdes som krevende, særlig hvis de selv ikke

var enig i avgjørelsen. På tross av dette ønsket intensivsykepleierne å fremstå som profesjonelle og lojale ved å stille seg bak legenes avgjørelse. Det var utfordrende å beholde tilliten hos de pårørende, og samtidig være lojal mot legenes beslutninger: «... for at dette skal bli så bra som mulig for pårørende, at vi fremstår som en enhet som er profesjonelle, så velger jeg nå når vi har spurt doktoren om en del ting, som vi enten har fått svar på eller ikke fått svar på, å være helt lojal mot den behandlingen han velger (16)».

DISKUSJON

Informantene i denne studien opplevde å sikre en verdig død, unngå overbehandling og gi god omsorg til pårørende, som det mest utfordrende i forbindelse med avsluttende behandling. Disse hovedfunnene er i tråd med annen internasjonal forskning (2;9;10;17). For å bidra til å oppnå en verdig død oppga intensivsykepleierne at de først og fremst trengte et velfungerende tverrfaglig team rundt pasienten hvor informasjonsflyten var adekvat og kommunikasjonen var god. De gav uttrykk for at det er viktig med tilstrekkelig bemanning og at de har mulighet for å flytte pasienten på enerom.

En verdig død for informantene ble kjennetegnet ved at pasient og pårørende hadde fått god og tilstrekkelig informasjon som de hadde akseptert, at pasienten lå på enerom med sine pårørende rundt seg, at overflødig utstyr og behandling ble fjernet og at pasienten fikk tilstrekkelig smertelindring (16). Er dette den eneste måten å dø verdig på i en intensivavdeling og for hvem er dette en verdig død? Er det mulig å forlange at pårørende skal akseptere at det ikke er mer å gjøre? Hvis aksept er viktig får

å få til en verdig død, blir evnen til å etablere en god dialog med pasient/pårørende helt avgjørende. Informantene var opptatt av å etablere et tillitsforhold til pårørende, god kommunikasjon var en forutsetning for dette (16). Internasjonal forskning (18;19) viser at pårørende legger vekt på kontinuitet i behandlingsteamet, at den døende blir behandlet med respekt, at de får nok og adekvat informasjon. Pårørende legger også vekt på rammefaktorer som nok pårønderom og at de kan besøke pasienten hele døgnet. Pårørendes og intensivsykepleiernes vektlegging av rammefaktorer er altså sammenfallende på

“ Informantene i studien mente selv at de ikke kviet seg for å ha omsorg for døende.

flere punkter. Det hevdes internasjonalt at helsepersonell ikke er flinke nok til å skape en åpen og god dialog med de pårørende (5;20;21), og at de generelt mangler kunnskap om hvordan de skal forholde seg til avsluttende behandling og følgelig kvier seg for å gå inn i disse vanskelige situasjonene (2). Informantene i studien mente selv at de ikke kviet seg for å ha omsorg for døende, men spesielle situasjoner kunne gjøre dem usikre, for eksempel konflikter blant pårørende eller mange pårørende (16).

For å avklare legenes holdninger i forhold til å ta ansvar for om man skal avslutte behandling eller ei må man gjøre en tilsvarende studie med leger. Å etablere veiledende retningslinjer for avsluttende behandling vil kunne være

til hjelp for personell som føler seg usikre på hvordan de skal håndtere disse situasjonene. De må samtidig åpne for individuelle tilpassninger og ikke bli for detaljstyrende. Sentrale stikkord i slike retningslinjer vil være; god informasjon, tilrettelegge for pårørende, oppbemanning ved behov, tilgang på prest, god dokumentasjon, god smertelindrende behandling og så videre.

En fordel med FGI som forskningsmetode kan være at mange informanter kommer til orde i løpet av et intervju, og andre informanters innspill kan sette i gang nye tankerekker hos den enkelte. Metoden gir rom for at informanter kan velge å ikke svare på spørsmål de synes er ukomfortable. Undersøkelsen ble utført i tråd med anbefalinger gitt av Krueger & Casey (15). Ulempe ved FGI er at det ifølge Sim (13) er vanskelig å generalisere ut fra FGI fordi det ikke er gitt at informantene vil si det samme i en annen setting. Dessuten er utvalget for lite til å kunne generalisere. På tross av dette virker funnene pålitelige siden de stemmer godt overens med annen forskning. Et annet faremoment med homogene grupper, som er anbefalt (15), er at man kan få polarisering av dataene. Utvalget kan også bli skjevt fordi det kan være de mest verbale som vil delta, og at sterke personligheter kan prege fokusgruppen. Dette kan føre til at deltakere med avvikende synspunkter ikke ønsker å delta eller uttale seg (13).

KONSEKVENNS FOR PRAKSIS

Denne studien har sett avsluttende behandling fra intensivsykepleierens ståsted. Det trengs videre forskning med andre involverte parter perspektiv, for eksempel vil både ulike legeggrupper og pårørende ha en annen innfalls-

vinkel på temaet. I forhold til utvikling av nasjonale retningslinjer for avsluttende behandling viser resultatene i denne studien at det er ønskelig, men det trengs ytterligere forskning for å utvikle slike retningslinjer. Nasjonale retningslinjer vil forhåpentligvis bli et godt hjelpemiddel for hel-sepersonell som jobber med disse situasjonene. Hvis det i tillegg blir lagt til rette for tilstrekkelig og kvalifisert debriefing ved krevende dødsfall, skulle forutsetningene for bedre kvalitet på den terminale omsorgen for pasient og pårørende i intensivavdelingen være styrket.

TAKKSIGELSE

En stor takk går til Dr polit Eva Gjengedal for veiledning under gjennomføringen av studien, og til Prof. Dr polit Tone Rustøen for veiledning under utarbeidelse av artikkelen.

REFERANSER

- (1) <http://www.intensivregister.no/>. 2007.
- (2) Miller PA, Forbes S, Boyle DK. End-of-life care in the intensive care unit: a challenge for nurses. *Am J Crit Care* 2001 Jul;10(4):230-7.
- (3) Ciccarello GPR. Strategies to Improve End-of-life Care in the Intensive Care Unit. *Dimens Crit Care Nurs* 2003 Sep;22(5):216-22.
- (4) Levy MMM, Carlet JM. Compassionate end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2001 Feb;29(2):N1.
- (5) Thompson BTM, Cox PNM, Antonelli MM, Carlet JMM, Cassell JP, Hill NSM, et al. Challenges in End-of-Life Care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive Summary. *Crit Care Med* 2004 Aug;32(8):1781-4.
- (6) Nelson JEMJ, Angus DCM, Weissfeld LAP, Puntillo KAR, Danis MM, Deal DB, et al. End-of-life care for the critically ill: A national intensive care unit survey *. *Crit Care Med* 2006 Oct;34(10):2547-53.
- (7) Beckstrand RL, Kirchhoff KT. Providing End-of-Life Care to Patients: Critical Care Nurses' Perceived Obstacles and Supportive Behaviors. *Am J Crit Care* 2005 Sep 1;14(5):395-403.

(8) Sprung CLM, Cohen SLM, Sjøkvist PM, Baras MP, Bulow HHM, Hovilehto SM, et al. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units: The Ethicus Study. [Miscellaneous Article]. *JAMA* 2003 Aug 13;290(6):790-7.

(9) Hol H. «Passiv eutanasi - etiske problemer» en narrativ studie basert på Paul Ricoeurs filosofi: om legers og sykepleieres erfaringer med å være i etisk vanskelige situasjoner ved passiv eutanasi. Oslo: Hege Hol; 2001.

(10) Söderberg A. The practical wisdom of enrolled nurses, registered nurses and physicians in situations of ethical difficulty in intensive care licentiate thesis. Umeå: Umeå University. Department of Advanced Nursing; 1997.

(11) Vincent J-LMPF. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med* 2001 Feb;29(2):N52-N55.

(12) Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press; 2004.

(13) Sim J. Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *J Adv Nurs* 1998 Aug;28(2):345-52.

(14) Benner P. In: Benner P, editor. *Fra novise til ekspert - dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. 1. ed. Oslo: Tano Forlag AS; 1995.

(15) Krueger RA, Casey MA. *Focus groups a practical guide for applied research*. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage; 2000.

(16) Langerud AK. Avsluttende behandling i intensivavdelingen hva opplever intensivsykepleierne som utfordrende ved avsluttende behandling i intensivavdelingen, og hvordan mestrer de disse situasjonene? Bergen: A.K. Langerud; 2005.

(17) Jones T, Fitzgerald M. Withdrawal of life-support treatment: the experience of critical care nurses. *Aust Crit Care* 1998 Dec;11(4):117-21.

(18) Abbott KH, Sago JG, Breen CM, Abernethy AP, Tutsky JA. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. [see comment]. *Crit Care Med* 2001 Jan;29(1):197-201.

(19) Stapleton RD, Engelberg RA, Wenrich MD, Goss CH, Curtis JR. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. [see comment]. *Crit Care Med* 2006 Jun;34(6):1679-85.

(20) Boyle DKP, Miller PAM, Forbes-Thompson SAP. Communication and End-of-Life Care in the Intensive Care Unit: Patient, Family, and Clinician Outcomes. *Critical Care Nursing Quarterly Outcomes Management* /10;28(4):302-16.

(21) Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Crit Care Med* 2001 Feb;29(2 Suppl):N26-N33.

Evaluering du din praksis regelmessig?



Foto: Marit Fonn

Evaluering av klinisk praksis er et viktig element i kvalitetsstrategier fra Sosial- og helsedirektoratet, «og bedre skal det bli». Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten har slik evaluering som et av sine kjerneområder. Brukerundersøkelser har en sentral plass i norsk evaluering. Dette baserer seg på prinsippet om at brukerne har god kunnskap om hvordan norsk helsetjeneste fungerer, og deres stemme er viktig i utviklingen av helsetjenesten. Pasienttilfredshet registreres regelmessig i Norge via PASopp-prosjektet.

Internasjonalt brukes ordet «audit» som et samlenavn for evaluering av klinisk praksis. Denne evalueringen, eller audit av klinisk praksis, er en prosess i to faser. Første fase innebærer å registrere hva som faktisk skjer i praksis, for så å sammenligne dette med eksplisitte kriterier i fase to. Anbefalinger i faglige retningslinjer kan være slike eksplisitte kriterier. Disse kriteriene bør være kunnskapsbaserte, det vil si at de bør være basert på oppdatert kunnskap. Det kan enten være å se på hva sykepleieren gjør i praksis eller registrering av pasientutfall. I begge tilfeller er det viktig å bruke gode og pålitelige datainnsamlingsmetoder.

Audit av egen kunnskapshåndtering er en annen innfallsvinkel til evaluering. Det innebærer at man evaluerer seg selv basert på spørsmål knyttet til trinnene i

kunnskapsbasert praksis. Norsk sykepleierforbund har utgitt en arbeidsbok for sykepleiere som ønsker å lære seg å arbeide kunnskapsbasert. Her kan en i tillegg til å lære seg å arbeide kunnskapsbasert også lese mer om hvordan en kan evaluere egen praksis.

Audit kan gjennomføres ved at du eller dere som team selv vurderer egen praksis. Da kaller man det selv-audit eller intern-audit. Hvis noen utenfor avdelingen innhenter og vurderer informasjon fra deres praksis, kalles det ekstern-audit. Informasjon om hva som skjer i praksis, kan hentes på ulike måter, for eksempel via elektroniske registre, fra journaler, fra pasienter, via spørreskjemaer eller egne datainnsamlingskjemaer.

Som kvalitetsforbedringstiltak kan audits brukes i ulike skalaer. For eksempel kan en leder av en avdeling gjennomføre interne evalueringer. Da gjennomgås og dokumenteres praksis slik den føres i dag, og blir så sammenlignet og vurdert mot kunnskapsbaserte standarder. Basert på den evalueringen som er gjennomført, kan de som arbeider der, få tilbakemelding på den praksis som føres. Helsearbeiderne får da presentert hvordan de arbeider i forhold til kunnskapsbaserte standarder.

Ekstern audit kan initieres fra helsemyndighetene med det formål å registrere kvaliteten i tjenesten. Følger helsearbeidere nasjonale

Av Monica Wammen Nortvedt

monica.wammen.nortvedt@hib.no

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

retningslinjer? Gis for eksempel informasjon til rett tid og til rette pasienter? Man registrerer også på pasientnivå om avdelinger oppnår de utfallene som forventes, for eksempel pasienttilfredshet eller frekvens av sårinfeksjoner, fall eller liggesår. I mange land gjennomføres nasjonale audits. For eksempel er audit av behandling av venøse leggsår gjennomført av The Royal College of Nursing i Storbritannia. I Norge har vi hatt få slike nasjonale prosjekter, men et eksempel er måling og vurdering av data for 30 dagers overlevelse ved fire diagnoser ved alle landets sykehus.

Det skjer alt for mange feilbehandlinger i helsetjenesten i dag, dette skyldes mange forhold der dårlige rutiner og mangel på oppdatert kunnskap er noen av årsakene. Som sykepleiere bør vi ta styring på kvalitetsarbeidet for at pasientene skal få den beste pleie og behandlingen. Dagens helsetjeneste er i stor grad styrt av økonomi, men det er samfunnsmessig god økonomi å satse på god sykepleiekvalitet. Dette må vi stå sammen om å formidle!

Sykepleien Forskning leses grundig

Vi har spurt leserne om hva de synes om det nye bladet som du nå holder i hånden. Vi er veldig fornøyd med resultatet:

- 9 av 10 sykepleiere leser Sykepleien Forskning
- 3 av 10 leser bladet med en gang de får det
- Bladet leses i 28 minutter i snitt
- Korte forskningsoversikter og kommentarstoff leses mest
- Presentasjonsformen er bra (83% enig)
- Utseende er bra (79% enig)
- Språket er lett å forstå (77% enig)
- Forskning er et blad som er nyttig for meg (75% enig)
- Stoffmiksen er god – men noen ønsker flere korte forskningsoversikter og vitenskapelige originalartikler

Kilde: Synovate MMI, oktober 2007.

Ønsker du å annonsere i bladet, ta kontakt med
Ingunn Roald på 22 04 33 70 eller ingunn.roald@sykepleien.no

NYTT OG NYTTIG

264: HVORDAN SØKE LITTERATUR?

266: GADAMERS HERMENEUTIKK



LITTERATURSØKING

i evidensbasert praksis og forskning

Tekst: Hilde Strømme, Spesialbibliotekar.

Ullevål universitetssykehus, Medisinsk bibliotek,
 hilde.stromme@medisin.uio.no

Evidensbasert praksis innebærer å basere praksis på den til enhver tid beste tilgjengelige kunnskap (1). Det stiller krav til hvordan man søker kunnskap. I forskning bør det stilles like store krav til kvalitet og dokumentasjon av litteratursøk som det gjøres til alle andre deler av forskningsprosessen (2). I ytterste konsekvens kan kvaliteten på et litteratursøk utgjøre forskjellen mellom liv og død (3).

> ALT SOM KAN GÅ GALT

Vanlige feil når man ikke er trent i litteratursøking:

- Dårlig forberedelse
- Søk i feil base
- Søk i bare én base
- Glemme trunkering
- Kombinere søkeord feil
- Ikke bruke tesaurus
- Feilstaving
- Glemme synonymer

Denne artikkelen gir tips om hvordan du unngår slike feil.

> FORBEREDELSE

God forberedelse sparer tid! (2;4;5). For å finne gode svar må du starte med et godt spørsmål. PICO-skjema er et godt hjelpemiddel for å formulere spørsmål. PICO står for: P = Population, I = Intervention, C = Comparison, O = Outcome. Dette utgjør de delene et klinisk spørsmål bør bestå av. Eks.: *Er vasking med klorhexidin bedre enn vanlig vann for å unngå infeksjon ved innleggelse av kateter?* Med PICO: P: Pasienter som skal kateteriseres, I: Klorhexidin, C: Vann, O: Infeksjon. Delene må så oversettes til engelske søkeord. I noen baser er det viktig å søke på alle synonymer for ikke å miste viktig informasjon, noter derfor ulike varianter av søkeord. Eksempler på søkeord for spørsmålet over: P: catheterization, catheter, I: chlorhexidine, C: water, tap water, O: infection. Se tabell 1.

> TILGANG TIL BASER

Noen baser er gratis, men de fleste krever abonnement. Helsebiblioteket, www.helsebiblioteket.no, gir helsepersonell fri adgang til mange viktige baser og elektroniske tidsskrifter. Jobber du i sykehus eller utdanningsinstitusjon kan det hende at du via fagbiblioteket ditt har tilgang til enda mer enn det som er i Helsebiblioteket.

> VALG AV BASER

Hvilke baser du skal velge bestemmes av type spørsmål (2;5). Oversikt over typer spørsmål og tilhørende baser finnes i tabell II. Les mer om basene i Jakten på informasjon (5). Ingen baser dekker alt, derfor bør du som oftest søke i flere (6).

> ULIKE BASER – ULIK TEKNIKK

Ulike baser har ulik søketeknikk. Flere bibliotek har søkeveiledninger, se for eksempel www.ulleva.no/medbib. Finnes det fagbibliotek der du jobber/studerer tilbyr de sannsynligvis kurs og veiledning.

> GENERELLE PRINSIPPER

Selv om mye er avhengig av basen du bruker finnes noen generelle prinsipper:

Trunkering: Skriv begynnelsen av et ord og sett inn trunkeringstegn. Eks.: infect* gir treff på *infection, infections, infectious* og så videre. Hvilket tegn som brukes varierer, det kan være *, \$, eller?

Kombinering: Søkeord kombineres med AND, OR eller NOT. Eksempel: Søk på *fever AND paracetamol* gir treff på artikler som inneholder både feber og paracetamol. *Paracetamol OR acetaminophen* gir treff på artikler som inneholder enten paracetamol eller acetaminophen. *Fever NOT malaria* gir treff på artikler som inneholder feber men ikke malaria. Se figur 1.

Trinn for trinn: Søk på en ting av gangen og kombiner etterpå. Eksempel:

1. catheter*
2. chlorhexidine
3. water
4. 2 or 3
5. 1 and 4

Begrensningsmuligheter finnes i de fleste baser. Eksempler på dette er utgivelsesår, språk, alder, type artikkel med mer. I baser som Medline, Cinahl og EMBASE kan du dessuten begrense ved bruk av *sub-headings* (aspekter) og *focus* (hovedtema). Disse basene har også funksjonen Clinical Queries som begrenser til kliniske artikler. Begrensning må alltid veies opp mot hvor mye du risikerer å miste.

> TESAUROS VERSUS TEKSTORD

Tesaurus er en liste med faste emneord. I baser med tesaurus (for eksempel Medline, EMBASE, Cinahl og SveMed+) bør du alltid bruke denne (6). Medlines tesaurus heter MeSH (Medical Subject Headings). MeSH-ordet for brystkreft er *breast neoplasms*. Søk i

Medline på *breast neoplasms* gir treff på alle artikler om brystkreft selv om forfatterne har brukt ord som breast cancer, cancer mammae og så videre. I baser uten tesaurus brukes tekstordsøk, det vil si det søkes på ord slik de står i teksten. Da må du søke på alle synonymer, ulike stavemåter og så videre. Det er også viktig å stave riktig!

> SPØR EN BIBLIOTEKAR

Jobber/studerer du et sted med fagbibliotek kan du få hjelp fra en bibliotekar. Samarbeid mellom sykepleiere og bibliotekarer gir ofte gode søkeresultater.

Nå har du fått noen tips om litteratursøking. Flere finner du blant annet i *Forskningsmetode i medisin og biofag* (2) og i *Jakten på informasjon* (5). Detaljert informasjon om søking i de enkelte basene finnes i søkeveiledninger på www.ulleva.no/medbib. Sjekk også om ditt bibliotek tilbyr søkekurs!

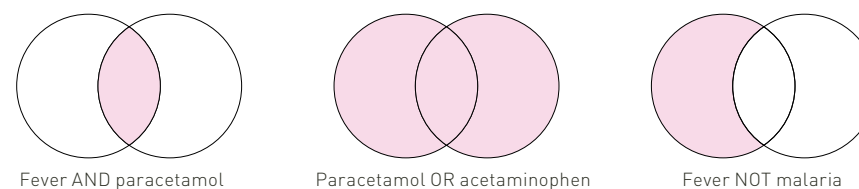
TABELL 1

	P	I	C	O
Spørsmål	Pasienter som skal kateteriseres	Vasking med Klorhexidin	Vasking med vanlig vann	Unngå infeksjon
Søkeord	catheterization catheter	chlorhexidine	water tap water	infection

TABELL 2

Spørsmål	Database/ressurs
Effekt av tiltak	1. The Cochrane Library, Clinical Evidence, Joanna Briggs, PEDro 2. Medline/PubMed, EMBASE, Cinahl, SveMed+
Diagnose	1. DARE og HTA (Delbaser i The Cochrane Library) 2. Medline/PubMed, EMBASE, Cinahl, SveMed+
Etiologi	For spørsmål om bivirkninger: 1. DARE og HTA (Delbaser i The Cochrane Library) For andre etiologispørsmål: 1. Medline/PubMed, EMBASE, Cinahl, SveMed+
Prognose	1. Medline/PubMed, EMBASE, Cinahl, SveMed+
Erfaringer	1. Cinahl 2. Medline/PubMed, EMBASE, SveMed+

FIGUR 1



GADAMERS HERMENEUTIKK

Noen betraktninger om sentrale dimensjoner innenfor hermeneutikk ut fra en Gadamer-sk tenkning

Tekst: Brita Nilsson, RN, HvD

Om man anvender ulike hermeneutiske tilnærminger i for eksempel forskningsintervju eller deltagende observasjon vil utfordringen være dels å gjøre seg bevisst det paradigme som legges til grunn i det dette får konsekvenser for de metodologiske overveielser. Likeledes vil utfordringen være å søke «saken» selv. I en søken settes forskeren på spill både i forhold til egen fordom og forforståelse. Dette for å oppnå en dypere forståelse av det pasientfenomen som skal studeres.

> INNLEDNING

Hermeneutikk som forskningsmetode er både i et historisk og nåtidig perspektiv en anerkjent kvalitativ metode i humanvitenskapen. På den annen side framkommer det arbeider innen hermeneutiske tilnærminger som kan forstås å være «besmittet» av den naturvitenskapelige tenkning. Eksempler på begreper som anvendes i den hermeneutiske tilnærming og som peker hen på en naturvitenskapelig tenkning er kategoriseringer, og anvendelse av begreper som validitet og reliabilitet. Disse begrepene kan sees som anomalier i forhold til hermeneutikkens vesen. Som leser til en tekst stiller man seg spørsmål ved hvilket paradigme som legges til grunn. Jeg ønsker å belyse noen sentrale dimensjoner innen hermeneutisk metodologi. Dernest vil noen sentrale dimensjoner belyses innenfor den tyske filosofen Hans Georg Gadamer's hermeneutiske filosofi, fordi disse fanger opp essensen av de utfordringer som man står overfor i sitt hermeneutiske arbeide.

> PARADIGMETS BETYDNING I HERMENEUTISK TENKNING

Det er av vesentlig betydning at man presenterer sitt paradigme eller sitt teoretiske perspektiv i artikler, masteroppgaver eller lignende tekstprodukter, fordi et paradigme representerer den forståelseshorisont som man innehar. Det er ut fra det presenterte paradigme, det epistemologiske (erkjennelseslære/kunnskapslære) ståsted og de metodologiske overveielser datamaterialet innsamles, bearbejdes og analyseres. Dette er en nødvendig del av forskningsprosessen, i det den legger premisser for det videre arbeidet. En bevisstgjøring av eget paradigme kan dermed sees som en forutsetning for å vurdere forskningens gyldighet (1).

Et humanistisk vitenskapssyn innebærer et syn på kunnskap som åpent, uten at en naivt går åpent ut (2,3). Studier innenfor det humanistiske vitenskapssyn vil i sin hermeneutiske tilnærming være idiografiske og historiske og ofte søkes en transcendent (grenseoverskridende) og kreativ tilnærming i forståelsen av et fenomen. Dette innebærer studiet av individuelle fenomener og

det unike forholdet mellom ulike fenomener i de empiriske undersøkelser (4,5). Ifølge Eriksson og Lindström (6) bedømmes kunnskapens relevans og spørsmål om evident kunnskap ut fra teoriens substansielle verdi, den interne logikk og dens universalitet (6;17)

> HERMENEUTIKKENS FORSTÅELES- BEGREP MED HENBLIKK PÅ METODOLOGISKE OVERVEIELSER

Metodologiske overveielser utgjør en forlengelse og konsekvens av de epistemologiske overveielser og medfører stillingtagen til hermeneutisk metodologi. Teoriutvikling innen den gadamerske tenkning skjer sjelden gjennom en spesiell teknikk eller metode, men hviler på graden av forståelse av den ontologiske (virkelighetslære) virkelighet man søker kunnskap om (3).

Ordet «hermeneutikk» kan ledes tilbake til det greske verbet hermeneuin. Grunnbetydningen av hermeneuin var å «bringe til forståelse» gjennom tolkning (7). Helenius (8) forstår hermeneutikk som en vitenskapsteoretisk tilnærming. Det som kjennetegner hermeneutikken er forskerens intuisjon, hans/hennes innsikt og artikulering av egen fordom-forforståelse, hans/hennes refleksjon vedrørende å nå inn til en rett/god hermeneutisk sirkel eller spiral, i strev etter ny kunnskap, forholdet mellom deler og helhet i det som studeres, og framfor alt tolkning i erfarerhetens forståelse av tekster og eksistensielle situasjoner (8). Gadamer beskriver hermeneutisk filosofi som erfaringens vei, og vil man, som han sier, definere hermeneutikken, løper man den risiko at den tar slutt, i det hermeneutikken tilhører en uendelighetskategori (9). Med dette er man med en gang inne på det komplekse området både for hermeneutisk filosofi og «metode».

Det 20. århundres moderne hermeneutikk har sin opprinnelse i Heideggers begrep om «forståelse» (10, 11). Fortolkningen i avdekningen av så vel «Dasein», som det å være i verden er dermed en avdekning av forståelsens mulighetsbetingelser innen hermeneutikken, og representerer en bred basis for den moderne hermeneutiske vitenskap (11). I hermeneutisk tilnærming i det 20. århundre har en til en viss grad beveget seg vekk fra spørsmål vedrørende spesifikke tolkende metoder. Gradvis har en fokusert på eksistensielle og ontologiske spørsmål av «hva» og «hvordan» (7,3,12).

Nerheim (13;294) hevder at «Begrepet om den hermeneutiske spiral finner sin dypeste legitimering til selve den ontologiske forutsetningsstruktur i menneskets eksistensielle forhold til væren» – noe som innebærer at den hermeneutiske sirkelens betydningsfullhet ligger i forforståelsen. Begrepet «forforståelse» kan muligens assosieres til den greske filosofens Aristoteles oppskatting av den intuitive intelligens, som han sidestiller med den vitenskapelige kunnskap. Ifølge Hei-

degger har all forståelse, både egentlig og uegentlig, sitt opphav i forforståelsen. I refleksiv ro kan forforståelsen og bevissthet på implisitte fordommer utvikles, slik at ny forståelse kan videreutvikles og gis et språk. Om en ikke synliggjør sin egen forforståelse i søken etter fordypende og/eller ny forståelse risikerer en «å gå i ring», av årsakssammenhenger ukjent for en selv og andre. Så langt konstateres at økt bevissthet om egen forforståelse og implisitt fordom har betydning for ny og troverdig forståelse. Forståelse er altså en grunnleggende dimensjon i hermeneutisk metodologi, der man søker å trenge inn i en meningsforståelse av et fenomen. Gadamer (9,14) har i sin videreutvikling av Heideggers utlegning om forståelsens hermeneutikk en klargjørende forståelse av hermeneutikkens forhold til estetikk. Hermeneutikk er for ham et møte med eksistensen gjennom språket (15).

> HVA SKAL FORSTÅS?

«Saken selv»

Gadamer (9) legger vekt på at vi i vår forståelse og tolkning må la «saken selv framtre på sine egne premisser så langt som mulig». «Saken selv» kan i denne forbindelse assosieres med det fenomen man ønsker forståelse om. For å la «saken selv» framtre er dette avhengig av vår intuisjon, innsikt og bevissthet på egne fordommer og forforståelse. Et eksempel: I et skuespill som for eksempel «Vildanden» av Henrik Ibsen framstiller skuespilleren Hedvigs indre livsdrama. Som tilskuer stiller man seg sansende åpen, og publikum blir berørt av spillerens tolkning av dramaet, selv om man kan forstå dramaet på forskjellig måte. Ifølge Gadamer (9) er det ikke spilleren selv som er «saken», men skuespilleren framstiller saken på en slik måte at man gjenkjenner Hedvigs livsdrama. Slik er det også i en forskningsprosess hvor man spør seg. Hva er saken? Hva er det fenomenet jeg skal undersøke?

Om å sette seg selv «på spill» i forskningsprosessen

Innenfor hermeneutisk tenkning er det en sentral utfordring å sette seg selv «på spill». Å sette seg, ifølge Gadamer (9), «på spill» dreier seg nettopp om å utvikle bevissthet om sine fordommer og sin forforståelse. Dette fordi bevissthet om sin forforståelse kan åpne muligheten for ny forståelse. Som tilskuer til dramaet settes man selv på spill hvor man gis mulighet til gjenkjennelse av «Vildandens» hjelpeløshet og unike sårbarhet i forhold til de overgrep hun har vært utsatt for. Men er dette «saken»? Når kunsten tar sansningen på alvor kommer vi nær flere sanser samtidig. Skuespilleren utfordrer oss til et sanselig hørende og seende, hvor vi lar inntrykkene langsomt tone oss inn på en nærmere forståelse. Det er et møte mellom skuespilleren og tilskueren, og i dette møtet utspilles også en gjensidig aktivitet. Dette innebærer en refleksjon over forholdet

mellom deler og helhet i møte med det fenomen som skal studeres. Dette på sin side inviterer til en tolkning av fenomenet.

Om man overfører dramaets spill på en hermeneutisk observasjon ser man flere likhetspunkter. En hermeneutisk observasjon kan sammenliknes med møtet mellom skuespilleren og tilskueren, der informanten er «skuespilleren» og «tilskueren» er forskeren. Men hvordan blir observasjonen hermeneutisk? Hvordan stiller forskeren seg selv inn når hun/han observerer? Den hermeneutiske observasjon dreier seg om å være tilstede, og å være fullstendig nærværende. Denne deltagelse medfører muligheter for en annen type observasjon enn hva man tradisjonelt forbinder med ordet «observasjon», som jo ofte går på det «ytre blikk».

«Fordommens» og «forforståelsens» betydning

Bevissthet på egne fordommer og egen forforståelse er sentralt hos Gadamer, uansett om det er i tolkingen av en tekst eller i et møte med ulike pasientfenomener. Hvordan skal man nå fram til en økt bevissthet på sine fordommer og forforståelse? Gadamer (14) gir et innblikk i dette gjennom begrepet «bildung» eller «dannelse». «Bildung» er den utdanning og den erfaring man har ervervet seg gjennom livet. Men det er ikke bare den kunnskap og erfaring man har ervervet seg gjennom utdanning som er vesentlig. En sentral dimensjon i Gadamer's bildningsbegrep er dannelsen av *takt* og *moralsk bevissthet*. Dette innebærer at «dannelse» ikke bare er å ta ansvar for sin egen utvikling, men at man også har et ansvar for sitt medmenneske. «Dannelse» er ikke et spørsmål om å forholde seg til andre mennesker i snever forstand, men dannelse mot det eksistensielt unike i mennesket selv.

Noen utfordringer innenfor den hermeneutiske observasjon

1. Det ene er at man lar seg sanselig berøre. Spørsmålet blir da om en faktisk kan tale om en isolert observasjon innenfor hermeneutisk tenkning, fordi man tar i bruk flere sanser enn bare blikket. Ordet «observasjon» har sitt begrep fra den naturvitenskapelige tenkning.
2. Den andre utfordring ut fra den hermeneutiske observasjons sanselige karakter er at man antar at det oppstår en spontanitet, noe som medfører et ønske om en nærmere forståelse av egen forforståelse og egne fordommer.
3. Den tredje utfordring er møte med det «absolutt nye». Utfordringen blir da hvordan man kan møte det nye, det fremmede på en slik måte at man ikke for fort forsøker å gjøre det fremmede for fortløig. I tilfelle man forsøker å forstå noe fremmed for tidlig risikerer man å miste nyansene å overse det unike hos den andre.

SAMFUNNSNYTTIG FORSKNING PÅ ULLEVÅL

4. En fjerde utfordring for å oppnå en autentisk forståelse innenfor den hermeneutiske tenkning er den forsonende hermeneutiske sammenheng mellom befinthetens fortidsdimensjon og forståelsens framtidssdimensjon, som vil gi seg uttrykk i språket. Hermeneutikk er derfor sterkt knyttet til språket – noe som innebærer at det forskeren har forstått gir seg uttrykk i hennes/hans verbale og nonverbale kommunikasjon. Eksempel her er forskningsintervjuer på ulike nivåer.

REFERANSER

- [1] Lindström UÅ. Psykiatriske spesialsjukötarnas yrkesparadigm. Doktorsavhandling. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, 1992.
- [2] Eriksson K. Att lindra lidande. I: Eriksson K og Barbosa da Silva A. (red). Vårdteologi. Rapport 3. Åbo Akademi, 1991.
- [3] Eriksson K. Caring Science in a New Key. Nursing Science Quarterly. 2002; 5 (1) 61-65.
- [4] Eriksson K. Broar – Introduktion i vårdvetenskaplig metod. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, 1992.
- [5] Nåden D. Når sykepleie er kunstutøvelse. Doktoravhandling. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, 1998.
- [6] Eriksson K. og Lindström, UÅ. (red). Gryning II. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, 2003.
- [7] Thompson JL. Hermeneutic Inquiry. In: Moody LE. (ed.) Advancing nursing science through research. Nonstatistical Approaches. Volume 2. Nesbury Park; Sage, 1990.
- [8] Helenius R. Förstå och bättre veta. Om hermeneutiken i samhällsvetenskaperna. Carlssons Bokforlag; Stockholm, 1990.
- [9] Gadamer HG. Truth and Method. 2nd revised edition. The Continuum Publishing Company; New York, 1999.
- [10] Heidegger M. Varat och Tiden. Doxa press; Lund, 1981.
- [11] Aarnes A. Ut av fatning. Aschehoug & Co.; Oslo, 2001.
- [12] Söderlund M. Tre kvalitativa forskningsansatser med relevans för vårdvetenskap. Vård i Norden. 2003; 2 (23): 9-15.
- [13] Nerheim H. Vitenskap og Kommunikasjon. Universitetsforlaget AS; Oslo, 1995.
- [14] Gadamer HG. Sanning och Metod i urval. Bokförlaget Daidalos AB; Göteborg, 1997.
- [15] Ödman P-J. Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktik. Almqvist & Wiksell; Stockholm, 1979.

DOKTORAVHANDLINGER 2007

GRETE H. BRATBERG

Pubertal timing – antecedent to risk or resilience? Epidemiological studies on growth, maturation and health risk behaviours; The Young HUNT study, Nord-Trøndelag, Norway

Disputas 17.08.07

Veileder: Professor Lars Vatten, Institutt for samfunnsmedisin,

Medisinsk fakultet, NTNU Trondheim

Utgår fra Norges forskningsråd, NTNU og HINT

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

Ullevål Universitetssykehus åpnet 17. august sin nye idépoliklinikk. I den anledning tok vi en prat med forskningsdirektør og initiativtaker Andreas Moan.

Tekst: Geir Arne Johansen

Foto: Erik M. Sundt

Hva er Idépoliklinikken?

– Idépoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus er en tradisjonell poliklinikk for en utradisjonell kunde-gruppe. Forskere, klinikere, eller andre med gode ideer, og næringsliv med behov for medisinsk kompetanse, tilbys her en møteplass.

Hvorfor Idépoliklinikk?

– Formålet med Idépoliklinikken er å bidra til at idéer som oppstår i forskning og klinikk kommer pasienter og samfunnet til nytte. Poliklinikken er organisert som en ordinær poliklinikk, med utredning, behandling og oppfølging, og skal drives etter mønster av regulære poliklinikker med ukentlige inntaksmøter.

Hvem kan bruke Idépoliklinikken?

– Idépoliklinikken er et tilbud til alle Ullevåls ansatte, men ikke minst er dette et tilbud til alle som har ideer om hvordan service, tjenester eller produkter i helsevesenet kan bedres. Idépoliklinikken er også åpen for kommersielle aktører som har helsevesenet som kunde.

Hvem er initiativtakeren til Idépoliklinikken?

– Innovasjonsdirektør Kari J. Kværner i Medinnova og meg selv. Vi deler en tro på at forskning, tjenestetutvikling og innovasjon i virkeligheten er tre sider av samme sak. Vi har begge erfaring fra arbeid både i private bedrifter og offentlig helsevesen, og mener det mangler et sted å henvende seg for folk som tenker nytt, men som kanskje ikke kjenner veien fra idé til resultat. Hvor henvender du deg hvis du som ansatt i en sykehusavdeling har nye tanker om hvordan driften kan organiseres, eller ser produkter som kunne gjort jobben lettere? Vi vil at de skal henvende seg til oss, så skal vi hjelpe dem videre.

Hvorfor samarbeid med Medinnova A/S?

– Ullevål Universitetssykehus har stor og omfattende forskning. Hver dag, året rundt de to siste årene, har det kommet en ny vitenskapelig artikkel fra UUS. Over 200 millioner investeres årlig i forskning. Likevel er det slik at den vitenskapelige prosess oftest stopper ved publikasjonen. Vi har mindre tradisjon for å tenke hvordan denne nye kunnskapen kan omsettes til ny tjeneste, behandlingsform eller nytt produkt. Innovasjonskunnskapen i Medinnova, som har arbeidet 20 år med nettopp dette, kan hjelpe oss til å tenke et skritt lenger. Jeg tror det vil bidra til større nytteverdi av forskningen vår, og



at samfunnet også tydeligere ser hva det får igjen for investeringen i forskningen hos oss. Alle nye ideer hos oss vurderes derfor nå samtidig, for å sikre at vi henter ut maksimalt både når det gjelder forskning og innovasjon, og vi har sett flere eksempler allerede på at denne måten å tenke på gjør at begge parter tjener på det.

Hva kan vi forvente av Idépoliklinikken?

– Vi har sagt at vi garanterer at innovasjonstakten femdobles på Ullevål Universitetssykehus første driftsår. Hvordan måle innovasjon? Tradisjonelt ved nye patenter, lisenser eller bedriftsetableringer. Men vi mener at alle nye kontakter som etableres mellom kompetansemiljøer, formelle og uformelle nettverk, og prosjekter som ender opp med å motta finansiering, også vil øke betraktelig. Vi skal nå ut i forsknings- og de kliniske miljøer på sykehuset for å informere om tiltaket, og vi har en tanke og et håp om at vi vil finne mange mennesker med gode ideer. Sykepleierne er en av de gruppene vi tenker at kan ha opplevd det som er vanskelig å vinne frem med nye ideer.

Hva har Idépoliklinikken å si for norsk helsetjenesteforskning?

– Det er det for tidlig å mene noe bestemt om. Jeg kan nevne at næringsministeren, samt administrerende direktør for både Norges Forskningsråd og Innovasjon Norge, alle takket ja til å delta på åpningen vår. Det signaliserer at det er interesse for denne måten å tenke nytt på. Vi fikk bred dekning i media, og det tok mindre enn en time fra vi åpnet til den første henvisningen kom utenfra sykehuset. Det har allerede åpnet seg nye nettverk, ideen vår har vekket interesse i USA, og er allerede ute på amerikanske nettsider. Med den positive mottagelsen har vi godt håp om at denne nyetableringen vil bli en varig del av norsk helsevesen, bidra til at det blir morsommere å jobbe, og gjøre at vi kan levere bedre helsetjenester til våre pasienter.

«Det sitter i veggene»

» Det var tilfeldig at Inger Beate Larsen begynte å interessere seg for stedets betydning for psykiatrisk praksis.

INGER BEATE LARSEN

f. 1954

Utdanning: Sykepleier, Helsefag hovedfag

Arbeidssted: Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsfag

Aktuell med: Doktorgradsavhandlingen «I veggene og utenfor». Fra tuberkulosehjem til psykiatriske senter



Tekst: Susanne Dietrichson
Foto: Erik Sundt

I feltarbeidet i forbindelse med hovedfagsoppgaven sin fra 2001 skulle Larsen følge et ambulerende team ved et psykiatriske senter. Men så oppdaget hun at det ambulerende teamet ikke var satt i system. Dermed gikk hun over til å undersøke hvorfor denne nyvinningen ikke fikk gjennomslagskraft i praksis og om dette hadde noen sammenheng med tidligere tiders stedsbruk.

STEDETS GRUNNSPRÅK

Larsen oppdaget at stedet som i dag fungerer som psykiatriske senter opprinnelig var bygget som tuberkulosesanatorium. Omgivelsene, naturen, arkitekturen, tingene, ja til og med menneskene som jobbet på tuberkulosesanatoriet – alt fulgte med da stedet ble gjort om til psykiatriske senter. Hun stilte følgende spørsmål: Hva sitter i veggene? Hvorfor sitter det der? Hvilke konsekvenser får det?

– Mitt utgangspunkt er at stedets historie påvirker forholdet mellom pasienter, ansatte og synet på psykiske lidelser slik det frem-

står den dag i dag: Arkitekturen, bygningenes formspråk, hvor de er plassert, geografien og hvordan rommene er organisert spiller inn. Nordberg Schultz har skrevet en bok om stedsfenomenologi, fortsetter Larsen.

– Han skriver blant annet at hvis man tar hensyn til det han kaller stedets grunnspråk så ivaretar man samtidig menneskelig trivsel. Stedets grunnspråk er noe gjenkjennelig ved steder som taler

” Det var et stort sprik mellom ansatte og brukere når det gjelder hva de opplevde som gode steder

til alle mennesker, noe hinsides stygt og pent, som jo til syvende og sist også vil handle om smak. Et stygt sted kan jo også være hyggelig, og omvendt, ikke sant?

Hun viser til at Nordberg Schultz er opptatt av lokale steder og diskuterer de erfaringer mennesker gjør på slike steder. Dette har vært svært nyttig lesning.

– Men grunnlaget for å diskutere betingelsene for disse erfaringene har jeg funnet hos Foucault, poengterer hun.

HVA ER ET GODT STED?

– Hvordan gikk du fram?

– Jeg begynte med å ringe rundt til DPS'er i hele landet for å finne ut om stedene hadde vært tuberkuloseinstitusjoner tidligere, og endte faktisk opp med ni stykker. Deretter sendte jeg et brev med informasjon om prosjektet mitt og spurte om tillatelse til å komme dit som feltarbeider. Jeg ble møtt med stor velvilje og endte opp med fem DPS'er. Jeg var 14 dager på hvert sted og startet med å samle ansatte og pasienter for å fortelle hvorfor jeg var der. Jeg ba alle som var interesserte i å snakke med meg om å ta kontakt. På hvert sted var det noen av pasientene som fulgte oppfordringen. Den gruppen som ikke var interessert, er jeg altså heller ikke talerør for. Av de ansatte opplevde jeg bare å bli kontaktet én gang, resten av intervjuene var det jeg som tok initiativ til.

– Hvorfor tror du at de ansatte ikke tok kontakt?

– Det hadde antagelig med mangel på tid å gjøre. Jeg har egentlig bare opplevd at de ansatte har vært positive til arbeidet mitt.

– Hva slags spørsmål stilte du?

– Jeg hadde ett fast spørsmål. Jeg ba dem om å ta meg med på en reise utenfra og inn i huset. Jeg ba dem fortelle hva de tenkte om beliggenheten, bygningene, rommene (fellesrommene og vaktrommet), gjenstandene og samværet menneskene i mellom. I tillegg intervjuet jeg en gruppe som jeg kalte «tradisjonsbærere». Alle i denne gruppen hadde arbeidet på stedet før, mens det var tuberkulosehjem, og noen etter at det var blitt distriktspsykiatriske senter.

– Kan du rope noen av de funnene du har gjort?

– Jeg har blant annet funnet ut at det var et stort sprik mellom ansatte og brukere når det gjelder hva de opplevde som gode steder. Pasientene opplevde det som satt i veggene som noe positivt, langsomheten i de gamle bygningene, den intime atmosfæren i de små rommene og tingene som var igjen fra tuberkulosens dager.

De ansatte var også opptatt av husets sjel, men var samtidig mer bekymret for at stedets historie bidro til å sykeliggjøre pasientene. De ønsket på sin side større og mer oversiktelige rom.

HISTORISK SUS

– Hva er det som gjør at «noe sitter i veggene» som du sier?

– Tuberkulose er en interessant sykdom innenfor medisinsk historie fordi infeksjonssykdommer hadde en viktig rolle når det gjaldt å bygge opp vårt moderne helsevesen. Det handler om mange ting. Det handler om stedets plassering, gjerne utenfor tettsteder. På samme måte som man skulle beskytte friske mennesker fra tuberkulosepasientenes smitte, har man ønsket å beskytte samfunnet fra «de gale». Man har plassert bygningene i naturskjønne omgivelser fordi man har tenkt at naturen har en helende virkning på syke mennesker. Inndelingene av rom understreker hierarkiet mellom de ansatte og de syke, og de ansatte i mellom. Vaktrommet kan sies å ha en slik funksjon. Også medisintralla er med på å understreke

forskjeller; mellom sykepleiere og hjelpepleiere og mellom de ansatte og pasientene. Medisindosetten er sykepleiernes ansvar. Men den bidrar også til skiller mellom pasientene, idet de forskjellige medisinerne sier noe om hvilken

” Infeksjonssykdommer hadde en viktig rolle når det gjaldt å bygge opp vårt moderne helsevesen.

sykdom man har. I tillegg holder medikamentene rede på døgnrytmen gjennom de strenge rutineene for utdelingen; morgen, middag og kveld.

– Jeg ble så godt mottatt på de stedene jeg var at det nesten føles litt unaturlig å skulle være kritisk nå i etterkant, mener Larsen.

– Jeg ønsker ikke at de skal ta resultatene mine som kritikk, men som forstyrrelser som gjør eventuell endring mulig.