

# Forskning

0114



Amming  
og samspill

14

Å få sitt første barn innebærer en helt ny situasjon. Man må raskt tilegne seg en rekke nye kunnskaper og ferdigheter. Mor og far møter ulike normer for hva som er god omsorg for barnet av familien og andre de omgås. I Norge er forventningen om at mor skal amme barnet kanskje den sterkeste. **Sykepleien Forskning** publiserer i denne utgaven en intervjustudie som beskriver hvordan mødre opplever stress ved amming. Noen fortalte om en bedring i relasjon til barnet da de gikk over til morsmelkerstatning på flaske.



Foto: Erik M. Sundt

## REDAKSJONSKOMITÉ:



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



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



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



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



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



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



**Inger Schou**  
Førsteamanuensis II ved Universitetet i Oslo og forsker ved OUS.



**Tone Rustøen**  
Professor ved Universitetet i Oslo. Seniorforsker ved OUS.



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



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

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

### Sykepleien Forskning

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

#### Ansvarlig redaktør:

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

#### Redaktør: Anners Lerdal

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

#### Assisterende redaktører: Liv Merete Reinar

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

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

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

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

#### Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson

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

#### Markedssjef: Ingunn Roald

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

#### Statistiker: Guri Feten

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

#### Grafisk produksjon: Sykepleien

Repro og trykk: Color Print A/S

#### Utgivelsesplan 2014:

19/6, 25/9, 4/12

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

# Vi må løfte fram den gode sykepleieforskningen

«Rett i søpla» var overskriften på forsiden til Sykepleien nr. 2/2014. Teamet var sykepleieforskning. Omslagsbildet viste en søppelkasse full av sammenkrøllet papir. I ingressen leser vi at sykepleieforskere ikke får midler fordi de er for dårlige til å skrive søknader.

Oppslaget likner Aftenpostens dekning av Forskningsrådets evaluering av norsk sykepleieforskning for noen år tilbake. Også der ble det trukket frem eksempler på dårlig sykepleieforskning i overskriften. Hva er hensikten med denne vinklingen? Står det virkelig så dårlig til? Nei, ikke hvis vi skal tro rapporten Aftenpostenoppslaget faktisk bygget på. Den konkluderte nemlig med at sykepleieforskningsmiljøene på universitetene i Oslo, Bergen og på NTNU, noen miljøer på universitetssykehusene, samt på tre høyskoler, fortjente karakteren «god» eller «svært god».

Vi vil alltid kunne finne eksempler på dårlige søknader og dårlig forskning. Skal vi løfte norsk sykepleieforskning, bør vi imidlertid fremheve resultater fra sykepleieforskning som holder høy kvalitet. Når media trekker frem og blåser opp dårlige eksempler, er det fare for at lesere generaliserer dette til forskningsmiljøer generelt. Flere forskningsmiljøer som ledes av sykepleiere har imidlertid i flere år har drevet forskning finansiert av Forskningsrådet og som har

vunnet bred internasjonal anerkjennelse. Hvorfor løftes ikke denne forskningen mere frem? Faggruppene i NSF som skal bidra til å formidle forsknings- og erfaringsbasert kunnskap burde være pådrivere til å formidle sykepleieforskning. Programmene fra fagkonferansene de arrangerer viser imidlertid at de i liten grad inviterer sykepleieforskere som foredragsholdere. Skyldes dette mangel på kunnskap om aktuell pågående forskning i Norge, eller mener faggruppene at problemstillinger sykepleiere forsker på ikke er relevant for deres praksis?

Et bidrag til å sikre kvaliteten på fremtidig forskning er solide forskningsmiljøer og forskningsutdanninger. Etter at de norske universitetene har brukt nærmere 30 år på å bygge opp dette, står vi nå overfor en bølge av nye doktorgradsutdanninger i regi av høyskolene. Med den store økningen av phd-studieplasser er det viktigere enn noen gang at høyskolene er seg sitt ansvar bevisst når de rekrutterer og utdanner fremtidige forskere. De bør sørge for at doktorander leverer avhandlinger av høy kvalitet. Det er også viktig at høyskolene ikke senker kravet til studentenes kvalifikasjoner ved opptakene for å fylle opp nye studieplasser på phd-nivå.

*Anners Lerdal*



**Redaktør Anners Lerdal**

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

Dr. philos fra Det medisinske fakultetet ved universitetet i Oslo. Ansatt som seniorforsker ved Lovisenberg diakonale sykehus og professor ved ASV, UiO.

Av Kristin Skogen Lund

f. 1966

Adm. direktør i Næringslivets  
Hovedorganisasjon (NHO)

# Alle kan ikke drive med alt

> NHO ønsker færre, bedre og mer relevante studier.

Gir de ressursene vi bruker på høyere utdanning den kompetansen vi trenger for å konkurrere med de beste i verden? Har vi et studietilbud i tråd med det arbeidslivet har behov for? Har vi gitt ungdommens egne ønsker for mye vekt?

## KRAFTIG VEKST

Vi skal selvfølgelig ha bredde i utdanningen. Utdanning handler ikke kun om å kvalifisere seg for næringslivets behov. NHO ønsker heller ikke å rangere utdanninger. All kunnskap er nyttig. Men dette handler om dimensjoneringen. Det har vært en kraftig vekst i antallet studieprogrammer. Vi må se kritisk på de over 2000 studieprogrammene som tilbys ved våre universiteter og høyskoler. I dag finnes det for eksempel mellom 35 og 41 økonomi- og administrasjonsutdanninger – omtrent to i hvert fylke. Og 19 institusjoner tilbyr grunn-

skolelærerutdanning. Kanskje kunne det holdt med sju – som i Finland?

Det er vanskelig å spå arbeidskraftsbehov 10–20 år frem i tid. Men vi vet at helse, pleie og omsorg vil kreve stadig mer arbeidskraft. Og vi vet at teknologi blir en stadig viktigere del av så godt som alt samfunns- og arbeidsliv. Hvordan vi dimensjonerer utdanningene nå, bestemmer i stor grad framtidens arbeidsliv. Dette handler om hvilket samfunn vi vil ha om 20 eller 40 år.

I dag har vi ikke noe organ som samordner fagtilbudene eller dimensjoneringen av dem. For alt fra fusjon til fordeling av fag, har det vært lagt opp til frivillighet. Det er ingen som vurderer om det er bruk for tilbudet, eller om det finnes i nabolaget. Det er ingen koordinering eller bevisst arbeidsdeling. I stedet for en nasjonal overordnet plan, har økonomiske insentiver

og lokale ønsker om å tilby spesielle utdanninger styrt utdanningssystemet.

## ØKT SPESIALISERING

Vi trenger en tydeligere arbeidsdeling, mer spesialisering og konsentrasjon av ressursene. Dette er etter NHOs mening helt nødvendig for å gjøre noe med tilbudsstrukturen og skape en styrket kvalitet og større relevans i studietilbudene.

Selv om fellesskapet tar regningen for høyere utdanning i Norge, tar ikke utdanningen i stor nok grad hensyn til fellesskapets behov for kompetanse. Staten eier så godt som hele det høyere utdanningssystemet og har dessuten kontroll med studentenes inntektsside; lån, stipend, rentebetingelser. Det er ingen grunn til at staten ikke skulle klare å få flere studenter til å ta fag det er behov for, og færre til å ta fag det er mindre behov for. Høyere stipend til



Arkivfoto: Marit Fonn

” Vi vet at helse, pleie og omsorg vil kreve stadig mer arbeidskraft.

studenter som tar fag arbeidslivet særlig etterspør, vil være et effektivt virkemiddel. Det er også god grunn til å gå kritisk gjennom antall læresteder og studieprogrammer. I tillegg må organisering og arbeidsdeling mellom universiteter, høyskoler og fagskoler gjennomgås. Vi må blant annet få et eksamenssystem som sikrer at lik karakter betyr lik kvalitet uansett hvor utdanningen er tatt. Særlig i lærerutdanningen er det svært sprikende praksis. Det hele koker ned til et spørsmål om vilje og evne til å styre.

#### DIALOG OG ÅPENHET

NHO har ingen ferdige løsninger eller klare konklusjoner i dette arbeidet. Vi etterspør en dialog og åpenhet om hvordan vi dimensjonerer i samsvar med de utfordringene vi står overfor. Det er mye positivt ved sektoren er autonom, men vi mener det er gått for langt og at det

er behov for noe mer politisk styring.

Utdanningsinstitusjoner som ikke oppfyller høye og klare kvalitetskrav, må legge om eller legge opp, sier kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen. Det burde være opplagt. Og dette betyr ikke, som kanskje noen vil misforstå oss, at vi ønsker sentralisering, med påfølgende nedleggelse i distriktene. Men det betyr at alle institusjoner ikke kan tilby alle fag. De må velge sin profil og rendyrke denne.

#### KVALITET OG RELEVANS

Finansieringsordningen er nøkkelen til endring. I dag følger pengene studenten. I stedet for å belønne kvantitet, bør pengene i større grad belønne kvalitet og relevans. En av våre litt enkle forutsetninger for å vurdere kvalitet, er at det er samsvar mellom det du lærer og det du skal anvende denne kunnskapen til.

Et annet poeng som er vik-

tig i denne sammenhengen, er karriereveiledningen i grunnopplæringen. Den er et forsømt område i Norge. NHO mener den må profesjonaliseres. Dette er en profesjon som krever kompetanse og erfaring. God veiledning er et viktig grep for å forebygge frafall og feilvalg i utdanningen. Det må derfor etableres et landsdekkende system for karriereveiledning med tilbud til alle personer og grupper som har behov for slik bistand.

Jeg understreker igjen at høyere utdanning ikke har et samfunnsansvar som er begrenset til å betjene næringslivets kompetansebehov eller at vi har alle svarene. Men NHO er en av mange aktører som har en legitim rolle til både å samarbeide om – men også å kreve – utdanningsprogrammer som skaffer oss den kompetansen våre medlemsbedrifter trenger for å konkurrere og skape verdier. Verdier som bærer velferdssamfunnet.



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

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

Eksempler på tema:

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

## Jan Kåre Hummelvoll

DrPH, professor (em)  
i psykisk helsearbeid,  
Høgskolen i Hedmark

Arkivfoto: Fleming Støldal



# Frykten for å gjøre feil

› Vi trenger et forskningsmiljø som er åpent og realistisk innstilt til feilbarlighet.

I alt helsearbeid og sosialt arbeid – og i forskning – er det viktig å reflektere over en uuttalt forestilling som synes å være til stede i mange faglige sammenhenger, nemlig at ansatte forventes å være ufeilbarlige. I en fokusgruppeundersøkelse av verdigrunnlaget for psykisk helsetjeneste i to kommuner (Hummelvoll 2006) med ansatte og brukere, kom imidlertid den motsatte forventning frem. Særlig brukerrepresentantene ga uttrykk for at ansatte måtte tørre å handle med en kalkulert risiko for å gjøre feil. En forventning om ufeilbarlige ansatte er verken realistisk eller heldig, og kan fremme en form for ukultur som hemmer muligheten til å kunne stå frem med sin feilbarlighet. Dette kan stjele energi hos de ansatte, og motvirke vilje og evne til å granske egen og andres praksis åpent. Å ha mot til å erkjenne feil er en forutsetning for en moralsk ansvarlig praksis som skaper mulighet for endring. Av

den grunn er ydmykhet en verdi som bør framholdes tydelig i alt hjelpearbeid.

Men ydmykhet er også en forskningsetisk holdning; forståelsen er nemlig stykkevis og delt. Og hva som oppfattes som gyldig kunnskap på et felt har, når det kommer til stykke, begrenset holdbarhetsdato. Ydmykheten kan også begrunnes ut fra den menneskelige faktor som selvsagt også er til stede i forskning; derfor må feil og feiltrinn medregnes. Det viktigste er å unngå feil som har skadelige konsekvenser for andre. Følgelig er det nødvendig å tenke nøye igjennom hvilke problemer og etiske spørsmål som kan melde seg i forskningens ulike faser. Nettopp frykten for å trå feil – metodisk, relasjonelt og etisk – bør tematiseres i forskningsmiljøene for at transparens i forskningen skal stimuleres og ansvar konkretiseres. Derfor trengs et godartet forskningsmiljø. Et godartet, og dermed fruktbart forskningsmiljø,

er preget av at man ikke ser hverandre som konkurrenter, men som samarbeidspartnere. Det skapes gjennom kulturbygging hvor man arbeider med å artikulere hvilket kulturgods som er verdt å dyrke og videreutvikle. Det kan være respekt for forskjellighet, åpenhet for andres ideer, interesse for hva kollegaer holder på med, å skille mellom sak og person, markere andres framgang og sørge for arenaer for faglig granskning. Samtidig vil det være et miljø som realistisk regner med feilbarlighet, og hvor kollegaer er villige til å undersøke hvordan uheldige hendelser kan bøtes på for å rette opp konsekvensene av feiltrinn. En slik realisme og åpenhet kan motvirke vår nærliggende tendens til å holde skjult og håpe på det beste.

#### REFERANSE:

Hummelvoll, JK. Verdiundersøkende samtaler i lokalsamfunnsbasert psykisk helsearbeid. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2006; 3:116–129.

# Demens og depresjon

Psykologisk terapi kan redusere symptomene på depresjon hos personer med demens. Forfatterne fant tvetydige resultater om angst. Andre utfall som livskvalitet og kognisjon så ut til å være uendret. Flere av funnene er usikre fordi det er så få studier og fordi det er så få deltakere i studiene. Slik konkluderer forfatterne i en nylig publisert systematisk oversikt.

I Norge er det omtrent 70 000 personer som har demens. Over halvparten av dem bor hjemme. Det viktigste kjennetegnet på demens er nedsatt hukommelse. Personer som får demens kan oppleve en redusert evne til å tenke, kommunisere og orientere seg og kan oppleve endring i sinnsstemning. Nøyaktig hvor mange personer med demens som får angst eller depresjon er usikkert. Forskning indikerer at mellom ti og seksti prosent av de som har demens opplever symptomer på depresjon. Psykologisk terapi er gjerne førstevalget for behandling, men det finnes ulike behandlingsformer og ingen klare anbefalinger på hvilken terapi som er best. Noen vanlige behandlingsformer er kognitiv atferdsterapi, interpersonlig

psykodynamisk terapi og rådgivningsterapi.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne som står bak denne systematiske oversikten vurderte effekten av psykologisk terapi som behandling for depresjon eller angst hos personer med demens sammenliknet med vanlig oppfølging.

Forfatterne inkluderte seks randomiserte kontrollerte studier og fant:

- Psykologisk terapi er noe mer effektivt enn vanlig oppfølging for å redusere depresjonssymptomer.
- Psykologisk terapi er noe mer effektivt for å redusere angst, men denne konklusjonen er basert på to små studier og dette utfallet var basert på hvordan klinikerne rangerte symptomene hos personen med demens.
- Psykologisk terapi er ikke mer effektivt på selvrapportert angst, men denne konklusjonen er basert på to små studier og dette utfallet var basert på hvordan pasientene selv rangerte symptomene.
- Psykologisk terapi er ikke mer effektivt mot angst, men denne

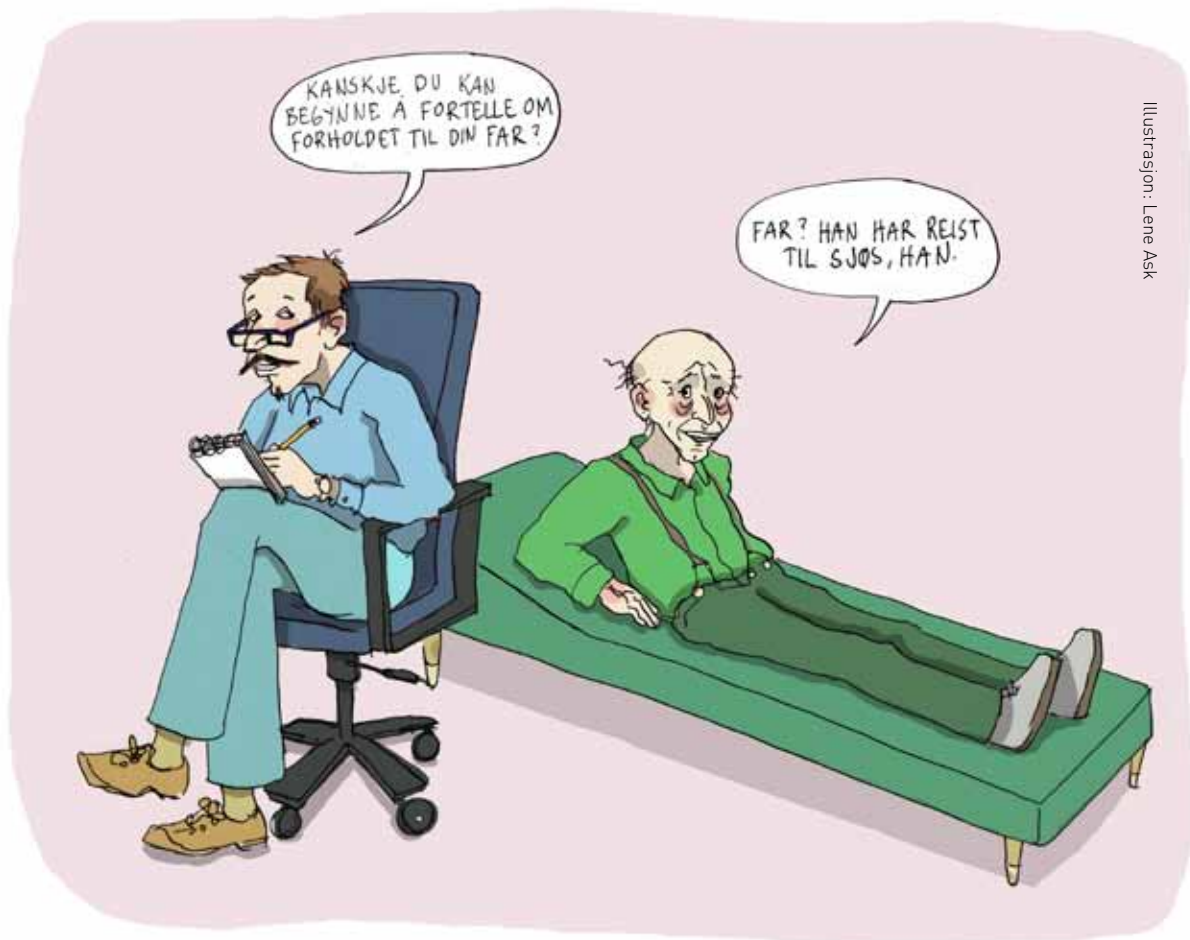
konklusjonen er basert på en liten studie og dette utfallet var målt seks måneder etter terapien.

- Psykologisk terapi ser ikke ut til å ha effekt på livskvalitet, funksjon i daglige aktiviteter, nevropsykiatriske symptomer eller kognisjon.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en systematisk oversikt over studier som har undersøkt effekten av psykologisk terapi som behandling for depresjon eller angst hos personer med demens. Personene som var med i studiene var enten hjemmeboende personer med mild demens eller personer med mer alvorlig grad av demens som var innlagt i institusjon. Studiene som ble inkludert så på ulike terapiformer som kognitiv atferdsterapi, interpersonlig psykodynamisk terapi og rådgivningsterapi. Varigheten på terapier varierte fra seks uker til tolv måneder, og sesjonene varierte i varighet fra 30 til 90 minutter. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant seks studier med til sammen 439 deltakere. Studiene





Illustrasjon: Lene Ask

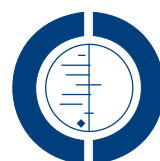
hadde overordnet lav risiko for skjevheter (bias). Begrensningene i studiene var i hovedsak relatert til mangel på blinding av deltaker, behandler og utfallsmåler i fem av de seks inkluderte studiene.

**REFERANSER**

Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M.

Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art.No.: CD009125. DOI: 10.1002/14651858.CD009125.pub2.

Skrevet av **Therese Kristine Dalsbø**,  
Nasjonalt kunnskapssenter for helse-  
tjenesten



**THE COCHRANE  
COLLABORATION®**

# Beslutningsstøtte øker pasienters kunnskap om behandlingsvalg

Beslutningsstøtte til pasienter fremmer kunnskap og klargjør pasientens personlige verdier. Slik støtte reduserer konflikt om behandlingsvalg og øker pasientens forståelse av de ulike behandlingsvalgene. Å inkludere pasienter og å gi dem en mer aktiv rolle forbedrer forståelsen av mulige risikoer ved behandlingen. Slik konkluderer forfatterne i en nylig oppdatert systematisk oversikt.

I en rekke situasjoner står pasienter overfor behandlingsvalg hvor «best» behandlingsform ikke nødvendigvis er åpenbar. Det finnes mange screeningsverktøy og behandlingsformer i helsetjenesten som har usikkert kunnskapsgrunnlag. Det finnes også gode behandlingsformer, som øker risiko for at pasienten opplever skader eller bivirkninger. Andre behandlingsformer kan være usikre i den forstand at få av dem som behandles oppnår en positiv effekt. I tillegg til vanlig rådgivning, finnes en rekke verktøy for helsepersonell som kalles beslutningsstøtte og som er ment å hjelpe pasienten i å delta i beslutningen om valg av behandlingsform eller screening. Med beslutningsstøtte menes en prosess der pasient og helseper-

sonell går gjennom beslutningen som må fattes i fellesskap. De går gjennom kunnskapsbasert informasjon om helsetilstanden og fordeler og ulemper ved de ulike behandlingsvalg. Valg om behandling fattes ut fra pasientens verdier og preferanser.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

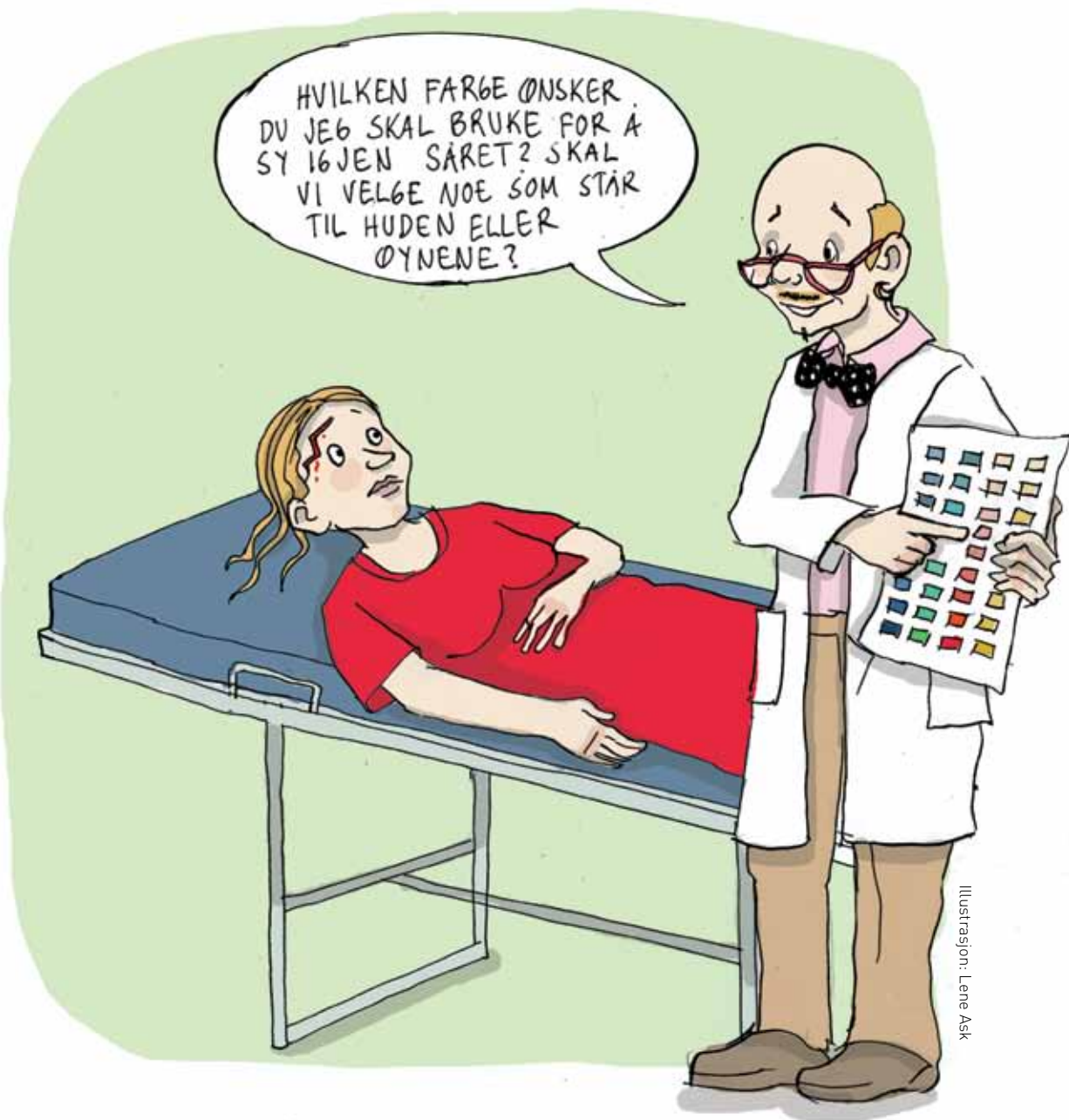
Forfatterne som står bak oppdateringen av denne systematiske oversikten vurderte effekten av beslutningsstøtte sammenliknet med vanlig behandling.

Forfatterne inkluderte 115 studier og fant:

- Beslutningsstøtte er mer effektivt enn vanlig behandling for å øke pasientens helsekunnskap
- Beslutningsstøtte er mye mer effektivt enn vanlig behandling for å øke pasientens risikoforståelse
- Beslutningsstøtte er mer effektivt enn vanlig behandling for å øke samsvar mellom pasientens verdier og behandlingspreferanse
- Beslutningsstøtte er mer effektivt enn vanlig behandling for å øke pasientens følelse av å være velinformert og mer klar over sine verdier
- Beslutningsstøtte er mer effektivt enn vanlig behandling for å øke pasientens involvering i å velge behandling

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har oppdatert en oversikt over randomiserte kontrollerte studier som har undersøkt effekten av beslutningsstøtte for å hjelpe personer med å ta velinformerte valg om behandlingsform sammenliknet med vanlig behandling. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant 115 studier med til sammen 34 444 deltakere. Personene som var med i studiene skulle velge behandlingsform eller delta i screening. Studiene var utført i Amerika, Canada, Australia, England, Tyskland, Nederland, Finland, Sverige, Kina og en fellesstudie i Australia og Canada. Studiene var utført både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Personene som deltok sto overfor ulike behandlingsvalg for eksempel screening for kreft eller diabetes, ulike kirurgiske inngrep eller medikamentell behandling og influensavaksine. Beslutningsstøtten som ble tilbudt i studiene varierte i form og innhold. Studi-



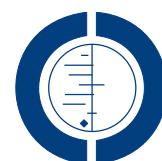
ene hadde overordnet lav risiko for skjevheter (bias), men det var også en rekke uklarheter. Begrensningene i studiene var i hovedsak relatert til mangel på blinding av deltaker og personalet i studiene.

**REFERANSER**

Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M,

Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JHC. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub4.

Skrevet av Therese Kristine Dalsbø, Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten



**THE COCHRANE COLLABORATION®**

# Forskningsnytt

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

## Personlighet og søvnproblemer ved skiftarbeid

Liten grad av robusthet og lav toleranse for å være trett predikerer søvnproblemer hos sykepleiere som jobber skift.

Disse funnene er nylig publisert av forskere ved Universitetet i Bergen og Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer. Hensikten med studien var å undersøke om personlighetsfaktorer hos sykepleierne predikerte søvnproblemer hos dem som jobbet i vaktturnus.

Et utvalg på 6000 sykepleiere som arbeidet i minimum 50 prosent stilling ble trukket tilfeldig ut fra medlemsregisteret til Norsk Sykepleierforbund. For å sørge

for variasjon i arbeidserfaringen deres ble personene stratifisert i fem grupper etter ulik lengde siden avsluttet sykepleierutdanning. Vinteren 2008/2009 fikk personene tilsendt forespørsel om å delta i studien og spørreskjemaet som ble brukt til datainnsamling. 38 prosent (2048) valgte å besvare spørreskjemaene. To år senere ble nye skjemaer sendt ut. Da besvarte 1533 (74,9 prosent) av dem som også svarte i 2008/2009. Data fra de 700 som arbeidet i tredelt turnus og som hadde deltatt begge gangene, utgjorde datamaterialet i denne studien.

Søvnproblemer ble målt ved hjelp av Bergen shift work sleep questionnaire (BSWSQ). Skjemaet kartlegger søvnløshet og søvnighet/tretthet ved arbeid ulike tider på døgnet (dag, kveld og natt) og på hviledager. I tillegg ble det kartlagt i hvilken grad deltakerne opplevde seg mest våkne om morgenen eller om kvelden, grad av generell

hardførhet, i hvilken grad de var fleksible med hensyn til å sove ulike tider på døgnet og grad av toleranse for å være sliten.

Deltakerne som var mest våkne om morgenen rapporterte mindre søvnproblemer når de jobbet dagskift enn dem som var mest våkne om kvelden ved toårsoppfølgingen. Om man var mest våken om morgenen eller om kvelden var ikke relatert til søvnproblemer ved kvelds- eller nattskift. Mer robuste personer hadde mindre søvnproblemer ved alle skift, mens de som var mer fleksible med hensyn til å sove på ulike tider på døgnet rapporterte mindre søvnproblemer ved kveld og nattskift.

### REFERANSER

Storemark SS, Fossum IN, Bjorvatn B, Moen BE, Flo E, Pallesen S. Personality factors predict sleep-related shift work tolerance in different shifts at 2-year follow-up: a prospective study. *BMJ Open* 2013;3:e003696.

### KOMMENTAR

Mange sykepleiere jobber i to- eller tredelt turnus. Kunnskap om hvilke sykepleiere som tolererer de ulike skiftordningene er derfor interessant for sykepleiere å kjenne til når man velger hvilken jobb man søker.

## Hvilke oppdrag har flysykepleierne i Nord-Norge?

I 63 prosent av oppdragene til flysykepleierne hadde pasienten en livstruende tilstand.

Dette viser en gjennomgang av alle flyambulansoppdrag til sykepleiere ved luftambulansbasen i Alta. Sykepleierne har spesialutdanning i enten anestesisykepleie eller intensivsykepleie og ruller i vaktjeneste mellom luftambulansetjeneste og anesthesi-/intensivav-

deling ved Klinikk Hammerfest ved Finnmarkssykehuset. Basen har to fly og to vaktteam som dekker luftambulansetjenesten til 20.000 innbyggere i Nord-Norge. Studien dekker registrerte oppdrag i seksårsperioden fra 2005 til og med 2010.

I denne periode ble flysykepleierne tilkalt til 249 oppdrag. De fleste oppdragene kom fra den regionale AMK-sentralen (74 prosent), mens 23

prosent kom fra lokale legevaktssentraler. Mens 32 oppdrag ble avbrutt før sykepleieren kom frem til pasientene, ble 217 (87 prosent) gjennomført. I gjennomsnitt utgjør dette 36 oppdrag per år. Om lag halvparten av oppdragene skjedde mellom kl. 8 og kl. 16, hvor kun 13 prosent av oppdragene var mellom midnatt og kl. 7.59.

Hovedandelen av pasientene var voksne (77 prosent) mens 8 prosent

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

## Opplevelser fra intensivavdelingen

På intensivavdelingen opplevde pasientene at de hadde vært nær døden.

Dette var ett av funnene i en studie som undersøkte hvordan pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS) hadde opplevd omsorgen i den akutte fasen.

Studien hadde et kvalitativt forskningsdesign med fenomenologisk tilnærming. Pasienter som hadde vært innlagt på intensivavdeling, fått behandling med BiPAP-maske og med alvorlig grad av KOLS ble inkludert i studien. Utvalgsmetoden var strategisk og både menn og kvinner ble inkludert. Intervjuene ble foretatt innen to uker etter at behandlingen på intensivavdelingen avsluttet.

Fem kvinner og fem menn ble inkludert i studien i tiden november 2009 til juni 2011 ved to intensivavdelinger ved sykehus i Norge. Alderen til deltakerne varierte fra 45 til 85 år. Data ble innhentet ved hjelp

av intervju etter en semistruert intervjuguide. Pasientene ble spurt om hvordan de opplevde innleggelsen, behandlingen og pleien på intensivavdelingen. De ble oppfordret til å fortelle fritt og være detaljert i beskrivelsene. To intervjuere delte på gjennomføringen av intervjuene. De ble tatt opp elektronisk og skrevet ut i tekst.

Tekstanalysen ble gjennomført etter prinsippene til Amadeo Giorgi. Hovedinnholdet i intervjuene handlet om å føle seg fanget i en livstruende situasjon hvor helsepersonellet hadde kontrollen over livet. Forskerne identifiserte tre undertemaer. Det første var å opprettholde livsviktig åndedrag. Pasientene fortalte hvordan åndenøden deres gjorde det umulig å snakke og spise. Det var svært viktig at de kunne være trygge på at sykepleierne visste hva de skulle gjøre og at de handlet når det var nødvendig. Neste undertema var sårbar

samhandling. Flere av pasientene fortalte at det var viktig at døren til korridoren sto oppe eller forhenget var trukket bort fra sengen slik at de følte det var enkelt å få kontakt med folk rundt seg.

**REFERANSER**

**Torheim H, Kvangarsnes M.** How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit? *Scand J Caring Sci* 2013. Doi: 10.1111/scs.12106.

Pasientene uttrykte klart at sykepleierne måtte demonstrere at de hadde kompetanse på behandling og oppfølging av tilstanden deres før pasientene fikk tillit til sykepleierne. Studiens funn understreker betydningen av at sykepleierne har gode ferdigheter i grunnleggende sykepleie og medisinske kunnskaper for å vurdere pasientens tilstand og behov for justeringer i behandlingen.

KOMMENTAR

var nyfødte. I 58 prosent av tilfellene var oppdraget øyeblikkelig hjelp. Blant disse hadde 32 hatt hjertestans, 20 luftveisproblemer og en pasient en anafylaktisk reaksjon. Traumene utgjorde 36 prosent av oppdragene, hvor 14 pasienter hadde multiple traumer og seks hodetraumer.

En viktig oppgave for flysykepleierne er å stabilisere pasienten før flytransporten til sykehus. I 14

prosent av oppdragene gjennomførte sykepleierne avansert hjertelunge-redning. I tillegg til pasientene med hjertestans ble ytterligere sju intubert før flytransporten.

**REFERANSER**

**Wisborg T, Bjerkan B.** Air ambulance nurses as expert supplement to local emergency services. *Air Med J* 2014;33:40-3.

Studien viser at flysykepleierne i Nord-Norge gjennomfører oppdrag for et relativt høyt antall livstruende syke pasienter. En sikker flytransport av syke krever at personellet har spesialkunnskaper om hvilke innvirkninger redusert lufttrykk, vibrasjon og støy har på pasientens kropp og tilstand.

KOMMENTAR



# AMMING KAN FØRE TIL STRESS



Illustrasjonsfoto: Erik  
M. Sundt





Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Mødre kan strekke seg langt for å lykkes med amming. Undervurdering av en stressfylt ammesituasjon kan imidlertid bidra til at mødre kjenner distanse til barnet, og barnet som oppfatter kvaliteten i omsorgen kan også vise tegn på stress.

**Hensikt:** Å beskrive hvordan kvinner opplever stressfylt amming og erfarer sitt samspill med barnet.

**Metode:** Det er gjennomført 12 individuelle intervjuer som er analysert

med kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultat:** Vi identifiserte fire kategorier som beskrev mødrenes erfaringer: Forventning, den vanskelige tiden, overgangen og den gode tiden. Studien viste at en stressfylt ammesituasjon påvirket samspillet både under og mellom måltidene. For å ivareta barnets behov og skape en god relasjon ble ammingen avsluttet. Mødrene ønsket informasjon om alternativ til amming og hadde behov for støtte når de ga morsmelktillegg på flaske.

**Konklusjon:** Mødre hadde forventninger om å ha god relasjon til barnet og å mestre ammingen. Når dette ble komplisert, behøvde kvinnene tilpasset støtte og veiledning for å kunne ta valg med en helsefremmende strategi. Bevissthet i veiledningen omkring amming og flaskemating kan bidra til å åpne opp for alternativer til amming. En velfungerende ammesituasjon er vesentlig da det representerer både inntak av mat og en viktig samspillssituasjon.

## ENGLISH SUMMARY

**Stressful breastfeeding and interaction: an interview study of mothers' experiences**

**Background:** Mothers take many steps to succeed with breastfeeding. Underestimating a stressful breastfeeding situation may give mothers distance to the child, and the child who perceives the quality of care may also show signs of stress.

**Objective:** To explore how women experience stressful breastfeeding and then experience the interaction with their child.

**Method:** We conducted 12 individual interviews, which were analyzed by qualitative content analysis.

**Results:** We identified four categories that described the mothers' experiences: Expectation, the difficult period, the transition and the good period. The study showed that a stressed breastfeeding situation affected the interaction both during and between meals. To meet the child's needs and create a good relationship, breastfeeding ended. The mothers wanted information about alternatives to breastfeeding and needed support when they gave infant formula in a bottle.

**Conclusions:** Mothers had expectations of having a good relationship with the child and succeeding with breastfeeding. When this is complicated, they need adjusted support and guidance to make health-promoting choices. Awareness of guidance regarding breastfeeding and bottle feeding can help to open up alternatives to breastfeeding. A relaxed breastfeeding situation is important because it represents both feeding and a significant interaction situation.

**Key words:** Stress, breastfeeding, interaction, qualitative study



## INTERVJUSTUDIE:

# >> Stressfylt amming og samspill

Forfattere: Ingjerd Hvatum,  
Esther Hjälmhult og Kari Glavin

### NØKKELOD

- Stress
- Amming
- Samhandling
- Kvalitativ studie

### INNLEDNING

Å bli foreldre er for mange en gledelig begivenhet, men kan for noen medføre stressende utfordringer. Foreldrerelatert stress kan beskrives som forvirring og press forbundet med tilpasning til foreldrerollen (1). Forventning om å mestre amming kan være stressende for mødre (2) fordi amming representerer et kulturelt fenomen som i Norge er høyt verdsatt (3) og anbefalt (4–6). Sammenliknet med andre vestlige land ligger Norge statistisk sett høyt når det gjelder andelen kvinner som ammer (7). Haga (8) beskriver at mange mødre opplevde stort ammepress og mente det kan være gunstig at helsepersonell demper press samt informerer om og belyser vanskeligheter knyttet til amming. Det er ulike årsaker til ammeslutt (9). Stress kan i noen tilfeller være en av årsakene (10). Kvinner med store ammevansker kan oppleve tap av nærhet til barnet (11) og sammenheng mellom en belastende ammesituasjon og hemmende tilknytning er tidligere

omtalt (12,13). En studie rapporterer bedring av relasjon til barnet ved flaskemating (14,15). Større åpenhet omkring amme-problemer kan føre til at flere gir uttrykk for sine frustrasjoner og søker støtte hos andre i samme situasjon. Å minske tabu kan virke dempende på selve stressfaktoren (1,3).

### Betydningen av samspill

Mors evne og kapasitet til samspill med barnet er av stor betydning. Hjernens struktur er ikke ferdig formet ved fødsel, men formes og fullføres i samhandling med tilknytningspersonene (16,17). Tilknytningsprosessen starter med samspill som senere fører til en tilknytning som er karakterisert ved et psykologisk bånd mellom mor og barn (18). Barnets relasjonelle erfaringer med mor utvikles til spesifikke forventninger om omsorgsgivers tilgjengelighet i ulike situasjoner (19). Kvaliteten på tilknytningen er assosiert med graden av sensitiv, responderende, kontinuerlig og forutsigbar omsorg (20). I tillegg er foreldrenes evne til å forstå årsaker til barnets følelsesuttrykk, omtalt som mentalisering, viktig (16). Ifølge Stern (18) oppfatter barnet kvaliteten på omsorgen. Han benevner omsorgshandlingene som vitalitetseffekter. Med bakgrunn i tidligere erfaringer får bar-

net forventninger om hvordan omgivelsene responderer, noe som igjen overføres til andre sosiale situasjoner senere i livet. Bowlby (21) omtaler dette som indre arbeidsmodeller. Når foreldre som er i nær relasjon med barnet opplever den nye rollen som stressende, kan det påvirke barnet. Kumar & Rao (24) belyser sammenheng mellom en stressende ammesituasjon og stresset barn. Symptomer hos barnet kan være irritabilitet, brystvegring, søvnforstyrrelser og hyppig avføring (se figur 1). Ifølge Abidin (22) er foreldrerelatert stress i barnets første tre

### Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen viser at mødre som opplevde ammingen som stressfylt fikk en bedre relasjon til barnet ved å gå over til å gi barnet morsmelkserstatning på flaske.

### Mer om forfatterne:

Ingjerd Hvatum er helsesøster med master i klinisk sykepleie og klinisk spesialist i foreldreveiledning. Hun er ansatt i Oslo kommune, Bydel Frogner. Esther Hjälmhult er helsesøster, PhD og førsteamanuensis ved Avdeling for helse- og sosialfag og Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Kari Glavin er helsesøster, PhD og førsteamanuensis ved Høgskolen Diakonova. Kontaktperson: ingjerd.hvatum@gmail.com.

år kritisk for barnets emosjonelle og atferdsmessige utvikling og utviklingen av foreldre-barnforholdet.

### Mestring av stress

Det som er avgjørende for hvordan vi mestrer stress er, ifølge Antonovsky (23), opplevelsen

og meningsfullhet og kan relateres til mødre som opplever en stressfylt ammesituasjon. Alle delbegrepene har betydning for OAS, men meningsfullhet angis som det sentrale. For å oppnå denne følelsen av sammenheng må vi kunne forstå situasjonen, ha tro på at vi kan finne løsninger

sepersonell når mor opplever ammingen som stressfylt. Mødre har etterlyst individuell veiledning (8) og poengtert dette som betydningsfullt for å fremme tilpassning i foreldrerollen (26,27). Helsepersonell som veiledere og brukere som ekspert på seg selv, framheves i det helsefremmende arbeidet (28).

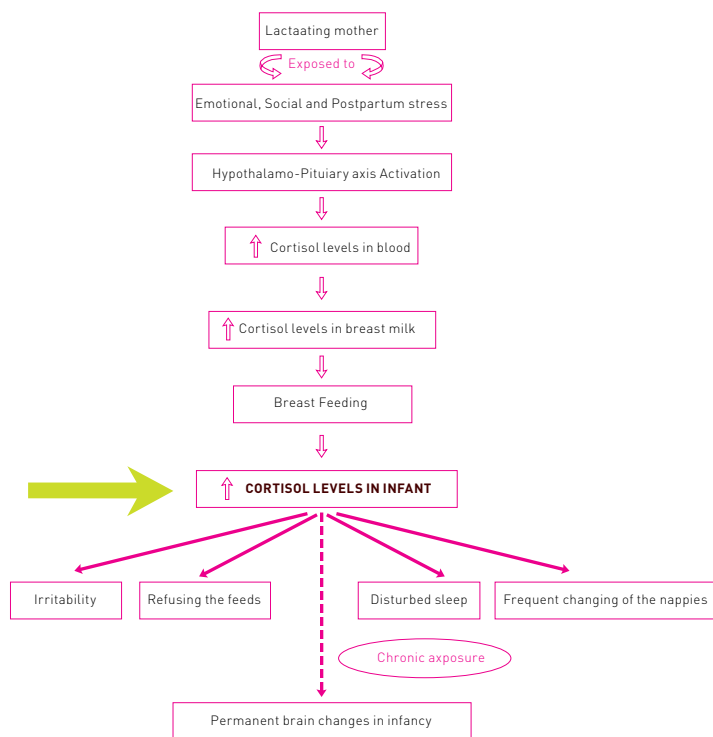
Det finnes i dag god dokumentasjon på effekter av en vellykket ammesituasjon (29), men konsekvenser og beskrivelse av en stressfylt ammesituasjon relatert til samspill er lite belyst. Med bakgrunn i temaets relevans for klinisk praksis og manglende kunnskap på feltet, er hensikten med studien å få økt kunnskap og forståelse for hvordan kvinner opplever stressfylt amming og erfarer sitt samspill med barnet.

” Jeg hadde store visjoner om at jeg i hvert fall skulle amme i et år.

av sammenheng (OAS). Hans salutogenetiske modell fokuserer på hvilke faktorer som påvirker mennesket til å bevare sin helse. Denne opplevelsen er tredelt og sammensatt av komponentene begripelighet, håndterbarhet

ger og finne mening i å forsøke nettopp det.

Amming er fordelaktig både for mor og barn (25), likeledes er et godt samspill viktig (16). Det kan derfor oppstå et dilemma i veiledningssituasjonen for hel-



**FIGUR 1:** Hypotese om konsekvenser av stressfylt amming [24]

statning ble gradvis introdusert i denne perioden. Størrelsen på utvalget ble vurdert i forhold til et metningspunkt som kan oppnås når det ikke synes å komme ny informasjon (32). I denne studien ble 12 kvinner intervjuet.

### Datainnsamling

Førsteforfatter gjennomførte intervjuene. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide, utarbeidet med bakgrunn i lit-

teratur om mestring (23,31), utviklingspsykologi (18,21) og empiri. Temaene i intervjuguiden omfattet mødrenes opplevelse av amming og samspill med barnet. Intervjuguiden ble brukt i større og mindre grad for å tilpasses informantene og problemstillingen. Det ble stilt åpne og oppfølgende spørsmål for å oppnå dybde i materialet (30). Intervjuene ble tatt opp på bånd og varte fra én til én og trekvart time. Intervjuet foregikk i kvinnens hjem eller på annet egnet sted som var trygge omgivelser for informantene (33).

### Analyse

Dataanalysen er inspirert av Graneheim og Lundman (34) sin framgangsmåte innen kvalitativ innholdsanalyse som anvendes for å identifisere likheter og forskjeller i tekstmaterialet. Fordi formålet i denne studien var å forstå og beskrive informantenes ulike perspektiver synes den hensiktsmessig. Den transkriberte teksten ble først lest flere ganger for å få en opplevelse av helheten. Meningsbærende enheter ble identifisert i tekst-

materialet, kondensert og kodet. Koder med tilsvarende innhold ble satt sammen til subkategorier og kategorier (se tabell 2). Transkripsjonen ble deretter gjennomlest for å kontrollere at ingen koder var utelatt (33).

### Etiske hensyn

Regional Etisk Komité godkjente studien. Deltakerne hadde på forhånd mottatt informasjons-skriv. Det ble informert om at studien var frivillig og at deltakerne kunne trekke seg fra studien. Dataene ble anonymisert og behandlet konfidensielt. Det ble gitt tilbud om oppfølgingssamtaler. Ingen av mødrene benyttet tilbudet, men uttrykte tilfredshet over muligheten til refleksjon.

### RESULTATER

Analyseprosessen resulterte i fire kategorier; forventning, den vanskelige tiden, overgangen og den gode tiden.

### Forventning

Mødrene hadde ønske om å amme og noen uttrykte store forventninger: «Jeg hadde store visjoner om at jeg i hvert fall

**TABELL 1:** Utvalg av mødre

|                       |    |
|-----------------------|----|
| Førstegangsfødende:   | 9  |
| Flergangsfødende:     | 3  |
| Yrkesutdannelse:      | 5  |
| Akademisk utdannelse: | 7  |
| Gift/samboer:         | 11 |
| Aleneboende:          | 1  |
| Bosatt i bykommune:   | 6  |
| Bosatt i landkommune: | 6  |
| Etnisk norsk:         | 10 |
| Ikke etnisk norsk:    | 2  |
| Røyker:               | 0  |

**TABELL 2:** Eksempel på analyseprosess av de innsamlede data

| Meningsenhet   | Kondensert meningsenhet                          | Kode                     | Subkategori  | Kategori       |
|--|--|--------------------------|--------------|----------------|
| Larmen var borte og jeg var helt tilstede  | Larmen borte, jeg helt tilstede                  | Tilstede                 | Harmoni      | Den gode tiden |
| God mor er omsorgen man gir, det å føle seg trygg  | God mor er å gi omsorg og trygghet               | Omsorg og trygghet       | Trygghet     |                |
| Da følte jeg meg som en mamma, nå gir jeg han det han vil ha og det ble en sånn boble som han og jeg var i | Mamma-gir det han vil ha/en boble med han og jeg | Opplevelse av å være mor | Morsfølelsen |                |
| Jeg følte at han og jeg bonda særlig med flaske  | Vi bonda med flaske                              | Binding                  | Nærvær       |                |

skulle amme i et år». De oppga ulike motivasjonskilder som å forebygge sykdom, skape en god relasjon til barnet, tilpasse seg den norske kulturen og fordi det er et naturlig fenomen. De fleste trodde de ville mestre ammingen siden de var vant til å lykkes med andre oppgaver tidligere i livet. Alle hadde en forståelse for at amming var viktig og noen hadde hørt at det kunne være vanskelig.

### Den vanskelige tiden

Mange kvinner opplevde et tidspress på å skulle prestere på sykehuset og at det var sett på som en selvfølge å skulle amme. Å bli spurt om de ønsket å amme opplevdes som positivt og selvbestemmende. De ønsket hjelp til å bli kjent med barnet og ikke et ensidig fokus på amming. Kvinnene fortalte om smerte-

årsaker ble amming erstattet med morsmelkerstatning på flaske. Alle mødrene vurderte ammeslutt som beste helhetsløsning for barnet: «Jeg slutter ikke fordi jeg har lyst, men fordi jeg må på grunn av helheten». En mor avsluttet amming da hun var nær ved å bli deprimert. Hun opplevde å få mer overskudd til omsorgen for barnet. Flere fortalte om dårlig samvittighet og engstelse for en ny situasjon. Enkelte følte seg skremt og presset til å amme og trodde barnet ville bli sykt, men barnet forble friskt. Å få aksept fra helsepersonell ble poengtert som spesielt viktig i tillegg til støtte fra familie og venner. Alle beskrev forvandlingen hos barnet som noe positivt og uventet. Det var som å skru av en bryter og få en helt ny unge servert, sa en mor. De var overrasket over hvor koselig

uttrykte: «Prestasjonsangsten var borte og jeg kunne nyte samspillet». Gleden, de gode øyeblikkene, blikkontakten og latteren som de kjente på i situasjonen uten stress ga næring til morsfølelsen. Noen beskrev situasjoner med uventet kontakt: «Plutselig kan jeg kjenne handa hans på siden av handa mi, det hadde jeg nok ikke lagt merke til når jeg var kjempestressa». Flere hadde på forhånd tenkt at å være en god mor innebar å amme. Med ny erfaring beskrev de nå betydningen av å være en glad mor og gi barnet trygghet og omsorg. For dem hadde det resultert i et mer tilfreds og harmonisk barn.

### DISKUSJON

Våre funn beskriver mødres opplevelse av stressfylt amming og erfaringer med samspill med barnet. Resultatene diskuteres først opp mot eksisterende forskning. Funnene i denne studien tyder på at mødre gjennomførte en helsefremmende strategi for å mestre sin situasjon, noe vi ikke har funnet beskrevet i tidligere studier. Resultatene relateres derfor til Antonovskys salutogenetiske modell for å forstå mødrenes opplevelse av sammenheng (OAS), gjennom å diskutere funnene opp mot begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Funnene viser at mødrene hadde forventninger om å amme. Ifølge Haga (8) er det viktig å informere om vanskeligheter forbundet med amming for å gi mødrene et realistisk bilde. Å amme forutsetter både å forstå barnets behov og en praktisk ferdighet. Et kurs i samspill, amming og flaskemating kunne ha bedret situasjonen for mødrene. En studie om forberedelse til fødsel viste at individuell og praktisk undervisning

” Å sitte og grine og amme samtidig var ingen hygge og nærhet.

full amming som gjorde at de gråt mens de ammet. Smertene kom i sentrum og gleden over babyen kom i bakgrunnen: «Å sitte og grine og amme samtidig var ingen hygge og nærhet». De opplevde at ammingen tok all oppmerksomhet: «Det som var problemet var at jeg var ikke til stede sjøl». Det var lite tid og overskudd til samspill. Flere fortalte om uro, hysterisk gråt og signaler fra barnet om utrygghet. Barnet sov lite og måtte bæres mye. Flere benyttet uttrykk som: «Det kan ikke gå foran alt». Nærheten de ønsket til barnet ble for noen erstattet av en oppgavepreget handling. Mange gruet seg til neste amming.

### Overgangen

På ulike tidspunkt og av ulike

det var å gi flaske og ikke bare noe å ty til av nødvendighetshensyn. Ingen hadde på forhånd blitt informert om eller forstått at det kunne føre til en god opplevelse i samvær med barnet.

### Den gode tiden

Å være i stand til å dekke barnets behov virket inn på mødrenes forhold til barnet. Noen beskrev det slik: «Hun utstrålte «nå har jeg det bra» i forhold til når hun sugde og sugde og ikke fikk noe», eller: «Det var da jeg kjente morsfølelsen og en boble som han og jeg var i». Flere omtalte «bonding» som noe flasken bidro til å fremme. Roen de kjente på når de ga flaske bidro til denne gode følelsen. Stress forbundet med amming tok oppmerksomhet fra andre områder. En mor

ga bedre resultater enn litteratur og film (52). Mødrene opplevde at ammingen ble stressende da det gikk ut over kontakten med barnet. Dette er også funnet i en tidligere studie (11). Stress i matsituasjonen kan føre til høy stressforekomst (43), som igjen kan hindre gode vekstvilkår for mor–barn–forholdet (15). Barnets uttrykk for manglende regulering kan være tegn på stress og forsterke hypotesen om sammenhengen mellom «stresset melk» og stresset barn (24). I spørsmålet om hvordan mor opplever samspillet kan vi anta at det er mer utfordrende å få til et godt samspill med et barn som er irritabelt, gråter mye, har søvnforstyrrelser, luftsmertesmerter og vegrer seg ved brystet enn å få til et godtsamspill med enn et barn som er velregulert. En review bekrefter denne antakelsen (48). I en dansk studie (15) beskriver mødrene at de så det som nødvendig for barnets beste å slutte å amme. De synes det var vanskelig å gi flaske og opplevde ikke alltid støtte fra omgivelsene. Forfatterne konkluderer med at mødre som må slutte å amme trenger ekstra støtte og oppmerksomhet fra helsepersonell.

Mødre beskrev en forandring etter ammeslutt. Etter å ha blitt fortrolig med å gi flaske ble det en positiv emosjonell opplevelse hvor barnet ga positiv respons til mor. Mødrene savnet kunnskap om flaskemating og det kan forklare at de reagerte med overraskelse. I situasjoner med stress hvor kortisolnivået stiger, kan man tenke seg at denne virkningen av oksytocinfrigjørelsen motarbeides eller nøytraliseres (24, 44). Det kan forklare at morsfølelsen først fikk næring når mor fikk positiv respons fra barnet i form av smil, god blik-

kontakt og uttrykk fra barnet om tilfredshet. Oksytocin kan frigjøres i slike situasjoner (44). Tidligere forskning og teori bekrefter at mating ikke automatisk fører til tilknytning, men barnet føler seg tilknyttet personer som er sensitive og gir respons (19, 45, 46). Det kan tenkes at denne «boblen med morsfølelse» kan tilsvare opplevelsen som i tidligere forskning kun er omtalt i en velfungerende ammesituasjon (47).

### Begripelighet

Funn i undersøkelsen viste at mødrene ønsket og forventet å amme. Det kan knyttes opp til begripelighetskomponenten som er den kognitive komponenten i OAS (23). I tillegg til å forstå handler situasjonen også om å være følelsesmessig begripelig. Mødrene hadde en forståelse av situasjonen forbundet med betydningen av amming som skapte en indre motivasjon. Det kan forklare at alle begynte å amme. Manglende opplæring kan ha økt stressnivået hos mødrene. Å bli foreldre medfører utfordringer. Ifølge Antonovsky (23) er det ikke selve hendelsen som er utfordrende, men konsekvensene. Det uforutsigbare som amming representerte skapte et indre kaos, og en forutsetning for begripelighet i menneskers liv er mest mulig forutsigbarhet. Dette kan videre relateres til forvirring og press forbundet med tilpassning til foreldrerollen (1).

Når mange mødre strakte seg langt for å amme korresponderer dette med teorien om store forskjeller i responsen på stressende stimuli (35). Flere fortalte om betydningen av å få forståelse. Ifølge Antonovsky (23) får man en sterkere OAS dersom man lar følelsene komme til syne

og gir åpent uttrykk for dem, framfor å fortrenge følelsene. Å informere mødrene om at de ikke er alene om å oppleve foreldrerollen som utfordrende, og oppfordre dem til å søke støtte, viser seg å ha stor betydning (1,3). Å gjøre det mindre tabubelagt kan føre til at flere tør å gi uttrykk for sine frustrasjoner og dermed kan det virke dempende på selve stressoren.

### Håndterbarhet

Samtlige kvinner i denne studien søkte kunnskap når de fikk ammeproblemer. Det kan relateres til håndterbarhet som er handlingskomponenten i OAS. Antonovsky (23) hevder at det er viktig at personen har de nødvendige ressurser til å håndtere utfordringer når de dukker opp for å gjenvinne kontroll. Personen med høy OAS tenker ikke på seg selv som et offer, men setter seg i stand til å håndtere omstendighetene. Mødrene uttrykte tilfredshet når de opplevde medbestemmelse på sykehuset, men uttrykte misnøye når de opplevde prestasjons- og tidspress. Amming anbefales (36) og WHO (6) poengterer kvinners rett til å amme, med likelydende rett til å avstå fra å amme. Helsedirektoratet (4) har fokusert på trivsel for mor og barn samt barnets vekst knyttet til ved amming. Man kan stille spørsmål ved om anbefalingen om å amme ble mer vektlagt enn retten til frivillighet, trivsel og vekst. Flere mødre opplevde å betale en høy pris med dårlig samvittighet på grunn av helsepersonells ensidig forsøk på å fremme amming. Ulike studier oppfordrer til et nyansert bilde av hva som er viktig i et mor–barn–forhold (8,37). Å åpne opp for andre alternativer når amming ikke fungerte tilfreds-

stillende kunne ha avhjulpet deres situasjon. Uformell støtte fra familien hadde betydning for en positiv opplevelse av foreldrerollen (38,39). Dette gjaldt både under og etter avsluttet amming.

Antonovsky (23) trekker frem betydningen av å lytte til den hjelpetrengendes behov. Det kan tenkes at økt hjelp til å bli kjent med barnet kunne ha bidratt til å skjelne barnets sultuttrykk fra andre behov og dermed lettet tilpasning til foreldrerollen. Brockington (40) omtaler over-

tanker om at amming ikke kan gå foran alt. Tap av nærhet er tidligere rapportert i vanskelige ammesituasjoner (11). Når amming gikk på bekostning av andre viktige hensyn, ble det nødvendig å foreta en prioritering for å opprettholde balanse i OAS. En person med sterk OAS anvender den mestringsstilen som virker mest gunstig i den aktuelle situasjonen (23).

En mor avsluttet en stressende ammesituasjon da hun var nær ved å bli deprimert. Det kan

Studie med flere mødre kunne ha gitt ytterligere variasjon. Styrken i studien er god spredning i demografiske data. Studien gir en utvidet forståelse av kompleksiteten rundt amming og samspill.

## KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER

Studien viste at mødre ønsket å amme og ha et godt samspill med barna sine. Når ammingen av ulike årsaker ikke fungerte, opplevde de at dette påvirket samspillet med barnet. De ønsket at helsepersonell hadde forståelse og kunnskap om slike situasjoner og individuell og tilpasset veiledning. Mødrene opplevde trygghet og tilfredshet når de fikk informasjon om morsmelkerstatning og flaskemating som et alternativ, fordi det reduserte stress og bedret samspillet mellom dem og barnet. Studien tyder på at mødre gjennomførte en helsefremmende strategi som tidligere har vært usynlig. Dette kan bety at helsepersonell ikke bør legge press på mødre i ammesituasjonen, men være sensitive, gi mor støtte og åpne opp for alternativer.

” Det som var problemet var at jeg var ikke til stede sjøl.

gangen til å bli foreldre som den mest komplekse hendelsen vi opplever som mennesker. Dette kan være et viktig moment å ha med seg i veilederrollen.

### Meningsfullhet

Meningsfullhet er den viktigste komponenten i OAS (23). Denne er knyttet til den motiverende faktoren og det følelsesmessige innholdet i livet. Mødrene viste et sterkt emosjonelt engasjement når de beskrev amming og omsorg for barnet. Fordi de hadde tro på at morsmelken var betydningsfull forsøkte de å skape mening i situasjonen selv om den var stressfylt. Antonovsky (23) framhever evnen hos en person med sterk OAS til å være fleksibel i forhold til hvilke områder som betraktes som viktig for å bevare følelsen av sammenheng. Vel vitende om at amming har en helsegevinst, ble det mindre viktig med manglende mulighet til samspill med barnet kombinert med signaler om stress fra barnet. Da en sunn sosial og emosjonell utvikling skjer i en relasjonell prosess (41, 42) kan det forklare mødres

forstås ut fra Antonovskys teori om at en mestringsstil som var effektiv kan endre seg til å bli patologisk. Mors samlede velvære er viktigere enn å amme for barnets optimale utvikling (37).

Flere mødre poengterte betydningen av å gi barnet trygghet. En god følelsestone vil kunne ha betydning for trygg tilknytning (18,49). Da mødrene opplevde at situasjonen rundt amming skapte en forstyrrelse var det viktig for dem å gjenopprette balanse. Gleden og de gode uventete øyeblikkene som oppsto etter avsluttet amming, ga avgjørelsen som var tatt mening. Gjensidig følelsesladete utvekslinger som gir mulighet til å dele relasjonelle øyeblikk, anses som betingelser for barns sosiale og kognitive utvikling (50,51). At mor ble i stand til å skape denne gjensidige gleden kan ha betydning. Det ble viktig å anvende en fleksibel mestringsstil (23).

### STYRKE OG BEGRENSNINGER

Denne studien inkluderer 12 mødre som avsluttet en stressende ammesituasjon av hensyn til barnets helhetlige behov.

### REFERANSER

1. Evenson RJ, Simon RW. Clarifying the relationship between parenthood and depression. *J Health Soc Behav.* 2005;46:341-58.
2. Gustafsson LH. *Leva med barn: en bok om små barns hälsa och utveckling.* Solna: LIC; 2002.
3. Stern D. *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy.* New York Basic Books; 1995.
4. Helsedirektoratet. *Kosthåndboken.* Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
5. WHO/UNICEF. *Protecting Breast-feeding. The Special Role of Maternity Services: A Joint WHO/UNICEF Statement.* Geneva, Switzerland: World Health Organization, UNICEF. 1989.
6. WHO. *Global strategy for infant and*

- young child feeding. Geneva: World Health organization; 2003. p. vi, 30 s.
7. **Callen J, Pinelli J.** Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe, and Australia: a literature review. *Birth.* 2004;31:285–92.
  8. **Haga SM.** Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation. Oslo: Unipub; 2012.
  9. **Häggkvist A-P, Brantsæter AL, Grijbovski AM, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M.** Prevalence of breastfeeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breastfeeding. *Public health nutrition.* 2010;13:2076–86.
  10. **Helsedirektoratet.** Spedkost – 6 måneder: landsomfattende kostundersøkelse blant 6 måneder gamle barn. Oslo: Helsedirektoratet; 2008.
  11. **Palmér L, Carlsson G, Mollberg M, Nyström M.** Severe breastfeeding difficulties: Existential lossness as a mother – Women’s lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2012;7: HER MANGLER SIDEINFO.
  12. **Alquist R.** Mødre som strever med amming. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2006.
  13. **Alquist R.** Ammeveiledning i praksisfeltet. *Tidsskrift for jordmødre.* 2007;113:24–5.
  14. **Larsen JS.** Når amning ikke lykkes. Aarhus Universitet; 2007.
  15. **Larsen JS, Kronborg H.** When breastfeeding is unsuccessful – mothers’ experiences after giving up breastfeeding. *Scand J Caring Sci.* 2012 Oct 12. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01091.x [Epub ahead of print]
  16. **Brandtzæg I, Smith L, Torsteinson S.** Mikroseparasjoner: tilknytning og behandling. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
  17. **Zeanah CH.** Handbook of infant mental health. New York: Guilford Press; 2009.
  18. **Stern DN.** Spedbarnets interpersonlige verden. Oslo: Gyldendal akademisk; 2003.
  19. **Smith L, Ulvund SE.** Spedbarnsalderen. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.
  20. **Ainsworth MDS.** Attachment across the life cycle. Parkes CM, Stevenson-Hinde, Joan Marris, Peter, editor. London: Tavistock/Routledge; 1991.
  21. **Bowlby J.** Attachment and loss. London: Pimlico; 1997.
  22. **Abidin RR.** Parenting stress index: manual (PSI). 3rd ed. Charlottesville, Va.: Pediatric Psychology Press; 1990.
  23. **Antonovsky A.** Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzel Forlag; 2000.
  24. **Kumar NSS, Rao PPJ.** Consumption of «Stressed milk» resulting in «Stressful child». *Journal of Medical Hypotheses and Ideas.* 2011;5: 2.
  25. **Nylander G, Siegert HM.** Mamma for første gang. Oslo: Gyldendal; 2012.
  26. **Nelson AM.** Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32:465–77.
  27. **Ravn IH, Smith L, Lindemann R, Smeby NA, Kyno NM, Bunch EH, et al.** Effect of early intervention on social interaction between mothers and preterm infants at 12 months of age: a randomized controlled trial. *Infant behavior & development.* 2011;34:215–25.
  28. **Tveiten S.** Ulike tilnæringsmetoder i praksis. In: Glavin K, Helseth S, Kvarme LG, editors. *Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten.* Oslo: Akribes; 2007. p. s.173-91.
  29. **WHO.** Evidence for ten steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO; 1998.
  30. **Kvale S, Brinkmann S, Andersen TM, Rygge J.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
  31. **Bandura A.** Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
  32. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning–forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2002;122:2468–72.
  33. **Polit DF, Beck CT.** Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health; 2012.
  34. **Graneheim UH, Lundman B.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24:105–12.
  35. **Lazarus RS.** Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *J Pers.* 2006;74(1):9–46.
  36. **Helsedepartementet.** Om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Rundskriv, I. Oslo: Departementet; 2003.
  37. **Freeman MP.** Postpartum depression, breastfeeding, and other postdelivery concerns. *Nurse Practitioner in Womens Health.* 2012:1–5.
  38. **Crnic KA, Greenberg MT, Ragozin AS, Robinson NM, Basham RB.** Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Dev.* 1983:209–17.
  39. **Leahy Warren P.** First-time mothers: social support and confidence in infant care. *J Adv Nurs.* 2005;50(5):479–88.
  40. **Brockington I.** Postpartum psychiatric disorders. *Lancet.* 2004;363:303–10.
  41. **Slinning K, Hansen MB, Moe V, Smith E.** Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
  42. **Hart S, Grøhn H.** Den følsomme hjernen: hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhørighetsbånd. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
  43. **Pickler RH.** Understanding, Promoting, and Measuring the Effects of Mother-Infant Attachment During Infant Feeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38:468–9.
  44. **Uvnäs-Moberg K.** Afspænding, ro og berøring: om oxytocins lægende virkning i kroppen. København: Akademisk; 2006.
  45. **Tollenaar M, Beijers R, Jansen J, Riksen-Walraven J, de Weerth C.** Maternal prenatal stress and cortisol reactivity to stressors in human infants. *Stress.* 2011;14:53–65.
  46. **Jansen J, Weerth C, Riksen-Walraven JM.** Breastfeeding and the mother-infant relationship: a review. *Dev Rev.* 2008;28:503–21.
  47. **Mezzacappa ES, Katkin ES.** Breastfeeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychol.* 2002;21:187–187-93.
  48. **Kurth E, Kennedy HP, Spichiger E, Hösli I, Zemp Stutz E.** Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery.* 2011;27:187–94.
  49. **Hansen BR.** Affektive dialoger: fra regulering til mentalisering. In: Moe V, Slinning K, Hansen MB, editors. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2010. p. 116–36.
  50. **Murray L, Trevarthen C.** Emotional regulation of interactions between two-month-olds and their mothers. *Social perception in infants.* 1985:177–97.
  51. **Feldman R.** Parent – infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2007;48:329–54.
  52. **Mercer RT, Walker LO.** A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35:568–82.

# Vi må støtte mor

› Helsesøster må bidra til å fremme amming, men unngå ammepress.



**Vibeke Olufsen**

Helsesøster og høyskolelektor ved Hist, sykepleierutdanningen

Artikkelen til Hvatum og medforfattere stiller spørsmål ved om amming alltid er det beste for mor og barn. Utvalget er mødre som ønsker å amme, men som av ulike årsaker prioriterer bort ammingen fordi den kom i veien for morslykken og barnets velvære. Amming er høyt verdsatt i Norge og sammenliknet med andre vestlige land ligger vi på ammetoppen. Kvinners forventninger om å mestre amming er derfor høy. Fortvilelsen over ikke å innfri skaper stress og fortvilelse og kan gå ut over mors-barn-samspillet og dermed barnets trivsel. Mødrene i studien ønsker forståelse og kunnskap fra helsepersonell om at amme problemer kan overskygge familiens velvære. Artikkelen vektlegger både mors rett til å amme, men også til ikke å amme.

Som helsesøster er jeg vant til å tenke på barns rett til morsmelk, med tanke på ernæring og helsegevinst senere i livet. Jeg er også opptatt av hvordan en velfungerende ammesituasjon

fremmer samspillet mellom mor og barn. Dette verdigrunnlaget er utgangspunktet for hvordan vi jobber med ammeveiledning på helsestasjonen. Studien avdekket et behov for en holdningsendring og kunnskapsøkning om hvordan man kan støtte og veilede ammende mødre. Samtidig opplever vi at mødre med amme problemer er svært ambivalente. Å gi riktig veiledning til riktig tid er da svært utfordrende, artikkelen problematiserer dette i for liten grad.

Forfatteren hevder at amme problemer er tabubelagt, og at mange mødre av den grunn kvier seg for å ta dette opp med helsepersonell. Mødre forbinder amming med å være en god mor. Vi på helsestasjonen må derfor bidra til å nyansere bildet av amming som noe naturlig. Vi må informere om at amming må læres, at det tidvis er smertefullt, at mange trenger hjelp og at det finnes gode alternativer. På den måten kan vi være med på senke prestasjonsangsten og stresset

rundt ammingen, samt senke terskelen for å ta opp amme problemer.

Studien bekrefter at det å bli mor oppleves forskjellig, avhengig av grunnleggende holdning til å takle stress, og hvilket liv man ellers lever. Amme problemer kan også bero på stor usikkerhet i foreldrerollen og derfor ikke alene løses ved god ammeveiledning. Vi ser at mødre som velger å slutte å amme trenger ekstra støtte og anerkjennelse. Som helsesøster er jobben min å bekrefte at mor har valgt riktig og få henne til å sette ord på hvorfor.

Artikkelen åpner opp for å nyansere hva som er god ammeveiledning. Helsesøstre og jordmødre bør diskutere hvordan vi kan fremme amming og samtidig unngå unødig amme press. Dette bør også være et tema i undervisning som blir gitt helsesøster- og jordmordstudenten om amming.

Les artikkelen på side 14







ungdomskilde



varmekilde



næringskilde



Vi vet at du som sykepleier er faglig sterk. Derfor vet vi også at du ønsker å beholde den styrken ved å holde deg oppdatert på hva som skjer innenfor faget ditt – både nasjonalt og internasjonalt.

I **Sykepleien Forskning** presenterer vi forskningsresultater, sykepleiefaglige problemstillinger og internasjonale fagartikler – så du alltid har din egen kilde til kunnskap og kompetanse.



## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** I hvilken grad voksne forstår skriftlig helseinformasjon kan være av betydning for hvordan man klarer å ivareta egen og pårørendes helse. Råd om ernæring, fysisk aktivitet og sykdomsforebygging formidles i økende grad gjennom artikler i aviser, magasiner og på websider.

**Hensikt:** Se på sammenhenger mellom deltakernes leseferdighet på helseområdet og variabler som kjønn, alder, utdanningsnivå, arbeidsmarkedsstatus, etnisitet og informantenes vurdering av egen helsetilstand.

**Metode:** Intervju og kartlegging av leseferdigheten til et representativt utvalg av nordmenn mellom 16 og 65 år (n= 5400).

**Resultat:** De svakeste helserelaterte leseferdighetene finner vi i den eldste aldersgruppen, blant innvandrere, hos voksne med lite utdanning og i de gruppene som av ulike grunner står utenfor arbeidslivet. Funnene viser også at de omlag 15 prosentene av voksenbefolkningen som vurderer egen helse som svak, leser dårligere enn de som vurderer helsen sin som god.

**Konklusjon:** Skriftlig helseinformasjon kan være vanskelig tilgjengelig for svake lesere, og mangelfulle leseferdigheter kan derfor gi dårligere forutsetninger for å ivareta egen helse. Svake leseferdigheter kan også gjøre det vanskelig å orientere seg i dagens kompliserte helsesystem. Ved utarbeiding av helseinformasjon er det viktig at den tilpasses svake lesere. Helsepersonell må også sikre at viktig informasjon knyttet til forebygging, behandling og medisinerer gis muntlig.

## ENGLISH SUMMARY

### To what extent do Norwegian adults understand written health information?

**Background:** The extent to which adults understand written health information may be decisive for how they manage looking after their own health and the health of their families. Increasingly, we are seeing advice on nutrition, physical activity and ill-health prevention disseminated through articles in newspapers, magazines and on websites.

**Objective:** To observe the relationship between the participants' health-related literacy and key variables such as gender, age, level of educa-

tion, labour market status, ethnicity and the informants' assessment of their own condition of health.

**Method:** Interviews and mapping the literacy of a representative sample of Norwegians aged between 16 and 65 (n=5400).

**Results:** The weakest health-related literacy is found in the oldest age group, among immigrants, in adults with low education and in the groups of people who are not employed for various reasons. The findings also indicate that approximately 15 percent of the adult population who considers their own health poor have lower literacy

skills than those who consider their health good.

**Conclusion:** Written health information can be difficult to read for people with poor reading skills, and may therefore make it more difficult for them to take care of their own health. Poor literacy may also make it difficult to keep up with today's complicated health system. When preparing health information, it is important to adapt it to poor readers. Health personnel must also ensure that important information related to prevention, treatment and medication is given verbally.

**Key words:** Health-related literacy, quantitative study, health information.

# » Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon?

Forfattere: **Egil Gabrielsen**  
og **Kjersti Lundetræ**

## NØKKELORD

- Kvantitativ studie
- Helse
- Informasjon

## INTRODUKSJON

Lesekompetansen i voksenbefolkningen har i løpet av de siste tjue årene vært viet betydelig oppmerksomhet i flere nasjonale og internasjonale undersøkelser (1–3). Resultatene har skapt bekymring fordi de viser at det også i land med godt utbygde utdanningssystemer, er mange voksne som sliter med svake leseferdigheter. Dette får betydning for hvordan de mestrer utfordringer og omstillinger i et arbeids- og hverdagsliv hvor lesekravene over tid er endret og skjerpet (4).

Ett område som har vært gjenstand for stor interesse, er hvorvidt voksne har gode nok leseferdigheter til å lese og forstå ulike tekster knyttet til helseinformasjon. I engelsk språkdrakt kalles dette området Health Literacy. Det finnes en rekke definisjoner av Health Literacy, som favner ulike helsedomener (helsetjenester, forebygging, helsefremming) og dimensjoner (5). Mens alle definisjonene innbefatter dimen-

sjoner som tilgang til – og forståelse av – helseinformasjon, favner noen definisjoner også om vurdering av informasjon eller det å gjøre informerte valg knyttet til helse spørsmål (5). I fortsettelsen vil vi oversette Health literacy med helse-relatert leseferdighet (HL), og avgrense oss til dimensjonene som omfatter tilgang til og forståelse av ulike helseinformasjon.

Vi skal i denne artikkelen anvende data fra Adult Literacy and Life Skills Survey (ALL) (2) som utgangspunkt for en presentasjon av hvordan helse-relatert leseferdighet fordeler seg blant nordmenn i aldersgruppen 16–65 år med vekt på sentrale bakgrunnsvariabler som alder, kjønn, utdanning, arbeidsmarkedsstatus og innvandringsstatus. I tillegg skal vi se på sammenhengen mellom voksnes leseferdigheter og deres vurdering av egen helsetilstand.

## LESEFERDIGHETER

Internasjonale studier har bekreftet at gode basisferdigheter i lesing og regning bidrar til individuell velfungering og gir uttelling på viktige livsområder som utdanning, arbeidssituasjon, samfunnsdeltakelse og helse, jamfør resultater fra British Birth Cohort Studies og

American Longitudinal Study of Adult Learning (6–9).

Tilsvarende viser de nevnte undersøkelsene at individer med svake basisferdigheter har en økt risiko for å oppleve begrensninger i sin livsutfoldelse. Dette omfatter mulighetene for å fullføre planlagte utdanningsløp og for å få adgang til og å kunne bli værende på arbeidsmarkedet, gjerne kombinert med problemer med hensyn til psykisk og fysisk helse. Dårlige leseferdigheter er også forbundet med dårligere egenopplevd helse (10).

Vi bruker i dag mange ulike kilder for å tilegne oss helseinfor-

### Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at eldre, innvandrere, voksne med liten utdanning og de som står utenfor arbeidslivet, er blant dem som sliter mest med å forstå skriftelig helseinformasjon.

### Mer om forfatterne:

Egil Gabrielsen er dr.philos og norsk prosjektleder i IALS (International Adult Literacy Survey) og ALL (Adult Literacy and Life Skills Survey) og førsteamanuensis. Kjersti Lundetræ er ph.d i spesialpedagogikk og førsteamanuensis. Begge er ansatt ved Nasjonalt senter for leseopplæring og leseforskning, Universitetet i Stavanger. Kontakt: egil.gabrielsen@uis.no.

masjon i tillegg til egen lege. For eksempel gjennom aviser, blader, bøker og internett. Dette gir oss grunnlag for å kunne forebygge sykdom og forstå instruksjoner i et foreskrevet behandlingsopplegg, som for eksempel dietter og medisinerbruk.

Behovet for helserelevante leseferdigheter varierer med endret helse, alder, ny informasjon og nye anbefalinger. Helserelevante leseferdigheter er nødvendig for å kunne orientere seg om egen sykdom og egne risikofaktorer for utvikling av sykdom. I tillegg er slik informasjon under stadig endring og oppdatering, og nye sykdommer oppdages, som for eksempel fugleinfluensa. Videre har vi behov for å kunne sammenlikne forskjellige former for helseinformasjon fordi ulike kilder gir opplysninger som kan stå i motstrid til hverandre. Det å kunne vurdere slike motsetninger, og ikke minst å kunne identifisere helseråd av mer tvilsom

er en videreføring og en utvidelse av den første store internasjonale leseundersøkelsen, IALS (International Adult Literacy Survey), som ble gjennomført i 22 land i perioden 1994–96 (1,2). Begge ble ledet av OECD og Statistics Canada og inngår i en kartleggingstradisjon som ble etablert i USA midt på 1980-tallet. Her anvendes et fast rammerverk for å utvikle leseoppgaver innenfor seks kontekster; en av disse er helsekonteksten. Alle undersøkelsene har felles prosedyrer for gjennomføring, og i tillegg brukes identiske systemer for skalering og skåring. På dette grunnlaget har det vært mulig å etablere en link mellom dataene fra de ulike undersøkelsene (11–14).

På initiativ fra og i samarbeid med helseforskere, utarbeidet Educational Testing Service i 2004 en Health Literacy Scale (15). Et ekspertteam definerte fem ulike helsebevarende områder som er beskrevet nærmere i

skelighetsgrad og leseferdighet er basert på Item Response Theory (IRT). IRT brukes for å estimere sannsynligheten for at en gitt person vil svare korrekt på en gitt oppgave hentet fra et nærmere spesifisert utvalg av oppgaver (i dette tilfelle helserelevante) (16). I ALL ble leseoppgavene plassert på en skala fra 0–500, etter vanskegrad. I tillegg ble skalaen delt inn i fem leseferdighetsnivåer. De fem nivåene reflekterer en progresjon med hensyn til i hvilken grad ulike kognitive prosesser og strategier kreves i informasjonsbearbeidningen for å kunne løse de ulike oppgavene korrekt. Nivå 1 er det laveste nivået med de enkleste oppgavene og nivå 5 knyttes til de vanskeligste oppgavene (16,17).

### LESERFERDIGHETSNIVÅ

OECD har både i rapporteringen fra IALS og ALL argumentert for at voksne bør ha leseferdigheter på nivå 3 eller bedre for å mestre utfordringene i dagens informasjonssamfunn godt nok: «The quality of life shift occurs between level 2 and 3» (18). Det innebærer at voksne både på nivå 1 og nivå 2 (av 5) defineres som svake lesere. Dette kriteriet har ført til betydelig debatt, også her i landet. I Norge, som er blant de landene som hevder seg godt i den internasjonale sammenlikningen, innebærer det for eksempel at over en tredjedel av voksenbefolkningen inkluderes i det vi kan kalle bekymringsgruppen når man anvender det nevnte kriteriet (19). Sticht (20) peker på at disse høye tallene gir liten troverdighet, og i neste omgang kan medvirke til at den betydelige gruppen med de aller svakeste ferdighetene ikke får nødvendig hjelp til sine problemer. Vi har likevel valgt å anvende OECD-

## ” Dårlige leseferdigheter er også forbundet med dårligere egenopplevd helse.

karakter, krever leseferdighet som inkluderer mer avanserte kognitive prosesser, som kritisk tenkning. Det er også viktig at voksne er i stand til å stille relevante spørsmål til helsepersonell på ulike nivåer for å få den nødvendige informasjonen omkring diagnoser og behandlingsmuligheter. I tillegg må man selv være i stand til å gi barn og andre pårørende nødvendig helseinformasjon.

### HELSERELATERT LESEFERDIGHET

Adult Literacy and Life Skills (ALL), som vi bruker som datagrunnlag for denne artikkelen,

tabell 1. Det ble så gjennomført omfattende analyser hvor man koplet disse fem helseområdene til ulike oppgaver fra konteksten helse; oppgaver som tidligere hadde vært benyttet i de forannevnte leseundersøkelsene. Analysen identifiserte 191 slike oppgaver av varierende vanskegrad.

Vanskelighetsgraden til oppgavene i ALL bestemmes blant annet av lesbarhet, hvilken type informasjon det blir spurt etter, hvor eksplisitt informasjonen det blir spurt etter er og antallet distraktorer i teksten (16). Prosedyren som anvendes for å beregne en felles skala for van-

**TABELL 1:** Kategorier av helsebevarende tiltak med utvalgte eksempler

| Helsebevarende tiltak      | Fokus  | Eksempler på informasjonskilder   | Eksempler på oppgaver   |
|----------------------------|--|---|---|
| Helsebevarende tiltak      | Forbedre og opprettholde god helse                             | Artikler i aviser og magasiner, hefter og brosjyrer<br><br>Diagrammer, grafer og lister<br><br>Etiketter på matvarer og produkter                                       | Innkjøp av matvarer<br><br>Planlegge treningsopplegg  |
| Helsevern                  | Ivareta helsen til individer og folkegrupper                   | Artikler i aviser og magasiner, hefter og brosjyrer<br><br>Oppslag med helse- og sikkerhetsadvarsler<br><br>Rapporter om luft- og vannkvalitet<br><br>Folkeavstemninger | Velge mellom tilgjengelige produkter<br><br>Bruke produkter<br><br>Avgi stemme                                    |
| Sykdomsforebygging         | Iverksette forebyggende tiltak og ta del i tidlig deteksjon    | Nyhetsmeldinger [TV, radio og aviser]<br><br>Oppslag om vaksiner og screeningprogrammer<br><br>Brev om prøveresultater<br><br>Grafer og diagrammer                      | Fastsette risiko<br><br>Delta i screeningprogrammer eller diagnostiske tester<br><br>Oppfølging                   |
| Helseomsorg og vedlikehold | Søke omsorg og opprette samarbeid med helsepersonell           | Helsehistorieskjema<br><br>Legemiddeletiketter<br><br>Epikriseinstruksjoner<br><br>Opplysningshefter og brosjyrer   | Beskrive og måle symptomer<br><br>Følge anvisninger på legemiddeletiketter<br><br>Beregne når legemidler skal tas |
| Finne ut av systemene      | Tilgang til nødvendige tjenester<br><br>Forstå ens rettigheter | Søknadsskjema<br><br>Beskrivelse av rettigheter og ansvar, informert samtykke<br><br>Helsetjenestepakker  | Finne fasiliteter<br><br>Søke om tjenester<br><br>Gi informert samtykke   |

Oversatt fra Rudd, Kirsch & Yamamoto (2004)

kriteriet og vil i fortsettelsen omtale nivå 3 som kriterium for ønsket ferdighetsnivå med hensyn til helserelatert leseferdighet (i resultatpresentasjonen omtalt som nivå 3+).

Formålet med denne artikkelen er å presentere hvordan

det som foran er definert som helserelatert leseferdighet, fordeles seg i den norske voksenbefolkningen i alderen 16 til 65 år. Vi vil anvende variablene alder, kjønn, utdanningsnivå, arbeidsmarkedsstatus, innvandringsstatus og egenopplevd helse som

uavhengige variabler i analysene.

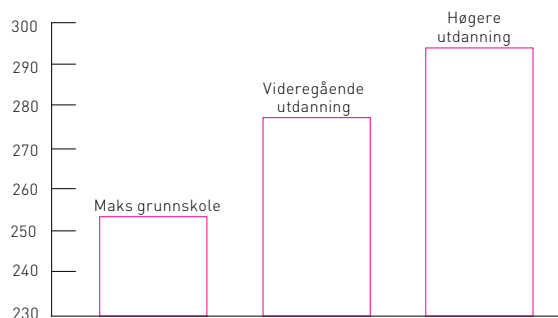
## METODE OG UTVALG

Et representativt utvalg med 5400 personer i aldersgruppen 16–65 år deltok i den norske delen av hovedundersøkelsen i ALL. Utvalget var trukket av

**TABELL 2:** Gjennomsnittskår og prosent av hver aldersgruppe på leseferdighetsnivå

|         | Nivå 1 | Nivå 2 | Nivå 3 | Nivå 4/5 | Gj.snittskår |
|---------|--------|--------|--------|----------|--------------|
| Alder   | %      | %      | %      | %        |              |
| 16 - 25 | 5,3    | 30,7   | 51,8   | 12,2     | 286,1 (1,6)  |
| 26 - 35 | 4,4    | 30,9   | 52,1   | 12,5     | 287,5 (1,2)  |
| 36 - 45 | 5,3    | 34,6   | 50,8   | 9,3      | 282,6 (1,5)  |
| 46 - 55 | 9,0    | 43,4   | 41,8   | 5,8      | 272,9 (1,6)  |
| 56 - 65 | 16,3   | 47,8   | 33,3   | 2,7      | 261,3 (1,6)  |

Standardfeilen til gjennomsnittskåren i parentes.

**FIGUR 1:** Utdanningsnivå

Gjennomsnittskår på skalaen for helserelatert leseferdighet for tre utdanningsnivå.

Statistisk sentralbyrå (SSB), med utgangspunkt i utdanningsregisteret og variablene alder, kjønn og utdanningsnivå (21).

Intervjuere fra SSB var hjemme hos informantene og gjennomførte et omfattende bakgrunnsintervju hvor informantene ga opplysninger om blant annet utdanning, arbeidssituasjon, leseaktivitet i arbeids- og fritidssammenheng og vurdering av egen helse. Deretter fikk informantene et oppgavehefte med lesetekster og tilhørende oppgaver. Dette ble gitt på delta-erlandenes hovedspråk (2,19).

Informantene fikk bruke så mye tid de ønsket på å svare på oppgavene. Skåring og kvalitetssikring ble foretatt av egne team i samsvar med den internasjonale prosjektledelsens prosedyrer og retningslinjer. Datasettene ble ferdigstilt for analyser av Educational Testing Service og Statistics Canada.

SPSS 20 ble brukt til de statistiske analysene. Krysstabeller ble brukt for å synliggjøre nivåfordelingen av helserelatert leseferdighet (HL) (avhengig variabel) for hver av de uavhengige variablene aldersgruppe,

arbeidsmarkedsstatus, innvandringsstatus og egenopplevd helse. Videre ble forskjeller i gjennomsnittskårer i HL sammenliknet for hver av de uavhengige variablene med henholdsvis t-test for uavhengige utvalg (kjønn, innvandringsstatus) og ANOVA (aldersgruppe, utdanningsnivå, arbeidsmarkedsstatus, egenopplevd helse). Til slutt ble det anvendt en lineær regresjonsanalyse for å undersøke den relative effekten til hver av de uavhengige variablene på HL når de andre uavhengige variablene ble kontrollert for.

### Ulike aldersgrupper

Tabell 2 viser nivåfordeling og gjennomsnittskår for helserelatert leseferdighet fordelt etter aldersgrupper. Vi ser at nærme to av tre voksne skårer på nivå 3 eller høyere i de tre yngste aldersgruppene (16–45 år). Det er ingen signifikante forskjeller mellom disse tre gruppene. Aldersgruppen 46–55 har en signifikant svakere snittskår enn de tre forannevnte og over halvparten skårer her på nivå 1 eller 2. Den eldste aldersgruppen (56–65 år) oppnår det klart svakeste gjennomsnittsresultatet. Hver sjettede person i denne gruppen skårer på nivå 1, noe som er et uttrykk for meget svak lesekompetanse. Bare hver tredjedde person i eldste aldersgruppe har leseferdighet på et nivå som samsvarer med det forannevnte OECD-kriteriet.

### Kjønn

Det er ikke funnet noen signifikant forskjell mellom kvinner og menn med hensyn til helserelatert leseferdighet.

### Utdanningsnivå

Figur 1 bekrefter at det er store og signifikante forskjeller mel-

lom voksne på ulike utdanningsnivåer når det gjelder helserelatert leseferdighet. Dette er i samsvar med tidligere funn; utdanning er den enkeltvariabelen som kan forklare mest av variasjonen i generell leseferdighet hos voksne (2,19).

### Arbeidsmarkedsstatus

Tabell 3 viser nivåfordelingen for helserelatert leseferdighet etter informantenes status på arbeidsmarkedet. Vi ser at gruppen elev/student skårer signifikant høyere enn alle de andre gruppene; gjennomsnittresultatet ligger nærmere 10 skårpoeng over neste gruppe (de som er i arbeid). Mer enn to tredjedeler fra elev-/studentgruppen

befinner seg på ønsket nivå 3+. Den største undergruppen, de som er i arbeid, har i underkant av 60 prosent på nivå 3+. Denne

” Gruppen elev/student skårer signifikant høyere.

gruppen skårer signifikant bedre enn de resterende fire gruppene.

Over halvparten i gruppen av voksne med status som arbeidsledig på prøvetidspunktet har leseferdighet på nivå 1 eller 2. Gruppen skårer imidlertid signifikant bedre enn to av de tre gruppene av voksne som av ulike grunner står utenfor arbeidsmarkedet. I disse tre siste gruppene finner vi at rundt

70 prosent har leseferdighet på de to svakeste leseferdighetsnivåene og at mindre enn en tredjedel tilfredsstiller det vi

foran har omtalt som OECD-kriteriet.

### Innvandrerbakgrunn

I tabell 4 har vi sammenliknet nivåfordeling og gjennomsnittskår for helserelatert lesekompetanse hos personer født i Norge med personer som er født i et annet land. Vi ser at det er en klar og signifikant forskjell mellom de to gruppene gjennomsnittskår. Det er spesielt andelen med meget svake leseferdigheter (nivå 1) som er stor i innvandrergruppen; nærmere en av fem befinner seg på dette nivået.

Vi har her brukt en inndeling med hensyn til innvandringsstatus som dekker over en del variasjoner med hensyn til lesing av norske tekster mellom ulike grupper av innvandrere. Den store gruppen av personer som er født i Sverige eller Danmark (men nå er norske statsborgere), har for eksempel vist seg å ha et bedre leseferdighetsnivå enn det vi finner for norskfødte. Det samme gjelder, om enn i noe mindre grad, innvandrere fra andre vestlige land.

Ser vi derimot på innvandrere fra ikke-vestlige land, har de vist seg å ha betydelig svakere leseferdigheter (på norsk) enn de forannevnte innvandrergruppene og etniske nordmenn (19,22). Et tilleggsutvalg i ALL-undersøkelsen, begrenset til innvandrere fra Pakistan, Somalia og Vietnam, nå bosatt i Oslo og Akershus-regionen, viste seg å komme ut med svært dårlige

**TABELL 3:** Gjennomsnittsskår og prosent av populasjonen på hvert leseferdighetsnivå fordelt etter arbeidsmarkedsstatus

|               | Nivå 1 | Nivå 2 | Nivå 3 | Nivå 4/5 | Gj.snittskår |
|---------------|--------|--------|--------|----------|--------------|
|               | %      | %      | %      | %        |              |
| I arbeid      | 5,8    | 36,4   | 49,2   | 8,7      | 281,1 (0,9)  |
| Arbeidsledig  | 13,6   | 43,0   | 36,7   | 6,7      | 267,7 (3,0)  |
| Pensjonist    | 19,5   | 51,2   | 28,4   | 0,9      | 255,9 (2,6)  |
| Student/elev  | 5,0    | 26,4   | 52,4   | 16,1     | 290,6 (1,9)  |
| Hjemmeværende | 19,5   | 48,2   | 27,5   | 4,8      | 258,0 (1,6)  |
| Andre*        | 18,7   | 49,1   | 29,5   | 2,7      | 258,2 (3,1)  |

Standardfeilen til gjennomsnittsskåren i parentes

\* Gruppen Andre er utenfor arbeidslivet på ulike trykdeordninger

**TABELL 4:** Prosentandel på hvert ferdighetsnivå og gjennomsnittsskår fordelt etter om man er født i eller utenfor Norge

|                   | Nivå 1 | Nivå 2 | Nivå 3 | Nivå 4/5 | Gj.snittskår |
|-------------------|--------|--------|--------|----------|--------------|
|                   | %      | %      | %      | %        |              |
| Født i Norge      | 6,9    | 37,0   | 47,4   | 8,7      | 279,7 (0,8)  |
| Ikke født i Norge | 18,2   | 38,5   | 34,6   | 8,7      | 266,3 (0,8)  |

Standardfeilen til gjennomsnittsskåren i parentes

**TABELL 5:** Prosentandel på hvert ferdighetsnivå og gjennomsnittsskår fordelt etter vurdering av egen helse

|           | Nivå 1 | Nivå 2 | Nivå 3 | Nivå 4/5 | Gj.snittskår | N    |
|-----------|--------|--------|--------|----------|--------------|------|
|           | %      | %      | %      | %        |              | %    |
| Utmerket  | 6,9    | 35,9   | 48,0   | 9,2      | 280,5 (1,4)  | 21,4 |
| Meget god | 4,4    | 31,6   | 52,2   | 11,7     | 286,6 (1,3)  | 34,5 |
| God       | 8,0    | 39,4   | 45,0   | 7,7      | 276,8 (1,3)  | 29,0 |
| Nokså god | 14,0   | 46,4   | 35,5   | 4,1      | 265,6 (2,3)  | 10,4 |
| Dårlig    | 18,2   | 47,2   | 33,3   | 1,4      | 258,9 (4,1)  | 4,3  |

Standardfeilen til gjennomsnittsskåren i parentes

**TABELL 6:** Oppsummering av lineær regresjonsanalyse med variabler som predikerer helsereelatert leseferdighet

|                   | B      | SE B | $\beta$ | p-verdi |
|-------------------|--------|------|---------|---------|
| Konstant          | 268,81 | 2,82 |         | ,000    |
| Kjønn             | 1,90   | 0,76 | ,028    | ,012    |
| Alder             | -0,46  | 0,03 | -,187   | ,000    |
| Født i Norge      | -15,28 | 1,50 | -,111   | ,000    |
| Utdanningsnivå    | 22,70  | 0,51 | ,535    | ,000    |
| Arbeidssøkende    | -9,35  | 2,13 | -,048   | ,000    |
| Student           | 6,40   | 1,31 | ,068    | ,000    |
| Hjemmeværende     | -13,26 | 2,35 | -,063   | ,000    |
| Pensjonist        | -11,71 | 2,08 | -,065   | ,000    |
| Annet             | -12,12 | 1,90 | -,073   | ,000    |
| Egenopplevd helse | -1,96  | 0,38 | -,060   | ,000    |

r<sup>2</sup> = 0,37. (I arbeid er referansekategori)

resultater; to av tre fungerte på nivå 1 (23). Det er derfor grunn til å regne med at det i den åttendedelen av den norske voksenbefolkningen som er født i utlandet eller født i Norge av to utenlandske foreldre (24), er en betydelig andel som har meget svake helsereleterte leseferdigheter.

### Egenopplevd helse

Vi ser av tabell 5 at det er den

halvparten av voksenbefolkningen som vurderer sin egen helse som utmerket eller meget god, som også har de beste helsereleterte leseferdighetene. Rundt



Jo høyere utdanningsnivå, jo bedre HL.

60 prosent skårer på nivå 3+ i begge gruppene. Gruppen som vurderer sin helse som meget

god kommer ut med den beste gjennomsnittsskåren, og denne er signifikant bedre enn både for gruppen som vurderer sin helse som utmerket, og de som svarer at helsen er god.

De rundt 15 prosent av voksenbefolkningen som vurderer sin helse som enten nokså god eller dårlig oppnår de klart svakeste leseresultatene. Her er det over 60 prosent som har en leseferdighet på de to laveste nivåene (nivå 1 eller 2).

### Sammenheng

I denne analysen ser vi på hvorvidt de uavhengige variablene predikerer helsereelatert leseferdighet (HL) også når det kontrolleres for effekten av de resterende uavhengige variablene (se tabell 6). Modellen forklarer 37 prosent av variansen i HL, og vi ser at alle de uavhengige variablene i modellen har en signifikant sammenheng med HL.

Utdanningsnivå (grunnskole, videregående, treårig høyere utdanning eller mer) forklarer om lag 29 prosent av variansen ( $\beta = 0,54$ , som kvadrert indikerer hvor mye unik varians variabelen forklarer). Jo høyere utdanningsnivå, jo bedre HL ( $B = 22,7$ ). Videre ser vi at det er små kjønnsforskjeller, dog i favør av kvinner ( $B = 1,9$ ), og at HL avtar noe med stigende alder ( $B = -0,46$ ). Alder forklarer for øvrig cirka 3,5 prosent av variansen i HL ( $\beta = -0,19$ ). Respondenter født utenfor Norge skårer om lag 15 poeng lavere i HL enn de som er født i

Norge. Når det gjelder arbeidsmarkedsstatus, har hjemmeværende ( $B = -13,26$ ), pensjonister



(B = -11,71) og «andre» (B = -12,12) noe lavere ferdigheter i HL enn dem som er i arbeid (referansekategori). Studenter, derimot, er den gruppen som mestrer lesing av helserelaterte tekster best, med enn skåre som er cirka 6 poeng høyere enn for dem som er i arbeid. Til slutt i tabell 6 ser vi at de som rapporterer dårlig helse (femdelt skala) har lavere HL enn de som rapporterer god helse, selv når det er kontrollert for faktorer som ofte har sammenheng med helse (kjønn, alder, utdanningsnivå og arbeidsmarkedsstatus).

## DISKUSJON

Resultatene som er presentert i det foregående bekrefter at det er store nivåforskjeller på helserelatert leseferdighet mellom ulike grupper av den norske voksbefolkningen. Fordelingen viser langt på vei de samme mønstrene som vi har funnet for generell leseferdighet både nasjonalt og internasjonalt gjennom IALS og ALL.

Fellestrekkene mellom generell leseferdighet og helserelatert leseferdighet kan kort oppsummeres slik:

- De yngre aldersgruppene (under 45 år) har bedre lesekompetanse enn de eldre
- Den eldste aldersgruppen (56+) er den klart svakeste
- Utdanningsnivå ser ut til å bety mest for personers leseferdighetsnivå
- Voksne som av ulike grunner står utenfor arbeidsmarkedet, har svakere leseferdigheter enn de som er yrkesaktive eller er under utdanning
- Det er bare ubetydelige kjønnsforskjeller med hensyn til leseferdighet

De forhold som her er listet opp, bekrefter at eldre mennesker

gjennomgående har større problemer med å forstå og dermed nyttiggjøre seg helserelaterte tekster enn yngre. Dette kan skyldes at flere eldre i utgangspunktet har svakere leseferdigheter enn yngre voksne, men det kan også tenkes at svekket helse kan påvirke evnen til å forstå skriftlig informasjon. Resultatene kan muligens vurderes som positive sett i et forebyggingsperspektiv; yngre mennesker vil for eksempel ha et bedre utgangspunkt for å velge en livsstil som forebygger sykdom. På den annen side er det åpenbart at det er i eldre år at behovet for å vedlikeholde og reparere helsen øker og er størst. Det er derfor bekymringsfullt når vi her får bekreftet at det er de eldste (55+), og de som vurderer sin egen helsestilstand som enten nokså god eller dårlig, som viser seg å ha de svakeste forutsetninger for å anvende ulike former for skriftlig helseinformasjon. Over 60 prosent i de to sistnevnte gruppene har leseferdigheter på et nivå som i denne sammenhengen gjør dem sårbare i forhold til dagens informasjonsflom på helsemarkedet. Overfører vi utvalgstillene til populasjonstall utgjør dette henholdsvis 180 000 og 85 000 mennesker i

ligere funn som viser at voksne med svake leseferdigheter gjennomgående vurderer å ha svakere helse enn de med gode leseferdigheter. Lundetræ mfl. og Wagner mfl. (10,26) fant også at sannsynligheten for å oppleve svekket helse, øker med lave leseferdigheter. Uavhengig av alder, utdanning, kjønn, innvandringsstatus og inntekt. Ettersom egenopplevd helse viser seg å samsvare godt med faktisk helse (27, 28), er det derfor grunn til å anta at voksne med svake leseferdigheter gjennomgående er blant de som har dårligst helse i befolkningen.

Å ha adekvate leseferdigheter er en viktig kilde til kunnskap, også om helse. Mye av den generelle helseinformasjonen kan være vanskelig tilgjengelig for svake lesere, og det er derfor sannsynlig at gruppen voksne med svake leseferdigheter har mindre kunnskap om helse enn voksne med gode leseferdigheter. Mangelfulle HL kan for eksempel resultere i feilvurderinger av egen helsetilstand, bidra til at lege ikke oppsøkes, og også forårsake forverring av sykdom, i tillegg til at man kan ha problemer med å orientere seg i dagens kompliserte helsesystem. Dette gir mange utfordringer for det norske helsevesenet. Holder

” Den eldste aldersgruppen (56+) er den klart svakeste.

de to nevnte gruppene i Norge. Vi må her minne om at voksne over 65 år ikke inngår i utvalget. Kartlegging blant aldersgruppen 65+ i Canada og USA bekrefter at andelen med svake helserelaterte leseferdigheter, stiger med økende alder (15,25). Tallene vi har referert i denne artikkelen, samsvarer med tid-

vi oss til forebyggingsperspektivet, innebærer våre tall at det vil være nødvendig å forenkle mye av den generelle helseinformasjonen som tilbys voksne i dag. En undersøkelse gjennomført i Canada påviste for eksempel en tydelig sammenheng mellom diabetes og lesekompetanse på populasjonsnivå; forekomsten

av diabetes synker med høyere health literacy i voksenalderen (25).

Vi har grunnlag for å hevde at nivået for helserelatert leseferdighet er av betydning både på individnivå og samfunnsnivå. For samfunnet har befolkningens helsetilstand blant annet betydning for produktivitet og økonomi. På det personlige plan gir gode leseferdigheter et bedre utgangspunkt for å forstå, vurdere og kommunisere helserelatert informasjon. Informasjon er vesentlig for å opprettholde god helse, ivareta egne og familiemedlemmers helsebehov, og for å finne fram i et stadig mer mangfoldig behandlingssystem. I møte med pasienter må helsepersonell være bevisste på at gode leseferdigheter ikke er en selvfølge, og at viktig informasjon også må formidles muntlig. Videre er det ved utforming av skriftlig helseinformasjon viktig å ta hensyn til at mange brukere av ulike helseinformasjon har lave leseferdigheter. Dette gjelder både pakningsvedlegg, medisinstudier og diverse informasjonsskriv. Klar og enkel kommunikasjon kan gi flere tilgang til informasjon som kan være avgjørende for å ivareta egen helse og å følge opp anbefalt behandling. Befolkningens helserelaterte leseferdigheter må tas hensyn til i vurderingen av hvordan ressurser kan utnyttes på en best mulig måte.

#### REFERANSER

1. OECD, Statistics Canada. Literacy in the Information Age: Final Report of the Adult Literacy Survey. OECD Publishing, Paris. 2000.
2. OECD, Statistics Canada. Literacy for life: Further Results from the Adult Literacy and Life Skills Survey. Second International ALL report. Ottawa/Paris. 2011.

3. OECD OECD Skills Outlook 2013: First Results from the Survey of Adult Skills. OECD Publishing, Paris. 2013.

4. Søyby J, Einan S. Lese- og skriveferdighet: Grunnlaget for aktiv deltakelse i arbeids- og samfunnsnivå. I: Kure H., Tollersrud K., Hauge L., Wulfsberg N., Ringnes IF., Clausen W., Grambo A-C. (red). Arbeid, velferd og samfunn. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Oslo. 2006.

5. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80-92.

6. Bynner J, Parsons S. Insights into basic skills from a UK longitudinal study. I: Reder S., Bynner, J. (red). Tracking Adult Literacy and Numeracy Skills: Findings from Longitudinal Research. Routledge, New York. 2010. (s 27-58).

7. Reder S. The development of literacy and numeracy in adult life. I: Reder S., Bynner J. (red). Tracking Adult Literacy and Numeracy Skills: Findings from Longitudinal Research. Routledge, New York. 2010. (s 59-84).

8. Desjardins R. Learning for Well Being: Studies Using the International Adult Literacy Survey. Institute of International Education, Stockholm University, Stockholm. 2004.

9. Desjardins R. The determinants of health literacy proficiency. Paper innestilt til fagfellevurdering. 2010.

10. Lundstrøm K, Støkke R, Gabrielsen E. Helse i hvert ord? I: Matre S., Skaftun A. (red). Skriv! Les! Artikler fra den første nordiske konferansen om skiving, lesing og literacy. Akademika forlag, Oslo. 2012. (s 271 - 283).

11. Yamamoto K. Scaling and scale linking. I: Murray TS., Kirsch IS., Jenkins L. (red). Adult Literacy in OECD countries. Technical Report on the First International Adult Literacy Survey. U.S. Department of Education, Washington DC. 1998.

12. Yamamoto K. Scoring, scaling and statistical models for proficiency estimation of Health Literacy for Norway. Educational Testing Service, N.J. (upublisert). 2006.

13. Yamamoto K, Kirsch IS. Proficiency Estimation. I: Murray TS., Kirsch IS., Jenkins L. (red). Adult Literacy in OECD countries. Technical Report on the First International Adult Literacy Survey. U.S. Department of Education, Washington DC. 1998.

14. Murray TS, Kirsch IS, Jenkins L. Adult Literacy in OECD countries: Technical Report on the first International Adult Literacy Survey. U.S. Department of Education, Washington DC. 1998.

15. Rudd R, Kirsch IS, Yamamoto K. Literacy and Health in America. Policy

information Report. Educational Testing Service, Princeton N.J. 2004.

16. Kirsch I. The International Adult Literacy Survey (IALS). Understanding What Was Measured. Educational Testing Service, Princeton N.J. 2001.

17. Gabrielsen E. Slik kan leseferdigheter måles. Monografiserien ALL nr. 6. Nasjonalt senter for leseopplæring og leseforskning, Stavanger, 2006.

18. OECD, Statistics Canada. Learning a Living; First Results of the Adult Literacy and Life Skills Survey. Ottawa/Paris. 2005.

19. Gabrielsen E, Haslund J, Lagerstrøm BO. Lese- og mestringskompetanse i den norske voksenalderen. Resultater fra ALL (Adult Literacy and Life Skills). Nasjonalt senter for leseopplæring og leseforskning, Stavanger. 2005.

20. Sticht TG. The International Adult Literacy Survey: How well does it represent the literacy abilities of adults? The Canadian Journal for the Study of Adult Education. 2001;15:19-36.

21. Lagerstrøm BO. Hvor godt leser voksne nordmenn? Samfunnsspeilet. 2005;19:11-14.

22. Gabrielsen E, Lagerstrøm BO. Med annen bakgrunn. Lese- og regneferdigheter blant voksne innvandrere. Monografiserien ALL nr. 7. Stavanger: Nasjonalt senter for leseopplæring og leseforskning, Stavanger. 2007.

23. Gabrielsen E, Desjardins R. Innvanderers basisferdigheter på norsk. I: Søkelys på arbeidslivet. 2012;28:329-44.

24. Dzamirija MT. Hva skal «innvandreren» hete? Samfunnsspeilet 2008;22:62-5.

25. Canadian Council of Learning. Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding. Ottawa. 2008.

26. Wagner Cv, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. Journal of Epidemiology and Community Health. 2007;61:1086-90.

27. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. Journal of Health and Social Behavior. 1997;38:21-37.

28. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. Journal of General Internal Medicine. 2007;38:21-37.

# Viktig informasjon må også gis muntlig

> Ved å gå gjennom skriftelig informasjon sammen med pasienten kan sykepleier få innblikk i om teksten blir forstått.



**Turid Undebakke Schweitz**

Klinisk Sykepleiespesialist, Dagkirurgisk avdeling, Lovisenberg Diakonale Sykehus

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Gabrielsen beskriver i sin studie hvilken avgjørende betydning helserelaterte leseferdigheter kan ha for forståelse av skriftlig helseinformasjon. Funnene viser at enkelte kan gå glipp av viktig informasjon om egen helse på grunn av svake leseferdigheter. Artikkelen har gjort meg mer bevisst på sammensetningen av denne gruppen, noe vi kan dra nytte av når nye informasjonsskriv skal utarbeides og nye høringsgrupper etableres.

Studien viser at det er store nivåforskjeller på helserelatert leseferdighet mellom ulike grupper av den norske voksenalderbefolkningen. Den eldste aldersgruppen (56+) og personer født i ikke-vestlige land er to grupper som skiller seg ut og har svake gjennomsnittsresultater. Dette er nyttig informasjon i møtet med pasienten, men også ved valg av høringsgrupper når nye informasjonsbrosjyrer utarbeides.

Ved utarbeidelse av pasientinformasjon om smertebehandling etter hjemkomst, har vi selv erfart viktigheten av tilbakemelding fra ulike grupper som pasienter og brukerrepresentanter. Dette fordi de kan belyse om tekst, utforming og design formidler den tiltenkte informasjonen på en god og forståelig måte. Uttrykk og forklaringer som vi synes og tror er selvsagte er ikke alltid like selvsagte for andre.

Ifølge artikkelen er det av betydning at voksne er i stand til å stille relevante spørsmål til helsepersonell på ulike nivåer. I en hektisk hverdag er utfordringen å fange opp de pasientene som kanskje ikke er i stand til å stille de relevante spørsmålene. Møtet med pasienten på en dagkirurgisk avdeling er kort. Jeg erfarer at pasienten ikke alltid vet hva han skal spørre om og at mange av spørsmålene dukker opp når pasienten har kommet hjem.

Artikkelen belyser betydningen av at helsepersonell er bevisst på at gode leseferdigheter ikke er en selvfølge og at viktig informasjon også må formidles muntlig. Ved å gå gjennom den skriftlige informasjonen sammen med pasienten kan sykepleier få oversikt over om informasjonen er forstått. I tillegg gir dette anledning til å gi ekstra hjelp til de med nedsatt leseferdighet. Uklarheter og spørsmål kan bli fanget opp før de reiser fra avdelingen. Det er likevel positivt at mange sykehus ringer sine dagkirurgiske pasienter dagen etter operasjonen. Det gir en mulighet til å gjenta informasjonen og gjøre greie for uklarheter etter hjemkomst. Kanskje er dette ekstra viktig og betydningsfullt for de med lave helserelaterte leseferdigheter.

Les artikkelen på side 26





SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Denne artikkelen er basert på studien «Etterlatte ved brå død i Nord-Norge».

**Hensikt:** Artikkelen fokuserer på utfordringer i møte mellom lokalt hjelpeapparat og etterlatte etter brå og uventet død i ulike samiske områder i Nord-Norge, med utgangspunkt i etterlattes opplevelser.

**Metode:** Kvalitative dybdeintervjuer hvor hermeneutisk fenomenologisk forskningsmetode er anvendt.

**Resultater:** Den kvalitative innholdsanalysen avdekket tre hovedutfordringer: 1) Tette- og multiplekse relasjoner, 2) Manglende tiltro til hjelpeapparatet, og 3) Manglende

fleksibilitet og tilgjengelighet i hjelpeapparatet. Utfordringene blir diskutert i lys av kulturell kontekst og relevant teori.

**Konklusjon:** Et kulturelt sensitivt hjelpeapparat fordrer kunnskap og forståelse for etterlattes situasjon og den kulturelle konteksten han eller hun lever i.

ENGLISH SUMMARY

**Challenges in encounters with local support services for bereaved in Sami areas in northern Norway**

**Background:** This article is based on «The North Norwegian bereavement study».

**Objective:** The article focuses on challenges experienced by bereaved after sudden and unexpected death in different Sámi areas in northern Norway in their enco-

unter with local support services.

**Method:** Qualitative in depth interviews where a hermeneutic phenomenological research method is applied.

**Results:** The qualitative content analysis revealed three main groups of challenges: 1. Tight and multiplex relationships, 2. Lack of confidence in the local support services, and 3. Lack of flexibility and availability of

local support services. These challenges are discussed in view of the cultural context and relevant theory.

**Conclusion:** A culturally sensitive support service demands knowledge and understanding of the bereaved's situation and the cultural context in which he or she lives.

**Keywords:** Qualitative study, culture, bereaved, death, local support services

# » Etterlattes erfaringer med lokalt hjelpeapparat i samiske områder i Nord-Norge

Forfattere: Anne Silviken,  
Gro Berntsen og Kari Dyregrov

## NØKKEWORD

- Kvalitativ studie
- Kultur
- Pårørende
- Død
- Helsetjeneste

Brå og uventet død er en belastende og potensielt traumatiserende hendelse for etterlatte, og i tiden etter dødsfallet er støtte og hjelp fra det naturlige nettverket og hjelpeapparatet viktig. Etterlatte er i varierende grad fornøyd med hjelpen de har fått fra hjelpeapparatet, og som denne artikkelen viser kan møtet også by på spesielle utfordringer.

## INNLEDNING

Forskning som omhandler hjelp i små samfunn har primært fokusert på utfordringer i forhold til rollerollen, og i mindre grad på hvilke utfordringer brukerne opplever. Små lokalsamfunn kan defineres ut fra geografi (liten og spredt bosetting, lange avstander), og sosioøkonomiske (nærhet til helsehjelp og andre offentlige tjenester) og sosiologiske (felleskap og støtte i lokalsamfunn) forhold (1). De kan også beskrives som et moralsk fellesskap, hvor folk deler

grunnleggende normer og opptrer relativt likt (2). Lokalsamfunn utgjør med andre ord en del av den kulturelle konteksten folk lever i. Kultur forstås i denne sammenheng som «De kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn» (3, s. 15). Samiske områder forstås vi som geografiske områder hvor befolkningen tradisjonelt har bestått av, og i mange sammenhenger fremdeles består av, en betydelig andel samer. Dette er områder hvor samisk kultur preger innbyggerne på ulike måter uavhengig av etnisk tilhørighet.

I henhold til «Lov om pasient og brukerrettigheter» (§ 3-5, 1999) har enhver pasient rett på informasjon tilpasset individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (4). I tillegg har den samiske befolkningen gjennom sin status som urfolk i Norge, særskilte rettigheter med hensyn til å motta et likeverdig helsetilbud (5–7), det vil si et helsetilbud tilpasset deres språk, kultur og samfunnsnivå. Forskning viser at på tross av lovbestemte rettigheter, opplever samiske pasienter helsetjenesten lite tilgjengelig og tilrettelagt i forhold til deres språk og kultur (8–12).

Brå og uventet død representerer en akutt livshendelse som kan medføre belastende stressfaktorer for de etterlatte, og er mer traumatiserende enn naturlige dødsfall (13). En tidligere studie av Dyregrov og hennes forskergruppe viste at disse etterlatte, i tillegg til støtte fra det sosiale

## Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at hjelpeapparatet i samiske områder synes å ha særskilte utfordringer knyttet til tette- og multiplekse relasjoner, tilstrekkelig kulturkompetanse og tilgjengelighet overfor de etterlatte.

## Mer om forfatterne:

Anne Silviken er utdannet psykolog og ansatt som forsker ved Senter for samisk helseforskning, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø og ved Ungdomspsykiatrisk avdeling ved Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern. Gro Berntsen er sosialantropolog og barnevernspedagog. Hun er ansatt som spesialkonsulent ved Regionalt ressurscenter om Vold, Traumatisk Stress og Selvmordsforebygging, RVTS Nord, i fagteam selvmordsforebygging, UNN. Kari Dyregrov er utdannet sosiolog og er ansatt som forskningsleder ved Senter for Krisepsykologi, Bergen og seniorforsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Kontakt: anne.silviken@uit.no

nettverket, har behov for hjelp og bistand fra det offentlige hjelpeapparatet og at de trengte mer hjelp fra det lokale hjelpeapparatet enn de fikk (14). Det er tidligere ikke forsket på etterlattes erfaringer med hjelpeapparatet i samiske områder i Norge. Denne artikkelen springer ut fra forskningsprosjektet «Etterlatte ved brå død i Nord-Norge», og utforsker hvilke utfordringer etterlatte i ulike samiske områder i Nord-Norge opplever i møtet med lokalt hjelpeapparat. Målsettingene med artikkelen er å framskaffe kunnskap om oppfølgingen av etterlatte og at kunnskapen skal nå ut til helsearbeidere.

#### METODE

Datamaterialet i artikkelen er hentet fra forskningsprosjektet «Etterlatte ved brå død i Nord-Norge». Erfaringer med hjelpeapparatet og mestring i et

gjennomført ved Senter for Krisepsykologi fra 1996–2000 (15,16). I tillegg har studien et utvidet fokus på kultur. Grunnlaget for denne artikkelen er datamateriale fra dybdeintervjuer med etterlatte.

#### PROSEDYRE

Informantene til «Etterlatte-studien» ble i hovedsak rekruttert gjennom kommuneleger og ledere av kriseteam i alle kommuner i Nord-Norge (n = 88) og åtte utvalgte kommuner i sørsamisk område; Engerdal, Røros, Snåsa, Røyrvik, Steinkjer, Lierne, Namsskogan og Levanger. Inklusjonskriteriene var: 1) informantene måtte være 18 år eller eldre, 2) ha mistet en nær person ved brå og uventet død; ulykker, plutselig spedbarns-/barnedød, selvmord og drap, og 3) det måtte være minimum seks måneder og maksimum sju år siden dødsfallet.

artikkelen er basert på to seleksjonskriterier: 1) at de bodde i rurale samiske områder i Nord-Norge og 2) at de i intervjuet reflekterte rundt utfordringer knyttet til det å motta og/eller be om hjelp i små samfunn. Til sammen ble 17 etterlatte, 12 kvinner og fem menn, inkludert for analyse i denne artikkelen. De var i alderen 35–63 år; gjennomsnittsalder=46,5 år, og representerte 11 dødsfall. Informantene hadde ulike etnisk bakgrunn: samisk (n=7), norsk/samisk (n=6), norsk (n=1), og norsk/kvensk (n=3). De var bosatt i rurale områder i Indre-Finnmark (n=11), kyst- og fjordstrøk i Nord-Troms (n=5), og ett sørsamisk område i Nordland (n=1). Flertallet av deltakerne hadde mistet sine barn (11), mens de andre hadde mistet et søsken (1), foreldre (2) eller nevøer eller nieser (3). Totalt hadde ni etterlatte mistet en nærstående i selvmord mens de øvrige etterlatte hadde mistet i ulykke (8). Tid siden dødsfallet på intervjudispunktet varierte mellom to til ti år, gjennomsnitt=fem år.

” Noen etterlatte ga uttrykk for direkte mistillit etter sitt møte med hjelpeapparatet.

kulturelt perspektiv». Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Senter for samisk helseforskning, UiT, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Regionalt ressurscenter om Vold, Traumatisk Stress og Selvmordsforebygging (RVTS Nord) og Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS), Helse-Finnmark. Prosjektet består av datamateriale fra to undersøkelser «Kommunestudien» og «Etterlattestudien», hvor både kvantitativ (selvadministrerte spørreskjema) og kvalitativ metode (dybdeintervjuer) anvendes. Forskningsprosjektet «Etterlatte ved brå død i Nord-Norge» er basert på «Kommune- og Etterlattestudien fra Omsorgsprosjektet» som ble

I tillegg måtte informantene i intervjustudien være bosatt i utvalgte områder. Områdene ble valgt med utgangspunkt i at de skulle representere ulike samiske områder i Norge (sørsamisk, lulesamisk og nordsamisk). Informantene deltok etter premissene for informert samtykke. Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge.

#### UTVALG

Fra totalutvalget (n=244) samtykket 204 etterlatte i å bli kontaktet for dybdeintervju. Blant disse ble 34 invitert til å delta hvorav 31 takket ja. Det teoretiske utvalget til denne

#### INTERVJU

Dybdeintervjuer ble gjennomført i 2010–2011. En semistrukturert intervjuguide basert på studien til Dyregrov (17) ble videreutviklet og tilpasset samisk og nordnorsk kontekst. Guiden besto av ulike temaer knyttet til erfaringer med hjelpeapparatet og mestring i et kulturelt perspektiv.

Intervjuene ble gjennomført av to deltakere i prosjektgruppen, hjemme hos de etterlatte (16) eller på et lokalt offentlig kontor (1). Ingen av intervjuerne behersket samisk, og informantene fikk derfor tilbud om bruk av tolk, noe alle avsa. Lengden

på intervjuene varierte mellom 65 til 270 minutter. Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker, og transkribert i sin helhet. Transkripsjonene ble av-identifisert for å sikre anonymitet.

## ANALYSE

I artikkelen er det anvendt en hermeneutisk fenomenologisk forskningsmetode hvor fortolkning av mening står sentralt. Analysen er basert på kvalitativ innholdsanalysemetode (18), som har som mål å gi forståelse av hvordan informantene gir mening og innhold til et opplevd fenomen. Den innebærer: 1) Alle intervjuene ble lest for å få en oversikt over materialet og for å identifisere meningsenheter knyttet til problemstillingen. 2) Hvert intervju ble deretter nøye gjennomlest. Uttalelser som kunne relateres til utfordringer i det å motta eller be om hjelp i små samfunn, ble identifisert som meningsbærende enheter. 3) De meningsbærende enhetene ble systematisert og kodet med utgangspunkt i likheter og forskjeller, og sortert i kategorier. Kategorier med sammenfallende innhold ble samlet under noen hovedtemaer.

## RESULTAT

Analysen avdekket to hovedtemaer i forhold til utfordringer ved å motta hjelp i små lokalsamfunn i samiske områder: 1. Tette- og multiplekse relasjoner og 2. Manglende tiltro til hjelpeapparatet.

### Tette- og multiplekse relasjoner

Informantene bodde i små lokalsamfunn kjennetegnet ved tette- og multiplekse relasjoner. I praksis medførte det at «alle kjente alle» og at man i mange sammenhenger måtte forholde

seg til hverandre i ulike roller. I tillegg hadde mange av samfunnene vært rammet av selvmordsbølger og andre uventete dødsfall. Mange brå og uventete dødsfall i små samfunn vil derfor i ulik grad berøre både innbyggere og hjelpeapparat. De etterlatte fortalte om utfordringer i sitt møte med hjelpeapparatet, og erfaringer relatert til disse forholdene. Flere beskrev hvordan det at «alle kjenner alle» i små samfunn kan føre til et sårbart hjelpeapparat, for eksempel når den profesjonelle hjelperen også opplevde seg som etterlatt. En som hadde mistet en søster beskrev det slik: «Og jeg tror nok at det å bo i et lite miljø hvor det ikke er noen andre psykiatriske sykepleiere, som kan droppe inn har betydning. Hun fikk en sånn håpløs rolle, hun ble nok etterlatt selv og så skulle hun hjelpe oss. I tillegg var hun venninnen min, og jeg tenkte av og til at jeg kjente at jeg ble hjelper. Jeg måtte trøste henne, og være den som ga styrke til å takle det her.»

Noen etterlatte opplevde det som positivt at de kjente hjelperen, men slike doble roller kunne også skape uklarheter om hvilken rolle hjelperen hadde når de oppsøkte de etterlatte. Flere fortalte at de ikke visste hvorvidt hjelperen kom i kraft av sin funksjon som hjelper eller venn, og at det kunne skape usikkerhet og frustrasjon.

### Manglende tiltro til hjelpeapparatet

Et gjennomgående tema i intervjuene var utfordringer knyttet til opplevelser av et hjelpeapparat som ikke hadde tilstrekkelig kompetanse til å møte etterlattes særegne hjelpebehov. Informantene stilte spørsmål ved hjelpernes profesjonalitet og faglige kompetanse på krise- og sorg-

feltet. Noen etterlatte ga uttrykk for direkte mistillit etter sitt møte med hjelpeapparatet. En mor som mistet sin sønn i selvmord fortalte at et medlem i krisegruppen kom hjem til henne, og satt der i en og en halv time uten å si et ord, for så avslutningsvis å kommentere hvor fint hjem hun hadde. Denne moren opplevde at hennes behov for hjelp verken ble sett eller hørt.

Flere etterlatte trakk frem manglende tiltro til hjelpeapparatet, som de opplevde tok for lite hensyn til deres behov i den vanskelige situasjonen de var i. «Nei, de klarer ikke å tenke på hvordan det er å miste en av sine nærmeste. De klarer ikke å tenke på det, men at vi har vårt system, vi har vårt regelverk å forholde oss til og that's it.»

Denne moren som hadde mistet en sønn i selvmord viste til et hjelpeapparat som hun opplevde som lite fleksibelt, og hvor lover og regelverk styrte hjelpen som ble gitt.

Flere av de samiske etterlatte understreket behovet for å særskilt fokusere på samisk kulturkompetanse i hjelpeapparatet. En tante som hadde mistet en niese i en ulykke var bekymret for at hun og andre samiske etterlatte ikke fikk den hjelpen de hadde behov for fordi hjelperen ikke hadde nødvendig kunnskap om samiske forhold. «Det er ikke sikkert vi har leger som skjønner seg på samiske forhold, og som ser dette kulturelle, som forstår behovene til folk. Kanskje kan man bli misforstått også. Det er jo min største skrekk liksom, dette med å bli misforstått. Det må jo være helt forferdelig, å bli misforstått på grunn av din kultur og oppvekst, og så få feil hjelp ...».

En onkel som hadde mistet sin niese i selvmord, trakk frem

det han opplevde som manglende kompetanse i hjelpeapparatet: «Jeg tenker at litt av det samiske som jeg har vokst opp med, hvis man kan kalle det samisk kultur, det er vel det at man skal klare seg selv. Vi skal ikke ha det her offentlige inn på oss, og det har vi egentlig vært litt mer steil mot før, at det her takler vi i familien, men den her gangen sprengetes jo hele familien, og da trengte vi virkelig noen andre som kunne ha hjulpet oss. Så jeg ble litt overrasket over hvor dårlig det fungerte, for jeg trodde at det skulle fungere.»

Denne onkelen viser i tillegg til en sentral verdi i lokalsamfunnet om å takle de utfordringene som livet byr på. Flere trakk frem at verdien «å klare seg selv» også preget hjelpeapparatet, noe som blant annet førte til at hjelpeapparatet ikke var oppsøkende nok i forhold til deres behov i en vanskelig situasjon. Verdien «å klare seg selv» ble av flere sett som et kjennetegn ved samisk kultur.

## DISKUSJON

Denne artikkelen fokuserer på ulike utfordringer som etterlatte ved brå og uventet død hadde opplevd i møte med hjelpeappa-

ratet, knyttet til det å bo i små samfunn. I det følgende vil vi diskutere de etterlattes beskrivelser av disse utfordringene generelt, og samiske etterlattes utfordringer spesielt.

Et sentralt tema i undersøkelsen var de etterlattes opplevelser av utfordringer knyttet til tette og multiplekse relasjoner i møtet med lokalt hjelpeapparat. I små samfunn får som regel alle kjennskap til, og mange blir berørt av, brå og uventet død. I tillegg har flere lokalsamfunn i samiske områder opplevd selvmordsbølger og andre uventete dødsfall. Slike forhold kan føre til at hjelperne opplever seg som etterlatte og har behov for samme type hjelp og støtte som andre etterlatte (19). Dette kan bidra til at lokalt hjelpeapparat blir sårbart i forhold til å yte nødvendig hjelp fordi «alle kjenner alle». I tillegg har innbyggerne ofte multiplekse relasjoner i forhold til hverandre, noe som generelt, og ikke minst i en nordnorsk og samisk sammenheng, ofte blir beskrevet som en ressurs (20). Roller defineres i stor grad av plikter og rettigheter som regulerer atferd og dermed forventninger til utøvelse av ulike rolleatferd (21). Rollen som venn og rollen som profesjonell hjelper vil høyst sannsynlig møtes med ulike forventninger fra den etterlatte om hvilke støtte og hjelp denne kan og bør aktivisere. Når forventningene ikke innfris kan det oppleves som at man ikke har fått den støtte eller hjelp man har behov for. Eller som flere informanter påpekte; man blir usikker på hva man egentlig fikk eller «hvem» det var som kom.

” Nei, de klarer ikke å tenke på hvordan det er å miste en av sine nærmeste.

Selv om noen opplevde det trygt å kjenne hjelperen, bød det også på utfordringer når de etterlatte hadde både en profesjonell og en privat relasjon til hjelperen. Tidligere forskning viser at støtten fra det sosiale nettverket i tillegg til profesjonell hjelp, er betydningsfull, selv om den også kan romme utfordringer (22). Utfordringene det vises til i denne sammenhengen, synes å være relatert til usik-

kerhet på hvilke forventninger man kunne ha til «hjelperen» og hva denne kunne bidra med, ikke til hjelpen som sådan. Forventningene etterlatte har innfris ikke fordi «hjelperen» kommer som venn og ikke som profesjonell hjelper, og rollene ble utydelige og uavklarte fra hjelperens side. For at en samhandlingssituasjon skal bli meningsfylt er det nødvendig med enighet om hva slags relasjon partene har til hverandre og hvilke normer og verdier som gjelder i relasjonen (19,21).

Et annet tema var manglende tiltro eller tillit til lokalt hjelpeapparat. I lokalsamfunn med få innbyggere, spredt bosetning, lange avstander og begrenset tilgang til profesjonelle helpere, har sosiale fellesskap og samhandling bygd på fleksibilitet og selvstendighet ofte vært nødvendig (1,20). I henhold til Kleinman, vil verdier og normer man har tilegnet seg i familien og lokalsamfunnet, ha stor betydning for når og hvor man søker hjelp, samt hvilke forventninger man har til hjelpeapparatet (23). Studiens etterlatte, kan derfor i møtet med hjelpeapparatet, først og fremst ha vært preget av forventninger knyttet til fleksibilitet og hjelpsomhet. I motsetning til dette står hjelpeapparatet, i stor grad styrt av lover og regler, som regulerer brukerrettigheter. I et slikt system kan det være lite rom for lokale og individuelle tilpasninger. Etterlattes opplevelser av manglende fleksibilitet kan fortolkes som uttrykk for en uoverensstemmelse mellom deres livsverden og en systemverden; representert ved hjelpeapparatet; et møte, eller et brudd, mellom to kulturer som representerer ulike verdi- og normsystemer. En slik opplevelse kan, ifølge Gullestad, (24) bidra til en følelse av avmakt



overfor hjelpeapparatet som de opplever at styres etter andre moralske regler enn deres egne, noe som igjen kan svekke tilliten til dette.

Manglende tillit kan forsterkes i situasjoner hvor brukerne tilhører en kulturell minoritet, mens hjelpeapparatet representerer majoritetskulturen. Den samiske befolkningen i Norge kan som følge av historiske prosesser som kolonisering og ufrivillig assimilering, utvikle negative holdninger og mistillit til det offentlige hjelpeapparatet som de opplever er fundert på majoritetsbefolkningens premisser. Det er tidligere ikke forsket direkte på etterlattes erfaringer med hjelpeapparatet i samiske områder i Norge, men forskning viser at samiske pasienter konfronteres med utfordringer i forhold til bruk av hjelpeapparatet med hensyn til tjenestens tilgjengelighet og kvalitet (8–10).

Manglende tiltro til lokalt hjelpeapparat synes i denne sammenheng også å henge sammen med hjelperes manglende kompetanse på krise- og sorgfeltet generelt, og i forhold til samisk kulturkompetanse spesielt. Stordahl (25) skiller mellom kulturkompetanse som man tilegner seg ved å vokse opp i en bestemt kultur, og kulturforståelse; evnen til å analysere mellommenneskelige forhold i et kulturelt perspektiv. Hjelperen kan ha kulturkompetanse, men mangle kulturforståelse, eller gjennom sin profesjonsutdanning ha internalisert en profesjonskultur som overskygger lokal kulturell kompetanse. I en profesjonell sammenheng er det en forutsetning at hjelperne i tillegg til kulturkompetanse har kulturforståelse for å være i stand til å anvende sin kompetanse på en formålstjenlig og kultursensitiv måte (26).

Mangel på kultursensitivitet kan illustreres med opplevelsen til onkelen som problematiserte verdien «man skal klare seg selv». «Det å berges» eller «det å klare seg selv» er en sentral verdi i samisk barneoppdragelse, hvor målet er å klare seg økonomisk,

sjoner og sosiale arenaer ofte overlapper de profesjonelle, kan det være vanskelig å skille ulike roller. Dette viser hvor viktig det er at profesjonelle hjelpere, spesielt i små samfunn, har et bevisst forhold til sine ulike roller og klargjør overfor etterlatte

” Det er ikke sikkert vi har leger som skjønner seg på samiske forhold.

fysisk, psykisk og sosialt (27). Ifølge Nymo (28, s. 56) gjelder det «å bruke det man har til rådighet og kan nyttiggjøre seg, slik at en 'overlever'». Det å klare seg er en individuell og en kollektiv verdi, som både de etterlatte og den lokale hjelperen kan være preget av. Forventningen om at man skal klare seg selv vil på den ene siden kunne være et hinder for den etterlatte med hensyn til å søke hjelp. På den andre siden kan det føre til at den lokale hjelperen ikke tilbyr nødvendig helsehjelp. I en samisk kontekst har man i tillegg tradisjonelt hatt en norm om at private og tabublagte anliggende skal løses innen familien (8,29). Dette kan ytterligere bidra til og forsterke hindret for å søke å motta nødvendig hjelp. Ved å ha tilstrekkelig kulturkompetanse og -forståelse vil hjelperen kunne ha et bevisst forhold til lokale normer og verdier samt sin rolle i møte med de etterlatte, og dermed bli en bedre hjelper.

#### KLINISKE IMPLIKASJONER

Møtet mellom de etterlatte og hjelpeapparatet er et relasjonelt forhold, der hjelperen har ansvaret for å yte relevant helsehjelp. Med andre ord, har hjelperen ansvaret for å redusere uoverensstemmelsen eller bruddet i møtet med den etterlatte. I små lokalsamfunn hvor private rela-

tioner som aktiviseres i de ulike situasjonene.

Våre funn viser at etterlatte i samiske områder, uavhengig av etnisk tilhørighet, opplever utfordringer i møte med lokalt hjelpeapparat. I tillegg viser resultatene at noen samiske etterlatte har manglende tiltro til hjelpeapparatet med hensyn til hvorvidt hjelperen har tilstrekkelig kulturkompetanse og -forståelse, noe som er i tråd med tidligere forskning (8–10). Som nevnt innledningsvis i artikkelen, har Norge gjennom nasjonale lover og internasjonale konvensjoner, forpliktet seg til å sikre den samiske befolkningen helse tjenester tilpasset eget språk, kultur og samfunnsliv (5–7). Et likeverdig helsetilbud fordrer økt fokus på kultursensitivitet generelt og anerkjennelse av samens status som urfolk og minoritet i Norge spesielt.

#### SVAKHETER OG STYRKER

En tredjedel av informantene i utvalget til denne artikkelen hadde samisk som morsmål. En alvorlig svakhet ved studien var at ingen av intervjuerne behersket samisk, og informantene fikk derfor tilbud om tolk. Ingen av informantene benyttet seg av tilbudet, muligens fordi bruk av tolk kan virke forstyrrende i en samtale om et sensitivt tema. En av begrunnelsene som ble gitt var

at de behersket norsk språk like godt som samisk, mens andre viste til at det ikke var nødvendig uten å begrunne hvorfor. En informant ga i etterkant av intervjuet direkte uttrykk for hun kunne ønske at det hadde vært mulig å gjennomføre intervjuet på samisk. Dette kan også ha vært av betydning for flere samisk-språklige informanter. Det er rimelig å anta at det å ikke kunne snakke sitt morsmål kan ha ført til at nyanser og emosjonelle opplevelser ikke

kom godt nok frem i intervjuene.

Norge består av mange små lokalsamfunn og resultatene fra artikkelen kan derfor ha relevans utover samiske områder i Nord-Norge. Resultatene kan også ha relevans for etterlatte med annen minoritetsbakgrunn enn samisk.

## KONKLUSJON

Hjelpeapparatet i samiske områder synes å ha særskilte utfordringer knyttet til tette- og multiplekse relasjoner, tilstrekkelig kulturkompetanse og tilgjengelighet overfor

de etterlatte. For å kunne gi et likeverdig hjelpetilbud fordrer det at hjelpeapparatet har sorg- og krisekunnskap, og forståelse av den enkelte etterlattes situasjon og den kulturelle konteksten han eller hun lever i.

Prosjektet har fått økonomisk støtte fra Samisk nasjonalt kompetansesenter–psykisk helsevern (SANKS, Helse-Finnmark), Helse-Nord forskningsfond og Helse-Finnmark forskningsfond.

## REFERANSER

1. **Nicholson LA.** Rural mental health. Advances in Psychiatric Treatment. 2008;14:302–11.
2. **Røiseland A, Aarsæther N.** Mellem kommune og lokalsamfunn. Teorier om kommune og lokalsamfunn og hypoteser om institusjonelle koplinger. NF-arbeidsnotat nr. 1004/1998). Bodø: Nordlandsforskning. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-199818/9/6.html?id=350186>. [Nedlastet 12.02.2013].
3. **Maggelsen R.** Kultursensitivitet – Om å finne likhetene i forskjellene. Oslo: Akribe forlag. 2008.
4. «Lov om pasient og brukerrettigheter» (§ 3-5, 1999). Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>. [Nedlastet 16.11.13].
5. **FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, 1966.** Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/nb/dep/ud/dok/rappporter\\_planer/rappporter/2004/okskonvensjon.html?id=106240](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ud/dok/rappporter_planer/rappporter/2004/okskonvensjon.html?id=106240). [Nedlastet 23.05.2013].
6. **ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater, 1989.** Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/tema/samepolitikk/midtpalte/ilokonvensjon-nr-169-om-urbe-folkninger-o.html?id=451312>. [Nedlastet 23.05.2013].
7. **Grunnlovens § 110A, 1998.** Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/1999/nou-1999-22/8/2/2.html?id=142017>. [Nedlastet 23.05.2013].
8. **Bongo BA.** Samer snakker ikke om helse og sykdom – samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur. Doktorgradsavhandling. Det helsevitenskapelige fakultet. Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø. 2012.
9. **Nystad T, Melhus M, Lund E.** Sami

- speakers are less satisfied with general practitioners' services. International Journal of Circumpolar Health. 2008;67:114–21.
10. **Sørli T, Nergård JI.** Treatment satisfaction and recovery in Saami and Norwegian patients following psychiatric hospital treatment. Transcultural Psychiatry. 2005;42: 295–316.
  11. **Hedlund M, Moe A.** De forstår ikke hva som er viktig for oss – helsetjenester og sørsamer (Rapport). Steinkjer: Nord-Trøndelagsforskning. 2000.
  12. **Olsen T, Eide A.** Med ei klype salt. Handtering av helse og identitet i en flerkulturell sammenheng (NF-rapport 9). Bodø: Nordlandsforskningen. 1999.
  13. **Stroebe M, Schut H, Stroebe W.** Health outcomes of bereavement. Lancet. 2007;8:370:1960–73.
  14. **Dyregrov K.** Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. Death studies. 2002;26:647–69.
  15. **Dyregrov K, Dyregrov A, Nordanger D.** Omsorg for etterlatte etter Selvmord-«Kommunestudien». Tidsskrift for Den norske legeforening. 1999;27:119: 4010–5.
  16. **Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A.** Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak (Rapport). Senter for Krisepsykologi. Bergen. 2000.
  17. **Dyregrov K.** The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help. Doktorgradsavhandling. Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen. ISBN 82-7669-099-8. 2003.
  18. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning [3. utg.]. Oslo: Universitetsforlaget. 2011.
  19. **Hendin H, Lipschitz A, Maltsberger JT, Pollinger Haas A, Wyncoop S.** Therapists' reactions to patient's suicides. American Journal of Psychiatry. 2000;157:2022–7.

20. **Berntsen G.** Det gode liv: visjoner og realiteter i et nordnorsk kystsamfunn. Mastergradsoppgave. Institutt for arkeologi og antropologi, Universitetet i Tromsø. 2007.
21. **Eriksen TH.** Små steder – store spørsmål. Innføring i sosialantropologi. Oslo: Universitetsforlaget. 2010.
22. **Dyregrov K, Dyregrov A.** Sosial nettverksstøtte ved brå død. Hvordan kan vi hjelpe? Bergen: Fagbokforlaget. 2007.
23. **Kleinman A.** Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press. 1980.
24. **Gullestad M.** Kultur og hverdagsliv. På sporet av det moderne Norge. Oslo: Universitetsforlaget. 1989.
25. **Stordahl V.** Refleksjoner rundt utvikling av en samisk psykiatri. I: Eideheim IH, Stordahl V. (red.). Kultur møte i Sápmi. Karasjok. Karasjok: Davvi Girji. 1998 (s. 11–24).
26. **Dagsvold I.** Det kultursensitive helsemøtet – Kunnskapsmessige utfordringer. I: Silvikken A, Stordahl V. (red.). Samisk psykisk helsevern. Karasjok: Čálliid Lágádus. 2010 (s. 34–54).
27. **Boine E M.** «Fra far til sønn, kjønnsperspektiv og sosialisering i samisk sammenheng.» Hovedfagsoppgave i sosialt arbeid, NTNU, Universitetet i Trondheim. 2005.
28. **Nymo R.** Helseomsorgssystemer i samiske markebygder i Nordre Nordland og Sør-Troms. Praksiser i hverdagslivet. «En ska ikke gje sæ over og en ska ta tia til hjelp». Det helsevitenskapelige fakultet. Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø. 2011.
29. **Gerhardsen E.** «Jeg skjønner meg ikke på dem» – om kulturelle faktorer i kommunikasjon. I: Silvikken A, Stordahl V. (red.). Samisk psykisk helsevern. Karasjok: Čálliid Lágádus. 2010 (s. 69–82).



# Kunnskapstørst?

---

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

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

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

sykepleien

forskning



Arkivfoto: Eirik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Behovet for god sykepleie-dokumentasjon har blitt aktualisert gjennom samhandlingsreformen og flere studier som påpeker at dokumentasjonen ikke ivaretar dens formål. Internasjonale studier har vist at implementering av sykepleiediagnoser har effekt på kvalitet i sykepleiedokumentasjonen. Et samarbeidsprosjekt mellom sykehus og høyskole ble etablert for å studere implementering av sykepleiediagnoser. Artikkelen beskriver pilotstudien i prosjektet.

**Hensikt:** Pilotstudien har til hensikt å undersøke om granskningsinstru-

mentet i studien er sensitivt for endringer i sykepleiedokumentasjonen etter en intervensjon med undervisning og veiledning om sykepleiediagnoser etter P(R)ES-struktur.

**Metode:** Studien er utformet som en kvantitativ studie med pretest-posttest design. Datasamlingen er utført ved bruk av granskningsinstrumentet Cat-ch-Ing. Intervensjonen består av undervisning og veiledning om sykepleiedokumentasjon.

**Resultat:** Det var ingen signifikante endringer i kvalitet eller kvantitet i pasientjournalens sykepleiedoku-

mentasjon mellom pretest og posttest. Fortløpende dokumentasjon har høyere skår enn prosessorientert dokumentasjon. Granskningsinstrumentet gjenspeilet ikke alle endringer som forskerne oppfattet i dokumentasjonen.

**Konklusjon:** Vurdering av granskningsinstrumentet Cat-ch-Ing indikerer behov for mer treffende skåring av sykepleiediagnoser spesielt, men også av sykepleiedokumentasjonen som helhet. Det er behov for mer kunnskap om dokumentasjon av sykepleie og hvilke arbeidsverktøy sykepleiere i praksisfeltet har behov for.

## ENGLISH SUMMARY

### Results from a pilot study: Implementation of nursing diagnoses

**Background:** The need for good nursing documentation has been highlighted by the Coordination Reform and several studies indicate that nursing documentation does not maintain the purpose of documentation. International studies have shown that implementation of nursing diagnoses has an effect on the quality in nursing documentation. Collaboration between a hospital and a university college was established to study the implementation of nursing diagnoses. This article describes the result from a pilot study of the project.

**Objective:** The pilot study aims

to investigate whether the audit instrument in the study is sensitive to change in the nursing documentation after an intervention with teaching and supervision on nursing diagnosis with P(R)ES-structure.

**Method:** The study was a quantitative study with pre-test/post-test design. Data were collected by using Cat-ch-Ing. The intervention consists of teaching and supervision of nursing documentation.

**Results:** There were no significant changes in the quality or quantity in the nursing documentation between pre-test and post-test design. Nursing documentation written as continuing documentation has a higher

score than processes-oriented documentation. The audit instrument did not reflect all the changes the researchers experienced in the documentation.

**Conclusion:** Assessment of the audit instrument Cat-ch-Ing indicates a need for more adequate scoring for nursing diagnosis in particular, and nursing documentation in general. There is a need for more knowledge about nursing documentation and what nurses need as working tools in clinical practice.

**Key words:** Documentation, information technology, statistics, quality.

## RESULTATER FRA PILOTSTUDIE:

# » Implementering av sykepleiediagnoser i fritekst

Forfattere: Torunn Hatlen Nøst, Lene Elisabeth Blekken og Beate André

### NØKKEWORD

- Dokumentasjon
- Informasjonsteknologi
- Kvalitet
- Statistikk

### INTRODUKSJON

Sykepleiedokumentasjon aktualiseres som verktøy for kommunikasjon mellom samarbeidende aktører i helsetjenesten gjennom Stortingsmelding 47 om samhandlingsreformen (1,2). Dokumentasjon av sykepleie skal bidra til pasientsikkerhet, sikre kvalitet og kontinuitet, lette kommunikasjon mellom helsearbeidere, pasienter og pårørende, synliggjøre faglig ansvar, gi grunnlag for ledelse og ressursstyring samt være utgangspunkt for undervisning og forskning. Dokumentasjon av sykepleie skal dessuten være et godt arbeidsredskap (3–7). Til tross for sykepleiernes lange tradisjon for dokumentasjon, har den gjennom flere år og studier blitt kritisert både for innhold, språk og manglende pasientperspektiv (7–9).

I pasientjournalen skal alle faser

i sykepleieprosessen dokumenteres. For sykepleiere innebærer det å dokumentere observasjoner, vurderinger, planlegging, målsetting, utføring og evaluering av sykepleie (4,6,10,11). Systematikken i sykepleieprosessen er viktig for sykepleierens utforming av sykepleieplanen (12–15). Studier viser at ikke alle fasene og elementene i sykepleieprosessen gjenspeiles i pasientjournalene. Resultat og evaluering dokumenteres i større grad når det gjelder omfang og nøyaktighet enn hva som er tilfellet for dokumentasjon av sykepleiediagnose og tiltak (6,8,16). Samtidig er det enighet om at sykepleieprosessen inneholder de teoretiske elementene for en fullstendig og nøyaktig sykepleiedokumentasjon (8,16).

Bruk av sykepleiediagnoser kan forbedre kvalitet på dokumenterte vurderinger av pasienten, beskrive tiltak og resultat, samt lette kommunikasjon og kontinuitet mellom aktører i helsetjenesten (13,15,19). Sykepleiediagnoser kan slik være et virkemiddel for å fremme og bedre dokumentasjonsprosessen (13,14,16,17). Sykepleiediagnoser kan enten formuleres ved å

anvende klassifikasjonssystemer med spesifiserte termer, eller i fritekst (12,19–21). I litteraturen finnes begrep som sykepleiebehov, sykepleieproblem, sykepleiefenomen og fokus for sykepleie som benevnelse på denne fasen i sykepleieprosessen (5, 6,12). Felles for alle begrepene er at de omfatter både pasientens problem, risikoer og ressurser. Dette kommer tydelig frem i P(R)ES-strukturen (8,12,19).

P(R)ES-struktur er en internasjonalt anerkjent metode for

### Hva tilfører denne artikkelen?

Studien støtter opp om tidligere forskning som viser behov for mer kompetanse om sykepleiediagnoser og kunnskap om hvordan dokumentasjon av sykepleie kan være et verktøy i dette.

### Mer om forfatterne:

Torunn Hatlen Nøst, er MSc og sykepleier ved Kirurgisk klinikk på St. Olavs Hospital. Lene Elisabeth Blekken er sykepleier cand. polit og stipendiat og Beate André er sykepleier, PhD og førsteamanuensis begge ved Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag. Kontaktperson: torunn.nost@stolav.no.

å formulere sykepleiediagnoser (6,8,19,21). Når sykepleiere formulerer sykepleiediagnoser med P(R)ES-struktur, består sykepleiediagnosen av et problem, risiko eller ressurs (P eller R), en årsak eller etiologi (E), og tegn eller symptomer (S) (6,8,19). «Nedsatt evne til verbal kommunikasjon, relatert til afasi etter slag, fører til frustrasjon og nedstemthet» er et eksempel på en sykepleiediagnose med P(R)ES-struktur. Det er beskrevet at strukturerte og standardiserte maler bidrar til en mer fullstendig dokumentasjon (8,19,23,24). Det er også vist til at bruk av standardiserte terminologier forbedrer innhold i sykepleieplaner i tillegg til å øke antall intervensjoner og

hva som har blitt utøvd av helsehjelp, til prospektiv prosessdokumentasjon som skal beskrive den sykepleie man planlegger å utføre. Sykepleiere i klinisk praksis ga etter flere års bruk av elektroniske sykepleieplaner uttrykk for usikkerhet på om dokumentasjonspraksisen var god nok (25). Usikkerheten er sammenfallende med det som kommer frem i en studie gjennomført ved et annet universitetssykehus i Norge (26). Rykkje (26) konkluderer med behov for grundig opplæring i bruk av dokumentasjonsmodell og elektroniske sykepleieplaner, og peker på at potensialet som ligger i IKT ikke er tatt ut i de planverktøy sykepleiere har i dagens EPJ. Ved inngangen til

Sykehuset anvender den svenske dokumentasjonsmodellen VIPS (6). VIPS er et akronym for hovedmålene velbefinnende, integritet, profylakse og sikkerhet (6). Dokumentasjonsmodellen har søkeord på tre nivåer for å strukturere tekst og fremme gjenfinnbarhet (6,12). Søkeord som korresponderer med fasene i sykepleieprosessen, er søkeord på overordnet nivå. For sykepleieanamnese, pasientstatus og sykepleietiltak følger søkeord og undersøkeord (6,12,15). Ved sykehuset anvendes søkeord i EPJ i innkomstnotat og sykepleieplan. Eksempel på søkeord er «eliminasjon», «ernæring» og «trening». Tabell 1 viser sammenheng mellom sykepleieprosessen, VIPS-modellen og EPJ ved sykehuset. (se tabell 1)

Et granskningsinstrument kan anvendes for å vurdere kvaliteten i sykepleiedokumentasjonen (7,16,26,29). Et reliabelt og validert granskningsinstrument gir mulighet for å sammenlikne resultat etter endringer og mellom enheter. En utfordring er å gjenspeile dokumentasjonen på en slik måte at innholdet kan skåres ved bruk av et granskningsinstrument. Journalgranskning har vært utført internasjonalt gjennom flere tiår, men få norske studier rapporterer om systematisk granskning av kvalitet i sykepleiedokumentasjon (26,16,30).

Et samarbeidsprosjekt mellom St. Olavs Hospital HF og Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), Avdeling for sykepleierutdanning (ASP), ble etablert for å studere sykepleiedokumentasjon ved sykehuset. Prosjektet har fokus på fasen i dokumentasjonsprosessen som i EPJ omfatter formulering av problem. I prosjektet vil vi se nærmere på om innføring av begrepet

## ” Forskere samarbeidet med ledere og superbrukere i sykepleiedokumentasjon ved avdelingen.

beskrivelser av tegn, symptomer og relaterte faktorer (7,14).

St. Olavs Hospital HF innførte i 2005/2006 sykepleieplan i elektronisk pasientjournal (EPJ). Det innebar overgang fra retrospektiv fortløpende dokumentasjon som beskriver

EPJ ble det beskrevet forventninger om et arbeidsverktøy som skulle gi sykepleiere tilgang til nøyaktig og adekvat informasjon om pasientene, redusere overflødig tekst og gi bedre tilgang til oppdatert informasjon (27,28).

**TABELL 1:** Sammenheng sykepleieprosess, VIPS og EPJ

| Faser i sykepleieprosessen          | Benevnelse i VIPS-modellen                  | Element i EPJ   |
|-------------------------------------|---|---|
| Datasamling                         | Sykepleieanamnese<br>Pasientstatus          | Innkostnotat  |
| Identifisering av sykepleiediagnose | Sykepleiediagnose                           | Problem   |
| Mål                                 | Mål   | Mål   |
| Sykepleiehandlinger                 | Sykepleietiltak                             | Tiltak  |
| Evaluering                          | Sykepleieresultat<br>Informasjonsutveksling | Evaluering<br>Utnotat, sykepleiesammenfatning, overflyttingsnotat |

sykepleiediagnose kan føre til en mer fullstendig og nøyaktig dokumentasjon av sykepleie.

I prosjektet er det gjennomført en pilotstudie. Hensikten med pilotstudien er å undersøke om granskningsinstrumentet er sensitivt for endring i sykepleiedokumentasjonen etter intervensjonen.

I pilotstudien har vi følgende forskningsspørsmål: Er granskningsinstrumentet Cat-ch-Ing sensitivt for endringer i sykepleiedokumentasjonen etter en intervensjon med undervisning og veiledning om sykepleiediagnoser i fritekst med P(R)ES-struktur?

## METODE

Studien er en kvantitativ studie med en intervensjon og pretest-posttest design. Intervensjonen består av undervisning og veiledning om sykepleiedokumentasjon generelt og sykepleiediagnoser etter P(R)ES-struktur spesielt, se tabell 2:

I intervensjonen samarbeidet forskere med ledere og superbrukere i sykepleiedokumentasjon ved avdelingen. En

superbruker er en sykepleier som avdelingen har rekruttert til å være ressursperson overfor det øvrige personalet, og som har fått særskilt opplæring i bruk av EPJ og sykepleiedokumentasjon.

For å finne et granskningsinstrument for sykepleiedokumentasjon ble det utført litteratursøk i samarbeid med bibliotekar. Det ble søkt i Medline, CINAHL, Embase, Joanna Briggs og Cochrane library. Det ble søkt etter litteratur skrevet på engelsk fra 1990 til januar 2012. Søkestrategi i i Medline og Embase anvendte MeSH-ord. Søk i CINAHL anvendte tesaurustermene dersom ikke annet var indisert. De ulike søkene ble satt sammen med bruk av «eller» og til slutt satt sammen med bruk av «og». Søket ble avgrenset til å gjelde sykepleiedokumentasjon i sykehus.

Flere granskningsinstrumenter ble identifisert gjennom litteratursøket. Cat-ch-Ing, Q-DIO (The Quality of Diagnosis, Interventions and Out-

comes), D-catch og QOD (The Quality of Nursing Diagnosis) ble vurdert som aktuelle granskningsinstrumenter (18, 19, 29, 31). Cat-ch-Ing er utviklet for å skåre kvalitet og kvantitet for sykepleiedokumentasjon strukturert etter VIPS og følger fasene i sykepleieprosessen (29). Flere studier har anvendt Cat-ch-Ing og instrumentet har blitt vurdert til å være adekvat, men med behov for videre utvikling (17, 26). Q-DIO er utviklet for sykepleiedokumentasjon som anvender standardisert dokumentasjon med klassifikasjonssystem og de fokuserer på kvalitet i sykepleiediagnoser samt sammenheng mellom sykepleiediagnose, sykepleietiltak og sykepleieresultat (31). D-catch bygger på Cat-ch-Ing og en skala for nøyaktighet i sykepleiediagnoser (18). QOD er utviklet med bakgrunn i Cat-ch-Ing, men med større vekt på sykepleiediagnoser ved at Cat-ch-Ing anvendes sammen med en skala med kriterier for sykepleiediagnoser (19). Valget for vår studie falt på Cat-ch-Ing fordi

**TABELL 2:** Oversikt over aktiviteter i intervensjonen.

| Fase: | Form:  | Tid:  | Hensikt:  |
|-------|--|---|---|
| 1     | Undervisning og veiledning til superbrukere og ledere i sykepleiedokumentasjon.  | Fordelt på to dager:<br>1. dag: informasjon om prosjektet og roller i prosjektet: 1,5t<br>2. dag: arbeidsmøte hvor undervisning til resten av personalet ble planlagt: 5t.  | Utvikle en undervisning som oppleves som relevant for enheten.  |
| 2     | Undervisning og veiledning til alle sykepleiere og hjelpepleiere ved avdelingen. Foregikk i grupper på max 8 personer. | 6 timer. Dagen var delt mellom teoretisk undervisning og praktiske arbeidsoppgaver med utforming av sykepleiediagnoser. Undervisningen vektla VIPS-modellen, sykepleieprosess og sykepleiediagnoser. Det ble undervist i P(R)ES-struktur for oppbygging av sykepleiediagnoser. Arbeidsoppgavene tok utgangspunkt i datasamlinger slik de var nedskrevet i innkomstnotat i anonymiserte pasientjournaler fra avdelingen. | Økt kunnskap om sykepleiediagnoser og P(R)ES-struktur slik at de kan ta i bruk metoden i sykepleieplaner. |
| 3     | Veiledning i avdelingen underveis i prosjektperioden. Tilbud om veiledning hver 14. dag over 9 uker                    | 1,5 time x 5 veiledninger   | Oppfølging av undervisning og diskusjon om utfordringer de ansatte har møtt.                              |

instrumentet er funnet valid og reliabelt for anvendelse på sykepleiedokumentasjon strukturert etter VIPS-modellen. Granskningsinstrumentet har dessuten vært anvendt i en studie i Norge tidligere (26).

Spørsmålene i Cat-ch-Ing retter seg mot datasamling, sykepleiediagnose, planlagte tiltak, resultat og utskrivning (26, 29). Elementene i sykepleiedokumentasjonen som granskes vurderes for kvalitet og kvantitet i henhold til en granskningsnøkkel og en poengskala fra 0–3 poeng som vist i tabell 3. Cat-ch-Ing har i sin opprinnelige versjon 17 spørsmål og en totalskår på 80 poeng (29). Cat-ch-Ing er videre tilpasset elektronisk dokumentasjon (12). Spørsmål om date-ring og lesbarhet er fjernet,

oppnåelige poeng totalt i vår versjon er 48, hvorav 24 poeng for kvantitet og 24 for kvalitet. Brukerveiledning og skjema for skåring ble utviklet i henhold til endringene. Spørsmålene i studiens versjon av Cat-ch-Ing framkommer i tabell 3.

#### UTVALG

Pasientjournaler ble plukket fra lister for en identifisert tidsperiode ved randomisert utvelgelse. Pretestdata ble hentet fra pasientjournaler ett år før pilotstudien startet opp (n = 20), og posttestdata ble hentet en måned etter avsluttet intervensjon (n = 20). Sykepleiedokumentasjon ble hentet fra pasientjournaler hvor pasienter hadde vært inneliggende ved sengeposten i over 48 timer og

#### ANALYSE

SPSS versjon 18.0 ble anvendt for å analysere dataene. Deskriptiv statistikk med beregning av gjennomsnitt, standardavvik og standardfeil ble utført for pretest og posttest. Data ble behandlet på ordinalnivå. Alle spørsmålene ble først analysert hver for seg. Det ble deretter gjort sammenlikning av gjennomsnitt mellom pre- og posttest ved bruk av ikke-parametrisk metode og Mann-Whitney test.

#### ETISKE VURDERINGER

Prosjektet er vurdert av Regional Etisk komité (REK) til å være et kvalitetssikringsprosjekt og krav om godkjenning faller med det bort. Personvernombud ved sykehuset har gitt tillatelse til gjennomføring. Klinikksjef ga tilgang til forskningsfeltet. Alle data i studien ble behandlet anonymisert.

## ” Sykepleiedokumentasjonen var mangelfull i mange tilfeller.

og den totale oppnåelige sum for instrumentet er 66 poeng, fordelt med 39 for kvantitet og 27 på kvalitet. Cat-ch-Ing er oversatt til norsk (26).

I malen for Cat-ch-Ing presiseres det at granskningsinstrumentet må tilpasses enheten det skal anvendes ved. Tilpasningen må beskrives i brukerveiledningen til instrumentet (29). Tillatelse fra opphavsforsker ble innhentet for å gjøre tilpasninger til dokumentasjonssystem og dokumentasjonsprosedyre ved sykehuset. Spørsmål om oppdatering av pasientstatus underveis og ved utreise ble fjernet, i likhet med spørsmål om å gjennomførte tiltak, om nedtegnelsene er signert og om pasientansvarlig sykepleier er navngitt. Dette fordi spørsmålene ikke gjenspeiles i sykehusets dokumentasjonsprosedyre. Antall

var utskrevet fra denne. Pasienter som var overflyttet til sengeposten underveis i forløpet, eller var til inkomstsamtale ved en annen enhet, ble ekskludert. Journalgranskningen omfattet datainnsamling/ inkomstnotat, sykepleieplan med problem/sykepleiediagnose, tiltak, evaluering, og utnotat/sykepleiesammenfatning for hele det identifiserte pasientoppholdet.

#### DATAINNSAMLING

Sykepleiedokumentasjon i EPJ ble gjennomgått av to forskere i fellesskap. Det ble vurdert som viktig da pilotstudien skulle vurdere granskningsinstrumentet. Skåringer for sykepleiedokumentasjon i den enkelte pasientjournal ble ført på papirversjon av Cat-ch-Ing. Dataene ble deretter lagt inn fra skjema til pc.

#### RESULTATER

Vi presenterer her vurdering av granskningsinstrumentet samt undervisningsintervensjonens gjennomførbarhet. Pretestresultatene viser status for sykepleiedokumentasjonen ved enheten ett år før intervensjonen. Av totalt 48 oppnåelig poeng ble det ved pretest en gjennomsnittsverdi på 18,30 poeng (variasjon 10–34) fordelt på 8,35 på spørsmål relatert til kvantitet og 9,95 ved kvalitet. Totalskår har i posttest økt til 20,02 poeng totalt (variasjon 11–35), fordelt på 10,25 for kvantitet og 10,53 for kvalitet. Sammenlikning mellom gjennomsnitt i pretest og posttest gir ingen signifikante forskjeller. Det er likevel en økning i gjennomsnittsskår for total poengsum fra før til etter intervensjonen. Endringen innebæ-



**TABELL 3:** Resultat journalgranskning ved bruk av Cat-ch-Ing (24) pretest og posttest:

| Cat-ch-Ing:   | Pretest,<br>(n = 20) |      |            | Posttest,<br>(n = 20) |      |            | Mann-Whitney test,<br>p-verdi |
|---|----------------------|------|------------|-----------------------|------|------------|-------------------------------|
|   | mean                 | st.d | Std. error | mean                  | st.d | Std. error |                               |
| Finnes innkostnotat/<br>sykepleieanamnese:                |                      |      |            |                       |      |            |                               |
| kvantitet   | 2,40                 | 0,60 | 0,13       | 2,60                  | 0,50 | 0,11       | 0,29                          |
| kvalitet  | 2,70                 | 0,47 | 0,11       | 2,70                  | 0,47 | 0,11       | 1,00                          |
| Finnes innkostnotat/<br>pasientstatus:                    |                      |      |            |                       |      |            |                               |
| kvantitet   | 2,10                 | 0,45 | 0,10       | 1,90                  | 0,45 | 0,10       | 0,16                          |
| kvalitet  | 2,20                 | 0,62 | 0,14       | 2,10                  | 0,85 | 0,19       | 0,86                          |
| Finnes sykepleieplan:                                     |                      |      |            |                       |      |            |                               |
| a) sykepleiediagnose                                      |                      |      |            |                       |      |            |                               |
| kvantitet   | 0,6                  | 1,23 | 0,28       | 1,05                  | 1,47 | 0,33       | 0,29                          |
| kvalitet  | 0,15                 | 0,37 | 0,08       | 0,55                  | 1,06 | 0,24       | 0,31                          |
| b) mål  |                      |      |            |                       |      |            |                               |
| kvantitet   | 0                    | 0    | 0          | 0                     | 0    | 0          | 1,00                          |
| kvalitet  | 0                    | 0    | 0          | 0                     | 0    | 0          | 1,00                          |
| c) tiltak/ intervensjon                                   |                      |      |            |                       |      |            |                               |
| kvantitet   | 0,9                  | 1,16 | 0,26       | 1,25                  | 1,37 | 0,31       | 0,50                          |
| kvalitet  | 0,6                  | 0,75 | 0,17       | 0,5                   | 0,89 | 0,20       | 0,45                          |
| Er sykepleiediagnose(r)<br>beskrevet i innkost-<br>notat: |                      |      |            |                       |      |            |                               |
| kvantitet   | 0,3                  | 0,92 | 0,21       | 0,5                   | 1,10 | 0,25       | 0,41                          |
| Er sykepleiediagnose/<br>problem evaluert:                |                      |      |            |                       |      |            |                               |
| kvantitet   | 0,55                 | 1,05 | 0,24       | 1,05                  | 1,47 | 0,33       | 0,31                          |
| kvalitet  | 0,40                 | 0,82 | 0,18       | 0,65                  | 0,99 | 0,22       | 0,42                          |
| Er dokumentene knyttet<br>til VIPS- søkeord:              |                      |      |            |                       |      |            |                               |
| kvalitet  | 2,45                 | 0,83 | 0,19       | 2,35                  | 0,81 | 0,18       | 0,62                          |
| Finnes utnotat/<br>overflyttingsnotat/<br>sammenfatning:  |                      |      |            |                       |      |            |                               |
| kvantitet   | 1,50                 | 0,76 | 0,17       | 1,9                   | 0,85 | 0,19       | 0,16                          |
| kvalitet  | 1,45                 | 0,83 | 0,19       | 1,7                   | 0,92 | 0,21       | 0,36                          |
| Sum poeng kvantitet                                       | 8,35                 | 4,30 | 0,96       | 10,25                 | 5,54 | 1,24       | 0,28                          |
| Sum poeng kvalitet  | 9,95                 | 2,70 | 0,61       | 10,53                 | 2,92 | 0,65       | 0,63                          |
| Total poengsum  | 18,30                | 6,47 | 1,45       | 20,02                 | 7,02 | 1,57       | 0,41                          |

Skår for kvalitet: Meget bra = 3, Bra = 2, Mindre bra = 1, Dårlig = 0  
 Skår for kvantitet: Komplet = 3, Delvis = 2, Enkelte = 1, Mangler = 0

rer en økning på 1,72 poeng. For ni av 16 elementer er det en økning i gjennomsnittspoeng, mens det for fire av elementene er en negativ utvikling. Sykepleiedokumentasjonen var mangelfull i mange tilfeller både ved pretest og posttest. En erfaring vi gjorde oss i posttest var at vi fikk et tydelig inntrykk av at det var skrevet flere sykepleienotater. Et sykepleienotat er et retrospektivt, fortløpende journaldokument. Erfaringen ble ikke fanget opp av Cat-ch-Ing.

Gjennomsnittsverdi for innkomstnotatets sykepleieanamnese og pasientstatus har høyest skår av elementene i sykepleiedokumentasjonen både ved pretest og posttest. Den høyeste skåren i pretest har sykepleieanamnesen med 2,70 poeng for kvalitet av 3 oppnåelige.

” Det vil alltid være en viss grad av subjektivitet ved vurdering av sykepleiedokumentasjon.

Også i posttestresultatene er det sykepleieanamnese som har høyest skår. Resultat i posttest for pasientstatus i innkomstnotatet viser en liten nedgang i gjennomsnittsskår. I pretest for sykepleieplan har både kvalitet og kvantitet for sykepleiediagnose og tiltak lavere skår enn dokumenter skrevet i forbindelse med datasamling. Det ble ikke gitt poeng for mål som var angitt ved å bruke de predefinerte valgene i journalsystemet «forbedring», «forverring» eller «stabilisering». Disse ble vurdert til å ikke imøtekomme krav til kvalitet og kvantitet i henhold til Cat-ch-Ing. Posttest viser forbedring for kvalitet og kvantitet når det gjelder sykepleiediagnose, og for kvantitet

når det gjelder sykepleietiltak. For mål opprettholdes tendensen fra pretest ved at det ikke er gitt poeng verken for kvalitet eller for kvantitet. Resultatene er gjengitt i tabell 3.

### INTERVENSJONEN

Arbeidsmøte i intervensjonens fase 1 ble arrangert for superbrukere, ledere og forskere to måneder før planlagt undervisning for øvrige ansatte. Alle (4) superbrukere fra avdelingen deltok. 33 av 35 ansatte (94,3 prosent) i sykepleietjenesten deltok i undervisningen i fase 2. Det ble gjennomført fem veiledninger på sengeposten i intervensjonens fase 3.

### DISKUSJON

Hensikten med pilotstudien var å undersøke om gransknings-

sjonen resultatene skulle gjenspeile. Dersom skalaen for skår i Cat-ch-Ing ble utvidet, kan det være resultatene bedre reflekterte kvaliteten i sykepleiedokumentasjonen og forskjellene mellom journalene. Også andre studier foreslår dette (17,26).

I både pretest og posttest er samlet skår for kvalitet høyere enn samlet skår for kvantitet. Det kan ha sammenheng med spørsmål om bruk av VIPS-søkeord hvor det kun gis poeng for kvalitet. Pasientjournaler som hadde brukt VIPS-søkeord i notatene de skrev fikk for eksempel 3 poeng når dette var gjort riktig, men det kunne være at det ikke var skrevet sykepleieplan i denne journalen. Likevel ble totalskåren forholdsvis høy. Andre pasientjournaler med sykepleiedokumentasjon hvor det var påbegynt sykepleieplaner, men uten å ha brukt søkeord fra VIPS-modellen, fikk lavere totalskår.

VIPS-modellen er valgt som dokumentasjonsmodell for sykepleiedokumentasjon, og det er ingenting i studien som tilsier at det skal endres. Spørsmålet er i hvilken grad VIPS skal gjenspeiles i granskningsinstrumentet. Studien kan tyde på at fokuset på VIPS-modellen gir utslag på resultatet som ikke samsvarer med inntrykket forskerne har av kvalitet i gjennomgang av dokumentasjonen. Det er sammenfallende med det andre har beskrevet (18).

Fortløpende dokumentasjon som innkomstnotat og utnotat har høyere skår enn sykepleieplan som er prosessorientert. Det kan ha sammenheng med at fortløpende notat er dokumentasjon som ikke er endret verken gjennom innføring av EPJ eller innføring av elektronisk sykepleieplan. Funnene er sammenfallende med

instrumentet var sensitivt for endring i sykepleiedokumentasjonen etter en intervensjon med undervisning om sykepleiediagnoser i fritekst med P(R)ES-struktur.

### Granskningsinstrumentet

Det vil alltid være en viss grad av subjektivitet ved vurdering av sykepleiedokumentasjon (17,26,29). I brukerveiledningen til Cat-ch-Ing er kriterier for vurdering beskrevet. Likevel vil det være bruk av skjønn når man vurderer den enkelte pasientjournal. Granskningsinstrumentet var tilpasset dokumentasjonspraksisen, men ble likevel oppfattet som upresist. Det ga ikke et tilstrekkelig nyansert bilde av dokumenta-

de Rykkje beskriver (26). Flere sykepleienotater kan også forstås i en slik sammenheng. Vår erfaring var at praksis endret seg med bruk av flere sykepleienotater etter undervisningsintervensjonen, men det kom ikke frem ved bruk av granskningsinstrumentet.

Det er ikke beskrevet mål i verken pretest eller posttest. Mål var ikke sentralt i undervisningen i intervensjonen, men det ble vist til at realistiske, individorienterte og målbare mål er en viktig del av sykepleieplanen. Det kan være mål ikke er beskrevet i pasientjournalene fordi den standardiserte teksten som ligger i dokumentasjonssystemet ikke legger til rette for å formulere realistiske og målbare mål.

Intervensjonen i prosjektet har fokus på sykepleiediagnoser og P(R)ES-struktur. Det samme fokuset gjenfinnes ikke i Cat-ch-Ing. Tilpasningene og beskrivelser i brukerveiledningen fikk ikke frem i hvor stor grad sykepleiediagnoser var utformet med P(R)ES-struktur i sykepleiedokumentasjonen. Ingen elementer i sykepleiedokumentasjonen har en signifikant endring i kvalitet, men det er en økning i totalsum fra pretest til posttest.

Rykkje stiller spørsmål ved om sykepleieplan er den optimale måten å dokumentere sykepleie på for alle pasienter (26). Samtidig har andre studier vist til at anvendelse av sykepleiediagnoser fremmer dokumentasjonsprosessen slik at dokumentasjonen blir fullstendig, og med det i henhold til lovkrav (13,15,20). Man kan stille spørsmål ved hvorvidt flere sykepleienotater i posttest er et tegn på at fortløpende dokumentasjon oppleves som mer hensiktsmessig enn sykepleie-

plan i den kliniske hverdagen. Men det kan være et tegn på at kompetanse innen dokumentasjon av sykepleie ikke er tilstrekkelig for å utføre oppgaven i klinikken. Det kan også være at dette er et uttrykk for at funksjonaliteten i den elektroniske sykepleieplanen ikke understøtter sykepleiernes arbeidsprosesser i tilstrekkelig grad.

Det er tidligere vist til at potensialet i IKT ikke er tatt ut i forhold til EPJ og sykepleiedokumentasjon (2,20,26). Samtidig er det vist til at sykepleiere gir uttrykk for at de ikke har vært involvert i utforming av løsninger i EPJ i den grad de ønsker (22, 25). Også internasjonalt har studier trukket frem at løsninger som beslutningsstøtte, klassifikasjonssystem og bedre funksjonalitet i EPJ kan fremme kvalitet i dokumentasjonen (7, 8, 13, 22). Det er behov for mer forskning og kunnskap om hvordan arbeidsprosesser kan understøttes av gode IKT-verktøy slik at sykepleiedokumentasjon i EPJ blir mer fullstendig og dermed av bedre kvalitet.

### **Undervisningen**

Pilotstudien hadde en varighet på seks måneder hvorav tiden fra undervisning for siste undervisningsgruppe til avslutning av perioden, var ni uker. Sammenliknet med andre studier (13,15,17) er det kort tid for endring av arbeidsprosesser. Undervisningsintervensjonen viste seg å være gjennomførbare, men det kan diskuteres om det er realistisk å ha grupper på maksimum åtte personer når flere eller større avdelinger skal inkluderes. Gjennomføring i små grupper involverer deltakerne i undervisningen i stor grad, men er samtidig res-

surskrevende. En annen artikkel vil framstille sykepleiernes opplevelse av undervisningsintervensjonen og anvendelse av sykepleiediagnoser i fritekst med P(R)ES-struktur.

### **Studiens begrensninger**

I pilotstudien er det gjort erfaringer med hvordan granskningsinstrumentet har gjenspeilet det inntrykket forskerne fikk av kvalitet i sykepleiedokumentasjonen. Ved bruk av granskningsinstrumentet anvendes alltid en viss grad av skjønn. I det ligger en metodisk utfordring. I studien er det to forskere som i fellesskap har vurdert sykepleiedokumentasjonen ved bruk av Cat-ch-Ing. Det at to forskere har vurdert dokumentasjonen sammen kan påvirke studiens reliabilitet.

### **KONKLUSJON**

Vurdering av granskningsinstrumentet Cat-ch-Ing indikerer behov for en mer treffende skåring av sykepleiediagnoser spesielt, men også av sykepleiedokumentasjonen som helhet. Tidligere studier har vist til at Cat-ch-Ing kunne hatt en større skala og at det kunne gitt et mer nyansert resultat (17,26). Funn fra vår studie støtter endringsforslagene. Granskningsinstrumentene D-catch og QOD har tatt utgangspunkt i Cat-ch-Ing og utviklet instrumenter for å skåre sykepleiediagnoser mer treffende. Vi vil se på disse instrumentene for anvendelse i hovedstudien.

Pilotstudien har gitt bekrefteelse på at undervisningsintervensjonen er gjennomførbare. Videre arbeid i prosjektet vil være implementering av sykepleiediagnoser i fritekst etter P(R)ES-struktur, med større fokus på betydningen av å

dokumentere prospektivt og i henhold til sykepleieprosessen. Tidsperioden for fase 3 i intervensjonen vil utvides med oppfølging i avdelingen over lengre

tid. I hovedstudien vil effekt av undervisningsintervensjonen studeres. Det vil fokuseres på krav til samhandling i helse-tjenesten også i tiden framover.

Studien støtter forskning som beskriver behov for mer kompetanse og kunnskap om hvordan dokumentasjon av sykepleie kan være et verktøy i dette.

## REFERANSER

1. Stortingsmelding 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Naustdal AG, Nettetdal G. Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien Forskning*. 2012; 3: 270–7.
3. Dahl K, Skaug E.A. Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie s. 15–56 i: Grunnleggende Sykepleie bind 2. Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F. Skaug E.A [red]. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2011.
4. Moen A, Hellesø R, Berge A. Sykepleieres journalføring. Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Oslo: Akribes. 2008.
5. Heggdal K. Sykepleiedokumentasjon. Oslo: Gyldendal Akademiske. 2006.
6. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell- Ekstrand I. VIPS-boken. Om en forskningsbasert modell for dokumentation och omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet FoU 48. 2000.
7. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 1: Art. No.: CD002099. DOI:10.1002/14651858.CD002099.pub2
8. Paans W, Sermeus W, Nieweg R, Schans Cvd. Determinants of the accuracy of Nursing Diagnosis: Influence of Ready Knowledge, Knowledge Sources, Disposition towards Critical Thinking, and reasoning Skills. *Journal of Professional Nursing*. 2010;26:232–41.
9. Dahl K, Vatne S. Mangel på pasientperspektiv. *Tidsskriftet Sykepleien*. 2007;95:70–2
10. Lov om helsepersonell. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: 1999. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
11. Forskrift pasientjournal. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: 2000. <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
12. Björvell C. Sjukskötarskans journalføring och informationshantering. En praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur. 2011.

13. Müller- Staub M, Lavin MA, Needham I, Achterberg Tv. Nursing diagnosis, interventions and outcomes- application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56:514–31.
14. Thoroddsen A, Ehnfors M, Ehrenberg A. Content and completeness of care plans after implementation of standardized nursing terminologies and computerized records. *CIN; Computers Informatics Nursing*. 2011; 10:599–607.
15. Björvell C, Wredling R, Thorell- Ekstrand I. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002;16:34–42.
16. Paans W, Sermeus W, Nieweg ROB, Van der Schans CP. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66:2481–9.
17. Darmer MR, Ankersen L, Nielsen BG, Landberger G, Lippert E, Egerod I. Nursing documentation audit- the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:525–34.
18. Paans W, Sermeus W, Nieweg ROB, Van Der Schans CP. Development of a Measurement Instrument for Nursing Documentation in the Patient Record. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2009;146:297–300.
19. Florin J. Quality of Nursing Diagnoses: Evaluation of an educational intervention. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2005;16:33–43
20. NSFID – Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. 2007.
21. Carnevali DL. Sykepleieplanlegging. Oslo: Ad Notam Gyldendal. 1992.
22. Axelsson L, Björvell C, Mattiasson AC, Randers I. Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnosis in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:936–45.
23. Gjevjon ER, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal*

of Clinical Nursing. 2010;19:100–108.

24. Hellesø, R. Information handling in the nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:11–21.
25. Giæver E, Hellesø R. Negative experiences of organizational change from an emotions perspective. *Nordic Psychology*. 2010;62:37–52.
26. Rykkje L. Implementing Electronic Patient Record and VIPS in medical hospital wards: Evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat-ch-Ing. *Vård i Norden*. 2009; 29: 9–13.
27. Hellesø R, Ruland C. Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10:799–805.
28. Ehrenberg A, Ehnfors M. Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2001;15:133–141.
29. Björvell C, Thorell- Ekstrand I, Wredling R. Development of an audit instrument for nursing care plans in then patient record. *Quality in Health Care*. 2000;9:6–13.
30. Karkkainen O, Eriksson K. Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*. 2003;12:198–205.
31. Müller- Staub M, Lunney M, Odenbreit M, Needham I, Lavin MA, Achterberg TV. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnosis, interventions and outcomes: the Q-DIO. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18:1027–37
32. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research. Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th edition. Philadelphia: Wolter Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 2012.
33. Rosner B. *Fundamentals of Biostatistics*. Brooks/ Cole. 2011.

# Vi trenger brukervennlige IKT-løsninger

› Sykepleierne må selv være med på å utforme dokumentasjonssystemet på egne arbeidsplasser.

Foto: Johan Stenseth



**Maren Falch Lindeberg**

Fagutviklingssykepleier/phd-studen,  
Post 2, kirurgisk klinikk, Lovisenberg  
Diakonale Sykehus

Denne pilotstudien har som mål å vurdere sensitiviteten til et granskingsinstrument for sykepleiedokumentasjon. Artikkelen diskuterer også om bruk av sykepleiediagnoser kan forbedre kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen, og viser til resultater fra en undervisnings- og veiledningsintervensjon med vekt på sykepleiedokumentasjon og bruk av sykepleiediagnoser. Sykepleiedokumentasjonen var i mange tilfeller mangelfull både før og etter intervensjonen. Et annet interessant funn var at sykepleiere ofte valgte å dokumentere fortløpende i sykepleienotater i stedet for å utarbeide sykepleieplaner, og denne tendensen vedvarte også etter intervensjonen. Artikkelforfatterne antar at varigheten på intervensjonen på kun seks måneder kan ha vært for kort tid til å se resultater.

Funnene er interessante fordi de indikerer at pasienter i liten grad får en sykepleieplan med en målrettet sykepleiebehandling. En god sykepleieplan identifiserer

pasientens pleiebehov og sikrer lik oppfølging gjennom sykehusoppholdet. Dermed reduseres behovet for fortløpende rapportering, dobbeltføring og muntlige beskjeder, og sykepleierne kan bruke mindre tid på dokumentasjon og rapport. Planen kan dessuten følge pasienten videre til primærhelsetjenesten og sikre kontinuitet også i den videre behandlingen.

Med så gode argumenter for bruk av sykepleieplaner er det jo rart at sykepleierne ikke bruker det mer. Artikkelen diskuterer da også om det kan tenkes at det er systemene som ikke er gode nok. Mange av oss kan nok kjenne oss igjen i at det kan oppleves tungt og tidkrevende å navigere i nye IKT-løsninger, og i en travel hverdag blir det kanskje enklere å droppe sykepleieplanen og skrive beskjedene i sykepleierapporten i stedet.

Knut Fredrik Thorne, pasientombud i Oslo og Akershus, har tidligere kritisert sykepleiere for å skrive for lange rapporter. Han hevder at viktig informasjon

drukner i uvesentligheter og derfor ikke følges opp videre. På den andre siden vil mange hevde at det som ikke er dokumentert, ikke er gjort. Dette er en viktig diskusjon, og det tar tid å snu holdninger og tenke nytt om hva god sykepleiedokumentasjon skal innebære.

Det viktigste elementet er kanskje det artikkelforfatterne selv nevner, betydningen av brukervennlige og praktiske IKT-løsninger. For å få til dette må sykepleierne selv være med på å utforme systemet og gjøre lokale tilpasninger. Dette har vi jobbet mye med på Lovisenberg Diakonale Sykehus, blant annet ved å etablere arbeidsgrupper som utformer veiledende behandlingsplaner for ulike sykepleiediagnoser, slik at sykepleierne raskt og enkelt kan velge sykepleiediagnoser, tiltak og forordninger. I tillegg har vi sett at det er nødvendig med jevnlig undervisning, oppfølging og veiledning i bruk av IKT-systemene.

Les artikkelen på side 44





Illustrasjon av Eirik M. Sundt

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Pasienter rapporterer moderat til sterk smerte ved fjerning av retrosternale toraksdren. Retningslinjer for denne prosedyren er mangelfull og smertebehandlingen variabel. Ved vår intensivavdeling er det også påvist utilstrekkelig og tilfeldig smertebehandling ved toraksdrenfjerning. Manglende kjennskap til når kirurgen skulle fjerne drenene, ble av sykepleierne oppgitt som hovedgrunn til inadekvat smertebehandling.

**Hensikt:** Å ta i bruk et sterkt, hurtigvirkende analgetikum med kort halveringstid for å redusere smerter ved fjerning av retrosternale toraks-

dren. Registrere smerter ved hjelp av en numerisk skala (NRS) før og etter drenefjerning, bivirkninger og eventuelle tiltak, pasienttilfredshet, samt sykepleiertilfredshet.

**Metode:** Beskrivende kasustikkserie der alle pasienter som skulle få fjernet retrosternale toraksdren i perioden oktober 2012–juni 2013, fikk alfentanil (Rapifen) dersom det ikke forelå kontraindikasjoner. Et egenutviklet registreringsskjema ble fylt ut av sykepleierne som administrerte alfentanil.

**Resultater:** Av totalt 45 pasienter, rapporterte 62,2 prosent at drene-

fjerningen var bedre eller litt bedre enn forventet. Ingen pasienter oppga at det var verre enn forventet. Det var en reduksjon i NRS-skår etter alfentanil/drenefjerning. Observert differanse i median NRS-skår var statistisk signifikant ( $p=0,005$ ). Det ble ikke registrert noen alvorlige bivirkninger som trengte større tiltak.

**Konklusjon:** På bakgrunn av kvalitetssikringsprosjektets design kan det ikke konkluderes med at alfentanil er egnet medikament ved fjerning av retrosternale toraksdren, men studien viste høy grad av pasienttilfredshet og få registrerte bivirkninger.

ENGLISH SUMMARY

**Alfentanil as analgesia during chest drain removal**

**Background:** Patients report moderate to severe pain during chest drain removal. Few guidelines exist for the procedure and pain management can be both incomplete and inconsistent. In our intensive care unit, pain treatment during removal of retrosternal chest drains was found inadequate. The nurses reported that the main reason for inadequate pain management was not knowing the time of drain removal by the surgeon.

**Objective:** To adopt a strong, fast-acting analgesic with short duration,

to improve pain management during chest drain removal. To register pain, with a numeric rating scale (NRS), before/after drain removal, side effects and patient- and nurse-satisfaction.

**Method:** Case series where all patients with retrosternal thoracic drains, from October 2012 to June 2013, received alfentanil (Rapifen) before drain removal, as long as no contraindications existed. A self-developed form was used for registrations by the nurses who administrated alfentanil.

**Results:** From 45 patients, 62.2% reported that drain removal was bet-

ter or slightly better than expected. No patients reported drain removal as worse than expected. There was a reduction in NRS-score after alfentanil/drain removal. Observed difference in median NRS-score was statistically significant ( $p=0.005$ ). No serious adverse events that needed major treatment were found.

**Conclusions:** On the basis of the design of the study, it cannot be concluded that alfentanil is a suitable drug for chest drain removal, although the study showed high patient satisfaction and few adverse events.

**Key words:** Case series, pain, procedure, chest drain, alfentanil

## ET SYKEPLEIERDREVET KVALITETSSIKRINGSPROSJEKT:

# » Alfentanil ved fjerning av retrosternale toraksdren

Forfattere: Tone Rosén, Erik Inge Dagestad og Marte-Marie Wallander Karlsen

### NØKKELORD

- Kasustikk
- Smerte
- Prosedyre

### INNLEDNING

Smerte er en av de komplikasjonene pasienter frykter mest postoperativt (1). Det er veldokumentert at ubehandlede postoperative smerter kan forlenge og forverre pasientens sykehusopphold, samt muligens bidra til utvikling av kroniske smerter (2–7). Til tross for økt fokus på kunnskapsbasert praksis samt innføring av retningslinjer og standarder for smertebehandling de siste årene, blir smerter underbehandlet (7–10). En nylig publisert studie av 215 inneliggende pasienter ved 14 norske sykehus fant at mange pasienter rapporterer sterke smerter første postoperative døgn og at det var et betydelig forbedringspotensial for kartlegging, dokumentasjon og behandling av smerte (11). Smertebehandling ved smertefulle prosedyrer har også vist seg å være svært utilfredsstillende (12–17).

Fjerning av retrosternale

toraksdren kan være en smertefull prosedyre. Drenene er cirka 15 mm i utvendig diameter og legges inn hos de fleste pasienter som hjerteopereres for å drenere ut luft, sår- og pleuravæske fra operasjonsområdet. I en systematisk litteraturnomgang fra 2006 (15), om smerte og smertebehandling ved fjerning av toraksdren, ble 14 studier vurdert, deriblant seks randomiserte, kontrollerte studier (RCT's), og fem deskriptive studier. Studiene viste at pasienter rapporterte moderat til sterk smerte ved fjerning av toraksdren, også når morfin eller lokalanestesi ble gitt. Pasienter brukte ord som «smertefull», «skremmende», «brennende», «rivende» og «pressende» for å beskrive følelsen ved fjerning av drenene (18–20). «Clinical practice guidelines...» (10) anbefaler sterkt (+1C) å gi forebyggende smertebehandling ved fjerning av retrosternale toraksdren, men internasjonalt finnes det få kunnskapsbaserte retningslinjer for dette og smertebehandlingen varierer fra sykepleier til sykepleier (15,17,18,21–23).

Det er forsøkt ulike medikamentelle tilnærminger for å best mulig behandle smertene ved fjerning av retrosternale toraksdren. I Puntillo et al. sin

studie (23) anbefales 4 mg morfin gitt 20 minutter før, eller 30 mg ketorolac gitt 60 minutter før fjerning av toraksdren. Ahlers et al. (24) fant i sin studie, at det ikke var signifikant forskjell på smertenivå om pasientene fikk lav eller høy dose morfin (2,5 mg versus 7,5 mg) ved denne prosedyren. I Bruce et al. (15) sitt systematiske litteraturstudie, konkluderes det med at morfin alene ikke gir tilstrekkelig smertelindring ved drenefjerning. Lokalanestesimidler som bupivakain har vært forsøkt gitt direkte inn i toraksdren, men har for lang anslagstid og er ikke effektivt nok (15). Studier med inhalasjonsanestesimidler

### Hva tilfører denne artikkelen?:

Studien viste høy grad av pasienttilfredshet og få bivirkninger ved bruk av det smertestillende middelet alfentanil ved fjerning av retrosternale toraksdren.

### Mer om forfatterne:

Tone Rosén, og Erik Inge Dagestad er intensivsykepleiere og kliniske spesialister. De er ansatt ved Generell Intensiv 2, Akuttklinikken, OUS. Marte-Marie Wallander Karlsen er fagutviklingssykepleier, MnS. Hun er ansatt ved Postoperativ og Intensivavdelingen, Akuttklinikken, OUS. Kontaktperson: Tone Rosén, tonjohns@ous-hf.no.

har vist noe effekt (15), men er ikke praktisk gjennomførbart i en vanlig postoperativ avdeling. Ulike avslapningsteknikker har heller ikke vist seg å gi tilstrekkelig smertelindring (15,21).

I Norge opererer man årlig om lag 5000 hjertepasienter med såkalt sternumspilt (kirurgisk åpning av brystbenet) og de fleste får innlagt retrosternale toraksdren (25). Tidligere retrospektiv journalgranskning ved vår enhet viste at smertebehandlingen ved fjerning av

På bakgrunn av en lite tilfredsstillende praksis var det ønskelig å ta i bruk et smertestillende medikament med raskere effekt og kortere halveringstid. Det syntetiske opioidet alfentanil (Rapifen) er et potent analgetikum med maks analgetisk effekt innen ett til to minutter. Effekten er doseavhengig, lett å styre og medikamentet elimineres raskt (27,29). Usta et al. (30) fant i sin RCT at alfentanil (n=50) var å foretrekke framfor fenta-

alfentanil som standard smertebehandling før dremsfjerning. Vi ønsket å registrere eventuelle bivirkninger hos pasientene av alfentanil samt kartlegge hvorvidt pasientene og sykepleierne var fornøyde med administreringen av alfentanil.

**Problemstilling:** «Kan alfentanil være et egnet analgetikum ved fjerning av retrosternale toraksdren med hensyn til smertelindring, bivirkninger og pasienttilfredshet?»

## METODE

### Design og utvalg

Studiedesignet er beskrivende kasustikkserie. Alle voksne pasienter som skulle få fjernet retrosternale toraksdren i perioden oktober 2012 til juni 2013 ble inkludert fortløpende, og fikk alfentanil såframt det ikke forelå kontraindikasjoner.

### Datainnsamling

Numeric rating scale (NRS) ble registrert for hver pasient på to tidspunkter. Første gang for alfentanil/dremsfjerning (baseline) og andre gang umiddelbart etter alfentanil/dremsfjerning (follow-up). NRS evaluerer pasientens opplevde grad av smerte fra 0 (ingen smerte) til 10 (verst tenkelige smerte) (32).

Det ble anvendt et registreringsskjema som sykepleierne fylte ut hver gang de administrerte alfentanil. Registreringsskjemaet var egenutviklet på bakgrunn av tidligere forskning og klinisk erfaring i samråd med anestesilege. Side én inneholdt informasjon om alfentanil, kontraindikasjoner og ulike behandlingsoalternativer for bivirkninger. Side to besto av registreringsrubrikker for kjønn, pasientvekt, mengde alfentanil gitt og NRS-smerteskår før og etter prosedyre.

## ” Fjerning av retrosternale toraksdren kan være en smertefull prosedyre.

retrosternale toraksdren var både mangelfull og tilfeldig (26). I en spørreundersøkelse oppga 19 av 26 sykepleiere/intensivsykepleiere at hovedårsakene til manglende forebyggende smertelindring før dremsfjerning, var at de ikke visste når kirurgen kom for å fjerne drenene (26). Drenene fjernes vanligvis av torakskirurg første postoperative dag på morgenen, men tidspunktet varierer betydelig. Det fantes ingen skriftlig prosedyre eller innarbeidet rutine for smertebehandling ved fjerning av retrosternale toraksdren, men avdelingen har generell forordning av ketobemidon (Ketorax), 1–3 mg titrert ved behov, som postoperativ smertebehandling til torakspasientene. Effekten av ketobemidon gitt intravenøst inntreffer etter 2–5 minutter, men bør gis i tidsrommet 10–30 minutter før dremsfjerning for maksimal effekt. (Peak-tid er cirka 20 minutter) (27). Det kan derfor være vanskelig å gi adekvat dose smertestillende i forkant. Halveringstiden for ketobemidon er to timer og tjue minutter (27,28) og effekten varer derfor lenge etter at prosedyren er ferdig.

nyl (n=50) ved colonoscopi på grunn av kortere sedasjonstid, men begge medikamenter var sikre og akseptable for de fleste pasienter. Mazanikov et al. (31) sammenliknet i sin RCT propofol/alfentanil med propofol/remifentanil hos 81 pasienter ved ERCP (endoskopisk retrograd cholangiopancreatografi) og konkluderte med at begge metoder var akseptable. Men remifentanil ga mer respirasjonsdepresjon og kvalme i kombinasjon med propofol enn det alfentanil gjorde. Alfentanil kan være et egnet medikament som profylakse ved smertefulle prosedyrer, men vi har ikke funnet publiserte studier der det er benyttet alfentanil ved fjerning av retrosternale toraksdren.

Hensikten med dette kvalitets sikringsprosjektet var å innføre et sterkt, hurtigvirkende analgetikum med kortere halveringstid enn det vi til vanlig benyttet, for å bedre forebygge smerter ved fjerning av retrosternale toraksdren. I samarbeid med anestesilegene, innførte sykepleierne medikamentet



Det var avkrysning «ja»/«nei» i forhold til ulike bivirkninger som sedasjon, respirasjonsdepresjon, blodtrykksfall, bradykardi, kvalme og oppkast, samt eventuelle tiltak i forhold til dette (27, 29). Det var fem svargraderinger for pasienttilfredshet og «ja»/«nei»/«usikker» for sykepleiertilfredshet.

### Prosedyre

Da alfentanil var et ukjent analgetikum fikk alle 55 sykepleiere/intensivsykepleiere i klinisk arbeid på avdelingen obligatorisk undervisning om alfentanils virkning/bivirkninger på en workshop i oktober 2012. Undervisningen ble gitt over tre dager til seks ulike grupper og varte en time. Undervisningen var basert på forskningsstudier om alfentanil, samt gjennomgang og opplæring i registreringsskjemaet for alfentanil. Begge deler ble gjort i samråd med anestesilege.

Alfentanil skal injiseres sakte intravenøst, eller gis som intravenøs infusjon (27). Rask intravenøs infusjon kan gi skjellemuskel- og toraksrigiditet, svekket respirasjon eller respirasjonsstans. På grunn av fare for alvorlige bivirkninger, bør alfentanil administreres av spesialutdannet personell. Resucite-

ringsutstyr og antidot (naloxon) bør være i nærheten. Alfentanil gir analgesi og sedasjon, men ikke amnesi (33). Alfentanil er et fentanyl-derivat med raskere anslag enn fentanyl. Halveringstiden ved en bolusdose er cirka ti minutter og således kortere enn halveringstiden på cirka 90 minutter ved likevekt-dose (27, 29, 34). Kontraindikasjoner er overfølsomhet for alfentanil hydroklorid, eller for opioider generelt, forhøyet intrakranielt trykk og alvorlig respirasjonsdepresjon (29).

Ansvarlig anestesilege forordnet 1 mg alfentanil til normalvektige pasienter, tilsvarende 12,5 microg/kg ved 80 kg. Pasienter med vekt under 50 kg, skulle få 0,5 mg alfentanil. Dette er innenfor anbefalte retningslinjer; «UpToDate» anbefaler 8–20 microg/kg dersom man ønsker en smertestillende effekt  $\leq 30$  minutter (29). I Felleskatalogen anbefales 7–15 microg/kg for inngrep kortere enn ti minutter (27). Sykepleiere/intensivsykepleiere med kompetanse på overvåking av torakspasienter sto for administreringen av alfentanil, med kirurg til stede.

### Dataanalyse

Frekvensanalyse er benyttet for

kategoriske variabler. For kontinuerlige variabler er sentral-tendens målt med median og dens kvartiler og gjennomsnitt med dets standardavvik. Paired Samples Wilcoxon Signed Rank Test er benyttet for å estimere differansen i NRS-skår mellom hvert par av observasjoner. Differansen er beregnet for tidspunkt ved «follow up» minus «baseline». Alle statistiske analyser ble utført med PASW statistics software versjon 18 (IBM SPSS, Chicago, IL) i samarbeid med statistiker (35).

### Forskningsetikk

Kvalitetssikringsprosjektet ble godkjent av Personvernombudet. Data ble anonymisert ved at pasient- og sykepleiernavn ikke ble navngitt. Skjemaene ble lagret innelåst på kontor, og data ble lagret på sykehusets forskningsserver.

### RESULTATER

Totalt ble 45 pasienter inkludert i studieperioden, hvorav 14 kvinner og 31 menn. Gjennomsnittsvekten til pasientene var 82,8 kg (Standardavvik 17,6). 27 pasienter fikk 1 mg, 15 pasienter fikk 0,5 mg, én fikk 0,25 og én pasient fikk 2 mg alfentanil. Gjennomsnittsmengde alfentanil som ble gitt var 0,84 mg, noe som tilsvarte 10,1 microg/kg.

### Smerteregistrering

Det var komplette observasjoner av NRS-skår for 37 pasienter, det vil si både NRS før (baseline) og etter (follow up) prosedyre. NRS-skår var redusert etter alfentanil og drens-fjerning (tabell 1). Observert differanse i median NRS-skår var statistisk signifikant ( $p=0,005$ ).

Fem pasienter hadde litt høyere NRS-skår etter prosedyren. Fire

**TABELL 1:** Fordelingen av NRS-skår før alfentanil og drens-fjerning og etter alfentanil og drens-fjerning (n = 37)

| NRS-skår                           | Antall observasjoner <sup>1</sup> | Lavere kvartil | Median | Høyere kvartil |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------|--------|----------------|
| Før alfentanil og drens-fjerning   | 37                                | 0              | 2      | 4              |
| Etter alfentanil og drens-fjerning | 37                                | 0              | 0      | 2              |
| Differanse                         | 37                                | -2             | -1     | 0              |

<sup>1</sup> 37 av 45 pasienter hadde NRS-skår både før (baseline) og etter (follow-up).

<sup>2</sup> Paired Samples Wilcoxon Signed Rank Test:  $p=0,005$

av disse pasientene hadde fortsatt NRS  $\leq 3$ . De øvrige hadde alle reduksjon i NRS etter administrasjon av alfentanil.

### Bivirkninger

Det ble registrert få bivirkninger. Som vist i tabell 2 fikk én pasient blodtrykksfall og ufrie luftveier og trengte kjevetak en periode. Blodtrykket stabiliserte seg uten tiltak og det var ingen behov for antidot. To pasienter fikk blodtrykksfall, to pasienter fikk bradykardi og én pasient ble kvalm uten at noen hadde behov for tiltak. Under prose-

dyren sovnet 14 av 45 pasienter (31 prosent).

### Pasienttilfredshet

Av 45 pasienter, rapporterte 24 pasienter at de opplevde drengsfjerningen som bedre enn forventet og fire pasienter syntes det var litt bedre enn forventet (til sammen 62,2 prosent). 13 pasienter opplevde det som forventet. Ingen pasienter syntes det var litt verre eller verre enn forventet. Fire pasienter manglet svar på dette ( se tabell 3).

### Sykepleiertilfredshet

De fleste sykepleierne, 41 av

45 (91 prosent), følte seg komfortable med å administrere alfentanil. To sykepleiere (4,5 prosent) følte seg ukomfortable og to (4,5 prosent) var usikre på hva de følte.

### DISKUSJON

#### Smerteregistrering og pasienttilfredshet

Pasientene i kvalitetssikringsprosjektet hadde en reduksjon i NRS-smerteskår etter alfentanil og drengsfjerning, men vi vet ikke om denne reduksjonen skyldtes alfentanil eller effekten av at drenene var blitt fjernet. Pasientene hadde lavere NRS-skår enn forventet både før og etter drengsfjerning. Siden innføringen av alfentanil var en del av et pågående smerteprojekt for å heve sykepleiernes kompetanse, kan torakspasientene ha fått tilført større doser ketobemidon enn vanlig og dermed forklare lavere NRS-skår. Mengden ketobemidon ble imidlertid ikke kontrollert i pasientkurvene. NRS-skår under selve drengsfjerningen lot seg vanskelig måle, blant annet fordi en tredjedel av pasientene sovnet og fordi prosedyren er kortvarig. Dessuten hadde vi ingen kontrollgruppe der vi kunne se NRS-skår uten administrering av alfentanil. Vi kan på bakgrunn av dette, samt lite pasientantall, ikke vurdere effekten av alfentanil med sikkerhet. Imidlertid ble pasientenes tilfredshet med selve prosedyren registrert og de 62,2 prosent som oppga at drengsfjerningen var litt bedre eller bedre enn forventet bekrefter en mulig positiv effekt. Ingen pasienter oppga at drengsfjerningen var verre enn forventet. Data på hva pasientene forventet seg ble ikke registrert, men den kliniske erfaringen er at pasienter gruer seg til prosedyren.

**TABELL 2:** Registrering av bivirkninger av alfentanil (n=45)

|   | Antall pasienter | Eventuelle tiltak iverksatt |
|---|------------------|-----------------------------|
| Pasienten sovnet (n = 43)                   | 14 (31 %)        |                             |
| Ufrie luftveier? (n = 45)                   | 1 (2 %)          | 1 ( kjevetak)               |
| Blodtrykksfall? (Syst BT <90 mmHg) (n = 45) | 3 (7 %)          |                             |
| Bradycardi? (Pulsfrekvens < 50) (n = 45)    | 2 (4 %)          |                             |
| Kvalme? / Oppkast? (n = 45)                 | 1 (2 %)          |                             |

**TABELL 3:** Pasientens opplevelse av drengsfjerningen (n = 45)

|                          | Antall pasienter |
|--------------------------|------------------|
| Bedre enn forventet      | 24 (53,3 %)      |
| Litt bedre enn forventet | 4 (8,9 %)        |
| Som forventet            | 13 (28,9 %)      |
| Litt verre enn forventet | 0                |
| Verre enn forventet      | 0                |
| Mangler registrering     | 4 (8,9 %)        |
| Totalt                   | 45 (100%)        |

## Bivirkninger

Hos de 45 pasientene i kvalitets-sikringsprosjektet, ble det ikke registrert noen alvorlige bivirkninger som trengte større tiltak eller antidotbehandling. Ifølge forskningslitteratur på alfentanil, var det forventet flere bivirkninger enn det som ble registrert (33,36,37). Dette kan skyldes tilfeldigheter på grunn av lavt antall pasienter, men det kan også skyldes den relativt moderate doseringen av alfentanil og at sykepleierne fulgte den anbefalte langsomme injeksjonshastigheten, som igjen reduserer forekomsten av bivirkninger (27,29). Alfentanilregistreringen gjaldt bare bivirkninger observert ved administrering av medikamentet. Eventuelle langtidseffekter ble ikke registrert.

Miner et al. (33) fant at alfentanil er effektivt for prosedyresedasjon i akuttmottak (revisjoner av abscesser og sår, samt reposisjon av dislokasjo-

Maksimal smerteskår var lavere med alfentanil (n=45) sammenliknet med placebo (n=45); 3,0 versus 5,3 på NRS-skala. (p <0,001). Episoder med desatureringer < 90 prosent SpO<sub>2</sub> var mer vanlig med alfentanil (44,4 prosent versus 8,1 prosent, p <0,001), men ingen klinisk relevante desatureringer oppsto. Her ble det gitt lavere dose alfentanil enn i dette kvalitetssikringsprosjektet.

Conti et al. (38) undersøkte effekten av alfentanil gitt til 20 spontanpustende, intuberte ASA 1-pasienter og fant at 15–30 microg/kg alfentanil ikke hadde noen effekt på respirasjonssystemsmekanismer og luftmotstand til mekanisk ventilerte pasienter under generell anestesi.

Pasientene som gjennomgår inngrep på toraks ved den involverte avdelingen har vanligvis kontinuerlig oksygentilførsel via nesekateter, brillekateter, eller puritanfukter før, under

1 microg/kg) gitt over ti sekunder, til 465 intuberte pasienter induserte hoste, selv om hyppigheten av hoste var lavere ved alfentanil (7,2 prosent) enn ved remifentanil (26 prosent). Hoste ble ikke spesifikt registrert ved dette kvalitetssikringsprosjektet, men det ble heller ikke oppgitt som noe problem av sykepleierne. For øvrig oppfordres torakspasientene til å gjøre hosteøvelser postoperativt.

Kvalme oppgis å være vanligste bivirkning av alfentanil (17 prosent) (27), men i dette prosjektet var det bare én pasient som ble registrert med kvalme. Ingen kastet opp. En svakhet her er imidlertid at vi ikke samlet data på om pasienter hadde fått kvalmestillende kort tid før alfentanilinjeksjonen.

Alle sterke analgetika påvirker pasientens hemodynamikk i noen grad, også alfentanil. I pilotstudien ble det registrert blodtrykksfall (<90 mmHg, systolisk) hos kun tre pasienter og bradykardi (pulsfrekvens <50) hos to pasienter uten behov for tiltak. De retrosternale toraksdrenene fjernes normalt morgenen etter operasjonen og da er de hemodynamiske grensene som regel mindre snevre enn rett etter operasjonen.

Sykepleierne som administrerte alfentanil, følte seg stort sett komfortable med å gi medikamentet. 91 prosent følte dette til tross for at det var første gang de administrerte alfentanil. Avdelingen er godt utstyrt for håndtering av eventuelle bivirkninger og både anestesilege, diverse utstyr og antidot var i umiddelbar nærhet. Halveringstid for bolusdose av alfentanil er cirka ti minutter og det er anbefalt minst en time observasjon etter injeksjon av medikamentet (27). Pasientene ved avdelingen blir uansett

” Effekten av alfentanil vil uansett bare vare i 10 minutter.

ner/bruddbehandling), men at respirasjonsdepresjonseffekten likner dypere sedasjon med propofol. De fant at 39 prosent av deres 148 forsøkpasienter måtte ha hjelp med respirasjon i form av oksygentilskudd (18 prosent), maskeventilering (3 prosent), luftveisreposisjonering (2 prosent) eller stimulering (18 prosent). I Miner et al.'s studie ble det initialt gitt 10 microg/kg alfentanil og de fleste pasientene fikk gjentatt dosen minst én gang.

Boellaard et al. (36) publiserte nylig en multisenter studie som vurderte effekten av en enkelt dose (7,5 microg/kg) intravenøs alfentanil ved CT colonografi.

og etter fjerning av retrosternale toraksdren. Dette kan være årsaken til at kun én pasient i dette prosjektet ble desaturert og respirasjonspåvirket. Respirasjonsdepresjon anses uansett som mindre problematisk på en intensivavdeling, med effektive hjelpemidler tilgjengelig og med stor kompetanse hos personalet. Dersom pasienten trenger hjelp med respirasjonen i form av kjevetak, svelgtube, nesekantarell eller bag, vil effekten av alfentanil oftest uansett bare vare i cirka ti minutter og respirasjonsdepresjonen er dermed over.

Cho et al. (37) viste i sin RCT at ekvipotente doser med alfentanil (10microg/kg) og remifentanil

overvåket kontinuerlig av minst én sykepleier/intensivsykepleier. Dette sikrer at pasientens sikkerhet blir ivaretatt også den tiden det tar før medikamentet er helt eliminert fra kroppen.

### Styrker og svakheter

Undervisning og implementering av alfentanil ble gjennomført uten større problemer og sykepleierne var engasjerte og velviljelige til å delta i prosjektet.

Det var avkrysning for eventuelle kontraindikasjoner på registreringsskjemaet, men noen pasienter kan ha blitt ekskludert fra studien uten at dette ble registrert. Vi mener likevel at de 45 inkluderte pasientene i kvalitetssikringsprosjektet er representative for pasientgruppen.

Forfatterne observerte ikke selv pasientene som fikk alfentanil, eller sykepleierne som administrerte medikamentet, så vi kan ikke sikkert verifisere om medikamentet ble gitt og registreringene ble utført

ter etter alfentanilinjeksjonen kunne bidratt til styrket data.

Det oppsto noen uklarheter med tanke på forordningsmengde av alfentanil, som resulterte i at noen normalvektige pasienter kun fikk forordnet 0,5 mg. Målingen av smertestillende effekt/tilfredshet med medikamentet samt registrering av bivirkninger kan derfor ha blitt påvirket siden pasientene fikk en noe lavere dose enn planlagt.

Pasientantallet og metoden i kvalitetssikringsprosjektet er ikke tilstrekkelig for å kunne estimere effekten av alfentanil versus standard prosedyre.

### KONKLUSJON

På bakgrunn av kvalitetssikringsprosjektets design kan det ikke konkluderes med at alfentanil er egnet medikament ved fjerning av retrosternale toraksdren, men studien viste høy grad av pasienttilfredshet og få registrerte bivirkninger. Litteraturgjenn-

et faglig, etisk og juridisk ansvar hos den enkelte sykepleier til å utføre adekvat smertebehandling i samarbeid med lege. Uten kunnskapsbaserte retningslinjer, kan smertebehandlingen til pasientene vanskelig kvalitetssikres. Mye kan tyde på at pasientene i dag får en for dårlig behandling ved fjerning av retrosternale toraksdren, da det i litteraturen ikke finnes entydige svar på hva som er best måte å behandle disse smertene på og mange av studiene som er utført har vært relativt små.

Alfentanil er et velkjent medikament innen anestesimedisin, men ikke tidligere benyttet og satt i system som analgetika ved smertefulle prosedyrer på vår avdeling. Erfaringene fra kvalitetssikringsprosjektet gjør det ønskelig å innføre alfentanil som standard profylaktisk smertelindring både ved fjerning av retrosternale toraksdren og ved andre prosedyresmerter.

Det trengs mer kunnskap om alfentanil til bruk ved fjerning av retrosternale toraksdren, både med tanke på optimalt doseringstidspunkt før drens fjerning og om pasientenes opplevelse av smerte under prosedyren. En dobbeltblindet, randomisert, kontrollert studie med tilstrekkelig antall pasienter, er nødvendig for å kunne estimere effekten av alfentanil versus standard prosedyre ved fjerning av retrosternale thoraxdren.

Vi ønsker å rette en stor takk til prosjektdeltaker Kjersti Langmoen (Ledende spl.fag, MnS) for den opprinnelige ideén om å ta i bruk alfentanil ved denne prosedyren, samt anestesioverlege Jan Hovdenes, seksjonsleder Mari Ranneberg-Nilsen og intensivsykepleier, PhD Hilde Wøien

” Av 45 pasienter, rapporterte 24 pasienter at de opplevde drens fjerningen som bedre enn forventet.

på nøyaktig samme måte. Derimot var registreringsskjemaet enkelt og selvforklarende og vi opplevde ingen spørsmål med hensyn til utfyllingen.

Vi spurte om NRS-skår rett før og rett etter prosedyre, men burde hatt en egen rubrikk for NRS-skår under prosedyren slik at de to tredjedelene av pasientene som ikke sovnet, kunne tenke tilbake og angi NRS-skår for selve drens fjerningen. Vi antok at de fleste pasientene ville sovne under prosedyren, derfor ble ikke dette gjort. NRS-registrering etter faste tidsangivelser, for eksempel ti eller tjue minut-

nomgangen på alfentanil og de erfaringene vi har gjort oss ved prosedyresmerter, antyder at alfentanil kan være et egnet medikament, dersom bivirkninger observeres nøye. Sykepleiere som administrerer alfentanil må inneha tilstrekkelig kompetanse om medikamentets administrasjonsmåte, effekt og mulige bivirkninger, og adekvat utstyr for å håndtere bivirkninger må være lett tilgjengelig.

### Implikasjoner

Postoperative pasienter bør tilbys den beste smertebehandlingen, selv ved prosedyrer der smertene regnes som kortvarige. Det ligger

(alle OUS) for godt samarbeid under kvalitetssikringsprosjektet og skriveprosessen. En stor takk rettes også til Irene Sandven (MPH, PhD) ved avdeling for biostatistikk, epidemiologi og helseøkonomi (OUS) for hjelp med statistiske analyser.

## REFERANSER

1. Rawal N. Acute pain services. In: Shorten G, editor. Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p. 118–26.
2. Breivik H BP, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth* 2008;101:17–24.
3. Kehlet H JT, Woolf CJ. Persistent post-surgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006;36:1618–25.
4. Møiniche S DJ. Postoperative smerter. In: Jensen TS DJ, Arendt-Nielsen L, editor. Smerter- en lærebog. København: FADL; 2003. p. 195–213.
5. Suzanne P. Relieving pain and providing comfort. In: PG M, editor. Critical care nursing: a holistic approach. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 46–61.
6. Wu C HR. Postoperative pain management and patient outcome. In: G S, editor. Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice. Philadelphia 2006. p. 71–83.
7. Wu CL RS. Treatment of acute postoperative pain. *Lancet*. 2011;377:2215–25.
8. Pasero C MM. Pain Assessment and pharmacologic Management. 2011.
9. Tietze KJ. Pain control in the critically ill adult patient 2013.
10. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary. *Am J Health Syst Pharm*. 2013;70:53–8. ePub 2012/12/25.
11. Fredheim OM KG, Undall E, Stubhaug A, Rustøen T, og Borchgrevink PC. Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2011;18:1763–7.
12. Holme O, Moritz V, Bretthauer M, Seip B, Glomsaker T, Lange T, et al. Pain in connection with colonoscopy in Norway. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2013;133:1074–8. ePub 2013/05/29. Smerter ved koloskopi.
13. Puntillo KA, Wild LR, Morris AB, Stanik-Hutt J, Thompson CL, White C. Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *Am J Crit Care*. 2002;11:415–29; quiz 30–1. ePub 2002/09/18.
14. Puntillo KA, Morris AB, Thompson CL, Stanik-Hutt J, White CA, Wild LR. Pain behaviors observed during six common procedures: results from Thunder Project II. *Crit Care Med*. 2004;32:421–7. ePub 2004/02/06.
15. Bruce EA, Howard RF, Franck LS. Chest drain removal pain and its management: a literature review. *J Clin Nurs*. 2006;15:145–54. ePub 2006/01/21.
16. Siffleet J, Young J, Nikoletti S, Shaw T. Patients' self-report of procedural pain in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16:2142–8.
17. Given J. Management of procedural pain in adult patients. *Nurs Stand*. 2010;25:35–40. ePub 2011/01/15.
18. Gift AG, Bolgiano CS, Cunningham J. Sensations during chest tube removal. *Heart Lung*. 1991;20:131–7. ePub 1991/03/01.
19. Mimnaugh L, Winegar M, Mabrey Y, Davis JE. Sensations experienced during removal of tubes in acute postoperative patients. *Appl Nurs Res*. 1999;12:78–85. ePub 1999/05/13.
20. Puntillo KA. Dimensions of procedural pain and its analgesic management in critically ill surgical patients. *Am J Crit Care*. 1994;3:116–22. ePub 1994/03/01.
21. Broscious SK. Music: an intervention for pain during chest tube removal after open heart surgery. *Am J Crit Care*. 1999;8:410–5. ePub 1999/12/20.
22. Kinney MR, Kirchhoff KT, Puntillo KA. Chest tube removal practices in critical care units in the United States. *Am J Crit Care*. 1995;4:419–24. ePub 1995/11/01.
23. Puntillo K, Ley SJ. Appropriately timed analgesics control pain due to chest tube removal. *Am J Crit Care*. 2004;13:292–301; discussion 2; quiz 3–4. ePub 2004/08/06.
24. Ahlers SJ, van Gulik L, van Dongen EP, Bruins P, van de Garde EM, van Boven WJ, et al. Efficacy of an intravenous bolus of morphine 2.5 versus morphine 7.5 mg for procedural pain relief in postoperative cardiothoracic patients in the intensive care unit: a randomised double-blind controlled trial. *Anaesth Intensive Care*. 2012;40:417–26.
25. Veel T BJ, Kirkeboen KA, Pleym H. Anestesi ved åpen hjertekirurgi hos voksne. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2010;130:618–22.
26. Dagestad EI, Rosén, T., Thorsen, S.M. Smerter ved fjerning av retrosternale thoraxdren. *Sykepleien Forskning*. 2012; 1:66–73.
27. Felleskatalogen. Felleskatalogen AS. 54. utgave ed. Oslo: Fagbokforlaget; 2012.
28. Pfizer. E-mail. In: Tone Rosén trgc, editor. EUMEDINFO@Pfizer.com: Marieanne Wittrup Larsen, PhD, 2. og 30. juni samt 15. september 2010; 2010.
29. UpToDate. Alfentanil-drug information. www.uptodate.com/contents/alfentanil-drug-information. : UpToDate; 2013 [updated 28.05.2013].
30. Usta B, Turkyay C, Muslu B, Gozdemir M, Kasapoglu B, Sert H, et al. Patient-controlled analgesia and sedation with alfentanil versus fentanyl for colonoscopy: a randomized double blind study. *J Clin Gastroenterol*. 2011;45:72–5. ePub 2010/12/08.
31. Mazanikov M, Udd M, Kylanpaa L, Mustonen H, Lindstrom O, Halttunen J, et al. Patient-controlled sedation for ERCP: a randomized double-blind comparison of alfentanil and remifentanyl. *Endoscopy*. 2012;44:487–92. ePub 2012/03/28.
32. Hjerfstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41:111073–93. ePub 2011/05/31.
33. Miner JR, Gray R, Delavari P, Patel S, Patel R, Plummer D. Alfentanil for procedural sedation in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2011;57:117–21. ePub 2010/10/16.
34. Raeder J, Hoymork SC. [Modern pharmacological principles for intravenous anaesthesia]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2010;130:628–32. ePub 2010/03/30. Moderne farmakologiske prinsipper for intravenøs anestesi.
35. Pallant J. SPSS Survival manual. third ed. Chicago, Illinois: Open University Press; 2007.
36. Boellaard TN, van der Paardt MP, Hollmann MW, Eberl S, Peringa J, Schouten LJ, et al. A multi-centre randomised double-blind placebo-controlled trial to evaluate the value of a single bolus intravenous alfentanil in CT colonography. *BMC Gastroenterol*. 2013;13:94.
37. Cho HB, Kwak HJ, Park SY, Kim JY. Comparison of the incidence and severity of cough after alfentanil and remifentanyl injection. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2010;54:717–20. ePub 2010/01/21.
38. Conti G, De Cosmo G, Bocci MG, Antonelli M, Ferro G, Costa R, et al. Alfentanil does not increase resistance of the respiratory system in ASA I patients ventilated mechanically during general anesthesia. *Can J Anaesth*. 2002;49:718–23. ePub 2002/08/24.

# God postoperativ smertebehandling

► **Bruk av Alfentanil ved fjerning av thoraksdren gir rask effekt, kraftig virkning og har kort virkningstid.**



**Benjamin Storm**

Anestesilege,  
Nordlandssykehuset Bodø

I dette kvalitetssikringsprosjektet beskriver Rosén og medforfattere, hvordan Alfentanil kan brukes som analgetikum i postoperativ avdeling. Forfatterne har undersøkt smerter ved fjerning av retrosternale thoraksdren – noe som erfaringsmessig er en smertefull og ubehagelig prosedyre.

Forfatterne beskriver en situasjon før introduksjon av Alfentanil, der smertelindringen ved fjerning av dren var lite strukturert, dels på grunn av manglende retningslinjer for analgesi og dels på grunn av manglende rutiner for når drenene skulle fjernes. Det var også problemer med opiatbivirkninger lenge etter at drenene var fjernet.

Fordelen ved Alfentanil er den raskt innsettende effekten, kraftige potensen og korte virkningstiden. Dette gjør Alfentanil til et utmerket analgetikum ved kortvarige smertefulle prosedyrer. Alfentanil kan brukes, ikke bare ved fjerning av thoraxdren, men ved mange forskjellige smertefulle prosedyrer i intensivbehandling. Fordelen ved dette er at man unngår de

langvarige respirasjonsdeprimerende og sederende virkninger av langtidsvirkende opiater.

Ved min tidligere arbeidsplass, toraksintensiv avdelingen på St Olavs Hospital, har det i flere år vært rutine å gi Alfentanil før thoraksdrenfjerning og andre smertefulle stimuli. For å unngå usikkerheten rundt når drenene fjernes, og dermed når smertelindring bør gis, er det rutinemessig intensivlegen, som fjerner drenene på morgenvisitten.

Å unngå for høy dosering av opiat er spesielt viktig ved kortvarige prosedyrer som drens fjerning. Erfaringsmessig er 0,5–1 mg, det vil si en ampulle. Alfentanil tilstrekkelig analgesi til de fleste kortvarige prosedyrer inkludert fjerning av thoraksdren. Holder man seg innenfor dette doseringsområdet, er problemer med forbigående respirasjonsdepresjon sjeldne.

Som forfatterne skriver, er dette ikke en studie som kan konkludere med at alfentanil er egnet medikament ved fjerning av retrosternale

toraksdren. Som endepunkt for god smertelindring valgte man forskjellen i NRS-skår før og umiddelbart etter drens fjernelse (og opiatadministrasjon). For å kunne konkludere med at Alfentanil er bedre end «standard»-behandlingen, burde det ha vært en kontrollgruppe, som hadde fått avdelingens «standard» smertebehandling til sammenlikning. Det ville også ha vært relevant å måle NRS, for eksempel 30 minutter etter drens fjernelse, for å se om pasientene opplevde økte smerter eller ubehag i forhold til standardbehandlingen med lengrevirkende opiater.

Alfentanil før smertefulle prosedyrer er en god tilnærming til analgesi, som kan brukes ved mange prosedyrer i intensivavdelingen. Dette må dog ikke føre til at man glemmer en god basisanalgesi med Paracetamol samt eventuelt lengrevirkende opiat. Målet er en NRS-skår <3.

Les artikkelen på side 54



## Har du tatt doktorgrad?

**Sykepleien Forskning** publiserer sammendrag av nye doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Som et ledd i å formidle forskningsarbeider og forskerkompetanse blant sykepleiere ønsker vi å publisere sammendrag også av tidligere avlagte doktorgrader på våre nye nettsider.

Vi oppfordrer derfor alle aktuelle sykepleiere å sende inn nødvendig informasjon til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no).

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



## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** De mest typiske psykiske helseplagene blant eldre er angst og depresjon. En stor andel av eldre med psykiske helseproblemer bor hjemme, og trenger behandling og støtte for å ha best mulig livskvalitet.

**Hensikt:** Hensikten med artikkelen er å bidra til kunnskapsutvikling basert på erfaringer fra eldre med psykiske helseproblemer og pårørende om hvordan tilbud fra kommunehelsetjenesten kan legge til rette for bedring.

**Metode:** Datamaterialet ble utviklet gjennom kvalitative intervjuer med henholdsvis personer over 63 år som bor hjemme, som har erfaring med psykisk helseproblemer, og pårørende.

**Resultat:** Det er utviklet to hovedfunn: tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet. Det første er knyttet til hverdagsprat og er betydningsfullt i seg selv, og for å utvikle en tillitsfull relasjon. Det andre dreier seg om betydningen av å bli «tatt fatt i» med

hensyn til å gjøre ting i hverdagslivet som bidrar til bedring.

**Konklusjon:** Eldre og pårørende etterspør hjelpere som ikke toer sine hender ved minste motvilje fra brukere. Det innebærer at hjelperne tar tak og bruker sin faglige autoritet og omsorg, også når brukerne tilsynelatende avviser hjelp. Det er i denne sammenhengen at hverdagsprat har et potensial til å bidra til trygge rammer, slik at autonomien blir ivarettatt.

## ENGLISH SUMMARY

**Significance of time for togetherness and kindly disposed pushing in municipal health care service**  
Abstract

**Background:** The most typical mental health problems among elderly people are anxiety and depression. A large part of elderly people with mental health problems live at home, and need treatment and support in order to have a best possible quality of life.

**Objective:** The aim of the article is to contribute to knowledge development based on experiences of elderly with mental health pro-

blems and care partners about how municipal health care service can facilitate recovery.

**Method:** Data are developed through qualitative, individual interviews with persons over 63 years of age who live at home, have experienced mental health problems and are a service user, and care partners.

**Results:** Two main findings are developed: time to interact and kindly disposed pushing. The first is connected to every day talk and is significant in itself, and in order to develop a trusting relationship. The other concerns

the significance of being 'grabbed' when it comes to doing things in daily life that contribute to recovery.

**Conclusion:** Elderly and care partners ask for helpers who do not back out when users show reluctance. It implies that helpers get a grip and use their professional authority and care, also when users apparently reject help. It is in this context that every day talk has a potential to contribute to safe frames so that the autonomy is attended.

**Key words:** Qualitative, mental health, elderly, municipal health care service



# » Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten

Tekst: Astrid Skatvedt og Ellen Andvig

## NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Psykisk helse
- Eldre
- Kommunehelsetjeneste

## INTRODUKSJON

En stor andel av eldre med psykiske helseproblemer bor hjemme. De trenger behandling og støtte for at de og deres pårørende skal få best mulig livskvalitet. De helsepolitiske føringene legger opp til at hjelpen i størst mulig grad skal gis i hjemmet slik at man kan opprettholde hverdagens rutiner og tilknytning til nærmiljøet (1). Denne artikkelen er begrunnet i et behov for mer kunnskap om situasjonen til eldre hjemmeboende med psykiske helseproblemer. Hvordan erfarer personer i denne gruppa og deres pårørende tjenestetilbudet i kommunen?

En litteraturgjennomgang viser at 25–35 prosent eldre over 65 år (på befolkningsnivå) har symptomer på depresjon, mens 4–8 prosent fyller kriteriene for depressiv lidelse. Forekomsten av angstrelaterte helseplager ser ut til å være den samme som for depresjonsplager for personer i denne aldersgruppa (2,3). Blant

eldre mennesker med somatiske sykdommer har 40–50 prosent depresjon i tillegg (4). Selvmord blant eldre er et økende internasjonalt problem, men tas sjelden opp i norsk sammenheng (5,6). Psykoselidelser, schizofreni og bipolar lidelse, opptrer sjeldnere blant eldre enn yngre (2). De aller fleste eldre personer med ulike lidelser skal behandles og følges opp i hjemkommunen og fortrinnsvis i hjemmet (1). Det er med andre ord mange eldre som trenger bistand med psykisk helserelaterte utfordringer der de bor, de fleste av dem for angst og depresjon.

I tråd med WHO og EU-kommisjonens politikk (7), blir modeller for hjemmebaserte tjenester for voksne med psykiske helseproblemer utviklet. Hensikten er å øke omsorg og rehabilitering for tjenestebrukere. Strategiene synes imidlertid ikke å ta tilstrekkelig hensyn til populasjonen over 65 år og deres behov. Eldre mennesker med psykiske helseproblemer er blitt oversett til fordel for yngre (8,9). Det viser seg at eldre med psykiske helseproblemer får medikamentell behandling framfor samtalebehandling, mens det er omvendt for yngre (10). At eldre med psykiske helseproblemer generelt gis lite oppmerksomhet

i helsevesenet, kan gjenspeile den lave rangeringen av både alders- og psykisk helserelaterte problemer blant helsepersonell (11).

I en artikkelgjennomgang om eldres liv og helse i Norden konkluderes det med at psykisk helse var et fraværende tema. Av et utvalg på 464 sammendrag og 42 artikler, var det bare tre artikler som fokuserte spesielt på psykisk helse blant eldre (12). Lav rangering av eldre som gruppe, og påfølgende mangel på faglig interesse, kan forklares med generelle samfunnsforhold. Det kan også være at eldres psykiske helseproblemer ses som utslag av en normal aldringsprosess,

### Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at det ofte er svært enkle tiltak som skal til for at eldre med psykiske helseplager kan få det bedre. Studien viser at hverdagsprat bør anerkjennes som viktig, både for utvikling av en god relasjon og for bedring i seg selv.

### Mer om forfatterne:

Astrid Skatvedt er Ph.d. og førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Ellen Andvig er can.san. og førstelektor ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Kontakt: astrid.helene.skatvedt@hbv.no.

og derfor er av liten interesse. Videre kan det være at helsepersonell ikke registrerer symptomer på psykiske helseproblemer av mangel på kunnskap (13). Dessuten kan det være at symptomene blir registrert, men at ansatte av ulike årsaker ikke tar fatt i problemene.

” Jeg får tablettene, så fyker de av gårde igjen.

Vår litteraturgjennomgang viser betydningen av å vite mer om hvordan det kommunale tjenestetilbudet kan tilpasses bedre til eldre personer og deres behov. Denne artikkelen belyser hvordan de eldre selv og pårørende erfarer tjenestetilbudet i kommunen når det gjelder hjelp med psykiske helseproblemer, og hvordan kommunehelsetjenesten kan bidra til bedring.

### DESIGN OG METODE

Med bakgrunn i at forskningsspørsmålet i liten grad er beskrevet tidligere, har studien et kvalitativt og eksplorerende design (14). Helsetjenestetilbudene som omtales er i hovedsak Hjemmetjenesten, Team for psykisk helse (TPH) og fastleger.

### Utvalg

Forskningsdeltakerne ble rekruttert via Hjemmetjenesten og TPH. Inklusjonskriteriet var at brukerne skulle være over 63 år, bo hjemme, ha erfaring med psykiske helseproblemer og motta/ha mottatt hjelp fra kommunehelsetjenesten. Inklusjonskriterier for pårørende var å ha erfaring med familiemedlemmer i samme gruppe. Brukernes kontakt med hjelpeapparatet på intervjutidspunktet varierte fra ingen til daglig/ukentlig/månedlig kontakt. Omfang og alvorlighetsgrad av helseplagene varierte.

Noen hadde lang erfaring med alvorlige psykiske helseproblemer som psykoser og alvorlig depresjon. De fleste hadde erfaring med lettere psykiske helseplager som angst, nedstemthet, opplevelse av meningsløshet og sosial isolasjon.

Utvalget besto av 16 brukere med en gjennomsnittsalder på 70 år (elleve kvinner, fem menn) og fire pårørende (alle menn). Pårørendeutvalget var tre ektefeller og et barn.

### Data

Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av kvalitative, individuelle intervjuer med henholdsvis brukere og pårørende. Det kvalitative forskningsintervju som metode (15) er egnet for å avdekke menneskelige erfaringer relatert til ulike problemstillinger. Målet er å innhente rike beskrivelser av deltakernes hverdagsliv. Intervjuene ble gjennomført som en åpen samtale med en semistrukturert intervjuguide (ibid.) og var knyttet til intervjuerpersonenes erfaringer med samarbeid med kommunehelsetjenesten. Samtalene varte i gjennomsnitt halvannen time. De ble gjennomført i perioden november 2012 til april 2013, og foregikk på biblioteket eller hjemme hos deltakerne. Alle intervjuene er transkriberte.

### Analyse

Analyseprosessen var dynamisk og begynte samtidig med intervjuene. Intervjuutskriftene ble lest gjentatte ganger. Vi brukte en systematisk tekstkondensering, inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, slik den er beskrevet

hos Malterud (14). Etter å ha dannet oss et helhetsinntrykk, ble det foretatt en mer systematisk gjennomgang av tekstmaterialet. Gjennom nærmere analyse av deltakernes beskrivelser, ble relevante meningsbærende enheter knyttet til forskningsspørsmål, og hovedtemaene i helhetsinntrykket identifisert. Samtidig ble de meningsbærende enhetene kodet. Med utgangspunkt i den enkelte kodegruppe sorterte vi forskjellige nyanser og variasjoner som beskrev ulike meningsaspekter i tilsvarende subgrupper. Innholdets betydning kan sammenfattes i to hovedtemaer: Tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet.

### Forskningsetikk

Sentrale etiske problemstillinger er informert samtykke, retten til privatliv, respekt for personlig integritet, ikke skade- og nytteprinsippet og utnyttning (16). I møte med de eldre og deres pårørende var det nødvendig å ha forståelse for mulig sårbarhet, være sensitiv og ikke lokke fram uønsket selvavsløring. Særlig de pårørende kunne være sårbare, gjennom opplevelsen av å utlevere sine familiemedlemmer. De etiske prosedyrene i Helsinkideklarasjonen (17) ble fulgt.

Informantene ble rekruttert via Hjemmetjenesten eller TPH, eller de tok selv kontakt med forskerne. De fikk muntlig og skriftlig informasjon der frivillighet og mulighet til å trekke seg ble understreket. Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og ble vurdert av Regional Etisk Komité som ikke regulert av bestemmelser for helseforskning (dokumentnummer 242181).

### Studiens begrensning

Antallet pårørende og brukere er ulikt fordelt, og omfatter svært

få pårørende. Deres stemme har ikke fått like stor plass som brukernes. Det er mulig at flere pårørende ville gitt en mer nyansert beskrivelse av situasjonen. Det er også mulig at et fokusgruppeintervju med pårørende ville bidratt til å få fram mer detaljerte fortellinger. Deltakerne kunne da støttet hverandre i samtaler om belastninger ved å ha nære slektninger med psykiske helseproblemer. Det er mulig at henholdsvis bruker- og pårørendestemmene ville kommet tydeligere fram om studien hadde konsentrert seg om en av gruppene av gangen. På en annen side er dette veiet noe opp for ved at datamaterialet også er diskutert i en kompetansegruppe som er knyttet til prosjektet. Denne består av representanter for både brukere, fagfolk og forskere.

## RESULTATER

Helhetsinntrykket viste at deltakerne sa seg stort sett fornøyd med praktisk hjelp og med somatiske helseproblemer. De fleste ønsket imidlertid at ansatte i Hjemmetjenesten hadde bedre tid. TPH hadde tilsynelatende bedre tid, men det var få som hadde besøk av og samtale med dem.

Brukere ga jevnt over uttrykk for at det var viktig å bli «griper fatt i» og fulgt opp, og at de hadde behov for å bli hørt, sett og forstått. Både pårørende og brukere tok til orde for en mer pågående omsorg; at hjelperne ikke ga opp ved første uttrykk for motvilje fra brukernes side.

Pårørende beskrev at de ofte følte seg alene med ansvaret. Særlig gjaldt det pårørende til de som hadde hatt store psykiske helseproblemer over lang tid. De fremhevet at tid til prat ville bidra til bedring i seg selv, i tillegg til å skape en inngang til kontakt og relasjonsutvik-

ling, som igjen kunne bidra til at hjelp ble mottatt. De fremhevet praktisk hjelp i hjemmet som en måte der helsearbeiderne kunne «komme på banen» overfor brukere, selv om de i første omgang uttrykte at de ikke ønsket hjelp utenfra. Nedenfor presenterer vi de to hovedtemaene vi identifiserte.

### Tid til samvær

Dette temaet omfatter kategoriene: prat/samtale, utvikling av tillit og det å bli kjent. De ansattes tid var et knapphetsgode alle snakket om, og noe mange savnet. Det kom fram at deltakerne mente dette var et systemproblem, og ikke noe de klandret de ansatte for: «De gjør jo så godt de kan, de har så mange på lista si som sitter og venter». De få som hadde kontakt med TPH, ga uttrykk for at de hadde tilstrekkelig tid i møter med ansatte der.

En av brukerne som selv hadde yrkeserfaring innenfor psykisk helsevern, sa: «Den beste medisinen, det var å gi dem [pasientene] tid». En fortalte at Hjemmetjenesten kom for å gi medisiner og overvåke at de ble tatt, på grunn av tidligere selvmordsforsøk. Det ble beskrevet som fornedrende. Vedkommende ønsket at Hjemmetjenesten kunne ha litt bedre tid, slik at de kunne bygge opp et tillitsfullt forhold: «Jeg får tablettene, så fyker de avgårde igjen ... jeg får ikke til å meddele meg ... man trenger tid for å bli kjent og stole

språket, og at man, at man viser at ... du kan komme, at ... ja, det med at man har tid selv om man ikke har det, egentlig».

Flere fortalte at de ikke klarte å formidle hva de trengte fordi det kom forskjellige hjelpere som alle hadde dårlig tid. Det viktigste var å snakke med noen – ikke nødvendigvis med profesjonelle som for eksempel psykologer: «Jeg har følt at dem ... er mer ovenfra og ned på deg, liksom! Mmm. Og det er ikke det jeg trenger.»

En hadde akkurat fått vite om TPH av en slektning og bedt legen om samtaler med teamet: «Legen mente jeg skulle hatt litt mer ... legekompentanse. Men det er bedre enn ikke noe! Så jeg tar gjerne imot det hvis jeg kan få det. For jeg trenger hjelp. Jeg vet jo hva som er bra. Det er samtaler, samtaler, samtaler, samtaler. (...) det er ikke alltid nok å snakke med mannen min, noen ganger trenger jeg å snakke med en dame».

En annen mann hadde en kone som «ikke vil». Kona var dypt deprimert, men avviste enhver form for hjelp utenfra. Mannen ønsket at Hjemmetjenesten skulle bruke litt tid til samvær i hjemmet for å oppnå tillit, slik at de kunne motivere kona til å ta imot hjelp for sine psykiske helseproblemer. Oppdraget til Hjemmetjenesten var å gi medisiner en gang hver 14. dag. Han ville at sykepleier skulle se hvor dårlig det

” Jeg ville ikke leve, og jeg ville ikke ha noe. Men de dro meg med på alt.

på». Brukeren fortalte at det ikke var så mye som skulle til: «En å prate med eller bare være stille sammen med (...) det skal ikke så mye mere til enn et smil. Av og til. Smil. Liksom ... kroppss-

sto til: «(...) men det går ikke når de ikke har tid til å sitte ned og prate (...) jeg hadde jo ikke drømt om at det skulle bli sånn nå da, at ikke hun ... bare medisiner, og så ferdig med det.»

Flere var opptatt av at det kom forskjellige folk fra Hjemmetjenesten hver gang: «Jeg vet aldri hvem som kommer – altså du må jo bli kjent!». De som hadde det vanskeligst, hadde tilsynelatende størst

veldig vanskelig, men det måtte nok til. Men det er ting du ikke ser der og da! For jeg var såpass destruktiv, så jeg måtte ha noen som forlangte noe av meg. Så ... det var riktig, men det var gru-

## ” Det er ikke alltid nok å snakke med mannen min.

problemer med uforutsigbarhet med hensyn til hvem som kom fra hjemmetjenesten. I kombinasjon med korte besøk, bidro dette til at mange ikke følte seg trygge nok til å komme fram med det de hadde på hjertet. Da ble det heller ikke registrert behov som man kunne søke vedtak om å få hjelp til.

### Vennligsinnet pågåenhet

Dette temaet omhandlet det å stille krav, utøve press, invitere med, møte opp. Flere fortalte om en opplevelse av å være overlatt til seg selv med «nervetabletten» og uten å bli «sett» ut over somatiske behov: «Jeg bare satt der, det ble aldri snakka om [hos legen]».

Både brukerne og pårørende la vekt på at det var viktig å bli tatt tak i av hjelperne. En som brukte et lavterskeltilbud sa det slik: «Altså de tok deg med på en tur, kan du si ... de tok tak i deg, og var med deg og støtta deg opp og, hjelp deg å reise deg opp».

Han hevdet at et slikt tilbud var viktig fordi det var lett tilgjengelig og fordi de ansatte ikke ga seg så lett. En kvinne fortalte om en nokså pågående omsorg både fra Hjemmetjenesten og TPH, og at omsorgen hadde hatt stor betydning for bedringen etter at hun ble utskrevet fra sykehus: «Jeg var veldig destruktiv. Jeg ville ikke leve, og jeg ville ikke ha noe. Men de dro meg med på alt. Det var et mareritt. For å si det rett ut. (...)

somt. Fordi jeg ville ingenting. Egentlig. Nei.»

Hun beskriver en ambivalens med hensyn til å gjøre noe hun følte sterk motstand mot å gjøre der og da. Det fremstår som en mellomting mellom å gå helt for egen maskin og det at andre bestemmer.

Kvinnen fortalte at hun hadde behov for noen det var tæl i og som stilte krav. På den måten slapp hun stakkarliggjøringen som fulgte med enkelte typer omsorg: «Ikke dulling!! Det er forskjell på det.» Hun fortalte at hjelperne kom på døra for å sjekke, hvis hun ikke hadde gitt lyd fra seg. Det kan ligge mye omsorg i å ikke bakke ut. En annen kvinne fortalte at hun var blitt utsatt for en nokså konfronterende ansatt da hun var deprimert og helt tiltaksløs: «Jeg ville ikke ... jeg var jo helt håpløs. (...) så tok hun tak i meg, og satte meg inntil veggen og sa: Nå er det slutt, altså! Da tenkte jeg: Oj! Det er faktisk noen som bryr seg! Jeg tror jeg trengte virkelig en direkte tale jeg, da.»

Dette fant sted på en døgnpost, men hun brukte tilsynelatende situasjonen som et eksempel på omsorg hun savnet fra kommunehelsetjenesten, og som mannen over også etterlyste for sin kone. Den illustrerer godt at selv kjefting kan oppfattes som omsorg, omtanke og bekreftelse, om den kommer fra en person man har tillit til.

Mange av deltakerne tilhører en stille del av befolkningen. De tar sjelden opp psykiske problemer med helsevesenet med mindre de føler seg trygge nok, langt mindre kommer fram med behov eller krav. Mange trenger tid for å formidle hva de trenger hjelp til, og flere trenger støtte, for eksempel ved å bli tatt tak i. Tid til prat i hverdagslivet kan bidra til at relasjonen mellom hjelper og bruker blir så trygg og robust at også pågåenhet oppleves som omsorg, i motsetning til «dulling».

### DRØFTING

Tid til samvær framstår som et grunnleggende tema. Samværet beskrives som uformelt og dreier seg både om å bli kjent og å snakke sammen. Begge deler er en forutsetning for å etablere en relasjon basert på trygghet og tillit, og er grunnelementet i alt hjelpearbeid (18–20). I tillegg handler det om å bøte på ensomhet og om behov for sosial kontakt og tilknytning til et fellesskap.

Bedringspotensialet og betydningen av uformelt samvær og prat er godt kjent blant helsepersonell. Det er også godt dokumentert (20–24). Innenfor bedringsforskningen ønsker personene seg en hjelper som er tilgjengelig, en de kan prate med og som støtter dem når livet er vanskelig (19,25). Hverdagsprat er i tillegg en anledning der man kan presentere seg og få bekreftelse som noe annet enn pasient (20,23,26).

Behovet for noen å prate med synes sammensatt. For noen var det viktigste å bli kjent og opparbeide tillit. For andre var det viktig at hjelperen kunne sette seg ned, vise interesse og prate, ofte bare for pratens skyld. Det siste kan ses som «innholdsløs meningsfull» prat (27), en arena der man kan presentere seg som en respektabel borger og delta i

et fellesskap med en representant for vanlig alminnelighet (20). Slik prat framstår som et betydningsfullt hverdagslivets ritual som genererer følelsesmessig energi, og der man kan presentere seg som et verdig menneske (20,26,28–30). Det er også en samværsform som kan bekrefte en gjensidig relasjon som subjekter, som et alternativ til en fremmedgjørende objektivisering av hverandre. Alminnelig samvær mellom hjelpere og brukere ser ut til å bidra til en bedring av selvopplevelsen for mange med psykiske helseproblemer (20,31). For mennesker i en sårbar posisjon kan det å oppleve at noen bryr seg, og at man betyr noe for andre, fremme håp. Dette kan igjen ha grunnleggende betydning for bedringsprosesser (20,32). Det at hjelpere bryr seg på en slik måte, synes viktig. Det kan erfares som å bli sett, og at hjelperen som ser, handler ut fra omsorg og faglig autoritet. Å se den andre er å stå i et etisk forhold til ham/henne (33).

Flere fortalte om motstand mot hjelp og om hjelpere som kunne være nokså pågående. Det ble samtidig lagt vekt på at man ikke ønsket «dulling», og at de trengte noen som «tok tak i dem» fordi de ikke orket selv. Det kreves en god relasjon for at slik «mild paternalisme» (34) skal bidra til bedring. Det vi kan kalle en samforståelse gjennom hverdagsprat, kan bidra til en relasjon som gir rom for at en slik paternalisme kan tas i bruk uten å være maktbruk. Samtidig vil vi poengtere at konfronterende måter å bli tatt tak i kan true idealet om autonomi og brukermedvirkning, og åpne for maktbruk (35). Dette er et klassisk etisk dilemma om konflikten mellom velgjørenhet og autonomi. Velgjørenhet krever noen ganger pågåenhet. I et tillitsfullt forhold kan imidlertid ansatte få «fullmakt» til å være pågående

av brukeren (36). Det ligger en utfordring i det å komme til med hjelp når den synes uønsket, men hverdagsprat er en arena som gir anledninger for å utvikle en relasjon der det er mulig (20, 23). Kan det være slik at ansatte i kommunehelsetjenesten tar så mye hensyn til brukernes autonomi at de står i fare for å forholde seg passive til deres lidelse, det vil si at de begår en unnlattessynd (37)? Omsorg og nærhet vises ikke bare ved at ansatte skal være «snille». «Negative» følelsesuttrykk kan symbolisere hengivenhet og omtanke (20). Følelsesuttrykk kan ses som «sosial responsivitet», at man ser den andre som en konkret person og ikke som et abstrakt samfunnsindivid (38). Det er en gjensidighet i tillitsfulle forhold som gjør at man kan tåle røff omsorg og vennligsinnet pågåenhet (20).

Det har kommet fram eksempler på det vi kan forstå som to typer praksis: den gode og den dårlige praksisen. I den gode føler personen seg sett, hørt, ivaretatt og trygg. I den dårlige føler man seg hverken sett eller hørt. Man får ikke snakket om det man trenger hjelp til og blir sittende fast i passivitet og sosial isolasjon.

” Jeg vet aldri hvem som kommer – altså du må jo bli kjent!

Dette henger sammen med tid. Travelhet er ødeleggende krefter for menneskelig samvær (37). Når hjelperne ikke har tid til å etablere en tillitsfull relasjon, blir forholdet mellom bruker og hjelper flyktig og springende, og personen kommer ikke til orde. Å snakke sammen fordrer et nærvær som forutsetter at man gir hverandre anledning til å dele både plager og gleder. Slike samtaler krever ofte langsomhet og rom til å utfolde

seg (37). På en annen side synes det klart at det ikke nødvendigvis kreves lang tid til en prat som oppleves som god, dersom et godt forhold først er etablert. Noen ganger kan det være tilstrekkelig med et blick og et klapp på skulderen (20). Det skal altså ikke så mye til før hjelpere oppleves som aktive og deltakende i brukeres hverdagsliv, og på den måten kan bidra til bedring.

## KONKLUSJON

Funnene i denne studien viser at det ofte er svært enkle tiltak som skal til for at eldre med psykiske helseplager kan komme seg og få det bedre. Studien viser at hverdagsprat bør anerkjennes som viktig, både for utvikling av en god relasjon og for bedring i seg selv. Tjenestene bør organiseres slik at hjelperne har muligheter til å gjøre dette arbeidet. I tillegg bør det være kontinuitet med hensyn til hvem som kommer på hjemmebesøk, slik at man får mulighet til å bli kjent og utvikle et tillitsfullt forhold.

Eldre og pårørende etterspør hjelpere som ikke toer sine hender ved minste motvilje fra brukere. Det innebærer at hjelperne tar grep og bruker sin faglige

autoritet og omsorg også når brukerne tilsynelatende avviser hjelp. Hverdagsprat har i denne sammenhengen et potensiale til å bidra til trygge rammer, slik at autonomien blir ivaretatt. Det er behov for å utforske hvordan denne typen prat og vennligsinnet pågåenhet kan inkluderes i en faglig sammenheng innenfor psykisk helsearbeid med eldre.

Artikkelen berører dilemmaer som fagfolk møter daglig. Vi sier

ikke at det finnes enkle løsninger på hvor grensene går mellom selvbestemmelse og maktbruk. Vårt anliggende er å peke på potensialet som ligger i tid til hverdagsprat og i vennligsinnet pågâenhet når det gjelder omsorgsbehov for brukere i denne gruppa.

Takk til doktorgradstipendiat Kristin Briseid og høyskolelektor Arne Johansen for å ha gjennomført flere av intervjuene og for interessante diskusjoner i forbindelse med analysen av datamaterialet. Medlemmene i kompetansegruppa skal ha takk

for viktige bidrag. Takk også til fagfellene Reidun Norvoll og Truls I. Juritzen for god og konstruktiv kritikk og til bibliotekarene og IT-avdelingen ved HBV for at de alltid stiller opp.

Studien er finansiert av Norges Forskningsråd.

## REFERANSER

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008-2009.
2. Melbye Langballe E, Evensen M. Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2011.
3. Statistisk sentralbyrå. Dødsårsaker. Selvmord og selvmordsrate per 100 000 innbyggere, etter kjønn og alder 1951-2009. <http://www.ssb.no/dodsarsak/tab-2010-12-03-08.html>; 2010.
4. Carson AJ, MacHale S, Allen K, Lawrie SM, Dennis M, House A, et al. Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet*. 2000;356:122-6.
5. Shah A. The relationships between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organization. *International Psychogeriatrics*. 2007;19:1141-52.
6. Kjøseth I, Ekeberg Ø, Steihaug S. «Why do they become vulnerable when faced with the challenge of old age?» Elderly people who committed suicide, described by those who knew them. *International Psychogeriatrics*. 2009;21:903-12.
7. European Commission. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: EU Health and Consumer Protection Directorate General; 2005.
8. Norsk psykiatrisk forening. Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020. 2010.
9. Norges Forskningsråd. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Oslo: Norges Forskningsråd; 2009.
10. Cooper C, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Stewart R, Farrell M, et al. The treatment of common mental disorders across age groups: Results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Journal of Affective Disorders* 2010;127:96-101.
11. Alburn D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social science & medicine*. 2008;66:182-8.
12. Imingen I. Eldres liv og helse. En review over kvalitativ forskning om hjemmeboende eldre i Norden: Høgskolen i Hedmark; 2010.

13. Lightbody CE, Baldwin R, Connolly M, Gibbon B, Jawaid N, Leathley MEa. Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57:505-12.
14. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
15. Kvale S, Brinkman S. Interview. Introduction til et håndverk. København: Hans Reizel; 2011.
16. Hummelvoll JK. Forskningsetikk i handlingsorientert forsknings samarbeid med mennesker med psykiske problemer. In: Hummelvoll JK, Andvig E, A L, editors. Etske utfordringer i praksisnær forskning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
17. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. 2008.
18. Hedelin B, Strandmark M. The Meaning of Mental Health from Elderly Women's Perspectives: A Basis for Health Promotion Perspectives. *Psychiatric Care*. 2001;37:4-34.
19. Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals: Helping relations in mental health services. *Journal of Mental Health*. 2004;13:493-505.
20. Skatvedt A. Alminnelighetens potensial. En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring. Oslo: Universitetet i Oslo; 2009.
21. Skatvedt A, Scheffels J. Virksom uvirksomhet? Pauser som arenaer for følelsesmessig berøring og biografisk bevegelse. *Sosiologi i dag*. 2012;4237-56.
22. Norvoll R. Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet Unipub; 2007. 344 s. p.
23. Almvik A, Sagsveen E, Møller T, Westertund H, Norvoll R. "Å lage farge på livet til folk". God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2011;8:154-62.
24. Borg M. The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health pro-

blems. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2007.

25. Topor A, Borg M, Mezzina R, Sells, D., Marin, I. & Davidson, L. Others; the role of family, friends and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2006;9:17-37.
26. Alburn D. Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus. Oslo: Tano; 1996.
27. Alburn D. Innholdsløs meningsfull prat. *Sosiologisk tidsskrift*. 1994;89-108.
28. Collins R. Interaction ritual chains. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 2004. XX, 439 s. p.
29. Goffman E. Interaction Ritual. Essays on Face-to-Face Behaviour. New York: Pantheon Books; 1982.
30. Goffman E. The Presentation of Self in Everyday Life. London: Penguin Books; 1990.
31. Skatvedt A, Edland-Gryt M. Øyeblikksomsorg - et verktøy for bedring. Evaluering av 24SJU - et lavtersketilbud til personer med dårlig psykisk helse og rusmiddelproblemer. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2012.
32. Leamy M, Bird V, Clair LB, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*. 2011;445-52.
33. Martinsen K. Øyet og kallet. Oslo: Fagbokforlaget; 2000.
34. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin. Oslo: Tano Aschehoug; 1989.
35. Øye C, Norvoll R. Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. In: Norvoll R, editor. Samfunn og psykisk helse Samfunnsvitenskapelige perspektiver. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
36. Rundquist E. Makt som fullmakt. In: Gustin LW, Bergeborn I, editors. Vårdvetenskaplige begrepp i teori og praktik. Lund: Studentlitteratur AB; 2012.
37. Martinsen K. Samtalen, skjønnnet og evidensen. Oslo: Akribe; 2005.
38. Asplund J. Det sociala livets elementära former. 3. utgave ed. Göteborg: Bokforlaget Korpen; 1987.

# Ensomme eldre krever tid

› Mer tid og færre ansatte å forholde seg til gir økt tillit mellom eldre pasienter og ansatte i kommunehelsetjenesten.



**Mona Skara**  
Demenskoordinator i Åsnes kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Mellom 25 og 35 prosent av eldre over 65 år har symptomer på depresjon, og forekomsten av angstrelaterte helseplager ser ut til å være den samme. Det viser seg at det ofte er svært enkle tiltak som skal til for at de eldre skal komme seg og få det bedre. De spurte identifiserte to hovedtemaer i denne sammenheng, og det var tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet.

Det er et viktig tema som blir belyst i denne artikkelen. Disse pasientene er en gruppe mennesker som ikke prioriteres, og de overses til fordel for yngre. De eldre får medikamentell behandling, og de yngre får samtaleterapi. Artikkelgjennomgangen om Eldres liv og helse i Norden konkluderer med at psykisk helse var et fraværende tema. Både pasientene og pårørende

savnet mer tid, og dette var et knapphetsgode som alle snakket om. De ansatte ble ikke klandret fordi «De gjør jo så godt de kan, de har så mange på lista si som sitter og venter».

Jeg har jobbet i hjemmetjenesten tidligere og nå i kommunens demensteam, og kan kjenne igjen temaene som tas opp i artikkelen. Ved at kommunen innførte primærpsykepleie, og at kommunen ble inndelt i soner, ble det litt færre ansatte å forholde seg til for pasientene. Når de samme ansatte kommer jevnlig, og ikke nye hver gang, vil det som det påpekes i artikkelen bli enklere å skape et tillitsforhold mellom ansatt og pasient. Dette fører til at det for det første vil være lettere for pasienten å komme med sine bekymringer og problemer, men også at det

vil være lettere for den ansatte å stille krav og utøve et press overfor pasienten.

For de ansatte i hjemmetjenesten kan det nok være vanskelig å finne grensen mellom pasientens selvbestemmelse og ansattes maktbruk, uten å trække over denne. Det er et aktuelt tema for dem som står i møtet med pasienten. Det bør være rom for faglige diskusjoner og refleksjoner rundt disse pasientmøtene, som ofte kan oppleves som vanskelige. Med flere eldre, og når mange av dem er ensomme, er dette et tema som blir viktig framover.

Les artikkelen på side 64



**Siren E. Kouwenhoven og Marit Kirkevold**

**Siren E. Kouwenhoven** er sykepleier, PhD og postdoktor ved Oslo universitets-sykehus og førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

**Marit Kirkevold** er professor og avdelingsleder ved Avdeling for sykepleievitenskap, UiO og professor II ved Institut for folkesundhed, Århus Universitet.

Kontakt: [siren.kouwenhoven@hvbv.no](mailto:siren.kouwenhoven@hvbv.no).



# Depressive symptomer etter hjerneslag

## > Er depresjon etter hjerneslag et uttrykk for sykdom eller sorg?

Depressive symptomer er et velkjent fenomen etter hjerneslag og har vært beskrevet i den internasjonale litteraturen i mer enn hundre år (1). Likevel er fenomenet langt fra entydig. I litteraturen sammenfattes det å ha depressive symptomer, å føle seg deprimert og/eller å ha en depresjonsdiagnose etter hjerneslag, i begrepet «post-stroke depression». Det er uenighet om fenomenet er en medisinsk diagnose eller en naturlig reaksjon på en vanskelig livssituasjon. Hvordan vi forstår post-stroke depression, vil være avgjørende for hvordan vi som helsepersonell forholder oss. Det er derfor viktig å se nærmere på spørsmålet: Er depressive symptomer etter hjerneslag et uttrykk for sykdom eller sorg, eller er det fare for at man ved å kalle det sykdom medikaliserer livs-verden? Dette essayet bygger både på egen forskning, og på litteratursøk knyttet til temaet.

### ULIKE PERSPEKTIVER

I det norske språket bruker vi betegnelsen sykdom for å

beskrive flere forskjellige sider ved det å være syk eller ha en sykdom. I det engelske språket skiller man mellom begrepene disease, illness og sickness. Vi tar utgangspunkt i disse tre begrepene når vi videre drøfter fenomenet (2).

- **Disease-perspektivet** har sitt utgangspunkt i et naturvitenskapelig kunnskapssyn. Det brukes om sykdom som en kategorisert tilstand, der anatomiske, fysiologiske eller biokjemiske symptomer, årsak og virkningsmekanismer er viktige elementer (2).
- **Illness-perspektivet** har sitt utgangspunkt i et humanvitenskapelig kunnskapssyn og beskriver hvordan den som er syk, opplever symptomer og funksjonssvikt. Illness understreker de individuelle erfaringene og påvirkes av kultur og kontekst (2).
- **Sickness-perspektivet** har sitt utgangspunkt i et samfunnsvitenskapelig kunnskapssyn og understreker sykdom i relasjon til sosiale, økonomiske, kulturelle, eller politiske

forhold (2). Sickness danner utgangspunkt for bestemte rettigheter som sykmelding eller egenmelding.

Som regel er det samsvar mellom tilstedeværelsen av symptomer og sykdom, opplevelsen av å være syk, og at sykdommen anerkjennes og tilkjennes bestemte rettigheter i samfunnet. Men hvis ikke, kan det oppstå verdikonflikter (3). Dette gjelder for eksempel omstridte sykdommer som whiplash eller ME, der en person opplever å være syk og tilkjennes rettigheter, mens tilstanden ikke er klassifisert som sykdom. Eller ved for eksempel enkelte psykiske lidelser, som mani, der personen ikke opplever seg som syk, men har symptomer som oppfyller kriteriene for sykdom og gir rettigheter i samfunnet.

### DISEASE-PERSPEKTIVET

I depresjon etter hjerneslag møtes to domener innen medisin og helsefag: Det somatiske og det psykiske. Hjerneslaget er den utløsende årsaken og kan føre til både fysiske-, kognitive-,





Få studier har fokusert på den deprimerte slagrammedes erfaring spesielt.

kommunikative- og emosjonelle symptomer.

Det er de samme symptomene som danner grunnlag for diagnose ved depresjon etter hjerneslag, som ved annen depresjonssykdom, og diagnosen bygger på personens beskrivelse av bestemte symptomer. Symptomene kategoriseres gjerne som milde, moderate eller alvorlige. Depressive symptomer kan kartlegges med ulike typer kartleggings skjemaer, men resultatet av disse kan ikke danne grunnlag for en depresjonsdiagnose. Kartleggingsverktøyene benyttes både i klinisk praksis og i utstrakt grad innen forskning.

Depresjonsdiagnose stilles av lege, psykolog eller psykiater. I tillegg til at flere depressive symptomer skal være til stede samtidig, er det viktig hvordan symptomene virker inn på personens dagligliv, sosiale liv og ellers hvordan personen fungerer. Det finnes to diagnose-systemer for psykiske diagnoser, det europeiskbaserte ICD-10 og det amerikanske DSM V. Det er stor grad av samsvar mellom dem, men mens depresjon etter hjerneslag er en egen kategori i DSM V, eksisterer denne ikke i ICD-10. I Norge er det ICD-systemet som benyttes i klinikken, mens DSM-systemet ofte benyttes i internasjonal forskning.

#### FOREKOMST OG ÅRSAK

Det er gjort mye forskning på depresjon etter hjerneslag med utgangspunkt i disease-perspektivet. I overkant av 30 prosent

av slagrammete har depresjon/ depressive symptomer inntil fem år etter et hjerneslag (4). Litteraturen presenterer to forklaringsmodeller for fenomenet. Den ene ser på patofysiologiske mekanismer som årsaken, den andre peker på at depresjon etter hjerneslag er en psykososial reaksjon. I fag- og forskningslitteratur regnes depressive symptomer etter hjerneslag i hovedsak som disease, uavhengig av hvordan årsaksmekanismene forklares (4).

Forskningslitteraturen vedrørende patofysiologiske mekanismer, har i særlig grad sett på hjerneskadens plassering, omfang eller art. Flere oversiktsartikler i anerkjente tidsskrifter har sammenfattet forskningen på feltet, men fremdeles er mye uklart rundt de patofysiologiske mekanismene (5–8).

Forskningslitteraturen med den psykososiale forklaringsmodellen, har i stor grad handlet om assosierte faktorer og disposisjoner. Tidligere historie med depresjon, dysfagi, funksjonssvikt, det å leve alene eller være sosialt isolert (9), alvorlig slag (10) og kognitiv svikt (11) er risikofaktorer. Whyte and Mulsant har tatt for seg evidensen for og mot en biologisk forklaringsmodell (12). De konkluderte med at depresjon etter hjerneslag bør ses på som et multifaktorielt fenomen i samsvar med en biopsykososial modell for psykiske lidelser.

Et annet forhold som gjør depresjon etter hjerneslag så

komplekst, er at symptomer på depresjon kan være overlappende med andre konsekvenser etter slaget, som forstyrret søvnfunksjon, nedsatt appetitt, mangel på energi og besluttsomhet, eller nedsatt konsentrasjon. Når en depresjonsdiagnose skal stilles hos slagrammete, er det derfor mange hensyn å ta. Skal alle symptomer telle selv om de kanskje kan være et resultat av slaget selv, eller skal man bare anerkjenne symptomer som ikke kan anses som direkte følge av slaget? Og hvordan kan man egentlig skille mellom disse? (13). Dette er viktige og vanskelige spørsmål.

#### FOREBYGGING OG BEHANDLING

Det benyttes ulike typer av tiltak for å forhindre eller behandle depresjon etter hjerneslag. Psykologiske intervensjoner kan redusere risiko for depresjon etter hjerneslag, men det er begrenset evidens for at medikamenter kan ha forebyggende effekt (14). Behandling av depresjon etter slag, kan også gjøres på ulike måter. Medikamentell behandling kan ha effekt på alvorlig depresjon etter hjerneslag, men evidensen er svak (15) og bivirkningene mange (16,17). For mildere depresjon finnes det ingen evidens for medikamentell behandling.

Studier viser at Elektrosjokkbehandling (ECT) kan være effektivt i noen tilfeller av alvorlig depresjon etter hjerneslag.

Men mange pasienter får betydelige komplikasjoner etter denne type behandling, og den er ikke anbefalt for eldre slagrammete (17). Også ulike samtalebaserte intervensjoner har vært benyttet som behandling mot depresjon etter slag (18), men heller ikke her finnes det evidens for at psykoterapi alene, har behandlingseffekt. Andre effektive intervensjoner er «life review»-terapi, motiverende samtale, fysisk aktivitet, informasjon og spesifikke sykepleieprogrammer. Noen har kombinert antidepressiva med psykososial intervensjon og funnet at dette har større effekt enn antidepressiva alene. Studiene er imidlertid små og resultatene begrenset (19).

Ut fra det rådende synet på hva depresjon etter hjerneslag er, kan vi slå fast at fenomenet kan klassifiseres som en disease. Men mye av mekanismene rundt årsaker, virkninger og behandling er fremdeles uklare, og det er grunn til å stille spørsmål ved hvordan symptomene kartlegges, vurderes og vektes.

### ILLNESS-PERSPEKTIVET

For at illness-perspektivet skal få innhold, må man gå til personen som opplever symptomene. Selv om illness er et individuelt perspektiv, kan man tenke seg at det vil være noe ved erfaringen som er fellesmenneskelig (20). Det er gjort flere studier av den levde erfaringen med hjerneslag. Tap er et tema som går igjen i flere studier (21). Andre

opplevelser er endrete roller, fremmedgjøring av kroppen og forandret opplevelse av seg selv og ens identitet (22–24).

### DEN SLAGRAMMEDES ERFARING

Få studier har fokusert på den deprimerte slagrammedes erfaring spesielt. I 2004 undersøkte Robinson-Smith (25) dette med utgangspunkt i kartleggingsverktøy for depresjon. Hun fant fem overordnede temaer: a) å vende seg mot negative følelser, b) å ha nattlige symptomer, c) opplevelse av endring i kroppssensitivitet, d) føle seg nedfor, e) behov for spirituell hjelp. Med utgangspunkt i dette, foreslo hun at det bør utvikles bedre kartleggingsinstrumenter, spesielt med tanke på spiritualitet.

I 2010 publiserte Townend og kollegaer (26) en studie der de undersøkte sammenhengen mellom depresjon og aksept av funksjonssvikt. De så på hvordan slagrammete forholder seg til funksjonssvikt. Deltakere både med og uten depresjon, ble inkludert og sammenliknet. Gjennom intervjuene fant forskerne at deprimerte informanter, i motsetning til ikke-deprimerte, var opptatt av at de fremdeles burde være i stand til å utføre det de kunne før. De beskrev seg selv som unyttige og ga uttrykk for tristhet og frustrasjon, slik som «å føle seg fanget» og «hjelpeløs», i relasjon til andre.

I vår tidligere studie fulgte

vi en gruppe slagrammete, som alle hadde depressive symptomer i akuttfasen etter hjerneslaget, med dybdeintervjuer ved en, seks, 12 og 18 måneders tidspunkt (27–29).

På direkte spørsmål bekreftet deltakerne at de opplevde depressive symptomer, men de forsto, beskrev og forklarte dem ut fra endringene etter slaget. De depressive symptomene og konsekvensene av slaget var vevd sammen. Det var som om depresjonssymptomene dannet et utgangspunkt for fortellingen om slaget. Tap var en vesentlig del av informantenes fortelling. De depressive symptomene var i sterk grad knyttet til å håndtere, akseptere og leve med tap. Livssituasjon, grad av nedsatt funksjon og sosial kontekst så ut til å påvirke hvordan depresjonen endret seg over tid. Depressive symptomer var til stede hos alle, men i ulik grad, og varierte i løpet av 18 måneder (30).

Horwitz og Wakefield (31) hevder at depressive symptomer ofte er beskrevet som symptomer «uten årsak», det vil si at personen ikke kan peke på grunnen til at han er lei seg, grunnen til at han ikke har matlyst og så videre. Men det var nettopp det deltakerne i vår studie gjorde. De pekte på tapene ved hjerneslaget som årsaken til symptomene. Deltakernes sterke fokusering på både synlige og usynlige tap, og deres måte å beskrive de depressive symptomene på, samt deres beskrivelse



## De depressive symptomene og konsekvensene av slaget var vevd sammen.

av dette som en naturlig reaksjon på en utfordrende, vanskelig og kritisk situasjon, fikk oss til å stille spørsmålet om dette var en sorgreaksjon.

### SORG OG DEPRESJON

Det meste av sorglitteraturen omhandler sorg etter tap av en nær pårørende, men hos Sandvik (32) defineres sorg videre: «Sorg er reaksjoner på betydningsfulle tapsopplevelser (..) som i vesentlig grad innvirker på personens grunnleggende livssituasjon og opplevelse av hva livet dreier seg om (..) Sorg er også betegnelsen på den langsiktige tilpasningsprosessen som innebærer å akseptere tapet og konsekvensene av det, og leve videre i lys av dette» (s. 16). Noen få studier har pekt på sammenhengen mellom sorg og hjerneslag (33–35), og beskrevet at sorg etter hjerneslag ikke skiller seg fra sorg etter en nær pårørende (36).

Ifølge Bonanno og Kaltmann (37) kan sorg defineres som en sammensatt respons på tap i månedene etter tapet. De framhever symptomer som problemer med konsentrasjon, vanskeligheter med å ta valg, opplevelse av tapt identitet og avbrutt framtid, langvarig søk etter mening, og stor grad av tristhet.

Det er mange som har diskutert forholdet mellom klinisk depresjon og «normal tristhet», som for eksempel sorg. Clayton fant at opptil 42 prosent

av sørgende oppfylte kriteriene for depressiv sykdom en måned etter tapet, og at 16 prosent også oppfylte depresjonskriteriene etter ett år (38). Dette er støttet av andre studier (37,39). Horwitz og Wakefield (31) beskriver at «normal tristhet» er karakterisert ved den spesifikke konteksten det oppstår i, at intensiteten henger sammen med opplevelsen av selve tapet, og at den gradvis opphører etter hvert som mestringsmekanismer inntreffer. Flere har pekt på kontekst som vesentlig når de to fenomenene skal skilles fra hverandre.

Ved tap av pårørende, er det en som står nær som er borte, mens deltakerne i vår studie beskrev opplevelsen av å ha mistet seg selv, føle seg fanget i egen kropp eller i omgivelsene etter hjerneslaget. Ved hjerneslag er ikke tapet nødvendigvis permanent eller endelig. Muligheten for å gjenvinne større eller mindre deler av det som er tapt vil være der i uker, måneder og år etter hjerneslag. Balansen mellom tap og å akseptere det på den ene siden, og gjenvinne funksjon på den andre siden, er vesentlig og vanskelig.

Til tross for begrensningene som ligger i vår studie, blant annet at det er et lite utvalg, tyder funnene på at depresjon etter hjerneslag fra et illnessperspektiv kan ses på som en naturlig sorgreaksjon. Med utgangspunkt i illnessperspektivet kan man hevde at depres-

sive symptomer etter hjerneslag kan være en naturlig sorgreaksjon.

### SICKNESS-PERSPEKTIVET

Sickness-perspektivet, hva vi som samfunn ser på som normalt og unormalt, friskt eller sykt, kommer til uttrykk gjennom forestillinger, holdninger og normer og er ikke statisk. Det er ikke bare fordi vitenskapen og forskningen går framover, men det er også kultur- og kontekstavhengig (2,3).

Vi har ikke funnet litteratur som spesifikt drøfter sicknessperspektivet på depresjon etter hjerneslag. Flere studier har imidlertid beskrevet opplevelsen av stigmatisering og marginalisering både hos mennesker som har psykiske lidelser som depresjon, og hos mennesker med hjerneslag (40–44). Flere studier har dessuten framhevet hvordan relasjoner til andre kan forandre seg etter hjerneslag. Endret opplevelse av seg selv, egen identitet og verdi står sentralt (45–47).

I vår studie ble det benyttet kartleggingsverktøy for depresjon, og i henhold til disse beskrev deltakerne depressive symptomer. På spørsmålet om deltakerne opplevde seg som deprimerede, svarte flere derimot avkrefteende. En av deltakerne som skåret høyt på depresjonsskjemaene og beskrev depressive symptomer gjennom hele forløpet, sa: «(..) å gå å deppe og sånn er jo bare tull. Bli

ikke noe bedre av det. Både for omgivelsene og deg sjøl.» Det kan være mange årsaker til at hun ikke selv regnet seg som deprimert. Det handlet kanskje om det som kan kalles et responskifte eller en tilpasning til situasjonen (48). Eller kanskje det handlet om hennes forestillinger om hvordan en som er deprimert, skal være, eller at hun opplevde at de depressive symptomene hun hadde, var uttrykk for noe annet, som sorg. Det er også mulig at det å være deprimert for henne var forbundet med skam, eller at hun vegret seg for selve diagnosen, slik stigmalitteraturen vektlegger. Men hvorfor det var slik for henne, spiller egentlig ikke så stor rolle her. Poenget er at disease-kriteriene og illness, det levde livs erfaringer, ikke stemte over ens. På en side kan man si at det ikke kan forventes at den som er syk og har symptomer på en sykdom, skal kunne «stille diagnosen selv», men på den andre siden er det jo en psykiatrisk diagnose, nettopp basert på pasientens egen opplevelse. Hvor går grensene når det er diskrepans mellom illness og disease-perspektivet? Og hva skal vektes tyngst?

### MEDIKALISERING

Kritiske samfunnsrøster og fagmiljøer har i mange år advart mot en biologisering og «medikalisering» av psykiske lidelser (49–51). Medikalisering forstås som at normalt forekommende

menneskelige variasjoner, plager og funksjonsvansker defineres som medisinske tilstander (50,52). Den franske filosofen Foucault framhevet at den medisinske persepsjonen ikke bare er formet av den generelle kulturen, men også i høy grad former kulturen (53). I dag inneholder diagnosesystemet DSM V mer enn 340 psykiatriske diagnoser. Dette en økning på over 300 prosent siden den første diagnosemanualen, DSM I, kom i 1952 (51). Forekomsten av depresjon har økt betraktelig og er beskrevet som det største folkehelseproblemet i den vestlige verden (54). Fra 1970-tallet og fram til i dag har det vært en sterk økning i bruken av de fleste typer psykofarmaka i alle de nordiske landene (54). Kringlen (49) advarer mot at en biologisering kan føre til at vi mister fokus på pasienten som person. Han er dessuten svært kritisk til koplingen mellom den farmasøytiske industrien og psykiatrien, spesielt i USA, som er ledende i verdenssammenheng. I 2001 brukte legemiddelselskapene rundt 11 milliarder dollar på gratis prøver til leger, 2,7 milliarder dollar på reklame direkte rettet mot forbrukerne, og 380 millioner dollar på annonser i medisinske tidsskrifter. Bare i Norge ble det i 2004 brukt mer enn 500 millioner kroner på markedsføring til leger (49).

Ut fra sickness-perspektivet er det naturlig å spørre

om depresjon etter hjerneslag er sykdom, eller om naturlig tristhet og sorgreaksjon for kjapt underlegges en medisinsk diskurs? Eller er det slik at et naturlig livsfenomen blir til noe sykt fordi det ikke lenger er rom for det vi før beskrev som naturlige reaksjoner?

### SYKDOM, SORG ELLER MEDIKALISERING?

Studier har pekt på at illness-perspektivet blir oversett når helsepersonell møter slagrammete. I slagrehabilitering har helsepersonell ofte et biomedisinsk perspektiv med en hovedinteresse i å organisere, kartlegge og tilrettelegge rehabiliteringsaktiviteter, mens pasientens perspektiv både omfatter det biomedisinske, det sosiale og det psykiske (55–58). Den slagrammete er avhengig av både det helsepersonell gjør, og hva slags informasjon de gir og ikke gir. Dette er viktige elementer for illness-perspektivet og hvordan den slagrammete ser på seg selv og sin situasjon, skaper mening, forventninger og motivasjon (58).

Det at illness-perspektivet overses og disease-perspektivet dominerer, handler om hva vi som samfunn vektlegger og hva slags posisjon ulike kunnskapssyn har i samfunnet. Men på den andre siden har flere beskrevet diskrepansen mellom den objektive manifestasjonen og den subjektive erfaringen i depresjon, og framhevet dette



## Deltakerne i vår studie beskrev opplevelsen av å ha mistet seg selv.

som et problem i forståelsen av depresjon (59–61).

Problemstillingen for vår artikkel legger opp til et enten eller: Depresjon etter hjerneslag er enten sykdom i en disease-forstand, eller en normal reaksjon med elementer av naturlig sorg. Men slik vi ser det, er både disease-perspektivet, illness-perspektivet og sickness-perspektivet virksomme i depresjon etter hjerneslag. På bakgrunn av den naturvitenskapelige kunnskapen, kan vi ikke avvise at dette er sykdom. Med ut fra et humanvitenskapelig perspektiv, kan vi ikke avvise at depressive symptomer er en naturlig reaksjon preget av sorg over det som er tapt. Og ut fra et samfunnsvitenskapelig syn, må vi også forholde oss til den kontekst fenomenet oppstår i, og den kontekst hver enkelt slagrammet lever i. Men det ene utelukker ikke nødvendigvis det andre. Fenomenet depressive symptoner etter hjerneslag kan være flere ting, og flere ting på en gang.

Hvorfor er det egentlig viktig å avklare dette spørsmålet? Depressive symptomer etter hjerneslag kan være avgjørende for hvordan det går med den slagrammete, og symptomene må derfor ivaretas og følges opp. Forskningen som er gjort på feltet, har i stor grad vært konsentrert rundt disease-perspektivet, mens få har sett på fenomenet fra et illness- og sickness-perspektiv. Og kanskje

er det nettopp fordi synet har vært så ensidig, at forskningen har kommet så kort i forståelsen av dette fenomenet?

### REFERANSER

1. **Robinson R.** The clinical neuropsychiatry of stroke: cognitive, behavioral and emotional disorders following vascular brain injury. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
2. **Kleinman A.** The illness narratives. New York: Basic Books Inc. Publishers; 1988.
3. **Hofmann B.** Hva er sykdom? Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008.
4. **Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS.** Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*. 2005;36:1330–40.
5. **Bhagal SK, Teasell R, Foley N, Speechley M.** Lesion location and post-stroke depression: systematic review of the methodological limitations in the literature. *Stroke*. 2004;35:794–802.
6. **Hackett ML, Glozier NS, House AO.** Moving the ambulance to the top of the cliff: reducing the burden of depressive symptoms after stroke. *International Journal of Stroke*. 2009;4:180–2.
7. **Carson A, MacHale S, Allen K, Lawrie S, Dennis M, House A, et al.** Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet*. 2000;356:122–6.
8. **Narushima K, Kosier JT, Robinson RG.** A reappraisal of poststroke depression, intra- and inter-hemispheric lesion location using meta-analysis. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*. 2003;15:422–30.
9. **Ouimet M, Primeau F, Cole M.** Psychological risk factors in poststroke depression: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2001;46:819–28.
10. **Hackett M, Anderson C.** Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*. 2005;36:2296–301.
11. **Johnson J, Minarik P, Nystrom K, Bautista C, Gorman M.** Poststroke depression incidence and risk factors: an integrative literature review. *J Neurosci Nurs*. 2006;38:316–27.
12. **Whyte E, Mulsant B.** Post Stroke Depression: Epidemiology, Pathophysiology, and Biological Treatment. *Society of Biological Psychiatry* 2002;52:253–64.
13. **Starkstein SE, Lischinsky A.** The phenomenology of depression after brain injury. *NeuroRehabilitation*. 2002;17:105–13.
14. **Hackett ML, Anderson CS, House A, Halteh C.** Interventions for preventing depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008:CD003689.
15. **Hackett ML, Anderson CS, House A, Xia J.** Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008:CD003437.
16. **Hackett ML, Anderson CS, House AO.** Intervention for treating depression after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 (1).
17. **Hackett ML, Anderson CS.** Treatment options for post-stroke depression in the elderly. *Journal of Aging Health*. 2005;1:95–105.
18. **de Man-van Ginkel JM, Gooskens F, Schuurmans MJ, Lindeman E, Hafsteinsdottir TB, Rehabilitation Guideline Stroke Working G.** A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19:3274–90.
19. **Mitchell P, Veith R, Becker K, Buzaitis A, Cain K, Fruin M, et al.** Brief Psychosocial-Behavioral Intervention With Antidepressant Reduces Post-stroke Depression Significantly More Than usual Care With Antidepressant. *Stroke*. 2009;40:3073–8.
20. **van Manen M, editor.** Researching Lived Experience. *Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. 2nd ed. Ontario, Canada: The Athlone Press; 1997.
21. **Salter K, Hellings C, Foley N, Teasell R.** The experience of living with stroke: a qualitative meta-synthesis. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008;40:595–602.
22. **McKevitt C, Redfern J, Mold F, Wolfe C.** Qualitative studies of stroke: a systematic review. *Stroke*. 2004;35:1499–505.
23. **Coker E.** After a stroke, women described changes that created a sense of bodily strangeness. *Evidence-Based Nursing*. 2004;7:92.

24. **Kvigne K, Kirkevold M.** Living with bodily strangeness: women's experiences of their changing and unpredictable body following a stroke. *Qualitative Health Research*. 2003;13(9):1291-310.
25. **Robinson-Smith G.** Verbal indicators of depression in conversations with stroke survivors. *Perspectives in Psychiatric Care* 2004;40:61-9.
26. **Townend E, Tinson D, Kwan J, Sharp M.** 'Feeling sad and useless': an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. *Clinical Rehabilitation*. 2010;24:555-64.
27. **Kouwenhoven S, Kirkevold M.** Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien forskning*. 2013; 4: 334-343.
28. **Kouwenhoven SE, Kirkevold M, Engedal K, Biong S, Kim H.** The lived experience of depressive symptoms after stroke – a longitudinal perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2011;6(4). Epub doi: 10.3402/qhw.v6i4.8491. Epub 2011 Dec 7.
29. **Kouwenhoven SE, Kirkevold M, Engedal K, Kim H.** 'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68:1726-37.
30. **Kouwenhoven SE.** Experiencing post-stroke depression. The nature and impact in a longitudinal perspective. Oslo: University of Oslo; 2012.
31. **Horwitz AV, Wakenfield JC.** *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press; 2007.
32. **Sandvik O.** Hva er sorg og hvordan kan den forstås? I Bugge K, Eriksen H, Sandvik O, editors. Bergen: Fagbokforlaget 2011.
33. **Niemeier JP, Burnett DM.** No such thing as 'uncomplicated bereavement' for patients in rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*. 2001;23:645-53.
34. **Thomas KR, Siller J.** Object loss, mourning, and adjustment to disability. *Psychoanalytic Psychology*. 1999;16:179-97.
35. **Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J.** The bereavement model, stroke and rehabilitation: a critical analysis of the use of a psychological model in professional practice. *Disability & Rehabilitation*. 2004;2618:1067-78.
36. **Niemeier J, Kennedy R, McKinley W, Cifu D.** The Loss Inventory: A measure of emotional and cognitive responses to disability. *Disability Rehabilitation*. 2004;26:614-23.
37. **Bonanno GA, Kaltman S.** The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*. 2001;21:705-34.
38. **Clayton P.** Bereavement. In: Paykel E, editor. *Handbook of affective disorders*. London: Churchill Livingstone; 1982. p. 15-46.
39. **Zisook S, Shuchter SR.** Depression through the first year after the death of a spouse. *The American Journal of Psychiatry*. 1991;148:1346-52.
40. **Raingruber B.** Client and provider perspectives regarding the stigma of and nonstigmatizing interventions for depression. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2002;16:201-7.
41. **Barney L, Griffiths K, Christensen H, Jorm A.** Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma. *BMC Public Health* 2009;9.
42. **Drummond A, Walker M.** Generalisation of effects of leisure rehabilitation for stroke patients. *British Journal of Occupational Therapy*. 1996;59:330-4.
43. **Pound P, Gompertz P, Ebrahim S.** A patient-centred study of the consequences of stroke. *Clin Rehabil*. 1998;12:338-47.
44. **Sjögren K, Fugl-Meyer A.** Adjustment to life after stroke. With special reference to sexual intercourse and leisure. *J Psychosom Res*. 1982;26:409-17.
45. **Nilsson I, Jansson L, Norberg A.** To meet with a stroke: patients' experiences and aspects seen through a screen of crises. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;25:953-63.
46. **Kvigne K, Kirkevold M, Gjengedal E.** Fighting back—struggling to continue life and preserve the self following a stroke. *Health Care for Women International*. 2004;25:370-87.
47. **Hilton EL.** The meaning of stroke in elderly women: a phenomenological investigation. *Journal of Gerontological Nursing*. 2002;28:19-26.
48. **Schwartz C, Sprangers M.** Methodological approaches for assessing response shift in longitudinal quality of life research. *Social Science and Medicine*. 1999;48:1531-48.
49. **Kringlen E.** *Psykatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget; 2001.
50. **Ekeland T.** Et nytt psykisk helsevern – ny kunnskap?: Norsk kompetansesenter for erfaringskunnskap i psykisk helse; 2011.
51. **Ekeland T.** Medikalisering – epistemologiske forutsetninger. In: Kolstad A, Kogstad R, editors. *Psykologisering av sosiale problemer Medikalisering av psykiske lidelser* Haugesund: Alpha Forlag; 2011.
52. **Nye R.** The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of History of the Behavioral Sciences*. 2003;39:115-29.
53. **Foucault M.** *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal; 2008.
54. **Jørgensen C.** *Psykologien i senmoderniteten*. København: Hans Reitzels Forlag; 2004.
55. **Burton C, Gibbon B.** Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52:640-50.
56. **Bendz M.** The first year of rehabilitation after a stroke – from two perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17:215-22.
57. **Kaufman SR.** Toward a phenomenology of boundaries in medicine: chronic illness experience in the case of stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2011;18:6-17.
58. **Shapiro A.** A story to create: stroke survivors' broken narratives. *Top Stroke Rehabil* 2011;18:18-23.
59. **Rowe D.** *Depression 2nd. ed.* New York: Routledge; 1996.
60. **Rowe F, Brand D, Jackson C, Price A, Walker L, Harrison S, et al.** Visual impairment following stroke: do stroke patients require vision assessment? *Age Ageing*. 2009;38:188-93.
61. **Donahue AB.** Riding the mental health pendulum: mixed messages in the era of neurobiology and self-help movements. *Social Work*. 2000;45:427-38.

> I denne spalten stiller vi seks faste spørsmål om sykepleieforskning til forskjellige fagfolk.

# – BY PÅ DERE SELV

> Hulda Gunnlaugsdottir synes sykepleierforskerne må bli mer synlige ute i praksisfeltet.

Tekst **Susanne Dietrichson** Arkivfoto **Marit Fonn**

## Hulda Gunnlaugsdottir

Yrke: Fhv. administrerende direktør ved A-hus



### 1. Hvorfor trenger vi sykepleieforskning?

Så lenge sykepleie er en vitenskap; sykepleievitenskap, er forskning en grunnleggende komponent for å utvikle faget videre.

### 2. Hva mener du at det bør forskes mer på?

Dette synes jeg er et vanskelig spørsmål, for når det forskes så er det jo ofte med utgangspunkt i forskerens interesseområde. Når det er sagt så synes jeg sykepleiere bør forskes mer evidensbasert. Sykepleiere kunne vært flinkere til å bruke forskning i praksis. Hvis jeg skal trekke fram et spesielt område sykepleiere bør forskes mer på velger jeg ledelse. Hvis vi ser på helsetjenesten, så er det faktisk flest sykepleiere som er ledere. Den ledererfaringen sykepleierne har fra praksis bør de bruke i forskningen.

### 3. Hvilken norsk forsker har betydd mest for deg og hvorfor?

Den første som faller meg inn er Signe Valset. Hun var lærer på institutt for sykepleievitenskap da jeg gikk der. Hun imponerte meg veldig. Hun jobber med mestrings-teorier med utgangspunkt i pasientens mestring. Jeg vil også nevne Cornelia Ruland som kombinerer forskning med praksis og bidrar til at sykepleieforskningen brukes i praksis.

### 4. Hva bør en nyutdannet sykepleier vite om sykepleieforskning?

I utdanningen skal sykepleierstudentene ha fått

grunnleggende opplæring i forskningsmetoder og vite hvordan de kan nyttiggjøre seg denne kunnskapen i sitt arbeid som sykepleier.

### 5. Hvordan skal vi få sykepleiere til å lese mer forskning?

Fundamentet for å lese forskning legges i utdanningen. Hvis ikke utdanningen er forskningsbasert vil heller ikke sykepleierne se nødvendigheten av å lese forskning, verken under utdanning eller når de kommer ut i praksis. Når sykepleierutdanningen nå kalles bachelorutdanning bør det innebære at man deltar i et forskningsprosjekt i løpet av utdanningsløpet. Hvis forskning introduseres på bachelornivå kommer studentene inn i den evidensbaserte tenkingen og vil ta med seg dette i praksis. Ikke alle sykepleiere må bli forskere, men de må kunne lese og bruke forskning.

### 6. Hvilket råd vil du gi sykepleieforskere?

Jeg mener sykepleieforskerne bør bli mer synlige ute i praksisfeltet. Forskning er en så ung del av sykepleien at man må jobbe aktivt for at den skal synliggjøres, for eksempel ved å arrangere forskningsdager og seminarer i praksis. Sykepleieforskerne må reise rundt i praksisfeltet og snakke om forskningen sin, slik at det skapes nysgjerrighet og interesse for forskning. Det finnes mange flotte sykepleieforskere som jobber praksisnært; skap blest om det viktige arbeidet dere gjør og by på dere selv!



## FÆRRE FØDSELSRIFTER MED GAMMELT GREP

› Mona Stedenfeldt har forsket på hvordan endring av forløsningsmetode har halvert antall fødselsrifter.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Jan Fredrik Frantzen/Colourbox**

2004 var et toppår for alvorlige fødselsrifter i Norge, med 2000 kvinner som var rammet. Fysioterapeut Mona Stedenfeldt har skrevet doktorgrad om intervensjonen som endret praksis og førte til færre fødselsrifter.

– Antallet kvinner som ble rammet av alvorlige fødselsrifter hadde vært jevnt økende siden 1960-tallet, forteller Stedenfeldt.

– Slike skader kan gi inkontinens for urin og avføring, problemer med seksuallivet og nedsatt livskvalitet.

Hun understreker at hun med alvorlige fødselsrifter mener rifter fra vaginalåpningen og til endetarmen, slik at lukkemuskulaturen er skadet.

### FINSKE JORDMØDRE

Tallet var så høyt at Statens helsetilsyn fant at noe måtte gjøres, og i 2004 ble det laget et nasjonalt oppdrag for å få ned skadene. En del av oppdraget var

å gjøre en intervensjonsstudie.

– Man så at antallet alvorlige fødselsrifter var lavere i Finland, sier Stedenfeldt.

– Og da man fikk finske jordmødre og obstetrikere til Norge fant man ut at disse ga mer støtte ved fødsler enn man gjorde her.

Stedenfeldt mener man i Norge utviklet et syn på fødende kvinner som stadig mer autonome, med mindre fysisk innblanding fra jordmor i siste del av fødselen.

– På mange måter var dette svært bra. Man gikk bort fra å klippe rutinemessig, slik man gjorde på 70-tallet, og lot mor bestemme over fødestilling og andre elementer som bidro til en bedre fødselsopplevelse. Men i tillegg sluttet man å bruke et jordmorgrep som var vanlig i Norge før og som finske jordmødre fortsatt brukte, påpeker hun.

Intervensjonen inkluderte fem norske sykehus og besto i at finske jordmødre lærte opp norske fødselshjelpere.

– Det startet med et generelt kurs. Deretter gikk en finsk jord-

mor inn og jobbet som en del av fødselsteamet i seks til 13 uker i tillegg til at de lærte opp norske superbrukere, forteller Stedenfeldt.

### ENORM NEDGANG

Intervensjonen besto av fire hovedpunkter: Kommunikasjon med mor, det finske jordmorgrepet, mors posisjon under fødsel, der hele bekkenbunnen er synlig, og riktig klipping til riktig tid.

– Vi innhentet data om alvorlige skader fra fire av de fem intervensjonssykehusene samt fra det medisinske fødselsregisteret i perioden 2003–2009, totalt 40 154 fødsler. Antall skader tre år før ble sammenliknet med tre år etter. Vi fant en enorm nedgang i antall alvorlige fødselsrifter i årene etter intervensjonen.

– Vet du hvilke av tiltakene som har hatt størst effekt?

– Vi tror støtteteknikken er svært viktig, men summen av de fire tiltakene har bidratt til den totale effekten. I tillegg til at man har fokusert så sterkt på problemet.



” Man så at antallet alvorlige fødselsrifter var lavere i Finland.

» **Tar grep:** Mona Stedenfeldt demonstrerer det gamle jordmorgrepet som ble gjeninnført i 2004. Foto: Jan Fredrik Frantzen.



## KRITISERT

Stedenfeldt innrømmer at studien er blitt kritisert.

– Hovedkritikken er at vi ikke hadde en kontrollgruppe. I tillegg hevder enkelte at det burde vært en randomisert kontrollert studie.

Selv mener hun nedgangen i antall alvorlige fødselsrifter er såpass markant at den vanskelige kan skyldes andre faktorer.

– Vi har undersøkt grundig og har ikke funnet andre demografiske endringer i dette tidsrommet som kan ha medført en så drastisk nedgang.

Stedenfeldt er daglig leder for Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom ved UNN Tromsø, som ble opprettet i 2006. Denne jobben gjorde det ekstra motiverende for henne å delta i studien.

– Hit kommer unge kvinner med alvorlige inkontinensproblemer, og mange skyldes nettopp alvorlige fødselsrifter. Flere av disse har gått lenge uten å få hjelp fordi de ikke har våget å snakke om problemene sine, eller ikke er blitt trodd, forteller hun.

– Kvinnene har det forferdelig vondt, og mange får livet sitt ødelagt. På kompetansesenteret får de behandling, men det viktigste er å forebygge slik studien har bidratt til.

## «HANDS OFF»

Jordmor Mette Severinsen ved Føde og barsel på UNN, har sett endringene i praksis.

– Vi var et av sykehusene som deltok i intervensjonen, men det var det nasjonale oppdraget som gjorde oss oppmerksomme på det høye antallet alvorlige fødselsrifter, forteller hun.

– Vi så at antallet fødselsrifter gikk ned etter intervensjonen, selv om tiltaket ble møtt med motstand i begynnelsen.

– Hva gikk motstanden ut på?

– Jordmødrene mente at tiltakene var et forstyrrende element som hindret kvinnens mobilitet under den normale fødselsprosessen, sier Severinsen.

– Man skulle ikke klippe under fødsel og ikke bruke støttegrep. Man var opptatt av at kvinnen skulle være mest mulig autonom

og at det kunne virke påtrengende hvis man tok på bekkenbunnen under fødselen.

– Hvordan jobber dere i dag?

– Vi snakker med kvinnene om klipping og om å støtte mellomkjøttet og analmuskulatur under fødselen. Vi informerer om at de kan velge stilling helt til rett før forløsningsøyeblikket. Da må vi se hele underlivet slik at vi kan gi aktiv støtte i form av det finske jordmorgrepet og klippe hvis det blir nødvendig, sier hun.

– Fra og med 50-tallet og fram til 80-tallet var alle pålagt å klippe. I dag klipper vi kun dersom vi har et barn som må raskt ut på grunn av påvirket hjertelyd og dersom vi ser at mellomkjøttet er for stramt slik at det kommer til å bli en tredjegradsrift.

Selv gikk Severinsen på jordmorskolen i 1989–1990.

– Den gang fokuserte man på å støtte, men med flat hånd. Jeg har derfor alltid støttet, men har likevel erfart en nedgang i antall fødselsrifter etter at jeg begynte å bruke det finske grepet, forteller Severinsen.

# FOR SIKKERHETS SKYLD

› Sindre Høyland har sett på hva som gir feil og avvik på operasjonsstua.

## Sindre Høyland

1976

**Tittel:** Førsteamanuensis  
**Arbeidssted:** Det samfunnsvitenskapelige fakultet, institutt for medie-, kultur og samfunnsfag, UIS.

Tekst og foto: **Susanne Dietrichson**

– Jeg ble veldig opptatt av menneskelige og organisatoriske forhold mens jeg arbeidet med master i samfunnssikkerhet, forteller Sindre Høyland.

Etter å ha tatt en bachelor i økonomi og IT skrev han masteroppgave om organisatoriske forhold på sykehuset, nærmere bestemt rapportering og håndtering av feil og avvik.

– Jeg oppdaget at sykehus er en lite lærenem organisasjon.

### FEILBEHANDLINGER

Interessen for sikkerhet ved sykehus har ikke tapt seg; i sommer disputerte han for doktorgraden med en oppgave om sikkerhet i

– Bakgrunnen for studien er at selv om operasjoner redder liv, innebærer de også en risiko, forteller Høyland.

Hvert år mister 2000 personer livet som følge av feilbehandling ved norske sykehus, og 15 000 blir påført skader for livet. Halvparten av alle uønskete hendelser skjer i forbindelse med kirurgi.

– Hva er de vanligste årsakene til at det skjer feil i forbindelse med operasjoner?

– Blodtap eller at man opererer feil del på pasienten; feil organ eller feil side av kroppen, men generelle komplikasjoner kan også være knyttet til problemer pasienten har i tillegg til det han eller hun blir operert for.

Høyland understreker at feil

ved operasjoner øker der samspillet mellom individer, team og system fungerer godt, påpeker han.

### RISIKOFAKTORER

Høyland var til stede ved 27 kirurgiske operasjoner ved et regionalt sykehus. Han samarbeidet med en anestesisykepleier som hjalp ham med å forstå terminologi, roller og prosedyrer. Studien er kvalitativ og basert på 15 intervjuer, 35 uformelle samtaler og 60 timer ikke-deltakende observasjon.

– Vi fant ut at faktorer som påvirket teamets oppmerksomhet også påvirket sikkerheten ved operasjonene. Eksempler på slike faktorer er sammensetning av teamet, svikt i kommunikasjon, mangel på utstyr og endring i pasientrekkefølgen.

Høyland observerte også at uheldig sammensetning av operasjonsteamet kunne medføre forstyrrelser.

– Eksempelvis kan en kirurg med lang erfaring i samarbeid med en uerfaren sykepleier være en dårlig kombinasjon, sier han.

– Kirurgen vil forvente at ting skjer fort og i en bestemt rekke-

” Jeg oppdaget at sykehus er en lite lærenem organisasjon.

tverrfaglige kirurgiske operasjoner. På Universitetet i Stavanger, som har verdens største tverrfaglige forskningsmiljø innenfor samfunnssikkerhet og risikostyring, er han i godt selskap.

ved operasjoner gjerne oppstår i sammensatte situasjoner der flere faktorer spiller inn både menneskelige, organisatoriske og systemiske.

– Studien viste at sikkerheten



› **RISIKOFYLT PÅ SYKEHUS:** Selv om operasjoner redder folks liv innebærer de også en viss risiko, mener Sindre Høyland som forsker på samfunnsikkerhet ved UiS.

følge, og brudd på dette kan medføre dårlig kjemi, amper stemning og oppmerksomhetssvikt hos flere i teamet.

Funnene ble løpende presentert og diskutert med deltakerne i studien.

– De ble ikke overrasket, sier Høyland og smiler.

– Tvert imot stemte våre observasjoner og konklusjonene vi trakk godt overens med den oppfatningen deltakerne i operasjonsteamet selv hadde.

#### **KJENNSKAP VIKTIG**

Høyland fant at teammedlemmers kjennskap til hverandre bidro til økt sikkerhet. Alle operasjonene han observerte ved ble utført på samme sykehus, og operasjonsteamene besto som regel av ansatte som var vant til å jobbe sammen.

– Faste operasjonsteam, slik man har i luftfart, er idealet. Men det vil nok ta lang tid før man kommer dit i helsevesenet, enten

det handler om operasjonsteam eller ambulansespersonell, tror Høyland.

– Et teams kjennskap til hverandre fører til trygghet, noe som kan fungere preventivt, for eksempel når utstyr mangler eller andre uheldige hendelser oppstår under operasjoner.

Også taus kunnskap innad i temaet fant Høyland at fremmet sikkerheten.

– Mye som skjedde utenom prosedyrene var med på å styrke sikkerheten, mener han.

– For eksempel når anestesisykepleier skanner pasientens blære, selv om det ikke inngår i prosedyrene, fordi hun ved flere tidligere tilfeller har erfart at pasienter har fått diagnostisert overfylt blære postoperativt.

#### **SAMARBEID NØKKELFAKTOR**

Høyland fant at samarbeidet i temaet var en klar nøkkelfaktor når det gjaldt sikkerhet ved operasjoner.

– Det viser at man må vektlegge teamarbeid både i utdanning og praksis, presiserer Høyland.

– I praksis kan man for eksempel arrangere ulike fagforum hvor man formidler kunnskap og erfaringer. På den måten får man også formidlet den tause kunnskapen erfarne fagpersoner sitter på og som vi ser er med på å styrke sikkerheten ved operasjoner.

– Hvordan kan sykepleieren styrke sikkerheten i operasjonsteamet?

– Mitt inntrykk er at sykepleierne spiller en viktig rolle for sikkerheten under operasjoner. Jeg observerte at de ofte lå i forkant og forutså hva kirurgene trengte før de selv visste det og klargjorde medikamenter lenge før de ble bedt om det, forteller Høyland.

– Operasjonssykepleierens rolle i operasjonsteamet er viktig, og jo mer erfarne de er, jo flinkere er de til å være i forkant under operasjonene.

# VIKTIGE MODELLER OG BEGREP

Når du skal lese forskningsartikler, kan det være nyttig at du kjenner navnet på noen viktige modeller og begreper.

Tekst: Hugo Lewi Hammer og Ketil Gundro Bruberg

I de tidligere numrene av Sykepleien Forskning har vi sett på sentrale statistiske begreper og modeller som utvalg, populasjon, konfidensintervaller og dikotome effektmål (1-4). I dette nummeret beskriver vi noen andre begreper og modeller i statistikk som du fra tid til annen vil støte på når du leser forskningsartikler.

## > KORRELASJON

Utforskning av sammenhenger står svært sentralt i statistikken, og vi har tidligere sett på sammenhengen mellom statiner og kolesterolreduksjon (2). Tabell 1 viser antall besøkende på et akuttmottak sammen med gjennomsnittlig ventetid per pasient (fiktive data). Av tabellen ser vi sterke indikasjoner på en sammenheng mellom antall besøkende og ventetid. For dagene 10, 17 og 18 er det over 400 besøkende, og gjennomsnittlig ventetid er nærmere tre kvarter. På dag 8, 12 og 20 er det få besøk, og ventetiden er under ti minutter. Sammenhengen blir enda lettere å se når vi plotter data som vist i figur 1.

Det går an å regne på graden av samsvar mellom to variabler. Et mye brukt mål er lineær korrelasjon (Pearson korrelasjon), et korrelasjonsmål som alltid ligger mellom -1 og 1. Dess nærmere korrelasjonen er -1 eller 1, dess sterkere er sammenhengen mellom de to variablene. Fortegnet viser retningen på sammenhengen. For data i figur 1 er korrelasjonsmålet 0,967 som betyr at vi har en svært sterk sammenheng mellom antall besøk og ventetid. Vi sier at korrelasjonen er positiv fordi flere besøk gir økt ventetid. Et eksempel på negativ korrelasjon kan være sammenhengen mellom antallet timer en person trener kondisjon og tiden han/hun trenger for å løpe 3000 meter. Korrelasjonen er negativ idet økt

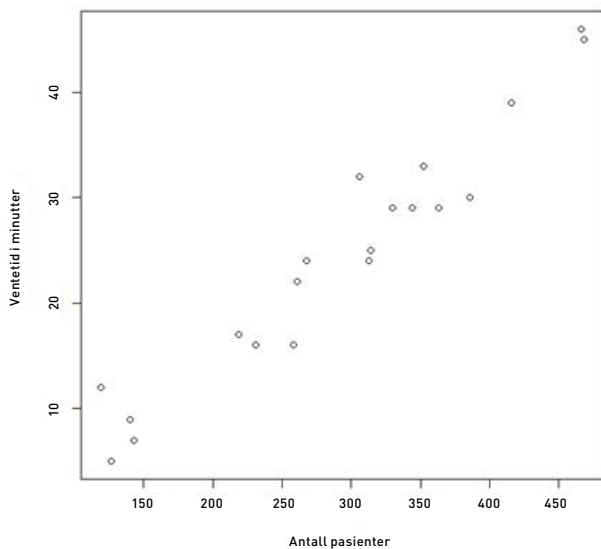
treningsemngde fører til at tiden man bruker går ned. Figur 2 illustrerer hvordan data kan se ut for ulike korrelasjoner. Ventetidsdataene i figur 1 likner mest på dataene oppe til høyre i figur 2.

**TABELL 1:** Antallet besøkende pasienter og gjennomsnittlig ventetid i minutter (fiktive data).

| Dag    | Antallet besøkende | Gjennomsnittlig ventetid |
|--------|--------------------|--------------------------|
| Dag 1  | 306                | 32                       |
| Dag 2  | 330                | 29                       |
| Dag 3  | 344                | 29                       |
| Dag 4  | 363                | 29                       |
| Dag 5  | 313                | 24                       |
| Dag 6  | 268                | 24                       |
| Dag 7  | 386                | 30                       |
| Dag 8  | 140                | 9                        |
| Dag 9  | 219                | 17                       |
| Dag 10 | 416                | 39                       |
| Dag 11 | 258                | 16                       |
| Dag 12 | 127                | 5                        |
| Dag 13 | 119                | 12                       |
| Dag 14 | 352                | 33                       |
| Dag 15 | 231                | 16                       |
| Dag 16 | 314                | 25                       |
| Dag 17 | 466                | 46                       |
| Dag 18 | 468                | 45                       |
| Dag 19 | 261                | 22                       |
| Dag 20 | 143                | 7                        |



# ER I STATISTIKK



**Figur 1:** Sammenhengen mellom antallet besøkende pasienter på akuttmottak og gjennomsnittlig ventetiden per pasient.

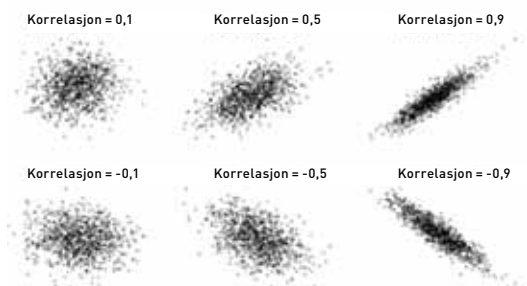
## > KORRELASJON ER IKKE KAUSALITET

Når vi observerer en sammenheng (signifikant korrelasjon) mellom to variable er det lett å tro at det finnes årsakssammenhenger, men dette kan føre til alvorlige feilslutninger. Flere studier har for eksempel vist at personer som røyker mye har en tendens til å skåre dårligere på intelligens tester enn personer som røyker lite eller ingenting (5). En person som røyker vil kanskje være fristet til å konkludere med at intelligensen vil øke i det øyeblikket røyken legges på hylla, mon det? Forklaringer for sammenhengen kan for eksempel være at personer med høyere intelligens er mindre fristet til å begynne å røyke, eller at sosioøkonomisk status henger sammen med både økt risiko for røykestart og redusert intelligensskår. Hvis en av disse to forklaringene er årsaken, hjelper det neppe mye på intelligensen å slutte å røyke. Korrelasjonsstudier forteller altså ikke hva som forårsaker funnene. Til det trengs andre typer observasjoner og analyser.

## > LINEÆR REGRESJON

Lineær regresjon støter du oftest på i studier der forskerne observerer en rekke individer over tid og senere utfører statistiske analyser. Vi kan for eksempel være interessert i å studere sammenhengen mellom røyking og lungefunksjon. Siden vi ikke kan lage en studie der deltakerne i en gruppe pålegges å røyke, må vi nøye oss med observasjonsdata av lungefunksjon målt i en gruppe mennesker bestående av både røykere og ikke-røykere. Da kan det være fristende å sammenlikne lungefunksjon i de to gruppene direkte, men som vi skal se kan en slik tilnærming gi svært gale resultater.

Tabell 2 viser et utvalg av data som opprinnelig ble analysert i (6). FEV er et lungefunksjonsmål som viser hvor mye luft en pasient evner å puste ut i løpet av et sekund. I tillegg til FEV har vi for hvert barn/



**Figur 2:** Eksempler på data ved ulike korrelasjoner. Sterkere korrelasjon mot høyre, positiv korrelasjon øverst og negativ korrelasjon nederst.

ungdom informasjon om alder, høyde, kjønn og røykestatus. Totalt ble det gjennomført målinger for 654 barn og unge mellom 3 og 19 år. Hvis vi beregner korrelasjonen mellom FEV og røykestatus får vi 0,25 med 95 prosent konfidensintervall fra 0,17 til 0,32. Ifølge disse resultatene har barn/unge som røyker bedre lungefunksjon enn de som ikke røyker. Et slikt resultat er overraskende og skyldes at andre faktorer lurar i kulissene. Videre analyser viser nemlig at det er en korrelasjon både mellom alder og FEV og

mellom alder og røyking. Det betyr – ikke overraskende – at lungefunksjonen bedres etter hvert som barna vokser, og at det i all hovedsak er de eldste i datasettet som røyker. Den egentlige (og negative) sammenhengen mellom røyking og lungefunksjon er totalt overskygget av den sterke positive sammenhengen mellom alder og FEV. Vi sier at alder er en konfunderende (confounding) variabel for sammenhengen mellom FEV og røyking.

Ved bruk av lineær regresjon kan man i større

**TABELL 2:** Lungefunksjonsmål (FEV) målt i liter og andre data for et utvalg av pasientene som opprinnelig ble publisert i (6)

| Pasient | FEV   | Alder | Høyde | Kjønn | Røyker? |
|---------|-------|-------|-------|-------|---------|
| 1       | 1,708 | 9     | 145   | K     | Nei     |
| 2       | 1,735 | 8     | 137   | M     | Nei     |
| 3       | 0,839 | 4     | 122   | K     | Nei     |
| 4       | 1,776 | 5     | 130   | M     | Nei     |
| 5       | 1,703 | 8     | 138   | M     | Nei     |
| 6       | 1,577 | 4     | 124   | K     | Nei     |
| 7       | 3,816 | 13    | 161   | K     | Nei     |
| 8       | 2,236 | 14    | 168   | K     | Ja      |
| 9       | 3,411 | 11    | 161   | K     | Nei     |
| 10      | 4,309 | 14    | 175   | M     | Ja      |
| 11      | 2,691 | 10    | 170   | K     | Nei     |
| 12      | 4,271 | 14    | 184   | M     | Nei     |
| 13      | 2,387 | 11    | 154   | M     | Nei     |
| 14      | 3,120 | 15    | 154   | K     | Ja      |
| 15      | 4,086 | 18    | 170   | M     | Ja      |



grad isolere effekten av en og en faktor. Vi ønsker nå å bruke lineær regresjon til å undersøke hvilke faktorer som kan forutse (predikere) lungefunksjon (FEV). Vi sier at FEV er den avhengige variabelen i analysen. Faktorene vi bruker til å predikere FEV, her vil det si alder, høyde, kjønn og røykevaner, kalles uavhengige variabler. Tabell 3 viser resultatet av en regresjonsanalyse slik de gjerne presenteres i forskningsartikler. Lengst til høyre i tabellen ser vi en kolonne med p-verdier, og vi ser at alder, høyde og kjønn har svært små p-verdier. Det betyr at vi har en sterk sammenheng mellom FEV og disse faktorene. I kolonnen «Estimat» ser vi at verdiene er positive for alle tre variablene, som betyr at vi har en positiv sammenheng mellom FEV og disse variablene, for eksempel at FEV blir høyere med alder. Verdien 0,0655 sier oss at hvis vi sammenlikner to barn/unge med ett års aldersforskjell, men som har samme høyde, kjønn og røykevaner, vil FEV i gjennomsnitt være 0,0655 liter høyere hos den eldste. Vi har altså isolert effekten av alder. Tilsvarende ser vi at en gutt vil ha en FEV som i gjennomsnitt er 0,157 liter høyere enn ei jente så lenge de to har samme alder, høyde og røykevaner. En person som røyker vil derimot ha en FEV som i gjennomsnitt er 0,0872 liter lavere enn eller lik en ikke-røyker. Rett nok er ikke denne sammenhengen statistisk signifikant (p-verdi 0,141), men dette resultatet er mer i tråd med det vi vet om røykingens negative effekter enn da vi kun så på korrelasjonen mellom røyking og FEV. Vi kan si at regresjonsanalysen har hjulpet oss med å kontrollere for alder, høyde og kjønn.

### > LOGISTISK REGRESJON

Vi har sett hvordan vi kan bruke lineær regresjon å finne ut hvilke faktorer som predikerer lungefunksjon

**TABELL 3:** Resultater av en regresjonsanalyse av FEV data slik de ofte presenteres i artikler

|                | Estimat  | Standardfeil | T-verdi | p-verdi |
|----------------|----------|--------------|---------|---------|
| Skjæringspunkt | -4,5442  | 0,232        | - 19,58 | <0,001  |
| Alder          | 0,0655   | 0,009        | 6,90    | <0,001  |
| Høyde          | 0,0410   | 0,002        | 21,90   | <0,001  |
| Kjønn (M)      | 0,1571   | 0,033        | 4,31    | <0,001  |
| Røyker (ja)    | - 0,0872 | 0,059        | 1,47    | 0,141   |

i form av FEV. FEV er det vi kaller et kontinuerlig mål (4). Logistisk regresjon er en nær slektning av lineær regresjon som brukes når den avhengige variabelen ikke er kontinuerlig, men består av kategorier som død versus levende. Ved hjelp av logistisk regresjon kan vi eksempelvis beregne hvordan faktorer som kjønn og alder (uavhengige variable) påvirker sannsynligheten for overlevelse (avhengig variabel). I likhet med lineær regresjon kan vi bruke logistisk regresjon til å isolere ulike effekter og kontrollere for forskjeller mellom grupper.

### > ANOVA

Vi har tidligere vist hvordan statistikk kan brukes til å sammenlikne to grupper, for eksempel for å påvise forskjeller mellom statiner og placebo (2). Det er lett å forestille seg naturlige utvidelser av et slikt eksperiment som involverer mer enn to grupper. Kanskje ønsker vi å sammenlikne effekten av ulike doseringer eller medisiner mot hverandre. Når vi har behov for å sammenlikne flere enn to grupper, er ANOVA (variansanalyse) et mye brukt verktøy. I variansanalyser er det, som navnet tilsier, den observerte variansen

og ikke gjennomsnittsverdier som danner utgangspunkt for analysene.

Ved bruk av ANOVA kan vi altså studere effekten av flere faktorer samtidig. Tenk at vi ønsker å studere den kombinerte effekten av statiner og trening på reduksjon av kolesterol. For å undersøke dette kan vi lage oss et oppsett der forsøkspersonene plasseres tilfeldig i fire grupper (tabell 4). Vi ser at pasientene i gruppe 2 får statiner i tillegg til et spesifikt treningsprogram. Personene i gruppe 3 får placebomedisin og ikke noe treningsprogram. Ved bruk av ANOVA kan vi nå undersøke effekten av statiner og trening, og samtidig kan vi finne ut om kombinasjonen av statiner og trening har ytterligere effekt enn statiner eller trening alene. På tilsvarende måte som når vi sammenlikner to grupper (3), er signifikans, p-verdi og konfidensintervall viktige tall å se etter i artikler hvor ANOVA benyttes.

### > IKKE-PARAMETRISKE TESTER

Vi har tidligere sett eksempler på sammenlikning av to grupper (3), og i denne artikkelen har vi beskrevet hvordan vi kan sammenlikne flere grupper (ANOVA). Disse testene baserer seg på antakelsen om at dataene i de ulike gruppene er tilnærmet normalfordelte. I mange situasjoner kan vi ikke gjøre denne antakelsen om dataene. Heldigvis finnes det tester for disse situasjonene også. Når du skal lese forskningsartikler, kan det være nyttig at du kjenner navnet på de mest vanlige testene. Skal to grupper sammenliknes er det vanlig å benytte Mann-Whitney U-test som også ofte refereres til som Wilcoxon rank-sum-test eller Wilcoxon-Mann-Whitney-test. Ved sammenlikning av mer enn to grupper benyttes vanligvis Kruskal-Wallis test. Også for disse testene presenteres resultatene i form av p-verdier, så det er nyttig å se etter disse verdiene i teksten.

**TABELL 4:** Gruppeinndeling ved toveis ANOVA

|                 | Placebo  | Fluvastatin |
|-----------------|----------|-------------|
| Treningsprogram | Gruppe 1 | Gruppe 2    |
| Ingen trening   | Gruppe 3 | Gruppe 4    |

### REFERANSER

1. Brurberg KG, Hammer HL. Hvorfor trenger vi statistikk? Sykepleien Forskning. 2013;8:78–82.
2. Brurberg KG, Hammer HL. Hvordan sammenlikne statistisk? Sykepleien Forskning. 2013;8:174–7.
3. Brurberg KG, Hammer HL. Hypotesetesting. Sykepleien Forskning. 2013;8:267–9.
4. Brurberg KG, Hammer HL. Variabeltyper og dikotome effektmål. Sykepleien Forskning 2013; 8:372–4.
5. Weiser M, Zarka S, Werbeloff N, Kravitz E, Lubin G. Cognitive test scores in male adolescent cigarette smokers compared to non-smokers: a population-based study. *Addiction* 2009;105:358–63.
6. Tager, IB, Weiss, ST, Rosner, B, & Speizer, FE. Effect of parental cigarette smoking on pulmonary function in children. *American Journal of Epidemiology*. 1979;110:15–26.



# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**KRISTIN ÅDNØY ERIKSEN**

**Tittel:** Sosial verdigheit i kommunale psykiske helse-tenester

**Arbeidssted:** Avdeling for helsefag ved Høgskolen Stord Haugesund

**Utgått fra:** Sektionen för omvårdnad ved Insitutionen för Neurobiologi, vårdvetenskap och Samhälle ved Karolinska Insitutet i Stockholm

**Veileder:** Dosent Maria Arman ved Karolinska Insitutet og Professor Bengt Karlsson ved Høgskolen i Buskerud

**Disputas:** 26. november 2013

**E-post:** kristin.eriksen@hsh.no

> **Bakgrunn:** Avhandlinga ser nærare på korleis brukarar opplever å bli stadfesta og få rom som menneske i relasjonar mellom brukarar og helsearbeidarane i kommunale psykiske helsetenester.

**Hensikt:** Det overordna målet var å utforske brukarane sin erfaringsbaserte kunnskap om å bli anerkjent, sett og høyr, og så sjå nærare på korleis denne kunnskapen er eller kan bli ein del av

dei psykiske helsearbeidarane sitt kunnskapsgrunnlag.

**Metode:** Studien er basert på fenomenologisk hermeneutisk livsverdforskning og består av prosjekt A: «Verdigheit i kvardagen» og prosjekt B: «Erfaringskunnskap i fokus». I prosjekt A vart 11 brukarar intervjuva om deira erfaringar med å bli anerkjend, sett og høyr, og korleis dei skulle ynskje at dei vart anerkjend, sett og høyr. I prosjekt B var åtte erfarne helsearbeidarar med i fleirstegs fokusgrupper for å utvikle kunnskap om kva som skal til for å anerkjenne, sjå og høyre brukarane.

**Resultat:** Fire artiklar er publisert med fokus på korleis anerkjennande relasjonar fører til stadfesting av absolutt verdigheit for brukarar og helsearbeidarar.

**Konklusjon:** Å inkludere brukar-kunnskapen i helsearbeidaren sitt kunnskapsgrunnlag, krev at helsearbeidaren er open for og berørt av brukaren i kvart nye møte; brukaren må få vera forfattar i eige liv; og helsearbeidaren må vera klar over at brukaren sine perspektiv og erfaringar representerer ein unik innsikt som har verdi. Målet for verdighetsfremjande praksisar er ikkje

å utvikle eller endre brukaren, men å sjå og anerkjenne her og no. Relasjon gjev høve til å anerkjenne brukaren som eit aktivt, deltakande subjekt og vera med å gje brukaren oppleving av å vera verdsett og at hans eller hennar deltaking gjer ein skilnad i andre sine liv.

## HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no).

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

# HVA ER GOD PUBLISERINGSETIKK

Publiseringsetikk handler om forfatteres, fagfellers og redaktørers integritet.

Av **Kristin Halvorsen**, intensivsykepleier, førsteamanuensis og ass. redaktør i Sykepleien Forsking.

Et viktig aspekt ved forskningsetikk er publiseringsetikk (1,2). Forfattere, redaktører og forlag er ansvarlige for å presentere lesere for forskning som er ny, original, redelig og valid. Publiseringsetiske hensyn gjelder ved all publisering, enten det er i papirformat, eller online (3). I dagens akademia er publisering av vitenskapelige arbeider et krav. Akademikere, universiteter og høyskoler måles i stor grad på bakgrunn av sin vitenskapelige produksjon (2). Det er ingen tvil om at dette publikasjonskravet nødvendiggjør et skarpt og kontinuerlig blikk på publiseringsetikk (2). På den annen side er forskningen avhengig av publisering. Det er gjennom publisering at forskningsresultater blir formidlet til omverdenen (4). Den internasjonale komiteen COPE (Comitte of Publication Ethics) får hvert år inn saker der det er spørsmål om brudd på publiseringsetiske retningslinjer (5). Andre liknende komiteer; ICE, ICMJE, ORI, WAME rapporterer tilsvarende (6). Det er heldigvis sjelden, men av og til forekommer det graverende forskningsfusk og lovbrudd (7). Noen ganger publiseres det forskning som befinner seg i gråsonen for hva som er god publiseringsetikk. Jeg vil her belyse noen av de publiseringsetiske utfordringene som kan oppstå.

## > FORFATTERSKAP

Et sentralt tema i publiseringsetikk er forfatterskap og medforfatterskap. Her skal Vancouver-reglene være en rettesnor for hva som kvalifiserer til å være artikkelforfatter og medforfatter (8). Det viser seg likevel at det er store forskjeller i hvordan regelverket praktiseres innenfor ulike forskningsgrupper og forskningsmiljøer (4,9,10).

Staff og Thorseth problematiserer i en kommentar i Tidsskrift for Norsk Legeforening i 2007, hvordan veilederes medforfatterskap kan skape dilemmaer for masterstudenter og ph.d-stipendiater og at praksisen for forfatterskap er forskjellig fra universitet til universitet i Norge (9). I dag er det en økende praksis at masteroppgaver publiseres som artikler. Dette skyldes blant annet et ønske om å øke publiseringsraten i akademia, samt at studiene kan bli tilgjengelig for flere. Et nødvendig tiltak for å unngå uheldige situasjoner i forbindelse med forfatterskap er at forfatterrekkefølgen diskuteres i fagmiljøene. Det må framgå tydelig hva de ulike forfatterne har bidratt med i forskningsprosessen og i arbeidet med selve artikkelen. I tillegg må alle forfattere godkjenne den endelige versjonen av artikkelen (3,4,9,10).

## > MEDFORFATTERE

De fleste tidsskrifter krever i dag at de enkelte forfatternes bidrag skal synliggjøres, slik at redaktører og fagfeller kan ta stilling til den enkelte forfatterens innsats. Ikke sjelden har vitenskapelige artikler mange forfattere. Dette kan være et resultat av store og landsomfattende forskningsprosjekter, der mange skal ha sin del av forskningen. Her kan det oppstå uheldige koplinger med hensyn til medforfatterskap. Enkelte tidsskrifter har satt en øvre grense på seks medforfattere, nettopp for å unngå medforfattere som ikke tilfredsstiller Vancouver-reglenes krav til medforfatterskap (6,8). Forfatterne oppfordres til å skille mellom de som kvalifiserer til medforfatterskap og de som kan anerkjennes i artikkelens etterord (1-5,7,9,10). Forfatterskap skal være noe man har gjort seg fortjent til på bakgrunn av arbeidet man har nedlagt i prosessen fra prosjektid til publikasjon. (3).

# K?

## > DOBBELTPUBLISERING

Et tema som skaper publiseringsetiske utfordringer er dobbeltpublisering. Dobbeltpublisering vil si at en originalpublikasjon kan komme til å bli publisert i flere enn én publikasjonskanal. Som en grunnregel er dobbeltpublisering ikke ønskelig, men kan i enkelte tilfeller forekomme etter tillatelse fra tidsskriftet som har rettighetene til publikasjonen. Hvis man tillater en form for dobbel, eller sekundær publisering er det et absolutt krav at kryssrefereringen er tydelig og klar, slik at leserne uten problemer kan ledes til den opprinnelige referansen (1–4).

## > «SALAMI-SLICING»

Forskere ønsker gjerne å få flest mulig publikasjoner ut av eget prosjekt. Dette kan resultere i «salami-slicing», og at ulike publikasjoner kan tendere til å bli overlappende. Det vil således være mulig for lesere og brukere av forskningen, å bli misledet med hensyn til forskningsfunnenes originalitet og styrke. Dobbeltpublisering og «salami-slicing» kan videre føre til at forskningsresultater blir benyttet på uriktig grunnlag, der det kan se ut som flere studier viser samsvarende funn, men egentlig er funn fra samme studie (1–3).

## > PLAGIERING

Plagiering er alvorlig. En innlysende form for plagiering er når man med overlegg stjeler av andres forskningsmateriale. Dette er et klart publiseringsetisk brudd (1–5). Noe annet som kanskje ikke alltid synes like opplagt er når det benyttes tabeller, oversikter, sitater eller annet materiale fra andre publikasjoner uten tilstrekkelig referanser og skriftlig tillatelse fra tidsskriftet som har utgitt originalpublikasjonen. For eksempel er det ikke akseptabelt å bruke andre forskeres modeller i eget arbeid uten skriftlig tillatelse

fra tidsskriftet, og om mulig fra forskeren som har utviklet modellen (3,10).

## > INTERESSEKONFLIKTER

Interessekonflikter handler ofte om en risiko for at finansieringskilden ikke er nøytral (1–4,10). Her er legemiddelindustrien utpekt som «den store stygge ulven». Legemiddelindustrien har fått mye kritikk for å involvere seg som «spøkelsener» i forskningen den støtter (11). Men, det er viktig å være klar over at det finnes flere former for interessekonflikter. Et overordnet mål må være at det i hele forskningsprosessen, fra idé til publikasjon, ikke er ytre hensyn som kommer i konflikt med forskningens troverdighet (10).

## REFERANSER

1. Cristakis AD, Rivara PR. Publication Ethics: Editors perspectives. *Journal of Pediatric* 2006;149:39–42.
2. Robinson JA. Bad Science and Publication ethics. Editorial. *International Nursing Review* 2009;56:276.
3. Carlson K, Ross J. Publication Ethics: Conflicts, Copyright, Permission, and Authorship. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2010; 25:263–71.
4. Staff A, Rørtveit G. Publiseringsetikk – et felles ansvar. *Tidsskrift for Norske Legeforening*. 2010; 3:130.
5. COPE, Committee on Publication Ethics, <http://publicationethics.org/> (lasted ned 16.10.2013).
6. Roberts J. An Author's guide to Publication Ethics: A Review of Emerging Standards in Biomedical Journals. *Headache* 2009;49:578–89.
7. Kluge L, Hafstad A, Torp IS, Jon Sudbø. *Aftenposten*. A magasinet 27.1.2006 <http://www.aftenposten.no/amagasinet/article1207468.ece> (lasted ned 1.11.2013)
8. Vancouver Protocol – [http://www.research.mq.edu.au/about/research/@\\_macquarie/policies,\\_procedures\\_and\\_conduct/documents/Vancouver.pdf](http://www.research.mq.edu.au/about/research/@_macquarie/policies,_procedures_and_conduct/documents/Vancouver.pdf) (lastet ned 1.11.2013)
9. Staff A, Thorseth M. Hva er en medforfatter. *Tidsskrift for Norsk Legeforening* 2007;15:127.
10. Wagner E, Barbour V, Yentis S, Kleinert S, on behalf of COPE Council. Retractions: Guidance from the Committee on Publication Ethics. *Journal of Critical Care* 2009;24:620–2.
11. Sismondo S, & Doucet M. Publication ethics and the ghost management of medical publication. *Bioethics* 2010; 24 273–83.

# PRAKTISKE TIPS VED SPØRRESKJEMA

Dette er andre del av artikkel om å utforme spørreskjemaer.  
I denne delen diskuteres hvilke forhold som påvirker svaralternativene

Av **Øyvind Kirkevold**, professor ved HiG og ass. forskningssjef ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

I forrige nummer av Sykepleien Forskning ble det gitt praktiske tips om prosessen med å finne gode spørsmål i en spørreundersøkelse. Når et spørreskjema utvikles, stilles ikke bare spørsmålene. Svarene til spørsmålene formuleres også av spørsmålsstilleren.

Det er tre hovedforhold som vil påvirke hvordan svaralternativene oppfattes. Det er det språklige (ordlyden) i svaralternativene, graderingen av svaralternativene («Ja/nei», «på en skala fra 1-10», «Ofte – av og til – sjeldent» og så videre) og den grafiske utformingen av spørreskjemaet.

## › TRE SVAKHETER

### 1) Besvarer ikke spørsmålet

Haraldsen (1) lister opp tre svakheter i svaralternativene som man må være oppmerksom på. Jeg opplever at alle disse går på ordlyden i svaralternativene. Det første er svaralternativer som ikke stemmer overens med spørsmålet. Min erfaring er at dette ofte oppstår når det lages en matrise, for eksempel med tre svaralternativer på toppen: «i stor grad – i noen grad – i liten grad», med en rekke underspørsmål som alle skal passe til disse svaralternativer. Da kan det dukke opp spørsmål som «Hvor enig er du i utsagnet ...?». I så fall burde svaralternativet være «enig – verken enig eller uenig – uenig». Alternativt kunne spørsmålet omformuleres til å passe svaralternativet: «I hvor stor grad mener du at utsagnet ... stemmer?». Haraldsen påpeker at det finnes flere tilfeller hvor man spør om «hvor mange ganger ...?» og svaralternativer er «ofte – av og til – sjeldent». Her vil respondenten forvente å kunne konkret si hvor ofte.

### 2) Ikke gjensidig utelukkende

Den andre svakheten i svaralternativene man må

være oppmerksom på, er svaralternativ som ikke er gjensidig utelukkende. Dette faller sammen med Wärneryds (2) tre elementære krav til svaralternativene om at de skal være «gjensidig utelukkende», «uttømmende» og «oversiktlige». At svaralternativene ikke er gjensidig utelukkende betyr at det er svaralternativer som overlapper hverandre, enten logisk (aldersgrupper 1–5 år, 5–10 år, 10–15 år, i stedet for 1–4 år, 5–9 år, 10–14 år) eller semantisk som «ofte – av og til – noen ganger – og sjelden» der det er vanskelig å si hva som er «av og til» og hva som er «noen ganger». At svaralternativene ikke er «uttømmende» betyr at det er mulige svaralternativer som ikke er tatt med, og dermed vil respondenten enten bli tvunget til å svare noe som ikke stemmer, eller la være å svare. Den enkle løsningen kan være å ha «vet ikke» eller «annet» som et svaralternativ, og dermed skulle alle alternativer være dekket. Det kan derfor være hensiktsmessig å bruke krefter på å finne så mange svaralternativer som mulig. Der et «0-alternativ» er en mulighet, må man lage et eget svaralternativ for det (1-3). «Hvor mye penger brukte du på aviser siste måned?». Her må «0 kr» være et alternativ. Eller: «Hvor mange nære venner har du?». Her må «ingen» være et alternativ. «Hvor ofte er du hos legen?». Her må «aldri» være et alternativ. En kombinasjon av kompliserte spørsmål, intrikate og mange svaralternativer og rotete utforming av skjemaet vil gjøre at respondenten mister oversikten over hva det blir spurt om og hvordan svaret skal være. Wärneryd understreker at mengden informasjon ikke må være større enn at alle alternativene får en noenlunde lik mulighet til å bli valgt (2).

### 3) Urealistiske svaralternativer

Den tredje svakheten i svaralternativene Haraldsen mener vi bør være på vakt mot er faren for å formulere urealistiske svaralternativer. Det bør

# JEMAUNDERSØKELSER



være samsvar mellom detaljnivået i svaralternativene og hvordan folk tenker på saken. Det kan både være for grove og for detaljerte svaralternativ. «Var du fornøyd med behandlingene på poliklinikken? Ja/nei» vil mange syntes er for unyansert. Å svare på om man mener at antall innvandrere til Norge bør reduseres på en skala fra en til ti, vil for mange være en uvant måte å tenke på problemstillingen på. «Ja, nei» eller «vet ikke» vil kanskje være bedre i dette tilfellet.

## > GRADERING

Den enkleste graderingen av svaralternativ er «ja/nei». For noen spørsmål er det opplagt kun ja eller nei som er alternativet. For eksempel: «Har du vært innlagt på sykehus i løpet av de siste 12 månedene?» Skal man her krysse av for flere alternativer som «hvilke husdyr er du regelmessig i kontakt med?» og det er mulig å krysse av for katt, hund, kanin, hamster, marsvin og så videre, selv om det bare er en kryssmulighet ved hvert dyr, så er det i praksis en rekke ja-/nei-spørsmål (avkryssing = ja, og tomt felt = nei). I mange tilfelle der ja-/nei-alternativet kan virke greit, kan det bli for kategorisk. Respondenten føler at det ikke er mulig å svare enten ja eller nei, og den som kartlegger mister verdifull informasjon. Dette gjelder spesielt når man spør om atferd, meninger eller holdninger hvor det som regel er umulig å svare ja eller nei. For eksempel «Er du fornøyd med behandlingen på poliklinikken? ja/nei». Dette gjør at graderte svarmuligheter både er lettere å svare på og gir mer informasjon. Alternativene for spørsmålet «I hvor stor grad er du fornøyd med behandlingen på poliklinikken?» blir da «meget fornøyd – fornøyd – verken fornøyd eller misfornøyd – misfornøyd – meget misfornøyd». Dette kalles en Likert-skala, og det er vanlig med fem alternativer, men det kan være alt fra tre opp til åtte-ni alternativer. Det er omdis-

kutert om det skal være et nøytralt midtpunkt (det vil si 3–5–7 svaralternativer) eller om respondenten bør tvinges over på positiv eller negativ side (4–6–8 svaralternativer). Bradburn m.fl. (3) konkluderer med at det bør være et nøytralt midtalternativ. Ved å ha et nøytralt alternativ får man et godt inntrykk av hvor mange som ikke har verken en sterk negativ eller positiv mening eller holdning, eller er likegyldige. Wärneryd understreker at å være likegyldig eller ikke vite, ikke nødvendigvis er å være bevisst nøytral, og mener at disse bør skilles ut, for eksempel som et eget spørsmål. En annen mulighet er å bruke visuell analog skala (VAS), som er en linje hvor kun ytterpunktene er gitt verbal verdi. På spørsmålet om hvor fornøyd man er med behandlingen på poliklinikken vil da alternativet bli: «Sett kryss på linjen for hvor fornøyd du er»:

Fornøyd \_\_\_\_\_ Misfornøyd

Eller man kan bruke andre symboler for å øke forståelse, for eksempel for barn eller der språkforståelse kan være et problem:



## > VALIDITET OG RELIABILITET

Validitet er et mål på hvor godt spørsmålene svarer på det vi ønsker å måle, og reliabilitet er hvor pålitelige svar respondenten gir. Validiteten vil i stor grad

være avhengig av hvor god jobb som er gjort for å finne de riktige spørsmålene. Har vi klart å formulere spørsmål som er relevante i forhold til det vi skal kartlegge? Reliabiliteten vil gå på hvor entydige spørsmålene og svaralternativene er. Vil to personer med lik atferd eller like holdninger svare likt på spørsmål om holdninger eller atferd? Vil samme person svare likt ved en annen anledning?

Det finnes flere metoder for å teste validitet og reliabilitet. Når det gjelder skalaer så kan det testes opp mot andre skalaer eller opp mot tidkrevende observasjonsstudier og statistiske analyser som test av intern konsistens. Siden det her er snakk om spørreskjema, og ikke skalaer (se forrige nummer av Sykepleien Forskning), så vil disse metodene ikke være aktuelle. Siden hvert spørsmål står for seg selv, så vil testing av reliabilitet og validitet være krevende. Ved større spørreundersøkelser vil det likevel være nødvendig å teste og vurdere disse forholdene. Ved mindre studier vil man til en viss grad kunne vurdere både reliabilitet og validitet ut fra erfaringer gjort i en pilotstudie.

### > PILOTSTUDIE

Utvikling av spørreskjema skjer som beskrevet i flere faser. På et tidspunkt føler man at alle faser er gjennomgått og skjemaet ferdig. Da er det tid for en pilotstudie. I en riktig pilotstudie simuleres hovedstudien (5). Selv om pilotkartleggingen er en miniutgave av hovedkartleggingen, har den et annet formål (1). I piloten kan det være hensiktsmessig å registrere forhold som ikke er med i hovedstudien, som hvor lang tid det tar å besvare spørsmålene, om det var spørsmål eller svaralternativer som er vanskelige å forstå og om det er spørsmål som er provoserende eller mange ikke vil svare på. Etter pilottestingen av spørreskjemaet må det oftest gjøres justeringer før skjemaet er klart for endelig bruk.

### REFERANSER

1. Haraldsen G. Spørreskjema-metodikk: etter kokebokmetoden/elektronisk ressurs. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1999.
2. Wärneryd B. Att fråga – om frågekonstruktion vid intervjuundersökningar och postankäter. Örebro, Sverige: Statistiska Centralbyrån 1993.
3. Bradburn M, Sudman S, Wansink B. Asking Questions – The Definitive Guide to Question Design. Revised Edition ed. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass; 2004.
4. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. BMJ. 2004;328:1312–5.
5. Gillham B. Developing a questionnaire. London: Continuum International Publishing Group; 2007.



# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**MARITA NORDHAUG**

**Tittel:** Which Patient's Keeper? Partiality and Justice in Nursing Care

**Utgått fra:** Senter for profesjonsstudier (SPS), Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA)

**Disputasdato:** 20. september 2013

**Veiledere:** Hovedveileder: Per Nortvedt, Senter for medisinsk etikk, UiO. Biveiledere: Harald Grimen/Anders Møller, SPS, HiOA.

**E-post:** hegemita@online.no

► **Bakgrunn:** I klinisk sykepleie er det en økende tendens at adekvat ivaretagelse av enkeltpasienters sykepleiebehov begrenses fordi sykepleiernes mulighet til dette kommer i konflikt med ressursknapphet og hensyn til distributiv rettferdighet. Denne ubalansen viser betydningen av diskusjoner om akseptable former for partiskhet i sykepleie.

**Hensikt:** Hovedhensikten er å etablere et argument for legitim partiskhet i sykepleie.

**Metode:** Moralfilosofisk analyse og diskusjon av normativt etiske argumenter.

**Resultat:** Det argumenteres at sykepleie innebærer rolle-relative etiske hensyn som forbinder upartiske og partiske perspektiver. Sykepleieres forpliktelse til å utøve individtilpasset og adekvat sykepleie utgjør en av de viktigste plikter og ansvar i sykepleieprofesjonen. Sykepleie finner sted innenfor rammen av sykepleieprosjekter, i relasjonell nærhet til pasienten, og fordrer ulik grad av tid og oppmerksomhet for å utøves adekvat og individtilpasset. Det argumenteres for at sykepleiere i enkelte situasjoner bør tillates å handle partisk for å opprettholde forpliktelsen til adekvat ivaretagelse av pasienten. Partiskhet innebærer å gi forrang til en pasients behov for sykepleie framfor andre pasienters behov for sykepleie, med utgangspunkt i relasjonell nærhet til den aktuelle pasient. Partiskhet er begrenset både av prinsipielle og situasjonsavhengige vurderinger av berørte pasienters behov, så vel som deontologiske restriksjoner for minimalisering av skade.

**Konklusjon:** Noen av dilemmaene som oppstår kan betegnes som moralske dilemmaer og kan ikke løses uten uheldige konsekvenser. Det foreslås at noen slike vanskelige situasjoner kan og bør reduseres ved institusjonell

og organisatorisk tilrettelegging. Videre foreslås hvordan et rammeverk for normativ sykepleieetikk kan inkorporere tillatt partiskhet og hvilke hensyn sykepleieetikk bør inkorporere for å balansere partiske og upartiske hensyn.



**Kandidat:**  
**ANNE MARIE SANDVOLL**

**Tittel:** «Vi berre gjer det» – beskrivingar av skjult pleiepraksis i sjukeheim

**Arbeidssted:** Avdeling for helsefag, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Førde

**Utgått fra:** Universitetet i Bergen, Medisinsk-odontologisk fakultet, Institutt for global helse og samfunnsmedisin

**Veiledere:** Solveig Hauge og Kjell Kristoffersen

**Disputas:** 6. desember 2013

**E-post:** annemsa@hisf.no

► **Bakgrunn:** Praksis i sjukeheim er kompleks, og arbeidet med rutinar, stell og kroppspanning har vorte vurdert som tungt og krevjande. Samstundes vert det stadig retta nye krav til arbeidet, gjennom til dømes Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstenestene, som

inspirerte dette arbeidet. Pleiearbeidet har til tider vore møtt med ei noko negativ innstilling som kanskje påverkar oppfatninga av arbeidet. Praksisen til pleiarane inneheld ein del sentral kunnskap som ikkje er like lett synleg.

**Hensikt:** Å avdekke, utforske og beskrive kjenneteikn ved skjult pleiepraksis i sjukeheim.

**Metode:** Kvalitativ forskingstilnærming med eit feltmetodisk design (deltakande observasjon, intervju og dokumentanalyse).

**Resultat:** Analysen synte at pleiarane ser ut som at dei alltid veit kva dei skal gjere, og dei kjenner bebuarene godt. Den etablerte pleiepraksisen er inkorporert i pleiarane, og kvalitetsforskrifta har i liten grad fått innverknad. Pleiarane kjenner seg knytt til eitt sett med rutinar. Vidare synte analysen korleis ein uventa situasjon utvikla seg til å bli kaotisk og vanskeleg å meistre for personalet. Dette var uvanleg, men ved hjelp av utforsking og i lys av teori, beskriv studien kor kompleks pleiepraksisen kan vere. Ubehageleg åtferd hjå bebuarar får i nokre tilfelle fram vanskelege kjenster hjå pleiarane. Kjenster som er vanskeleg å innrømme.

**Konklusjon:** Pleiarane har utvikla ein felles pleiehabitus, og informantane sitt utsegn «vi berre gjer det» er ei dekkande beskriving. Pleiarane utfører oppgåvene automatisk, handterer det som blir oppfatta som ureint eller ubehageleg, fordi dei kjenner seg forplikta til det. Dette skjer utan at dei tenker over det.



**Kandidat:**  
**INGER J. DANIELSEN**

**Tittel:** En etnografisk studie i sykepleiernes profesjonsutøvelse: Handlingsrommets evidens. Om praktisk kunnskap i nyfødtintensivsykepleien

**Arbeidssted:** Institutt for helse og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet.

**Utgått fra:** Senter for praktisk kunnskap, Universitetet i Nordland.

**Veileder:** Ruth H. Olsen.

**Disputas:** 15. august 2013

**E-post:** inger.danielsen@uit.no

› **Bakgrunn:** I debatten om kunnskapsbasert sykepleie vektlegges anvendelse av forskningsbasert

kunnskap. Men den må tilpasses enkelttilfeller i konkret praksis.

**Hensikt:** Hensikten med avhandlingen var å undersøke den kunnskapen som erfarne spesialsykepleiere i nyfødtintensivavdelingen stoler på og regner som gyldig kunnskap i deres daglige arbeid, samt belyse hvordan denne kunnskapen kan sies å være konstituert.

**Metode:** Data er hentet fra feltarbeid i nyfødtintensivavdelinger i Norge, og analyseres i tre faser. I første fase beskrives sykepleiernes praksis og tenkemåte, i andre fase blir kunnskapen i praksisen satt ord på, og i tredje fase diskuteres kunnskapens konstitusjon og utvikling.

**Resultat:** Kunnskapen retter seg mot å svare på utfordringer i praksisens ulike handlingskontekster – handlingsrom – der det handler om å behandle og pleie barnet slik at det overlever, vokser og unngår skader. Teoretisk, forskningsbasert og kunnskap opparbeidet via utøvelse settes sammen, tilpasses og anvendes til utfordringene der og da. Sykepleierne utvikler kunnskapen i bestemte handlingsrom ut fra en forståelse for hvordan de må forholde seg til handlingsrommet, men også ut fra en forståelse for hvordan de kan påvirke og utviklet rommet og dets evidens.





**Konklusjon:** Avhandlingen belyser en måte å forstå kunnskapsbasert sykepleie på som gyldig kunnskap i og for handlingsrommet. Det er en form for evidens som flytter fokus fra ensidig å fremheve anvendelse av forskningsbasert kunnskap som grunnlag for evidensbasert sykepleiepraksis, til å vektlegge at slik praksis også handler om å forstå handlingsrommets muligheter og begrensninger.

**> Bakgrunn:** Få studier har undersøkt pasienter og personalets opplevelse av behandlingsmiljøet på psykiatriske institusjoner ut fra et læringsperspektiv. Kunnskap om personlig læring gjennom terapi er spesielt viktig i en tid der det i økende grad blir satt spørsmålstegn ved nytten av institusjonsopphold.

og deskriptivt design med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, og har sin teoretiske forankring i Illeris (2012) sin læringsmodell. Denne modellen ser læring som situert og vektlegger en sosiokulturell forståelse.

**Resultater:** Resultatene fra de fire artiklene er sammenfattet og drøftet i fem hovedtemaer; Omverden (helende omgivelser), læringsklima som drivkraftsdimensjon, innsikt og mestring gjennom kunnskap og erfaringer, kollaborativ læring (samspill), og spenninger i læringsklima (barrierer mot læring).

**Hensikt:** Å undersøke pasienters og ansattes erfaringer og opplevelser med å være deltakende i sin egen læringsprosess i fellesskap med andre, og hvordan de ansatte og den omliggende kultur, kontekst og stedet bidrar til å fremme eller hindre at læring skjer.

**Materiale og metode:** I den første institusjonen ble det gjennomført kvalitative intervjuer med 15 pasienter med ikke-psykotiske lidelser før og etter utskrivelse. Den andre institusjonen var en lukket sengeavdeling ved et distriktpsykiatrisk senter for pasienter med dobbeltdiagnoser. Her ble det gjennomført kvalitative intervjuer med 20 pasienter og 24 ansatte. Ni av de ansatte ble også intervjuet en gang til etter et år. Studien har et kvalitativt eksplorativt

**Konklusjon:** Stedsfenomenologien gir en utvidet forståelse av hvordan det er å være innlagt på en psykiatrisk institusjon. Læringsklima er en nøkkelfaktor for hvordan gode relasjoner og læringsprosesser kommer til uttrykk både hos de profesjonelle og pasienter i behandlingsmiljøet. Anvendelse av en enhetlig behandlingsmodell, som kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet, bidrar til målrettet og systematisk arbeid, og styrker det sosiokulturelle læringsmiljøet.



**Kandidat:**  
**LISBET BORGE**

**Tittel:** Den psykiatriske institusjon som et sted for læring i tid og rom – en kvalitativ studie av pasienters og ansattes erfaringer

**Arbeidssted:** Diakonhjemmet høyskole, Institutt for sykepleie og helse

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

**Veiledere:** Professor Jan Ivar Røssberg og førsteamanuensis May Solveig Fagermoen

**Disputas:** 3. oktober 2013

**e-post:** lisbet.borge@diakonhjemmet.no



**Kandidat:**  
**ANITA SALOMONSEN**

**Tittel:** Grensevandrere. Bruk av alternativ behandling i den skandinaviske velferdsstaten

**Arbeidssted:** Nasjonalt forskningsenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM), Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

**Utgått fra:** Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging (ISS), HSL-fakultetet, UiT Norges arktiske universitet

**Veiledere:** Førsteamanuensis Sissel H. Eriksen, ISS og professor Vinjar Fønnebø, NAFKAM

**Disputas:** 18. oktober 2013

**E-post:** anita.salomonsen@uit.no

› **Bakgrunn:** Bruk av alternativ behandling i Norge er brukerinitiert, uregulert og lite utforsket.

**Hensikt:** Denne sosiologiske studien bidrar med ny kunnskap om mulige fordelene og risikoer knyttet til bruk av alternativ behandling fra et pasientperspektiv og et medisinsk perspektiv.

**Metoder:** Studien baserer seg

empirisk på dokumentanalyse og kvalitative dybdeintervjuer med 31 pasienter og 12 leger. Sosiologiske analyser bidrar til å sette disse erfaringene inn i et større bilde av helse-tjenester og helsetjenestebrukere i Skandinavia.

**Resultater:** Pasientene er aktive og refleksive grensevandrere mellom det alternative behandlingsfeltet og det offentlige helsevesenet. I denne posisjonen utfordrer de konvensjonell biomedisinsk tenkning rundt sykdom, behandling, kropp og en velfungerende kommunikasjon mellom pasient og helsearbeider. De forklarer opplevde positive helseeffekter med individuelle «behandlingspakker» som de har kommet frem til basert på medisinsk kunnskap, alternative behandleres kunnskap og egne og andres erfaringer. Det viktigste elementet i tilfriskningen de har opplevd mener de er deres aktive egeninnsats, som de finner mulighet for innenfor alternative behandlingsformer. Pasientene er ofte misfornøyde med kommunikasjon, behandlingstilbud og beslutningsprosesser innenfor det offentlige helsevesenet. De og deres leger har svært forskjellige oppfatninger av hva som er trygg behandling. De fleste pasientene ønsker å kombinere konvensjonell og alternativ behandling og leter aktivt etter leger som viser åpen-

het og respekt i kommunikasjonen, også i situasjoner der legene uttrykker skepsis til pasientenes behandlingsvalg.

**Konklusjon:** Funnene viser en aktiv helsetjenestebruker som baserer sine behandlingsvalg både på egen og andres erfaringsbaserte kunnskap og medisinsk kunnskap, og som framhever betydningen av ulike kunnskapskilder og kommunikasjonen mellom pasient og helsearbeider.

## HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammen- drag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sam- mendrag til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no).

Retningslinjer for utforming av sammen- drag av doktorgrad- savhandlingler finner du på våre nettsider: [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).



## Contents >>

|  |    |
|--|----|
| <b>Editorial:</b> We must improve good nursing research .....  | 3  |
| <b>Innspill:</b>   |    |
| Kristin Skogen Lund: Everyone can not operate all .....  | 4  |
| Jan Kåre Hummelvoll: The fear of making mistakes .....   | 7  |
| <b>Summarised research:</b>  |    |
| Cochrane .....   | 8  |
| Research news .....  | 12 |
| <b>Research articles:</b>  |    |
| An interview study: Stressful breastfeeding and interaction.<br>By Ingjerd Hvatum, Esther Hjälmhult and Kari Glavin .....                                | 14 |
| Comment: We need to support the mother. By Vibeke Olufsen .....  | 24 |
| To what extent do Norwegian adults understand written health information?<br>By Egil Gabrielsen and Kjersti Lundetræ .....                               | 26 |
| Comment: Important information must also be given orally. By Turid Undebakke Schweitz .....  | 35 |
| Challenges in encounters with local support services<br>in Sami areas in northern Norway. By Anne Silvikien, Gro Berntsen and Kari Dyregrov .....        | 36 |
| <b>Results from a pilot study: Implementation of nursing diagnoses.</b><br>By Torunn Hatlen Nøst, Lene Elisabeth Blekken and Beate André .....           | 44 |
| Comment: We need user-friendly ICT solutions. By Maren Falch Lindeberg .....   | 53 |
| Alfentanil as analgesia during chest drain removal.<br>By Tone Rosén and Erik Inge Dagestad .....  | 54 |
| Comment: Good pain management postoperatively. By Benjamin Storm .....   | 62 |
| <b>Significance of time for togetherness and kindly disposed pushing<br/>in municipal health care service.</b> By Astrid Skatvedt and Ellen Andvig ..... | 64 |
| Comment: Lonely elderly requires time. By Mona Skara .....   | 71 |
| <b>Essay:</b> Depressive symptoms after stroke.<br>By Siren E. Kouwenhoven and Marit Kirkevold .....   | 72 |
| <b>6 Questions for Nursing Research</b> .....  | 79 |
| <b>Research in practice</b> .....  | 80 |
| <b>Research Interview</b> .....  | 82 |
| <b>New and useful</b> .....  | 84 |



## Innhold >>

|  |    |
|--|----|
| <b>Leder:</b> Vi må løfte fram den gode sykepleieforskningen .....   | 3  |
| <b>Innspill:</b>   |    |
| Kristin Skogen Lund: Alle kan ikke drive med alt .....   | 4  |
| Jan Kåre Hummelvoll: Frykten for å gjøre feil .....  | 7  |
| <b>Oppsummert forskning:</b>   |    |
| Cochrane .....   | 8  |
| Forskningsnytt .....   | 12 |
| <b>Forskningsartikler:</b>   |    |
| Intervjustudie: Stressfylt amming og samspill.<br>Av Ingerd Hvatum, Esther Hjälmhult og Kari Glavin .....  | 14 |
| Kommentar: Vi må støtte mor. Av Vibeke Olufsen .....   | 24 |
| <b>Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon?</b><br>Av Egil Gabrielsen og Kjersti Lundetrae .....                                | 26 |
| Kommentar: Viktig informasjon må også gis muntlig. Av Turid Undebakke Schweitz .....   | 35 |
| Etterlattes erfaringer med lokalt hjelpeapparat i samiske områder i Nord-Norge.<br>Av Anne Silviken, Gro Berntsen og Kari Dyregrov .....             | 36 |
| Resultat fra pilotstudie: Implementering av sykepleiediagnoser i fritekst.<br>Av Torunn Hatlen Nøst, LeneElisabeth Blekken og Beate André .....      | 44 |
| Kommentar: Vi trenger brukervennlige IKT-løsninger. Av Maren Falch Lindeberg .....   | 53 |
| <b>Et sykepleierdrevet kvalitetssikringsprosjekt: Alfentanil ved fjerning av retrosternale toraksdren.</b> Av Tone Rosén og Erik Inge Dagestad ..... | 54 |
| Kommentar: God postoperativ smertebehandling. Av Benjamin Storm .....  | 62 |
| Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten.<br>Av Astrid Skatvedt og Ellen Andvig .....                          | 64 |
| Kommentar: Ensomme eldre krever tid. Av Mona Skara .....   | 71 |
| <b>Essay:</b> Depressive symptomer etter hjerneslag.<br>Av Siren E. Kouwenhoven og Marit Kirkevold .....   | 72 |
| <b>6 spørsmål om sykepleieforskning</b> .....  | 79 |
| <b>Forskning i praksis</b> .....   | 80 |
| <b>Forskerintervju</b> .....   | 82 |
| <b>Nytt og nyttig</b> .....  | 84 |