

# forskning

02|09



Sosial støtte  
viktigere  
for jenter

90



I denne utgaven av **Sykepleien Forskning** beskriver Else Cathrine Rustad og Oddrun Samdal hvordan norske 15-åringer vurderer sitt forhold til mor, far, venner, lærere og medelever. Studien viser at støtten jenter og gutter får fra sine nærmeste har ulik betydning. Femten prosent rapporterte lav sosial støtte. For å forebygge risikoatferd, er dette en gruppe som kan ha behov for individuell oppfølging for å oppnå bedre uformell sosial kontroll og sosial støtte.



Foto: Erik M. Sundt

## REDAKSJONSKOMITÉ:



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



**Bård Nylund**  
Bachelorstudent i sykepleie ved Høgskolen i Oslo.



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



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



**Liv Wergeland Sørbye**  
Førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo.



**Marit Kirkevold**  
Professor ved Universitetet i Oslo.



**Lars Mathisen**  
Seksjonsover-sykepleier ved thoraxkirurgisk sengepost ved Rikshospitalet i Oslo.



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



**Tone Rustøen**  
Professor ved Høgskolen i Oslo.

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

### Sykepleien Forskning

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

#### Ansvarlig redaktør:

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

**Redaktør: Anners Lerdal**  
[anners.lerdal@hibu.no](mailto:anners.lerdal@hibu.no)

**Assisterende redaktør: Liv Merete Reinart**  
[livmerete.reinart@kunnskapssenteret.no](mailto:livmerete.reinart@kunnskapssenteret.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)

**Layout: Gazette as**  
**Grafisk produksjon: Sykepleien**  
**Repro og trykk: Stibo Graphic AS**

**Utgivelsesplan 2009:**  
**nr. 26/3, 18/6, 1/10, 10/12**  
**Abonnementspris: Kr. 280,- per år**  
**ISSN 1890-2936**

# Klima for sykepleieforskning

Regjeringen la nylig frem stortingsmeldingen Klima for forskning. Fremtidig forskning skal bidra til god helse, utjevne sosiale helseforskjeller og utvikle helse-tjenester av høy kvalitet, heter det i meldingen. Mange forsknings-områder som er grunnleggende i utøvelse av sykepleie skal prioriteres. Som for eksempel forskning som bidrar til utvikling av forebyggende, helbredende og lindrende behandling, samt organisering, samhandling og ledelse av helsetjenesten. Fysisk aktivitet og god ernæring angis som sentrale helsefremmende tiltak det er behov for ny kunnskap om.

Men storsamfunnet vil ha avkastning fra investeringer i forskning. Det skal satses på anvendt forskning som bidrar til mer effektiv ressursutnyttelse slik at eldre og folk med langvarige sykdommer får gode helse-tjenester. Også i en situasjon der man forventer knapphet på hel-sepersonell. Forskningsaktivitet i forbindelse med organisering av helsetjenestene, som per i dag har en høy andel sykepleieledere for eksempel innen kommunehelsetjenesten, vil ha stor relevans for utøvelse av sykepleie. Det varsles større oppmerksomhet rettet mot at forskningen skal gi resultater og mot kunnskapsoppbygging. Forskningen må resultere i publi-sering og da helst i prestisjefylte tidsskrifter. Resultatene må også være så interessante for andre forskere at de brukes, og at publi-

kasjonene siteres i internasjonale tidsskrift. Stortingsmeldin-gen nevner internasjonalt forskningssamarbeid og flerfaglige forsknings-prosjekter som to sen-trale suksessfaktorer.

Helseforetakene ut-arbeider nå fremtidige strategier for sin fors-kningsaktivitet. Det skal bli interessant å se om lederne og styrene i hel-seforetakene tar grep for å styre den kliniske fors-kningsaktivitet mot målene, og med de midlene som regje-ringen angir i meldingen. Spesi-elt interessant blir det å se hva helseforetakene gjør for å bidra til at etablerte forskningsmiljøer innen det medisinske fagområdet, i større grad integrerer forskere med bakgrunn som sykepleiere, fysioterapeuter og ernæringsfysio-loger. Ifølge stortingsmeldingen skal det satses på forskning som har høy klinisk relevans og høy kvalitet. Dette er en kjempesjans for forskningen innen sykepleie.



Redaktør

**Anners Lerdal**

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

Dr. philos fra Det medisinske fakultetet ved universitetet i Oslo. Jobber som førsteamanuensis ved Avdeling for Hel-sefag, Høgskolen i Buskerud, og forsker ved Oslo Universitetssykehus -Aker.

*Anners Lerdal*

## Å gi liv, kan ta liv

› Hvert år dør flere enn 500 000 jenter og kvinner i forbindelse med komplikasjoner rundt graviditet eller fødsel.

Det er en kvinne hvert minutt døgnet igjennom. Disse kvinnene har ikke tilgang på jordmor, helsetjenester og kvalifisert hjelp under fødsel. De risikerer livet for å bli mor.

Da Khadja fra Mali var 14 år ble hun giftet bort, og kort tid etter var hun gravid. Under svangerskapet gikk hun ikke til kontroll, og da vannet gikk visste hun ikke hva som ventet. Khadja fortsatte å jobbe, men etter et par dager var smertene så store at hun ble sengeliggende. Sykehuset lå to dagers reise unna, derfor fraktet ingen henne dit. Etter to dagers sengeleie døde hun, uten at noen hadde forsøkt å redde livet hennes. Det som skulle bli ett nytt liv, ble to tapte liv.

Jeg er selv firebarnsmor. Det å gi liv til mine barn, er for meg noe av det flotteste jeg har opplevd. Men å føde er tøft, og i ettertid er jeg glad for at å føde i Norge ikke innebærer en reell trussel mot å overleve. Her har

vi god ekspertise rundt oss både før, under og etter fødselen. Men å føde i Afrika og Asia, er en risikospport. I Mali hvor Khadja kom fra, dør en av ti kvinner i fødsel. Og enda tøffere er det i Niger der en av syv dør under fødselen.

### BARNEKROPP FØDER BARN

Hva er det som gjør disse jentene og kvinnene så utsatt? Et svar er at det i Afrika sør for Sahara er vanlig å føde barn før man er 18 år. Kroppen deres er da ikke tilstrekkelig utviklet, og de vet for lite om svangerskap og fødsel. Hele en av fire jenter her får barn mens de selv fremdeles er barn. Statistikk viser at hvis man får barn før man er 18 år, så er det dobbel så stor sjanse for at man dør under svangerskapet eller i fødsel, som hvis man er over 18 år. Hvert år dør 70 000 av disse tenåringsjentene på grunn av komplikasjoner rundt graviditet eller fødsel. De yngste er selvsagt de mest sårbare, da kroppen

deres ikke er utviklet nok til å tåle en barnefødsel. De som ikke kommer seg på sykehus, risikerer da å blø i hjel hjemme. På verdensbasis er graviditet hovedårsaken til dødelighet for jenter mellom 15 og 19 år.

### KONSEKVENSER FOR SAMFUNNET

Overlevelse for mor er essensielt for barnets helse og levekår. Om en mor dør i fødsel, får det samfunnsmessige konsekvenser. En studie i Kenya viser at kun en tredjedel av barn hvis mødre dør i fødsel, lever og er sunne et år etter. Dette mønsteret gjentar seg flere steder, og spesielt ser vi at det gjelder for jentebabyer som i større grad enn guttebarn blir fraskrevet og forsømt.

Når mor dør blir jentene i familien ansvarlige for hennes oppgaver; som å stelle hus, jobbe med jorden og ta vare på barn. Dette fratrar dem muligheten til utdanning, noe som igjen øker



Foto: Bjørn Sigurdson/Scampix

“ Skall vi få gode resultat, må vi ha mer kvalifisert helsepersonell til stede.

sjansen for arbeid og større inntekt.

### TILTAK MOT MØDRE-DØDELIGHET

Verdenssamfunnet har blitt enige om åtte mål for å redusere fattigdom i verden innen 2015 – gjennom Tusenårsmålene. Tusenårsmål fire og fem berører mor-barn helse. Målet er å redusere mødre-dødelighet med 75 prosent, og å redusere barnedødelighet for de under fem år med to tredjedeler. Vi er over halvveis i perioden, men langt fra målet. Tiden står nærmest stille. Det er ikke et helseområde hvor forskjellen er så stor i verden som når det gjelder forskjell i reproduktiv helse i rike og fattige land. I Sverige dør en av 30 000 i forbindelse med graviditet og fødsel. I Sierra Leone dør en av seks kommende mødre.

Skall vi få gode resultat, må vi ha mer kvalifisert helsepersonell til stede. I dag skjer bare 29

prosent av alle fødsler i sørlige Asia, og 37 prosent i Afrika sør for Sahara, i nærvær av kvalifisert helsepersonell. Det må vi gjøre noe med. Både organisasjoner som kjenner problematikken på grasrotnivå, og politikere som prioriterer innsats for fattige må engasjere seg. Å bedre mødre-helsen, er nødvendig for å oppfylle mange av de andre Tusenårsmålene, og må derfor prioriteres. Norske myndigheter har satt av en milliard for å bidra til å bedre mor-barn helse. Det er bra, men det er ikke nok.

### SE PÅ HELHETEN

Ved siden av rene helsetiltak som vaksiner, næring og tilgang på rent vann, må man se på bakgrunnen for at en jente eller kvinne dør i svangerskap eller fødsel. Mor-barn helse må sees i sammenheng med kultur og tradisjoner som tidlig ekteskap og tenåringsmødre. Dessverre ser vi som jobber i organisasjoner

som Plan, at jenter under 18 år ofte blir betraktet som kvinner, og ikke som de barna de er. De er beskyttet av FNs barnekonvensjon, men i mange samfunn følges ikke dette opp. Tidlig ekteskap er en form for vold mot disse jentene, og vår innsats for å hindre mødre-dødelighet må også reflektere dette.

Når nitten år gamle Ganga fra Nepal sier at hun anbefaler alle jenter å vente med å gifte seg til de er 20 år, og ikke få barn før de er 22 år, så viser det at jenter selv vet hva som er best for dem. Vi må lytte og ta deres stemme på alvor. En bedre mor-barn helse i fattige land henger sammen med kultur og tradisjoner, og må angripes slik. Først da får helse-tiltak en virkelig effekt.

### KILDER

Because I'm a girl, Plan 2007 og Unicef, Progress for children: A report on Maternal Mortality, 2008



# UNGDOM OG LIVSTILFREDSHET



Foto: Erik M. Sundt



**Hva tilfører artikkelen?**

En spørreundersøkelse blant 1641 norske 15-åring, viste at de generelt opplevde tilfredsstillende støtte fra sine omgivelser. Men jenter skårte signifikant lavere på livstil-

fredshet enn hva gutter gjorde.

**Mer om forfatterne:**

Else Cathrine Rustad, høyskolelektor, Betanien diakonale høgskole, Institutt for bachelorutdanning i

sykepleie. Oddrun Samdal, førsteamanuensis, Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet, HEMIL-senteret. Kontakt: else.rustad@betanien.no



Foto: Erik M. Sundt

**Bakgrunn:** I ungdomsperioden endres foreldrenes betydning som viktigste støtteyttere og venner får økt betydning. Også medelever og lærer er sentrale personer i ungdommens hverdag.

**Hensikt:** Studiens hensikt er å beskrive sammenheng mellom ungdommers vurdering av sosial støtte fra foreldre, venner, lærer og medelever i forhold til deres opplevelse av livstilfredshet. Samt om gutter og jenter vurderer den sosiale støtten ulikt.

**Metode:** Dataene ble samlet inn i 2001 ved hjelp av spørreskjemaer og inngår i den norske delen av den internasjonale tverrsnittsundersøkelsen Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC). Blant norske 15-åring besvarte 1641 skjemaene.

**Resultater:** Regresjonsanalyse viste at ungdommer som opplever mer sosial støtte fra foreldre, venner, medelever og lærer rapporterte høyere livstilfredshet enn dem som opplevde mindre støtte.

Jentene rapporterte lavere livstilfredshet enn guttene.

**Konklusjon:** Studien viser at i 15-års alder har både foreldre, venner, medelever og lærer stor betydning for ungdommenes livstilfredshet. Det er kjønnsforskjeller i disse sammenhengene. Videre forskning og utvikling av intervensjoner bør derfor vektlegge mekanismer knyttet til ulike støtteytters rolle i sosialisering til kjønnsroller i løpet av ungdomstiden, og dennes betydning for barn og unges livstilfredshet.



# » Hvilken betydning har støtte fra foreldre, venner og lærere for norske 15-åringers livstilfredshet?

Forfattere: Else Cathrine Rustad,  
Oddrun Samdal

## NØKKELORD

- Livskvalitet
- Miljø
- Ungdom
- Kjønn
- Tverrsnittstudie

## INTRODUKSJON

En viktig del av helsefremmende arbeid og forskning er å få kunnskap om mekanismer som påvirker barn og unges levestett og vekstvilkår. Ungdommer møter utfordringer knyttet til skolearbeid, etablering av vennenettverk og helserelatert atferd som kosthold, røyking og alkoholforbruk. Tidligere undersøkelser viser at det er sammenheng mellom lav livstilfredshet, sosiale problemer, dårlig tilpasningsevne samt helsekompromitterende atferd som røyking og alkoholmisbruk (1,2). Høy livstilfredshet er positivt knyttet til blant annet psykososiale forhold i form av å ha planer for fremtiden, mulighet for å gjennomføre disse, samt å få hjelp fra omgivelsene ved behov (3). Livstilfredshet kan være en

indikator på positiv utvikling i ungdomsperioden i den grad det assosieres med et levestett som preges av personlig utvikling, helsefremmende atferd og en opplevelse av å inneha et velfungerende sosialt nettverk. I NOU 1998:18 (4) og videre i Stortingsmelding 16 (2002–2003) (5), fokuseres det særlig på betydningen av familie og nærmiljø i oppveksten. I 15-års alder omfatter hverdagen ulike sosiale arenaer, herunder hjem, skole og fritid. Tidligere forskning viser at sosial støtte kan knyttes positivt til helse (6–9). Men de fleste studier av ungdommers sosiale relasjoner og bruk av sosial støtte har fokusert på en enkelt arena, eksempelvis skole (10) eller fritid (11). For å få et bredere inntrykk av hvilke sosiale ressurser norske ungdommer samlet har tilgjengelig og om noen kan se ut til å ha større betydning enn andre, er det nødvendig samlet å vurdere betydningen av både foreldre, venner, medelever og lærer.

## TEORETISK BAKGRUNN

Begrepet livstilfredshet har sitt utgangspunkt i en økende fokusering på enkeltmenneskets behov og et helsebegrep

som innbefatter mer enn fravær av sykdom (12,13). Begrepet kan kort sammenfattes som den generelle subjektive opplevelse av «hvor fornøyd man er med livet»– her omtalt som «livstilfredshet». Ifølge Baumeister og Learys tilhørighetshypotese (14), er det et grunnleggende menneskelig behov å være en del av positive, interpersonlige forhold. Dette innebærer to faktorer: Alle mennesker søker å tilfredsstillende et minimum av mellommenneskelige relasjoner. Og sosiale relasjoner må finne sted innenfor stabile rammer og kjennetegnes av et felles positivt engasjement i den/de andres velferd for at den enkelte skal oppleve tilfredsstillende tilhørighet. Cohen og Wills omtaler sosial støtte som ressurser som tilbys fra andre personer (6). En kan definere to typer sosiale relasjoner; formelle og uformelle (15). Uformelle relasjoner gir støtte på bakgrunn av tilknytning til personen samt personens opplevde behov. Foreldre og venner vil for eksempel kunne gi viktig støtte i ulike typer situasjoner i kraft av deres nærhet og omsorg for den enkelte ungdom. Formelle relasjoner tilbyr støtte innenfor

rammene av sin rolle og profesjon (16). I skolen vil for eksempel lærer gi støtte i tilknytning til elevrollen både med hensyn til læring og generelle forhold knyttet til elevens utvikling og trivsel. På tilsvarende måte vil helsesøster kunne tilby støtte for å fremme elevenes helse og trivsel.

### KJØNNSFORSKJELLER

Maskuline versus feminine egenskaper er distinkte på tvers av kulturer og uavhengig av alder (17,18). Det er en oppfatning at sosialisering inn i stereotypiske kjønnsroller intensiveres i ungdomsperioden, på grunnlag av de pubertetsmessige forskjeller som da gjør seg gjeldende (19). Tidligere forskning viser at gutter og jenter bruker støtte fra omgivelsene på forskjellig måte (20) der jenter åpner for og søker omgivelsenes engasjement og støtte i større grad enn gutter (21). Jenters vennforhold er ofte en-til-en relasjoner hvor begge er likeverdige og knyttet til hverandre (22). Gutter danner større grupper som er hierarkisk strukturerte (23). Det er naturlig å anta at de ulike vennestrukturere innebærer ulike typer sosial støtte.

### Hensikt

Hensikten med artikkelen er å undersøke hvordan norske 15-åringers vurderer sosial støtte fra de antatt nærmeste støtteytterne, herunder mor, far, og venner, samt skolerelatert støtte fra lærer, foreldre og medelever i forhold til opplevd livstilfredshet. På bakgrunn av dette vil følgende forskningsspørsmål bli belyst:

- Rapporterer gutter og jenter ulik livstilfredshet?
- Vurderer gutter og jenter

sosial støtte fra støtteytterne forskjellig?

- Har sosial støtte fra støtteytterne større betydning for jenters livstilfredshet sammenlignet med gutters livstilfredshet?

### METODE

#### Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Dataene er hentet fra undersøkelsen Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). HBSC ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)) – ble etablert i 1982 som et samarbeidsprosjekt mellom forskere fra Norge, England og Finland. Undersøkelsen er tilknyttet WHO's Europakontor, og inkluderer per i dag over 40 nasjoner. HBSC har som mål å få økt innsikt i livsstilmønstre og psykososiale forhold som er gjeldende i ungdomstiden, og som på sikt vil kunne ha helsemessige konsekvenser. Studien gjennomføres hvert fjerde år blant barn i alderen 11, 13 og 15 år. Norge har deltatt i samtlige undersøkelser i prosjektet (24).

#### Utvalg

HBSC er en skolebasert undersøkelse. Det norske utvalget trekkes systematisk fra en geografisk stratifisert liste av alle sjet-, åttende- og tiendeklasser i grunnskolen. De presenterte resultater her, er basert på de norske dataene fra 15-åringene i undersøkelsen som ble gjennomført i desember 2001. Til sammen 1641 15-åringers inngår i studien, noe som utgjør en svarprosent på 78.

#### Datasamling

Dataene samles inn ved hjelp av spørreskjema som elevene fyller ut individuelt i løpet av en skoletime under tilsyn av lærer. Sammen med spørreskjemaet

fulgte en introduksjonstekst, som kort fortalte om undersøkelsen og hvordan konfidensialiteten ville bli ivaretatt, samt informasjon om hvordan skjemaene skulle fylles ut. Hver enkelt elev puttet sitt svarskjema i en konvolutt som kunne forsegles, før det ble levert inn.

#### Etikk

HBSC i Norge har vært til etisk vurdering både i Regional etisk komité og personvernombudet hos Datafaglig Sekretariat. Deltakelsen har vært frivillig på alle nivå, og med full konfidensialitet for deltakerne. Elevenes foreldre har blitt skriftlig informert om undersøkelsen og hva den omfatter, og har hatt mulighet for å reservere seg mot at deres barn deltok. Elevene ble også informert om deres mulighet til å la være å delta.

#### Spørreskjema og dataanalyse

Skjemaet som benyttes har sitt utgangspunkt i et internasjonalt standardisert spørreskjema, utviklet av forskere fra alle nasjoner som deltar i HBSC. Instrumentet har gjennomgått omfattende validering og revisjon i løpet av de årene prosjektet har vært gjennomført. Hvert land har gjennomført pilotstudier for å bekrefte at oversettelser, forståelse av skjemaet og generell gjennomføring av undersøkelsen fungerer etter intensjonen (24). Nedenfor presenteres skalaene som brukes i den foreliggende studien.

#### Livstilfredshet

Livstilfredshet ble målt ved hjelp av Huebners «Students' Life Satisfaction Scale» (SLSS) (25). SLSS er en selvrapporeringsskala hvor ni påstander om tilfredshet skal graderes fra «aldri», «av og til», «ofte»

eller «nesten alltid». Påstandene strekker seg fra hvor tilfreds vedkommende er med tilværelsen («jeg er fornøyd med hvordan jeg har det for tiden»), til en vurdering av sin tilværelse opp mot andre i samme situasjon («jeg har det bedre enn de fleste andre på min alder»). Chronbach's alfa ble benyttet for å måle skalaens reliabilitet. SLSS ga samlet en  $=0,89$ . I validitetsstudier diskriminerer SLSS signifikant andre skalaer knyttet til depresjon og indre/ytre gradert problematferd (26).

### Sosial støtte

Skalaen om problemrelatert støtte har vært inkludert i spørreskjemaet siden 1989 (24). Elevene ble bedt om å svare på hvor lett eller hvor vanskelig de synes det er å snakke med andre om ting som virkelig plager dem. Svaralternativene var rangert fra 1 til 5, hvor høy skåre representerer høy grad av opplevd støtte mens lav skåre representerer lav grad av opplevd støtte. Skalaen omfattet henholdsvis

fremsto som en komponent. Mor og far derimot, sammenfalt både i kategori venner og søsken. Reliabilitetstest viste at problemrelatert støtteskalaen i sin helhet oppnår  $=0,3,65$ . Mor og far i en samlet underskala gir  $=0,3,50$ , søsken  $0,32$ , mens vennevariablene samlet i en skala viser  $=0,77$ . Ettersom mor og far samlet sett ikke oppnår tilfredsstillende reliabilitet, ble det besluttet å bruke variablene hver for seg. For å få et bilde av venners betydning for ungdommers livstilfredshet benyttes vennevariablene, henholdsvis bestevenn, venn av samme kjønn og venn av motsatt kjønn, enkeltvis i de deskriptive analysene. Vennevariablene slås sammen og benyttes som en delskala i regresjonsanalysen. Ettersom 75 prosent av ungdommene svarer at de ikke har stefar, og nesten 80 prosent responderer at de ikke har stemor, ble disse variablene ikke tatt med i de videre analysene. Variablene vedrørende eldre søsken ble tatt vekk på grunnlag av lav reliabilitet, i

og «mine foreldre er villige til å hjelpe meg med skolearbeidet». Spørsmålene besvares med en fempunkts Likert-skala fra «helt enig» til «helt uenig». Faktorenanalysen viste tre komponenter som alle hadde en egenverdi over 1. Disse forklarte totalt 59 prosent av variansen. Dette underbygger følgende skala-inndeling: Lærerstøtte ( $=0,82$ ), skolerelatert støtte fra foreldre ( $=0,85$ ) og medelevstøtte ( $=0,74$ ). Skalaen som helhet oppnådde en  $=0,82$ . Torsheim har anvendt tilsvarende inndeling i sin studie hvor delskalaene om lærerstøtte og medelevstøtte ble test-retestet på et utvalg på 315 elever i alderen 13–15 år. Test-retest korrelasjon var  $0,69$  (ICC) for lærerstøtte og  $0,74$  (ICC) for medelevstøtte (28)

### Statistiske analyser

Dataene er analysert ved bruk av SPSS versjon 12,0. Deskriptive analyser inkluderer frekvenser, gjennomsnittsskår, standardavvik og konfidensintervall. Dataene er delt på kjønn, og signifikans for kjønnsforskjeller er undersøkt ved hjelp av MANOVA. Chronbach's alfa er benyttet som reliabilitetsindeks. Manglende data på individnivå er svært lav, i størrelsesorden 1–5 prosent. For å vurdere i hvilken grad de ulike støtteytterne bidrar til å forklare variansen i livstilfredshet, ble det gjennomført regresjonsanalyser, også her var dataene delt på kjønn. Alle presenterte forskjeller mellom kjønn er signifikante på nivå  $p<0,001$ .

### RESULTATER

Ungdommene skårte generelt høyt på livstilfredshet. Standardavvikene var lave, og konfidensintervallene viste at det er liten spredning i materialet.

## ” Guttene rapporterte høyere livstilfredshet enn jentene.

mor, far, stemor, stefar, eldre bror, eldre søster, bestevenn, venn av samme kjønn og venn av motsatt kjønn. For å vurdere hvorvidt skalaen om problemrelatert støtte kunne samles i underskalaene foreldre, søsken og venner, ble det gjennomført faktoranalyse, hvor fem komponenter viste egenverdi over 1. Tre av disse, som til sammen forklarte 47 prosent av variansen, ble vurdert tilfredsstillende for Varimaxrotasjon. Vennevariablene utgjorde en komponent, og steforeldre og søsken

tillegg til at over halvparten av ungdommene svarte at de ikke hadde eldre søsken.

«The Teacher and Classmate Support Scale» (TCMS) benyttes for å måle sosial støtte fra lærere og medelever, mens en egen skala er utviklet for å kartlegge skolerelatert støtte fra foreldre (27). Hver av de tre stigen har i alt fem spørsmål av typen «lærerne oppmuntrer meg til å si det jeg mener i klassen», «når en i klassen er lei seg, er det alltid noen andre i klassen som vil prøve å hjelpe»

Guttene rapporterte høyere livstilfredshet enn jentene (tabell 1). Over 80 prosent av det totale utvalget vurderte å kunne motta middels til høy grad av sosial støtte.

En høyere andel av ungdommene fant det lett å henvende

levde å få fra foreldre, lærer og medelever i skolesammenheng (tabell 1).

Samlet sett forklarte sosial støtte dobbelt så mye av variansen ( $R^2 \times 3$ ) i jenters livstilfredshet sammenlignet med gutters livstilfredshet (Jenter:  $R^2 \times 3 = ,27$ ,

forskning kjønnsforskjeller i depresjon hos 14-åringene, hvor jenters kroppsbilde i tilknytning til pubertale endringer kan medføre redusert selvtillit (31). Det er naturlig å anta at samme mekanismer også vil kunne ha innflytelse på opplevd livstilfredshet.

## ” Vennestøtte er sentralt for ungdommers livstilfredshet.

seg til mor ved problemer, sammenlignet med far. Gutter skårte gjennomsnittlig høyere enn jentene på problemrelatert støtte fra far (3,5 versus 3,2, variasjonsbredde 1–5). Begge kjønn skårte gjennomsnittlig høyt på støtte fra bestevenn, og jenter skårte høyere enn gutter (jenter 4,5 gutter 4,1, variasjonsbredde 1–5). Tilsvarende tendens ble observert for å snakke med venn av samme kjønn (gjennomsnitt gutter 3,9, jenter 4,2, variasjonsbredde 1–5). Sammenlignet med lærere og medelever oppnådde foreldre den høyeste gjennomsnittsverdi (gjennomsnitt = 4,3, variasjonsbredde 1–5) når det gjaldt sosial støtte i skolesammenheng. Medelever og lærer hadde en gjennomsnittlig skåre på henholdsvis 3,8 og 3,5. Det var ingen signifikant forskjell på kjønnene i den støtte de opp-

gutter:  $R^2 \times 3 = 0,13$ ). For gutter var det støtte fra lærer ( $=0,14$ ), etterfulgt av støtte fra medelever ( $=0,13$ ) og problemrelatert støtte fra far ( $=0,12$   $p=0,003$ ), som var av størst betydning for å forklare variansen i livstilfredshet. For jenter var det skolerelatert støtte fra foreldre som innehadde den høyeste betaværdien ( $=0,20$ ), etterfulgt av støtte fra lærer ( $=0,17$ ), problemrelatert støtte fra far ( $=0,16$ ) og støtte fra medelever ( $=0,14$ ) (tabell 2).

### DRØFTING

#### Kjønnsforskjeller

Resultatene viste at 15-åringene generelt opplevde tilfredsstillende støtte fra sine omgivelser. Men jenter skårte signifikant lavere på livstilfredshet enn hva gutter gjorde. Også i tidligere studier fremkommer liknende resultater (29,30). Videre viser

#### Foreldrestøtte

Støtte fra foreldre så i studien ut til å henge positivt sammen med ungdommens livstilfredshet. Tidligere studier viser at kvalitative faktorer ved forholdet til ens foreldre/foresatte er av størst betydning for livstilfredshet hos ungdom (32). Forskning har vist at kvaliteter som ligger til grunn for den opplevde støtten, kjennetegnes av omsorg (33), aksept og affekt (34) og opplevelse av fellesskap (35).

Støtte fra foreldre forklarte mer av jenters livstilfredshet enn gutters, men begge foreldre bidro signifikant overfor begge kjønn livstilfredshet. Likevel var betydningen av å snakke med far større enn å snakke med mor, og resultatet var gjeldende for både gutter og jenter. Umiddelbart kan regresjonsanalysene synes motstridende til den deskriptive statistikken, hvor 25 prosent flere ungdommer rapporterte at det var lettere å prate med mor enn med far. Sistnevnte resultat samsvarer med tidligere studier hvor mor skårer signifikant høyere på egenskaper som aksept, engasjement og kognitiv forståelse (36), faktorer som kan antas som viktige vedrørende sosial støtte og livstilfredshet. Men det er ikke konsensus innen forskningen hvorvidt far er av lik eller større betydning for opplevd livstilfredshet (37). De fleste barn har et nærmere forhold til mor, formet gjennom barndommen, hvor mor ser ut til å fremstå som den

**TABELL 1:** Reliabilitetsverdier for samlede skalaer og delskalaer.

SKALA	VARIABLER	ALPHA
Livstilfredshet (Students' Life Satisfaction Scale)	9	0,89
Kommunikasjonsskala	5	0,65
Snakke med venner	3	0,77
Skolestøtte (The Teacher and Classmate Support Scale)	14	0,82
Skolestøtte lærer	5	0,82
Skolestøtte foreldre	5	0,85
Skolestøtte venner	4	0,74

**TABELL 2:** Deskriptive resultater for livstilfredshet, kommunikasjonskala og skolestøtteskala, fordelt på kjønn.

VARIABEL	Kjønn	n	Min.	Maks.	Gj.snitt	SD	CI 95 %	Sig.
LIVSTILFREDSHET	Gutt	767	1,00	4,00	3,0	0,59	2,97-3,05	***
	Jente	794	1,00	4,00	2,8	0,62	2,71-2,80	
<b>KOMMUNIKASJONSSKALA</b>								
Snakke med far	Gutt	788	1	5	3,5	1,12	3,41-3,57	***
	Jente	821	1	5	3,2	1,04	3,13-3,27	
Snakke med mor	Gutt	792	1	5	3,9	0,94	3,85-3,95	n.s.
	Jente	824	1	5	4,0	0,93	3,92-4,05	
Snakke med bestevenn	Gutt	787	1	5	4,1	0,92	3,99-4,12	***
	Jente	820	1	5	4,5	0,75	4,47-4,57	
Snakke med venn samme kjønn	Gutt	788	1	5	3,9	0,91	3,79-3,92	***
	Jente	822	1	5	4,2	0,75	4,16-4,26	
Snakke med venn motsatt kjønn	Gutt	785	1	5	3,7	1,00	3,65-3,79	n.s.
	Jente	817	1	5	3,6	1,02	3,57-3,71	
<b>SKOLESTØTTE (TCMS)</b>								
Lærerstøtte	Gutt	800	1	5	3,5	0,86	3,41-3,53	n.s.
	Jente	827	1	5	3,4	0,79	3,42-3,53	
Foreldrestøtte	Gutt	799	1	5	4,3	0,70	4,29-4,39	n.s.
	Jente	828	1	5	4,3	0,69	4,31-4,40	
Elevstøtte	Gutt	799	1	5	3,8	0,67	3,80-3,90	n.s.
	Jente	827	1	5	3,8	0,76	3,75-3,85	

CI= konfidensintervall 95 %, SD= standardavvik. \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05; n.s.: non significant.

sentrale omsorgspersonen (38). Hetland finner i sin studie at fars støtte har stor betydning ved at den modererer effekten av mobbing på helseplager (39). Grad av støtte fra far kan være uttrykk for generelle affektive kvaliteter ved familien. Affektiv tilknytning har tidligere vist positiv sammenheng med opplevd livstilfredshet hos ungdom (40).

### Venners og medelevers betydning

Vennestøtte er sentralt for ungdommers livstilfredshet. Men sosiale omgivelers betydning for gutter og jenter kan antas å virke gjennom forskjellige mekanismer. I resultatene ble dette reflektert gjennom hvilke av vennestøttevariablene som bidro mest overfor kjønnenes livstil-

fredshet. For jenter hadde støtte fra både venner og medelever stor betydning for livstilfredshet. Og dobbelt så stor andel av jentene som sa det var vanskelig å prate med venner vurderte sin livstilfredshet som lav, sammenlignet med resultatene for gutter. Rudolph (41) peker på hvordan jenter mer enn gutter engasjerer seg psykisk og emosjonelt for å ivareta sosiale relasjoner som er av betydning for dem. Jenter er også mer fokusert på hvordan de evalueres av venner. Generelt, er tilfredsstillende samvær med venner både privat og i skolesammenheng viktig for jenter. For gutter ga ikke støtte fra venner signifikant bidrag til å forklare gutters livstilfredshet, mens støtte fra medelever var den variabelen, av alle støt-

tevariablene, som bidro mest til å forklare livstilfredshet. Tilnærmet tre ganger flere gutter enn jenter rapporterte også at de hadde høy livstilfredshet selv om de fant det vanskelig å snakke med venner. Baumeister og Sommer viser at gutter vektlegger status og uavhengighet i venneforhold (42). Knyttet til våre resultater kan en anta at for gutter representerer medelever, mer enn generelle venner, mulighet for oppgaveorientert samvær, konkurranse og sammenligning. Noe som får betydning for livstilfredshet. Å være en del av det sosiale systemet som klassen representerer, samt å ha en tilfredsstillende posisjon, kan ha større effekt på gutters livstilfredshet enn den nærhet som erfares i mer generelle vennskap,

**TABELL 3.** Stegvis multippel regresjon vedrørende betydningen av sosiale støtteyttere for livstilfredshet fordelt på kjønn. Avhengig variabel livstilfredshet.

VARIABLER:	LIVSTILFREDSHET					
	β		R <sup>2</sup>		Sig.	
	Gutt	Jente	Gutt	Jente	Gutt	Jente
Snakke med far	.12**	.16***				
Snakke med mor	.09*	.08*				
Snakke med venner	.03 <sup>n.s.</sup>	.11***	.13	.27	***	***
Skolestøtte medelever	.13***	.14***				
Skolestøtte lærer	.14***	.17***				
Skolestøtte foreldre	.08*	.20**				

β = standardisert koeffisient beta, \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05, n.s. = non significant

og som synes å ha betydning for jenters livstilfredshet.

#### Skolerelatert støtte fra foreldre og lærere

Skolerelatert støtte fra foreldre hadde betydning for livstilfredsheten for ungdommer av begge kjønn. En kan anta at foreldres betydning er relatert til deres engasjement og støttende atferd.

Støtte fra lærer bidro til å forklare variansen i livstilfredshet. Skolen er arena for prestasjoner og faglig utvikling, men også for kvalitativt samvær og trivsel. En klasseromsatmosfære som preges av at læreren tar elevene på alvor, anerkjenner og ser de individuelle behov, vil kunne øke opplevelsen av å være en del av et sosialt støttende miljø og ha positiv innvirkning på livstilfredshet (43). Lærers betydning for ungdommers livstilfredshet kan være knyttet til vedkommendes posisjon for å ivareta og fremme et positivt og inkluderende læringsmiljø.

#### Metodiske styrker og svakheter

Studien må kunne sies å ha flere vesentlige styrker. Spør-

mål og skalaer i spørreskjemaet har blitt benyttet i tidligere undersøkelser i HBSC-studien. Instrumentet har vært gjennom omfattende testing og revisjon i løpet av de årene prosjektet har vært gjennomført. Utvalget er landsrepresentativt og størrelsen bidrar til stabilitet i funnene (24). En mulig svakhet ved studien er operasjonaliseringen av sosial støtte målt ved skalaen om problemrelatert støtte. Skalaen samlet oppnår relativt lav reliabilitet (=0,65). Spørsmålsformuleringen kan være årsaken til dette. Der vil være forskjellige oppfatninger av «ting som plager deg» i 15-års alder, hvor uttrykket kan bli upresist. Skalaen gir likevel et bilde på hvem i ungdommens nærmeste omgivelser de føler seg knyttet til. Resultatene er forenlig med tidligere undersøkelser hvor samme skala er benyttet (44). Regresjonsanalyser basert på tverrsnittsdata gir ikke mulighet for å undersøke årsaksforhold, utover den skiserte modellen hvor sosial støtte antas å ha effekt på livstilfredshet. Men en kan tenke at sammenhengen mellom variablene også kan være omvendt. For

å avklare slike forhold må det benyttes longitudinelle data der årsaksrekker kan undersøkes.

#### KONKLUSJON

Resultatene viste at formelle og uformelle relasjoner har betydning for ungdommers livstilfredshet. Men gutter og jenter vektla sine omgivelser forskjellig. For jenter ser tilbakemeldinger fra omgivelsene ut til å være viktig for hvordan de evaluerer sin egen livstilfredshet. For gutter understreker resultatene den stereotypiske oppfatning av maskulin selvstendighet og uavhengighet. Jentene vurderte sin livstilfredshet som lavere enn guttenes. Kjønnsmessige forskjeller bør derfor gis videre oppmerksomhet innen helsefremmende arbeid og forskning. Herunder kan det være sentralt å fokusere på sosialiseringprosesser som influerer utviklingen av kjønnsroller og ulike støtteytteres rolle i denne prosessen.

Femten prosent av ungdommene rapporterte lav sosial støtte, og dette er viktig å fokusere på. Det kan argumenteres for at det formelle apparat bør styrkes, for i større grad å kunne møte denne gruppens behov. En videre utbygging av lavterskeltilbud, eksempelvis skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, kan være aktuelle tiltak.

#### REFERANSER

1. Park N. The Role of Subjective Well-Being in Positive Youth Development. *The Annals of The American Academy.* 2004;591.
2. Bergman MM, Scott, Young J. Adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: Gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence.* 2001;24:183-97.
3. Konu AI, Lintonen TP, Rimpelä MK. Factors associates with schoolchildren's general subjective well-being. *Health Education Research.* 2002;17:155-65.

4. **Helse og omsorgsdepartementet.** NOU. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Oslo; 1998:18.
5. **Helse og omsorgsdepartementet.** Stortingsmelding. Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Oslo; 2002–2003.
6. **Cohen S, Wills TA.** Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin.* 1985;98:310–57.
7. **Eckenrode J, Gore S.** Stressful Events and Social Supports: The Significance of Context. In: Gottlieb BH, (ed). *Social networks and Social Support.* London: Sage Publications; 1981.
8. **Karasek R, Theorell T.** *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life.* New York: Basic Books; 1990.
9. **House JS, Landis KR, Umberson D.** Social Relationships and Health. *Science.* 1988;240:540–4.
10. **Samdal O.** The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being. (Doktoravhandling). Bergen: Universitetet i Bergen; 1998.
11. **Scholte R, Cornelis F, vanLieshout, vanAken.** Perceived Relational Support in Adolescence: Dimensions, Configurations, and Adolescent Adjustment. *Journal of Research on Adolescence.* 2001;11:71–94.
12. **Argyle M.** Subjective Well-Being. In: Offer A, (ed). *In Pursuit of The Quality of Life.* Oxford: Oxford University Press; 1996.
13. **Renwick R, Brown I, Nagler M.** Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation. *Conceptual Approaches, Issues and Applications.* London: Sage Publication; 1996.
14. **Baumeister RF, Leary MR.** The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin.* 1995;117:497–529.
15. **Cauce AM, Mason C, Gonzales N, Hiraga Y, Liu G.** Social Support During Adolescence: Methodological and Theoretical Considerations. In: Nestmann F, Hurrellmann K. (ed). *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence.* Berlin: deGruyter; 1994.
16. **Cauce AM, Srebnik DS.** Returning to social support systems: A morphological analysis of social networks. *American Journal of Community Psychology.* 1990;18:609–16.
17. **Peters JF.** Gender Socialization of Adolescents in the Home: Research and Discussion. *Adolescence.* 1994;29:913–34.
18. **Bauer P.** Memory for Gender-Consistent and Gender-Inconsistent Event Sequences by Twenty-Five-Month-Old Children. *Child Development.* 1993;64:285–97.
19. **Wickstrøm L.** The Emergence of Gender Difference in Depressed Mood During Adolescence: The Role of Intensified Gender Socialization. *Developmental Psychology.* 1999;35:232–45.
20. **Chu JY.** Adolescent Boys' Friendships and Peer Group Culture. *New Directions For Child And Adolescent Development.* 2005;107:7–22.
21. **Printstein MJ, Borelli JL, Chea, CS, Simon VA, Aikins JW.** Adolescent Girls Interpersonal Vulnerability to Depressive Symptoms: A Longitudinal Examination of Reassurance- Seeking and Peer Relationships. *Journal of Abnormal Psychology.* 2005;114:676–88.
22. **Colarossi L, Eccles JS.** A Prospective Study of Adolescent's Peer Support, Gender Differences and the Influence of Parental Relationships. *Journal of Youth and Adolescence.* 2000;29:661–78.
23. **Daniels-Beirness T.** Measuring Peer Status in Boys and Girls: A Problem of Apples and Oranges? In: Schneider B, Attili G, Nadel J, Weissberg R. (ed). *Social Competence in Developmental Perspective.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1989.
24. **Health Behaviour in School-Aged Children: a World Health Organisation Cross- National Study.** Research Protocol for the 2001/02 Survey. Scotland: Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh; 2001
25. **Huebner ES.** Initial development of the Students Life Satisfaction Scale. *School Psychology International.* 1991;12:231–40.
26. **Huebner ES, Alderman GL.** Convergent and Discriminant Validation of a Children's Life Satisfaction Scale: Its Relationship to Self- and Teacher-Reported Psychological Problems and School Functioning. *Social Indicators Research.* 1993;30:71–82.
27. **Samdal O, et al.** The psychosocial school environment. In: Currie C, et al, (ed). *Research protocol for the 2001/02 survey in the Health Behaviour in School-aged children survey.* Edinburgh: University of Edinburgh; 2001
28. **Torsheim T, Wold B, Samdal O.** The Teacher and Classmate Support Scale. *School Psychology International.* 2000;21:195–212.
29. **Bergman MM, Scott J.** Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence.* 2001;24:183–97.
30. **Diener E, Fujita F.** Resources, Personal Strivings, and Subjective Well-Being: A Nomothetic and Idiographic Approach. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1995 May;68:926–35.
31. **Wickstrøm L.** The Emergence of Gender Difference in Depressed Mood During Adolescence: The Role of Intensified Gender Socialization. *Developmental Psychology.* 1999;35:232–45.
32. **Love KM, Murdock TB.** Attachment to Parents and Psychological Well-Being: An Examination of Young Adult College Students in Intact Families and Stepfamilies. *Journal of Family Psychology.* 2004;18:600–8.
33. **Chase-Lansdale PL, Wakschlag LS, Brooks-Gunn JA.** psychological perspective on the development of caring in children and youth: the role of the family. *Journal of Adolescence.* 1995;18:515–56.
34. **Tubman JG, Lerner RM.** Affective experiences of parents and their children from adolescence to young adulthood: stability and affective experiences. *Journal of Adolescence.* 1994;17:81–98.
35. **Young MH, Miller BC, Norton MC, Hill EJ.** The Effect of Parental Supportive Behaviours on Life Satisfaction of Adolescent Offspring. *Journal of Marriage and Family.* 1995;57:813–22
36. **Laible D, Carlo G.** The Differential Relations of Maternal and Paternal Support and Control to Adolescent Social Competence, Self-Worth, and Sympathy. *Journal of Adolescent Research.* 2004;19:759–82.
37. **Rohner RP, Veneziano RA.** The Importance of Father Love: History and Contemporary Evidence Review of General Psychology. 2001;5:382–405
38. **Wood JJ, Repetti RL.** What Gets Dad Involved? A Longitudinal Study of Change in Parental Child Caregiving Involvement. *Journal of Family Psychology.* 2004;18:237–49.
39. **Hetland J, Rekstad JB.** Mobbing og subjektive helseplager. Forholdet mellom direkte og indirekte mobbing, sosial støtte og psykiske og kroppslige helseplager blant norske tiendeklassinger. Bergen: Universitetet i Bergen; 1998.
40. **Amato PR.** Father-child relations, mother-child relations and offspring psychological well-being in adulthood. *Journal of Marriage and Family.* 1994;56:1031.
41. **Rudolph KD.** Gender differences in Emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health.* 2002;30:3–13.
42. **Baumeister RF, Sommer KL.** What do men want? Gender differences and spheres of belongingness: Comment. *Psychological Bulletin.* 1997;122:38–44.
43. **Natvig GK, Albrektsen G, Qvarnstrøm U.** Associations between psychosocial factors and happiness among school adolescents. *International Journal of Nursing Practice.* 2003;9:166–75.
44. **King A, Wold B, Tudor-Smith C, Harel Y.** The Health of Youth. A Cross-National Survey. Copenhagen; 1996

**Hva tilfører artikkelen?**

Fagutvikling forutsetter en kultur som fremmer fornuftig anvendelse av vitenskapelig kunnskap, samt bruk av tid og ressurser. Fagutviklingssykepleierne som intervjues hevder at de selv utvikler stillings-

innholdet. Artikkelen gir eksempler på hvordan de jobber.

**Mer om forfatterne:**

Björg Christiansen, Dr. Polit, førsteamanuensis ved Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i

Oslo, Tone Cecilie Carlsten, stipendiat, Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo, Karen Jensen, professor, Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo. Kontaktperson: bjorg.christiansen@su.hio.no



Foto: Erik M. Sundt

**Bakgrunn:** Forskning og teknologi er i økende grad blitt en del av vår hverdag, som medfører at kunnskap får en mer abstrakt og symbolsk form. Det stilles derved særegne krav til faglig oppdatering blant sykepleiere.

**Hensikt:** Studiens hensikt er å få innsikt i hva som kjennetegner fagutviklingssykepleierens formidlende og tilretteleggende virksomhet mellom forskning og klinisk praksis.

**Metode:** Studien er eksplorative,

og er utført som ledd i oppfølging av funn i ProLearn studien ved Universitetet i Oslo. Fem fagutviklings- sykepleiere fra to ulike sykehus ble forespurt, og det ble utført kvalitative intervjuer med utgangspunkt i en intervjuguide. Analysen hadde likhetstrekk med en hermeneutisk prosess, hvor forskningsspørsmålet var utgangspunkt for en gjentagende gjennomlesning av et helhetlig datamateriale mot en mer fortolkende fremstilling.

**Resultater:** Studien tyder på at fag-

utviklingssykepleieren har en viktig rolle som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. Ved å tilrettelegge infrastrukturer for læring prøver våre informanter både å stimulere til et dynamisk forhold til kunnskap, og fremme kunnskapsbasering av det daglige arbeidet.

**Konklusjon:** Til tross for et sterkt engasjement og ansvar for kunnskap, er det knyttet store pedagogiske og administrative utfordringer til fagutviklings- sykepleierens rolle.



# » Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis

Forfatter: Bjørg Christiansen,  
Tone Cecilie Carlsten, Karen Jensen  
Foto: Erik M. Sundt

## NØKKELORD

- Kunnskapsbasert sykepleie
- Spesialisthelsetjenesten
- Sykepleierolle
- Sykepleierket
- Kvalitativ studie

## INTRODUKSJON

I sykepleien, i likhet med andre profesjoner, stilles det i dagens samfunn økte krav til å holde seg oppdatert i forhold til kunnskapsutviklingen innen eget felt. Hurtige endringer og spesialisering i dagens sykehus stiller store krav til sykepleierens kompetanse. Sykepleiere kan merke økt forventning om aktivt å forholde seg til forskningsresultater som representerer oppdatert kunnskap innen eget felt. Forskningsbaserte standarder bygges i økende grad inn prosedyrer som har en digitalisert form. Yrkesetiske retningslinjer stiller krav til sykepleiere om at de «holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde» (1:9). Studier tyder imidlertid på at sykepleiere møter ulike former for bar-

rierer når de skal realisere slike forventninger. Opplevelsen av en overveldende mengde forskningsresultater, samt mangel på tid og kompetanse i å vurdere kvaliteten, stiller den enkelte sykepleier overfor helt nye utfordringer (2, 3).

Helsepersonelloven (4) understreker imidlertid ikke bare det individuelle ansvaret. Den stiller også krav til virksomheten om å tilrettelegge for at helsepersonell kan utøve forsvarlig arbeid. Som ledd i å imøtekomme dette kravet har flere sykehus opprettet en egen stillingskategori for sykepleiere med spesifikt ansvar for fagutvikling. Intensjonen med denne stillingen er å redusere noen av de barrierer sykepleiere opplever i forhold til faglig oppdatering og forskningsbasering i klinikken.

En studie gjennomført ved Universitetet i Oslo (ProLearn) viste at selv om sykepleiere på egen hånd var opptatt av å faglig underbygge, oppdatere og utvikle praksis, henviste de til fagutviklingssykepleier som en avgjørende støttespiller i slike læringsprosesser (5,6,7). Fordi det er lite utforsket hvordan fagutviklingssykepleier utformer rollen sin, har vi innenfor rammen av ProLearn studien utført en eksplorerende oppfølgings-

studie. Hensikten er å kartlegge kjennetegn ved fagutviklings- sykepleierens formidlende og tilretteleggende virksomhet mellom forskning og klinisk praksis.

## BAKGRUNN

Dagens samfunn blir omtalt som et kunnskapssamfunn. Forskning og teknologi er i økende grad blitt en del av vår hverdag. For profesjonsutøvere er det en utvikling som er forbundet med både utfordringer og muligheter (8, 9). Jensen & Lahn (10) hevder at mer abstrakte og generelle kunnskapsformer representerer et potensial for styrking av en kollektiv yrkesidentitet og et mer dynamisk handlingsrepertoar i sykepleien. Økt fokus på forskningsresultater i dagens sykepleie kan bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for klinisk praksis, og føre til en kontinuerlig revitalisering av yrket. Dette innebærer et nytt syn på kunnskap som har bidratt til en pågående debatt om kunnskapsformer og «evidens» (11,12). Forskningsbasert kunnskap representerer en abstrakt form, løsrevet fra praktiske situasjoner sykepleieren står ovenfor i det daglige. Forskningsresultater har tradisjonelt blitt lite lest av sykepleiere i klinikken

(13). Avstanden fra gjeldende praksis, for eksempel måten sårskift utføres på, og hvordan dette foreskrives innenfor det aktuelle forskningsfelt kan være stor. Ifølge Kirkevold (13) må sykepleie som praksis være utgangspunkt for bestrebelser og vurderinger av den sykepleievitenskapelige kunnskapens relevans og kvalitet. Dette stiller nye krav til sykepleiepersonalets kompetanse til å vurdere eksisterende sykepleiefaglig forskning. Det forutsetter igjen en kultur som fremmer fornuftig anvendelse av vitenskapelig kunnskap, samt bruk av tid og ressurser.

En longitudinell studie av nyutdannede profesjonsutøvere i England fokuserte også

I en systematisk review-undersøkelse fant Meijers et al. (17) at flere kontekstuelle forhold hadde signifikant innvirkning på anvendelse av forskning. Disse forholdene var hvorvidt sykepleiere deltok i utviklings-team, deres tilgang til ulike ressurser, samt opplevelse av støtte, læringsmuligheter og tid på arbeidsplassen. I en kvalitativ studie fra sykehusmiljø fant Bjørk (18) mangel på faglige diskusjoner som et resultat av tidspress. For å overkomme ulike barrierer i forhold til «Evidence-Based Nursing» anbefaler Penz & Bassendowski (19) satsing på utdanningssykepleiere (clinical nurse educators) som endrings-agenter. I en systematisk review-undersøkelse studerte Milner et

ten med denne artikkelen er å gi svar på følgende forsknings-spørsmål: «Hvordan tilrettelegger fagutviklingsykepleieren for bruk av fag- og forskningsbasert kunnskap blant sykepleiere?»


## METODE

### Utvalg

For å få tilgang til fagutviklings-sykepleiere, tok vi kontakt med informanter fra ProLearn-studien, og ba om navn på fagutviklingsykepleiere som arbeidet på tilsvarende eller lignende sykehusposter. Kriterier for å delta i utvalget var at de arbeidet på samme sykehus og type poster og/eller avdelinger som de opprinnelige informantene. Valg av informanter fikk derfor et strategisk preg. Fem aktuelle fagutviklingsykepleiere fikk en skriftlig forespørsel om å delta. Alle fem, som arbeidet på ulike avdelinger på to sykehus, samtykket. Informantene var alle erfarne fagutviklingsykepleiere, hvorav en var undervisningssykepleier med en fagutviklende funksjon. Fire hadde spesialistutdanninger (intensiv, barnesykepleie, kardiologisk sykepleie). To hadde mastergrad, to var kliniske spesialister. Én hadde også praktisk-pedagogisk utdanning. De arbeidet på følgende steder: Post-operativ og intensiv avdeling (2), medisinske sengeposter (2), og nyfødt intensiv (1). Selv om det var en mann inkludert i utvalget, omtales alle som «hun» i datafremstillingen.

### Kvalitativt intervju

Intervjuene foregikk på den enkelte arbeidssted, med utgangspunkt i en intervjuguide med tema og spørsmål knyttet til fagutviklingsykepleierens rolle. Det ble også spurt om hvilke kunnskapsressurser som var tilgjengelig i deres arbeid,

 Det er ikke bare å si: Jeg har lest en spennende artikkel om dette her: Vær så god!

på læringsaktiviteter blant sykepleiere (14). Ifølge Eraut m.fl. (15) inngår akademiske ferdigheter i utvikling av profesjonelt arbeid. Hanssen & Nortvedts (16) beskrivelse av hvordan sykepleiere kan komme i gang med «evidensbasert sykepleie» er et eksempel på dette. I likhet med Kirkevold (13), viser Hanssen & Nortvedt (16) til en del mulige barrierer sykepleiere kan oppleve i forhold til bruk av forskningsbasert kunnskap. Flere studier bekrefter det samme: Adamsen et al. (3) identifiserte to sentrale barrierer for anvendelse av forskning blant 79 danske sykepleiere: 90 prosent opplevde at mengden av forskningsresultater var overveldende, 75 prosent svarte at de ikke var i stand til å vurdere kvaliteten på forskningen.

al. (20) hva forskning sier om hvordan sykepleiere med en fag- og kompetanseutviklende funksjon kan bidra til bruk av forskning i praksis. En positiv holdning til forskning, at man er skolert og at man leser fagartikler, var sentrale funn. Forskerne konkluderte med at dette feltet er lite studert, og anbefaler studier der man fokuserer på resultat av forskningsbasering i praksis, og hvordan «fag- og utdannings» sykepleiere tilrettelegger for dette.

Studiene tyder på at man kan møte ulike utfordringer som fagutviklingsykepleier. For å få mer innsikt i hvordan rollen utformes av den enkelte, har vi utført kvalitative dybdeintervjuer med fem fagutviklingsykepleiere som arbeider på to større sykehus i Norge. Hensik-

samt hvordan disse ressursene inngikk i arbeidet med fagutvikling og tilrettelegging for sykepleiernes bruk av forskning i klinisk praksis. Til tross for en relativt strukturert intervju-guide, ønsket vi at fagutviklings-sykepleierne fikk snakke mest mulig fritt innenfor de tematiske områdene. Ifølge Eraut (21) bør kvalitative intervjuer relatert til læring i arbeidslivskontekster åpne for at informantene kan formulere uformelle aspekter ved slike prosesser. Datafremstillingen får derved et narrativt preg (22, 23). Intervjuene ble tilpasset konteksten den enkelte fagutviklingssykepleier uttalte seg på grunnlag av. Dette bidro til at tema i guiden ble belyst og utdypet fra ulike vinklinger. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og varte i cirka én time. Data fra intervjuene ble transkribert verbatim, og kvalitetssikret i fellesskap i forskergruppen.

### **Etiske overveielser**

NSD ble konsultert i forhold til meldeplikt, og det ble innhentet informert, skriftlig samtykke fra informantene. Som del av skriftlig samtykke fikk informantene også muntlig informasjon om at deres deltakelse var frivillig, og at de når som helst og uten grunn hadde anledning til å trekke seg fra prosjektet. Alle data er anonymisert, og vil bli slettet når analysearbeidet er fullført.

### **Analyse**

En kvalitativ analyse har likhetstrekk med den hermeneutiske prosess, hvor formålet er å komme frem til en gyldig og innsiktsfull forståelse av teksten. Det er, ifølge Kvale (24) et kontinuum mellom beskrivelse og fortolkning. Analysen krevde gjentakende gjennomlesning av

hele datamaterialet, med markering av utsnitt av data som viser relevans og nyanseringer i forhold til forskningsspørsmål. For å anonymisere informanten fremstilles ikke data eksplisitt fra hver enkelt, men struktureres i forhold til fellestrekk og særpreg ved måter kunnskapsutvikling tilrettelegges på. Selv om data struktureres i forhold til to hovedoverskrifter, vil innholdet være tematisk beslektet.

### **RESULTATER**

Informantene formidler at de er relativt fristilt i måten rollen utformes på. Felles trekk er at de tilrettelegger for opplæring av nyansatte, og bidrar til kompetanseutvikling blant sykepleiere. Kvalitetssikrings- og utviklingsarbeid står sentralt i deres stillingsbeskrivelser, ikke minst i forhold til oppdatering av felles prosedyrer som «utdateres» hvert andre år. Selv om informantene våre sier at de ofte kan savne en klar stillingsinstruks, og at arbeidet på post og /eller avdeling kan være svært individuelt, synes fagutviklingssykepleierne på denne type sykehus samtidig å ha et godt nettverk å støtte seg på i ulike sammenhenger. Bibliotektjenesten, kollegafellesskap, konsultering av avdelinger og sykehus med tilsvarende funksjoner er eksempler på det. Våre informanter formidler ulike måter å tilrettelegge for bruk av fag- og forskningsbasert kunnskap blant sykepleiere på:

#### **Stimulerer kunnskapsinteressen**

Informantene forteller at de prøver å stimulere interesse for kunnskap ved å innhente og gjøre tilgjengelig kunnskapskilder de mener kan være av faglig interesse for sykepleierne. Kurs-

tilbud gjøres kjent via fagutviklingssykepleier, som også kan oppfordre sykepleiere til å delta. De sender artikler ut på e-post, og fagtidsskrift er tilgjengelig på avdelingen. Likevel sier våre informanter at sykepleiere i liten grad leser forskningsartikler. Dette blir imidlertid sett på som en utfordring, slik en informant uttrykker det: «Det er ikke bare å si: Jeg har lest en spennende artikkel om dette her: Vær så god!» Ifølge informanten må man bruke ulike pedagogiske tilnæringsmåter med praksisveiledning og fagdager. En annen forteller at alle sykepleiere får undervisning om hvordan lese artikler. «Jeg er opptatt av at de skal lese tidsskrifter, bøker og gå på nettet å søke.» Det hender man må veilede nyansatte i hvordan lese fag- og forskningslitteratur: «Ikke fra perm til perm, men at de leser noe som er knyttet opp mot det de holder på med i praksis.» En informant fremhever i sin undervisning til sykepleierne at «prosedyrearbeid ikke er statisk arbeid, man finner nye funn i forskningen som får konsekvenser for praksis.»

Fagutviklingssykepleierne imøtekommer sykepleiernes behov for å lære mer. I den sammenheng er felles tema, team- eller fagdager viktige fora, eksempelvis hver andre–tredje måned. Tema kan bestemmes på bakgrunn av hva som skjer innen fagfeltet, satsingsområder på posten, og hva personalet føler de har behov for av påfyll. En informant forteller om hvordan hun underviste om EKG og rytmeanalyse på en fagdag, et tema hun hadde spesialisert seg i. I etterkant kunne hun merke økende tendens til at sykepleierne satte seg ned og tolket EKG, noe de tidligere overlot til

legen. En informant har smertebehandling som spesialområde og forelesningstema: «Det er som å slippe en sten i vannet, det blir ringer utover; når du jobber med smerte så må du tenke lindring, velvære ...» Hun sier det kan være en stor utfordring «å kjenne til den beste kunnskapen, og handle ut ifra den ...» Å følge opp satsingsområder på posten kan innebære å innkalle ressurspersoner som veiledere eller forelesere, initiere tverrfaglige diskusjoner og så videre.

### Tilrettelegger for bruk av fag- og forskningsbasert kunnskap

Fagutviklingssykepleier legger til rette for at sykepleiere deltar i revidering og utvikling av prosedyrer. Arbeidet foregår vanligvis i grupper, hvor hennes rolle er å være leder og støttespiller. Sykepleierne kan i den sammenheng bli kurset i litteratursøk, og i å lese artikler kritisk. Biblioteket organiserer dette for avdelingene, som en kollektiv støtteordning for fagutvikling. En av informantene følte seg ikke kompetent til å lede slike grupper, men delegerte dette arbeidet til «veileder med forskningskompetanse». En annen informant med mastergrad fortalte om hvordan hun satte sammen en gruppe med fire sykepleiere som hver representerte en faglig ressurs. De fant fram alle utgaver de hadde av den aktuelle prosedyren på avdelingen, og gikk igjennom litteraturen. Likevel er det, slik informanten uttrykker det, en stor utfordring å få 150 sykepleiere til å endre praksisen sin: «Én ting er å sitte i en prosjektgruppe å snakke om hva evidensen sier. En annen ting er når du står der og facer dem, vi

skal gjøre sånn; de nye prosedyrene vil innebære en endring av praksis innenfor det og det ...» For sykepleierne kan eksempelvis en forskningsbasert endring



### Man kan møte ulike utfordringer som fagutviklingssykepleier.

av prosedyre for sentralt venekateter innebære økt antall skift på innstikkstedet.

På en post hadde arbeidet i en kirurgigruppe munnet ut i en veiledningsperm med prosedyrer og litteraturlister. Sykepleierne melder seg til slike grupper via oppslag på avdelingen. Tid til å jobbe med dette ble lagt inn i turnusen, med fagutviklingssykepleier som en «draperson» i hver gruppe. Overførbarheten til eget miljø er sentralt når forskningsartikler diskuteres i gruppene. Dette er et ansvar fagutviklingssykepleieren kjenner på: «Det må gjerne se veldig bra ut i teorien, men hvordan får jeg dette gjennomført med mine ansatte, med ekstravakter, med tiden i forhold til drift ...»

En informant forteller om en spesifikk metode for samspill de benytter seg av på avdelingen. Det er psykososial kunnskap som vanskelig lar seg evidensbasere, sier hun: «for det er rett og slett ikke etisk ...» Samspillmetoden er basert på «gode ideer og forskningsmateriale», og var utviklet på et annet sykehus. Metoden var et satsingsområde på avdelingen hvor fagutviklingssykepleieren spiller en sentral rolle i tilretteleggingen. Utdeling av veiledere til personalet kombinert med «en dobbel fagtime hvor vi har presentert stoffet», følges opp med ressursforelesninger og case på morgenmøter hvor prin-

sipper fra veilederen relateres til «en pasient, familie eller situasjon».

Det å sitte og snakke sammen med utgangspunkt i et pasientcase

kan, ifølge flere av informantene, være en måte å imøtekomme sykepleieres behov for å knytte fag og forskning til praksis: En av fagutviklingssykepleierne gjorde et litteratursøk på en spesifikk pasientgruppe de diskuterte: «... så på hva sier forskningen, hva er viktig for dem, og hvordan har denne pasienten som er hos oss det nå, er det samsvar eller ikke ... opplevelser, tiltak ... Og da vurderte vi det med relevans, er det overførbart?»

### Tilrettelegger for elektronisk søk

«Hverdagen er elektronisk», sier en informant. For å lette sykepleiernes tilgang til faglig stoff, har hun laget snarvei slik at de har færrest mulig klikk frem til kilden. På samme måte er en annen informant opptatt av at prosedyrer skal være gode arbeidsredskap for sykepleierne: «Layouten er bygd opp på en måte som gjør at de skal komme rett på fremgangsmåten». Innledning, hensikt, omfang og definisjoner ligger i et hoveddokument med link til.

Det er et paradoks, sier en informant, at selv om man jobber i et teknisk miljø, så er det sykepleiere som ikke benytter seg av PC-en og de fasiliteter som ligger der, som hjemmesidene til medisinsk bibliotek og elektronisk håndbok. Det er en felles kanal til prosedyrer, retningslinjer og rutiner på ulike

avdelinger. De hadde hatt en undervisningsdag om hvordan finne frem elektronisk: «For mange var den bøygen stor, og for andre var det et stort gjesp, egentlig. Vi må jo sikre en minimumskunnskap.» En annen fremhever betydningen av å etablere gode søkekode: «Da kan andre gå inn på samme, gjøre det på nytt og finne siste gyldige.» Flere informanter uttrykker at bibliotekaren er en nyttig person i forbindelse med søk etter forskningsbaserte kunnskapskilder: «Det å gjøre et evidensbasert søk på problemstilling blir kvalitetssikret med at bibliotekarer er med i denne prosessen og optimaliserer bruken av søkeord.»

En informant forteller om hvordan hun følger opp sykepleiere som opplever barrierer i forbindelse med kunnskapssøk. Det kan eksempelvis dreie seg om å søke på nettet eller vurdere kvaliteten på en forskningsartikkel de har lest: «Jeg har tre andre som også sier det samme, skal vi finne en felles tid?» I slike situasjoner henter hun også støtte fra bibliotekjenten.

## “ Det er behov for fagutviklingssykepleier som en pådriver og støttespiller.

Ifølge en informant har ansatte på intensivavdelingen tilgang til internett, hvor man kan gå inn på hjemmesidene til medisinsk bibliotek. I perioder hadde de klart å få sykepleierne til å benytte seg av det, særlig på kvelds- og nattevakter. Men på grunn av økt tidspress foregikk det nå i mindre grad. Fagutviklingssykepleier hadde vært pådriver for å få flere PC-er plassert trådløst på pasientstuene. Så kan man i rolige stunder sitte

og ha fullt tilsyn til pasienten, samtidig som man dokumenterer eller gjør seg kjent med nye ting. Men, fortsetter hun, sykepleierne kunne likevel oppleve det som å forlate pasienten, selv om han bare lå to–fire meter unna, i synsfeltet.

### DISKUSJON Bygging av infrastrukturer for læring

Studien viser hvordan fagutviklingssykepleieren prøver å fremme interesse for kunnskap og læring via ulike pedagogiske virkemidler. Det gjøres blant annet ved å fokusere på relevante kunnskapsområder på fag- og temadager. Eksempelvis medførte undervisning i EKG-tolkning økt kunnskapsinteresse, og fikk sykepleiere til å utvide sitt handlingsrepertoar på dette området. Smertebehandling var et annet tema som syntes å ha et lignende potensial. Det indikerer at tilgang til kunnskap i seg selv kan skape et behov for å utdype og utvide et profesjonelt handlingsgrunnlag (7,8,9).

Studien vår tyder på at rollen som fagutviklingssykepleier

innebærer å være et mellomledd mellom kunnskapskilder og sykepleiere. Som ressursperson håndterer hun ny teknologi og krav til å innhente, vurdere og legge til rette forskningsresultater for lokal bruk. Likevel forteller informantene at forskningsartikler leses i liten grad, selv om de gjøres lett tilgjengelig for personalet. De tar imidlertid hensyn til barrierer sykepleiere kan oppleve i forhold til forskningsbaserte kunnskapskilder,

slik andre studier også indikerer (17,19,20) når de fremhever at tilgang til artikler ofte ikke er tilstrekkelig. Fagutviklingssykepleierne i vårt materiale synes å være bevisste at teoretiske perspektiver har best vekstvilkår når sentringspunktet er problemstillinger i yrkesfeltet. Et eksempel på det er dannelsen av ulike former for faggrupper, hvor rollen som pådriver og støttespiller synes å være fremtredende. Gruppevirksomheten vi finner eksempler på i våre data dreide seg om utvikling og oppdatering av kliniske prosedyrer. Intensjonen er at forskningsbasert kunnskap formidles i en form sykepleierne kan dra nytte av i det daglige arbeidet, som også kan styrke profesjonsidentitet og utvide handlingsrepertoar som sykepleier, slik Jensen og Lahn (10) hevder.

Som ledd i å inkorporere vitenskapelig kunnskap i sykepleierens handlingsrepertoar, viser data eksempler på kurstilbud i søk etter og kritisk vurdering av forskningsartikler. Det fremgår at bibliotekjenten er en god støttespiller i den sammenheng. Kunnskap i form av fakta og prosedyrer står ofte i relasjon til vitenskapelige kunnskapsstrukturer, og fungerer dermed som en invitasjon og innfallspurt til å søke seg mot en videre fordyping (5).

Likevel har man, som Kirkevold (13) minner om, tradisjonelt ikke hatt som sedvane å utvikle sin fagkunnskap ved å lese forskningsbasert litteratur i sykepleiermiljø. I tråd med funn i den opprinnelige ProLearn studien (5,6,7) viser også data fra våre informanter at dette er i ferd med å endre seg på spesifikke avdelinger på sykehus. En slik utvikling kan være relatert til endringer i sykepleierutdan-

ningen, og at arbeidskontekster på sykehus legger til rette for endring av praksis basert på ny innsikt. Som Eraut m.fl. (15), Kirkevold (13) Hanssen & Nortvedt (16) og Milner et al. (20) hevder, stilles det krav til akademiske ferdigheter som ledd i profesjonell kompetanse. Ulike former for gruppevirksomhet vi finner i våre data synes å være gode læringsstrukturer som kan bidra til å redusere barrierer for bruk av forskningsbasert kunnskap hos sykepleiere. Studien vår viser at det er behov for fagutviklingsykepleier som en pådriver og støttespiller for at det skal la seg gjennomføre i en travelt sykehushverdag.

## KONKLUSJON

Studien tyder på at fagutviklingsykepleieren har en viktig rolle som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. Ved å tilrettelegge infrastrukturen for læring prøver våre informanter både å stimulere til et dynamisk forhold til kunnskap, og fremme kunnskapsbasering av det daglige arbeidet. Likevel tyder data også på at dette er en rolle som er forbundet med pedagogiske og administrative utfordringer. Å tilrettelegge for bruk av fag- og forskningsbasert kunnskap er ikke det samme som at kunnskapen faktisk tas i bruk i pasientarbeidet. Slike forventninger kan eksempel-

vis oppleves som merarbeid av sykepleiere når de ikke er direkte involvert i utviklingsarbeid og/eller er bevisst den faglige tenkningen som ligger til grunn. I kjølvannet av denne eksplorative studien ser vi derfor andre problemstillinger som bør forfølges, og som vil kreve alternative metodiske tilnærminger. Observasjons- og intervjustudier med sykepleiere med fokus på kunnskapsbasering av pasientarbeidet er et eksempel. Det er også behov for ytterligere utforskning av hvordan pedagogisk og administrativ tilrettelegging kan redusere barrierer mellom forskning og klinisk praksis.

## REFERANSER

1. NSF (Norsk Sykepleierforbund). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. 2007.
2. Hommelstad, J. Ruland, C.M. Norwegian Nurses' Perceived Barriers and Facilitators to Research Use. 2006. <http://www.sciencedirect.com/science>
3. Adamsen L, Larsen K, Bjerregaard L, Madsen JK. Danish research-active clinical nurses overcome barriers in research utilization. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2003; 17: 57-65.
4. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; (Helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. [Nedlastet 21.05.2008].
5. ProLearn (Professional Learning in a Changing Society). Profesjonslæring i endring. Populærvitenskapelig rapport til Forskningsrådets KUL-program 2008. Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo, i samarbeid med Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo. <http://www.pfi.uio.no/prolearn/>
6. Lahn LC. Professional learning as epistemic trajectories. Reports from 140 days of nursing, teaching, accounting and engineering. 2007; paper in progress.
7. Christiansen B. How do nurses relate to decontextualized knowledge at work?

Paper at 6th International Research and Development Conference, Aarhus. 2007.

8. Jensen K. Knowledge in post-traditional society. *Nordisk pedagogikk*. 2007a; 27:54-58.
9. Jensen K. The desire to learn: an analysis of knowledge-seeking practices among professionals. *Oxford Review of Education*. 2007 b; 33:489-502.
10. Jensen K, Lahn LC. The binding role of knowledge: an analysis of nursing students knowledge ties. *Journal of Education and Work*. 2005;18:305-320.
11. Martinsen K, Boge J. Kunnskaps-hierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet Sykepleien*. 2004; 13: 58-61.
12. Egeland TJ. Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 1999; 36:1036-1047.
13. Kirkevold M. Vitenskap for praksis? Ad Notam Gyldendal, Oslo. 1996.
14. Eraut M. Learning from other people in the workplace. *Oxford Review of Education*. 2007; 33:403-422.
15. Eraut M, Maillardet F, Miller C, Steadman S, Ali A, Blackman C and Furner J. What is Learned in the Workplace and How? Typologies and results from a cross-professional longitudinal study. Nicocia: EARLI biannual conference. 2005.
16. Hanssen TA, Nortvedt MW. Evi-

densbasert sykepleie - hvordan komme i gang? *Tidsskriftet Sykepleien*. 2001;17:39-42.

17. Meijers JMM, Janssen MAP, Cummings GG, Wallin L, Estabrooks CA, Halfens RYG. Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. The Authors. *Journal compilation*. 2006; 622-635.
18. Bjørk IT. Sykehusavdelingen - et miljø for læring? *Vård i Norden*. 2001; 21: 4 -9.
19. Pentz KL, Bassendowski SL. Evidence-Based Nursing in Clinical Practice: Implications for Nurse Educators. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2006;37:250-256.
20. Milner M, Estabrooks CA, Myrick F. Research utilization and clinical nurse educators: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2006; 12:639-655.
21. Eraut M. Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*. 2000; 70: 113-136.
22. Polkinghorne DE. *Narrative Knowing and the Human Sciences*. University of New York Press, Albany. 1988.
23. Bruner J. Life as narrative. *Social Research*. 1987; 54:11-32.
24. Kvale S. *InterView*. Hans Reitzels Forlag, København. 1997.

# Levende fagmiljø endrer praksis

> Å implementere forskning i praksis forutsetter tilgjengelighet, kunnskap og tid.



**Av Else Aune**

Intensivspl/fagutviklingsspl, Kardiologisk seksjon, Nordlandssykehuset

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Min bakgrunn for å skrive denne praksiscommentaren er ni års erfaring som fagutviklingssykepleier. Rollen som tilrettelegger mellom forskning og praksis er en viktig brikke i oppbygging av en bedre praksis.

Artikkelen peker på flere gode måter å jobbe på som brobygger mellom forskning og praksis. Min erfaring er at når den enkelte sykepleier er deltakende i prosessen med å finne den beste praksis, tuftet på de erfaringer vi har foredlet og kvalitetssikret gjennom år, og forskning som er kvalitativt dekkende for det tema som tas opp, da får du det beste resultatet. Her er det blant annet vist til grupper som reviderer og utvikler prosedyrer. Vel så viktig er det å bruke denne metoden når vi støter på en pasientcase som er faglig utfordrende. Det skaper et engasjement som gir ringvirkninger til andre kolleger og lignende situasjoner. Og

det viser vei for hvordan finne aktuell forskning og diskutere den i faggruppen. Diskusjonene er grunnlaget for å omskape abstrakt forskningskunnskap til ny innsikt i egen praksis.

Studien har tatt for seg to store sykehus der blant annet bibliotekar er tilgjengelig. Jeg vil tro at mindre sykehus har andre forutsetninger der organisering av ledelsen ved sykehuset påvirker fagutviklingssykepleierens rolle. Hvilken kompetanse som tilføres, hvor stor stillingen er og om det finnes fagutviklingssykepleiere på hver avdeling kan variere. Skal forskning bli en del av praksis må tekniske hjelpemidler og kompetanse hos den som skal lede dette være til stede. Denne kompetansen trenger ikke nødvendigvis være en formell forskerkompetanse, men det er en fordel. Vi har mange dyktige sykepleiere som er meget oppdatert på forskning rundt om i landet. Forskning er kun en del

av den kunnskapen som må til for å utvikle faget, uten tid til implementering kommer vi ikke lenger. Det er de levende diskusjonene i fagmiljøet og gløden hos den enkelte som skaper en god praksis.

Les artikkelen på side 100



**Hva tilfører denne artikkelen?**

Denne studien synes å være den første evalueringsstudien av timebank som arbeidsplan ved et norsk sykehus. Undersøkelsen viste at personalet var tilfreds med tilbudet og at de hadde få problemer med å

forholde seg til en delvis uforutsigbar arbeidsplan.

**Mer om forfatter**

Nina Fålnun, avdelingssykepleier, Medisinsk intensiv og overvåkning, Hjerteavdelingen Haukeland Uni-

versitetssykehus, masterstudent ved UiB. Kjersti Oterhals, fag- og forskningssykepleier. Tone Astrid Rosland, ass. avdelingssykepleier. Tone M. Norekvål, stipendiat. Kontakt: nina.falun@helse-bergen.no



Arkivfoto: Erik M. Sundt

**Bakgrunn:** Hensikt med å iverksette timebank (TB) var å redusere bruk av merarbeid og ekstravakter, få et verktøy til å møte plutselige aktivitetsendringer og sikre trygghet og stabilitet for personalet. I foreliggende studie evalueres særlig opplevd trygghet og stabilitet på vaktene, mestring av uforutsigbar arbeidstid samt grad av tilfredshet med å delta i TB.

**Metode:** TB ble evaluert ved tre tverrsnittundersøkelser foretatt i 2004, 2006 og 2008. Spørre-

skjema med 16 spørsmål ble utarbeidet spesielt for denne studien. Svarprosenten var på 83, 76 og 78 prosent i de tre undersøkelsene.

**Resultat:** Henholdsvis 58, 48 og 56 prosent av respondentene ønsket å benytte seg av TB. Nesten alle (86–100 prosent) mestret, eller antok de ville mestre, uforutsigbar arbeidstid godt. De fleste timebankdeltakere (95–100 prosent) erfarte at de hadde mer fritid med TB, og 91 prosent opplevde økt

trygghet på vaktene ved at det var flere kjente sykepleiere til stede. Ni sykepleiere økte sin stillingsprosent på grunn av tilrettelegging for TB.

**Konklusjon:** Personalet var i all hovedsak positive til TB. De var tilfreds med kompensasjon i form av lønn, ekstra fritid og mulighet til å øke sin stillingsprosent. Halvparten av personalgruppen ville ønsket å delta i TB dersom den fortsatt hadde vært et tilbud.



# » Sykepleieres erfaringer med timebank som en alternativ arbeidsplanmodell ved en intensivenhet

Forfattere: Nina Fålund, Kjersti Oterhals, Tone Astrid Rosslund, Tone M. Norekvål

## NØKKELOD

- Arbeidsmiljø
- Timebank
- Sykepleie
- Akuttpsykiatri
- Spørreskjema

## INNLEDNING

I 1987 ble partene i arbeidslivet enige om avkorting av det ukentlige timetall for turnusarbeidere fra 37,5 til 35,5 timer. I etterkant av dette har sykepleiere i hovedsak arbeidet hver tredje helg, og mange institusjoner har dermed fått problemer med «hull i turnus». Ulike kreative løsninger har blitt iverksatt for å imøtekomme denne problematikken – med vekslende hell. Noen sykehus har innført tilbud om arbeid hver fjerde eller sjette helg mot å jobbe tolv timers vakter de helgene personalet er på jobb (1). Andre tilbyr økonomisk kompensasjon for å arbeide flere helger og netter enn ordinært oppsatt i grunntur-

nus. Ved Medisinsk intensiv og overvåking (MIO), Hjersteavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus (HUS), var det et ønske fra både ledelse og personalgruppe om å prøve ut alternative modeller for arbeidstidsplanlegging. I dette arbeidet ble det blant annet hentet inspirasjon fra en svensk timebankmodell; KUPA – Kostnadseffektivitet, Utvikling, Pasient, Arbeidsmiljø (2).

## DILEMMA I ARBEIDSTIDSPLANLEGGING

Det er komplisert å bemanne intensivavdelinger. Det stilles høye krav til grunnbemanning, personalets kompetanse og faglig forsvarlig drift (3-5). Å lage arbeidsplaner som sikrer tilstrekkelig og kompetent bemanning på alle døgnets vakter har alltid vært en utfordring. Andel ubekvemme vakter blir ofte cirka 60–65 prosent og overtids- og ekstravaktforbruket er vanligvis høyt. Konkurransen om intensivressursene er stor. Desto viktigere er det da å ivareta et stabilt personale. Dette kan gjøres ved å øke grunnbemanningen, imøtekomme personlige ønsker,

tilrettelegge for gravides behov, etablere seniorpolitikk med mer. Det er vist at dette har betydning for pleiens kvalitet, pasientresultater og personaltilfredshet (6).

Økt grunnbemanning kan gi tilfredsstillende helgedekning, men en uforholdsmessig stor andel av vaktene må da legges til dagvakter på ukedagene. En konsekvens av dette er at det er flere sykepleiere på enkelte dagvakter enn det reelt sett er behov for. Det har i lang tid vært vurdert tiltak som kan kanalisere «overskuddsvakter» på ukedager over til vakter med behov for personalforsterkning – som helg, aften og natt. Arbeidstaker opplever ikke nødvendigvis tiltak som øker vaktbelastningen som uheldig. Det må derfor kompenseres med et belønningssystem som hver enkelt arbeidstaker vurderer som mer gunstig enn den ulempen økt vaktbelastning medfører (7).

## TIMEBANK VED MIO

Haukeland Universitetssykehus har 8500 ansatte, disponerer 1100 senger og har et nedslagsfelt som lokalsykehus på over

300 000 innbyggere og som regionsykehus på 950 000 innbyggere. Sykehuset har en medisinsk intensiv- og overvåkingsavdeling (MIO) og en kirurgisk intensiv, samt en nyfødtintensiv og en brannskadeavdeling med landsfunksjon. MIO behandler årlig

TB. Noen ivaretar hovedsakelig arbeidsgivers interesser, andre er kombinasjonsmodeller som gir fordeler både for arbeidstaker og arbeidsgiver. Norsk Sykepleierforbund (NSF) har i 2007 utarbeidet en egen definisjon av TB: «Hensikten med TB er at

skudd, og tar ut i fritid timer du har i overskudd. Det som var spesielt med TB ved MIO var at her fikk du «renter» på timene som ble satt inn i banken. Jo mer ubekvemme vakter du jobbet inn, jo høyere rente fikk du på investeringen. Rentene ble tatt ut i fritid (Tabell 1).

” Å lage arbeidsplaner som sikrer tilstrekkelig og kompetent bemanning på alle døgnets vakter har alltid vært en utfordring.

cirka 1500 pasienter. 35 prosent av disse er intensivpasienter, mange med behov for langvarig respiratorbehandling. MIO er som andre intensivavdelinger en enhet med store og uforutsigbare aktivitetsvariasjoner. Avdelingen har langt på vei klart å bemanne opp mot de krav til faglig standard som er en forutsetning for forsvarlig drift, men har likevel ikke en arbeidsplan og en grunnbemanning som tilfredsstiller vaktbehovet eller nasjonale bemanningsnormer ved en intensivavdeling (4,8). For å imøtekomme denne problemstillingen fikk personalet ved MIO i 2003 tilbud om frivillig deltakelse i en arbeidsplan med timebank (TB). TB belønner arbeidsfleksibilitet med økt lønn og fritid. Hensikten med å iverksette TB på MIO var å redusere bruk av merarbeid og ekstravakter, få et verktøy til å møte plutselige aktivitetsendringer og sikre trygghet og stabilitet for personalet. I foreliggende studie evalueres ikke alle aspekter med TB. Vi har valgt å ha et særlig fokus på å vurdere grad av tilfredshet med å delta i TB, mestring av uforutsigbar arbeidstid, opplevelse av trygghet og stabilitet på vaktene samt endring av stillingsprosent.

Det finnes ulike varianter av

arbeidstaker i en periode skal kunne arbeide flere timer enn oppsatt i turnus, for å kunne avspasere på et senere tidspunkt» (9). Denne er ikke sammenlignbar med TB-modellen på MIO.

I september 2003 fikk personalet ved MIO anledning til å delta i TB etter en modifisert KUPA-modell (2), tilpasset våre forhold. Hundre prosent av arbeidstiden ble innledningsvis satt opp i arbeidsplanen. Deretter ble 25 prosent trukket ut igjen – hovedsakelig dagvakter på ukedagene – og satt inn på TB-kontoen. TB er dermed en «arbeidsbank» der du jobber inn timer du har i under-

Personalets fleksibilitet ble belønnet med en lønnsøkning på kr. 1000 per måned og en gjennomsnittlig reduksjon av årlig arbeidstid på 10 prosent. Avtalen den enkelte inngikk om arbeid i TB var frivillig. Det samme var hvilke vakter en valgte å jobbe inn. Så langt det var mulig, ble vaktene varslet 14 dager før. Ved stor aktivitet, sykdomsforfall eller behov for økt realkompetanse kunne vaktene varsles så sent som samme dag eller dagen før, og dekket inn av dem som hadde mulighet til å komme på kort varsel. Avtalen kunne gjensidig sies opp med en måneds varsel. I løpet av de tre årene vi hadde timebank, valgte til sammen 35 sykepleiere å delta i TB.

### Godkjenning og oppsigelse

Produktivitetsavtalen fra 2002 mellom NSF og NAVO (nåvæ-

**TABELL 1:** Vekting av timer i timebanken og timer uttelling i fritid.

Vakt	Arbeidstid (timer)	Vekting	Uttelling i fritid (timer)
Dagvakt ukedag *	7,5	1:1,25	9,37
Aftenvakt ukedag	7,5	1:1,50	11,25
Nattevakt ukedag	10,0	1:1,75	17,50
Dag/aftenvakt helg	7,5	1:1,75	13,10
Nattevakt helg	10,0	1:2,00	20,00
Dag og aften/natt på helligdager	7,5/10,0	1:2,50	18,75/25,00
Aften/natt på jul- og nyttårsaftener	7,5/10,0	1:3,00	22,50/30,00

\*] Kurs, undervisning, prosjektarbeid etc. vektet 1:1

Kvelds-, natt- og helligdagstillegg utbetales etter gjeldende regelverk i tillegg til ekstra fritid.

rende Spekter) gjorde det mulig for NSF å godkjenne TB da denne avtalen åpnet for mer fleksible arbeidstidsordninger. NAVO sa opp den generelle produktivitetsavtalen i mai 2004 fordi de opplevde at NSF's sentrale godkjenningsordning var begrensende for de lokale partenes handlefrihet (10). I ytterligere to år ble det inngått individuelle avtaler med den enkelte sykepleier, men i august 2006 var det definitivt slutt. NSF ville ikke godkjenne arbeidsplanen dersom TB ble opprettholdt, fordi TB ikke lenger var hjemlet i avtaleverket (AML §10-3). Planlagt uforutsigbar arbeidstid var nå uakseptabelt.

### **HENSIKT MED STUDIEN**

Hensikten med denne studien var å evaluere grad av tilfredshet med deltakelse i TB, mestring av uforutsigbar arbeidstid, personalets opplevelse av trygghet og stabilitet på vaktene samt endring av stillingsprosent. Etter nedleggelse av TB i 2006 ble det også undersøkt om personalgruppen fortsatt ønsket å benytte TB i sin arbeidshverdag – dersom TB hadde vært et mulig alternativ.

### **METODE**

Studien er en tverrsnittsundersøkelse med tre målinger foretatt i 2004, 2006 og 2008. Studien ble utført på en medisinsk intensivavdeling ved ett norsk universitetssykehus.

### **Utvalg**

Alle sykepleiere ved MIO, også de som ikke benyttet seg av TB, fikk tilbud om å delta i undersøkelsen. Både fast ansatte og vikarer med langtidskontrakt ble inkludert, uavhengig av stillingsprosent og varighet av

ansettelsesforhold. Undersøkelsen var frivillig og anonym. Ingen data ble registrert på dem som valgte ikke å delta i undersøkelsen. I undersøkelsen utført i 2004 deltok 31 intensivsykepleiere og åtte sykepleiere. Trettifire gikk i 75 prosent stilling eller mer og nesten alle (94 prosent) jobbet tredelt turnus. 59 prosent hadde vært ansatt ved MIO i > fem år. Respondentene fordelte seg tilsvarende på de ovennevnte variabler også i undersøkelsene i 2006 og 2008. Både i 2004 og 2006 var 20 av dem som besvarte undersøkelsen deltakere i TB. Totalt var det henholdsvis 83 prosent (n=39), 76 prosent (n=36) og 78 prosent (n=35) som deltok i de tre undersøkelsene.

### **Instrument**

Ved litteratursøk i PubMed, Cinahl, Embase, SweMed og Bibsys kunne vi ikke finne tilsvarende undersøkelser med standardiserte spørreskjema som var egnet til vår studie. Det er foretatt en vurdering av KUPA-modellen i Sverige, men de har i hovedsak evaluert for tid til fagutvikling og mulighet for fleksibel oppstart av vakter/fire-delt skift (2). Forutsetningen for modellene er også så forskjellige i disse to landene, at resultatene ikke er sammenliknbare. Det ble derfor utarbeidet et eget strukturert spørreskjema med faste svaralternativer og enkelte åpne spørsmål, tilpasset våre problemstillinger.

Vårt spørreskjema ble prøvd ut i en pilotstudie der fem personer deltok (10 prosent av de potensielle respondentene) for å luke ut eventuelle uklarheter i spørsmålsstillingene. Formuleringene av flere spørsmål ble justert etter denne pilotundersøkelsen. Det endelige spørre-

skjema inneholdt ti spørsmål om TB. Etter ytterligere to års erfaringer med TB, ble undersøkelsen i 2006 utvidet med seks spørsmål. Spørsmålene kan deles inn i følgende hovedtema:

- Grad av tilfredshet med timebank
- Mestring av uforutsigbar arbeidstid
- Opplevelse av trygghet og stabilitet på vaktene
- Endring av stillingsprosent

### **Datainnsamling**

Informasjon om studien ble formidlet til personalgruppen både skriftlig og muntlig. Informasjon om studiens hensikt var også gjengitt innledningsvis i spørreskjemaet. Skjema ble lagt ut i de enkeltes posthyller på avdelingen. Purring ble foretatt én gang. Anonymiteten ble ivarett ved at utfylt skjema ble mottatt i egen kassett. For å unngå gjenkjennelig håndskrift ved besvarelse av åpne spørsmål, ble skjema punchet av en person uten tilknytning til enheten.

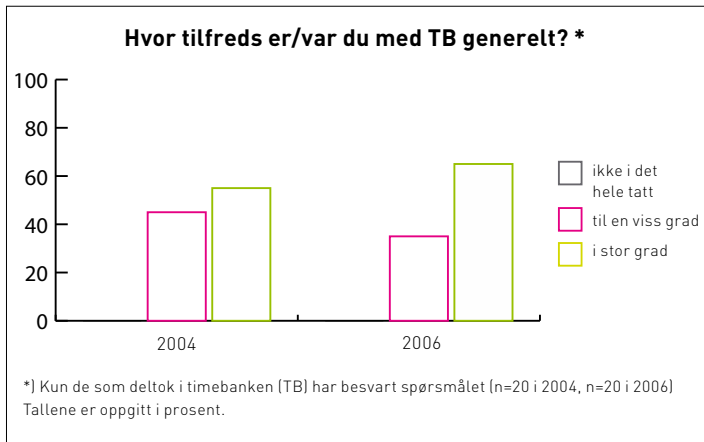
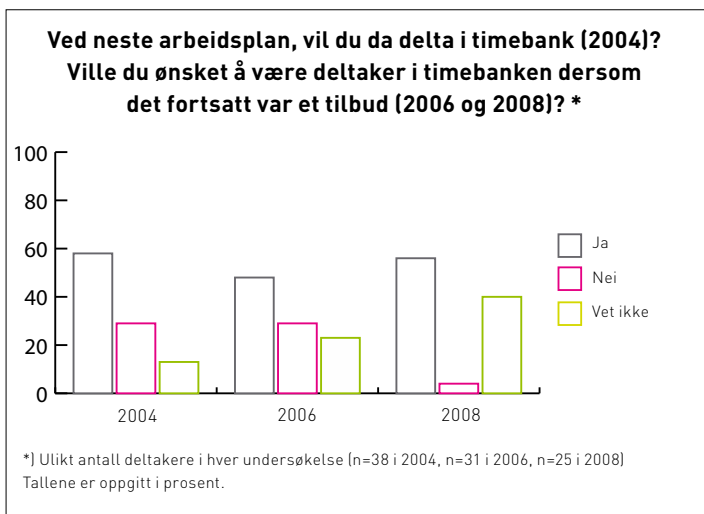
### **Dataanalyse**

Deskriptiv statistikk er utført i Microsoft Office Excel, og resultatene er presentert som absolutte tall og prosentandeler. Kvalitative data fra åpne spørsmål var av så begrenset omfang at de ikke er videre analysert, men er kun brukt i diskusjonskapittelet for å understøtte hovedresultater.

### **RESULTAT**

#### **Grad av tilfredshet med timebank**

Henholdsvis 58, 48 og 56 prosent av respondentene valgte å benytte seg av TB. Undersøkelsene som ble gjennomført i tidsrommet 2004–2008 viste at

**FIGUR 1:** Grad av generell tilfredshet med arbeidstidsmodellen**FIGUR 2:** Ønske om fortsatt deltakelse i timebank (TB)

samtliges respondenter, enten i stor grad eller til en viss grad, var tilfredse med tilbudet (Figur 1). I 2004 svarte 90 prosent (n=18) av de som deltok i TB bekreftende på at fordeling av tildelte timebankvakter mellom ukedager og helger var tilfredsstillende. Like mange var i stor eller til en viss grad tilfreds med vektingen av timene. I 2006 bekreftet alle TB-deltakerne (n=20) at de til en viss eller i stor grad var tilfreds med time-

banken. I januar 2008 ble det gjennomført en forenklet spørreundersøkelse på bakgrunn av ønske fra personalgruppen. Av de 35 som besvarte undersøkelsen ønsket 14 deltakere fortsatt å ha mulighet til å delta i TB (Figur 2).

#### Mestring av uforutsigbar fritid

Alle tre spørreundersøkelsene synliggjorde at 86 til 100 prosent av sykepleierne mestret, eller antok

de ville mestre, uforutsigbarhet i arbeidstid godt (Figur 3). Undersøkelsen i 2004 viste at samtlige TB deltakere mestret uforutsigbarheten ved å være deltaker i timebank. De fleste timebankdeltakere (95–100 prosent) opplevde i ettertid at de hadde mer fritid ved å være deltakere i timebanken enn de hadde i ordinær turnus (Figur 4). I 2006, etter avsluttet TB, bekreftet et flertall (70 prosent, n=14) av TB-deltakerne at de hadde mindre forutsigbar fritid uten TB, og 75 prosent (n=16) sa de opplevde å ha høyere vaktbelastning uten TB.

#### Opplevelse av trygghet og stabilitet på vaktene

Spørreundersøkelsene fra 2004 og 2006 viste at 91 prosent (n=32, 35) av sykepleierne opplevde økt trygghet på vaktene ved at det var flere kjente sykepleiere til stede. Av dem som deltok i TB i 2004 svarte 91 prosent (n=20) at de opplevde økt trygghet på helgevaktene ved at forbruket av eksterne ekstravakter var redusert. I 2006 sa 91 prosent av sykepleierne (n=32) at de hadde større arbeidsbelastning i helgene etter opphør av TB og 87 prosent (n=30), opplevde at kompetansesammensetningen på ubekvemme vakter hadde endret seg.

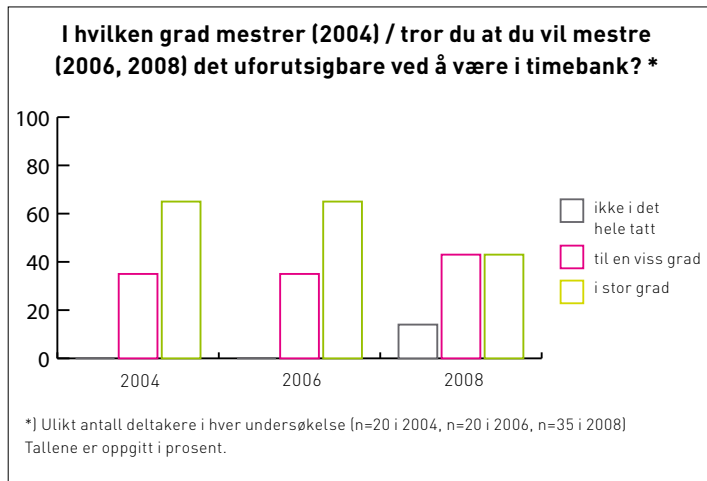
#### Endring av stillingsprosent

I 2004 deltok 27 sykepleiere i TB. Seks av disse fikk anledning til å øke sin stillingsprosent de to første årene med TB. To år senere bekreftet samtlige av de gjenværende TB deltakere med økt stillingsprosent at det var problematisk å opprettholde denne uten tilbud om deltakelse i TB.

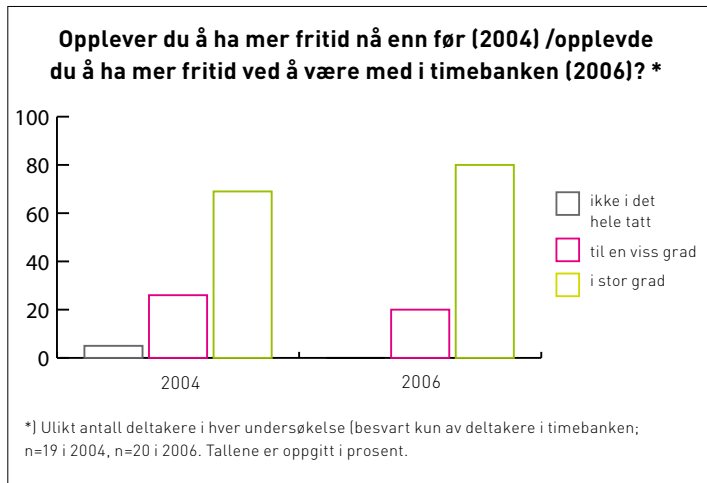
#### DISKUSJON

Denne studien synes å være den første evalueringsstudien av TB

**FIGUR 3:** Mestring av uforutsigbarhet med arbeidstidsmodellen



**FIGUR 4:** Grad av opplevd fritid i.f.b med arbeidstidsmodellen



som arbeidsplan ved et norsk sykehus. Undersøkelsen utført ved Haukeland Universitets-sykehus viste at personalet var tilfreds med tilbudet og at de hadde få problemer med å forholde seg til en delvis uforutsigbar arbeidsplan. Ulempene med TB ble oppveid av fritidskompensasjon, kvalifisert personell på alle vakter og muligheten til å øke sin stillingsprosent.

#### Grad av tilfredshet med timebank

Alle tre spørreundersøkelsene som ble gjennomført i tidsrommet 2004–2008 viser at personalet er tilfredse med TB. I 2006 og 2008 viser dataene imidlertid en økning av antall sykepleiere som ikke vet om de ville ønsket å delta i TB. Dette skyldes mest sannsynlig at det er ansatt nye sykepleiere de tre siste årene.

Manglende kunnskap om TB kan gjenspeile usikkerhet i ønsket om deltakelse.

TB er ikke nødvendigvis gunstig for alle, da den forutsetter en viss fleksibilitet. Noen vil være mer avhengig av stabilitet og forutsigbarhet enn andre – for eksempel aleneforeldre og sykepleiere med ektefeller i Nordsjøen. Dette er uproblematisk; TB er et frivillig tilbud til dem som ut ifra sin livssituasjon har anledning til, og ønsker, å delta. En deltakelse på cirka 30 prosent av personalgruppen ansees som hensiktsmessig. TB kan være krevende å administrere rettferdig dersom deltakelsen er for stor. Det må legges til rette for jevn fordeling av vakter, og det må være nok ledige vakter å jobbe inn. «Det er litt stressende å alltid passe på å være à jour med timetallet. Det er lett for at det blir kollisjon med familiens ønsker – særlig når det gjelder helger.» (Utsagn fra spørreundersøkelsen, 2004.)

En motforestilling mot TB som ikke kom fram i spørreundersøkelsene, men som ble framsagt muntlig, var at enkelte kunne oppleve det som en belastning at det i perioder kunne være relativt lav bemanning på enkelte dagvakter i uken, da for mange vakter var tatt ut til TB. Mange var også innledningsvis redde for at vaktene i hovedsak måtte jobbes inn igjen i helger. I ettertid kunne vi konkludere med at inntjening av TB-vakter foregikk halvt om halvt på ukedager (53 prosent) og i helger (47 prosent). Undersøkelsene tydeliggjør at selv to år etter nedleggelse av TB, fremkommer det et tydelig ønske fra personalgruppen om å reetablere tilbudet. «Det er vanskelig å akseptere at vi

ikke får lov til å opprettholde et ønsket, velfungerende tilbud.» (Utsagn fra spørreundersøkelsen, 2008.)

### Mestring av delvis uforutsigbar arbeidstid

Innledningsvis var enkelte TB-deltakere skeptiske til hvordan de ville forholde seg til cirka 25 prosent uforutsigbar arbeidstid. Etter innledende fase med TB, viste imidlertid spørreundersøkelsene at 86 til 100 prosent av sykepleierne mestret uforutsigbarhet i arbeidstid godt. Det var altså kun et fåtall av deltakerne som opplevde at dette represen-

ning etter opphør av TB. Det å jobbe i ordinær turnus oppleves åpenbart mer belastende enn å arbeide i TB – med flere ubekvemme vakter parallelt med 10 prosent arbeidstidsreduksjon.

Resultater fra spørreundersøkelsene viser at de fleste TB-deltakere opplevde å ha mer fritid enn tidligere. I 2006 bekrefter et stort flertall av TB-deltakerne at de har mindre forutsigbar fritid uten TB. De har ikke samme mulighet til å planlegge lengre friperioder ut fra individuelle behov. I etterkant formidler mange deltakere at de opplevde det å ha en større andel av sin

svarer med tilbakemeldinger fra sykepleiere på MIO; dersom det er mulig foretrekker de faste ekstravakter og eget personell på frivillig overtid (11). «Helgene i høst har ofte vært tøffe med ukjente ekstravakter. Det hender jeg gruer meg til helgevaktene ... Flere vikarer gjør at det er mange ukjente på jobb. Disse er mindre fleksible selv om de er ok å jobbe sammen med. Kjente folk i helgene gjør at arbeidet flyter lettere.» (Utsagn fra spørreundersøkelsen, 2006.)

### Endring av stillingsprosent

Totalt 35 sykepleiere deltok i TB i løpet av de tre årene den eksisterte. Kun to valgte å gå ut av ordningen. Annet frafall skyldtes i hovedsak langvarig sykdom, påbegynt intensivutdanning og flytting. Totalt ni sykepleiere økte sin stillingsprosent (med 5–25 prosent) på grunn av tilrettelegging for TB. Det å kunne øke sin stillingsprosent, uten særlig økning av arbeidsmengden, ble vurdert positivt. De fleste syntes det var vanskelig å opprettholde den økte stillingsprosenten etter nedleggelse av TB. Å være sykepleier ved en intensivavdeling med høy vaktbelastning og store aktivitetsvariasjoner, kan gi slitasje over tid (12,13).

### Lederbetragtninger

For ledelsen ved MIO var det særlig viktig å ha en reserve av kvalifiserte sykepleiere til å møte ulike pasientutfordringer, ikke-planlagte aktivitetsendringer, uforutsett personalfravær og beredskapsbehov, som var utslagsgivende for vår positive holdning til TB. Tidsbruk til innringing av ekstravakter før innføring av TB var formidable.

” Undersøkelsen viser at TB lar seg gjennomføre ved en intensivavdeling, og at den i hovedsak evalueres positivt av personalet.

terte et betydelig problem. Fritidsperioder som ble planlagt i forkant av årsplanen ble høyt verdsatt. Gikk en i 100 prosent stilling, kunne den enkelte planlegge med hele fire til fem ekstra friuker i året – eller enkelt dager tilsvarende disse ukene – eller en kombinasjon. 10 prosent ekstra fri kunne altså disponeres relativt fritt. Ruggerie & Pezzino sin studie viser at sykepleiere som kan påvirke egen arbeidsplan, spesielt med henblikk på å løse problemer knyttet til jobb- og fritidsproblematikk, har høyere grad av jobbtillfredshet enn de som har mindre påvirkningsmulighet (6). Med TB får personalet en høyere andel ubekvemme vakter enn oppsatt i grunnturnus – da det gjerne er disse det er størst behov for å dekke inn på avdelingen. Paradoksalt nok sier 75 prosent av dem som deltok i TB i 2003–2006 at de opplever å ha høyere vaktbelast-

stilling som forutsigbar fritid, som viktigere enn å ha forutsigbar arbeidstid.

### Opplevelse av trygghet og stabilitet på vaktene

Personalet bekreftet både i 2004 og 2006 at de opplevde økt trygghet på vaktene ved at det var flere kjente sykepleiere til stede. Utsagn fra spørreundersøkelsen i 2006 viste at det faste personalet kvitte seg til helgene, da de opplevde det å være få kjente som skulle ivareta pasientomsorgen som belastende. Dette ble et tilbakevendende problem etter opphør av TB, da bruk av sykepleiere fra vikarbyrå økte betydelig. I 2006 bekreftet sykepleierne at de opplevde å ha større arbeidsbelastning i helgene og at kompetansesammensetningen på ubekvemme vakter også hadde endret seg etter opphør av TB. En norsk studie fra 2007 sam-

De siste fem årene er avdelingen tilført en akseptabel økning av grunnbemanningen. Dette dekker likevel ikke behovet for helgevakter. Samtidig er det en uforholdsmessig stor opphopning av sykepleiere på dagvakter på ukedagene. Avdelingssykepleiere vil etter hvert kunne miste «styringsretten» over denne arbeidsreserven, da en stadig oftere møter spørsmålet om dette er effektivt ressursbruk. Kanskje må det vurderes å omdisponere denne reserven til andre oppgaver på sykehuset, som for eksempel dagarbeid på poliklinikken. TB ville sikret at sykehuset beholdt denne spesialiserte kompetansen der det er særlig behov for den – på intensivavdelingen.

#### METODISKE BEGRENSNINGER

Arbeidsplanmodellen TB har kun vært implementert, og dermed evaluert, ved ett senter. Materialet er forholdsvis lite, men svarprosenten kan sies å være tilfredsstillende. Da dette er den første undersøkelsen i sitt slag måtte spørreskjema utarbei-

des spesielt for denne studien. Skjema er derfor ikke tidligere utprøvd og validert. Skjemaet er utarbeidet av en uavhengig person som selv ikke deltok i TB eller hadde personalansvar (fag- og forskningssykepleier) i samarbeid med avdelingssykepleier ved intensivavdelingen (førsteforfatter). Forfatterne er bevisst på at forståelsen av problemstillingene kan ha innvirkning på innholdet i spørreskjemaet og måten spørsmålene utformes på. Innholdsvaliditet er derfor forsøkt sikret ved gjennomføring av pilotundersøkelse i forkant av studien. Spørreskjema ble også gjennomgått av tillitsvalgt ved avdelingen.

#### KONKLUSJON

Personalet som deltok i TB var i all hovedsak tilfreds med tilbudet. Gjennom tre spørreundersøkelser er det dokumentert at sykepleierne opplevde større grad av trygghet på ubekvemme vakter. Vi kan derfor anta at innleie av mange eksterne ekstravakter og byråvikarer oppleves som uheldig. Delta-

kerne i TB fremhevet spesielt at de mestret en delvis uforutsigbar arbeidsplan godt og at de var tilfreds med kompensasjon i form av lønn, ekstra fritid og mulighet til å øke sin stillingsprosent. Det synes derfor som om belønningssystemet kompenserer for den ulempe økt vaktbelastning medfører for den enkelte arbeidstaker. Halvparten av personalgruppen ville ønsket å delta i TB dersom den fortsatt hadde vært et tilbud på MIO.

Undersøkelsen viser at TB lar seg gjennomføre ved en intensivavdeling, og at den i hovedsak evalueres positivt av personalet. For å kunne anbefale modellen til bruk ved tilsvarende intensivenheter med akseptabel grunnbemanning og store aktivitetsvariasjoner, vil det være behov for videre utprøving og evaluering av TB.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Spørreskjema kan fås ved henvendelse til førsteforfatter.

#### REFERANSER

1. Aase K. Intensiv ønsketurnus. Tidsskriftet Sykepleien. 2001 (16): 26-9
2. Bergstrand K, Rosenlöf E, Lidmark J, Daviea K, Hedén A. Arbeidsutvekligning; Verksamhetens & medarbetarnas behov – kan det förenas? Resultat från utvärdering av arbetstidsmodellen KUPA. Landstingsförbundet; 1998.
3. NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS). Sykepleielederes syn på hvordan rekruttere og beholde intensivsykepleiere i intensivavdelinger. 1998.
4. NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS). Kartlegging av bemanning i norske intensivavdelinger; 2007.
5. Hasin Y, Danchin N, Filippatos GS,

- Heras M, Janssens U, Leor J, et al. Recommendations for the structure, organization, and operation of intensive cardiac care units. Eur Heart J. 2005;1676-82.
6. Ruggiero JS, Pezzino JM. Nurses' perceptions of the advantages and disadvantages of their shift and work schedules. J Nurs Adm. 2006;450-3.
7. Bratås O. Tilpasset turnus, gode kollegaer og variasjon generer jobbtilfredshet. Tidsskriftet Sykepleien. 2002 (14): 33-7.
8. Standard for Intensivmedisin i Norge; Ledelse, ansvar, organisering og utforming med mer av intensivavsnitt. 2. utgave; Den Norske Lægeforening, 2001. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=2678>.

9. Fagforbundet, NSF, KFO og FO. Fleksible arbeidstidsordninger og andre forhold knyttet til turnus og arbeidstid. Oslo; 2007.
10. Opphør av produktivitetsavtalen mellom NAVO-helse og NSF, Saksdokument 2004/00386; 2004.
11. Kvamme E. Vikarbyråsykepleiere i sykehus, en belastning eller avlastning? Sykepleien Forskning. 2007(1): 28-33.
12. Bakke K. Mest for spreke 30-åringere. Tidsskriftet Sykepleien. 1997 (17): 9-15.
13. Johannesen G. Stabilitet for intensivsykepleieren i intensivavdelingen? Hvordan beholde intensivsykepleieren i en intensivavdeling – en eksplorativ studie. Oslo: Universitetet i Oslo; 1997.

# Tvilende til timebank

› Det er viktig at arbeidstakere ikke blir utnyttet i et system de ikke ønsker å jobbe i.



Foto: Privat

## Av Ella Pedersen

Intensivsykepleier og assisterende avdelingssykepleier Ella Hennie Pedersen, Nordland Sentralsykehus, Bodø.

Jeg har ikke erfaring med timebank (TB) modellen, men har hørt både positiv og negativ omtale fra personer som har jobbet i modellen. De fleste har vært svenske vikarer. Høyere lønn, mer fritid og mulighet for å velge å jobbe i full stilling er bra. Modellen virket som et godt alternativ til fast turnus og jeg forventet derfor at flere var tilfreds med modellen. Jeg synes det var nedslående å lese at kun 14 av 35 ønsket TB.

Det er en utfordring å sette opp en god turnus med fleksibilitet, og som samtidig ivaretar personalets ønsker og behov. Dette gjelder muligheten til å flytte vakter for å oppnå langfri, i perioder jobbe mer i helger eller ta ferie på et ønsket tidspunkt. At man kan påvirke egen arbeidstid er viktig for å beholde sykepleierne i jobben. Ønsket om arbeidstid varierer ut fra hverdagen til den enkelte og ulike faser i livet. Det kan

derfor endre seg fra ett år til et annet. Når de ansatte får være med å sette opp egen turnus, har jeg opplevd at trivselen og arbeidsmotivasjonen har økt. TB belønner de som er fleksible med økt lønn og fritid. Dette er motivasjonsfaktorer som er viktige for noen arbeidstakere.

Det som er ugunstig, er når sykepleieren ikke vet om de har fri helgen om to uker, eller blir plassert på helger eller andre vakter som en trenger å ha fri. Dersom arbeidsgiver bruker styringsretten og pålegger sykepleierne å jobbe vakter de egentlig ønsker fri, kan det bli mye ufri-villighet.

Det at noen opplyser at det blir lav bemanning på dagvakter er et viktig moment, og tyder på at avdelingen hadde et bemanningsbehov som ble skjult i TB-modellen. Resultatet viser at det er viktig at sykepleierforbundet vurderer og godkjenner arbeidsavtaler for å forhindre at noen

arbeidstakere blir utnyttet i et system de ikke ønsker å jobbe i, som ikke er lovlig og som vil skal beskyttes mot av Arbeidsmiljøloven. Jeg er noe skeptisk til modellen, men det er dermed ikke sagt at den ikke kan brukes. Det må være en kontroll med arbeidstiden og det må være full frivillighet for den enkelte sykepleier om en vil delta i denne modellen eller ikke. Samarbeid mellom sykepleierforbundet og arbeidsgiver er viktig slik at de som vil ha TB kan få tilbudet. Man bør kunne få dispensasjon der det er nødvendig for å skape gode akseptable løsninger.

Les artikkelen på side 108





# LEDERSTILLING I HELSESEKTOREN?

BI Nettstudier tilbyr lederutdanning for helsepersonell. Undervisningen foregår på samlinger ved Handelshøyskolen BI i Oslo i kombinasjon med nettstudier. Programmene er spesielt utviklet for deg som har jobbet noen år, og som ønsker å utvikle og formalisere dine lederferdigheter.

- Grunnstudiet - Ferdigheter i helseledelse
- Fordypningstudiet - Helsetjenestens rammebetingelser

Studiestart i september 2009

[www.bi.no/helseledelse](http://www.bi.no/helseledelse)

TYNGDEN DU TRENGER

**BI**



” Til nå har sykehusene vært for lite interessert i sykepleieforskning, mens forskningen har vært for mye basert på den enkelte forskers interesse. Sykehusene bør engasjere seg og stimulere til pasientnær forskning som er relevant for sykepleiere i praksis. Sykepleien Forskning bidrar til dette.

Hulda Gunnlaugsdóttir,  
sykehusdirektor på Landspítali i Reykjavík.

sykepleien  
forskning

**Hva tilfører denne artikkelen?**

Studien belyser de utfordringer helsepersonell kan stå ovenfor i forhold til pasientens rett til medvirkning og informasjon, og viser at det er mulig å foreta vanskelige

valg ved hjelp av kasuistisk argumentasjon.

**Mer om forfatter:**

Mikael Næss, Ledende spesialsykepleier, Hjerterovervåkningen,

Oslo universitetssykehus, Ullevål, 0407 Oslo.

Kontakt: mins@uuu.no.



Foto: Erik M. Sundt

**Introduksjon:** Pasientens autonomi står sterkt i dagens helsevesen, men den er også gjenstand for mange etiske diskusjoner. Pasientens lovbestemte rett til informasjon gir helsepersonellet en plikt til å informere. Det er allikevel berettiget å stille spørsmålet om det i enkelte tilfeller er etisk riktig å holde tilbake informasjon.

**Hensikt:** Refleksjonsoppgavens hensikt er å belyse og diskutere de etiske utfordringer som kan oppstå når kravet fra «informasjonssamfunnet» møter pasienten og helsepersonellet i en akuttavdeling. Det avgjørende spørsmålet blir: Skal man informere pasienten for

enhver pris? Et kasus vil være med på å belyse problemstillingen.

**Metode:** Kasuset NN blir koblet til respirator på grunn av en pneumoni. Etter ytterligere prøver viser det seg at han har fått en akutt myelogen leukemi som ikke lar seg behandle. Av den grunn har han kort tid igjen å leve. Spørsmålet er om han skal vekkes for å få informasjon om dette? To forskjellige paradigme-case blir presentert, og ved hjelp av kasuistisk argumentasjon trekkes det en slutning om hvilket handlingsalternativ som er til pasientens beste.

**Konklusjon:** I kasuset NN blir det bestemt at han ikke skal vekkes.

Det vil sannsynligvis gjøre mer skade enn nytte. Det er allikevel viktig at etiske problemstillinger av denne karakter blir vurdert grundig og at det blir tatt individuelle hensyn. Pasienter bør derfor ikke informeres for enhver pris. I så måte kan en induktiv tilnærming ved bruk av kasuistisk argumentasjon være en metode for å oppnå den etisk riktige beslutningen. Uansett, ved slike valg utøver helsepersonellet makt, og pasienten er prisgitt de valg som blir tatt. Så sant ingen preferanser er oppgitt vil et valg om ikke å informere pasienten basere seg på et presumert samtykke. Det er derfor viktig at makten forvaltes moralsk forvarlig ut fra et godt klinisk skjønn.

# » INFORMASJON FOR EN HVER PRIS?

## – Kasuistikk fra respiratorbehandling av en pasient

Forfatter: Mikael Næss

### NØKKELORD

- Respirator
- Informasjon
- Palliasjon
- Kasuistikk
- Etikk
- Menneskerettighet

### INTRODUKSJON

Den teknologiske utviklingen går i et rasende tempo. Økt tilgang på kommunikasjonsverktøy har hatt en samfunnsendrende kraft, som blant annet har ført til større informasjonsflyt (1). Denne utviklingen har også påvirket helsevesenet. Den digitale hverdagen har ført til mer opplyste pasienter som stiller større krav til medvirkning.

I takt med de endrede samfunnsforhold har det blitt et økt fokus på pasientens rettigheter og behov. «Pasienten først» (2) kom som et resultat av en utredning fra Sosial- og helsedepartementet der bedret drift av sykehusene skulle føre til at pasientens behov ble bedre ivaretatt. Pasientens rettigheter ble ytterligere styrket da det i 2001 kom ny pasientrettighetslov (3), der retten til informasjon var en av flere sentrale punkter. Totalt sett har samfunnet blitt mer pasientorientert, og det har blitt et økt fokus på pasientmedvirk-

ning. Holdningen om at pasienten er ekspert på seg selv står sentralt (4). Pasientens rett til informasjon gir helsepersonellet en plikt til å informere (5). I den forbindelse blir det naturlig å påstå at pasientens autonomi er styrket.

Akutt, kritisk syke pasienter er i en spesielt sårbar fase. For mange pasienter kan innleggesdiagnosen være uklar og det er ikke uvanlig at angst, redsel og mangel på kontroll preger pasienten (6). Det å gi kritisk informasjon til denne pasientgruppen kan by på store utfordringer. Når og på hvilken måte skal man informere? Juridisk sett bør pasienten involveres i alle beslutningsprosesser, men vil det alltid være til pasientens beste?

Studier fra flere land viser at det er ulike holdninger og erfaringer knyttet til det å informere pasient og pårørende når en forhåndsbeslutning om å avstå fra gjenopplivning er tatt (7-12). De ulike holdningene kan også være kulturelt betinget. Mello (12) viser til at amerikanerne i mye større grad enn engelskmennene søker etter pasientens eller pårørendes samtykke når en slik beslutning blir tatt. Deres positive holdning til å involvere pasienten i slike vanskelige beslutningsprosesser blir også støttet av Robert Veatch i flere innlegg i *Critical Care Medicine* (13,14).

Kravet til informasjon står i

dag så sterkt at det å vekke pasienter på respirator for å informere om avsluttende behandling blir vurdert (15). Dette ytterpunktet vil i denne artikkelen bli presentert i den påfølgende kasuistikken. Det avgjørende spørsmålet blir: Skal man informere pasienten for enhver pris?

Hensikten med artikkelen er å belyse de utfordringer helsepersonell kan stå ovenfor i forhold til pasientens rett til medvirkning og informasjon, og samtidig vise at det er mulig å foreta vanskelige valg ved hjelp kasuistisk argumentasjon. I så måte kan forhåpentligvis den påfølgende kasuistikken og diskusjonen være med på å øke bevisstheten og oppmerksomheten rundt denne type problemstilling.

### METODE

Det finnes ulike retninger og metoder innenfor den medisinske etikken som alle forsøker å besvare etiske problemstillinger. En av disse er kasuistisk argumentasjon. Dette er en relativt gammel metode som blant andre romerske katolikker og anglikanske teologer brukte rundt det 15. og 16. århundre. Den fikk en ny anerkjennelse på 1980-tallet og brukes aktivt den dag i dag (16,17). Det som kjennetegner metoden er at den forsøker å finne svar på hvilke handlinger som er etisk riktig og feil sett ut

fra tidligere løsninger av lignende problemer (18). Metoden kan derfor sammenlignes litt med det som skjer innenfor rettsvesenet, der en tidligere dom kan skape presedens i en straffeutmåling (19). Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), og de ulike regionale komiteene (REK), har brukt metoden i flere saksbehandlinger (16).

Kasuistikk er ikke en teori, og i motsetning til regler og prinsipper som også brukes i etisk argumentasjon, så angriper kasuistikken problemstillingen induktivt. Generelt sett forlanger ikke kasuistikken at man skal komme til en sikker konklusjon, men den tilstreber en avgjørelse, anbefaling eller råd (16-18).

Kasuistikk blir foretrukket i

livskvalitet til tross for benmargsdempresjon etter cellegiftbehandling. Ved ankomst sykehuset er han høyfebril, har taledyspné, takykardi og hypertensjon. Han får relativt raskt diagnosen pneumoni, og han settes på antibiotika. Blodprøvene som blir tatt viser lavt antall trombocytter og lavt antall hvite blodlegemer. Disse verdiene er forenlig med beinmargsdempresjonen. Videre behandles han med CPAP for å oppnå tilfredsstillende oksygenering. Ved innleggelsen har han med seg kona. De har ingen barn, og heller ingen andre pårørende. Han er våken, adekvat og har samtykkekompetanse. De blir begge informert om diagnosen, og at dette sannsynligvis vil bedre seg når medisinene får virket noen dager.

men han gir klart uttrykk for at han skjønner hva det innebærer og blir lettet med tanke på å få slippe slitet med pusting. Kona holder ham i hånden under informasjonen. Hun føler også lettelse. Det er tungt å se mannen sin så dårlig. I samme øyeblikk kommer anestesilegen og det blir gjort klart for intubering. Kona blir henvist til rommet for pårørende. Intuberingen skjer uten komplikasjoner og han blir sedert og lagt på respirator. Med tanke på den foreløpig dårlige effekten av behandlingen, og hans bakenforliggende myelomatose, blir det tatt en benmargsbiopsi. Det viser seg her at pasienten har fått en akutt myelogen leukemi. Den har sannsynligvis kommet sekundært etter cellegiftbehandling. På grunn av alder og klinisk tilstand vil en ytterligere kur med cellegift være nytteløst. Det er med andre ord ingen behandling å sette inn på hovedproblemet. Han har derfor heller ingen forutsetning for å kunne bekjempe pneumonien. Han vil sannsynligvis leve fra noen dager til maksimalt noen uker. Det er av den grunn behov for en ny plan og vurdering av behandlingen. Det blir besluttet å kontinuere full medisinsk behandling, men ved ytterligere forverring blir ingen nye tiltak satt inn. Det blir også satt HLR-minus. Både sykepleier og lege dokumenterer dette i journalen. Kona blir informert ved første mulighet. Hun har ikke tidligere snakket med NN om hans preferanser i forhold til en slik situasjon.

Det går ytterligere to dager. Pasientens tilstand er stabil og han er i respiratorisk bedring. Da stiller kona følgende spørsmål: «Er det mulig å vekke han opp slik at jeg kan få adekvat kontakt med han?» Følgende spørsmål synes nødvendig å besvare før

## ” Juridisk sett bør pasienten involveres i alle beslutningsprosesser, men vil det alltid være til pasientens beste?

etiske dilemmaer der det ikke er klare regler for hvilken handling som skal velges, og særlig hvis ny kunnskap, teknologi eller sosiale endringer gjør at saken kan sees i et nytt lys (18).

Den påfølgende kasuistikken vil bli etterfulgt av to paradigme-case. Kasuistikk og paradigme-case vil først bli sammenlignet, for deretter danne grunnlaget for en avgjørelse, anbefaling eller råd. Dette vil igjen være basis for diskusjon av problemstillingen.

### KASUISTIKK

#### Kasus

En mann (NN) på 70 år blir innlagt på akuttavdeling med dyspné. Han fikk for fem år tilbake påvist myelomatose som har blitt høydosebehandlet med cellegift. Han har, ifølge seg selv, hatt god

De neste dagene blir han respiratorisk forverret med et økende behov for oksygentilførsel. Respirasjonsarbeidet begynner å ta på kreftene og han gir uttrykk for at han begynner å bli utslitt. Infeksjonsparametrene stiger og røntgenbildene viser forverring forenlig med det kliniske bildet. Det blir etter hvert besluttet å koble ham til respirator. Både pasienten og kona blir informert samtidig om at respiratorbehandling sannsynligvis vil være det beste for ham. Da vil man kunne evakuere slimet fra lungene på en lettere måte, samtidig som han får hvile fra respirasjonsarbeidet. Videre blir det informert om at dette ikke er risikofritt, men at det med størst sannsynlighet vil gå bra. Han har fått en del Morfin, noe som gjør ham litt sløv,

man vurderer å vekke ham:

- Har han godt av å bli vekket, og er dette noe han selv ønsker?
- Skal man tilstrebe å vekke ham med tanke på hans autonomi og rett til å vite?
- Skal han holdes sedert å få dø på respirator uvitende og uten mulighet til å ta farvel?

### Paradigmecase 1

Hr. A (67 år) har blitt lagt inn på sykehus med dyspné og nedsatt bevissthet på grunn av forverring av KOLS. Det viser seg raskt at han må intuberes og kobles til respirator. Hr. A har tidligere vært respiratorbehandlet to ganger på grunn av samme problem. Ved disse tilfellene har han i rehabiliteringsfasen vært våken på respirator i en til to dager før ekstubering. Det fysiske funksjonsnivået før innleggelsen har gradvis blitt dårligere, og han klarer nå å gå omtrent 50 meter på flatmark før han må sette seg. Han har ikke gitt direkte uttrykk til noe helsepersonell om sin egen livskvalitet og eventuelle preferanser i forhold til videre behandling av sin lungesykdom. Hr. A har ingen familie. Nærmeste pårørende er en venn som sier pasienten har uttrykt misnøye i forhold til sin livssituasjon. Ifølge vennen skal Hr. A angivelig en gang ha sagt at «jeg ønsker ikke å bli holdt i live av en maskin».

Etter 14 dager har ikke tilstanden bedret seg. Han er fremdeles sedert og det har ikke vært mulig å redusere på respiratorstøtten. Det vurderes derfor å trappe ned respiratorbehandlingen. Bør Hr. A være med å ta den beslutningen?

Etter en samlet vurdering foreslås det i dette tilfellet å vekke pasienten. Det å ikke gjøre et forsøk på å involvere

pasienten synes etisk galt. Hr. A har opplagt kompetanse til å ta autonome valg, og tidligere preferanser kan ikke sies å være helt tydelige. Det er ingen åpenbare grunner til at man ikke skal forsøke å vekke ham, slik at han kan få mulighet til å ta del i den medisinske beslutningsprosessen rundt sitt eget liv (15).

### Paradigmecase 2

Hr. B (71 år) har lungekreft med metastaser. Han blir lagt inn på sykehus på grunn av økende smerter, og det er snakk om etablering av smertepumpe. Han er våken, adekvat og kommuniserer godt både med familie og helsepersonell. Etter et par dager på sykehus får han plutselig en respiratorisk kollaps. Han blir intubert og koblet til respirator etter eget ønske, med det håp at det er noe som kan behandles, slik at han kan kobles fra igjen. Det viser seg at det ikke er noen tydelig reversibel prosess, som for eksempel pneumoni, som kan forklare den akutte hendelsen. Pårørende sier at Hr. B har vært innforstått med prognosen og at han har opptrådt realistisk i forhold til sin egen sykdom. Han har blant annet ordnet opp i forhold til jobb og økonomi, samt «tatt farvel» med sine nærmeste. Samtidig har han gitt uttrykk for redsel i forhold til selve dødsprosessen. Hr. B har fortalt pårørende om sine preferanser i forhold til en langtrukken intensivbehandling, og han har skrevet det i sitt livstestament. Det kommer tydelig frem at han ikke ønsker videre behandling hvis det skulle oppstå en situasjon som gjør at han ikke vil kunne forlate intensivavdelingen i live. Pårørende tror at han nå, under de gitte omstendigheter, vil ønske å dø på respirator.

Etter en samlet vurdering

foreslås det i dette tilfellet å opprettholde sederingen når behandlingen trappes ned. Det å gjøre et forsøk på å involvere pasienten vil være etisk feil. Prognosen er elendig, og det å vekke ham vil føre til både fysisk og psykisk smerte. Pasientens preferanser tilsier også at han ikke ønsker å bli vekket. På bakgrunn av alle opplysninger vil involvering av pasienten i beslutningsprosessen føre til mer skade enn nytte (15).

### Sammenligning av kasus og paradigmecase

Det aktuelle kasus og de forskjellige paradigmecase har flere likhetstrekk. Alle pasientene blir sedert og koblet til respirator på grunn av alvorlige respiratoriske problemer, og det sentrale spørsmålet er om de bør vekkes for å kunne delta i beslutningsprosessen. Pasientene er også, i våken tilstand, kompetente til å ta autonome valg.

Det kan synes som om NN har flest likhetstrekk til paradigmecase 2, og i case 2 ble det som kjent tatt en avgjørelse om ikke å vekke pasienten. Tonelli (15) begrunner valgene som blir tatt ut fra følgende faktorer:

- Pasientens velvære
- Pasientens prognose og forventet livskvalitet
- Pasientens tidligere preferanser

Det å vekke en intubert pasient på respirator kan i mange tilfeller by på problemer, særlig hvis det er i prematur fase. Det å bli overtrykksventilert i våken tilstand kan for enkelte føles meget ubehagelig. Opplevelse av åndenød, samt irritasjon på grunn av trachealtuben er noen av symptomene som kan oppstå. Hr. A vet man aksepterte dette tilfredsstillende ved forrige inn-

leggelse, mens det er mer usikkert hvordan NN vil reagere. Det som taler til NNs fordel er at han ble godt informert før sederingen, og at han av den grunn muligens vet hvilken situasjon han er i når han begynner å våkne.

Det ikke uvanlig at pasienter som har ligget lenge på respirator blir tracheostomert som en del av avvenningen. Dette gjør det lettere å være våken på respirator. NN har på grunn av sin benmargsedepresjon veldig lave trombocytter og er derfor lettblødende. Innleggelse av trakeostomi vil således innebære en veldig stor risiko for blødning og prosedyren vil derfor kunne være dødelig.

NNs prognose er elendig. Han har fra dager til, sannsynligvis noen få, uker igjen å leve. Det vil ikke være overraskende hvis det skulle oppstå komplikasjoner, som akutt blødning eller sepsis. Det er derfor liten sannsynlighet for at han vil kunne komme av respiratoren i live. Det er heller ikke utenkelig at det mulige stresset som kan komme i en oppvåkingsfase vil kunne føre til en ytterligere forverring av hans kliniske tilstand.

NN har ikke eksplisitt gitt uttrykk for sine preferanser i forhold til intensivbehandling. Kona tør heller ikke komme med noen antakelser. Hun er redd for at de kan være feil og ønsker derfor at helsepersonellet handler ut fra det de mener er et presummert samtykke.

### **Avgjørelse, anbefaling eller råd**

Ut fra en sammenligning av det aktuelle kasus med de ulike paradigme-case synes det som om det beste valget vil være å ikke vekke NN. Han har kort tid igjen å leve og han er ikke frisk nok til å komme av respirator. Det virker derfor meningsløst å påføre

han den fysiske og psykiske belastningen ved å være våken på respirator. Ved å vekke ham ville spørsmålet om informasjon komme som en ny problemstilling. Hvilken informasjon bør han da i så fall få, og i hvilken grad kan NN dra nytte av denne informasjonen? Spørsmålet er om dette er noe han ønsker selv. Valget som blir tatt tar utgangspunkt i et presummert samtykke og at det å vekke ham vil gjøre mer skade enn nytte. Det å få dø fredelig uten fysiske og psykiske smerter er i dette tilfellet av større betydning enn retten til å vite, samt muligheten til å ta farvel med sine nærmeste.

### **INFORMASJON FOR EN HVER PRIS?**

Pasientens rett til medbestemmelse er gjenstand for mange diskusjoner i dagens medisinske etikk (5). Meyers (20) argumenterer for at autonomien i utgangspunktet er det store paradigme innenfor den medisinske etikken, men han kommer med noen interessante bemerkninger. Han påstår at pasientene er sosialisert til å være heteronome fremfor autonome. Det er først når store viktige avgjørelser skal tas, som kan få konsekvenser for liv eller død, at pasienten virkelig blir involvert. Da søkes det etter informert samtykke. Meyers har et poeng. Akutt, kritisk syke pasienter blir sendt til sykehus med blålys. Første stopp er som oftest mottagelsesavdelingen der det blir foretatt diverse prosedyrer, før ferden går videre til den aktuelle avdelingen. Under denne tiden har helsepersonell foretatt mange medisinske valg og vurderinger. Det vil være feil å påstå at pasienten ikke blir informert underveis, men det er nok stor sannsynlighet for at mange valg og handlinger blir utført med den holdning at pasi-

enten samtykker. På den andre side er det forståelig at praksis fungerer på denne måten. Hvis pasienten skulle involveres i alle beslutningsprosesser, uansett nivå, så ville hverdagen på sykehuset sett betydelig annerledes ut. Sykehusene er driftet på små marginer med store krav til effektivitet. Ved å involvere pasienten i de minste trivielle vurderinger ville verdifull tid kunne gå «tapt» på bekostning av «viktigere» saker. Her er det sannsynligvis en gjensidig forståelse mellom helsepersonell og pasient. I så måte har Meyers (20) rett i at pasientene er sosialisert av helsevesenet til å være heteronome. Når beslutninger av mer alvorlig karakter blir tatt, det være seg operasjon, større undersøkelser eller andre omfattende prosedyrer, er det av større betydning å involvere pasienten. Det er allikevel viktig å skille mellom pasientens autonomi og helsepersonellens autonomi. Det skal være et gjensidig forhold (5). Pasienten har medbestemmelsesrett, men det er helsepersonellet gjennom sin kompetanse, som må stå for de faglige vurderingene. Deretter er det pasientens rett, i de aller fleste tilfeller, om han ønsker å følge de råd og anbefalinger som blir gitt.

Avgjørelsen om ikke å vekke NN viser viktigheten av helsepersonellens evne til å utøve klinisk skjønn. Det er ikke dermed sagt at beslutningen var 100 prosent korrekt, men i et etisk dilemma der begge handlingsalternativer har flere negative sider, er det viktig å handle ut fra det man antar er til pasientens beste. Det er selvfølgelig viktig å sikre pasientenes rettigheter, men økt regelstyring vil kunne gå ut over den individuelle pasientbehandlingen. I så måte vil en induktiv tilnærming, ved hjelp av kasuistisk argumentasjon, være en mulig vei å gå ved etiske

problemstillinger av denne karakter. Ved å se på hvordan lignende saker har blitt løst tidligere, vil praksis være retningsgivende for hvilke valg man tar. Ingen paradigme-case vil være helt lik den aktuelle problemstillingen man står oppe i. Men det å tilegne seg kunnskap ut fra lignende situasjoner, vil øke sannsynligheten for at man gjør det rette valget.

Helsepersonellets holdninger vil også kunne ha betydning for valget som blir tatt. En studie av Elger, Chevrolet (21) viser i så måte noen interessante funn. Der brukes et paradigme-case, ikke helt ulikt NN og Hr. B, som bakgrunn for undersøkelsen. Resultatene viste at omtrent halvparten av legene og sykepleierne svarte at de ville ha vekket pasienten hvis de hadde hatt ansvaret.

## ”” Kasuistikk blir foretrukket i etiske dilemmaer der det ikke er klare regler for hvilken handling som skal velges.

Dette korrelerte også med deres preferanser hvis de selv hadde vært pasient. Sykepleierne hadde generelt liten vilje til ikke å vekke pasienten (20 prosent), men noe usikkerhet til disse tallene må tas med i vurderingen. Det var halvparten så mange sykepleiere som leger med i undersøkelsen, og sykepleierne hadde større tendens til å være usikre. Uansett viser disse resultatene kompleksiteten i problemstillingen. Paradigme-caset i undersøkelsen (21) ligger veldig nært opp til Hr. B, og der valgte de å ikke vekke pasienten. Ved en sammenligning av disse to så ville, rent hypotetisk, halvparten av legene og sykepleierne være uenig i beslutningen.

Nå bør det nevnes at det å vekke pasienten sannsynligvis er lettere sagt enn gjort. De som

svarer på undersøkelsen sitter ikke i den reelle situasjonen, og faktorer som intuisjon, klinisk skjønn og relasjon til pasient og pårørende er derfor ikke med og styrer valget.

Formidling av informasjon til en akutt, kritisk syk pasient kan være utfordrende. Forholdene må være lagt til rette slik at informasjonen blir forstått av pasienten. God tid og «timing», samt rolige omgivelser uten forstyrrelser er viktige faktorer. Hvis helsepersonellets fokus ensidig ligger i å utføre sin «informasjonsplikt», samt å få dokumentert dette, vil det muligens være en fare for at disse faktorene blir neglisjert.

Pasientinformasjon kan inneholde så mangt. Den kan spenne fra det som oppleves som mindre viktig, til kritiske opplysninger.

Juridisk sett har pasienten rett på all informasjon som gir innsikt i helsetilstanden, men er all informasjon til det gode? Ifølge pasientrettighetsloven heter det at «Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv» (3). Nerheim (22) stiller spørsmålet om pasientens rett til ikke å få livstruende informasjon. Hun diskuterer dette i forhold til informasjonspresset som pasientene kan bli utsatt for. Hvor regelstyrt skal helsepersonellet være kontra det å bruke klinisk skjønn? Hun sier videre:

Vanligvis vil en lege eller pleier vurdere ikke bare spørsmålet om det er riktig å si sannheten, men i så fall også når det er riktig å gi informasjon – innbefattet mulig-

heten for å utsette å gi informasjon om sykdommens sannsynlige forløp. Og i alle vurderinger av dette slag er det sentrale spørsmålet hvordan informasjonen formidles (22).

Forhåpentligvis var det en korrekt avgjørelse å ikke vekke kasuset NN. Sannheten kan være vanskelig å få tak i, derfor er det viktig at avgjørelsen er velbegrunnet og kan forsvares etisk. Faren er at unnlattelse av informasjon kan bli «minste motstands vei» i vanskelige situasjoner. Enkelte kan ha frykt for å oppsøke den vanskelige samtalen og det kan føre til bruk av argumenter som: «Dette har ikke pasienten godt av å vite ...» uten at det er begrunnet i noe. Slike ubegrunnede valg er misbruk av den makten helsepersonellet har overfor pasienten (23,24). I relasjonen til pasienten innehar helsepersonellet makt. Og når det bevisst holdes tilbake informasjon så er det maktbruk. Det er derfor viktig at makten forvaltes etisk riktig slik at det kommer pasienten til gode. Kasuset NN er i utgangspunktet adekvat og kompetent til å ta egne valg. Problemet er at han er sedert og av den grunn ikke har mulighet til å få informasjon om sin tilstand. Han må i så fall vekkes opp på respirator, men dette er det tatt et valg om ikke å gjøre. Her har helsepersonellet benyttet sin fagkunnskap til å ta et valg for pasienten. De har forvaltet sin makt til det de mener er pasientens beste, og i denne situasjonen må det kunne kalles å verne den svake, noe Juul Jensen (25) ville kalt moralsk forsvarlig maktutøvelse.

## AVSLUTNING

Den teknologiske utviklingen har ført til lettere tilgang på informasjon. Mange pasienter er av den grunn mer orientert om egen

diagnose og behandling. Det er allikevel viktig å skille mellom økt tilgang på informasjon og økt kunnskap (26). Helsepersonellet sitter på spesialkompetansen og må være de som kommer med faglige anbefalinger. Den kompetente pasienten har deretter rett til å velge, særlig i de tilfeller der det er flere handlingsalternativer. Pasientrettighetsloven (3) befester pasientens rett til informasjon i forhold til seg selv og sin sykdom, men skal det informeres for enhver pris?

Kasuset NN blir koblet til respirator på grunn pneumoni. Etter intubering blir det tatt en benmargsprøve som viser akutt myelogen leukemi. Prognosen er elendig og det er store sjanser for at han ikke vil komme av respiratoren. Kona er innforstått med dette, men etter noen dager

yrer hun ønske om å vekke ham. Hennes ønske reiser noen nye spørsmål. Skal han vekkes og informeres, eller vil det gjøre mer skade enn nytte? Ved hjelp av kasuistisk argumentasjon blir kasuset NN sammenlignet med to ulike paradigme-case, og etter en totalvurdering blir det anbefalt ikke å vekke ham. Mulig utfallet kunne blitt annerledes hvis andre paradigme-case hadde ligget til grunn, men det er uansett viktig å ta et samlet og veloverveid valg der den aktuelle problemstillingen er i fokus. Lovverket og ulike etiske prinsipper (les: autonomi, ikke-skade, gjøre-godt) må selvfølgelig ligge som en basis i enhver etisk diskusjon, men når valget ikke er opplagt bør paradigme-case tas i bruk som et fullverdig supplement. Utdfordringen vil kunne

være å få tak i gode nok paradigme-case. Det ideelle hadde derfor vært å ha en dynamisk tilgjengelig kunnskapsbase med vurderte kasuistikker av ulike etiske problemstillinger (19).

Pasientens rett til informasjon står sterkt i dagens helsevesen, men kasuset NN setter det i et nytt lys. Hvis det skal informeres for enhver pris så burde også NN bli vekket. Ut fra de vurderinger som ble gjort i dette tilfellet så ville det vært meningsløst. Uansett er det av stor betydning at helsepersonell tar seg tid til å vurdere etiske problemstillinger av denne karakter grundig. Enhver beslutning pasienten ikke får ta del i er i høyeste grad bruk av makt. Det er derfor viktig at makten forvaltes moralsk forsvarlig ut fra et godt klinisk skjønn.

## REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå (2007). Informasjonssamfunnet. Statistisk sentralbyrå [Online]. Tilgjengelig: [www.ssb.no](http://www.ssb.no)
2. NOU 1997:2 (1997). Pasienten først! Helse- og omsorgsdepartementet [Online]. Tilgjengelig: [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
3. Helse og omsorgsdepartementet (2001). Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Helse og omsorgsdepartementet [Online]. Tilgjengelig: [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)
4. Tveiten, S. (2007). Den vet best hvor skoen trykker -: om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget.
5. Tranøy, K. E. Medisinsk etikk i vår tid. Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
6. Wahlin, I., Ek, A. C., & Idvall, E. Patient empowerment in intensive care – an interview study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 2006; 22: 370-377.
7. Baskett, P. J. & Lim, A. (2004). The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation*, 62, 267-273.
8. Giles, H. & Moule, P. (2004). 'Do not attempt resuscitation' decision-making: a study exploring the attitudes and experiences of nurses. *Nursing in Critical Care*, 9, 115-122.
9. Lofmark, R. & Nilstun, T. (1997). Do-not-resuscitate orders – should the patient be informed? *Journal of*

10. Lofmark, R. & Nilstun, T. (1998). Informing patients and relatives about do-not-resuscitate decisions. Attitudes of cardiologists and nurses in Sweden. *Journal of Internal Medicine*, 243, 191-195.
11. Manias, E. (1998). Australian nurses' experiences and attitudes in the «Do Not Resuscitate» decision. *Research in Nursing & Health*, 21, 429-441.
12. Mello, M. & Jenkinson, C. (1998). Comparison of medical and nursing attitudes to resuscitation and patient autonomy between a British and an American teaching hospital. *Social Science & Medicine*, 46, 415-424.
13. Veatch, R. M. (2002). Assault or homicide: treating and letting die without consent. *Critical Care Medicine*, 30, 937-938.
14. Veatch, R. M. (2003). Do not resuscitate: ordering nonassault and charting patients' decisions to forgo cardiopulmonary resuscitation. *Critical Care Medicine*, 31, 1593-1595.
15. Tonelli, M. R. Ethics in cardiopulmonary medicine. Waking the dying: must we always attempt to involve critically ill patients in end-of-life decisions? *Chest*, 2005; 637-642.
16. Forsberg, E. M. Kasuistikk. *Forskningsetikk*, 2003. [Online]. Tilgjengelig: [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)
17. Strong, C. Critiques of casuistry and

- why they are mistaken. *Theoretical Medicine & Bioethics*, 1999; 395-411.
18. Ruyter, K. W. Medisinsk etikk: en problembasert tilnærming. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
19. Louw, S.J. & Hughes, J. C. Moral reasoning – the unrealized place of casuistry in medical ethics. *International Psychogeriatrics*, 2005; 17: 149-154.
20. Meyers, C. Cruel choices: autonomy and critical care decision-making. *Bioethics*, 2004; 18: 104-119.
21. Elger, B.S. & Chevrolet, J. C. Attitudes of health care workers towards waking a terminally ill patient in the intensive care unit for treatment decisions. *Intensive Care Medicine*, 2003; 29(3); 487-490.
22. Nerheim, H. (1991). Den etiske grunnerfaring: fra regelforståelse til fortrolighetskunnskap. Oslo: Universitetsforlaget.
23. Lo, B. Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians. Baltimore: Williams & Wilkins, 2000.
24. Stang, I. Makt og bemyndigelse: om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
25. Juul Jensen, U. Moralsk ansvar og menneskesyn: om holdninger i social- og sundhedssektoren. København: Munksgaard, 1995.
26. Hjortdahl P.O. Informerte pasienter – til glede eller besvær? *Tidsskrift Norske Lægeforening*, 1997; 117, 2604.



Dilemma:

# Informasjon under tidspress

► Pasientens rett til informasjon er en overordnet retningslinje.

Foto: Erik M. Sundt



Av Lise Snorrason

Intensivsykepleier ved Intensiv-avdelingen, Sykehuset Buskerud HF

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Pasientrettighetsloven lovfester at «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.»

Oppstart av intensivbehandling skjer ofte under tidspress og i situasjoner hvor man ikke har full oversikt over pasientens tidligere sykdomshistorie og uttrykte ønsker. Iblant innser man først senere at intensivbehandlingen kun vil ha livsforlengende funksjon, og man endrer fokus fra intensiv til lindrende behandling. I slike situasjoner er det etter min mening et viktig prinsipp at ingen pasient er helt lik noen annen.

Selv med nåtidens store informasjonstilgang, vil pasienter i svært ulik grad ha kunnskap om og være forberedt på kritiske situasjoner som kan oppstå. Det er også veldig forskjellig hvorvidt pasienter har diskutert slike spørsmål med sine nærmeste og under hvilke forutsetninger slike samtaler har skjedd. Pasienter med samme medisinske

diagnose kan ha helt forskjellig opplevelse av situasjonen, ikke minst med bakgrunn i tidligere liv, religion, verdier, sosiale og mentale forhold.

For meg vil pasientens rett til informasjon være en overordnet retningslinje. I så henseende ser jeg ikke at respiratorpasienter er annerledes enn andre pasienter som får informasjon om livstruende tilstander.

I min intensivhverdag lar vi pasienten være våken på respirator så fort det er medisinsk forsvarlig, for best mulig å bevare kroppslige og mentale funksjoner og forhindre komplikasjoner. Selv sederte pasienter blir informert og realitetsorientert.

Det finnes ingen fasit for helsepersonells beslutninger om behandling i livets sluttfase, men beslutningene må tas med bakgrunn i:

- gjeldende lover og retningslinjer
- medisinsk og helsefaglig vurdering av hva som er til pasientens beste
- hva pasienten ønsker selv

- drøftinger i det tverrfaglige behandlingsteamet
- supplerende medisinsk vurdering eller konsultasjon med klinisk etisk komité ved tvil og usikkerhet

Disse vurderinger og konklusjoner skal dokumenteres.

Jeg er skeptisk til at paradigme-case skal brukes aktivt i individuelle beslutningsprosesser, og redd for at de i tilfelle kan ta fokus bort fra den aktuelle medisinske vurderingen og pasientens ønsker. I stedet kan slike case brukes i diskusjoner i miljøet for å øke vår bevissthet og forberede oss bedre til slike utfordringer. I så henseende kan de ha stor verdi, og indirekte gjøre at vi allikevel til en viss grad anvender kasuistisk metode i nye problemstillinger.

Takk til M. Næss som fokuserer på etiske problemstillinger – de er en viktig del av intensivsykepleiers (og annet helsepersonells) hverdag.

Les artikkelen på side 118



**Hva tilfører denne artikkelen?**

Foreldre med alvorlig syke barn har et stort behov for støtte. I første fase av sykdommen er foreldrene ofte i sjokk, og de kan oppleve kaos og handlingslammelse. En måte å møte foreldres

behov for støtte og oppfølging på er å arrangere foreldremøter.

**Mer om forfatterne**

Lise Lotte Hoel: rådgiver, sykepleier seksjon Stor-Oslo Kreftforening-

gen. Tove Sveggen: assisterende avdelingssykepleier, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet, Barneklivnikken post 3. Kontaktperson: lise.lotte.hoel@kreftforeningen.no.



Foto: Erik M. Sandt

**Studiens bakgrunn:** Foreldremøter er en viktig arena hvor foreldre til barn med kreft kan møtes, dele erfaringer og finne en måte å mestre krisen det er å ha et sykt barn på.

**Hensikt med studien:** Å beskrive gjennomføringen av slike foreldremøter og vise hva foreldrene var opptatt av på møtene.

**Metode:** I perioden 1995 til 2005 ble det arrangert 396 foreldremøter på

Barneklivnikken på Rikshospitalet, gjennomsnittlig 39 møter per år. Totalt deltok gjennomsnittlig 137 deltakere per år.

**Resultat:** Det ble skrevet referat fra foreldremøtene, og disse referatene ble analysert ved hjelp av tekstanalyse. Det ble referert 771 tema som ble samlet i tolv kategorier. De kategoriene som ble hyppigst nevnt var; å være på sykehus, å mestre og leve med et barn med

kreft og å gjennomgå forskjellige faser i behandlingen. Totalt kan 57 prosent av temaene kategoriseres innen psykososiale tema.

**Konklusjon:** Foreldremøter er et nyttig redskap for å støtte foreldrene. Det at majoriteten av de tema som tas opp er av psykososial art understreker betydningen av å gi foreldrene bred støtte. Det er behov for flere studier hvor det tilbudet foreldrene får iverksettes og evalueres.

# » – Foreldremøter i somatisk avdeling med alvorlig syke barn

Forfattere: Lise Lotte Hoel og Tove Sveggen

## NØKKELORD

- Barn
- Kreft
- Familie
- Pårørende

## INNLEDNING

I Norge får cirka 130 barn i alderen 0 til 15 år diagnosen kreft årlig (1). Akutt leukemi og kreft i hjernen og det øvrige nervesystemet utgjør om lag 60 prosent av krefttilfellene hos barn. Behandlingen og oppfølgingen skjer ved barneavdelinger i hele landet. De fleste barna behandles i helseregion Helse Sør-Øst. Barna gjennomgår ulike typer behandling avhengig av hvilken kreftsykdom de har. Behandlingen kan være cytostatikakurer, strålebehandling og operasjon, hver for seg og i kombinasjon. Kreftbehandling av barn er ofte intens, og kan vare fra ett til to og et halvt år (2). Behandlingen medfører ofte bivirkninger som også trenger behandling, og barna har hyppig kontakt med sykehusenes poliklinikker og barneavdelinger i løpet av behandlingen.

I første fase av sykdommen er foreldrene ofte i sjokk, og de kan oppleve kaos og handlingslamelse (3). En mor med et alvorlig kreftsykt barn beskriver at følelseslivet var et kaos, og at de gråt mye når barna ikke var til stede (4). I en svensk studie er det vist at 33 prosent av foreldrene opplevde traumatisk stress (post traumatisk stressyndrom) en uke etter at barnet deres fikk en kreftdiagnose, 28 prosent opplevde det etter en måned og 22 prosent etter fire måneder (5). Selv om antallet som opplever traumatisk stress avtar over tid er det viktig at de får oppfølging slik at opplevelsene kan bearbeides.

Foreldre med alvorlig syke barn har et stort behov for støtte (6, 7) både for å ivareta sin egen livskvalitet, men også for å kunne være en god støtte for barnet og eventuelle søsken. En måte å møte foreldres behov for støtte og oppfølging på er å arrangere foreldremøter. Foreldremøter for foreldre til barn med kreft kan være en viktig arena hvor de møter hverandre, deler erfaringer og finner nye måter å mestre krisen på. Å dele tanker og opplevelser med andre kan stimulere til nye mestringsstrategier (8). Foreldremøter vil kunne fungere som en støttegruppe, og støttegrup-

per kan skape et klima av omsorg som kan lette tilbakegangen til mer likevekt i familien igjen (9). Sykehusbaserte støttegrupper har en spesifikk relevans for familier som har barn som gjennomgår kreftbehandling. De kan skape trygghet og være et forum som gir informasjon og kunnskapsutveksling i løpet av behandlingsperioden (10). Foreldremøter kan også gi familiemedlemmene anledning til å uttrykke frustrasjon om sitt barns sykehusinnleggelse på en konstruktiv og mindre truende måte (11).

Foreldregrupper i somatiske avdelinger med alvorlig syke barn har vært anvendt lenge, men det er lite beskrevet (11). Ladebauch (11) skriver om foreldrestøttegrupper og temaene som opptok foreldrene var hyppige sykehusinnleggelse på grunn av sykdom, ivaretagelse av søsken, regrederende atferd hos barnet, mangel av diagnose på barnets sykdom, mangel av privatliv, andre familieoppgaver/ansvar, fravær fra jobb, følelse av hjelpeløshet, økonomi og forsikring. Foreman (10) beskriver sykehusbaserte støttegrupper for foreldre med alvorlig syke barn. Temaene i disse gruppene var å fortelle hverandre om sitt barns sykdomshistorie, hvordan det

var å være foreldre til syke barn, forholdet mellom foreldre og personalet, generelle mestringstema og mestringsstrategier, sikre god behandling til barnet, medisinsk behandling, undervisning og praktiske tema i sykehuset og i fremtiden. Og til slutt, Nugent og kolleger (9) beskriver en modell

artikkelen har ti sengeplasser for barn med kreft. Møtene ble arrangert en time ukentlig. Foreldre ble invitert til møtet av pasientansvarlig/vaktansvarlig sykepleier muntlig og skriftlig. Sykepleier, førskolelærer og sykehusskole var sammen med barna i møtetiden når det var mulig slik

referat om hvilke tema som ble tatt opp og samtalt om. Hvert halvår ble temaene i referatene registrert, og talt opp. Videre ble det talt opp antall møter, hvor mange som møtte, antall møter hvor ingen deltakere møtte og antall avlyste møter. Referatene ble skrevet av den fagpersonen som ledet møtet; sykepleier og psykolog/psykiater, avdelings-sykepleier eller assisterende avdelingssykepleier. De fleste referatene ble skrevet av sykepleier ansatt i Kreftforeningen.

## ” Å dele tanker og opplevelser med andre kan stimulere til nye mestringsstrategier.

for foreldrestøttegruppe. Temaene i disse gruppene var døden, foreldres frykt, skyld, erfaringer med sykehusinnleggelse, familiebekymringer, økonomi, mangel på støtte fra partner og/eller familie, mestre atferdsproblemer og grensetting når barnet er i sykehus.

Ut fra eksisterende litteratur og forskning er støttegruppetilbud til foreldre med et alvorlig sykt barn lite beskrevet og varierer med hensyn til innhold. Barneklivnikken på Rikshospitalet har fra 1980 tilbudt samtalemøter/foreldremøter for foreldre til barn med kreft. Hensikten med møtene har vært å muliggjøre et sted man kan treffe andre foreldre, dele felles erfaringer og å gi hverandre støtte sammen med fagpersoner i avdelingen.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive gjennomføringen av foreldremøtene og hva foreldrene var opptatt av på møtene. Data er basert på referatene fra foreldremøtene over en ti års periode, 1995–2005. Slik kunnskap antas å kunne ha stor klinisk verdi for dem som arbeider med syke barn og deres foreldre.

### FORELDREMØTER PÅ BARNEKLIVNIKEN RH

Avdelingen som omtales i denne

at foreldrene kunne få anledning til å delta. Kaffe, te og kjeks ble servert på møtene.

Ledelse av møtene var fra 1995 fordelt mellom barnepsykiater/psykolog og sykepleier ansatt i Kreftforeningen. Senere har avdelingssykepleier/assisterende avdelingssykepleier og sykepleier fra Kreftforeningen hatt ansvar for de fleste møtene. Møtene inneholdt både undervisning og informasjon. Siden 2000 har psykolog/psykiater, sosionom, ernæringsfysiolog, fysioterapeut og spesialpedagog hatt korte innlegg innen sitt fagområde en gang i måneden. Fortrinnsvis var det to fagpersoner på hvert møte. For å få en oversikt over innholdet i møtene og informere foreldre som ikke deltok, ble det skrevet referat om hva foreldrene tok opp og hvilke svar som ble gitt.

### METODE

Metoden som er anvendt for å analysere referatene, som er skrevet fra foreldremøtene i perioden 1995-2005, er tekstanalyse.

### Datamaterialet

I referatene fra foreldremøtene ble dato for møtet, hvilke fagpersoner som var til stede og hvor mange fedre og mødre som deltok registrert. I tillegg ble det skrevet

Det foreligger 292 håndskrevne sider med referater fra foreldremøter i perioden. Lengden på referatene varierer fra et par linjer til en A4 side. Referatene er anonymiserte i forhold til foreldreutsgagn. Regionale komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK Helse Sør-Øst, har på henvedelse bekreftet at studien var å anse som et kvalitetsutviklingsprosjekt og ikke fremleggsppliktig.

### ANALYSE AV REFERATENE

For å analysere innholdet i referatene er Kvaes (12) steg i analyseprosess for tekstanalyse av intervju blitt anvendt. Disse stegene er; 1) meningsfortetting, 2) meningskategorisering og 3) meningstolkning og generering.

Da referatene ikke gjengir full tekst av innholdet i møtene, blir de å betrakte som en meningsfortetting (reduksjon av lengre tekster til kortere og mer konsise formuleringer) av det muntlige innholdet i møtet. Alle referatene ble lest gjennom som en helhet. For å analysere innholdet i referatene og starte meningskategorisering ble tema fra referatene notert ned. Når ett tema gjentok seg, eller et nytt kom frem, ble det registrert og summert hvor ofte et tema var nevnt i refera-

**TABELL 1:** Tema samlet i kategorier i de 396 møter i 10 år fordelt i 33 kategorier.

Hovedkategorier	Kategorier	Antall møter
Være på sykehus	samarbeid, tidspress, sammen slåing av avdelinger i ferier	101
Mestre å leve med kreftsykt barn	hva er verst, hva hjelper?	82
Faser i behandlingen	sjokk og krise, oppstart av behandling, usikkerhet om effekt, leve normalt, veksle mellom hjem og sykehus, bekymring for ny sykdom	71
Samarbeid om pleie av barnet med sykepleier	avlastning, medisintider, stole på pleier	66
Informasjon	familiens nærmiljø, informasjon om kreft	65
Praktiske problemstillinger i avdelingen	enerom, matlaging, matbetaling, aktiviteter, trim-muligheter for foreldre	65
Barnets behov	reaksjoner	59
Foreldrenes behov		56
Søskens behov		50
Foreldres behov for eget voksenliv og samtidig ha et alvorlig sykt barn	arbeid, være sammen med venner uten barn	45
Informasjon om rettigheter		33
Mattilbudet på sykehuset		31
Ernæring til barnet		25
Hygiene, infeksjon og beskyttelse		11/10
Grensesetting		11

tene. Temaene i referatene ble så kodet og samlet i kategorier som for eksempel praktiske problemstillinger i avdelingen, infeksjon og informasjon. Videre ble disse kategoriene samlet i større og mer overordnede kategorier som for eksempel «å være på sykehus», «mestre å leve med et barn med kreft» og «faser i behandlingen» (se Tabell 1).

Det siste trinnet til Kvale (12) er meningstolkning. De ulike kategoriene ble sett i sammenheng med når og hvem som ledet møtene og så videre. For

eksempel viste det seg at i den perioden Barneklubben flyttet til nytt sykehus på Gaustad var mat et ofte nevnt tema. I denne perioden krevde sykehuset at begge foreldre skulle betale for maten de fikk. I dag får de fleste foreldrene gratis mat.

For å kvalitetssikre tolkningen av referatene ble de analysert og kodet av to personer (forfatterne av artikkelen) uavhengig av hverandre. Begge har erfaring med å lede foreldremøter og kjenner til det muntlige innholdet bak det skriftlige (12).

## RESULTAT

### Antall foreldremøter og deltakelse

Det ble arrangert totalt 396 foreldremøter i perioden 1995 til 2005. Det er et gjennomsnitt på 39 møter per år av cirka 45 mulige dager. Det ble avlyst mellom tre og ni møter per år fordi ingen kunne lede møtet og/eller fordi møterommet ble brukt til pasientrom, eller det var ingen foreldre som møtte opp på ett til fem møter per år.

Når det gjelder antall foreldre som deltok på de ulike møtene, var det totalt sett 1371 deltakere i perioden 1995 til 2005. Det blir et gjennomsnitt på 137 deltakere per år. Fra en til seks personer møtte opp på hvert møte.

På noen møter er det ikke registrert fordelingen mellom mødre og fedre, men av 1076 foreldre var fordelingen 684 mødre og 392 fedre. Det er ikke noe data på hvor mange møter enkeltpersoner kan ha deltatt på.

### Fagpersoner på møtene

Avdelingssykepleier/assisterende avdelingssykepleier deltok på 121 av 396 møter. Sykepleier ansatt av Kreftforeningen deltok på 236 av totalt 396 møter. Andre faggrupper, psykolog/psykiater, sosionom, ernæringsfysiolog deltok på 69 av 396 møter.

### TEMA OG KATEGORIER

Ved gjennomgang av alle referatene ble det i løpet av ti år referert totalt 771 tema. For å kode dette ble disse temaene satt sammen til ulike kategorier (se Tabell 1). De to som kodet kom fram til henholdsvis 33 forskjellige kategorier. Tema som ernæring, familie, venner og søsken ble registrert like ofte av de to som kodet. Noen tema varierte i antall og ble gjennomgått av

de som kodet til konsensus ble oppnådd. Kategorien «å leve med kreftbehandling» (åpenhet, erfaringer, mestre, leve hjemme) og kategorien «å være på sykehus» (å ha syke barn, isolasjon, overføring til annet sykehus og så videre) varierte noe i antall hos de to som kodet. En grunn til denne variasjonen er at temaene her kan passe inn under flere kategorier og ikke er like konkrete som eksempelvis hygiene og ernæring. Eksempelvis, å være isolert på et rom på grunn av infeksjon ble plassert under kategori «å være på sykehus», mens å være isolert fra andre barn er plassert i kategorien «å leve med kreftbehandling».

De oftest nevnte kategoriene var å være på sykehus (samarbeid, tidspress, sammenslåing av avdelinger på grunn av ferie). Disse ble nevnt 101 av 771 ganger (Tabell 1). Nest hyppigst er å mestre og leve med kreftsyke barn (hva hjelper, hva er verst). Dette ble tatt opp 82 av 771 ganger. Faser i behandlingen (sjokk og krise ved diagnosen til barnet, oppstart av behandling) nevnes 71 av 771 ganger.

## DISKUSJON

De kategoriene som oftest ble tatt opp på møtene (101 ganger) var «å være på sykehus». Dette området utgjør rammefaktorene, og det er forståelig at foreldre til barn som er innlagt på barneavdelinger er opptatt av det. Foreldrene lever i en type bofellesskap med barn, andre foreldre og fagpersoner hele døgnet. De sover på flatseng, har et skap til personlige eiendeler og har nærmest ikke privatliv. Foreldre godtar dette, og mange gir uttrykk for at de er takknemlige for å møte fagpersonell som gir barnet livsnødvendige behandling, pleie og omsorg. Mangel på privatliv er

også trukket fram som et viktig område i en tidligere studie (11). Andre nevnte tema innen samme kategori var ulike praktiske problemstillinger (nevnt 65 ganger) og samarbeid med sykepleier (nevnt 66 ganger). Praktiske tema i sykehuset og erfaringer med sykehusinnleggelse har også vist seg som betydningsfulle områder for foreldre i tidligere studier (10, 9).

Det å mestre og leve med et barn med kreft var tema 82 ganger, og fasene i behandlingen ble tatt opp 71 ganger. Annen forskning viser også betydningen av mestring og mestringsstrategier (10, 9) og en følelse av hjelpeløshet hos foreldre med alvorlig

(leve med kreftbehandling, usikkerhet, uforutsigbarhet, roligere faser i behandlingen, være hjemme, være på sykehus, opplevelse av variasjoner ved de forskjellige fasene i behandlingen, barn, søsken, foreldres behov). Med denne inndelingen nevnes de psykososiale temaene 439 av 771 ganger (56,9 prosent), mens de praktiske temaene nevnes 332 av 771 ganger (43,1 prosent). Dette viser foreldres behov for å samtale med andre om å ha et kreftsykt barn og understreker betydningen av å gi foreldrene psykososial støtte i tillegg til informasjon og praktisk støtte.

Slike foreldremøter eller støttegrupper vil også være av faglig



Foreldremøter eller støttegrupper vil også være av faglig betydning for fagpersonell.

syke barn (11). Kreftbehandling for barn kan vare over lang tid. De er mye på sykehus og ofte med mange plager på grunn av bivirkninger av behandlingen. Livet deres blir preget av lite forutsigbarhet, og foreldre forteller at kofferten alltid er ferdig pakket. Lillrank (13) intervjuet 32 familier med barn som hadde kreft. Hun fant at foreldrene spesielt anvendte to mestringsstrategier; å leve en dag av gangen og det å finne rimelige forklaringer på sykdommen utover de medisinske. Det var viktig å finne akseptable forklaringer på hvorfor dette hadde rammet dem. Krisen ble sett på som en uløselig konflikt, og de måtte prøve å ta en dag av gangen.

Tema og kategoriene som er vist i Tabell 1 kan deles inn i praktiske tema (som å være på sykehus, samarbeid med sykepleieren, mat, ernæring, rettigheter) og psykososiale tema

betydning for fagpersonell. Fagpersonell og ledelsen i avdelingen opplever møtene som en arena og et korrektiv ved at foreldrene deler med fagpersonell og informerer dem om sine erfaringer. Ledelsen av møtene ble av den grunn fordelt mellom tre fagstillinger, avdelingssykepleier, assisterende avdelingssykepleier og sykepleier fra Kreftforeningen som hadde ukentlig kontakt med avdelingen. Som fagperson er det viktig å oppleve foreldres nytte av hverandre og hvordan de har funnet frem til å leve et noenlunde «normalt» liv på sykehus og hjemme (13).

Foreldremøtene ved RH var noe ustrukturerte ved at de temaene som ble tatt opp delvis var forberedt av fagpersoner på forhånd og delvis ble styrt av foreldrenes behov. Dette er også vist i andre lignende støttetiltak for foreldre (9). Hovedoppgaven er å oppmuntre foreldrene til å

delta og få dem til å ta opp det som er viktig for dem. Gruppelederne kan bringe opp temaene de vet er viktige, og de har en viktig rolle ved at de gir informasjon, svarer på spørsmål, gir følelsesmessig støtte og bringer inn andre psykososiale tema som er aktuelle (11). Suksessen med en gruppe er beskrevet som å vite hvorfor mennesker deltar og mulighetene til å imøtekomme gruppens behov (14).

En utfordring ved å arrangere foreldremøter på en avdeling med alvorlig syke barn er å arrangere møtene slik at flest mulig foreldre ønsker og får anledning til å delta. I studien til Mc Gee (14) deltok foreldrene på ett til tre møter i løpet av studien. Antall dager barna er i avdelingen og intensiteten på behandlingen, kan også ha innvirkning på foreldrenes mulighet til å delta. Forman (10) opplevde å bruke mye tid på å få foreldrene til å delta i gruppen og viser at det er viktig hvordan foreldrene informeres og inviteres til gruppen. En svakhet ved studien ved RH er at det ikke ble samlet informasjon om hva som kjennetegner foreldre som ikke

deltok på foreldremøtene. Det kunne vært nyttig for eventuelt å rekruttere flere.

En annen svakhet med denne studien er at tilbudet foreldrene mottok ikke er blitt evaluert. Det er vist i tidligere studier at foreldre finner slike tilbud nyttige. Foreldre i studien til Forman et al (10) skåret 2.5 på en skala fra 1–3 om hvor nyttig gruppen hadde vært for dem (3 var svært nyttig). Programmet ble evaluert som spesielt nyttig av familier hvor barnet nylig hadde fått en kreftdiagnose. Mc Gee og kolleger (14) fant at 72 prosent av de foreldrene som deltok i en støttegruppe hevdet at det var nyttig og informativt for dem.

## KONKLUSJON

Denne studien viser tema som er blitt tatt opp på foreldremøter over en tiårs periode. Det er interessant å se at majoriteten av de tema som tas opp er av psykososial karakter. Dette understreker betydningen av, å gi foreldrene psykososial støtte, i tillegg til informasjon og praktisk hjelp, i slike foreldremøter.

Foreldremøtene her er ikke

systematisk evaluert. Allikevel er vår erfaring at slike foreldremøter på barneavdeling med alvorlig syke barn anbefales. Primært for at foreldre skal få anledning til å møte andre foreldre. I dette tilfellet kan suksessfaktorene for mange gjennomførte foreldremøter være støtte fra ledelsen i avdelingen, få og erfarne møteledere, avlastning av foreldre, skriftlig og muntlig invitasjon til møtet.

Møtene gir også ledelsen anledning til å møte brukernes (pårørende/foreldrene) behov og bli informert om hvordan det er å være pasient og pårørende i avdelingen. Fagpersonell kan ikke ta fra foreldre kriseopplevelsen og sorgen over å ha et alvorlig sykt barn. Men vi vet det er viktig å få støtte og dele opplevelse med andre som forstår og har opplevd noe lignende.

## TAKKSIGELSER

Takk til Tone Rustøen, RN, PhD, seniorforsker og professor ved senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning, Rikshospitalet for hjelp og støtte i utviklingen av denne artikkelen.

## REFERANSER

1. **Kreftregisteret 2006.** Cancer Incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. F. Bray, Editor. 2007, Cancer Registry of Norway, Oslo.
2. **Bringager H, Sæter R, Hellebostad M.** Barn med kreft: en medisinsk og sykepleiefaglig utfordring. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.
3. **Cullberg J.** Mennesker i krise og utvikling. Aschehoug Oslo 1985.
4. **Jørgensen M.** "Mamma og pappa, det er urettferdig": å være foreldre til et barn med kreft. Oslo: Diatekst, 1997.
5. **Poder U, Ljungman G, von Essen L.** Posttraumatic stress disorder among parents of children on cancer treatment: a longitudinal study. *Psychooncology*, 2008; 17:430-7.
6. **Lowe R, Bravery K, Gibson F.** Naviga-

ting the maze: parents' views and influence on a paediatric haematology and oncology day care service. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17: 3159-67.

7. **Poder U, von Essen L.** Perceptions of support among Swedish parents of children on cancer treatment: a prospective, longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*, 2008; Nov 21 [epub ahead of print].

8. **Heap K.** Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere. 5. utg. ed., Oslo: Gyldendal akademisk, 2005.

9. **Nugent K, Hughes R, Ball B, Davis K.** A practice model for a parent support group. *Pediatric Nursing* 1992; 18: 11-6.

10. **Foreman T, Willis L, Goodenough B.** Hospital-Based Support Groups for Parents of Seriously Unwell Children:

An Example from Pediatric Oncology in Australia. *SOCIAL WORK WITH GROUPS* 2005; 28: 3-22.

11. **Ladebauche P.** Unit-based family-support groups: a reminder. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing* 1992; 17:18-21.

12. **Kvale S.** Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Norsk Forlag, 1. utgave 1997, 9 opplag 2006.

13. **Lillrank A.** Living one day at a time. Parental dilemmas of managing the experience and the care of childhood cancer. Doctoral dissertation, Stakes Research Report 89: 285- 290, 1998.

14. **McGee SJ, Burkett KW.** Building a support group for parents of children with brain tumors. *Journal of Neuroscience Nursing* 1998; 30: 345-9.

# En viktig arena

> I foreldremøter for foreldre med kreftsyke barn får deltakerne dele sine erfaringer med andre som er i samme situasjon.

Foto: Therese Børge



**Av Tove Nyenget**

Kreftsykepleier, Spesialisert barne-  
medisin post 2, Oslo universitets-  
sykehus, Ullevål

Jeg jobber som kreftsykepleier ved barneavdelingen på Oslo universitetssykehus, Ullevål hvor vi også i lange perioder har hatt foreldremøter. Vi har ikke skrevet referat fra våre møter, men opplever å kjenne igjen de temaene som artikkelen til Hoel og Sveggen beskriver som aktuelle for foreldrene.

Artikkelen omhandler et viktig område innen kreftomsorg til barn. Den viser en måte å ivareta barnas viktigste omsorgspersoner på, nemlig foreldrene. Artikkelen viser at foreldremøter kan være en fin arena for foreldre til kreftsyke barn for å møte andre foreldre som lever i en lignende situasjon som de selv.

Artikkelen viser at man har gjennomført foreldremøter fast og møtene har hatt en viss struktur/ramme, men samtidig har man vært åpen for hva de fremmøtte foreldrene faktisk ønsker å ta opp. Jeg tror dette er en hensiktsmessig metode som

åpner opp for en god toveiskommunikasjon mellom foreldrene og avdelingen. Det er mange viktige temaer man som fagperson har lyst til å belyse i et slikt møte, men hendelser i avdelingen, hvor i behandlingsforløpet de fremmøtte foreldrene faktisk er og gruppens sammensetning påvirker dynamikken, engasjementet og hvilke tema gruppen faktisk vil snakke om akkurat denne dagen.

Artikkelen viser at det er mange tema foreldre ønsker å diskutere, men de psykososiale sidene ved å få et kreftsykt barn er svært viktige. Ikke særlig overraskende for oss som har jobbet innen fagfeltet en stund, men likevel viktig å merke seg. Det å få snakke med andre som er i samme situasjon som en selv, blir ofte trukket frem som viktig av foreldre. Det å møte andre, som har mulighet til å forstå den angsten man som foreldre opplever når ens barn får en kreftdiagnose, er svært

verdifullt. Mange foreldre forteller at venner og familie ikke kan sette seg inn i deres situasjon og dette oppleves til tider vanskelig og frustrerende.

Det er lite studier om dette temaet og derfor svært gledelig at artikkelforfatterne har gjennomført denne analysen av det materialet de hadde tilgjengelig. Ut fra brukerens perspektiv setter de fokus på viktigheten av psykososial støtte, som er en svært viktig del i sykepleien til familier med kreftsyke barn.

Les artikkelen på side 126





# Trening reduserer fall blant eldre



Trening kan være nyttig for å redusere både det totale antall fall blant eldre og antallet eldre som faller. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter en systematisk gjennomgang av relevant forskningslitteratur.

Omtrent en tredjedel av befolkningen over 65 år faller en eller flere ganger i løpet av et år. Et fall fører som regel bare til mindre skader slik som for eksempel forstuinger/forstrekninger, blåmerker, skrammer og sår. Under 10 prosent av fallene resulterer i bruddskader. Det er likevel viktig å forebygge fall fordi brudd er forbundet med økt sykkelighet blant eldre. Dessuten kan fall føre til frykt og redusert selvtillit, noe som igjen kan påvirke aktivitet og livskvalitet.

Trening som bedrer styrke, bevegelse, balanse og utholdenhet, kan være med på å forebygge fall blant eldre. Treningen kan gjennomføres i grupper eller som eget treningsprogram hjemme.

I Norge er det ulik praksis i forhold til å opplyse eldre om at trening kan være nyttig for å redusere fall. Det er også usikkert i hvor stor grad eldre får tilbud om trening som er rettet mot å forebygge fall.

## HVA MÅLER STUDIENE?

Studiene sammenligner antall

som faller en eller flere ganger i gruppen som trener med antall som faller i den gruppen som ikke trener. Studiene sammenligner det totale antall fall i de to gruppene. Virker trening for å redusere antall fall blant eldre?

Studiene viste at:

- Gruppetrening reduserer trolig både antall fall totalt og antall som faller (minst en gang).
- Trening hjemme reduserer trolig både antall fall totalt og antall som faller (minst en gang).
- Sikkerhetstiltak i hjemmet har muligens liten betydning for antall fall totalt og har trolig liten betydning for antall som faller.

## KVALITET PÅ DOKUMENTASJONEN

Vi skiller mellom dokumentasjon av høy, middels, lav eller svært lav kvalitet. Jo høyere kvalitet, jo mer kan vi stole på dokumentasjonen. Dokumentasjonen for trening i grupper og hjemme er av moderat kvalitet. Dokumentasjonen for sikkerhetstiltak i hjemmet er av mode-

rat kvalitet for antall som faller og av lav kvalitet for antall fall totalt.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et internasjonalt forsker-team lette etter studier som har undersøkt effekten av fallforebyggende tiltak for eldre mennesker som bor hjemme.

Forskerne fant 111 studier som oppfylte kravene de hadde fastsatt på forhånd. Studiene hadde til sammen 55 300 deltakere. Studiene de fant sammenlignet eldre som fikk fallforebyggende tiltak med eldre som ikke fikk noen tiltak. I de oppsummerte studiene ble det brukt tiltak som trening i grupper og individuelt, bruk av medisiner, undervisning, sikkerhetstiltak i hjemmet og sammensatte tiltak.

## KILDE

Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Les hele artikkelen i Cochrane Library (gratis tilgang via [www.cochrane.no](http://www.cochrane.no)).

Skrevet av **Kristin Thuve Dahm** ved Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten

**Hva tilfører denne artikkelen?**

Studien undersøker konsekvensene av organiseringen av undervisningen i medisinske og naturvitenskapelige emner i sykepleierutdanningen. Funn i artikkelen peker i retning av

at eksamensformen virker inn på strykprosenten, men det kan også være andre forklaringer.

**Mer om forfatter**

Lars Kyte, Cand. med. og spesialist

i nevrologi /høgskolelektor, Ole T. Kleiven, 1.amanuensis, Tom Arne Elzer, høyskolelektor, Høgskolen i Sogn og Fjordane. Kontaktperson: lars.kyte@hisf.no



Arkivfoto: Erik M. Sundt

**Bakgrunn og formål:** Medisinske og naturvitenskapelige emner utgjør ett av fire hovedemner i Rammeplan for sykepleierutdanning i Norge. Hensikten med studien er å sette fokus på organiseringen av de medisinske og naturvitenskapelige emnene i sykepleierutdanningen og konsekvenser av organiseringen. Studien omfatter samtlige studiesteder med bachelorutdanning i sykepleie i Norge.

**Metode:** Vi har samlet opplysninger

om undervisningens plassering i studiet, undervisningspersonellens formelle stillingskompetanse og utdanningsbakgrunn, vurderingsformer og strykprosenter ved eksamener. Data er samlet inn gjennom studieplaner/fagplaner/undervisningsplaner og spørreskjema, og bearbeidet statistisk.

**Resultater:** Studien viser stor variasjon mellom studiestedene i forhold til organisering av de medisinske og naturvitenskapelige

emnene i sykepleierutdanningen. Det er også store forskjeller i strykprosent mellom studiestedene, og valg av eksamensform synes å være en medvirkende årsak. Strykprosenten var signifikant lavere ved mappeeksamener enn ved skoleeksamener. Underviseres yrkesbakgrunn kan ha konsekvenser for valg av vurderingsform. Vi fant ikke at studiestedets størrelse eller undervisningspersonalets førstekompetanse påvirket strykprosenten.

# » Medisinske og naturvitenskapelige emner i sykepleierutdanningen

Forfatter: Lars Kyte, Ole T. Kleiven og Tom Arne Elzer

## NØKKELORD

- Sykepleierutdanningen
- Undervisning
- Eksamen
- Anatomi
- Fysiologi

Medisinske og naturvitenskapelige emner utgjør ett av fire hovedemner i Rammeplan for sykepleierutdanning i Norge (1-3). Emneområdet utgjør 45 av totalt 180 studiepoeng i sykepleierstudiet og består av følgende deler:

- Anatomi, fysiologi og biokjemi (AFB)
- Generell patologi, sykdomslære og farmakologi
- Mikrobiologi, infeksjonssykdommer og hygiene

Selv om rammeplanen trekker de store linjene, er det opp til utdanningsinstitusjonene selv å avgjøre hvordan emnene skal organiseres i studieplanen, og det er derfor rom for betydelige variasjoner.

Internasjonalt har flere forfattere interessert seg for aspekter ved undervisningen i de medisinske og naturvitenskapelige emnene i sykepleierutdanningen. Det har vært fokusert på fagenes innhold og pensummengde, undervisningsmetoder, underviseres bakgrunn og studentenes naturvitenskapelige

forhåndskunnskaper (4-8).

I en norsk undersøkelse fant Fjeld ([1998] 1999) at sykepleierstudentene oppfattet de medisinske og naturvitenskapelige fagene som vanskeligere enn psykologi og sosiologi (9), og i det sykepleiefaglige nyhetsbildet har det fra tid til annen vært rapportert om høy strykprosent i disse emnene (10-12). Det er også foretatt studier som har vist at sykepleiestudentene og nyutdannede sykepleiere ønsker mer medisinske og naturvitenskapelige fag (13, 14). På den annen side er det også funnet at sykepleiere var mer tilfredse med undervisningen i sykdomslære enn i sykepleiefaget og psykologi (15). Samlet sett er det imidlertid gjort relativt lite forskning omkring dette fagfeltet i sykepleierutdanningen her i landet, og det er så langt vi kjenner til, ikke tidligere sammenlignet hvordan dette emneområdet er organisert ved de forskjellige studiestedene i Norge.

I Norge er det per i dag 27 utdanningsinstitusjoner som tilbyr bachelorutdanning i sykepleie, fordelt på 31 studiesteder. Hensikten med denne studien er å beskrive de medisinske og naturvitenskapelige emnene med tanke på plassering i studiet, undervisningspersonellens bakgrunn og formelle stillingskompetanse, samt vurderingsformer og strykprosent ved eksamener. Videre har vi undersøkt sammenhenger mellom strykprosent og studenttall, vurderingsformer og

stillingskompetanse, samt sammenhenger mellom underviseres bakgrunn og vurderingsformer.

## METODE

Vi har tatt utgangspunkt i studieåret 2007/2008 og har samlet informasjon om undervisningstidspunkt og vurderingsformer i de medisinske og naturvitenskapelige emneområdene. Dette har vi gjort ved å innhente opplysninger fra studieplaner/fagplaner for de forskjellige studiestedene, i noen tilfeller også fra undervisningsplaner. I denne sammenheng har vi fokusert på emneområdene AFB, sykdomslære og mikrobiologi. De fleste planene ble lastet ned via undervisningsinstitusjonenes hjemmesider på internett i mars/april 2008, mens noen er mottatt på e-post fra undervisningsinstitusjonene.

For å sikre at de innsamlede opplysningene om de forskjellige studiestedene var riktige, sendte vi disse via e-post til det enkelte studiested, som via et spørreskjema ga tilbakemelding om opplysningene stemte og om eventuelle rettelser. Via samme spørreskjema ble det også innhentet opplysninger om undervisningspersonellens bakgrunn og stillingskompetanse. Det ble her spurt om hvilken stillingskategori og hvilken bakgrunn hovedtyngden av underviserne i de forskjellige fagene hadde. I spørreskjemaet ble det i tillegg innhentet opplysninger om tidspunkt for første praksisperiode

og plassering av undervisning og eksamen i sykdomslære i forhold til denne, samt opplysninger om antall studenter tatt opp i aktuelle studieår og strykprosent ved siste gjennomførte eksamener. Vi har også hatt telefonisk kontakt med mange av studiestedene for å kvalitetssikre de innsamlede opplysningene. Disse dataene ble innhentet i tidsrommet mai–september 2008. Det er innkommet svar fra samtlige studiesteder. Alle data omhandler heltidsstudium i sykepleie.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, og de innsamlede opplysningene er behandlet statistisk ved hjelp av SPSS. GraphPad Prism er brukt til framstilling av figur 2.

Ved flere studiesteder benyttes integrerte eksamener. Disse er regnet med dersom de utgjør en vesentlig del i vurderingen av kunnskapene i de medisinske og naturvitenskapelige emnene.

### STATISTISKE METODER

Ikke-parametriske tester er brukt for å beregne eventuelle statistiske forskjeller i strykprosent, dette på grunn av skjev fordeling og få observasjoner. Sammenhenger mellom strykprosent og studenttall, eksamensform og førstekompetanse, er beregnet med Mann-Whitney U-test. Forskjeller i strykprosent mellom fagområder er beregnet med Wilcoxon Signed Ranks Test. Fishers eksakte test ble brukt for å beregne sammenhenger mellom underviseres bakgrunn og valg av vurderingsform. Ved samtlige tester er det benyttet et signifikansnivå på 0,05.

### RESULTATER

#### Plassering av undervisning og eksamen

AFB ble ved samtlige studiesteder undervist og vurdert i første

studieår, selv om noen undervisningsinstitusjoner hadde lagt et mindre antall studiepoeng i dette emneområdet seinere i studiet.

I sykdomslære var studiepoengene ofte fordelt over flere studieår og inngikk i flere emner/moduler. Vi har i denne studien hovedsakelig studert den somatiske delen av sykdomslæreundervisningen, og har valgt å fokusere på når i studiet hovedtyngden av undervisningen var plassert (figur 1).

Vi har også undersøkt hvordan undervisning og eksamen i sykdomslære var plassert i forhold til praksis. Samtlige studiesteder, med unntak av ett, hadde første praksisperiode i 1. studieår, de fleste i 2. semester. Ved et klart flertall (83,9 prosent) av studiestedene hadde studentene gjennomført første praksisperiode før eksamen i sykdomslære. For studiesteder som hadde mer enn en eksamen i sykdomslære, er det her regnet med den første eksamenen der sykdomslære ble testet. Av elleve studiesteder som helt eller delvis hadde hovedtyngden av sykdomslæreundervisningen i 1. studieår, var det seks (54,5 prosent) som hadde denne undervisningen før første praksisperiode.

Når det gjelder mikrobiologi (ikke medregnet hygiene og infeksjonssykdommer), hadde 30 studiesteder (96,8 prosent) lagt hovedtyngden av denne undervisningen til første studieår, mens ett studiested hadde denne under-

visningen fordelt over samtlige tre studieår.

#### Undervisningspersonell

Vi har undersøkt hvilken formell stillingskompetanse hovedtyngden av undervisningspersonellet hadde i ulike fagfelt og hvilken bakgrunn hovedtyngden av underviserne i disse fagområdene hadde (tabell 1).

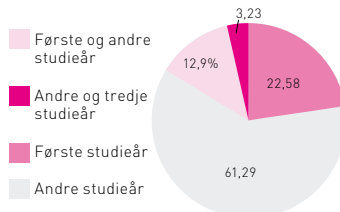
#### Vurderingsformer

Tabell 1 viser også hvilke vurderingsformer som ble brukt ved formelle eksamener. I en del tilfeller vurderes flere emner ved samme eksamen. Mikrobiologi inngikk i 19 (65,5 prosent) av 29 skoleeksamener i AFB. En av skoleeksamenene i AFB var integrert med sykepleie/sykepleieemner. Av totalt fem mappe-/hjemmeeksamener der AFB inngikk, var samtlige integrert med sykepleie/sykepleieemner. Og fire av dem var integrert med mikrobiologi. Flervalgstest (multiple choice) ble benyttet ved tre (10,3 prosent) av skoleeksamenene i AFB.

I sykdomslære var det en betydelig forskjell mellom skoleeksamener og mappe-/hjemmeeksamener når det gjaldt integrering med sykepleieemner. Av til sammen 27 studiesteder, som benyttet skoleeksamen i sykdomslære, var det kun tre (11,1 prosent) som integrerte sykdomslære i skoleeksamen sammen med sykepleie. Derimot var samtlige mappe-/hjemmeeksamener der sykdomslære inngikk, integrerte eksamener som også inneholdt sykepleie/sykepleieemner. Ved tre studiesteder ble det brukt flervalgstest ved skoleeksamen i sykdomslære.

Mikrobiologi vurderes ofte integrert med andre emner, gjerne AFB og/eller sykepleie. Kun fem (19,2 prosent) av 26 skoleeksamener og en (10 prosent) av ti mappe-/

**FIGUR 1:** Plassering av hovedtyngden av undervisningen i sykdomslære (somatisk).



**TABELL 1:** Førstekompetanse. Underviseres bakgrunn. Vurderingsformer. Antall studiesteder og prosentvis fordeling i fagfeltene AFB, Sykdomslære og Mikrobiologi.

	AFB	Sykdomslære	Mikrobiologi
<b>Førstekompetanse</b>			
Hovedtyngden av underviserne har førstekompetanse	10 (32,3 %)	7 (22,6 %)	16 (51,6 %)
Hovedtyngden av undervisningen er fordelt mellom undervisere med og uten førstekompetanse	5 (16,1 %)	4 (12,9 %)	2 (6,5 %)
Hovedtyngden av underviserne har ikke førstekompetanse	16 (51,6 %)	20 (64,5 %)	13 (41,9 %)
<b>Totalt</b>	<b>31 (100 %)</b>	<b>31 (100 %)</b>	<b>31 (100 %)</b>
<b>Bakgrunn til hovedtyngden av underviserne</b>			
Sykepleier	6 (19,4 %)	4 (12,9 %)	5 (16,1 %)
Lege	5 (16,1 %)	21 (67,7 %)	4 (12,9 %)
Biolog	9 (29,0 %)	0 (0 %)	13 (41,9 %)
Annet	6 (19,4 %)	1 (3,2 %)	4 (12,9 %)
Kombinasjon av flere kategorier	5 (16,1 %)	5 (16,1 %)	5 (16,1 %)
<b>Totalt</b>	<b>31 (100 %)</b>	<b>31 (100 %)</b>	<b>31 (100 %)</b>
<b>Vurderingsformer</b>			
Skoleeksamen	26 (83,9 %)	22 (71,0 %)	21 (67,7 %)
Mappe-/hjemmeeksamen	2 (6,5 %)	4 (12,9 %)	5 (16,1 %)
Både skoleeksamen og mappe-/hjemmeeksamen	3 (9,7 %)	5 (16,1 %)	5 (16,1 %)
<b>Totalt</b>	<b>31 (100 %)</b>	<b>31 (100 %)</b>	<b>31 (100 %)</b>

Antall studiesteder og prosentvis fordeling i fagfeltene AFB, sykdomslære og mikrobiologi.

hjemmeeksamener der mikrobiologi inngikk, var egne eksamener i mikrobiologi, eventuelt kun kombinert med hygiene/smittevern/infeksjon. Flervalgstest ble benyttet ved fire (15,4 prosent) av skoleeksamenene og ved en mappe-/hjemmetest i mikrobiologi.

Vi har sammenlignet underviseres bakgrunn og valg av vurderingsformer. Tre av seks studiesteder, der hovedtyngden av underviserne i AFB var sykepleiere, benyttet mappe-/hjemmeeksamen, enten alene eller i tillegg til skoleeksamen. Mens ingen av de ni studiestedene der hovedtyngden av underviserne i AFB var biologer, brukte mappe-/hjemmeeksamen. Denne forskjellen var signifikant (Fishers eksakte

test,  $p=0,044$  ved tosidig test). Når det gjelder sykdomslære, fant vi at av 21 studiesteder der hovedtyngden av undervisningen ble foretatt av leger, brukte 16 (76,2 prosent) kun skoleeksamen. Mens bare ett av fire studiesteder der hovedtyngden av underviserne var sykepleiere, benyttet skoleeksamen som eneste vurderingsform i dette emnet. Forskjellen var ikke signifikant (Fishers eksakte test,  $p=0,081$  ved tosidig test). Det er her ikke regnet med de studiestedene der hovedtyngden av undervisningen var fordelt mellom flere yrkeskategorier.

#### Strykprosent

Vi har samlet informasjon om strykprosent ved siste gjennom-

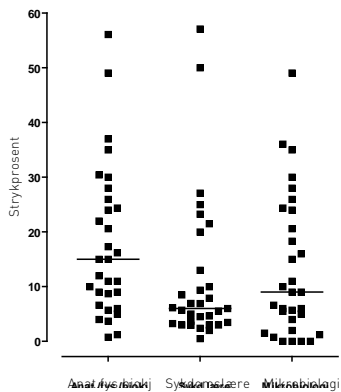
førte eksamen i fagområdene AFB, sykdomslære (somatisk) og mikrobiologi. For studiesteder der det ikke forelå resultat fra studieåret 2007/2008 er det brukt nyeste resultat fra foregående studieår.

Det var stor variasjon mellom studiestedene når det gjaldt strykprosent i de nevnte fagområdene (figur 2). For studiesteder som hadde flere eksamener der samme fagfelt inngikk, viser figuren gjennomsnittlig strykprosent for disse eksamenene. Målt på denne måten var strykprosenten i AFB signifikant høyere enn i sykdomslære (Wilcoxon Signed Ranks Test,  $p=0,01$ ), mens det ikke var signifikant forskjell på strykprosenten i mikrobiologi og sykdomslære ( $p=0,294$ ). Det er vanskelig å gjøre en reell sammenligning mellom strykprosent i AFB og mikrobiologi fordi disse fagområdene svært ofte ble testet i felles eksamen.

Det var ingen signifikant forskjell i strykprosent mellom de 15 studiestedene som tok opp 100 heltidsstudenter eller mindre, og de 16 studiestedene som tok opp mer enn 100 heltidsstudenter i studieåret 2007/2008. Dette gjaldt både AFB (Mann-Whitney U-test,  $p=0,41$ ), sykdomslære ( $p=0,64$ ) og mikrobiologi ( $p=0,84$ ). Det var heller ikke signifikant forskjell i strykprosent mellom studiesteder der hovedtyngden av underviserne hadde førstekompetanse, og studiesteder der hovedtyngden ikke hadde førstekompetanse, verken i AFB (Mann-Whitney U-test,  $p=0,81$ ), sykdomslære ( $p=0,70$ ) eller mikrobiologi ( $p=1,00$ ).

Vi har også sammenlignet strykprosent ved samtlige skoleeksamener med strykprosent ved samtlige mappe-/hjemmeeksamener (tabell 2). Det var signifikant lavere strykprosent ved mappe-/hjemmeeksamener enn ved skoleeksamener for alle fagområdene samlet (Mann-Whitney U-test,

**FIGUR 2:** Strykprosent i anatomi/fysiologi/biokjemi, sykdomslære og mikrobiologi.



Hvert punkt symboliserer ett studiested. Linjene viser median strykprosent i hvert av fagområdene. Det er i figuren ikke skilt mellom skoleeksamener og mappe-/hjemmeeksamener eller mellom separate og integrerte eksamener.

$p=0,002$ ). Også i hvert enkelt fagområde var det lavere strykprosent ved mappe-/hjemmeeksamener. Forskjellen var signifikant for sykdomslære ( $p=0,041$ ) og mikrobiologi ( $p=0,014$ ), men ikke for AFB ( $p=0,080$ ).

## DISKUSJON

### Plassering av undervisning

AFB undervises tidlig i studiet. En mulig forklaring på dette kan være at emneområdet oppfattes som basiskunnskap, som andre

emner, ikke minst sykdomslære, skal bygge videre på.

Det er mer variasjon i undervisningstidspunkt for den somatiske delen av sykdomslæren. Flertallet av undervisningsinstitusjonene har lagt hovedtyngden av denne undervisningen til andre studieår. Men det er også en del studiesteder som underviser mesteparten av dette emnet i første studieår. Ved Høgskulen i Sogn og Fjordane har vi erfaring med begge undervisningstidspunkter. Tidligere ble somatisk sykdomslære undervist i andre studieår. Men i forbindelse med overgang til ny studieplan høsten 2005, ble undervisningen flyttet til første studieår. En fordel med undervisning i første studieår er, etter vår erfaring, at studentene nylig har vært gjennom AFB. Dette har hos oss redusert behovet for repetisjon av stoff. En ulempe er imidlertid at studentene ofte ikke har praksiserfaring og dermed ikke sitter inne med pasienteksempler som de kan relatere til i undervisningen. Dette gjør at man i undervisningen kan komme til å presentere stoff som stiller større krav til forkunnskaper enn det studentene har på undervisningstidspunktet. I så fall beveger vi oss i lærestoff som ifølge Vygotskij ([1934] 2001) ligger utenfor

den sonen studentene har forutsetninger for å forstå (16).

Mikrobiologi er grunnleggende kunnskap for forståelse av infeksjoner og hygiene. Ut ifra dette er det forståelig at hovedtyngden av dette emnet undervises tidlig i studiet. Et motargument kan være at studentene oppfatter dette som et av de vanskeligste naturvitenskapelige fagene (9). Og det kan tenkes at det er lettere å forstå betydningen av mikrobiologi når en har vært i praksis og kan relatere faget til pasienter med infeksjoner. Kanskje det at undervisningen gjennomføres såpass tidlig, medfører at stoffet til dels ligger utenfor det studentene har forutsetninger for å forstå, på lignende måte som ved undervisning av sykdomslære tidlig i studiet (16).

### Vurderingsformer

Når det gjelder vurderingsformer, er det en overvekt av skoleeksamener, klartest i AFB. Mens innslaget av mappeeksamen eller hjemmeeksamen integrert med sykepleiemer er større i mikrobiologi og sykdomslære.

Bildet er i praksis mer sammensatt enn det vi har kunnet presentere i denne artikkelen. Blant annet inngår medisinske og naturvitenskapelige emner også i arbeidskrav og praksisoppgaver som ikke inngår i eksamener, og derfor ikke er regnet med i denne oversikten.

Vurderingsformen påvirker studentenes måte å arbeide med stoffet på og dermed læringsprosessen (17, 18). Derfor er det viktig å sikre samsvar mellom læringsmål, undervisning og vurderingsform (19). Både fagtradisjoner og fagets egenart kan tenkes å påvirke valg av vurderingsform. Den klare overvekten av skoleeksamener i AFB kan muligens sees i lys av dette.

**TABELL 2:** Strykprosent ved ulike eksamensformer.

	Eksamensform	n	Laveste strykprosent	Høyeste strykprosent	Median
AFB	Skoleeks.	29	0	56,10	15,0
	Mappe/hjemmeeks.	5	1	30,0	5,0
Sykdomslære	Skoleeks.	30	0	57,10	6,0
	Mappe/hjemmeeks.	12	0	39,70	3,0
Mikrobiologi	Skoleeks.	27	0	49,06	11,0
	Mappe/hjemmeeks.	10	0	30,0	1,25

I tabellen er det regnet med samtlige eksamener som gjennomføres i de forskjellige emnene. Noen studiesteder har mer enn en eksamen som dekker samme emne. Antall eksamener overstiger derfor antall studiesteder.

I sykdomslære er det også en relativt klar overvekt av skoleeksamener, men innslaget av mappe-/hjemmeeksamener er større. Samtlige mappe-/hjemmeeksamener hvor sykdomslære inngikk, var integrert med sykepleieemner. Forskjellige fagfelt skal da settes sammen, noe som kan gi rom for større grad av refleksjon. Muligens kan dette gjøre at mappe-/hjemmeeksamener oftere oppfattes som mer egnet.

Mikrobiologi blir svært ofte testet i felles eksamen med AFB. Dette kan henge sammen med at disse fagene er naturvitenskapelige støttfag for en sykepleier. En annen forklaring kan være at mikrobiologi i seg selv er et lite fag i sykepleierstudiet. Og at det derfor er praktisk å kombinere eksamen i mikrobiologi med andre fag.

Både i AFB og sykdomslære var mappe-/hjemmeeksamen mest brukt ved studiesteder der sykepleier hadde hovedtyngden av undervisningen, sammenlignet med henholdsvis biologer som underviserer i AFB og leger som underviserer i sykdomslære. Ut ifra disse funnene kan det tyde på at underviseres bakgrunn og fagtradisjoner har konsekvenser for valg av vurderingsform.

Valg av vurderingsformer er heller ikke gjort en gang for alle og må sees i lys av samfunnsmessige endringer og endringer i kunnskaps- og læringssyn (18). I Stortingsmelding 27/2001, framholdes det at ensidig bruk av tradisjonelle eksamensformer i for stor grad stimulerer til kortsiktig pugg. Mens mappeeksamen gir bedre uttrykk for hva studentene har forstått (17). På den annen side har det også vært trukket fram at ulike fag kan trenge ulike vurderingsformer, og at også tradisjonelle kunnskapsprøver har sin plass (20). Det er også funnet

at studenter ønsker å variere mellom ulike eksamensformer (21).

### **Strykprosjenter**

Det er stor variasjon i strykprosjenter mellom studiestedene. Studien vår gir ikke svar på hvorfor det er så store forskjeller, men forskjellene er større enn det som med rimelighet kan forklares ut ifra variasjoner i studentmassen fra studiested til studiested. Poengopptaksgrense til studiet kan være av betydning. Men også andre faktorer som undervisningsmetoder, stoffvalg og forventet kunnskapsnivå til eksamen, kan tenkes å påvirke strykprosjenten.

Imidlertid kan det, ut ifra våre funn, se ut til at vurderingsformen har konsekvenser for strykprosjent. Strykprosjenten var høyere ved skoleeksamen enn ved mappe-/hjemmeeksamen. Dette er i samsvar med resultatene fra to norske surveyer om mappevurdering i høyere utdanning (22). Når det gjelder funnene i vår studie, kan det tenkes flere forklaringer på forskjellene i strykprosjent mellom ulike eksamensformer. En mulig faktor kan være at studentene har hjelpemidler tilgjengelige ved mappe-/hjemmeeksamen. En annen mulig forklaring kan være at mappeeksamen gir bedre læringsutbytte og dermed høyere kunnskapsnivå, noe også Engelsen og Dysthe (2008) diskuterer (22). Et annet moment er eksamensinnholdet. Mappe-/hjemmeeksamenene er ofte integrert med sykepleie/sykepleieemner, og derfor innholdsmessig forskjellige fra storparten av skoleeksamenene. Dette kan gjøre det vanskelig å sammenligne skoleeksamener og mappe-/hjemmeeksamener direkte. Tallene må også tolkes med forsiktighet på grunn av at særlig gruppen mappe-/hjemmeeksamener er liten. Det er også for få flervalgseksamener til å trekke

sikre konklusjoner om strykprosjent ved disse sammenlignet med andre eksamensformer.

Vi fant at strykprosjent i AFB var signifikant høyere enn i sykdomslære. Mulige forklaringer på dette kan være fagets egenart med mange nye begreper og fremmedord. Samt at eksamen i AFB kommer tidlig i studiet, og at studentene derfor ikke er vant med eksamener på høyskolenivå. I så fall ville det være interessant å se om høyere strykprosjent er vanlig ved tidlige eksamener også ved andre studier.

Det er viktig å være klar over begrensningene ved å bruke strykprosjent og karakterskala ved de enkelte eksamenene som mål på studentenes evne til å nyttiggjøre seg kunnskapen senere. Trnobranski (1993) peker på betydningen av naturvitenskapelig kunnskap i sykepleieryrket og nevner behovet for å finne ut hva slags naturvitenskapelig kunnskap som er anvendbar i sykepleierens praksis (23). Hos en ferdig utdannet sykepleier bør den medisinske og naturvitenskapelige kunnskapen være en integrert del av den startpakken sykepleieren tar med seg ut i yrkeslivet. Det blir da et spørsmål om hvordan en best ivaretar dette. Davies et al. (2000) fant ingen klar preferanse hos sykepleiestudentene for en bestemt læringsstrategi i de naturvitenskapelige fagene, men mange ønsket mer undervisning i smågrupper (24). Dette kan gi mulighet for å flytte fokus fra en ren lærerstyrt undervisningsmodell til et læringsfelleskap der studentene er mer delaktige, og der læreren i stedet for å overføre kunnskap direkte til studentene, fungerer som en støtte for studentenes kunnskapsbygging (25).

### **Førstekompetanse**

Fokuset på førstekompetanse i undervisningen er økt i forbin-

delse med NOKUTs akkreditering av sykepleierutdanningen i Norge. Vi fant ingen signifikant forskjell i strykprosent mellom studiesteder der hovedtyngden av underviserne hadde førstekompetanse og studiesteder der hovedtyngden ikke hadde førstekompetanse. Vi har imidlertid ikke tilstrekkelig grunnlag for å si noe om sammenhenger mellom undervisers førstekompetanse og studentenes kunnskapsnivå i de undersøkte fagområdene. Da måtte en student sammenhengene i et bredere perspektiv. Og blant annet sett på karakterfordeling og om det er forskjeller i forventet kunnskapsnivå til eksamen ved de forskjellige studiestedene.

Andelen førstekompetanse blant undervisere i sykdomslære er lav. I og med at det kun er hoved-

tyngden av undervisningen vi har sett på, kan imidlertid en mulig feilkilde være at eventuelt innleid undervisningspersonale, med doktorgrad og få undervisningstimer, ikke framkommer i statistikken.

## KONKLUSJON

De medisinske og naturvitenskapelige emnene organiseres på mange forskjellige måter. Forskjellene mellom studiestedene er større i sykdomslære enn i mikrobiologi og AFB. Underviseres yrkesbakgrunn kan ha konsekvenser for valg av vurderingsform.

Det er store variasjoner i strykprosent ved eksamener. Ut ifra våre funn er eksamensformen medvirkende, men det kan også være andre forklaringer. Vi fant ingen signifikant forskjell i strykprosent mellom studiesteder der

hovedtyngden av underviserne hadde førstekompetanse og studiesteder der hovedtyngden ikke hadde førstekompetanse. Vi fant heller ikke sammenheng mellom strykprosent og studiestedets størrelse.

Det er behov for studier som fokuserer nærmere på konsekvensene av organiseringen av undervisningen i dette fagområdet. Vi trenger også mer kunnskap om undervisningsmetoder og stoffvalg i disse emnene. Når det gjelder strykprosentene, er det behov for å studere disse over et lengre tidsrom.

## Takk

En stor takk rettes til John Roger Andersen og Oddny Indrehus for gode innspill i forhold til bruk av statistiske metoder.

## REFERANSER

1. Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning. 2000.
2. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. 2004.
3. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. 2008.
4. Jordan S, Davies S, Green B. The biosciences in the pre-registration nursing curriculum: staff and students' perceptions of difficulties and relevance. *Nurse Educ Today*. 1999;19:215-26.
5. McVicar A, Clancy J. The biosciences and fitness for practice: a time for review? *Br J Nurs*. 2001;10:1415-20.
6. Larcombe J, Dick J. Who is best qualified to teach bioscience to nurses? *Nurs Stand*. 2003;17:38-44.
7. Gresty KA, Cotton DR. Supporting biosciences in the nursing curriculum: development and evaluation of an online resource. *J Adv Nurs*. 2003;44:339-49.
8. Johnston AN, McAllister M. Back to the future with hands-on science: students' perceptions of learning anatomy and physiology. *J Nurs Educ*. 2008;47:417-21.
9. Fjeld AB. Sykepleiens naturvitenskapelige grunnlag. En kartlegging av de naturvitenskapelige fagenes plass i dagens sykepleierutdanning. Oslo: Akademika AS; 1999.
10. Nagell TA. Fortsetter å stryke. *Sykepleien.no*; 2005. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1781&categoryID=135>. [4.4.2008].

11. Helmers A-KB. 52 prosent stryk i anatomi og fysiologi. *Sykepleien.no*; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=17882&categoryID=135>. [4.4.2008].
12. Hofstad E. Frykter dummere studenter. *Sykepleien.no*; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=17889&categoryID=135>. [4.4.2008].
13. Skår R, Høie MM, Kloster T. Hvordan ønsker sykepleierstudenter å lære sykepleie? Vurdering av læringsformers verdi, sykepleiefaglig kompetanse og egen kompetanseutvikling. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*. 2008;10:15-28.
14. Altvåg H, Førland O. Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. *Vård i Norden*. 2006;25:34-8.
15. Espeland V, Indrehus O. Evaluation of students' satisfaction with nursing education in Norway. *J Adv Nurs*. 2003;42:226-36.
16. Vygotskij LS, Kozulin A. Tenkning og tale. Oslo: Gyldendal akademisk; 2001.
17. Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet. Stortingsmelding nr. 27. Gjør din plikt – Krev din rett. Kvalitetsreform i høyere utdanning. 2001.
18. Dysthe O. "Mapper" som lærings- og vurderingsreiskap. *UNIPED*. 2002;2:5-17.
19. Anderson LW, Krathwohl DR. A Taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's Taxonomy of educational objectives. New York: Longman; 2001.
20. Madsen TG. Fire selvfølgheter om digitale mapper?

Om mappearbeid under ulike betingelser – et pragmatisk perspektiv. I: Allern M, Engelsen KS. (red). Mapper i digitale læringskontekstar – erfaringar og perspektiv frå høgere utdanning. Tromsø: Noregsuniversitetets skriftserie; 2008:79-88.

21. Dyrstad KH. På hvilken måte påvirker eksamen studenters læring? Oslo: Seksjon for læringsmiljø og studieekvalitet og Pedagogisk forskningsinstitutt, UiO; 2001. Tilgjengelig fra: [http://www.uio.no/for\\_ansatte/arbeidsstotte/sta/undersokelser/laeringsmiljo/eksamen.html](http://www.uio.no/for_ansatte/arbeidsstotte/sta/undersokelser/laeringsmiljo/eksamen.html). [3.12.2008].

22. Engelsen KS, Dysthe O. Bruk av mapper i norsk høgare utdanning. Nokre resultat frå ein nasjonal survey. I: Allern M, Engelsen KS. (red). Mapper i digitale læringskontekstar – erfaringar og perspektiv frå høgere utdanning. Tromsø: Noregsuniversitetets skriftserie; 2008:29-47.

23. Trnobranski PH. Biological sciences and the nursing curriculum: a challenge for educationalists. *J Adv Nurs*. 1993;18:493-9.

24. Davies S, Murphy F, Jordan S. Bioscience in the pre-registration curriculum: finding the right teaching strategy. *Nurse Educ Today*. 2000;20:123-35.

25. Rogoff B, Matusov B, White S. Models of Teaching and Learning: Participation in a Community of Learners. I: Olson D, Torrance N. (red). The handbook of education and human development: new models of learning, teaching and schooling. Oxford: Blackwell; 1996:388-414.



# Flere føringer inn i utdanningen

> Organisering av emner og vurderingsformer i sykepleierutdanningen varierer fra studiested til studiested.

Foto: Erik M. Sundt



Av Anne Saltnes  
Student

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Rammeplanen fastslår hva sykepleierutdanningen skal innebære, men det er opp til hver utdanningsinstitusjon å avgjøre hvordan emnene organiseres i studieplanen. Derfor får sykepleierstudentene ulike utdanningsforløp med varierende innhold. Er dette riktig? Det bør etter mitt syn ligge flere føringer i rammeplanen, slik at sykepleierstudenter får mest mulig likt kunnskapsgrunnlag i utdanningen uavhengig av studiested.

Også vurderingsformene til de ulike emnene er ulike. De kan variere fra skoleeksamen til mappe-/hjemmeeksamen. Det er klart at det varierer hvilken eksamenstype som egner seg til de forskjellige emnene, men det bør etter min mening angis hvilke vurderingsformer som benyttes i hvert emne. I ett emne er kanskje skoleeksamen best egnet til å teste studentenes kunnskapsnivå, mens i et annet emne er det hjemmeeksamen.

Medisinske og naturvitenskapelige emner i sykepleierutdanningen danner grunnlaget for det

vi skal lære videre i utdanningen og i yrkesutøvelsen. Derfor er det viktig at disse emnene blir lagt opp med mest mulig bredde!

Hvilke emner er det for eksempel som bør fokuseres på gjennom hele studiet? Farmakologi jobber vi med gjennom hele studiet fordi medikamenthåndtering inngår i de fleste praksisperiodene våre. I tillegg kan det være nyttig å ha disse kunnskapene med videre i teoristudiene også.

Erfaringer fra praksis kan knyttes til ulike sykdommer, og det blir lettere å lære seg de ulike symptomene. Problemet er at vi som studenter får meget ulik praksiserfaring. Selv om vi alle skal innom geriatrisk, medisinsk, kirurgisk og psykiatrisk avdeling, møter vi ulike pasientgrupper. Dette er vanskelig å endre. Praksiserfaring er uansett nyttig i forhold til sykdomslære.

Strykprosenten varierer både mellom utdanningsinstitusjonene og de ulike emner. Det blir brukt forskjellige eksamensformer i samme emne. Som jeg har nevnt, bør det være fastsatt hvilken

eksamensform som skal brukes på hvert emne. Det er trolig flere faktorer som kan ha innvirkning på strykprosenten: Hvordan er ressursforelesningene lagt opp? Er det obligatorisk oppmøte? Hvilken utdanning/kunnskap har foreleserne, og hvilket innhold har forelesningene i forhold til kravene i sykepleierutdanningen?

I løpet av mine fire studieår har jeg erfart at vi studenter jobber ulikt. Vi har ulike kunnskaper fra før, og vi setter ulike krav til oss selv. Dette gjør det vanskelig å finne ut hvordan sykepleierutdanningen bør legges opp. Samtidig bør det legges flere bestemmelser i rammeplanen til utdanningen, slik at utdanningen blir mest mulig optimal og lik uavhengig av utdanningsinstitusjon.

Takk til Marianne Kristoffersen for god hjelp til å utarbeide kommentaren!

Les artikkelen på side 134



**Hva tilfører denne artikkelen?**

Pasientene som tok imot tilbudet om samtale med prest, opplevde dette som verdifullt. Presten beskrives som et medmenneske og fagperson, og samtalen som et supplement til den øvrige behandlingen.

**Mer om forfatter:**

Lisbet Borge, Førskolelektor, Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for diakoni, familierapi, helse og ledelse. Tidligere ansatt ved Modum Bad. John Kristian Rolfsnes, Cand theol. med videreutdanning i PKU (pasto-

ralklinisk utdanning) og tverrfaglig veiledning. Hovedprest ved Haraldsplass Diakonale Sykehus, Bergen Diakonissehjem. Tidligere ansatt som hovedprest ved Modum Bad. Kontakt: lisbet.borge@diakonhjemmet.no



Foto: Erik M. Sundt

**Bakgrunn:** Det er en økende erkjennelse av betydningen av å ivareta pasienters religiøse og åndelige behov i behandling og rehabilitering av psykiske lidelser. I sykehus blir disse behovene oftest ivaretatt av prester. Hensikten med denne studien var å få fordypet kunnskap om pasienters erfaringer med sjelesorg eller samtaler med prest som en del av behandlingen, og hvilken betydning dette hadde for dem.

**Metode:** Et strukturert skjema

med åpne spørsmål ble utarbeidet. Skjemaene ble besvart av 113 pasienter, som var innlagt på en psykiatrisk klinikkavdeling. De åpne spørsmålene ble analysert ved kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultater:** Sjelesorg med prest opplevdes som et utvidet rom for å samtale om åndelige og eksistensielle tema, og omtrent halvparten av pasientene tok imot tilbudet. De opplevde dette som et nyttig tillegg i en helhetlig behandling, som bidro til å gi verdi, mening og

håp. Sjelesørgeren ble beskrevet som et medmenneske, som hadde en friere posisjon enn individualterapeutene. Innholdet i samtalen med prest og terapeut var overlappende, men hadde forskjellig fokus og tilnærming.

**Konklusjon:** Sjelesorg ble opplevd som et nyttig supplement i et tverrfaglig behandlingstilbud. Økt samarbeid mellom prest og helsearbeider kan være et spennende faglig utviklingsområde framover.

# » Pasienters erfaring med sjelesorg i en psykiatrisk klinikk

Forfatter: Lisbet Borge  
og John Kristian Rolfsnes

## NØKKELORD

- Psykisk helse
- Terapi
- Kommunikasjon
- Religion

## INTRODUKSJON

I de senere årene har det vært økende erkjennelse for betydningen av å ivareta pasienters religiøsitet og åndelige behov i behandling og rehabilitering av psykiske lidelser (1,2). Dette perspektivet er også vektlagt i Opptrappingsplanen for psykisk helse, som erkjenner at mennesket må sees både som kropp, sjel og ånd, og nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale (3). Når pasienten erfarer at behandleren anerkjenner og evner å forholde seg til dimensjonen ånd – kropp – sjel, vil pasienten oppleve at helsearbeideren forholder seg til hele mennesket, og dette kan motvirke desintegrasjon og være mentalt helende (4,5).

Begrepet «åndelighet» (på engelsk spirituality) er et globalt anerkjent begrep, men er uklart definert i klinisk praksis

og forskning (5). Både åndelighet og religiøsitet kan innebære en følelse av mening, håp og verdier, samt en forbindelse med en høyere kraft eller noe som ligger utenfor vår erfaring (2). Det er denne forståelsen vi legger til grunn i artikkelen.

Litteraturoversikter viser at åndelige opplevelser synes å være en betydningsfull buffer mot belastende livshendelser, og kan bidra til å hjelpe mennesker til å overvinne fortvilelse og bekymringer (6,7,8). Religion og åndelighet kan imidlertid også oppleves negativt og bidra til psykiske problemer (6). Helsepersonells evner til å forstå menneskers erfaring og mening omkring religiøse og åndelige spørsmål er viktig for korrekt vurdering og behandling (9). Ved litteratursøk i databasene CINAHL, Medline og PsycINFO i februar 2009, med søkeordene «chaplain», «clergy», «psychotherapy» og «psychiatric inpatients», fant vi 31 artikler som var relevante i vår sammenheng. En oversiktsartikkel beskrev samarbeidet mellom prester og helsearbeidere som sentralt i det psykiske helsefeltet (10). Men begge grupper manglet kunnskaper og utdanning om de andres fagfelt og yrkesroller. Vi fant ingen publikasjoner hvor pasienter var spurt om sine

erfaringer med å samtale med prest som en del av psykiatrisk behandling.

Pasienter bekrefter at åndelige behov ofte ikke er prioritert eller blir neglisjert av helsepersonell (1). Tradisjonelt har behandlingskulturen i det psykiatriske fagfeltet vært lite interessert i pasienters religiøse og åndelige verdier (11). Dette kan ha bidratt til at helsepersonell er usikre på hvordan religiøs erfaring og tro kan tematiseres (11,12). Dessuten har det vært lite utforsket hvordan helsepersonell kan samarbeide med prest om disse spørsmålene i tverrfaglig behandling (13).

Det er en økende oppfatning at prester med pastoralklinisk utdanning er sentrale i tverrfaglige team på sykehus (14,15), og i denne sammenheng kan presten bli definert som helsearbeider (16).

Vi gjennomførte en undersøkelse ved den private stiftelsen Modum Bad, som har en landsdekkende psykiatrisk klinikk som er rammefinansiert av Helse Sør-Øst. Klinikken har 127 døgnplasser og tilbyr behandling for pasienter fordelt på fem individual- og en familieavdeling. Hovedelementer i behandlingen er samtalerapi, individuelt og i grupper, samt miljøterapi, og

vanlig varighet på oppholdene er to til tre måneder. Hovedandelen av de ansatte er psykiatriske sykepleiere, psykologer, leger og ergoterapeuter, i tillegg til to sykehusprester. Institusjonen er basert på et kristent verdigrunnlag og vektlegger likeverd, respekt for menneskets integritet og et helhetlig menneskesyn.

Prestenes mandat ved Modum Bad er forankret i Den norske kirkes liv og tradisjon og er fristilt fra et behandlingsperspektiv. Tilbud om samtale med prest er en integrert del av behandlingen, og må avtales med behandlingsansvarlig terapeut. Den sjelesørgiske praksis har som fokus å aktivere pasientenes ressurser for å bidra til helse, åndelig modning og autonomi. Tilbudet presentere-

samtale med prest i en behandlingssammenheng, og hvilken betydning de tillegger dette. Vi ønsket å belyse følgende spørsmål: 1) Hvilken betydning har samtaler med prest for pasientene under behandlingen? 2) Hvilke grunner har pasienter for ikke å benytte seg av tilbud om samtaler fra prest? 3) Opplever pasientene samtalene med prest og terapeut som forskjellige?

## MATERIALE OG METODE

### Utvalg

Alle pasienter som var innlagt til behandling i løpet av en seks måneders periode i 2005–2006, ble forespurt om å delta. Grunnene til at de var innlagt til behandling var angst og depre-

som en ønsker utdypet kunnskap om (18). Det selvkonstruerte spørreskjemaet inneholdt åpne spørsmål, og dekket sosiografiske data (kjønn og alder) og erfaringer fra samtaler med prest. Begrepsvaliditeten ble sikret ved at flere tilfeldige valgte pasienter pretestet skjemaet. Etter testing av det første utkastet til spørreskjemaet oppfordret enkelte pasienter og ansatte oss til å bruke et annet ord enn sjelesorg, fordi de mente at sjelesorgbegrepet var uklart. Vi valgte da å bruke «samtale med prest» som utdypende forklaring for rammene for samtalen, uten å definere selve sjelesorgbegrepet eller en bestemt sjelesørgisk metode. Benevnelsen terapeut blir anvendt på den som er ansvarlig behandler for den enkelte pasient, og ulike helseprofesjoner hadde denne rollen.

” Pasientene som oppsøkte prest beskriver dette som et viktig bidrag til øvrig behandling.

res gjennom informasjon og fellesundervisning som en samtale med utgangspunkt i pasientens egen opplevelse og beskrivelse av sin livssituasjon. Samtalens mål er å styrke pasientens livsmestring og religiøse tro ved å gi rom for refleksjon og bearbeiding av egne livs- og troserfaringer. I denne prosessen er det et nært samarbeid mellom pasient, prest og terapeut. I en tidligere undersøkelse av sjelesorgvirksomheten ved Modum Bad vurderte 60 prosent av pasientene kontakten med sjelesørger som viktig (17), men studien belyste ikke på hvilken måte pasientene vurderte kontakten med presten som så positiv og betydningsfull.

Hensikten med undersøkelsen var å få fordypet kunnskap om pasienters erfaringer med å

sjon, traumer etter overgrep, spiseforstyrrelser, fastlåst sorg, eksistensielle, religiøse, og relasjonelle problemer. De ansvarlige terapeuter delte ut spørreskjema til sine pasienter cirka 14 dager før utskrivelse. Til sammen 113 av totalt 162 pasienter deltok, 79 kvinner og 30 menn. Fire pasienter oppga ikke kjønn og to oppga ikke alder. De fleste var i alderen 41–50 år, som er den aldersgruppen som oftest innlegges ved klinikken.

### Metode

Vi benyttet et deskriptivt design og samlet inn data ved hjelp av et semistrukkert spørreskjema, som ble konstruert av forskerne. Dette er en relevant metode i studier av ukjente fenomener, eller fenomener som er kjente, men

### Analyse og tolkning

Hele materialet med kvalitative data ble først lest igjennom for å sikre god oversikt. Begge forskerne gjorde en foreløpig analyse av de åpne spørsmålene hver for seg før sammenstilling. Det ble foretatt en kvalitativ innholdsanalyse av hvert spørsmål, slik de relateres til forskningsspørsmålene. Her dreier det seg om å beskrive, fortolke og forstå pasientenes svar og å søke variasjon og bredde. Den kvalitative innholdsanalysen er sammenfallende med metodeanvisninger som er gjort i andre studier (18, 19). Analysen fulgte følgende fremgangsmåte: 1) Gjennomlesning av svarene i sin helhet flere ganger. 2) Systematisering av data ved å skrive inn alle pasientenes svar under det enkelte spørsmål. 3) Gjennomlesning – med henblikk på å finne hovedtemaer og undertemaer som svarene kunne gå inn i.

Svar som falt under samme tema ble gitt en bestemt fargekode. 4) Eliminering av svar som faller utenfor det området spørsmålet dreide seg om. 5) Opptelling av antall svar i hvert undertema, for å få et inntrykk av hvor fremtredende de enkelte svarreaksjoner er. 6) Rangering og presentasjon av svarene. De enkelte undertema blir eksemplifisert med pasient-utsagn for å vise meningsvariasjon. 7) Temaene blir tolket på «common sense»- og teorinivå. Kategoriene ble validert mot teksten, og eksempler på utsagn var med på å validere kategoriene. Kategoriene ble utformet og vi tilstrebet at kategoriene skulle ha en intern og ekstern heterogenitet (20).

### Etiske aspekter

Prosjektet ble godkjent av Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste, NSD, som ga tilbakemelding på at det ikke var nødvendig å søke Regional etisk forskningskomité. Det var frivillig å delta i undersøkelsen, og vi betraktet det som informert samtykke når det anonyme skjemaet ble returnert i en lukket konvolutt til avdelingens sekretær. Alle opplysninger er behandlet konfidensielt og anonymitet er ivaretatt i fremstillingen av resultatene.

### RESULTATER

Blant de 113 hadde 31 pasienter tidligere erfaring fra å samtale med prest om åndelige spørsmål. Flere etterlyste mer informasjon om tilbudet fra prestene.

I det følgende presenteres funn i form av temaer, og disse eksemplifiseres med sitater fra respondentene. Tallene i parentes angir hvor hyppig svarreaksjonene forekommer. Resultatene presenteres i tre tabeller, og presentasjonen og kommentarene følger forskningsspørsmålene.

**TABELL 1:** Betydningen av samtale med prest under psykisk behandling.

Tema	Undertema	Eksempel på sitater
Å få et åndelig perspektiv på livet (52)	Åndelig veiledning (27)	- Møte med en som virkelig forstår hva troen betyr, få informasjon og mer kunnskap, bli tatt på alvor i forhold til trosspørsmål. Føle at denne delen av meg også blir ivaretatt i behandlingen.
	Trygghet og håp (9) Avlaste skyldfølelse (6)	- Tryggere i troa og det har gitt meg håp. - Fordi jeg har slitt med tro og mitt forhold til Gud og oppleve å ikke være god nok/skyldføle.
	Samtale om tvil og tro (6)	- Kunne få noen å snakke med om tro og tvil. Noen som våger og klarer også å høre om tvilen uten å miste troen på Gud.
	Sorgbearbeidelse (4)	- Det er rett og slett sjelesorg. Har fått kontakt med følelsen av sorg, og det er ikke lenger bare et ord for meg. Har funnet veldig trøst, ro og anerkjennelse.
Få oppleve helhet (42)	Refleksjon over åndelige og eksistensielle spørsmål (25)	- Jeg mener å ha fått en stor avklaring i mitt syn på det gode og onde; en mer balansert oppfatning av meningen med livet.
	Mening og eksistens (16)	- Spørsmål om livet og hvordan få et godt liv. Kan snakke om alt fra livssyn til meningen med livet. Kan få råd og diskutere omkring det som opptar en.
	Det åndelige gir en opplevelse av helhet (11)	- Livet er en helhet, derfor er det så utbytterikt å få sjelesorg mens man er i behandling. Det åndelige og psykologiske er så tett vevd sammen og virker gjensidig inn på hverandre.
Å møte anerkjennelse (30)	En samtale med et medmenneske og fagperson (19)	- Samtale med en person utenfor behandlerne, og som har tverrfaglig kunnskap. Et sted man kan snakke om å være menneske og om mening.
	Akseptasjon og selvrespekt (11)	- Åpenheten, rausheten gjorde at jeg fikk tak i kjerner som var av betydning for meg. Følte tillit og trygghet.

**1) Hvilken betydning har samtale med prest under behandlingen?** Totalt hadde 52 pasienter samtaler med prest under oppholdet, og de fleste tok selv initiativ til samtaler. Pasientene oppsøkte prest fordi de ønsket å få et åndelig og eksistensielt perspektiv på

livet, for å få trygghet og håp. De beskriver også en forventning om åndelig veiledning og hjelp til å oppleve helhet, mening og eksistens i tilværelsen, og bli avlastet for skyldfølelse. Noen ønsket å samtale om tvil og tro og bearbeide sorg. Andre ville

ha konkret veiledning i åndelige spørsmål, refleksjon og tolkning av religiøse erfaringer, hjelp til å integrere livserfaringer i en religiøs selvforståelse og finne tilhørighet og mening med livet. Samtalen ble beskrevet som et eksistensielt møte, og hos flere også som en gudserfaring. Noen opplevde at de ble møtt av godhet som åpnet opp, og som ga inspirasjon til åpenhet for erfaring av Guds kjærlighet. Det synes altså å være noen særtrekk i det sjelesørgeriske møtet som gir positive erfaringer for pasientene og bidrar til en opplevelse av aksept og selvrespekt. Her vektlegges betydningen av en aksepterende, ikke dømmende holdning hos presten og møtet med presten som et omsorgsfullt medmenneske. Samtidig synes møtet å preges av prestens spesielle rolle som representant for Gud, for noe hellig og ukrenkelig som kan være viktig å identifisere seg med.

Flere uttrykte at samtale med prest ga en opplevelse av en Gudsrelasjon, og samtalen kunne således bidra til å reflektere over hvordan møtet med dem selv og

Gud kan erfares. De fleste som oppsøkte prest beskrev dette som utfyllende i terapiprosessen. De opplevde det åndelige og psykologiske som en helhet som hører sammen. Erkjennelse av denne helhet syntes å gi mening og håp.

## 2) Hva gjorde at pasienter ikke benyttet seg av tilbud om samtaler med prest?

Omtrent halvparten (51 respondenter) ønsket ikke samtaler med prest. Mennesker kommer til Modum Bad med forskjellig livssynsmessig bakgrunn, og det er viktig at de føler seg respektert og ivaretatt i forhold til egen religiøs eller ikke religiøs identitet.

Noen beskrev tidligere negative erfaringer med kristendom og prester, og ønsket av den grunn ikke kontakt. Andre så ikke noe poeng i samtale med prest, fordi de selv ikke hadde noe aktivt forhold til kristendom eller tro. Muligens kan enkelte pasienter ha hatt en forestilling om at de måtte ha et kristent livssyn eller en aktiv tro for å få snakke med prest.

Noen erfarte at behandlingen

ikke ga tid eller rom for samtaler med prest. Andre beskrev at samtale med prest og sjelesorg var ukjente områder for dem.

## 3) På hvilken måte opplevde pasientene forskjell på samtale med prest og terapeut?

Pasientene mente at temaene i samtaler med prest og terapeut lignet på hverandre, men fokus var forskjellig.

Terapeutene hadde mer oppmerksomhet på det patologiske, selv om enkelte terapeuter også ga rom for eksistensielle temaer. Samtalen med prest ble beskrevet som et fristed og et utvidet rom for åndelige og eksistensielle spørsmål. Den gode relasjonen ble opplevd gjennom prestens likeverdige, medmenneskelige, frie posisjon og ikke-analyserende tilnærming.

## DISKUSJON

Studiens hovedfunn er at pasientene som oppsøkte prest beskriver dette som et viktig bidrag til øvrig behandling. Dette samsvarer godt med andre studier (9,17). Det viktigste i samtalen syntes å være møtet med presten som et likeverdig medmenneske, samtalsens særegenhet og en utvidet mulighet til refleksjon over åndelige og eksistensielle spørsmål, som de mente ga en opplevelse av helhet. Samtalene med prestene om eksistensielle temaer ble fremhevet som forskjellig fra samtaler med terapeutene, hvor temaene oftere var problem- og sykdomsorientert.

Prestenes friere posisjon i behandlingsmiljøet kan muligens bidra til at pasienten får alternative tilnærminger til de samme terapeutiske problemstillingene. Vi vet lite om de respondentene som ikke hadde samtaler med prest, og om disse også hadde ønsket å tematisere åndelige og

**TABELL 2:** Grunner til ikke å benytte seg av tilbud om samtaler med prest.

Tema	Undertema	Eksempler på sitater
Manglende interesse (33)	Ikke ønske eller behov for sjelesorgsamtaler (33)	- Presten representerer kirken og kristendommen. Jeg har gitt opp å finne svar på livsspørsmål i religion, slik at jeg ikke tror slike samtaler vil gi meg noe viktig.
Ikke prioritert i behandling (9)	Ikke tid, rom i terapien (9)	- Fordi terapien under dette oppholdet for min del ikke skapte rom for dette. Kunne muligens ha fått meg ut av fokus. Gjetning!
Ukjent område (9)	Redsel for det ukjente (9)	- Har ikke tort å gjøre noe med det. Redd for å gå inn i noe som gjør vondt å prate om (f.eks: det å miste noen man har stått veldig nær).

**TABELL 3:** Pasienters opplevelse av forskjeller mellom samtale med prest og terapeut.

Tema	Undertema	Eksempler på sitater
Ulike fokus, men lignende problemstillinger (37)	Utvidet oppmerksomhet på åndelige og eksistensielle temaer (29)	- Hos prest: Samtale om tema angående livet, sorg, håp, lengsel etc., som for min del handler mye om meg, tror jeg. Hos terapeut: Mer direkte bearbeiding av egne problemer, mønster, sykdom.
	Presten – et likverdig medmenneske og samtalepartner (8)	- Presten har en friere posisjon i behandlingen Hun er ikke terapeut, men bruker sin erfaring og utdannelse – og medmenneskelighet i samtalene som var viktig for meg.
Fristed (6)	Mer frihet og mindre analyserende	- Det er godt å ikke bli journalført her. Du åpner deg kanskje på en annen måte, blir forstått på en annen måte. Det du sier blir ikke analysert «i hjel».

eksistensielle temaer, eventuelt om dette ble ivare tatt av andre i personalgruppen. I det følgende vil vi diskutere to sentrale aspekter ved undersøkelsen, som vi mener kan ha klinisk relevans for prester, terapeuter og helsepersonell i psykiatriske institusjoner.

### Samtaler med prest

Pasientene som tok imot tilbudet om samtale med prest, opplevde dette som verdifullt. Presten beskrives som et medmenneske og fagperson, og samtalen som et supplement til den øvrige behandlingen. Begreper som helhet, mening og eksistens er sentrale tema i denne sammenheng. Erkjennelse av denne helheten synes å gi opplevelse av å ha verdi, mening og håp (21). Wickström (22) minner om det dypt eksistensielle i at mennesket strever etter en helhet. Han mener derfor at prester og helsepersonell bør samarbeide om å hjelpe den kriserammede til å bearbeide sine erfaringer og oppnå større grad av helhet. Å

åpne for det åndelige kan forsterke personens selvaktelse og gjøre at personen opplever seg som «helere» (5). Det kan videre forsterke evne til mestring og opplevelse av håp, samt være viktige kilder til sosialt fellesskap (23). Det lidende menneske kan i møtet med presten, som bærer av et symbol for det hellige, finne en indre kraft som gir

” Samtalen med prest ble beskrevet som et fristed og et utvidet rom for åndelige og eksistensielle spørsmål.

mening og håp og bidra til en dypere følelse av sammenheng i tilværelsen (24). Disse komponentene kan knyttes til Antonovskys (25) teori om opplevelse av sammenheng, som er menneskets måte å forholde seg til livet og tilværelsen på. Når livet og eksistensen er begripelig, håndterbar og meningsfull, blir man motivert til å finne løsninger på

utfordringer i livssituasjonen.

Det tradisjonelle skillet mellom terapi ved helsepersonell og samtaler/sjelesorg ved prester kan være en begrensning i forhold til å møte menneskers åndelige og eksistensielle lengsel. I tverrfaglig samarbeid, med prest til stede i et team, er det ofte helsepersonell som henviser pasienter til prest. Dette krever en åpenhet fra helsepersonells side, hvor en slutter seg til en helhetlig tilnærming, som tydelig etterspør og inkluderer pasientenes åndelige og religiøse erfaringer (26). En canadisk undersøkelse viste at pasientene var mer interesserte i å snakke om åndelige eller religiøse tema enn psykiaterne (9). Det er et åpent spørsmål hvor hensiktsmessig det er at den ansvarlige terapeut eller øvrig helsepersonell som skal avgjøre hvorvidt pasientene får tilbud om samtaler med prest. Noen av respondentene i denne studien var kritiske til at de ikke fikk bestemme dette selv. Pasienter ønsker å være delaktig i egen behandling, og de kan ha andre behov enn det helsepersonell er klar over. Andre studier har vist at pasienter med psykiske lidel-

ser synes det er lettere å snakke om angst, skyld og skam med en prest enn med helsepersonell (27). Økt samarbeid mellom helsearbeidere og prester kan bidra til utvidet kunnskap og forståelse av hvordan pasienters åndelige og eksistensielle behov kan arbeides med i et tverrfaglig samarbeid (28). På den måten kan en sikre at innsjonen fra

Opptrappingsplanen oppfylles (3), og at pasienter får hjelp til det de ber om.

### DET ÅNDELIGE OG PSYKOLOGISKE

Samtalen med prest beskrives som et eksistensielt møte, og for flere også som en gudserfaring. I denne samtalen møtes pasienten og presten med utgangspunkt i kirkens tro og virkelighetsoppfatning, for å bidra til hjelp til utvikling av både psykisk helse og åndelig liv (23). Den åpne dialogen og felles undring over liv og tro synes å bidra til økt selvrefleksjon.

Møtet med presten som medmenneske og fagperson synes å stimulere til et møte med seg selv, hvor en i mindre grad opplever seg analysert og definert. Prestens posisjon fristilt fra behandlingsmiljøet, kan bidra til å hjelpe pasienter til å få alternative tilnærminger til de samme terapeutiske problemstillingene. Å være fristilt betydde for respondentene at samtalerne ikke ble journalført og at prestene ikke deltok i avdelingens terapeutiske miljø. Samtaleformen mellom prest og pasient kan være mindre preget

av jektivitet. Det er mulig at dette er sterkere framme i prestens tilnærming enn i tradisjonell psykoterapi, hvor utforskning av mulige bakenforliggende motiver kan skygge for det pasientene egentlig sier.

De fleste pasientene måtte selv ta initiativ for å komme i kontakt med prest, og enkelte erfarte at behandlingen ikke ga tid eller rom for dette. Vi vet ikke bakgrunnen for dette, men helsepersonell kan være usikre på hvordan de kan identifisere og møte åndelige behov (2,12). Koenig & Larson (30) gir en god oversikt over hvordan psykiatere og andre helsearbeidere kan gå fram for å innhente kunnskaper om pasienters åndelige og religiøse behov. Deres anbefaling er å trekke inn institusjonens prest i dette samarbeidet.

Psykologiens forsøk på å forstå og beskrive menneskets psykiske struktur, og teologiens forsøk på å beskrive mening i den menneskelige væren, kan være høyst forskjellige, men er samtidig uoppløselig forbundet med hverandre (31). Med utgangspunkt i forskjellige perspektiver og arbeidsmetoder, er et felles

mellom terapi og sjelesørgeriske samtaler kan bidra til synergi, og hjelpe mennesker til ny erkjennelse og innsikt i forhold til seg selv, andre og Gud (32). Åndelige erfaringer kan for enkelte mennesker være viktige for deres opplevelse og forståelse av livet, samt for å finne mening og sammenheng. Åndelig bevissthet kan dermed bli en viktig helsebringende dimensjon i en pasients selvforståelse, som hjelp til livsmestring (7).

### METODISK BEGRENSNING

Denne undersøkelsen uttrykker meninger og erfaringer fra pasienter i en bestemt tidsperiode på en psykiatrisk klinikk med et kristent verdigrunnlag, og resultatene kan ikke uten videre generaliseres utover dette. Pasientpopulasjonen er selektert, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Skjemaene ble delt ut på den enkelte avdeling. Det ble ikke registrert om hver enkelt pasient faktisk mottok spørreskjemaet, og ikke systematisk registrert hvilke pasienter som ikke besvarte spørsmålene. Derfor vet vi ikke hvorfor 30 prosent av pasientene ikke svarte.

Brukertilfredshetsundersøkelser finner generelt at kvalitative undersøkelser gir mer rom for negative vurderinger, og at åpne spørsmål oppleves mindre truende å besvare – noe som gir mer nyanserte svar (33). I denne undersøkelsen var begge forskerne ansatt ved institusjonen mens undersøkelsen pågikk. Dette kan bidra til å farge vurderingene, og har derfor satt spesielle krav til forskningsetisk bevissthet. Dette gjelder spesielt i forhold til eget verdisyn og kristen-humanistisk tolkningshorisont, som kan påvirke beskrivelser av resultater og fokus i diskusjonsdelen. Styrken er for-

” Den enkelte helsearbeider er ofte inngangsporten for at pasientene kommer i kontakt med prest.

av fortolkning og ha andre rammer enn helsearbeiderens tilnærming.

Skjervheim (29) var kritisk til hvordan behandlingstenkningen spredte seg i samfunnet, gjennom fortolkning framfor lytting. Saklighet i relasjonen i forhold til den andres utsagn, og å ta det den andre sier på alvor, er et vesentlig bidrag til å sikre den andres sub-

mål i det tverrfaglige samarbeidet å hjelpe den enkelte pasient til en opplevelse av sammenheng og helhet gjennom erkjennelse, aksept og endring. Helsepersonellens psykoterapeutiske tilnærming har et psykologisk perspektiv. Prestenes tilnærming har et religiøst perspektiv og meningsinnhold, der Gud er en del av helheten. Et godt samspill



skernes kjennskap til fagfeltet og at de har ulike yrkesbakgrunn. Dette har bidratt til viktige nyanseringer i fortolkningen av funnene.

### IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Det er få som har undersøkt hvilke erfaringer pasienter har med samtale med prest under psykiatrisk behandling (6), og

denne undersøkelsen er et bidrag i denne sammenheng. Pasienter og brukere som søker hjelp for psykiske vansker har forskjellig livssynsmessig bakgrunn, og det er viktig at de føler seg respektert og ivaretatt i forhold til sitt åndelige og religiøse ståsted. Helsearbeidere skal respektere dette, og samtidig være oppmerksomme på at mange ønsker å snakke om åndelige spørsmål

(2). Den enkelte helsearbeider er ofte inngangsporten for at pasientene kommer i kontakt med prest. Dette utfordrer den enkelte helsearbeider til mer åpne refleksjoner om eksistensielle og åndelige temaer, der det sjelden finnes eksakte svar. Økt samarbeid mellom prest og helsearbeider kan være et spennende utviklingsområde, både i forskning og praksis.

### REFERANSER

1. Awara M, Fasey C. Is spirituality worth exploring in psychiatric out-patient clinics? *Journal of Mental Health* 2008; 17 (2): 183 – 191.
2. Fallot RD. Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness. *International Review of Psychiatry*, 2001; 13: 110 – 116.
3. Sosial- og helsedepartementet. St prp nr 63 (1997/98). Om Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
4. Sæteren B. Menneskets åndsdimensjon i møte med lidelse – en fenomenologisk studie. Institutt for sykepleievitenskap, Oslo: Universitetet i Oslo, 1993.
5. D' Souza R, Georg K. Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice. *Australasian Psychiatry*, 2006; 14 (4): 408 – 412.
6. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*. Oxford; New York: Oxford University Press, 2001.
7. Krok D. The role of spirituality in coping: examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. *Mental Health, Religion & Culture*, 2008; 11(7): 643-53.
8. Koslander T, Arvidsson B. How the spiritual dimension is addresses in psychiatric patient-nurse relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 51 (6): 558 – 566.
9. Baetz M, Griffin R, Bowen R, Marcoux G. Spirituality and Psychiatry in Canada: Psychiatric Practice Compared With Patient Expectations. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004; 49 (4): 265 – 271.
10. Oppenheimer J, Flannelly K, Weaver AJ. A Comparative Analysis of the Psychological Literature on Collaboration between Clergy and Mental-Health Professionals- perspectives from Secu-

lar and Religious Journals: 1970-1999. *Pastoral psychology*, 2004; 53 (2): 153 – 162.

11. Galek K, Flannelly K, Koenig H, Fogg, SL. Referrals to chaplains: The role of religion and spirituality in healthcare settings. *Mental Health, Religion & Culture*, 2007; 10 (4): 363 – 377.
12. Greasley P, Chiu LF, Gartland M. The concept of spiritual care in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 2001; 33: 629 – 637.
13. Handzo G, Koenig H. *Spiritual Care: Whose Job Is It Anyway?* Southern Medical Journal, 2004; 97 (12): 1242 – 1244.
14. Dein S. Working with patients with religious beliefs. *Advances in Psychiatric treatment*, 2004; 10: 287 – 295.
15. McClung E, Grosseohme DH, Jacobson A. Collaborating with chaplains to meet spiritual needs. *MEDSURG Nursing*, 2006; 15 (3): 147 – 156.
16. *Lov om helsepersonell*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, 2. juli, 1999.
17. Tønnesen R. Sjelesorg i klinisk kontekst. En undersøkelse av sjelesorg praksis ved Modum Bads Nervesanatorium, 2000; Skriftserien Koinonia, 3: 4- 87.
18. Hummelvoll JK. Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Göteborg: Nordiska Hälsovårdhögskolan, 1995.
19. Lindström UÅ. *De psykiatriske spesialsjukskötarnas yrkesparadigm*. Åbo: Åbo Akademis förlag, 1992.
20. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to archive trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004; 24: 105 – 112.
21. Borge L, Fagermoen MS. Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. *Journal of Mental Health*, 2008; 17 (2): 193 – 205.

22. Wickström O. *Den outgrundeliga människan*. Göteborg: Natur och kultur, 1990.
23. Sullivan WP. It helps me to be a whole person: The role of spirituality among the mentally challenged. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993; 163 (3): 125 – 134.
24. Hugaas JV, Barbosa da Silva A, Hummelvoll JK, Solli HM. (red.). *Helse og helhet. Tverrfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis*. Oslo: Unipub, 2004.
25. Antonovsky A. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur, 1991.
26. Breakey W. Psychiatry, spirituality and religion. *International Review of Psychiatry*, 2001; 13: 61-66.
27. Chapman TR, Grosseohme DH. Adolescent patient and nurse referrals for pastoral care: A comparison of psychiatric vs. medical-surgical populations. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric nursing*, 2002; 15 (3): 118 -123.
28. Blass DA. A conceptual framework for the interaction between psychiatry and religion. *International Review of Psychiatry*, 2001; 13: 79 – 85.
29. Skjervheim H. *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget, 2002. 30. Koenig H, Larson D. Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 2001; 13: 67 – 78.
31. Falk B. Fænomenologi og eksistens i psykoterapi og sjelesorg. *Tidsskrift for sjelesorg*; 2006; 2: 99 – 113.
32. Sivonen K. Vården og det andliga: en bestämning av begreppet 'andlig' ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Doktorgradsavhandling. Åbo: Åbo Akademis förlag, 2000.
33. Sørgaard KW. Bruk av tilfredshetsundersøkelser i evaluering av psykiatriske helsetjenester. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1996; 33: 11-25.

# Møter åndelige behov

> Sykehusprestens rolle i psykiatrien er et supplement til behandlernes når det gjelder åndelige og eksistensielle temaer.

Foto: Erik M. Sundt



**Av Eirik Os**  
Sykehusprest, Lovisenberg  
Diakonale sykehus

Sykehusprester er en veletablert ordning. De arbeider ut fra en profesjonell pastoral-klinisk forståelse og er integrert i helseforetakenes organisasjon og tverrfaglige struktur. Artikkelen beskriver pasienterfaringer når samtaler med sykehusprest skjer innenfor et psykiatrisk behandlingsforløp. Studien viser selv til at det i liten grad er undersøkt hvordan dette oppleves av pasienten selv. Derfor er det nyttig å stille pasienten spørsmålet om hva som var forventet og hvordan det ble opplevd. Det er også vesentlig at studien reflekterer omkring sykehusprestens plass som samarbeidende part til behandler. Samarbeidet gir mulighet for å integrere eksistensielle og åndelige temaer i behandlingsperspektivet, og gir pasienten rom for selv å bli bevisst og å integrere disse dimensjonene i sin egen prosess.

Psykiatrireformen skaper helt nye betingelser når det gjelder ivaretagelse av helhet og tverr-

faglighet i behandlingsforløpet. Sengeavdelingene blir mer akutte med tidsavgrensede opphold. Mer og mer av behandlingen foregår på DPS-nivå. Pasientens behandlingskontakter blir mange og ofte kortvarige. Studien viser til opptrappingsplanen som forutsetter at: «Nødvendig hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål.» En slik forståelse skal realiseres i en fragmentert behandlingsskjede med mange aktører og rask transport av pasientene gjennom behandlingsskjeden.

Jeg arbeider selv som sykehusprest i den psykiatriske behandlingsskjeden i et opptaksområde med stort innslag av fremmedkulturell populasjon. Pasientene har svært ulike forestillinger og forventninger til sykehusprestens rolle. Imidlertid er det interessant å se at sykehusprestens plass i avdelingen gir mange

en opplevelse av at åndelige og eksistensielle temaer anerkjennes som legitime og viktige. Bruker de muligheten til kontakt med sykehuspresten, enten i livssynsgrupper eller individuelt, skapes rom for refleksjon omkring individuelle åndelige og eksistensielle temaer aktualisert av opplevelsen av psykisk lidelse og erfaringen med psykiatrisk behandling. Ved poliklinikker, hvor det etableres samarbeidserfaringer mellom behandlere og sykehusprest, erfares også der at behandler har behov for en supplerende instans for å møte pasientens åndelige og eksistensielle temaer. Slike temaer oppleves som vesentlige og velintegrerte dimensjoner i pasientens egen livsfortelling, dennes forståelse av sin lidelse og sin mulighet for bearbeiding og mestring.

Les artikkelen på side 142



# Skriftlig pasientinformasjon om medikamenter



Det er uklart om skriftlig pasientinformasjon fører til endringer i kunnskap, holdinger og atferd. Det mangler god dokumentasjon på effekten av internettbasert pasientinformasjon. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter en systematisk gjennomgang av relevant forskningslitteratur.

Medikamenter er det mest brukte tiltaket i helsevesenet. Som ved all behandling trengs det informasjon som gjør at pasienter vet hvorfor og hvordan medikamenter skal tas for å være effektive, og om virkning(er) og bivirkning(er). Dette kan hjelpe pasientene til å ta velinformerte beslutninger om hvordan de skal bruke dem. Det lages mye skriftlig pasientinformasjon i form av brosjyrer og på internett.

Forfatterne av denne systematiske oversikten vurderte effekten av pasientinformasjon med tanke på utfall som kunnskap, holdninger, atferd og helse relatert til reseptbelagte og ikke-reseptbelagte medikamenter.

Typisk skriftlig informasjon var:

- Hva er medikamentet og hva brukes det til
- Før medikamentet tas
- Hvordan medikamentet tas
- Mulige bivirkninger
- Hvor finnes mer informasjon

- Teori/ kunnskapsbasering

## VIRKER SKRIFTLIG PASIENT-INFORMASJON?

- Seks av tolv studier viste at skriftlig informasjon fører til økt kunnskap
- Det var uklart om slik informasjon fører til endringer i holdninger eller atferd i forhold til medikamentbruk
- Ingen studier viste at informasjonen var skadelig
- Det mangler robuste studier om effekten av internettbasert medikamentinformasjon
- De fleste brosjyrer var ikke skrevet eller utformet på en måte som gjorde dem lette å lese

## KVALITET PÅ DOKUMENTASJONEN

Vi skiller mellom dokumentasjon av høy, middels, lav eller svært lav kvalitet. Jo høyere kvalitet, jo mer kan vi stole på dokumentasjonen. Kvaliteten på disse studiene var generelt lav.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et internasjonalt forskerteam lette etter studier som har undersøkt effekten av skriftlig pasientinformasjon. Forskerne fant 25 stu-

dier som oppfylte kravene de hadde fastsatt på forhånd. Studiene hadde til sammen 4788 deltagere. Studiene sammenlignet muntlig informasjon alene med muntlig informasjon kombinert med skriftlig informasjon. De var utført i Storbritannia, Canada, Belgia, Finland, Frankrike, Hong Kong, Sveits og Tyrkia i perioden 1972 til 2004.

## KILDE

Nicolson D, Knapp P, Raynor DK, Spoor P. Written information about individual medicines for consumers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: DOI: 10.1002/14651858.CD002104.pub3. Les hele artikkelen i Cochrane Library (gratis tilgang via [www.cochrane.no](http://www.cochrane.no))

Skrevet av **Liv Merete Reinart** ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



Illustratør: Lene Ask

# God munnhygiene forebygger luftveisinfeksjoner hos eldre på sykehus og pleiehjem

Utvalg og oversettelse ved  
Liv Merete Reinar  
Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Vil forsterket munnhygiene forebygge luftveisinfeksjoner hos eldre på sykehus og pleiehjem?

### SYSTEMATISK OVERSIKT

Inkluderte studier evaluerte effekten av forsterket munnhygiene og hyppig bruk av profesjonell tannpleier hos eldre med luftveisinfeksjoner innlagt på sykehus eller på pleiehjem. Utfallsmål var luftveisinfeksjoner, pneumoni, og død forårsaket av pneumoni.

### METODE

Det ble søkt etter studier i Med-

line, Cochrane Register of Controlled Trials, og National Health Service Economic Evaluation Database (til november 2007). Referanselister ble gjennomgått og det ble søkt etter randomiserte, kontrollerte studier publisert på engelsk, tysk, hollandsk eller nordiske språk mellom 1996 og 2007. Studier med pasienter på respirator eller sondeernæring ble ekskludert. Tre randomiserte forsøk (n=807) møtte inklusjonskriteriene. En placebokontrollert studie var dobbelt blind. En annen crossover studie (n=46) med uklart randomisering ga ikke brukbare data.

### HOVEDRESULTAT

Metaanalyse ble ikke utført på grunn av ulike tiltak og ulike utfallsmål i studiene. Tabellen

viser resultatene fra de individuelle studiene.

### KONKLUSJON

Forsterket munnhygiene forebygger luftveisinfeksjoner og død på grunn av pneumoni hos eldre på sykehus og på pleiehjem.

**Sammendrag:** Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, et al. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospital and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:2124-30.

**Korrespondanse:** Dr P Sjögren, Oral Care AB, Göteborg, Sweden; petteri.sjogren@oralcare.se

**Finansiering:** ingen ekstern finansiering.

**TABELL:** Forsterket munnhygiene versus placebo eller vanlig stell (kontroll) for å forebygge luftveisinfeksjoner hos eldre på sykehus eller pleiehjem.

Tiltak	Pasienter (n)	Oppfølging	Utfall	Intervensjon	Kontroll	RRR (95% KI)	NNT (KI)
Pre- og postoperativ skylling med klorhexidin	Hjertekirurgiske pasienter (353)	Til utskrivning	Luftveisinfeksjon	2,9 %	9,4 %	69 % (22 til 88)	16 (9 til 61)
Munnstell etter hvert måltid samt ukentlig profesjonell tannpleier	Sykehjemsbeboere (366)	2 år	Pneumoni Død fra pneumoni	11 % 7,6 %	19 % 16 %	39 % (0 til 63) 54 % (17 til 75)	Ikke signifikant 12 (7 til 45)
Ukentlig profesjonell tannpleier	Sykehjemsbeboere (88)	2 år	Død fra pneumoni	5 %	17 %	70 % (-16 til 93)	Ikke signifikant



Konsistent og grundig munnstell må tilbys alle eldre personer på sykehus eller pleiehjem som ikke er i stand til å ivareta dette selv. Det er økt interesse for effekten av munnhygiene og forebygging av pneumoni hos respiratorpasienter (1). Selv om det virker intuitivt, er det mangel på forskning på dette aspektet av sykepleie i andre populasjoner, også de eldre.

Denne oversikten av Sjögren og medarbeidere er interessant fordi forfatterne er profesjonelle tannpleiere og forskere. Noen er ansatt i et svensk tannpleiefirma. Oversikten inkluderer studier publisert mellom 1996 og 2006 fra ti forskjellige vitenskapelige tidsskrift og fra seks land; søket inkluderte studier på åtte språk. Selv om søket var omfattende er det mulig at ikke alle studier ble funnet, blant annet fordi

søkeord spesifikt relatert til sykepleie var utelatt, som for eksempel «munnstell».

Oversikten er verdifull fordi den løfter fram behovet for mer forskning relatert til sykepleie og tverrfaglige tiltak i forhold til effekten av munnhygiene og forebygging av pneumoni, og muligheten for bedre livskvalitet. Likevel, tolkning av resultater er vanskelig på grunn av mangel på konsistens i definisjonen av «munnstell» (inkludert «profesjonell pleie»). Noen av de foreslåtte tiltak, som å skrubbe pharynx med povidone iodine og munnskylling med klorheksidin, synes ubehagelige og er kanskje ikke akseptable for alle pasienter.

Implikasjon for praksis er at munnstell kan være en tidlig indikator på andre alvorlige helseproblemer. Hvis munnstell, som vanligvis er

del av «basis og potensielt ikke-essensiell sykepleie» (1) tilbys rutinemessig, er det mulig at også andre essensielle aspekter av pleie er optimale. Munnstell er ikke luksus, men en essensiell del av pleie. Behovet for mer forskning rundt tverrfaglige tilnærminger og barrierer mot å tilby et så viktig tiltak, er løftet fram i denne systematiske oversikten.

Cindy Doucette, RN, MN, GNC (C),  
Trillium Health Centre, Mississauga,  
Ontario, Canada

**1. Berry AM, Davidson PM, Masters J, et al.** Systematic literature review of oral hygiene practices for intensive care patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care* 2007;16:552-62.

© Evidence Based Nursing (EBN) vol 12, nr 2, 2009

# Sykepleiernes triage var påvirket av pasienters oppførsel og troverdighet

Utvalg og oversettelse ved  
Liv Merete Reinar  
Illustrasjonsfoto: Colourbox

-----  
**Hvordan foretar sykepleiere som utfører triage på legevakt/akuttmottak første vurdering av pasientene?**  
-----

## DESIGN

Kvalitativ studie (grounded theory).

## SETTING

To akuttmottak i England.

## DELTAKERE

Selvrekruttert utvalg av 14 sykepleiere som regelmessig utførte triage på akuttmottak og som hadde fra tre til 20 års praksiserfaring fra slik avdeling. Triagevurderinger av pasienter som var forvirret, alvorlig syke eller svært stresset ble ekskludert.

## METODE

Data ble innhentet ved hjelp av 38 videoopptak av triagevurderinger i løpet av ni måneder. Sykepleierne så på sine egne vurderinger; visningen ble stoppet ved hvert spørsmål eller kommentar som kom fram, og de ble bedt om å beskrive tankene de hadde hatt underveis. Beskrivelsene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert

ved bruk av konstant sammenlignende metode.

## HOVEDFUNN

Den mest framtrepende faktor under triage var sykepleiernes vurdering av klientens troverdighet.

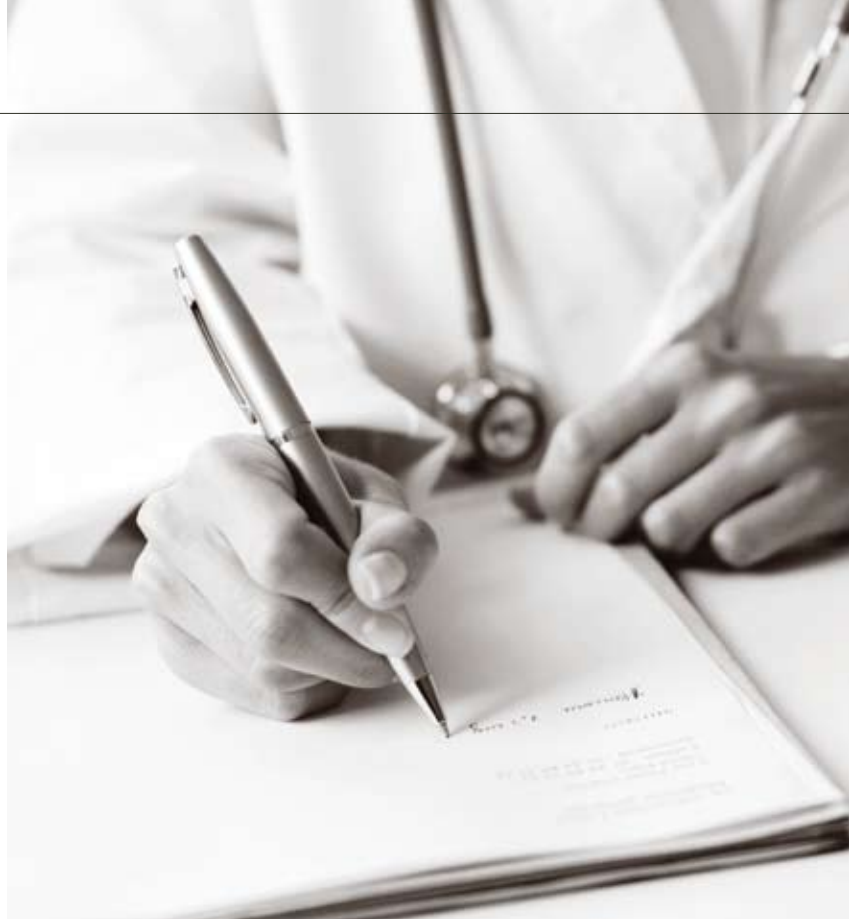
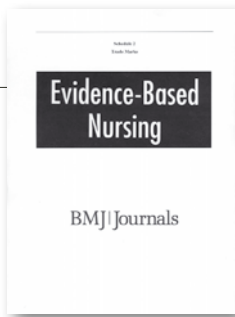
1. Førsteintrykk og troverdighet. Vurderingen startet før triage ble satt i gang, så snart sykepleieren så pasientene, og den var intuitiv og subjektiv: «Du gjør deg en slags mental, rask vurdering av pasientene så snart de kommer inn døren, før du faktisk spør dem om noe». Sykepleierne noterte seg fysiske og atferdsmessige tegn på hemninger og stress hos pasientene (for eksempel holdning, ansiktsuttrykk) og så på dette som bevisste eller ubevisste tegn på ubehag. Dette reflekterte pasientenes opplevelse av problemet og hvordan omgivelsene tolket dem. Sykepleiernes vurderinger var påvirket av troverdigheten de tilla både pasientene og deres pårørende. Dette var påvirket av problemrelaterte faktorer (sammenfallende med tegn på stress, egenomsorg og tidligere behandling, tid fra de fikk symptomer til de søkte hjelp, om det var riktig å oppsøke akuttmottak), generell framtredden hos pasienten samt sykepleierens egen oppfatning av hva akuttmottaket skulle brukes til.

2. Framtredden og troverdighet. Med knapp tid til å bli kjent med pasientene vurderte sykepleierne deres troverdighet basert på tid-

ligere forventninger og antakelser om hva som er normalt samt pasientenes generelle framtredden og kvaliteten på interaksjonen: «Ikke veldig gammel og skjør, men hun var eldre og hun var ikke sammen med noen og hun hadde bandasje rundt håndledet». Likevel, sykepleiernes bedømmelse var ikke statisk; den ble raffinert og revurdert i møte med pasientene og deres egne historier.

3. Troverdighet og historiefortelling. Sykepleierne anså pasientene som mer troverdige når deres handlinger (for eksempel å ha satt i gang tiltak på egen hånd og utsatt å oppsøke legevakt) ble vurdert å være adekvat i forhold til problemet. En sykepleier sa «Kvinnen høres ut som hun har vært veldig fornuftig. Dette skjedde i går; hun ventet 24 timer for å se om hun ble bedre. Hun la på is – hun gjorde alle de riktige tingene». På den annen side, dersom pasientene utsatte å oppsøke hjelp (for eksempel > 48 timer etter skade), vurderte sykepleierne at de hadde mindre troverdighet.

4. Troverdighet og årsaken til å oppsøke legevakt. Sykepleiere forventet at pasientene visste hvilke problemer som egnet seg for legevakten og vurderte ofte at de hadde mindre kredibilitet dersom det var dokumentert at de hadde oppsøkt annen helsehjelp tidligere: «Fakta var at han hadde «baby-cast» på, noe som indikerte at det var en gammel skade eller at han i



det minste hadde blitt vurdert av en ortoped».

5. Troverdighet og henvisning. Sykepleierne som brukte triage vurderte troverdighet på henvisningen ved å bruke sin kunnskap om vanlige pasientforløp. De så på seg selv som noen som evaluerte primærhelsetjenesten og var ofte veldig skeptiske til kvaliteten på omsorgen som ble tilbudt der.

#### KONKLUSJON

Sykepleiernes triagevurderinger av pasienter på akuttmottak var ikke statistisk og var influert av pasientenes oppførsel og historier og hvordan troverdighet ble oppfattet.

**Sammendrag:** Edwards B, Sines

D. Passing the audition – the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage. *J Clin Nurs* 2008;17:2444-51.

**Korrespondanse:** Dr. B Ed-

wards, Bournemouth University, Bournemouth, UK; bedwards@bournemouth.ac.uk

**Finansiering:** Ingen ekstern finansiering.

Edwards og Sines forklarer prosessen hvor akutt sykepleiere tilpasser sin vurdering av pasienter fra første inntrykk til endelige evaluering gjennom triage. Studien fant at sykepleiere inkorporerer mange faktorer i vurderingen basert på pasientene og pårørende. Funnene kan bidra til at sykepleiere gjenkjenner effekten av sine førsteinntrykk og bias ved triage. Spørsmål som ikke er besvart er blant annet hvordan dette kan påvirke objektive kriterier på triageinstrumenter, slik som «Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)» [1], og hvordan konseptet om pasientsentrert omsorg passer med sykepleieraktiviteter. Målet med CTAS er å gi objektive kategorier som identifiserer medisinske behov og gir trygge ventetider. Det aktuelle problemet er hovedfokus,

påvirket av modererende faktorer som vitale tegn, smerte og kroniske faktorer [1]. Denne studien setter spørsmålsteget ved effekten av dette objektive instrumentet. Sykepleiernes begrunnelse og vurdering blir styrket av kunnskapsprosesser som tar i seg systematiske tilnærminger. Men hvordan sykepleiernes inntrykk påvirker objektiv triage er uklart. I en ideell triagevurdering blir kritisk tanke og intuitiv kunnskap koblet sammen med pasientenes levde erfaringer – uttrykt gjennom fysiologisk og psykologisk stress – og legger til sammen føringer for behandling. Sentral forskning om smerte fra McCaffery og Beebe fant at på grunn av feil inntrykk og personlig bias oppfanget ikke sykepleiere viktige symptomer og underbehandlet pasientene [2].

Denne studien til Edwards og Sines kan gi verdifull informasjon om støtte til mer pasientsentrert og objektiv vurdering i triage. Framtidig forskning bør fokusere på sykepleiernes oppmerksomhet rundt bias i vurdering av pasienter versus konteksten i systemet.

Michelle Acorn RN (EC), NP-PHC/Adult, MN/ACNP, ENC (C), GNC (C). Lakeridge Health and University of Ontario Institute of Technology Oshawa, Ontario, Canada.

1. Murray M, Bullard M, Grafstein E. *CJEM* 2004;6:421-7.

2. McCaffery M, Beebe A. *Pain: clinical manual for nursing practice*. St. Louis: Mosby, 1989.

© Evidence Based Nursing (EBN) vol 12, nr. 2, 2009

# Forskningsnytt

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



## Mobilisering og styrking av egne krefter i selvhjelpsgrupper

Mobilisering og styrking av egne krefter i selvhjelpsgrupper for kvinner med brystkreft fremmer læring og styrker bedringsprosesser.

Dette er konklusjonen i en studie som hadde til hensikt å utforske mobilisering og styrking av egne krefter (empowerment) i selvhjelpsgrupper og beskrive deres praktiske verdi. Det ble brukt et aksjonsforskningsdesign hvor forskeren samlet data både som deltakende observatør i gruppene og ved bruk av fokusgruppeintervjuer.

Kvinner i rehabiliteringsfasen etter brystkreft, og som var 69 år eller yngre, ble invitert til å delta. Deltakerne ble rekruttert mens de var innlagt på sykehus, på etterkontroll på kirurgisk poliklinikk eller på onkologisk poliklinikk hvor de fikk cytostatikabehandling. Totalt deltok 18 kvinner fordelt i grupper på fem til syv personer. Kvinnene deltok både i selvhjelpsgruppene og i fokusgruppeintervjuene. Hver gruppe ble intervjuet tre ganger. Observasjonsdataene ble lagt til grunn for å beskrive gruppekulturen, forholdene kvinnene imellom og gruppeprosessen.

Gruppemøtene varte 90 minutter og fant sted ukentlig i fire måneder. Sammen med forskeren deltok en spesialist i gruppeprosesser som hadde som oppgave å stimulerte til fri dialog mellom deltakerne og å motvirke negative gruppeprosesser.

Studien identifiserte læring som en hovedkategori. Læring ble beskrevet som en sirkulær og

integriert prosess bestående av bevisstgjøring, tilegnelse av kunnskap, læring av andres erfaringer og økt selvinnsikt. Kvinnene opplevde at gruppemøtene bidro til økt bevissthet over egen styrke, økt personlig kontroll og bedret evne til å klare dagliglivet og å forhandle med helsesystemet. De tilegnet seg kunnskap om sykdommen. Ved at deltakerne i hver enkelt gruppe var i ulike behandlingsstadier, kunne kvinnene som hadde fullført behandlingen utveksle nyttig informasjon til andre i gruppen.

### REFERANSE

Stang I, Mittelmark MB. Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups. *J Clin Nurs*; doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02320.x

### KOMMENTAR

Det er uklart hvor stor betydning de to helsearbeiderne hadde for deltakernes bedringsprosesser. Etter behandling for brystkreft vil kvinnene normalt være i en bedringsprosess. I forsknings-sammenheng er det interessant å stille spørsmål om for eksempel kvinnene ville ha like stort utbytte av å treffes regelmessig uten at helsepersonell var til stede.

## Å være fanget i egen kropp

Denne studien hadde til hensikt å utforske kvinners kroppslige opplevelse av å ha spiseforstyrrelser. Sterke følelser av å være fanget i egen kropp og skam over kroppen preget fortellingene til deltakerne i studien.

Studien hadde et kvalitativt hermeneutisk forskningsopplegg. Del-

takerne ble valgt ut ved hjelp av hensiktsmessig utvelgning. Terapeuter i Vest-Norge delte ut invitasjonsbrev til aktuelle personer. Fem kvinner i alderen 28 til 48 år deltok i studien. Deltakerne hadde erfaring med ulike typer spiseforstyrrelser gjennom ti til fjorten år. Deres body mass index var gjennomsnittlig 22.18 og varierte

mellom 14.9 og 33.1. Data ble samlet inn gjennom syv fokusgruppeintervjuer som varte én til halvannen time. I intervjuene ble det fokusert på opplevelsen og forståelsen av kroppen, samt forholdet til andre og omgivelsene. Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett.

Analysen konkluderte med hoved-



## > 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 [Annerns.Lerdal@hibu.no](mailto:Annerns.Lerdal@hibu.no)

# Oppfølging over telefon etter hjerteinfarkt

Telefonisk oppfølging bedret ikke livskvaliteten hos pasienter etter hjerteinfarkt 18 måneder etter utskriving.

Hensikten med studien var å undersøke om telefonoppfølging av pasienter etter hjerteinfarkt bidro til å øke deres helserelaterte livskvalitet (HrL) samt endring av røyke- og treningsvaner, gjenopptakelse av arbeid og reduksjon i reinnleggelser.

En randomisert kontrollert studie ble gjennomført ved Haukeland universitetssykehus i perioden 2001–2005. Innlagte pasienter med hjerteinfarkt i studieperioden ble vurdert for inkludering. De som hadde kronisk sykdom med funksjonshemming, bodde på sykehjem, ikke klarte å kommunisere via telefon eller som skulle ha hjertekirurgi i løpet av sykehusoppholdet, ble ikke inkludert. Etter det første studieåret ble også pasienter over 80 år inkludert. To dager etter innleggelsen ble de som ønsket å delta fordelt tilfeldig i to grupper. Den ene gruppen fikk telefonoppfølgingen, intervensjonen som skulle testes. Denne besto av at sykepleiere ringte pasienten ukentlig

de første fire ukene og deretter seks, åtte, tolv og 24 uker etter utskriving. Pasientene og pårørende kunne også ringe sykepleierne. Det ble informert om fysisk aktivitet, fysisk ubehag, angst og medisiner, og det ble lagt vekt på å støtte pasientenes mestringsstrategier. Kontrollgruppen fikk standard behandling som besto av et legebesøk på poliklinikken seks til åtte uker etter utskriving samt et besøk hos fastlegen.

Av utvalget på 288 pasienter, ble 156 fordelt til intervensjonsgruppen og 132 til kontrollgruppen. Data ble samlet inn fra pasientenes journaler og spørreskjemaer én uke etter utskriving, samt etter 12 og 18 måneder. HrL ble målt ved hjelp av spørreskjemaet Short Form–36 Health Survey (SF–36). Spørreskjemaet består av åtte dimensjoner: fysisk funksjon, rollebegrensning knyttet til dårlig fysisk helse eller tilsvarende begrensninger knyttet til følelsesmessige problemer, smerter, vitalitet, generell helse, sosial funksjon og mental helse.

Etter 18 måneder hadde pasientene i begge gruppene bedret sin livskvalitet i forhold til de fleste HrL-

dimensjonene sammenlignet med målingen på det første tidspunktet. Sammenlignet med normdata fra USA, rapporterte intervensjonsgruppen flere begrensninger knyttet til følelsesmessige problemer, og kontrollgruppen sterkere rollebegrensninger knyttet til redusert fysisk helse sammenlignet med normdataene.

Pasientene som fikk telefonoppfølging av sykepleiere, rapporterte ikke bedre HrL etter 18 måneder enn pasientene som fikk standard behandling.

## REFERANSE

Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2009;18:1334–45.

Telefonoppfølging av sykepleiere ga bedring i pasientenes HrL på kort sikt sammenlignet med kontrollgruppen, men ikke etter 12 og 18 måneder.

KOMMENTAR

kategori «sterke følelser av å være fanget i og å skamme seg over egen kropp». Deltakerne beskrev et ønske om å være slank og devaluering av egen kropp. De beskrev eksempler på overdrevent kroppslig fokus, for eksempel hvis man merket at man gikk opp noen kilo. Studien viser at kvinnene med spiseforstyrrelser

hadde sterke følelsesmessige opplevelser som helsearbeidere bør være oppmerksomme på.

## REFERANSE

Rørtveit K, Åström S, Severinsson E. The feeling of being trapped in and ashamed of one's own body: A qualitative study of women who suffer from eating difficulties. *Int J Ment Health*

Siden andelen overvektige øker i den norske befolkningen er kjennskap til disse erfaringene verdifulle for helsearbeidere. Siden studien hadde et lite utvalg, bør det vises varsomhet med å generalisere funnene. Det vil være interessant å gjøre tilsvarende undersøkelser blant menn.

KOMMENTAR

# Doktor, hvorfor så skeptisk?

I framtidens kliniske forskning bør sykepleiere og leger lære av hverandre og styrke den pasientnære forskningen gjennom samarbeid.

For kort tid siden presenterte jeg et abstrakt med poster og oral presentasjon på en kongress i utlandet. Abstraktet omhandlet en studie der vi hadde brukt fokusgrupper og Grounded Theory som metoder. En erfaren lege med betydelig forskererfaring (42 treff i Pubmed) betraktet posteren og sa: «Jeg er lege, det der forstår jeg ikke». Det spesielle var at vår studie presenterte resultater som den samme legen manglet i sin kvantitative studie av en nesten identisk problemstilling. I tillegg var de fleste respondentene i fokusgruppene leger. Etter litt informasjon og nærmere gjennomlesing av våre teorier nikket han. Han kjente seg igjen. Men han var åpenbart skeptisk til metodene vi hadde brukt. Denne episoden er ikke enestående. Legens ærlige ord beskriver godt at tradisjonell kvalitativ sykepleieforskning har et problem hvis den mangler aksept og tillit hos vår vik-

tigste samarbeidspartner. Dette må vi ta på alvor. Men hvorfor er det slik, og kan vi gjøre noe med det?

## HVORFOR SKEPSIS?

I klinikken jobber leger og sykepleiere tett sammen for å løse pasientens problemer. Det er derfor nesten paradoksalt at vi i all hovedsak har helt ulike forskningskulturer. Noen vil til og med hevde at det er et spenningsforhold mellom naturvitenskap og humaniora. Forklaringen ligger nok i dype tradisjoner og gjensidig mangel på innsikt i hverandres kulturer. Noen leger hevder at kvalitativ forskning ikke er vitenskapelig nok. Andre er skeptiske til metodenes subjektive natur og mangel på fakta. Vi kan ikke bebreide dem. De er formet til å tenke annerledes. Likevel ser vi nå flere eksempler på leger som tar i bruk kvalitative metoder i sine doktorgradsprosjekter.

## LÆR KLINISK FORSKNING AV LEGENE

I «Innspill» i forrige utgave av dette tidsskriftet argumenterte Laila Dåvøy for den pasientnære forskningen. Hun har helt rett, det er for få sykepleiere som forsker bedside. Her i byen må vi reise ut på høgskolen for å finne sykepleiere som forsker og har doktorgrad. Jeg kan nesten garantere at ingen leger leser deres forskning. Kanskje ikke så mange sykepleiere i klinikken heller. Dette kan skyldes at mye ikke er i artikkelform, det er ikke tilstrekkelig praksisrelevant eller ikke tilgjengelig nok.

Sykepleiere har mye å lære av legenes kliniske forskningstradisjon. Jeg jobber på et mellomstort norsk sykehus med et aktivt klinisk forskningsmiljø. Fram til nylig har dette utelukkende bestått av leger. Jeg har lenge beundret hvordan legene forsker bedside og skriver artikler mens de jobber. Etter avlagt doktorgrad fortsetter de med sin kliniske virksom-



Foto: Privat

” Samhandling i forskning, eller tverrfaglig forskning, er en viktig løsning for å bryte med gamle tradisjoner.

het og pasienten kan nyte godt av deres spisskompetanse. Nærheten til denne forskerkompetansen kan også gi unge leger under utdanning og spesialisering, inspirasjon til egen forskerkarriere. Legenes forskning gjør den også interessant og relevant for sykepleierne. Ikke minst fordi den er relatert til praksis og lett tilgjengelig. Vi «googler», printer ut og bruker den i behandlingssituasjoner. Formatet i form av korte artikler er overkommelig.

### **SAMHANDLING I FORSKNING**

«Bedre samhandling» er det mest brukte helsepolitiske ordet for tiden og ifølge helseministeren løsningen på flere av problemene i norsk helsevesen. Etter min mening er samhandling i forskning, eller tverrfaglig forskning, en viktig løsning for å bryte med gamle tradisjoner. Vi kan for eksempel utfylle hverandre ved å kombinere kvantitative og kvalitative metoder i ett og samme studie.

Vi har tross alt en lang tradisjon i å utfylle hverandre i praksis. Selv har jeg vært så heldig å jobbe sammen med en intensivlege som har sett verdien av tverrfaglig forskning. Dette har allerede resultert i flere vitenskapelige artikler. Foreløpig har vi ikke kombinert kvantitativ og kvalitativ metode. Men mulighetene er uendelige. Selv innenfor intensivmedisin, i teknologiens og de harde datas høyborg, handler mye om mellommenneskelige prosesser og samhandling.

### **AVSLUTNING**

Hvis klinisk forskning skal komme pasienten til gode er ikke løsningen en fortsatt polarisering mellom kvantitativ og kvalitativ forskning. Derfor bør det være et mantra i framtidens kliniske forskning at sykepleiere og leger lærer av hverandre og styrker den pasientnære forskningen ved å gjøre ting sammen. Dette er selvsagt en omfattende prosess. For å få dette

til må vi stole på at noen går foran og viser at det faktisk er mulig. Jeg avslutter dette innspillet med noen kloke ord fra en som har brøytet vei, Kirsti Malterud, norsk nestor innenfor fagområdet kvalitativ forskning i medisinen: «Medical research needs diversity. We need to prevent methodological separatism and supremacy if the field of medical knowledge is to be expanded, not just strengthened or divided. Responsible application of qualitative research methods is a promising approach to broader understanding of clinical realities. No research method will ever be able to describe peoples' lives, minds, and realities completely though, and medical doctors should be reminded that scientific knowledge is not always the most important or relevant type of information when dealing with people» (Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358, 483-488).

# NYTT OG NYTTIG



161: **DOKTORAVHANDLING**

162: **PERSONVERN I FORSKNING**



# DOKTORAVHANDLING



**Kandidat:**  
**SEVALD HØYE**

**Tittel:** Styrken i kulturell mangfold – synspunkter fra familiemedlemmer og intensivsykepleiere på deres møter i intensivavdelinger

**Arbeidssted:** Institutt for sykepleiefag, Avdeling for helse- og idrettsfag, Høgskolen i Hedmark i Elverum

**Disputas:** 13. februar 2009 ved Universitetet i Stavanger

**E-post:** sevald.hoye@hihm.no

> **Bakgrunn.** Når en person rammes av akutt og kritisk sykdom innlegges han/hun på intensivavdeling i sykehus. Pårørende blir berørt sosialt og følelsesmessig. Flerkulturelle familier med ikke-vestlig etnisk bakgrunn kan ha posttraumatiske stressreaksjoner. Sykehusinnleggelse kan avdekke

minner fra tidligere traumer hos pårørende med bakgrunn som innvandrer, asylsøker eller flyktning.

Hensikten med avhandlingen var å bidra til forståelse av hvilke perspektiver flerkulturelle familier og intensivsykepleiere har på møter med hverandre fra intensivavdelinger i norske sykehus. Et tilleggsspørsmål var å vurdere metodisk troverdighet i tidligere forskning. Avhandlingen består av fire forskningsartikler.

**Metode.** Et eksplorativt design inspirert av hermeneutikk ble brukt for å avdekke erfaringer hos pårørende med flerkulturell bakgrunn og intensivsykepleiere ved større sykehus i Norge. Data fra informantene ble innhentet ved hjelp av henholdsvis individuelle intervju og flerstegs fokusgruppeintervju. Et tilleggsmål var å vurdere metodisk troverdighet i tidligere forskning.

**Funn.** Flerkulturelle familiemedlemmer og intensivsykepleiere møter utfordringen i samhand-

lingen, forankret i kulturen innen intensivavdelingen, språket, kulturell bakgrunn, lidelsen, kriser og verdier. Avhandlingen viste at flerkulturelle familier erfarte strid for å opprettholde familiens tilhørighet i møte med helsetjenesten. Undersøkelsen blant sykepleierne avdekket kulturell mangfold og arbeidsplassstress. Konflikter i møte med flerkulturelle familier ble av sykepleierne imøtekommet ved å finne overenskomster gjennom forhandlinger. Vurdering av tidligere kvalitativ sykepleieforskning viste troverdighet, men svakheter når det gjaldt forankring i vitenskapsteori.

**Konklusjon.** Sykepleierne sikter mot å øke kunnskapen om andre kulturer og understreker det menneskelige, heller enn å fokusere på annerledeshet i normer og tradisjoner.

Avhandlingen reiser spørsmål om hvordan man kan sikre forståelse, tilhørighet og toleranse i sykepleien.

## HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere.

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

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

# PERSONVERN I HELSEFAGLIG

Et demokrati er basert på prinsippet om at hvert enkelt menneske bestemmer over sin private sfære.

Av **Helge Grimnes**, personvernrådgiver ved Kompetansesenter for personvern, Oslo universitetssykehus, Ullevål

Til forskjell fra totalitære regimer er «det private rom» hellig i vår kultur. Den enkelte definerer selv grensene for rommet og hvem som får komme inn i det. Den enkelte skal kjenne seg trygg på at personopplysninger ikke misbrukes av myndighetene eller av andre. Helsepersonell er autorisert til å behandle slike opplysninger. På bakgrunn av en offentlig godkjent utdanning og praksis har helsepersonell mulighet til å behandle person-/helseopplysninger. Denne muligheten har samfunnet gitt til helsepersonellet for å yte helsehjelp til pasientene. Den gjelder ikke for andre formål. Hva er så mulighetene for helsepersonell som ønsker å bruke opplysningene til forskning? Eller hvis man er under utdanning og ønsker å bruke opplysningene i en mastergradsoppgave? Noen av mulighetene og rammene som personvernet setter vil belyses her og er basert på erfaring med hva som ofte er aktuelt for helsefaglig forskning.

## > HVA ER PERSONOPPLYSNINGER?

Opplysninger som kan tilbakeføres til enkeltpersoner, regnes som personopplysninger. Det skiller mellom direkte identifiserbare opplysninger, hvor navn eller fødselsnummer direkte identifiserer personen, og aidentifiserte opplysninger, som indirekte kan identifisere vedkommende. Anonyme datasett skal derimot være umulig å koble til enkeltpersoner og er derfor ikke personopplysninger. Likevel kan prosessen med å produsere de anonyme data i noen tilfeller berøre personvernet dersom man benytter midlertidige koblingsmuligheter.

Innen forskningen vil man ofte aidentifisere opplysningene ved å bytte navnet med en kode. Koden og navnet gjenfinnes på en separat kodeliste som et begrenset antall personer har adgang til. En utbredt misforståelse er at opplysningene dermed er anonyme og fritt kan brukes til forskning. Koblingsmuligheten gjør at opplysningene regnes som aidentifiserte personopplysninger og

dermed er regulert av personvernlovgivningen. Selv om en mastergradsstudent bare gis tilgang til kodete data, er datasettet likevel personopplysninger. Aidentifiseringen er et sikringstiltak, men gir ikke åpning for annen bruk av dataene enn det som samtykket angir.

Likeledes vil lydopptak fra intervjuer med pasienter eller ansatte regnes som personopplysninger. Selv om man unngår at navn nevnes i intervjuet, må opptaket likevel behandles som personopplysninger fordi stemmen er gjenkjennbar. Dersom det er mulig å transkribere intervjuet på en måte som ikke er gjenkjennelig for andre, så regnes transkripsjonen som anonym, forutsatt at man ikke koder opptaket og transkripsjonen slik at disse kan kobles.

Kombinasjoner av opplysninger kan noen ganger identifisere en person. I noen tilfeller vil eksempelvis arbeidstittel i kombinasjon med alder, kjønn og sykdomshistorie muliggjøre kobling til pasientens identitet. Det er ikke bare kjendiser som kan identifiseres ut fra yrkestittel. Det er veileders og forskers ansvar å ta stilling til om et datasett er anonymisert.

## > INFORMERT SAMTYKKE

Bruk av personopplysninger i forskning krever som hovedregel samtykke fra den inkluderte. Samtykket er individets juridiske og demokratiske rettighet, og gjelder for pasient, ansatte, pårørende eller andre som inkluderes i studien. Samtykket skal være informert, det vil si at personen skal vite hva man samtykker til og hva det innebærer for ens eget personvern. Likeledes skal det være frivillig. Helsepersonell skal derfor være bevisst på den avhengighet pasienten kan oppleve i forhold til behandlere. Mange mennesker vil oppleve å stå i et takknemlighetsforhold til helsepersonellet, eller være redde for at man ikke får den beste behandlingen, om man sier nei til å delta.

Samtykket skal normalt bekreftes skriftlig av den som inkluderes. Et muntlig samtykke er juridisk

gyldig, men gir ikke den nødvendige grad av dokumentasjon. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) har utformet en mal for samtykke, i samarbeid med blant annet REK, Datatilsynet og personvernombudet ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Malen er en hjelp, men fratar ikke forskeren ansvaret for at samtykket er informert.

For personvernets del er følgende elementer i samtykket sentrale:

- Formålet med studien
- At det er frivillig å delta
- Hvem som er databehandlingsansvarlig
- Om opplysningene utleveres til andre
- Kilder til pasientens opplysninger, for eksempel journalen eller forskriftsregulerte registre
- Når opplysningene slettes/anonymiseres permanent
- Pasientens rett til innsyn, retting og sletting av opplysningene

Det finnes også åpninger for at pasientopplysninger kan brukes i forskning når samtykke er vanskelig eller umulig å innhente. En del forskning har slike utfordringer og kan under visse betingelser gjennomføres, blant annet ved at pårørende konsulteres. Emnet vil ikke belyses her, men drøftes for eksempel på [www.uus.no/personvern](http://www.uus.no/personvern).

## > SENTRALE PERSONVERNPRINSIPPER

Utover samtykket bør man være fortrolig med følgende sentrale prinsipper for personvernet: Ordet fanger – beskrivelse av formålet

Bruk av personopplysninger skal ha et entydig og forståelig formål for at det skal være informert. Det kan likevel være vidt. Imidlertid er «medisinsk forskning» så lite avgrenset at man ikke kan si at pasienten er informert om hva man inviteres inn i og konsekvensene av samtykket. På den annen side kan forsker selv avgrense formålet for mye.

Ber man utelukkende om samtykke til å registrere opplysningene i et forskningsregister, uten å angi hva opplysningene skal brukes til, utløser det krav om nytt samtykke for hver studie som skal bruke opplysningene. Det formålsbeskrivelsen ikke nevner har man heller ikke samtykket til. Samtidig skal ikke informasjonsskrivet gjøres omfattende fordi forsker ønsker å «sikre seg». Formålet skal være så kort og konsist som mulig slik at det er forståelig for pasienten. Malen for samtykke kan være en hjelp her.

## > DATABEHANDLINGSANSVARLIG

Behandling av personopplysninger skal normalt bare ha én ansvarlig virksomhet. Dette skal være en virksomhet som er kapabel til å ivareta personvernet til de inkluderte i studien. Pasienten skal kunne henvende seg til én instans for å be om innsyn i opplysningene, eller for å kreve dem slettet. Databehandlingsansvarlig er den som bestemmer formålet med bruken av opplysningene, og som skal ha oversikt over hvor opplysningene lagres, hva de brukes til og at de sikres tilfredsstillende. Når en høyskole har tatt initiativet til et prosjekt, vil ofte denne være databehandlingsansvarlig. Men om journalopplysninger skal inkluderes, vil det ofte være tilrådelig at sykehuset tar databehandlingsansvaret siden ansvaret for journal tilligger sykehuset.

Dette er ikke til hinder for at man kan bruke andre virksomheter til å oppbevare opplysningene. Dersom sykehuset er ansvarlig, kan kopi av dataene oppbevares hos en eller flere samarbeidende virksomheter, kalt databehandlere. Databehandleravtale må inngås for å sikre forvaltning av personvern som sykehuset som databehandlingsansvarlig er forpliktet til. Databehandleren vil utelukkende kunne bruke dataene til det formålet som databehandlingsansvarlig har definert. Databehandleren plikter å slette eller levere dataene tilbake når databehandlingsansvarlig ber om det.

### > UTLIVERING AV PERSONOPPLYSNINGER

På samme måte som samtykke er nødvendig for å samle inn personopplysninger, så kreves det samtykke for å utlevere til andre virksomheter. Opplysningene kan ikke utleveres til andre forskere hvis det ikke ligger innenfor rammen av samtykket. Virksomhet og formål skal være navngitt og definert i samtykket for at opplysningene kan utleveres. Med utlevering menes her fra én databehandlingsansvarlig til en annen. Dette er vanlig i legemiddelstudier der et eksternt firma er ansvarlig, men kan også være aktuelt i andre typer multisenterstudier. Det er her viktig å understreke at et samtykke til utlevering gir sykehuset en mulighet, men ikke en plikt til å utlevere. Sykehuset må selv vurdere om det er mulig å utlevere opplysningene selv om samtykke, konsesjon og REK-godkjenning skulle være i orden.

### > VARIGHET

Behandling av personopplysninger kan normalt skje innenfor en avgrenset periode før de slettes eller anonymiseres permanent. Samtykket skal sette en øvre grense for når opplysningene senest vil bli slettet (årstall). Denne perioden skal være tilstrekkelig til å gjennomføre studien, inkludert tid til publisering og eventuelt etterkontroll.

### > SIKRING AV OPPLYSNINGENE

Opplysningene skal sikres tilfredsstillende. Eksempelvis skal spørreskjema låses ned, kodelister gjøres utilgjengelig for uvedkommende og elektroniske data lagres på medier som minimerer risikoen for at de kommer på avveie. Databehandlingsansvarlig virksomhet skal ha oversikt og kontroll med opplysningene. Det utelukker lagring av privat utstyr, siden virksomheten ikke har noen instruksjonsmyndighet over privat eiendom. Lagring av sensitive personopplysninger i universitets- og høyskolenett er erfaringsmessig utilrådelig grunnet utilstrekkelig sikring. Flere sykehus har derfor

etablert standardløsninger innenfor sykehusnettet («forskningsservere») som er risikovurdert og forskriftsmessig sikret.

### > FORSKNING OG TILGANG TIL JOURNAL

Som beskrevet innledningsvis, har helsepersonell en mulighet for å behandle personopplysninger for å yte helsehjelp. Tilgangen til journal er regulert av behovet for å gi slik hjelp, eventuelt for å administrere helsehjelpen. Forutsatt at man er involvert i behandlingen av en pasient, og således er kjent med de taushetsbelagte opplysningene, kan denne tilgangen brukes til å invitere pasienten til deltakelse i et forskningsprosjekt. Med samme forutsetning er det også mulig å registrere opplysningene i et forskningsprosjekt uten samtykke, forutsatt at opplysningene er anonyme gjennom hele datainnsamlingen (se ovenfor). Her skal man gå varsomt frem. Hvis forsker ikke har slik tilgang, så forutsetter det pasientens samtykke for innsyn i journalen, eventuelt annet grunnlag i lov.

At man har teknisk tilgang til elektronisk pasientjournal, gir ikke automatisk rett til å bruke denne til forskning eller undervisning. Studentoppgaver byr ofte på utfordringer her: Studenter er ikke nødvendigvis involvert i helsehjelpen til den enkelte, men har likevel teknisk tilgang til journal. Bruk av denne tilgangen for å skrive studentoppgave forutsetter da normalt pasientens samtykke.

### > PERSONVERNOMBUDET OG REK

Med ny helseforskningslov er det REK som vurderer personvernet i forskningsstudier. Tidligere var dette lagt til Datatilsynet, delegert til personvernombudene for virksomheter som har opprettet slikt ombud. Lovgivningen setter likevel krav til at den forskningsansvarlige virksomheten fører kontroll med og sikrer opplysningene i studien. For virksomheter som har personvernombud vil dette fortsatt medføre at studiene skal meldes til personvernombudet. Ny lov innebærer imidlertid ikke



at alt som foregår av studier ved et sykehus skal godkjennes av REK. Det som ligger utenfor REKs mandat å vurdere, som omfatter kvalitetssikring og opplæringsformål, skal fortsatt meldes til og tilrådes av personvernombudet. Rutinen som flere sykehus har etablert, med intern godkjenning av studier først, inkludert melding til personvernombudet, vil dermed fremdeles være hensiktsmessig. Og den vil sikre virksomhetenes ansvar både i forhold til forskningslov, personvernlovgivning med mer.

### > FELTTILGANG

Sykehusene får av og til henvendelser fra forskere som ønsker liste over pasienter med en bestemt diagnose, slik at disse kan inviteres til å delta i en studie. Av hensyn til taushetsplikten er ofte den eneste løsningen at sykehuset selv sender ut invitasjonen til pasientene, hvorpå pasienten svarer direkte til forsker.

Forskere havner noen ganger i situasjoner der pasienten har gitt samtykke, man har alle godkjenninger fra REK og personvernombud, men man får likevel ikke utlevert journalopplysninger fra andre sykehus. Sykehuset som har behandlet pasienten, har ikke alltid tid eller ressurser til å utlevere. En studie som skal samle inn data fra ulike sykehus må derfor ha samarbeidende forskere som er ansatt på de aktuelle sykehus for å gjennomføre studien. Disse må ha lovlig tilgang til å hente ut opplysningene, hvilket omfattes av samtykket dersom de er med i forskergruppen. Uten dette kan man ikke forvente å få utlevert opplysningene. Studier der ansatte skal intervjues må tilsvarende ta hensyn til praktiske utfordringer. Om dette skal skje i arbeidstiden må det settes av tid og det må tas hensyn til ansattes arbeidsoppgaver i klinikken. En studie må dermed allerede i planleggingsfasen sørge for at det er praktisk mulig for sykehusene å utlevere informasjonen, eller å sette av tid for de ansatte om deltakelse ikke skal skje på fritiden.

### > PLANLEGGING ER NØKKELEN

Et godt studiedesign, entydig formål og detaljert planlegging av datainnsamlingen er sentralt også for personvernet. Flere av spørsmålene som en god forskningsprotokoll skal besvare, er de samme som personvernombudet stiller. Mangelfull planlegging fra forskers side kan medføre utfordringer både for godkjenningen og gjennomføringen av studien. En utfyllende beskrivelse av formålet og datainnsamlingen vil gjøre det lettere å vurdere om samtykket samsvarer med forskers intensjon med studien. Samtykket skal nevne alle kilder til data, enten det er journal fra ulike sykehus, andre studier, eller man skal koble med nasjonale helseregistre. Det er derfor å anbefale at personvernombudet konsulteres tidlig i planleggingsfasen. Hvis studiedesignet endres underveis som følge av mangelfull planlegging, kan det resultere i at nytt samtykke må innhentes, med de praktiske vanskeligheter det medfører. God planlegging bidrar til å sikre et forståelig samtykke og en forsvarlig gjennomføring til fordel for både personvernet og forskningen.

# Bygger på klinisk erfaring

› Demens, tvang og skjult medisinerer er noe av det som opptar Øyvind Kirkevold.

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Therese Borge

Øyvind Kirkevold tar vel imot med te og kaffe i et trangt, lite kontor. Som seg hør og bør for en forsker er kontoret overfylt med papirer og bøker. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i Vestfold, hvor han er ansatt, holder til i vakker gul trehusbebyggelse i Sem. Husene er en del av tuberkulosens omfattende bygningsmessige arv til psykiatrien.

## TILFELDIG START

Kirkevold hadde i utgangspunktet ingen ambisjoner om å ta doktorgrad, men begynte å kartlegge bruken av tvang i eldreomsorgen og spesielt i sykehjem i 1999. Det var et oppdrag Nasjonalt kompetansesenter for demens fikk av Sosial- og helsedirektoratet. Da arbeidet var ferdig, besto materialet av cirka 2000 intervjuer. Kartleggingen sa noe om omfanget av tvang i sykehjemmene, men ingenting om hvilke sammenhenger det var mellom bruk av tvang og

forskjellige pasient- og avdelingskarakteristika. Kirkevold søkte derfor – på oppfordring – om forskningsmidler for å analysere dette summariske materialet, noe som resulterte i en doktorgrad i 2005.

I 2004 publiserte Sintef en undersøkelse om bruk av tvang som viste at bemanning ikke var en utslagsgivende faktor for bruken av tvang, snarere tvert imot. Høy bemanning ga, ifølge Sintef, dårligere utslag på visse kvalitetskrav. Kirkevolds analyser viste det motsatte, publisert i *Scandinavian Journal of Caring Science* nr. 4 2008.

## OMSORGSKULTUR

– Men det er klart; høy bemanning er ikke i seg selv en kvalitetsindikator. Man må vite hvordan bemanningen skal brukes. Tilstrekkelig bemanning er nødvendig, men ikke nødvendigvis tilstrekkelig, presiserer Kirkevold.

Undersøkelsene viser at kvaliteten på tjenestene varierer fra avdeling til avdeling. Som utslagsgivende faktorer har man blant annet sett på fysiske

omgivelser, utdanning blant personalet, organisering av ledelse og grad av sykkelighet hos pasientene. Et entydig funn er at det er vanskeligst å gi et godt tilbud til de dårligste pasientene. Men størstedelen av variasjonen i kvaliteten på tjenestene kan ikke forklares av disse variablene.

– Jeg tror rett og slett det handler om noe så uhandgripelig som omsorgskultur. Så da blir neste utfordring å finne ut hvordan negative omsorgskulturer kan endres til positive omsorgskulturer. Her trengs systematiske metoder, ivrer han.

– Vi må rett og slett finne ut mer om hvordan vi kan skape gode miljøer på sykehjem.

## SKJULT MEDISINERING

Kirkevolds forskning på tvang har vært en medvirkende faktor til endringene i pasientrettighetsloven, ved kapittel 4 a, som trådte i kraft 1. januar i år. Kirkevold innrømmer at det er inspirerende å forske når resultatene får konsekvenser i den praktiske virkeligheten.

I juni i år publiserer Kirkevold en artikkel om skjult medisine-



” Tilstrekkelig bemanning er nødvendig, men ikke nødvendigvis tilstrekkelig.

ring i Drugs and aging. Her har han registrert tablettbruk hos 1943 pasienter. Mange sykehjemspasienter motsetter seg å ta medisiner. Eller de blir gitt medisiner som de ikke er klar over at de får fordi de er i en tilstand der de ikke evner å forholde seg til det. Hvis pasientene mangler samtykkekompetanse, kan det være lovlig å gi tvangsbehandling, men det forutsetter to ting: Medisineringen skal være nødvendig for å forebygge vesentlig helseskade, og tillitskappende tiltak skal være forsøkt.

– *Hva forsker du på akkurat nå?*

– Jeg vurderer en videre studie på dette emnet med utgangspunkt i spørsmålet: Kan praksis endres?

#### VIL ENDRE PRAKSIS

Det er ikke nok for Kirkevold å se resultatene i form av tall på papiret, han vil at det skal skje noe ute i verden også. Som en videreføring av forskningen på skjult medisinering og knusing av tabletter, har han intervjuet en gruppe på et sykehjem som besto av tilsynslege, en sykepleier og

en hjelpepleier. I tillegg har han intervjuet en tilsynsfarmasøyt. Med utgangspunkt i disse intervjuene har Kirkevold utarbeidet et spørreskjema som har gått ut til sykehjem i hele landet.

– Det ser ut som om knusingen av ikke-knusbare tabletter skyldes rutinesvikt og kommunikasjonssvikt, og ikke kompetansesvikt som jeg trodde i utgangspunktet, innrømmer han.

Spørreskjemaet skal bidra til å kartlegge rutineene ved de enkelte sykehjem og gjøre det lettere å forbedre disse.

– Jeg skriver nå på en artikkel om knusing av tabletter i norske sykehjem. Her har jeg sett på hvilke medisiner som skal knuses og hvilke som ikke skal knuses, hva slags medisiner den enkelte pasient fikk og på hvilke av disse igjen som ble knust.

#### IDENTITET SOM SYKEPLEIER

Kirkevold trives som forsker, men understreker at mye av arbeidet er slitsomt og tidkrevende, ja innimellom på grensen til slavearbeid, som da han satt med felleskatalogen og

dobbeltsjekket ATC-kodene på alle medikamentene til 1943 pasienter!

– En stor del av jobben består også i å søke støtte. Det er viktig å få frie midler som forsker, slik at man ikke sitter «i lomma» på noen. Og i den forbindelse er det vesentlig å lære seg å skrive gode søknader. Selv er Kirkevold nærmest fullfinansiert av Helse- og rehabilitering gjennom Nasjonalforeningen for folkehelse, som har gitt ham både doktorgradstipend og post doc.-stipend. Og alt tyder på at midlene Kirkevold mottar er vel anvendte. I tillegg til at han som forsker har en god del undervisning, er han forfatter på kompetansesenterets forlag og sitter i redaksjonen i tidsskriftet Demens og alderspsykiatri, som også utgis av senteret. Samt at han er ansatt på Universitetet i Agder i en 20 prosent stilling som førsteamanuensis.

– Selv om jeg ikke har jobbte klinisk som sykepleier på nesten 20 år, er det der identiteten min ligger. Forskningen er for meg uløselig knyttet til det at jeg har klinisk erfaring fra de områdene jeg forsker på.



## Innhold >>

Leder	87
<b>Innspill:</b> Helen Bjørnøy	88
<b>Artikkel:</b> Hvilken betydning har støtte fra foreldre, venner og lærere for norske 15-åringers livstilfredshet? Av Else Cathrine Rustad, Oddrun Samdal	90
<b>Artikkel:</b> Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. Av Bjørg Christiansen, Tone Cecilie Carlsten, Karen Jensen	100
Kommentar: Levende fagmiljø endrer praksis. Av Else Aune	107
<b>Artikkel:</b> Sykepleieres erfaringer med timebank som en alternativ arbeidsplanmodell ved en intensivenhet. Av Nina Fålund, Kjersti Oterhals, Tone Astrid Rosslund, Tone M. Norekvål	108
Kommentar: Tvilende til timebank. Av Ella Hennie Pedersen	116
<b>Artikkel:</b> Informasjon for en hver pris? – Kasuistikk fra respiratorbehandling av en pasient Av Mikael Næss	118
Kommentar: Informasjon under tidspress. Av Lise Snorrason	125
<b>Artikkel:</b> Foreldremøter i somatisk avdeling med alvorlig syke barn. Av Lise Lotte Hoel og Tove Sveggen	126
Kommentar: En viktig arena. Av Tove Nyenget	132
Cochrane	133
<b>Artikkel:</b> Medisinske og naturvitenskapelige emner i sykepleierutdanningen. Av Lars Kyte, Ole T. Kleiven og Tom Arne Elzer	134
Kommentar: Flere føringer inn i utdanningen. Av Anne Saltnes	141
<b>Artikkel:</b> Pasienters erfaring med sjelesorg i en psykiatrisk klinikk. Forfatter: Lisbet Borge og John Kristian Rolfsnes	142
Kommentar: Møter åndelige behov. Av Eirik Os	150
Cochrane	151
Evidence based nursing	152
Forskningsnytt	156
<b>Innspill:</b> Knut Dybvik	158
Nytt og nyttig	160