

# forskning

03|09



Hånddesinfeksjon er  
bedre enn håndvask

174

Skal sykepleierstudenter delta i forskning og eventuelt hvordan? Ved Diakonhjemmets høgskole gjennomførte sykepleierstudentene en randomisert studie hvor de testet effekten av håndvask versus hånddesinfeksjon på bakterieforekomsten i hendene. I denne utgaven av **Sykepleien Forskning** beskriver Martin Aasbrenn og Reidun Lie hvordan studentene gjennom denne erfaringen tilegnet seg både grunnleggende kunnskap om håndhygiene og om eksperiment som metode.



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 Reinar**  
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

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

**Statistiker: Guri Feten** Dr. Scient.  
[guri.feten@aal.kommune.no](mailto:guri.feten@aal.kommune.no)

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

**Utgivelsesplan 2009:**  
**nr. 26/3, 18/6, 1/10, 26/11**  
**Abonnementspris: Kr. 280,- per år**  
**ISSN 1890-2936**

# Store ambisjoner, men få ressurser

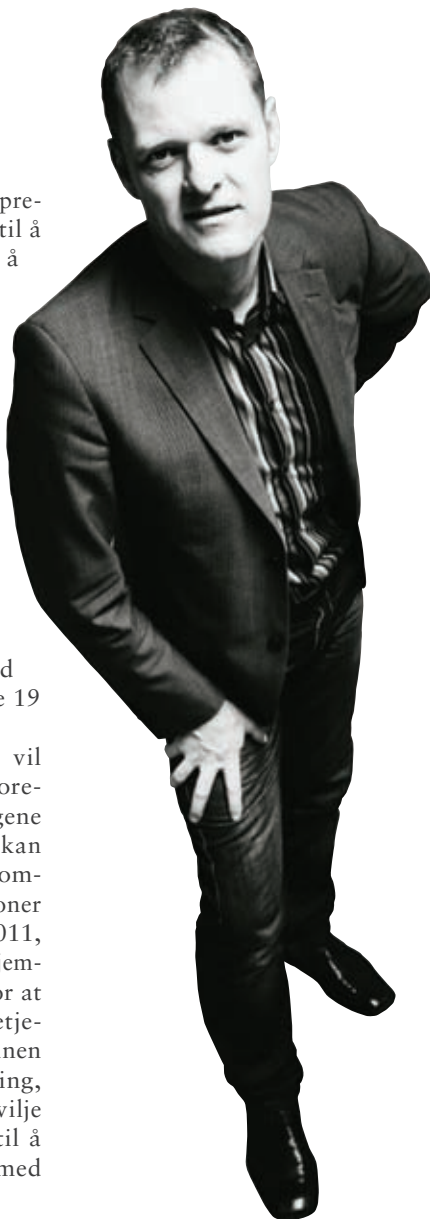
Helse- og omsorgsministeren (HOD) opprettet nylig 19 undervisningshjemmetjenester, én i hvert fylke. Disse skal være «kompetansemiljø for læring, fagutvikling og praksisnær forskning i de kommunale hjemmetjenestene.» I pressemeldingen understrekes det at «å omdanne konkret erfaring til kunnskap» er en viktig oppgave for de kommunale tjenestene. Med andre ord skal de nye kompetansemiljøene gjennomføre empiriske studier for å utvikle ny kunnskap. Men klinisk forskning er kompleks. For å sikre kvaliteten trengs kompetente forskere. Hvordan står det egentlig til med bemanningen i hjemmetjenestene? Er de klare til å ta imot de nye oppgavene?

Ifølge Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening, ble det utført bortimot 55 000 årsverk i hjemmetjenestene i 2005. Tilsvarende tall fra 2008, fra Personaladministrativt Informasjonssystem i kommunesektoren, er mye lavere, 24 700. Her oppgis det videre at kun 687 årsverk ble utført av spesialsykepleiere og av 4.374 med treårig sykepleierutdanning.

Behovet for kompetanseheving er stort innen hjemmetjenestene. Den lave andelen helsearbeidere med spesialutdannelse understreker dette. Regjeringens satsning vil trolig øke både kvaliteten og effektiv-

teten på tjenestene. Høyere prestisje vil også kunne bidra til å styrke rekrutteringen. For å lykkes med forskningen, er det imidlertid viktig at det stilles samme krav til forskerne i undervisningshjemmetjenestene som til andre som driver klinisk forskning, for eksempel på sykehusene. Da vil det trengs helsearbeidere med kompetanse på mastergrads-, doktorgrads, og professornivå. Det vil trolig bli krevende å rekruttere forskere med denne kompetansen til hele 19 sentra.

Begrensede ressurser vil måtte spres tynt utover. Foreløpig er også bevilgningene sparsomme. Som eksempel kan nevnes at Kristiansand kommune er tildelt 500.000 kroner i året fra HOD frem til 2011, til å utvikle undervisningshjemmetjeneste i Vest-Agder. For at ikke undervisningshjemmetjenestene skal bli et B-lag innen fagutvikling og forskning, trengs en betydelig større vilje til å satse økonomisk og til å rekruttere helsearbeidere med nødvendig kompetanse.



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 Helsefag, Høgskolen i Buskerud, og forsker ved Oslo Universitetssykehus -Aker.

*Anners Lerdal*

# IMRAD – et hjelpemiddel i vitenskapelig publisering

› Hvorfor må vitenskapelige artikler være så kjedelige, spurte en venn meg. Tidsskriftartikler er jo så like i struktur og oppbygning at det må være en betydelig fantasiløshet blant forfatterne, hevdet han.

Om en artikkel er kjedelig, avhenger nok både av leserens forventninger og tekstens innhold. Men at formen på vitenskapelige artikler er ensartet, er riktig. Gjennom det tyvende århundret har det utviklet seg en standard for forskningsrapportering som nå dominerer alle tidsskrifter. Standarden forkortes IMRAD fordi de ulike deler i artikkelen kommer i denne rekkefølgen: Innledning, metode, resultat og (and) diskusjon. Selv om en slik artikkeloppbygging delvis har vært fulgt siden 1800-tallet, var det først etter Den andre verdenskrig at medisinske tidsskrifter systematisk innførte denne standarden. Innføringen skyldtes blant annet den britiske epidemiolo-

gien og statistikeren Sir Austin Bradford Hill (1897–1991). Han var en pioner i utviklingen av kontrollerte kliniske forsøk og sammen med Sir Richard Doll (1912–2005) den første som påviste sammenhengen mellom røyking og kreft. Bradford Hill definerte IMRAD-strukturen til bruk i medisinsk sammenheng mer teoretisk midt på 1960-tallet. Mens bare hver tiende artikkel eksplisitt var oppbygd på denne måten i 1950, var det over 80 prosent av artiklene i medisinske tidsskrifter som hadde IMRAD-struktur.

## NYTTIG STRUKTUR

IMRAD-strukturen bygger på fire grunnleggende spørsmål som skal besvares i de forskjel-

lige deler av en artikkel som beskriver et vitenskapelig forsøk:

- Innledningen: Hvorfor gjorde du det?
- Metod delen: Hvordan gjorde du det?
- Resultatdelen: Hva fant du?
- Diskusjonen: Hva betyr det du fant?

Hvor forutsigbar og kjedelig denne artikkelstrukturen enn er, så er den nå enerådende og allment akseptert. De viktigste grunnene til dette er nok at en slik publisering norm anses som hensiktsmessig for alle involverte. For forfattere er det mange fordeler med en standardisert artikkeloppbygging. Dels



Foto: Helsebiblioteket

” Målet med rapportering av medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter er å gjøre resultatene kjent for andre som kan gjøre seg nytte av dem.

fungerer disposisjonsreglene som en huskeliste i skriveprosessen, og dels som en hjelp i struktureringen av stoffet som skal presenteres. For lesere gjør strukturen lesningen enklere. Med noe erfaring er det enkelt å finne frem også i ukjente tidsskrifter. De ulike elementer i artiklene finnes på de samme steder, og formuleres mer eller mindre på samme måte. For redaktører og tidsskriftredaksjoner er standardiseringen en måte å mestre manuskripttilgangen og organisere kvalitetssikringen på. Og for bedømmere av manuskripter (fagfeller) fungerer standardiseringen som en sjekklister, akkurat som for forfatterne.

#### HOVEDHENSIKT

Det er etter hvert også utarbeidet langt mer detaljerte retningslinjer for hvordan ulike forskningsprosjekter bør publiseres. Det er to hovedhensikter med slike retningslinjer:

- bedre kvaliteten av publiseringen ved å gjøre forskningsrapportering mer komplett
- gjøre det enklere å sammenligne og oppsummere undersøkelser som er utført med samme metode

For artikler som rapporterer resultater fra kontrollerte, kliniske forsøk kalles standarden CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials). Denne standarden spesifiserer 22 ulike elementer som skal inngå i rapporteringen av alle slike forsøk. Blant annet hvordan randomiseringen foregikk, inklusjons- og eksklusjonskriterier, hvilke statistiske metoder som ble brukt og generaliserbarheten av resultatene. Et eget nettverk som kartlegger, forbedrer og formidler retningslinjer for forskningsrapportering i medisin og helsefag er etablert. Dette nettverket har fått navnet EQUATOR (Enhancing the

QUALity and Transparency Of health Research). På nettstedet <http://www.equator-network.org/> finnes det retningslinjer for rapportering av en rekke ulike forsøksformer, som observasjonsstudier, kvalitetsforbedringsprosjekter, metaanalyser og så videre.

Målet med rapportering av medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter er å gjøre resultatene kjent for andre som kan gjøre seg nytte av dem. Det kan være andre forskere som kan benytte erfaringene i sine egne forskningsprosjekter, helsepersonell som kan bruke resultatene i diagnostikk og behandling eller pasienter og publikum selv som kan ha direkte nytte av dem. I en slik sammenheng er det viktigere at rapporteringen er nøyaktig og detaljert enn at formidlingsformen er fantasifull. IMRAD og de mange andre normer og standarder som finnes, er gode hjelpemidler i så måte.



# ER HANDDDESINFEKSJON BETRE ENN HANDVASK?



Foto: Erik M. Sundt



**Hva tilfører artikkelen?**

Studien viser at handdesinfeksjon er betre enn handvask for å fjerne bakteriar fra hender som ikkje er synleg tilsølte.

**Mer om forfatterne:**

Martin Aasbrenn er lege frå Universitetet i Oslo. Han arbeider for tida som høgskulelektor på Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for sykepleierutdanning, og som vikar i allmennpraksis. Reidun Lid

har embetsseksamen i sjukepleierutdanning frå Universitetet i Oslo og er høgskulelektor og studieleiar ved Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for sykepleierutdanning. Kontaktperson: martin.aasbrenn@diakonhjemmet.no



Foto: Erik M. Sundt

**Bakgrunn:** Dei norske anbefalingane for handhygiene er at handdesinfeksjon er førsteval for korrekt handhygiene i dei fleste situasjonar. Ein skal utføre handvask berre når hendene er synleg skitne. Anbefalingane byggjer på eit solid kunnskapsgrunnlag.

**Hensikt:** I denne studien viser vi at ein kan reprodusere dei kjende funna om handhygiene og handvask med eit enkelt forsøksoppsett i hygieneundersøyinga til sjukepleiarstudentar.

**Metode:** Studien er randomisert og kontrollert. Forsøkspersonane blir

randomiserte til tre grupper, ei som vaskar hender, ei som desinfiserer og ei kontrollgruppe som ikkje gjer handhygiene. Gjennomføring av prøvetaking og vurdering er blinda.

**Resultater:** Studien viser at handdesinfeksjon gir 59 prosent reine hender, handvask gir 16 prosent reine hender, mens 12 prosent av hendene er reine når ingen handhygiene er gjort. Med 95 prosent konfidensintervall er det signifikant forskjell mellom handdesinfeksjon og handvask, og mellom handdesinfeksjon og å ikkje gjere handhygiene.

**Konklusjon:** Vi styrker dokumentasjonen for at handdesinfeksjon er betre enn handvask når hendene ikkje er synleg tilsølte, også blant norske sjukepleiarstudentar som nettopp har lært korrekt handvask. Studien viser ein pedagogisk metode med to siktemål: Å visualisere effekten av riktig handhygiene for studentane samstundes som dei får praktisk erfaring med kvantitativ metode. Studien inngår i ein pedagogisk samanheng der målet er kvalitetslæring som kan bidra til kunnskapsbasert praksis i handhygiene blant framtidens sjukepleiere.



Eit randomisert, kontrollert forsøk utført i hygieneundervisningen:

## >> Korleis kan sjukepleiarstudentar erfare at retningslinjene for handhygiene er korrekte?

Forfattere: **Martin Aasbrenn**  
og **Reidun Lid**

### NØKKELORD

- Hygiene
- Randomisert kontrollert studie
- Sykepleiestudent
- Kunnskapsbasert sykepleie
- Kvalitet

### INNLEIING

I dag har omgrepet kunnskapsbasert praksis fått solid fotfeste innanfor sjukepleiefaget (1,2). Kunnskapsbasert praksis blir definert som ein praksis underbygd av forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukarkunnskap (1). Fokus for artikkelen er eit randomisert, kontrollert forsøk (engelsk: randomized controlled trial – RCT) utført i hygieneundervisning for sjukepleiarstudentar ved Dia-konhjemmet høgskole. Formålet er at studentane skal gjera seg ei erfaring som stadfestar kunnskapsgrunnlaget for retningslinjene for handhygiene.

### BAKGRUNN

Frå 2004 er dei offisielle nor-

ske hygieneanbefalingane for helsepersonell å bruke handdesinfeksjon i staden for handvask i situasjonar der hendene er synleg reine. Berre når hendene er tilsølte eller er ureina med kroppsvæsker skal ein velje handvask (3). Desse anbefalingane byggjer på eit solid forskningsbasert kunnskapsgrunnlag (4,5).

God handhygiene kan redusere talet på sjukehusinfeksjonar med 30–50 prosent (6). Handdesinfeksjon med eit alkoholbasert desinfeksjonsmiddel er det beste valet for handhygiene i dei aller fleste situasjonar. Denne kunnskapen er bakgrunnen for dei offisielle norske retningslinjene for handhygiene (3,7).

Desinfeksjon er det beste valet for handhygiene etter kontakt med pasientens hud, slimhinner, væsker eller ekskret. Handdesinfeksjon er også det ein skal bruke etter kontakt med overflater nær av pasienten, og etter at ein som pleiar har tatt av seg hanskar. Likeeins skal ein gjere handdesinfeksjon før all direkte kontakt med pasientar og før sterile prosedyrar (3). Handvask med såpe og

vatn har i dag ein liten plass i forskningsbasert handhygiene. Ein bør vaske hender når hendene er synleg tilsølte med blod eller andre væsker, før mat og etter toalettbesøk (3).

Det er minst tre årsaker til at helsepersonell bør desinfisere hendene i staden for å vaske dei i dei fleste situasjonar. For det første gir handdesinfeksjon med eit alkoholbasert desinfeksjonsmiddel sterkast og raskast effekt mot dei fleste mikrobar, både bakteriar, kappekledd virus og sopp (8). Ved sporedannande bakteriar og enkelte virus bør ein bruke andre prosedyrar i tillegg (9). I tillegg vil handdesinfeksjon med middel tilsett glyserol skåna hendene mot irritasjon, og hindra utvikling av eksem. Randomiserte undersøkingar har vist at desinfeksjonsmiddel gir signifikant mindre tørre hender enn alminneleg vask, både evaluert av pleiarane sjølve og vurdert av hudlegar. Dette kan igjen gjere at fleire følgjer anbefalingane (10,11). For det tredje tar ein korrekt desinfeksjon under ein tredjedel av tida ein god handvask tar, og blir også av den grunn

enklare å gjennomføre mellom alle pasientkontaktane ein har kvar einaste dag (8,10).

Mange rapportar frå inn- og utland har vist at etterlevinga av hygienebefalingar ikkje er så god som ein kunne ønskje seg. Fram til år 2000 blei det sjeldan rapportert om meir enn

langsiktig læringsutbytte for det randomiserte kontrollerte forsøket i handhygiene er at studenten som framtidig sjukepleiar utøver fagleg forsvarleg handhygiene og kan forklare kvifor ho eller han gjer det. Det langsiktige målet vidare er sjukepleiarar som vurderer og

læringsutbytte, læringsaktivitetar og vurderingsordningar (15,16). Vi presenterer her det totale undervisningstilbodet i hygiene i dette teoretiske rammeverket. (Se tabell 1.)

Tabellen viser at RCT-forsøket inngår i ein større pedagogisk kontekst, der det i stor grad er samsvar mellom læringsutbytte, læringsaktivitet og vurderingsordning.

Spørsmålet vi drøftar i denne artikkelen er om vi gjennom RCT-forsøket har ein metode som gjer at studentar med stor sikkerhet sjølv kan erfare kva for handhygienetiltak som fjernar flest bakteriar. For at forsøk som dette skal gi kvalitetslæring, og ikkje forvirring, må ein validere at forsøksdesignet gir resultat som samsvarar med dei offisielle retningslinjene for handhygiene og den forskningsbaserte kunnskapen. Formålet med artikkelen er å drøfte om dette randomiserte kontrollerte forsøket som er gjennomført med svært enkle middel, med stor sikkerhet kan reproducere dei kjende funna om handhygiene.

## METODE

Tre heiltids- og to deltidsskull med sjukepleiarstudentar ved Diakonhjemmet Høgskole har deltatt i forsøket i den perioden dei fekk undervisning i handhygiene. Studien har totalt 257 forsøkspersonar. Forsøkspersonane deltar frivillig og blir ikkje utsett for fare. Vi kan såleis ikkje sjå etiske innvendingar mot studien. (Se figur 1.)

Randomiserte kontrollerte studiar er den beste metoden for vurdering av effekten av eit tiltak av denne karakter (1). Forsøket vårt er randomisert, kontrollert og delvis blinda: Studentane blei randomiserte i

“ Det langsiktige målet vidare er sjukepleiarar som vurderer og brukar forskningsbasert kunnskap.

40 prosent etterleving av anbefalingane (12). Det blei gjennomført ein kampanje i Noreg da dei nye retningslinjene kom i 2004–2005, og da blei det rapportert om skepsis til endringa i rutinane blant sjukepleiarar (13). Helsearbeidarar må bli overtydde om at det er viktig å alltid følgje retningslinjene, også når dei ikkje er nye og mykje omtalte lenger (4, 7). Ei viktig utfordring i åra som kjem er å få implementert kunnskapen om handhygiene fullt ut i kvardagen på norske sjukehus, sjukeheimar og andre institusjonar til beste for pasientane. Nyare norske studiar viser at helsepersonell oftest gjennomfører riktig handhygiene mellom prosedyrer, men også at det ved kampanjar er mogeleg å få fleire til å følgje rutinane (14). Systematiske undervisningsprogram i handhygiene som startar i studietida kan ha ein positiv effekt (12).

## PEDAGOGISK RAMME FOR STUDIEN

Eit viktig formål i profesjonsutdanningar er å utvikle studentens evne til å bruke informasjon og kunnskap i framtidig yrkespraksis (15). Eit overordna og

brukar forskningsbasert kunnskap.

For å oppnå dette er det pedagogiske siktemålet vårt kvalitetslæring (16). Kvalitetslæring er djuptgåande læringsstrategier som skal gje forståing, innsikt og meningskonstruksjon (15). Og vere basert på studentens perspektiv og studentaktive læringsaktivitetar som konstruerer kunnskap i ein kontekst med praktisk interesse (15,16) Vi tenkjer oss kvalitetslæring på to områder: Studentane får for det første sjå effekt av handhygiene med egne auge, ved å utforska bakteriekulturar på agarskåler. Dei får dessutan sjølv prøve å gjennomføre og tolke ein enkel versjon av eit randomisert kontrollert forsøk, som er ein av den viktigaste forma metodene i kvantitativ klinisk forskning.

Det er i dag ein generell tendens i europeisk høgare utdanning å formulere ønska kompetanse som læringsutbytte. Læringsutbytte er kunnskap, ferdigheter og annan kompetanse ein person har tileigna seg eller kan demonstrere etter å ha fullført ein læringsprosess. I kvalitetslæring bør det vere eit konsistent samspel mellom

**TABELL 1: Overordna læringsutbytte i første studieår:**

Studenten kan anvende kunnskap om forholdet mellom sjukdomsframkallande mikrobar, smitte og hygiene i si utøving av handhygiene.

Det aktuelle RCT- forsøket er utheva i tabellen.

Læringsutbytte	Tema	Læringsaktivitet	Vurderingsordning
Studenten kan forklare forholdet mellom sjukdomsframkallande mikrobar, smitte og hygiene	Mikrobiologi Generell hygiene	Ressursforelesingar IKT-støtta Undervisning Gruppearbeid studiespørsmål	Eksamen i mikrobiologi Godkjente svar på spørsmål ved test i øvingspost
Studenten utøver korrekt handhygiene	Handdesinfeksjon	Praktisk ferdighetstrening	Test i handhygiene i øvingspost
Studenten kan beskrive gjennomføring og avlesing av RCT-forsøk. Studenten erfarer at retningslinjer for handhygiene er korrekte	Kunnskapsbasert praksis Kvantitativ metode Handhygiene	RCT-forsøk som samanliknar effekten av handdesinfeksjon og handvask. Plenumspresentasjon av funn	
Studenten kan vurdere korleis ein sjukepleiar kan bidra til å hindre smitte i ein konkret smittesituasjon	Smittekjeden	Individuelt, skriftleg hygienekrav som integrerer mikrobiologi og hygiene Formativ muntleg vurdering	Godkjent hygienekrav

RCT-forsøket er kronologisk plassert etter ressursforelesningar i mikrobiologi og generell hygiene og parallelt med praktisk ferdighetstrening i handhygiene i øvingspost.

tre grupper til handvask, desinfeksjon eller kontrollgruppe utan vask. Det blei tatt prøver som blei dyrka på blodagar i

en-tre døgn. Vurdering av oppvekst av bakteriar blei evaluert blinda av studentane ved neste kursdag.

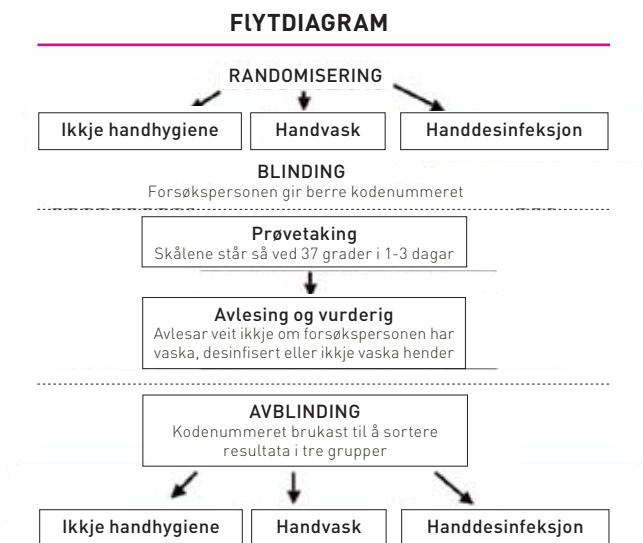
Etter gjennomgangen av forsøksmetoden og oppsettet gjekk studentane to og to saman. Ein i kvart par gjekk ut av klasserommet til toaletta og trekte på vegen ut ein lapp. På lappen stod det eit kodenummer og ein instruks: Enten ein beskjed om handvask, ein beskjed om handdesinfeksjon eller ein beskjed om å ikkje vaske hender.

Studentane hadde hatt teoretisk undervisning om handhygiene før forsøket. Praktisk ferdighetstrening i handdesinfeksjon og handvask gjekk føre seg parallelt med gjennomføringa av RCT-forsøket. Studentane blei i forsøket bedt om å utføre handhygiene slik dei hadde lært det i undervisninga.

Informasjon om handhygiene gitt i undervisning, film, pensum og det digitale læreverket Praktiske prosedyrer sykepleietjenesten (PPS) (17):

- Hendene må vere utan ringar, armband eller klokke.

**FIGUR 1**



Neglene må vere korte og utan neglelakk.

- **Handvask:** Skyl hendene under rennande vatn. Ta såpe frå dispensereren. Vanlegvis er det nok med eit pumpetrykk. Vask hendene grundig i 30–60 sekund. Ver nøye med tomlane, fingertuppene, mellom fingrane og handledda. Skyl av såpa og klapp tørr hendene. Steng kraner med det brukte eingongs papirhandkledet, slik at dei reine hendene ikkje kjem nær kranene.
- **Handdesinfeksjon:** Ta handdesinfeksjonsmiddel, 70 prosent med glyserol på tørre hender. Ta nok middel til at alle flatene på hendene blir fuktige (minimum 3 ml). Gni hendene i 15–30 sekund til dei er tørre. Pass på at alle hudflater kjem i kontakt med desinfeksjonsmiddelet: handflater, fingertuppar, mellomrom mellom fingrar, tommel og handledd. Hendene skal ikkje skyljast eller tørkast etterpå.

Lappane blei kasta, koplinga mellom kodennummeret og kva studenten hadde gjort var no berre på ei liste som læraren

men ikkje kva dei hadde gjort på toalettet. Prøvetakinga blei på denne måten gjort blinda. Prøvetakinga blei utført på enklaste vis. Studentene blei instruerte om å gni ein sterilisert vattpinne dyppa i sterilt vatn mot huda mellom 2. og 3. finger, bevege han rundt nokre gonger og deretter så ut på ein blodagar. Ettersom kvar student berre gjorde dette ein gong var det ganske sikkert variasjon i prøvetakingsmetodane, men vi ser ingen grunn til at det skulle vere systematiske forskjellar mellom de tre gruppene. Blodagarskålene blei merkte med forsøkspersonens kodennummer. Blodagar er eit dyrkingsmedium for bakteriar som mange relevante patogene bakteriar trivst på, det er mogeleg å kvantifisere talet på bakteriar i prøven ved å telje koloniar (18).

Blodagarskålene blei sett i varmeskap ved 37 gradar i en–tre dagar. Kor lenge skålene stod i skapet varierte frå gong til gong med forhold ved timeplanen. Skålene blei henta tilbake og fordelt tilfeldig blant studentane nokre dagar etter, slik at studentane som mottok skåla ikkje visste kven prøven var tatt av, kva vaskestatus var

biletskala frå 0–5, der 0 var 0–2 koloniformande einingar, 1 var 3–20 koloniformande einingar, 2 var 20–200 koloniformande einingar, mens 3,4 og 5 var vurderingar baserte på samanlikningar med bilete av skåler med svært mange koloniar. Den forenkla biletskalaen er presentert med gjennomsnittscore ved kvar enkel elevøvelse i resultat-avsnittet, for å vise at det er svært sannsynleg å få et resultat i samsvar med litteraturen på ein slik forenkla skala.

Nummeret på skålene blei lest opp eit etter eit, studentane las opp si vurdering, og etter vurderinga blei skåltypen avslørt; læraren sa ifrå om forsøkspersonen det var tatt prøve av hadde vaska hender, sprita hender eller ikkje hadde gjort noko med hendene. Vurderingane ble samla opp på tavla i tre kolonner. Studentane fekk deretter diskutere og tolke resultatata i små grupper før vi oppsummerte i plenum.

At kvar student berre vurderer ei skål er ein vesentleg usikkerheitsfaktor, særleg i den øvste delen av skalaen der vurderingane er skjønnsmessige.

I delen av resultatavsnittet der vi testar hypotesen brukar vi derfor berre ein liten del av det opphavlege datamaterialet, vi deler inn resultatata i to moglege utfall: Reine hender og ureine hender. Andelen av forsøkspersonane i kvar gruppe som har vurdering 0 eller 1, der 0 vil seie under 20 koloniar ved prøvetaking, under 20 koloniar kallar vi vidare i artikkelen reine hender, mens vi kallar over 20 koloniar ureine hender. Dette gjer vi for å auke reliabiliteten, påliteligheten av vurderinga. Når uerfarne vurderer agarar, er det meir reliabelt å telje koloniar enn å skulle



Studentane får sjå effekt av handhygiene med egne auge.

hadde, som analog til korleis randomiseringsstatusen berre er kjend for forsøksleiaren i ein blinda randomisert studie. Etter kvart som studentane kom tilbake frå toaletta, fekk studentane som blei igjen i klasserommet jobb som prøvetakarar. Studentane som hadde vore ute, fortalde kodennummeret sitt,

for denne studenten eller kven som hadde teke prøven.

Studentane vurderte talet på bakteriar på skålene ved å telje samtlige koloniar og samanlikne deira skåler med ein visuell presentasjon av skåler med ulike mengder bakteriar. For å få tal som var enkle å forstå og arbeide med laga vi ein forenkla

**TABELL 2:** Gjennomsnittsscore på biletskalaen i kvar gruppe. Jo høgere score i tabellen, jo fleire bakteriar var det på hendene.

År	Tid i varmeskap	Ikkje handhygiene	Handvask	Handdesinfeksjon	Tal på forsøkspersonar
2006	1 dag	1,5	1,1	0,6	54
2006	1 dag	1,6	1,8	1,4	57
2007	1 dag	0,9	0,7	0,6	58
2007	3 dagar	2,4	2,1	1,1	60
2008	3 dagar	2,8	2,7	1,9	64

vurdere skjønsmessig. Under hypotesetestinga har vi også berre brukt forsøka der skålene stod tre dagar i varmeskap. Mange av skålene i dei tre første forsøksrundane stod knapt 16 timar, som kan ha vore for knapt for å få fram forskjellene. Det tar litt tid før bakteriar startar å vekse på eit nytt medium. Denne delen av data-materialet er behandla i SPSS versjon 12.0 for Windows.

Vi har rekna ut andelen av forsøkspersonar med reine hender i dei tre respektive gruppene. Vi har supplert dette med 95 prosent konfidensintervall, talintervall det er 95 prosent sikkert at den verkelege andelen ligg innanfor. I denne korte artikkelen har vi vald å presentere resultatata grafisk i ein enkel figur som viser andelen med konfidensintervalla. Litt forenkla kan vi seie at når to konfidensintervall ikkje overlappar kvarandre betyr det at forskjellen mellom dei ulike handhygienetiltaka er signifikant (19).

## RESULTAT

Som nemnt i metoden brukte vi i undervisninga ein biletskala og rekna ut eit gjennomsnitt. Tabell 2 viser gjennomsnittstala som endte opp på tavla på

slutten av studentforsøket. (Se tabell 2.)

Vi ser av tabell 2 at handdesinfeksjon kom best ut ved alle forsøka. Fire av fem gonger kjem handvask betre ut enn ikkje å gjere handhygiene: Resultatet samsvarar stort sett med kunnskapsgrunnlaget for dei anbefalte retningslinjene for handhygiene. Dette tyder på at det er sannsynleg at vi ved dette forsøksoppsettet vil få eit resultat som passar med kjent forskningsbasert kunnskap.

I den vidare delen av resultatavsnittet brukar vi som forklart i metoddelen berre den sikraste delen av resultatata frå studentforsøka. Vi brukar andelen studentar som hadde reine hender frå studentforsøka då skålene sto i skapet i tre dagar.

Vi ser på andelen reine hender i dei tre gruppene, handdesinfeksjonsgruppa, handvaskgruppa og kontrollgruppa. Dei tre andelane er presentert med eit konfidensintervall som viser kva område vi er sikre på at andelen reine hender ligg innanfor. (Se tabell 3 og figur 2.)

Vi ser at andelen med reine hender i gruppa som ikkje har gjort handhygiene er mellom 0,07 og 0,17. Andelen med reine hender i gruppa som har gjort

handvask er mellom 0,10 og 0,22. Andelen med reine hender i gruppa som har desinfisert hendene er mellom 0,51 og 0,67. Det vil seie at det var flest reine hender i gruppa studentar som hadde desinfisert hendene. Fordi konfidensintervallet for handdesinfeksjon ikkje overlappar verken konfidensintervallet for handvask eller konfidensintervallet for å ikkje gjere handhygiene veit vi at forskjellen er signifikant.

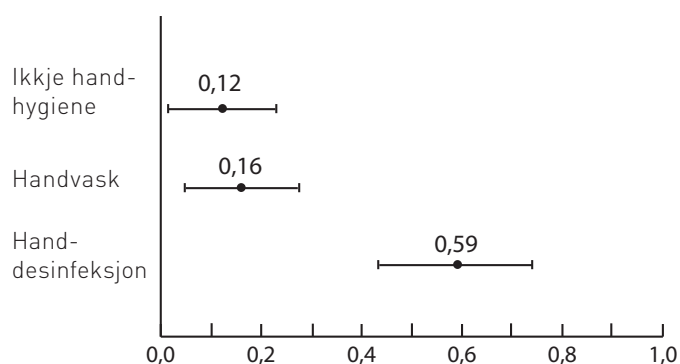
## DISKUSJON

Den foregåande presentasjonen viser at ei enkel undersøking gjennomført i eit klasserom kan demonstrere at handdesinfeksjon gir signifikant fleire bakteriefrie hender enn å ikkje vaske hender. Forsøket viser også at handdesinfeksjon gir signifikant fleire bakteriefrie hender enn å vaske hender med såpe og vann. Tala i tabell 1 kan kanskje tyde på at alminneleg handvask fjernar nokre av bakteriane som er på uvaska hender. Dette er i godt samsvar med litteraturen: Desinfeksjon fjerner bakteriar, og handdesinfeksjon er betre enn handvask for å fjerne dei fleste bakteriar fra hender som ikkje er synleg tilsølte (10).

Handhygieneforsøket har

**TABELL 3:** Andel reine hender i de tre gruppene.

Ikkje handhygiene	Handvask	Handdesinfeksjon	Total
5/42=12%	7/43=16%	23/39=59%	124
Ratio med 95% konfidensintervall 0,12 [0,02-0,22] 0,16 [0,05-0,27] 0,59 [0,44-0,74]			

**FIGUR 2:** Figuren viser andelen med reine hender i de tre gruppene med ulik handhygiene.

vore plassert på ulike stader i timeplanen på Diakonhjemmet Høgskole. Nokre gonger har studentane hatt handvaskundervisninga før forsøket, nokre gonger har studentane hatt handhygieneundervisning same dag som forsøket er starta opp. Alle studentane lærer om handvask i dagane dette forsøket går føre seg, og vaskar sannsynlegvis hendene meir nøye enn gjennomsnittspersonar vil gjere. Tida som har gått frå inkubering til avlesing har også variert. Dette kan forklare ein del av variasjonen i resultatata frå år til år. Tabell 1, som både viser resultat frå forsøk med ein dags inkubering og forsøk med tre dagars inkubering, viser at det er sannsynleg å få resultat i samsvar med litteraturen ved dette forsøksoppsettet både

når skålane er inkubert lenge og kort.

#### STYRKER OG SVAKHEITER

Studien har ein metodikk med randomisering og kontrollgruppe. Oversikten over dei fem ulike forsøka viser at resultatata er reproduserbare. Reliabiliteten må diskuterast. Vurderingane av agarskålene er gjort av studentar som ikkje har noko erfaring med blodagar frå tidlegare, og kvar student vurderer berre ei skål. Det er viktig å peike på at denne feilkjelda vil vere likt fordelt på alle gruppene. Ingen av studentane som vurderer veit om forsøkspersonen har vaska hender, sprita eller ikkje har gjort noko. Metoden vår for å kvantifisere og visualisere bakterievekst er vald av pedagogiske og pragmatiske årsaker.

Framgangsmåten er ikkje tidlegare validert som ein metode som er eigna til å vurdere ulike handhygieniske tiltak kvantitativt. Korleis enkeltstudentar gjer prøvetakinga kan variere mykje. Her gjeld det same som tidlegare i avsnittet: Variasjon i dette vil bli likt fordelt på dei tre gruppene. Så lenge forsøkspersonane er fordelt tilfeldig på dei tre gruppene vil denne variasjonen altså ikkje føre til systematiske feil i resultatata.

Blodagar er eit ikkje-selektivt dyrkingsmedium for bakteriar (18), og vi har ikkje sett på enkeltorganismar som tyder spesielt mykje for nosokomiale infeksjonar. I nokre situasjonar vil den patogene mikroorganismen vere virus eller sporedannande bakteriar som er mindre sårbare for desinfeksjon (8,9). Det er ikkje sikkert at bakteriefloraen som finst på hendene til studentane ein vanleg morgon reagerer på same måte som patogene bakteriar ville gjere. Vi veit ikkje om det er normalflora eller patogene bakteriar vi dyrkar. Forsøksstudentane har ofte reagert på kor lite alminneleg handvask reduserer bakteriemengda. Da er det viktig å fortelje at våre resultat for handvask liknar mykje på resultatata frå dei andre studiane som er gjort om dette. Ei stor oppsummering konkluderer med at vanleg handvask med såpe har ein liten effekt på bakteriar som er på hendene i korte periodar, men at huda tåler handvask dårleg og at handvask ikkje har nokon verkeleg effekt på bakteriane som koloniserer hendene permanent (10). Det er til dømes rapportert at bruk av handvask med alminnelig såpe av ein operasjonssjukepleiar, førte til åtte kirurgiske infeksjonar. (20) Ved synleg ureine

hender anbefalar ein imidlertid fortsatt handvask. Studentane som er forsøkspersonar i vårt oppsett har før studien startar synleg reine hender, og høyrer dermed til ei gruppe som ut frå retningslinjene bør gjennomføre handdesinfeksjon. Resultata hadde truleg blitt annleis hvis hendene til forsøkspersonane var synleg ureine (3).

### LÆRINGSGEVINST

For å få til ei best muleg pedagogisk framstilling brukar vi under undervisningstimen ein biletskala. Alle data blir ført opp på tavla og vi reknar til sist gjennomsnittsscore på skalaen og samanliknar gjennomsnitta. Vi trur denne utrekningsmetoden visualiserer for studentane kvifor det er nødvendig med mange forsøkspersonar i ein studie. Det blir veldig synleg at nokre av dei studentane som ikkje har vaska seg på hendene har mykje reinare hender enn dei som har sprita hender. Med andre ord: Ein enkeltobservasjon betyr ikkje at et nytt tiltak er godt nok, undersøking av nye tiltak må gjerast på store grupper.

Metoden skal gi to lærings-

tilbyr varierte læringsaktivitetar som i stor grad er tilpassa vurderingsordning og forventna læringsutbytte. RCT-forsøket har varierte læringsaktivitetar som til saman gir studenten ei erfaring: Ho eller han skal vere nøyaktig med tanke på metodeinstruksjon, utføre handvask, handdesinfeksjon, eller ingen av delane. Ta prøve, bli tatt prøve av, sjå oppveksten av bakteriekultur på agarskålene og telje og vurdere desse. Denne erfaringa blir etterfulgt av ein refleksjon i klassen som samanliknar funna med retningslinjer for kunnskapsbasert praksis og relaterer RCT-forsøket til kvantitativ metode.

Vi trur erfaringa med RCT-studien kan vere med på å motivere studenten i retning kunnskapsbasert handhygiene i framtidig praksis. Ifølgje teori om kvalitetslæring bør det vere samsvar mellom læringsutbytte, læringsaktivitet og vurderingsordning. Ein kan såleis tenkje seg at ei vurderingsordning der studentane skal beskrive for kvarandre kva dei har lært av RCT-forsøket kunne ha styrka motivasjon og læring ytterlegare.

metodikk og drøfte metodiske problem i studien. Det er viktig at studenten som framtidig sjukepleiar utviklar evne til å vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap, ikkje berre i si utøving av handhygiene, men i all sin sjukepleiepraksis.

### KONKLUSJON

Denne studien viser at handdesinfeksjon er vegna for å fjerne bakterier fra hendene. Den styrker kunnskapsgrunnlaget for at handdesinfeksjon er betre enn handvask ved synleg reine hender, også i Noreg blant personar som nettopp har lært riktig handvask. Det viktigste resultatet er at ein enkel metodikk som kan fungere visualiserande og pedagogisk, kan få fram dei same resultatata som meir formelle studiar. Denne læringsaktiviteten gir sjukepleiarstudentar i fyrste studieår ei erfaring som understøttar at retningslinjene for handhygiene er kunnskapsbaserte. Ved å plassere RCT-forsøket i ein kontekst av kvalitetslæring vil det kunne styrke sjukepleiestudentens motivasjon for å utøve korrekt handhygiene i framtidig praksis.

Som diskutert med støtte i pedagogisk teori kan deltaking i slike forsøk motivere helsepersonell til å gjennomføre riktig handhygiene. Metoden kan truleg også nyttast når ferdig utdanna helsepersonell skal lære handhygiene. Det lite ressurskrevjande forsøksoppsettet kan demonstrere signifikant at desinfeksjon fjernar fleire bakterier enn handvask. Vi trur det er særst viktig at dei som skal arbeide i helsevesenet får sett med egne auge kor godt desinfeksjon fungerer som bakteriedrepende middel.

Mange pasientar døyr av

”” Alle studentane lærer om handvask i dagane forsøket går føre seg.

gevinstar for studenten, både å lære handhygiene og kvantitativ metode. For å få til kvalitetslæring av handhygiene trengs det studentaktivitet og eit tilpassa forhold mellom læringsutbytte, læringsaktivitet og vurderingsordning. Forsøket inngår i eit større undervisningsopplegg i hygiene. Tabell 1 viser at hygieneundervisninga totalt sett

Vi meiner det er fornuftig at studentane får ei erfaring med ein sentral kvantitativ metode, som randomisert kontrollert forsøk, tidlig i studiet. Dei får eit inntrykk av korleis sprikjande enkeltobservasjonar samla sett gir ein sikker effekt av eit tiltak. Og dei får vere med på å reflektere over og tolke eit utført forsøk med kvantitativ

nosokomiale infeksjonar. Det er framleis mogeleg å betre rutinane omkring handhygiene. Spritdispenserar er på plass på

trur ei visualisering av at retningslinjene for handhygiene er korrekte vil kunne motivere til utvikling av auka klinisk

handhygiene i dei fleste situasjonar. Vi håpar at studien kan inspirere både høgskulelektorar i mikrobiologi og hygiene, og hygienesjukepleiarar, som eit døme på korleis ein kan undervise i handhygiene og forskingsmetode. Om vi oppnår det ønska målet med at framtidens sjukepleiere blir betre til å gjennomføre korrekt handhygiene, er ein hypotese som ein bør teste ved ei seinare anledning. Det er ønskeleg med fleire studiar som vurderer den kvantitative effekten av implementering av ulike sjukepleietiltak. Hygiene er eit område som er godt tilgjengeleg for slike studiar.

## ” Mange pasientar dør av nosokomiale infeksjonar.

dei fleste romma på sjukehus, og enkle tiltak kan gjere at dei blir brukt oftare. Kunnskapsgrunnlaget bak anbefalinga om spritvask av hender mellom kvar pasient er solid, men implementeringa av kunnskapen kan framleis bli betre. Vi

kompetanse i handhygiene hos framtidige sjukepleiarar.

### IMPLIKASJONAR

Artikkelen gir oversikt over kunnskapen om handhygiene og er ei påminning om at handdesinfeksjon er beste form for

### REFERANSAR

1. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund. 2007.
2. Vinsnes AG. Kunnskapsbasert praksis forutsetter at vi omsetter forskning til praksis. *Sykepleien Forskning* 2008 3(2): 109
3. Folkehelseinstituttet. Nasjonal veileder for håndhygiene. Smittevern 2004;11.
4. Vandembroucke-Grauls C. Clean hands closer to the bedside. *Lancet* 2000; 356:1290-91
5. Pittet D. Clean hands reduce the burden of disease. *Lancet* 2005; 366: 186.
6. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet* 2000; 356:1307-12.
7. Aavitsland P. Ren rutine. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005 (2): 125.

8. Rotter M. Arguments for alcoholic hand disinfection. *J Hosp Infect* 2001; Aug;48 Suppl A 4-8.
9. Kolmos HJ. Hospitalsinfeksjoner: aktuelle smittekilder og smitteveier. *Ugeskr læger* 2007;169 (48): 4138-42.
10. Kampf G, Kramer A. Epidemiologic Background of Hand Hygiene and Evaluation of the Most Important Agents for Scrubs and Rubs. *Clinical Microbiology Reviews* 2004;863-93.
11. Boyce JM, Kelliher S, Vallande N. Skin irritation and dryness associated with two hand-hygiene regimens: soap-and-water hand washing versus hand antiseptics with an alcoholic hand gel. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000 (21): 442-8.
12. Bucher A. Håndhygiene – er hånddesinfeksjon den beste løsning? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:472-5.
13. Hernæs, N. Sprit + Pleie = Sant. Oslo: Magasinet Sykepleien; 2005 Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1797&categoryID=143>. [lest 26.11.2008]

14. Rykkje L, Heggelund A, Harthug S. Enkle tiltak gir bedre håndhygiene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;7 (127): 861-3.
15. Pettersen RC. Kvalitetslæring i høgere utdanning. Innføring i problem- og praksisbasert didaktikk. Oslo: Universitetsforlaget. 2005.
16. Biggs J, Tang C. Teaching for Quality Learning at University. London: The McGraw-Hill Companies. 2007.
17. PPS Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten. Oslo: Akribeforlag. 2008. <http://home.ppsnett.no/visProsedyre.aspx?pn=135&mn=1>
18. Høiby, N. (red.) Basal og klinisk mikrobiologi. København: FADLs forlag. 1998.
19. Petrie A, Sabin C. Medical Statistics at a Glance. Oxford: Blackwell. 2005.
20. Isenberg HD, Tucci V, Cintron F, Singer C, Weinstein GS, Tyras DH. Single-source outbreak of *Candida tropicalis* complicating coronary bypass surgery. *J Clin Microbiol* 1989 (27): 2426-8.



# Hygiene har med holdning å gjøre

> Det er flott at hygieneundervisningen blir gjort så gjennomtenkt som denne artikkelen beskriver. Hygiene kan lett bli et tema på siden av sykepleien og undervisningen forøvrig.

Foto: Erik M. Sundt



**Av Bente Rognlien**  
Hygienesykepleier,  
Sykehuset Buskerud HF

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Målsettingen må være at håndhygiene alltid ivaretas på en god måte av alt helsepersonell. Forfatterne viser at hygiene har sin tydelige plass i all pleie og behandling av pasienter i helsetjenesten. Håndhygiene, mikrobiologi og smittevern må inngå i enhver undervisnings-sammenheng der det naturlig hører hjemme.

Håndhygiene har også med holdninger å gjøre. Som hygienesykepleier gjennom en rekke år har jeg møtt mange, både sykepleierstudenter og sykepleiere med erfaring. Studentene møter alltid i praksis uten ringer, klokker, armbånd, lange negler og neglelakk. Det kan tyde på god opplæringen i høyskolen. Men, mange erfarne sykepleiere bruker både ringer, klokker og armbånd når de har pasientkontakt. Smykkebruken kan noen steder bli omfattende. Etter hvert tar enkelte nyutdannede etter.

Den nasjonale veilederen for håndhygiene som kom i 2004 har ført til at spritbasert hånddesinfeksjonsmiddel benyttes i helsetjenesten som den foretrukne håndvaskmetoden. Muligheten for å utføre riktig håndhygiene er blitt større siden tilgangen på hånddesinfeksjonsmiddel har blitt så god. Konsekvensen har blitt økt etterlevelse av reglene. De fleste oppfatter også hånddesinfeksjonsmiddel som en forbedring i forhold til ensidig bruk av såpe og vann. Det er imidlertid ikke likegyldig hvordan hånddesinfeksjonsmiddelet påføres huden. Min erfaring er at mange bruker for kort tid slik at de ikke rekker å dekke alle hudområdene på hendene.

Funnene i forsøket som beskrives i artikkelen understøtter den nasjonale veilederen for håndhygiene. Det opplyses at det ved hypotesetesting kun ble brukt blodagarskåler som hadde stått tre dager i varme-

skap. Så lang dyrkingstid bidrar trolig til overvekst og gir ikke nødvendigvis noe riktiger konklusjon. To dager er vanligvis anbefalt som korrekt dyrkingstid for slike prøver, noe som vil gi et riktiger bilde. Det skarpe skillet mellom rene og urene hender ved 20 kolonier kunne med fordel hatt en begrunnelse og kildehenvisning. Siden det kun tas prøve fra ett sted per hånd, får man heller ikke noe totalt bilde av renhetsnivået på hele hånden. Dette er imidlertid detaljer, som sannsynligvis ikke har betydning for læringseffekten av forsøket.

Les artikkelen på side 174



**Hva tilfører artikkelen?**

Studien viser at det er behov for å utvikle systematiske strategier for å kunne håndtere etiske utfordringer på en bedre måte i sykehjem og hjemmetjenester.

**Mer om forfatter**

Georg Bollig er lege og forsker ved Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og Bergen Røde Kors Sykehjem. Reidar Pedersen er lege, filosof og forsker/stipendiat ved

Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Reidun Førde er lege og professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Kontaktperson: bollig.georg@gmx.de



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

**Bakgrunn:** Politikere og helsepersonell i Norge ønsker å styrke systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester. Sentrale etiske utfordringer og erfaringer med etikkarbeid fra feltet presenteres.

**Hensikt:** Å undersøke etiske utfordringer og systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester.

**Metode:** Det ble foretatt en systematisk litteraturgjennomgang av empirisk forskning om etiske utfordringer og systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester. På grunnlag av litteraturgjennomgan-

gen ble det utviklet et spørreskjema. Skjemaet ble benyttet i en pilotstudie der 19 ledere og helsepersonell tilknyttet sykehjem og hjemmetjenester ble telefonintervjuet om etiske utfordringer og etikkarbeid.

**Resultater:** Litteraturgjennomgangen viste at det finnes mange og komplekse etiske utfordringer i sykehjem og hjemmetjenester. Etiske dilemmaer som følge av ressursmangel og etiske utfordringer ved livets slutt ble oftest beskrevet av informantene. De etiske utfordringene beskrevet i pilotstudien samsvarer med det som er beskrevet fra andre land. For

å styrke etikkarbeidet ønsket informantene kompetanseheving i etikk for alle medarbeidere, møteplasser for å diskutere etiske utfordringer, kompetent veiledning og forskning om etikk. Systematisk etikkarbeid synes relativt lite utviklet i sykehjem og hjemmetjenester i Norge.

**Konklusjon:** Systematisk etikkarbeid bør styrkes i sykehjem og hjemmetjenester. Dette kan bedre håndteringen av vanskelige etiske utfordringer og høyne kvaliteten på helsetjenestene. Det er viktig få med ufaglærte, leger og brukerne i dette arbeidet, og å evaluere de tiltak som igangsettes.

# » Etikk i sykehjem og hjemmetjenester

Forfattere: Georg Bollig,  
Reidar Pedersen og Reidun Førde

## NØKKELORD

- Etikk
- Eldre
- Kommunehelsetjeneste
- Kvalitet
- Litteraturstudie
- Spørreundersøkelse
- Sykehjem

Stortinget har besluttet at eldreomsorgen skal styrkes, og det nasjonale prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» er en del av denne styrkingen (1,2).

I norske sykehus er systematisk etikkarbeid startet opp ved hjelp av kliniske etikkomiteer som bidrar til undervisning, retningslinjearbeid og gir veiledning og råd i konkrete saker (3). Arbeidet koordineres av Seksjon for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo.

Helsepersonell og kommunepolitikere har oppfordret til at systematisk etikkarbeid også burde inkludere sykehjem og hjemmetjenester. Med systematisk etikkarbeid menes ulike tiltak i helsetjenesten for å øke etikkompetanse og evnen til å håndtere etiske utfordringer på en systematisk måte, for eksempel kompetanseheving, retningslinjearbeid, eller etablering av etikkomiteer eller refleksjonsgrupper.

De etiske utfordringene i sykehjem og hjemmetjenester er trolig ikke mindre enn i sykehusene, og ofte står helsepersonell alene med etiske utfordringer knyttet til svake og hjelpeløse pasienter og med for lite ressurser til å dekke behovene for helsehjelp (4). En undersøkelse av 16 norske sykehjem med 1141 pasienter som ble utført 1996/1997 viste at 82 prosent av pasientene i sykehjem er mentalt svekket og 91 prosent har stort pleiebehov (5). En kartlegging fra Bergen Røde Kors Sykehjem utført av SINTEF i 2003 fant at pasientene hadde en gjennomsnittsalder på 86 år, hadde gjennomsnittlig sju ulike sykdomsdiagnoser, og 63 prosent av pasientene hadde demens som diagnose (6). Mange pasienter i sykehjem har således redusert samtykkekompetanse og kort forventet levetid. I tillegg er bruk av tvang relativt hyppig i norske sykehjem, ofte uten adekvat dokumentasjon (7).

Sannsynligvis vil de som arbeider i kommunehelsetjenesten ha noe ulike behov for etikkstøtte og etikkopplæring sammenlignet med dem som arbeider i sykehus. Det er også sannsynlig at behovene vil variere noe avhengig av hvor i kommunehelsetjenesten de arbeider. Hensikten med denne studien var å finne ut hvilke etiske utfordringer som dominerer i sykehjem og hjemmetjenester, om det er etablert systematisk etikkarbeid for å håndtere disse

utfordringene og hvilke tiltak som ønskes for å styrke det systematiske etikkarbeidet. En systematisk litteraturgjennomgang og en pilotstudie fra Norge ble gjennomført og presenteres i denne artikkelen.

## MATERIALE OG METODE

### Litteraturgjennomgang

Et systematisk litteratursøk i databasene MEDLINE og CINAHL ble gjort 16. oktober 2007 og 27. mai 2008. Søkene benyttet relevante søke- eller emneord (subject headings) i hver av databasene. Fokus var empirisk forskning som kartla etiske utfordringer i sykehjem eller hjemmetjenester, og empirisk forskning om systematiske måter å håndtere slike utfordringer på. Vi søkte ikke etter studier som omhandlet forskningsetiske utfordringer.

Relevante emneord ble inndelt i tre grupper som refererte til 1) etikk, 2) sykehjem eller hjemmetjenester, eller 3) empirisk forskning. Alle søkeordene innenfor hver gruppe ble kombinert med [OR]. For å avgrense søket til publikasjoner som presenterte empirisk forskning fra sykehjem eller hjemmetjenester med hovedfokus på etikk, ble de tre gruppene kombinert med «AND». For en fullstendig oversikt over søkeord og kombinasjoner viser vi til tabell 1 som er publisert i artikkelens nettversjon ([www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)). I tillegg ble det

gjort mer usystematiske søk og gjennomgang av referanselister.

Seleksjon og eksklusjon ble foretatt av GB og RP på grunnlag av en første gjennomgang av sammendrag. Relevante artikler, samt artikler med mulig relevans ble gjennomgått i fulltekst. Publikasjoner ble ekskludert dersom de ikke presenterte empirisk forskning som kartla ulike typer etiske utfordringer eller som utforsket systematisk etikkarbeid i sykehjem eller hjemmetjenester. For eksempel publikasjoner som kun presenterte teoretiske

alisthelsetjenesten og forfatterens egen erfaring, utviklet vi et enkelt spørreskjema (kopi kan fås hos forfattere). Vi valgte å utarbeide et eget spørreskjema fordi vi ikke fant noen validerte spørreskjema som vi vurderte å være egnet til bruk for vår målgruppe i sykehjem og hjemmetjenester.

Skjemaet inneholdt åpne og lukkede spørsmål om hva slags etiske utfordringer som dominerer, i hvilken grad slike utfordringer opplevdes som belastende, hvordan slike utfordringer håndteres i dag og hvordan en eventuelt kan jobbe mer systematisk

med å starte opp systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester. Bakgrunnen for dette var at vi ønsket personer som vi kunne anta hadde tenkt gjennom hva som var sentrale etiske utfordringer og hvilke tiltak som kunne egne seg for å møte disse utfordringene på en systematisk måte. Invitasjon til deltakelse og informasjon om prosjektet foregikk via e-post og/eller telefon.

Totalt 15 kvinner og fire menn ble intervjuet. Alle informantene var over 40 år, de fleste mellom 50 og 59 år. Tolv av de 19 informantene arbeidet med administrasjon eller fagutvikling. De resterende syv arbeidet pasientnært i sykehjem eller hjemmetjenester. Ti var ansatt i sykehjem, én i hjemmesykepleien, og de øvrige åtte jobbet med eldreomsorg på kommunalt nivå eller på høyskole. Informantene hadde ulike profesjonsbakgrunner: Ti var sykepleiere og fire var leger. De resterende hadde andre helsefag, økonomi, teologi, jus eller filosofi som hovedutdanning.

Intervjuene tok i gjennomsnitt 30 minutter og ble gjennomført av førsteforfatter. Det ble tatt notater underveis og etter intervjuene. Sammenfatning av svar på de åpne spørsmålene og interpretasjon ble presentert for hver informant, muntlig rett etter intervju, som da kunne bekrefte eller avkreffe disse (8,9). Alle svarene på de åpne spørsmålene ble analysert ut fra sentrale begreper og tema i informantenes svar. Og ved hjelp av kategorier som ofte brukes i litteraturen for å beskrive etiske utfordringer og måter å håndtere slike utfordringer på. Den kvalitative analysen var basert på elementer fra «qualitative description» og «qualitative content analysis» (10).

” Det kan synes som om etiske utfordringer knyttet til tvang og unnlattelse av livsforlengende behandling er noe mer fremtredende i sykehjem.

betraktninger eller empirisk forskning på en avgrenset type etiske utfordringer (for eksempel kun om pasientens selvbestemmelse), eller som kun beskrev hvordan etiske utfordringer håndteres i hverdagen uten bruk av mer systematiske tilnærminger. Vi identifiserte ingen relevante systematiske oversiktsartikler, og ekskluderte «usystematiske» oversiktsartikler.

Siden det viste seg å være gjort relativt få publikasjoner som oppfylte våre inklusjonskriterier (se resultatdel), valgte vi å la være å bruke studiedesign og metodisk kvalitet som seleksjonskriterier (bortsett fra at vi ekskluderte publikasjoner som presenterte egne erfaringer uten å angi hvordan erfaringene ble valgt ut eller analysert).

#### Pilotstudie

Basert på litteraturgjennomgangen, lignende forskning fra spesi-

med etikk. I de åpne spørsmålene ba vi deltakerne beskrive etiske utfordringer eller problemer som de opplever, og hvordan slike etiske utfordringer blir håndtert i hverdagen. De lukkede spørsmålene (med svaralternativene «ja», «nei» eller «usikker») omhandlet forskjellige tiltak for å styrke systematisk etikkarbeid (for eksempel om deltakerne synes det er behov for å gjennomføre kompetanseheving i etikk for helsepersonell på deres arbeidsplass).

Spørreskjemaet ble brukt i telefonintervju som ble gjennomført i tidsrommet oktober 2007–april 2008. Vi ønsket å få med informanter på ulike nivå i eldreomsorgen, fra administrativt ledernivå og til hjelpepleiere og fra forskjellige landsdeler. Det ble foretatt et strategisk utvalg av intervjupersoner blant ledere og helsepersonell som vi visste hadde en viss interesse for etiske spørsmål, eller som var i ferd

**TABELL 2:** Empiriske undersøkelser om etiske utfordringer og systematisk etikk-arbeid i sykehjem<sup>1</sup> og hjemmetjenester.

Publikasjon	Studiens hovedfokus	Metode; informanter; geografisk kontekst	Etiske utfordringer	Systematisk etikkarbeid
Brown et al., 1988 <sup>14</sup>	Etikk-komiteer i sykehjem	Spørreskjema; ledere i sykehjem og ledere av etikk-komiteer (464 av 487 svarte); Minnesota, USA		10 % hadde etikk-komité; sammensetning, funksjon og rutiner beskrives
Glasser et al., 1988 <sup>15</sup>	Etikk-komiteer i sykehjem, etiske utfordringer de jobber med og andre tilnærminger til systematisk håndtering av etiske utfordringer	Spørreskjema; ledere i sykehjem (nasjonalt utvalg, 1278 av 4504 svarte); USA	Hjerte-lunge-redning minus; pasienten nekter behandling; oppstart og avslutning av behandling; samtykkekompetanse; profesjonsetiske retningslinjer; informert samtykke; bruk av sonde; nivå og kvalitet på helsehjelp; tvang.	8 % hadde etikk-komité; sammensetning, funksjon og holdninger til etikk-komité beskrives. Andre systematiske tilnærminger: Retningslinjer (61 %); jurist (30 %); veiledning fra fagetiker (9 %).
Longo et al., 1988 <sup>16</sup>	Forekomst av hjerte-lunge-redning minus retningslinjer i sykehjem (long-term care institutions), innhold, implementeringsprosess, og sammenheng med andre variabler.	Spørreskjema; ledelsen ved et randomisert utvalg av sykehjem i USA (229 av 585 svarte); USA		20,1 % av sykehjemmene hadde en formell retningslinje. Blant disse sykehjemmene hadde flere retningslinjer også for behandlingsunntattelse generelt. Utanning og informasjon til helsepersonell viktigst for implementeringsprosessen. 9,3 % hadde etikk-komité og blant disse sykehjemmene hadde flere retningslinjer
Aroskar, 1989 <sup>12</sup>	De mest sentrale etiske utfordringene for sykepleiere i kommunehelsetjenesten og hvordan utfordringene håndteres	Spørreskjema; sykepleiere i kliniske stillinger i kommunehelsetjenesten (319 av 1000 svarte); Minnesota, USA	Selvbestemmelse; behandlingsunntattelse; hvite løgner, uønsket informasjon og varsling; ressurser og prioriteringer; tverrfaglig samarbeid; faglig svikt; samarbeid med pårørende	Ingen rapporterte om systematisk etikk-arbeid. Over halvparten rapporterte om mangel på støtte fra ledelsen for å skape og utvikle et godt arbeidsmiljø og kvalitet i tjenesten
Robillard et al., 1989 <sup>17</sup>	Hyppighet av etiske utfordringer for ulike typer helsepersonell i primærhelsetjenesten ansatt i rurale og urbane strøk	Spørreskjema; leger (allmennleger, pediatere og indremedisinere i primærhelsetjenesten) sykepleiere, fysioterapeuter og lege-medhjelpere, stratifisert randomisert utvalg (702 av 2306 svarte); Kentucky, USA	Fire vanligste hovedtema: Pasientens selvbestemmelse, kvalitet på helsehjelp og faglig kompetanse, ressursfordeling. (Hyppig rapporterte eksempler: Hvor mye tid til hver pasient; mangel på finansiering; overbehandling for å beskytte seg mot loven). Utfordringer knyttet til unntattelse av livsforlengende behandling ble rapportert oftere av legene. Yngre leger rapporterte om flere utfordringer enn eldre.	
Somers, 1989 <sup>18</sup>	�nsket funksjon og sammensetning av etikk-komiteer i sykehjem	Spørreskjema; ledere i sykehjem og medlemmer av en etikk-komité og en etikk-kommisjon for staten New Jersey (82 av 217 svarte); New Jersey, USA		Fler tallet ønsket etikk-komité for sykehjem. �nsker for funksjon: - etablere retningslinjer - gi råd i konkrete saker - utanning av ansatte - fortolke helselovgivning ønsker for sammensetning: - lege - sykepleier - sosialarbeider - jurist - prest - pårørende - fagetiker
Thompson og Thompson, 1990 <sup>19</sup>	Etikk-komiteer i sykehjem: sammensetning, funksjon, resultater, og evaluering	Intervju; medlemmer fra syv etikk-komiteer i syv sykehjem (non-profit) (til sammen 15 informanter); USA		Sammensetning: 8-12 medlemmer; tverrfaglig; ingen p�r�rendemedlemmer. Funksjon: Intern kompetanseutvikling, retningslinjer (for eksempel forh�nds�nsker, hjerte-lunge-redning minus, samtykkekompetanse); undervisning for ansatte; ingen hadde drøftet konkrete henvendelser/saker til nå. Resultat: Flere perspektiver, økt aksept for å diskutere etiske utfordringer; økt kompetanse. Systematisk evaluering: Ikke utført.
Forchuk, 1991 <sup>20</sup>	Etiske utfordringer i psykisk helsevern (hjemme og i institusjon) og ellers i kommunehelsetjenesten	Kvalitativ (Informantene ble bedt om å beskrive en nylig etisk utfordring); psykiatriske sykepleiere i psykiatrisk sykehus og psykisk helsevern i kommunen, samt andre sykepleiere i kommunehelsetjenesten (n=57); Canada.	Mest sentrale tema: 1. Velgjørenhet, 2. Konfidensialitet, 3. Pasientautonomi, 4. Unngå usannheter Lite forskjeller mellom de ulike kontekstene. Personalkonflikter var mer fremtredende i de etiske utfordringene i sykehus.	

<sup>1</sup> 'sykehjem' er valgt som norsk oversettelse av 'extended care facilities' og 'long term care facilities' selv om disse også kan inkludere døgnbemannede eldreboliger med service/helsepersonell.

Publikasjon	Studiens hovedfokus	Metode; informanter; geografisk kontekst	Etiske utfordringer	Systematisk etikkarbeid
Haddad, 1992 <sup>21</sup>	Etiske utfordringer i hjemmebasert omsorg	Spørreskjema (pilotstudie); 10 tilfeldig utvalgte byråer fikk fem spørreskjema hver og ble bedt om å distribuere disse på en representativ måte til ansatte (30 av 50 svarte); USA	Manglende finansiering og refusjonsordninger; mangelfull kompetanse hos medarbeidere; mishandling av eldre; redusert samtykkekompetanse; å gå fra klienten; informasjon; rasisme.	
Harrison and Roth, 1992 <sup>22</sup>	Etiske utfordringer for ledere i sykehjem	Spørreskjema; ledere i sykehjem (Directors of nursing) (n=50); California, USA	Fem hovedtema (og 36 underkategorier): Prioriteringer og ressurser (inkludert rekruttering av personell og mangel på kompetanse); retningslinjer og rutiner; gi riktig behandlings-/omsorgstilbud (inkludert over/underbehandling og mangel på tilbud); pasientautonomi og samtykkekompetanse; samarbeid mellom ansatte og med pasienter/pårørende	
Crawford, 1994 <sup>23</sup>	Systematisk etikkarbeid, etikk-komiteer, etiske diskusjoner i hverdagen i sykehjem	Spørreskjema; medlemmer av American College of Health Care Administrators (ACHCA) - ledere i sykehjem (166 av 1000 svarte); USA		77,2 % hadde retningslinjer for etisk utfordrende tema (for eksempel hjerte-lunge-redning minus); 54,5 % hadde etikk-komite (4-20 medlemmer; tverrfaglige); 48 % gjennomførte etikkdrøftinger utenfor komité; 30 % samarbeidet med fagetiker; 3,3 % hadde «ethics rounds»; 17,1 % hadde andre tiltak (ofte internundervisning)
Roth and Harrison, 1994 <sup>24</sup>	Hvordan fremmer eller hemmer relevant lovgivning (Omnibus Budget Reconciliation Act) håndteringen av etiske utfordringer i sykehjem?	Fokusgrupper; ledere i sykehjem (Directors of nursing) (n=18); California, USA		Lovregulering; Vektlegger pasient autonomi og pasientrettigheter, standardisering (kan fremme etikken); men jusen kan og virke hemmende; økende byråkrati, skjemavelde, kontroll, sanksjoner og mistillit, i stedet for fokus på pasientens behov, veiledning og kompetanseutvikling; høyere kvalitetskrav uten økte ressurser; underminering av profesjonell autonomi; vanskeligere å rekruttere og holde på kompetent personell. Lovregulering og juss er utilstrekkelig for å håndtere etiske utfordringer.
Gold et al., 1995 <sup>25</sup>	Sykepleiernes etiske utfordringer og hvordan de definerer etisk utfordring	Intervju; 12 sykepleiere med pasientansvar i sykehus, sykehjem og hjemmetjenester (alle private «not-for-profit»); urbane og bynære strøk, USA	Fire hovedtema: 1. Holde tilbake eller å gi informasjon, 2. Ulikheter i omsorg og tilgang til helsehjelp, 3. Ulikheter i næringslivets verdier og profesjonsverdier, 4. Å bryte regler og å rapportere regelbrudd. Sykepleierne beskrev i liten grad sine utfordringer som «etiske». Sykepleiernes beskrivelser av en etisk utfordring (når spurt): vanskelig og viktig beslutning, uenighet, ikke noe riktig svar, gråsoner, ulike perspektiv	
Wagner and Ronen, 1996 <sup>26</sup>	Forekomsten av etiske utfordringer og opphav til slike utfordringer	Spørreskjema; sykepleiere i kommunehelsetjeneste og sykehus som hadde deltatt på et videreutdanningskurs (745 av 833 svarte); Israel	Hyppigste utfordringer: 1. Ubehagelig pasient, 2. Konflikt mellom pasientens og pårørendes behov, 3. Mangel på personell, 4. Melde fra om manglende kompetanse hos helsepersonell, 5. Uheldig oppførsel blant helsepersonell, 6. Vold mot helsepersonell, 7. Holde tilbake informasjon etter ønske fra pårørende, 8. Gi behandling med tvilsom verdi, 9. Presse pasient som avviser behandling. Legene og pårørende var viktigste kilde til etiske utfordringer. Etiske utfordringer ble rapportert noe hyppigere blant sykepleierne i sykehus, ellers mye likt.	9,4 % av sykepleiere i kommunehelsetjeneste hadde tilgang på etikkveiledning og 4,3 % hadde tilgang på etikk-komite. Mer uformelle etikkdiskusjoner var mer utbredt.
Schick og Moore, 1998 <sup>27</sup>	Identifisere suksesskriterier for etikk-komiteer	Fokusgrupper og individuelle intervju; 24 deltakere i to fokusgrupper og 5 individuelle intervju, rekruttert fra etikk-komiteer i ulike helseinstitusjoner (sykehus og kommunehelsetjeneste); deler av Ohio, Kentucky og Indiana		Suksesskriterier: - Støtte fra ledelsen (budsjett, dedikert tid, vikarordning, verdsettelse, samarbeid, uavhengighet), - Komitésammensetning (tverrfaglig, engasjement, kommunikasjonsevner), - Ledelse av komiteen (vurdert som det viktigste suksesskriteriet), - Komiteens mandat, intern kompetanseheving, synlighet, tilgjengelighet, arbeidsoppgaver («reelle» saker og tema) saksbehandling, og evaluering, - Støtte/samarbeid med legene (nødvendig for å løse mange av sakene)

Publikasjon	Studiens hovedfokus	Metode; informanter; geografisk kontekst	Etiske utfordringer	Systematisk etikkarbeid
Egan og Kadushin, 1999 <sup>28</sup>	Etiske utfordringer i hjemmetjenester (hyppighet)	Spørreskjema; sosialarbeidere i hjemmetjeneste (116 av 216); Wisconsin og Tennessee, USA	Hyppigste etiske utfordringer (hyppigste først): Pasientens selvbestemmelse, forhåndsønsker, vurdering av samtykkekompetanse, tilgang på tjenester, udekkede behov, informasjon, konfidensialitet. Ansatte i private («for-profit») byråer opplevde etiske utfordringer oftere, og særlig tilgang til tjenester.	
Osborne et al., 2000 <sup>11</sup>	Etikk-komiteer i sykehjem	Spørreskjema; ledere og leger i sykehjem, randomisert utvalg (394 av 851 svarte); USA		34 % hadde etikk-komité; sammensetning og funksjon beskrives
Kadushin og Egan, 2001 <sup>29</sup>	Etiske utfordringer i hjemmetjenester (hyppighet og vanskelighetsgrad) og mulige sammenhenger med utvalgte variabler	Spørreskjema; sosialarbeidere i hjemmetjenesten – alle medlemmene av American Network of Home Health Care Social Workers (364 av 673 svarte); USA	Hyppigste og vanskeligste etiske utfordringer: Vurdere pasientens samtykkekompetanse, pasientens tilgang på tjenester, pasientens selvbestemmelse. Variabler som korrelerte med økt vanskelighetsgrad eller hyppighet på etiske utfordringer: Private tjenester; "high tech" pasienter, mange berørte parter. I tillegg førte mangel på refusjonsordning og nasjonal regulering ofte til kompromittering av profesjonsetikken	65 % av hjemmetjenestebyr�ene hadde etikk-komité
Galagher et al., 2002 <sup>30</sup>	Etiske utfordringer i koordinering av pleie- og omsorgstjenester	Fokusgrupper og kort spørreskjema om informantens alder, utdannelse etc.; «Case-managers» (koordinerer og bestiller kommunale helsetjenester), n=89 (fra til sammen 10 tjenestesteder); ulike regioner i Canada (British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Ontario, og Prince Edward Islands)	Fire hovedtema: 1. Rettferdighet (tilgang på tjenester, refusjonsordning m.m.), 2. Velgjørenhet (sikkerhet, trygghet, forebygge fall m.m.), 3. Ikke-skade (lunng� å krenke klient, unngå skade på personell m.m.), 4. Autonomi (reduert samtykkekompetanse m.m.) Mange etiske utfordringer sprang ut fra spenningen mellom klientens behov og fagetiske standarder versus organisatoriske og økonomiske føringer.	
Slettebø og Hestetun, 2003 <sup>31</sup>	Etiske utfordrende situasjoner	Fokusgrupper; helsepersonell i et undervisningssykehjem (fire fokusgrupper med 4-5 i hver); Norge	Tre hovedkategorier: 1. Holdninger (taushetsplikt/omtale, respekt, profesjonell og personlig makt), 2. Ressursforhold (prioritering ved knapphetsgoder, strukturell makt, rutiner og fleksibilitet), 3. Samarbeid (kommunikasjon, pårørende – ressurs og utfordring, avdelingsmilj� og lojalitetskonflikter)	Sykehjemmet hadde utviklet et verdigrunnlag med fire hovedverdier (1. Trygghet og forutsigbarhet, 2. Verdsatt som enkeltmenneske, 3. Inkluderende felleskap, 4. Medbestemmelse og medansvar) og tilhørende spesifiseringer.
Hogstel et al., 2004 <sup>32</sup>	Etikk-komiteer sykehjem og etiske utfordringer i sykehjemmet	Spørreskjema; ledere i sykehjem (17 av 59 svarte); en storbykommune sørvest i USA	Oppstart og avslutning av kunstig ernæring og væske; helsehjelp til pasienter med kognitiv svikt; familiekonflikter; tvang; forh�nds�nsker; kunstig ventilering	29 % hadde etikk-komité; sammensetning, møtehyppighet, refleksjonsmal og barrierer beskrives
Weston et al., 2005 <sup>33</sup>	Regionale etikk-komiteer for sykehjem og et nettverk for disse i staten New Jersey; etiske utfordringer	Spørreskjema og intervju; ledere i sykehjem (93 av 225 svarte), ledere av regionale etikk-komiteer (12 av 15 svarte), eldreombud; New Jersey, USA	Vurdere samtykkekompetanse; hjertelungeredning; beslutninger om å ikke legge inn i sykehus; sondeernæring; forh�nds�nsker; vurdere pasientens preferanser; identifisere stedfortr�dere; behandlingssunnl�telse.	De regionale etikk-komiteene betjente mange sykehjem og eldreboliger. I tillegg var det lokale etikk-komiteer. Sammensetning, funksjon og bruk av komiteene beskrives. Nettverket har vært en viktig ressurs, for eksempel for kompetanseheving og standardisering av arbeidsm�ter.
Stabell og N�den, 2006 <sup>13</sup>	Hva slags etiske utfordringer m�ter sykepleiere i en rehabiliteringsavdeling på sykehjem?	Fokusgrupper; sykepleiere på en rehabiliteringsavdeling på sykehjem (fire fokusgrupper med 5-6 i hver); Norge	Sentrale tema: - Pasientens livskvalitet og mestring, - Verdighet, - � få lov til å være syk og hjelpetrenge, - Pårørendes rolle, forrenters og samfunnets ansvar, - Ressursbegrensninger og priorit�ringer	
Lemienge et al., 2008 <sup>34</sup>	Retningslinjer for etiske utfordringer ved livets slutt; hovedfokus på retningslinjer for eutanasi i sykehjem	Spørreskjema; ledere for sykehjem (612 av 737 svarte); Flandern, Belgia		Forekomst av retningslinjer: begrensn�ng av livsforlengende behandling 26 %, lindrende sedering 16%, eutanasi 15 %, palliasjon hvor fremskyndelse av døden er mulig bivirkning (14 %). 15 % av sykehjemmene hadde etikk-komité – ved disse sykehjemmene var retningslinjer mer hyppig

## RESULTATER

### Oppsummering systematisk litteraturgjennomgang

Litteratursøket resulterte i 332 artikler (214 fra MEDLINE og 118 fra CINAHL). Av disse presenterte 21 publikasjoner empirisk forskning som kartla etiske utfordringer, eller som presenterte empirisk forskning om systematisk etikkarbeid i sykehjem eller hjemmetjenester (se tabell 2). Ytterligere tre artikler ble identifisert gjennom mer systematiske søk og gjennomgang av referanselister (11,12,13).

### Generelt om studiene

Ti av de 24 identifiserte studiene (11-34) kartla etiske utfordringer i sykehjem og/eller hjemmetjenester, ti utforsket systematisk etikkarbeid, mens de resterende fire utforsket både etiske utfordringer og systematisk etikkarbeid (se tabell 2). 16 av 24 studier har hovedfokus på sykehjem, tre har hovedfokus på hjemmetjenester, mens de resterende inkluderer flere deler av kommunehelsetjenesten og i noen tilfeller også spesialisthelsetjenesten. Kun én av studiene fokuserer på etiske utfordringer i kommunalt psykisk helsevern. Blant informantene er det oftest brukt ledere (gjernye sykepleiere) eller sykepleiere i kliniske stillinger. Hjelpepleiere, leger og annet helsepersonell er relativt sjelden inkludert som informanter. 18 av de 24 identifiserte publikasjonene presenterer empirisk forskning fra USA, de resterende publikasjonene er fra Canada (to), Norge (to), Belgia og Israel.

I de fleste studiene er det brukt spørreskjema, men spørreskjemaene er i liten grad validert og svarprosenten er ofte lav. I tillegg er det ofte gjort lite for å sikre at utvalget av informanter er representativt.

### Hva er de mest sentrale etiske

### utfordringene?

Studiene indikerer at etiske utfordringer er alminnelig og viktig i sykehjem og hjemmetjenester. En oppsummering av hyppige etiske utfordringer er gitt i tabell 3. Studiene viser imidlertid at det er mange ulike måter å kategorisere og beskrive etiske utfordringer på – noe som gjør det vanskeligere å sammenligne de ulike studiene – og at kategoriene som brukes er delvis overlappende.

Relativt mange av de etiske utfordringene er knyttet til spenningen mellom klientens behov og fagetiske standarder på den ene siden og økonomiske og organisatoriske føringer på den andre siden. Her er det nære sammenhenger og gjensidig påvirkning som fordrer en balanse mellom ulike normsystemer (13). Når skal for eksempel pasientens behov eller ønsker settes til side på grunn av andre hensyn, og hvor går grensen for hva som er akseptabel kvalitet ut fra fagetiske hensyn? Hvorfor legges sykehjempasienter noen ganger inn i sykehus til tross for at kompetent behandling lokalt ville være bedre for pasienten og samfunnsøkonomisk rimeligere?

Mange av studiene beskriver etiske utfordringer knyttet til vurdering av samtykkekompetanse, samarbeid med pårørende og etikk ved livets slutt. Studiene gir ikke grunnlag for å si noe sikkert om forskjeller mellom sykehjem og hjemmesykepleie, men det kan synes som om etiske utfordringer knyttet til tvang og unnlattelse av livsforlengende behandling er noe mer fremtredende i sykehjem.

### Systematisk etikkarbeid

Studiene understreker at det er behov for å utvikle systematiske strategier for å kunne håndtere

etiske utfordringer på en bedre måte i sykehjem og hjemmetjenester. I langt de fleste sykehjem og hjemmetjenester synes det ikke å være etablert noe systematisk etikkarbeid til tross for mange og kompliserte etiske utfordringer.

Strategier for systematisk etikkarbeid som har en viss utbredelse, spesielt i USA, er etikkomiteer og andre arenaer for etikkdrøftinger (for eksempel «ethics rounds»), internundervisning i etikk, veiledning fra fagetiker eller ansatt med etikkkompetanse, og retningslinjer for etiske vanskelige områder (for eksempel om behandlingsunnlattelse, lindrende sedering eller beslutninger om innleggelse i sykehus).

Etikkomiteer er etablert ved cirka en tredjedel av sykehjemmene i USA, og antallet synes økende. Det synes å være mindre sannsynlighet for at etikkomiteer blir etablert dersom andelen ufaglærte er stor (11,14). Etikkomiteene er tverrfaglig sammensatt, og arbeidet i etikkomiteene synes å bidra til mer systematisk

**TABELL 3:** De mest sentrale etiske utfordringene

- For lite ressurser, udekkede behov og prioritering
- Kvalitet, kompetanse, oppførsel og bemanning
- Varsling
- Informasjon og kommunikasjon
- Selvbestemmelse, samtykkekompetanse og bruk av tvang
- Samarbeid med pårørende
- Unnlattelse av livsforlengende behandling (inkludert ernæringssonde)
- Mishandling og vanstell av pasientene
- Vold mot helsepersonell
- Ulike kulturer og rasisme
- Tverrfaglig samarbeid og samhandling



og økt aktivitet på flere områder, for eksempel gjennom internundervisning, drøftinger og veiledning på avdelingene, utvikling og implementering av retningslinjer og implementering av refleksjonsverktøy som de ansatte kan bruke på egen hånd.

I New Jersey i USA har et nettverkssamarbeid blant annet bidratt til kompetanseheving og standardisering av arbeidsmåter for etikkomiteer i sykehjem (33). Andre viktige forutsetninger som nevnes for å lykkes med etikkomiteearbeid er støtte fra ledelsen og legene, riktig komité sammensetning, god komitéledelse, tydelig mandat, intern kompetanseheving, synlighet, gode arbeidsrutiner og evaluering (27). Pasient eller pårørende, fagetikere og lekmannsrepresentant synes å være relativt sjeldent representert i etikkomiteer (11,15), og svært få av komiteene har eget budsjett (14).

Systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester er imidlertid i liten grad evaluert systematisk. Ledere i sykehjem rapporterer imidlertid at syste-

matisk etikkarbeid har bidratt til økt bevissthet om etiske utfordringer blant de ansatte, familiene og beboerne, forbedret kommunikasjon og tillit, og forebygget kriser (23). Noen resultater av etikkomiteearbeid som komitémedlemmer har fremhevet er økt aksept for å diskutere etiske utfordringer, flere perspektiver og økt kompetanse (19).

Viktige hindringer for systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester, er mangel på lærerkrefter med relevant kompetanse og relevante opplæringsprogram (23), negativ holdning til arbeid i sykehjem blant helsepersonell, og en form for kollektiv forsømmelse gjennom mangel på oppmerksomhet, finansiering og prestisje (24). Det er også rapportert om mangel på støtte fra ledelsen for å skape og utvikle et godt arbeidsmiljø og kvalitet i kommunehelsetjenesten (12).

#### Pilotstudien

Alle informantene som ble spurt takket ja til å delta og alle oppga at de opplevde etiske utfordrin-

ger i kommunehelsetjenesten. 12 av 19 opplevde etiske utfordringer som en stor eller svært stor belastning i hverdagen. Få hadde erfaring med systematisk etikkarbeid. Noen kommuner hadde akkurat startet opp med etikkomiteé. En informant oppga at deres arbeidsplass hadde utarbeidet etiske retningslinjer for arbeid med døende pasienter, og en kommune hadde egne etiske retningslinjer på noen områder. Flere informanter påpekte viktigheten av å koble etikkarbeid til kvalitetsarbeid generelt, og i en kommune hadde kvalitetsenheten de siste to årene tilbudt etikkurs til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. I denne kommunen hadde dette vært svært godt mottatt av ansatte på alle nivå.

Den måten ansatte i kommunehelsetjenesten løste sine etiske utfordringer på, var ifølge informantene hovedsakelig gjennom uformelle diskusjoner med kolleger. Veilednings- og refleksjonsgrupper brukes på en del arbeidsplasser og ble nevnt av seks informanter.

**TABELL 4:** Type etiske utfordringer og eksempler.

Type etisk utfordring	Beskrevet av antall informanter (n=19)	Eksempler
Ressursmangel / prioriteringsproblem	15	Tidsmangel for å gi adekvat pleie og omsorg; tid til å reflektere og diskutere faglige og etiske spørsmål; demente som egentlig burde bo på sykehjem; moralsk stress pga. konflikter mellom økonomi og kvalitet.
Etiske utfordringer ved livets slutt	9	Behandlingsnivå hos multimorbide pas; avslutning av livsforlengende behandling, og konflikter mellom personalet og pårørende.
Kommunikasjon og taushetsplikt	7	Taushetsplikt, kommunikasjon med pasienter og pårørende.
Pasientautonomi / samtykkekompetanse	7	Ivareta pasientautonomi hos demente; vurdering av samtykkekompetanse.
Manglende faglig kompetanse	7	Manglende kompetanse mht. både fag og etikk pga. mange ufaglærte medarbeidere.
Tvang mot pasienter	4	Hyppig bruk av tvang, ofte ureflektert, for eksempel i stell, mating, medisiner, låste dører, etc.
Annet	6	Kollisjon mellom livssyn, kulturer og verdier, forskningsetikk, rusomsorg.

### Hvilke etiske utfordringer dominerer i sykehjem og kommunehelsetjenesten?

Ulike typer av etiske utfordringer med eksempler er presentert i tabell 4. Etiske utfordringer knyttet til ressursmangel, livets slutt, kommunikasjon og informert samtykke ble beskrevet oftest.

### Hvordan jobbe systematisk med etikk på arbeidsplassen?

Alle 19 informanter mente at det er behov for å jobbe mer systematisk med etiske utfordringer og å øke etikkkompetansen. På spørsmål om hvilke tiltak som ønskes, svarte alle at de ønsket noen å henvende seg til for å få veiledning og råd. 18 av 19 ønsket en ansatt med etikkkompetanse for å kunne søke råd og veiledning, og like mange ønsket en etikkkomité for arbeidsplassen (se tabell 5). Færre ønsket å kunne henvende seg til en jurist. Alle understreket at det var behov for å sette av tid og ressurser til systematisk etikkarbeid både på arbeidsplassen og til interkommunale/nasjonale møteplasser.

Blant dem som ønsket etablering av etikkkomité var det ingen bestemte meninger om på hvilke nivå slike komiteer bør etableres, for eksempel for institusjon/arbeidsplassen, deler av kommunehelsetjenesten, hele kommunehelsetjenesten eller interkommunalt. Noen mente at dette skulle tilpasses til lokale geografiske og andre forhold.

Mindre enn halvparten hadde tro på at nettbasert undervisning var veien å gå. En begrunnelse for dette var at kompetanseheving i etikk krever diskusjon i grupper og felles møteplasser.

### DISKUSJON

Vår pilotstudie og litteraturnomgang tyder på at det finnes mange ulike etiske utfordringer

**TABELL 5:** Hvordan jobbe systematisk med etikk?

Ønskede tiltak	Informanter som svarte ja (n=19)
Kompetanseheving i etikk (uspesifisert)	
- for alle helsepersonell	19
- for ledere	18
- for ressurspersoner	17
Møteplasser for å ta opp etiske utfordringer	19
Interkommunale/nasjonale møteplasser	19
Forskning omkring hvordan etiske utfordringer håndteres i kommunehelsetjenesten	18
Refleksjonsmodeller og verktøy til å diskutere etiske utfordringer	18
Noen å henvende seg til for råd og veiledning (uspesifisert)	19
- ansatt med etikk-kompetanse	18
- etikkkomité for arbeidsplassen	18
- jurist	9
Kjerneverdier på arbeidsplassen	17
Retningslinjer for etisk vanskelige områder	16
Faglig bistand fra universitet eller høyskole	16
Nettbasert undervisning	8

i sykehjem og hjemmetjenester, at ansatte på ulike nivå ønsker hjelp til å mestre de etiske utfordringene bedre, og at systematisk etikkarbeid i mindre grad er utviklet i sykehjem og hjemmetjenester enn i sykehus.

Selv om litteratursøket er gjort systematisk, er det viktig informasjon som ikke fanges opp på denne måten, blant annet fordi en del relevant forskning og informasjon ikke klassifiseres som «etikk» eller ikke er indeksert i vitenskapelige databaser. For eksempel har vi ikke fanget opp i vårt søk, at det er flere sykehjem i Norge som har startet opp med såkalte refleksjonsgrupper som ikke har etikk som eksplisitt tema, men der etiske problemer ofte er sentrale (35). I litteraturoversikten har vi ekskludert erfaringsbaserte publikasjoner som beskriver positive erfaringer med såkalte «etikkafeer», «etikkteam» og «rollespill» i sykehjem enkelte steder (36,37,38).

Det er verdt å bemerke at den

metodiske kvaliteten på de inkluderte studiene er variabel og at det er gjort relativt lite forskning og evaluering på et felt som synes å bety mye for både helsepersonell, pasienter og pårørende. Også etikkarbeid må evalueres. Ifølge vår litteraturnomgang er det utført svært lite systematisk evaluering og det er en slående diskrepans mellom mengden av forskning gjort i Nord-Amerika og det som er gjort i Europa.

Vi valgte å gjøre en pilotstudie for å få kunnskaper fra Norge. Utvalget av informanter i pilotstudien er verken representativt eller stort nok til at våre funn kan generaliseres. Vi har intervjuet personer som vi på forhånd visste hadde en viss interesse for etikk for å kunne få frem flest mulig eksempler på systematisk etikkarbeid fra Norge. Alle informanter var over 40 år, noe som sammenheng med at vi har rekruttert mennesker med lang erfaring fra arbeidsfeltet og mange i lederstillinger. Det å bruke ledere som

informanter er en tilnærming som er brukt i flere andre studier (14,16,18,22,23,24). I tillegg intervjuet vi fagpersonale med tilknytning til sykehjem og hjemmetjenester som jobber pasientnært. Våre funn fra pilotstudien støttes langt på vei av tidligere forskning fra Nord-Amerika og Europa, men fremtidige forskningsprosjekter bør inkludere flere informanter uten lederfunksjon, ufaglærte, yngre og mindre erfarne informanter, ansatte uten spesiell interesse for etikk, samt pasienter og pårørende.


I tiden etter at vi gjennomførte pilotintervjuene har flere norske kommuner startet ulike tiltak for å styrke etikkarbeidet, for eksempel refleksjonsgrupper, etikkdager og etikkomiteer (2).

Våre informanter beskriver alt fra omfattende og kompliserte etiske utfordringer i liv-dødsituasjoner til hverdagsproblemer knyttet til kommunikasjon. Det er slående at de beskrevne etiske utfordringene ofte har nær sam-

Den belastningen som er en følge av at et problem identifiseres, men ikke kan løses på grunn av ytre forhold, for eksempel for trange ressurser, beskrives ofte som moralsk stress. Det vil si når man vet hva som er riktig å gjøre, men ytre rammer gjør at man ikke kan handle slik man gjerne vil (39). Vike og Haukelien hevder at særlig ansatte i pleie- og omsorgsykker ofte må gå mot sine etiske idealer (40) og at de strekker seg langt for å ta vare på alle hensyn. Dersom moralsk stress ikke mestres, kan emosjonell utbrenthet oppstå (41). Dårlig håndtering av etiske utfordringer i helsetjenesten kan føre til at det gis for lite eller for mye helsehjelp eller at helsehjelpen gis på en gal måte. Det er derfor åpenbart at helsepersonells evne til å stå i en virkelighet der mange hensyn konkurrerer må styrkes, både for at de skal ta gode beslutninger, men også for mestring av et krevende arbeid. Her trengs det både tid, for å skape møteplas-

den som ofte står ansvarlig for etisk vanskelige beslutninger. Vi vet at også leger i kommunehelsetjenesten opplever moralsk stress (43) og at de ofte mangler strategier og systemer for å håndtere slike utfordringer (44). Det er nødvendig å inkludere leger i den nasjonale satsingen på etikk i kommunehelsetjenesten. Å håndtere etiske utfordringer inkluderer også å endre de systemene som bidrar til mangelfulle tjenester eller uakseptable arbeidsforhold. Å si fra når jobben ikke blir utført godt nok er ofte vanskelig og kan oppleves som kritikk både av kolleger og ledere (45).

Systematisk etikkarbeid handler blant annet om å skape systemer som gjør det mulig å håndtere tvil, uenighet, kritikk og mangler på en konstruktiv måte (46). Å legge til rette for, og styrke slik kompetanse er derfor en viktig oppgave for ledelsen. Mange av de etiske utfordringene er felles for hele helsetjenesten, men etiske utfordringer knyttet til manglende ressurser, kvalitet og kompetanse synes mer uttalt i sykehjem og hjemmetjenester.

 En viktig utfordring er å få legene med i etikkarbeidet.

menheng med ressursituasjonen. Vi har intervjuet mange ledere i kommunehelsetjenesten, og at disse opplever at trange budsjetter gir etiske utfordringer, er ikke uventet. Men etiske utfordringer i tilknytning til ressursknapphet beskrives også av dem som arbeider pasientnært. Tid er et knapphetsgode (4). Tid er også nødvendig for å kunne reflektere rundt etiske vanskeligheter. Mer omfattende studier bør gjøres på hvilke etiske utfordringer som dominerer i det pasientnære arbeidet på sykehjem og i hjemmetjenester. Dette ble støttet av 18 av de 19 som ble intervjuet.

ser for refleksjon, og kompetanse (42). I denne sammenhengen er det interessant at de personene som intervjues i vår studie i liten grad ønsket seg nettundervisning. Likeledes mente relativt få at veiledning fra jurister ville løse deres etiske problemer. At etiske utfordringer ikke kan løses med lovregulering eller avviksmeldinger har også blitt understreket i andre studier (24,29,40).

En viktig utfordring er å få legene med i etikkarbeidet. Legene er sentrale i behandlingsteamet, viktige premissleverandører, sentrale for pasient og pårørende, og, ikke minst,

## KONKLUSJON

Det finnes mange krevende og ofte komplekse etiske utfordringer i sykehjem og hjemmetjenester. Mange av disse er knyttet til ressursmangel, at pasientene har sammensatte lidelser, ikke er samtykkekompetente og har kort tid igjen å leve. Ansatte på ulike nivå ønsker hjelp til å mestre de etiske utfordringene bedre. Systematisk etikkarbeid er i mindre grad utviklet i sykehjem og hjemmetjenester enn i sykehus. Fordi arbeidet med svært syke og pleietrengende pasienter er komplekst og tverrfaglig, må etikkarbeidet også være tverrfaglig, og inkludere de ufaglærte, legene,

pasienter og pårørende. Forskning og evaluering må være en sentral del.

Takk til Isabelle Budin Ljøsne for verdifull hjelp til innsamling av litteratur, til Helse- og omsorgsdepartementet som har finansiert pilotstudien og litteraturgjennomgangen, og til Helse- og Rehabilitering som finansierer Georg Bolligs videre forskning om etiske avgjørelser på sykehjem.

#### REFERANSER:

1. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.
2. [www.ks.no/tema/Samfunnsansvar/Etikk/Samarbeid-om-etisk-kompetanseheving](http://www.ks.no/tema/Samfunnsansvar/Etikk/Samarbeid-om-etisk-kompetanseheving) (06.04.2009)
3. Pedersen R, Førde R. Hva gjør de kliniske etikkkomiteene? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3127-9.
4. Førde R, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland OG. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1913-6.
5. Nygaard HA, Naik M, Ruths S. Mental svikt hos sykehjemspasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3113-3116.
6. Hofseth C. Pasientkartlegging ved Bergen Røde Kors Sykehjem. SINTEF-rapport nr. STF78 A034507. Oslo: SINTEF Unimed, 2003
7. Kirkevold Ø, Engedal, K. A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. British Journal of Nursing 2004; 13: 902-905.
8. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. BMJ 1995; 311: 251-253.
9. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 2. utgave. Universitetsforlaget, Oslo. 2003
10. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? Research in Nursing & Health 2000; 23: 334-340.
11. Osborne T, Lacy NL, Potter JF, Crabtree BF. The prevalence, composition, and function of ethics committees in nursing facilities: results of a random, national survey of American Health Care Association members. Journal of the American Medical Directors Association 2000; 1(2): 51-57.
12. Aroskar MA. Community health nurses. Their most significant ethical decision-making problems. Nurs Clin North Am 1989; 24(4): 967-975.
13. Stabell A, Naden D. Patients' dignity in a rehabilitation ward: ethical challenges for nursing staff. Nurs Ethics 2006; 13(3): 236-248.
14. Brown BA, Miles SH, Aroskar MA. The prevalence and design of ethics committees in nursing homes. J Am Geriatr Soc 1987; 35(11): 1028-1033.
15. Glasser G, Zweibel NR, Cassel CK. The ethics committee in the nursing home. Results of a national survey. J Am Geriatr Soc 1988; 36(2): 150-156.
16. Longo DR, Burmeister R, Warren M. «Do not resuscitate»: policy and practice in the long-term care setting. J Long Term Care Adm 1988; 16(1): 5-11.
17. Robillard HM, High DM, Sebastian JG, Pisaneschi JI, Perritt LJ, Mahler DM. Ethical issues in primary health care: a survey of practitioners' perceptions. J Community Health 1989; 14(1): 9-17.
18. Somers AR. Nursing homes and ethics committees. N J Med 1989; 86(1): 45-49.
19. Thompson MA, Thompson JM. Ethics committees in nursing homes: a qualitative research study. HEC Forum 1990; 2(5): 315-327.
20. Forchuk C. Ethical problems encountered by mental health nurses. Issues Ment Health Nurs 1991; 12(4): 375-383.
21. Haddad AM. Ethical problems in home healthcare. J Nurs Adm 1992; 22(3): 46-51.
22. Harrison JK, Roth PA. Ethical dilemmas faced by directors of nursing. J Long Term Care Adm 1992; 20(2): 13-16.
23. Crawford KF. How ethical dilemmas are resolved. J Long Term Care Adm 1994; 22(3): 25-28.
24. Roth PA, Harrison JK. Ethical conflict in long-term care: is legislation the answer? J Prof Nurs 1994; 10(5): 271-277.
25. Gold C, Chambers J, Dvorak EM. Ethical dilemmas in the lived experience of nursing practice. Nurs Ethics 1995; 2(2): 131-142.
26. Wagner N, Ronen I. Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: an Israeli survey. Nurs Ethics 1996; 3(4): 294-304.
27. Schick IC, Moore S. Ethics committees identify four key factors for success. HEC Forum 1998; 10(1): 75-85.
28. Egan M, Kadushin G. The social worker in the emerging field of home care: Professional activities and ethical concerns. Health Soc Work 1999; 24(1): 43-55.
29. Kadushin G, Egan M. Ethical dilemmas in home health care: a social work perspective. Health Soc Work 2001; 26(3): 136-149.
30. Gallagher E, Alcock D, Diem E, Angus D, Medves J. Ethical dilemmas in home care case management. J Healthc Manag 2002; 47(2): 85-96.
31. Slettebo A, Hestetun M. Ethical challenges when realizing a value document in a nursing home. Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning 2003; 5(4): 225-243.
32. Hogstel MO, Curry LC, Walker CA, Burns PG. Ethics committees in long-term care facilities. Geriatr Nur (Lond) 2004; 25(6): 364-369.
33. Weston CM, O'Brien LA, Goldfarb NI, Roumm AR, Isele WP, Hirschfeld K. The NJ SEED project: evaluation of an innovative initiative for ethics training in nursing homes. J Am Med Dir Assoc 2005; 6(1): 68-75.
34. Lemiengre J, Dierckx de CB, Verbeke G, Van CK, Schotsmans P, Gastmans C. Ethics policies on euthanasia in nursing homes: a survey in Flanders, Belgium. Soc Sci Med 2008; 66(2): 376-386.
35. Amble N, Gjerberg E. Hjerte hode hender. Et refleksjonsverktøy for mestring i pleie og omsorgstjenesten. Oslo: AFI og Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
36. Bachmann, A., Rippe, KP. 2004. Ethik-Cafes – Idee, Konzept und Praxis: Einladung zum Nachdenken. Pflegezeitschrift 57 (12): 868-869.
37. Chichin ER, Olson E. An Ethics consult team in geriatric long-term care. Cambridge Quarterly of Healthcare ethics 1995; 4:178-184.
38. Wilson CC, Netting FE, Henderson SK. Gaming as a method for learning to resolve ethical dilemmas in long term care. Health Education 1988; 19:42-44.
39. Kålvemark S, Höglund AT, Hansson MG et al. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. Soc Sci Med 2004; 58: 1075-1084.
40. Vike H, Haukelien H: Velferdspolitik ved reisen slutt. [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no) (17.07.2008)
41. Bischoff SJ, DeTienne KB, QuickKB. Effects of ethics stress on employee burnout and fatigue: an empirical investigation. J Health Hum Serv Adm 1999; 21: 512-32.
42. Slettebo Å. Strebing mot pasientens beste. En empirisk studie om etisk vanskelige situasjoner i sykepleiepraksis ved tre norske sykehjem. [Doktoravhandling] Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet og Institutt for sykepleievitenskap, 2002]
43. Førde R, Aasland OG. Moral distress among Norwegian doctors. J Med Ethics 2008; 34:521-5.
44. Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Førde R, Slowther AM, Garrett-Mayer E, Danis M. Ethical difficulties in clinical practice: experience of European doctors. J Med Ethics 2007; 33:51-57.
45. Aasland OG, Førde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. Qual Saf Health Care. 2005;14:13-7.
46. Førde R, Pedersen R, Akre R. Clinicians' evaluation of clinical ethics consultations in Norway: A qualitative study. J Philos Health Care 2008;11: 17-25.

# Forsvarlig stell krever god dialog

► Planlegging og dialog med pasient, pårørende og lege bidrar til unødige innleggelses i sykehus og verdig pleie i livets slutfase.

Foto: Privat



**Av Ragnhild Hårstad**

Geriatrisk sykepleier,  
Gausdal kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

I studien «Etikk i sykehjem og hjemmetjenester» setter Georg Bollig søkelyset på utfordringer i kommunehelsetjenesten og viser til at dilemmaer som følge av ressursmangel i sykehjem og hjemmetjenester. Etske utfordringer ved livets slutt er de som oftest ble beskrevet av informantene. Dette kjenner jeg igjen ifra egen hverdag som er preget av knappe ressurser, overbelegg og stort press fra sykehuset som har ferdigbehandlede pasienter som kommunen må gi et tilbud. Sykehjemmet er oftest fullt, og det er ingen ledige sengeplasser. Hvordan skal vi på en presset avdeling kunne ta imot flere pasienter innenfor de rammer vi har og samtidig kunne gi forsvarlig stell og pleie?

Ifølge norsk helsepolitikk skal alle pasienter behandles etter LEON-prinsippet, noe som innebærer at omsorgen gis på laveste effektive omsorgsnivå. Føringerne er klare: «Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen han eller hun

bor eller midlertidig oppholder seg» (Lov om helsetjenesten i kommunene, § 2-1). Som kommunehelsetjeneste har vi plikt til å ta imot kommunens borgere når de er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, og vår oppgave er å komme frem til det beste tilbudet.

Et etisk dilemma oppstår når vi har en valgsituasjon der vi føler vi går på akkord med oss selv og våre moralske verdier og normer. Det er et dilemma når det føles galt uansett hva vi gjør. Hvilke rettigheter har pasientene, hvilke verdier og forhold skal tas hensyn til for å komme frem til det beste alternativet? Hva blir konsekvensene av våre valg? Pasientene blir ofte tilbudt korridor-plass og må dele rom med andre pasienter. Andre igjen må kanskje flytte for å frigjøre plass til meget syke og døende pasienter.

Selv om vi i kommunen har felles etiske retningslinjer for ansatte og folkevalgte har vi ikke satt av tid til systematisk etisk refleksjon. Det vi derimot synes

å ha god nytte av, er satsingen på bedriftsinterne studieopplegg der gruppearbeid og refleksjon er bærebjelken i undervisningen. Tilbakemeldinger fra deltakerne er mer trygghet i forhold til, og økt kunnskap om, faget. De opplever økt bevissthet og kommer med flere løsningsforslag i arbeidssituasjoner. De føler også at det er lettere å samarbeide med og informere pasient og pårørende.

De gangene vi opplever å lykkes best med å gi forsvarlig stell og pleie i en utfordrende hverdag, er når vi har hatt en god dialog med pasient, pårørende og lege. Og når vi har klart å lage gode planer som gjør oss trygge på oppgavene våre, kan unngå unødvendige innleggelses i sykehus og gi verdig pleie i livets slutfase. Da kan vi gå av vakt med en god følelse av å ha gjort en god jobb for våre pasienter til tross for begrensede ressurser.

Les artikkelen på side 186



**Hva tilfører artikkelen?**

Artikkelen viser hvordan psykiatriske sykepleiere ser på sitt faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid innen den psykiske helsetjenesten.

**Mer om forfatter**

Rune Karlsen, Cand polit, Høgskolelektor, Høgskolen i Bodø, 8049 Bodø  
Kontakt: rune.karlsen@hibo.no



Illustrasjonsfoto: Emk. M. Sundt

**Bakgrunn:** Opptappingsplan for psykisk helse gir føringer for at yrkesgruppene må jobbe tverrfaglig for å kunne gi den helhetlige omsorgen som kreves.

**Hensikt:** Hensikten med prosjektet er å belyse hva psykiatriske sykepleiere beskriver som sitt spesielle kompetanseområde innenfor omsorgsarbeidet innen psykisk helsearbeid; ti år etter at opptappingsplanens føringer om tverrfaglig samarbeid trådte i kraft.

**Metode:** Tjuei psykiatriske sykepleiere har deltatt i fokusgruppeintervju for å få fram hva som er

psykiatriske sykepleieres spesifikke kompetanse i forhold til andre yrkesgrupper. I teksten fra intervjuene framkom tre tema: Kunnskap om kroppen, handlingsorientert tilnærming og omsorg som hovedfokus.

**Resultater:** Kunnskap om kroppen er det tema som tydeligst viser forskjeller på sykepleiere og andre høgskoleutdannede yrkesgrupper. Informantene sier at de har kunnskaper om sammenhenger mellom kropp og psyke, og understreker at det er viktig å jobbe med det somatiske og det psykiske samtidig. Kunnskap om de grunnleggende fysiske

behov utgjør en viktig kompetanse i det tverrfaglige samarbeidet.

Sykepleierne møter pasienter med praktiske tiltak ut fra situasjonen her og nå. De opplever at denne måten å jobbe på kan hjelpe dem til å oppnå gode relasjoner. De kommer nær folk raskt. Den handlingsorienterte tilnærmingen fører til at noen sykepleiere utfører flere oppgaver enn det som er bestemt. Vi trenger mer forskning om effekt av spesifikke intervensjoner gjort av psykiatriske sykepleiere.

Informantene er delte i synet på om deres omsorgsfokus kan fungere som fagspesifikt kjennetegn på yrkesgruppen.

Psykiatriske sykepleieres  
faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid:

## » Profesjonell kompetanse

Forfatter: **Rune Karlsen**

### NØKKELOD

- Omsorg
- Sykepleierrolle
- Sykepleiepasient-forhold

«Inter-professionalism challenges professionals to rethink their occupational purpose and to discover the most effective means of practice» (1)

Stortingsmelding om psykiske lidelser og tjenestetilbudene ga en oversikt over status for tjenestene og skisserte framtidige utfordringer (2). Den ble fulgt opp av Opptrappingsplan for psykisk helse som gjaldt fram til 2009 (3). Her skisseres en rekke tiltak for å forbedre tjenesten. I begge dokumentene understrekes det at vi som sykepleiere må arbeide tverrfaglig for å kunne gi den helhetlige omsorgen som kreves. Nye høyskoleutdannede yrkesgrupper har derfor kommet inn på områder hvor sykepleierne tidligere stort sett var alene (4).

Ønsket om å endre sammensetningen av personalet resulterte i opprettelsen av tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie har etter hvert blitt erstattet av den tverrfaglige videreutdanningen. Den består av en fellesdel og en ferdypningsdel. Målet med fellesdelen er å fremme tverrfaglighet og gjensidig forståelse. I spesialiseringdelen skal de forskjellige

yrkesgruppene rendyrke sin spesialkompetanse. Høgskolene må tilby tverrfaglig fordypning i psykososialt arbeid og kan i tillegg tilby en eller flere fagspesifikke ferdypningsenheter i psykiatrisk sykepleie, sosialt arbeid, fysioterapi og ergoterapi (5).

Når fagpersonell organiseres i tverrfaglige team, bør deres kompetanse omfatte både felles basiskompetanse og fagspesifikk kompetanse. Holdninger, etikk, brukermedvirkning, relasjonskompetanse og samarbeidskompetanse er felles basiskompetanse. Felles basiskompetanse er kompetanse som alle yrkesgrupper skal inneha.

Fagspesifikk kompetanse er kunnskaper og ferdigheter som er særegne for den enkelte yrkesgruppen. Den fagspesifikke kompetansen utgjør forskjellen mellom yrkesgruppene. Godt tverrfaglig samarbeid forutsetter en tydeliggjøring av de ulike faggruppens spesielle kompetanse (6, 7). Det skal legges til rette for at de forskjellige yrkesgruppens fagspesifikke kompetanse skal supplere og utfylle hverandre (6).

Hvis de forskjellige yrkesgruppene ikke har et klart forhold til muligheter og begrensninger ved egen kompetanse, kan konsekvensen bli både faglig utrygghet og skepsis til andre faggrupper (8). Det blir vanskelig å få til en konsensusbasert identifisering av hva som er den primære faglige oppgaven (9). Yrkesgruppene innenfor den «nye» psykiske helsetjenesten har foreløpig ikke tydelig nok satt

ord på hva det er de kan bidra med, og forholdet dem imellom er ikke godt nok avklart (10, 11).

For at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere, er vi avhengige av yrkesgrupper med trygg faglig identitet (6). Yrkesidentiteten skapes ved at medlemmene selv identifiserer kjennetegnene på sin egen gruppe. Gjenkjennelsen skaper et kollektivt handlingsgrunnlag (12). Psykiatrisk sykepleie som fag er i mange vestlige land inne i en identitetskrise, blant annet fordi sykepleierne ikke har klart å tydeliggjøre hva deres faglige bidrag skal være (13, 14). I første rekke handler det om å si noe om hva psykiatrisk sykepleie egentlig er, sammenlignet med andre fagområder innen dagens psykiske helsetjeneste. Hensikten med prosjektet er å belyse hva psykiatriske sykepleiere beskriver som sitt spesielle kompetanseområde.

Det er nå ti år siden opptrappingsplanens føringer om tverrfaglig samarbeid trådte i kraft. De psykiatriske sykepleierne har gjennom erfaringer med tverrfaglig samarbeid fått tid til å tenke gjennom hva det er som utgjør faglige likheter og ulikheter mellom dem og yrkesgruppene de samarbeider med. Hvordan forstår psykiatriske sykepleiere sitt faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid innen den psykiske helsetjenesten?

### METODE

Fokusgruppeintervju er valgt som metode for datainnsamling. Fokusgrupper gjør det lettere å stimulere den kollektive hukommelse

og bevisstgjøre en felles kunnskapsbase som i utgangspunktet kan virke triviell og uviktig for den enkelte (15). I gruppeintervju kan interaksjonen gruppedeltakerne imellom skape synergieffekter som ikke kan oppnås gjennom intervju med enkeltpersoner, og vi får mulighet til å observere enighet og uenighet gruppedeltakerne imellom (16).

### Utvalg

«Information-Rich Participants» er personer som vi tror kan lære oss mye om de temaer som vi ønsker å gå i dybden på (17). Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere (LPS) er en faggruppe i Norsk Sykepleierforbund. LPS er møteplass for fag- og kunnskapsutvikling og har som mål å bidra til identitet og tilhørighet (18). Personer som har tatt på seg verv innenfor faggruppen, har vanligvis et stort faglig engasjement, og de er valgt av medlemmene for å representere dem.

## ” Hvordan forstår psykiatriske sykepleiere sitt faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid innen den psykiske helsetjenesten?

Fylkesstyrene i tre forskjellige fylker i tre forskjellige landsdeler ble invitert til å delta i studien. I tillegg til styret på fem personer, har gruppene bestått av tre–fire personer som styreleder har invitert. Til slutt har jeg intervjuet en gruppe med deltakere fra hele landet. Alle som ble forespurt sa ja til å delta.

Tjueni psykiatriske sykepleiere har deltatt i studien, 22 kvinner og sju menn. Gjennomsnittlig erfaring som sykepleier/psykiatriske sykepleier er henholdsvis 21 år/15 år. Fire informanter har tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid med fordypning

i psykososialt arbeid. Resten er utdannet ved den tradisjonelle videreutdanningen i psykiatriske sykepleie. Informantene har skrevet under på samtykkeerklæring. De er forsikret om at materialet vil bli behandlet konfidensielt, og bli slettet etter at undersøkelsen er avsluttet.

### Fremgangsmåte under intervjuene

Informantene fikk utdelt tema-guiden en uke før intervjuene skulle finne sted. Intervjuene startet med at deltakerne ga konkrete beskrivelser av kompetanseområder. Mange var godt forberedt, og min rolle som intervjuer var i lange perioder å fungere som ordstyrer, holde fokus på temaet og be informantene utdype utsagn som jeg mente trengte oppklaring (17). Jeg ga tilbakemelding til gruppen, slik at de fikk mulighet til å bekrefte eller korrigere min fortolkning av det de sa (19). På slutten av hvert intervju oppsum-

brukt som metode for å analysere intervjuene (20). Jeg har lett etter sentrale tema med relevans for problemstillingen. Temaene skal gi et helhetsbilde av hva sykepleierne mener er deres faglige bidrag i det tverrfaglige samarbeidet innen psykisk helsearbeid. Først leste jeg gjennom intervjuene og hørte gjennom båndene for å få et helhetsinntrykk. Så ble teksten lest linje for linje for å finne uttalelser som handlet om fagspesifikk kompetanse. Jeg har lett etter sitater som jeg mener fanger essensen i det som ble sagt. Lange intervjuetekster ble kondensert til mer korte og konsise formuleringer; slik at budskapet kom tydeligere fram (19). Oppmerksomheten var først og fremst rettet mot beskrivelser av konkrete praksissituasjoner (17). Koding har foregått ved å plukke tekstbiter som er relevante for problemstillingen, og se disse tekstbitene i sammenheng med hverandre. Tekstelementer som omhandler «det samme» er koblet sammen. Innholdet er abstrahert og satt sammen til tema (21). Jeg har vekslet mellom å arbeide med de tematisk sorterte dataene og å lese intervjueteksten i sin helhet innimellom.

To andre personer har deretter analysert utskriften av intervjuene. Den ene er høyskolelektor i psykiatriske sykepleie. Den andre er lektor i språk. Hun har liten kjennskap til fagfeltet psykiatriske sykepleie og representerer et utenfra perspektiv (20). Det er ingen store uenigheter oss imellom om hva som utgjør essensen.

### FUNN

I teksten fra intervjuene framkom tre tema: «Kunnskap om kroppen», «Handlingsorientert tilnærming» og «Omsorg som hovedfokus». Kunnskap om kroppen er det tema som ble brukt mest tid på i alle gruppene.

### Metode for dataanalyse

Kvalitativ innholdsanalyse er



Omsorg som hovedfokus var tema i bare to av gruppene.

### **Kunnskap om kroppen**

Sykepleierne sier at de har kunnskap om sammenheng mellom kropp og psyke. De mener det er viktig for pasienter å forstå sammenhengen mellom psykiske symptomer og kroppslige reaksjoner. De hevder at det å skille mellom det psykiske og fysiske er en kunstig måte å dele opp menneskelige funksjoner på. Angst og depresjon brukes som eksempler på lidelser med mange somatiske symptomer.

#### *Neglisjert kunnskap*

Informantene sier at sykepleiernes kunnskap om kroppen lenge har vært neglisjert kunnskap. Fokus på kroppslige reaksjoner har vært sett på som noe negativt, fordi kunnskapen har blitt feilaktig assosiert med et medisinsk – og reduksjonistisk menneskesyn. De sier at det kan virke som om enkelte sykepleiere nesten har fornektet denne siden av sin kompetanse: «På 80- og 90- tallet var vi svært lite opptatt av kroppen, fordi vi skulle være så himla terapeutiske. Selv blant psykiatriske sykepleiere har dette havna langt nede på rangstigen. Jeg føler at jeg banner i kirka når jeg tar dette opp i enkelte miljøer. Det er ikke helt stuerent. Vi sykepleiere ønsker å være terapeutiske gjennom å være omsorgspersoner. Det er et finord for oss sjøl, som gjør at vi egentlig benekter vår identitet i møte med andre faggrupper. Jeg tror nesten aldri vi sier til noen at 'jeg kan mye kropp'.»

#### *Kunnskap om det syke menneske*

Informantene understreker viktigheten av å jobbe med det somatiske og det psykiske samtidig. Kroppen er en del av mennesket, også når

vi har fått en psykiatrisk diagnose: «I omsorgsboligene har vi brukere som lider av både astma, diabetes, overvekt, leddgikt og mage-/tarmproblemer. Det er plager som de har i tillegg til sin schizofreni. Slike fysiske plager blir i liten grad fulgt opp av psykiske helsearbeidere uten helsefaglig utdanning. Sykepleierens kunnskap om det syke menneske er viktig.»

#### *Det kliniske blikket*

Sykepleierne mener at deres kunnskap om kroppen gjør at de ser etter andre ting hos pasientene enn de andre yrkesgruppene. De er opplært til å observere tegn og symptomer, i tillegg til å ha kunnskap om differensialdiagnoser. De har for eksempel erfaring med å observere kroppslige uttrykk for smerte. På somatiske sykehus er sykepleierens ansvar blant annet å gjøre observasjoner for å skjønne alvorlighetsgraden i situasjonen til den enkelte pasienten. Observasjonene gjør det lettere å kunne stille relevante spørsmål til pasientene; spørsmål som kan bidra til å få et mest mulig riktig helhetsbilde av pasientens tilstand. Observasjonsansvaret er det samme også når pasientene har psykiske lidelser: «Et eksempel er hun som hadde tatt halv glasset med litium like før jeg kom på hjemmebesøk. Jeg kunne ikke se noen tydelige tegn, men det var noe som ikke stemte. Jeg begynte å lure på hva dette var for noe? For eksempel munntørrheten. Den kommer veldig tidlig i forhold til dette. Så sjekket jeg ut om det var rett det jeg tenkte. Pasienten ble sendt på sykehus umiddelbart. Jeg vil hevde at pasienten ble reddet på grunn av mine observasjonsevner.»

#### *Grunnleggende behov*

Kunnskap om pasientens grunnleggende behov er essensielt i sykepleiefaget. Ti år med tverr-

faglig samarbeid har ført til at mange psykiatriske sykepleiere har «gjenoppdaget» verdien av denne kompetansen. Kunnskap om de grunnleggende fysiske behov utgjør en viktig kompetanse i det tverrfaglige samarbeidet. Det gjelder vitale funksjoner, ernæring og eliminasjon, personlig hygiene, aktivitet og hvile og konsekvenser av fysisk inaktivitet og immobilitet. Rusmisbrukere blir brukt som eksempel på personer som kan få nytte av kompetansen: «Noen rusmisbrukere er ofte dårlige til å identifisere egne behov som sult, trøtthet og smerter. De neglisjerer kroppens signaler og har behov for å bli minnet om å kjenne etter. Det hender at rusmisbrukere setter feilskudd, og de trenger konkret veiledning i stell av sår og om grunnleggende hygieniske prinsipper.»

#### **Handlingsorientert tilnærming**

Sykepleierne er opplærte til raskt å kartlegge situasjonen, og sette inn nødvendige praktiske tiltak. Representanter for andre yrkesgrupper kan ifølge informantene lett bli mer nølende i slike situasjoner: «Jeg har en faglig bakgrunn som gjør at jeg går lett bort og hjelper folk. Dermed kommer jeg nær folk raskt. Mange med annen utdanningsbakgrunn blir ofte stående fast der. Det blir noen ganger litt for lite tiltak og litt for lite løsninger. Det hender at problemstillingen blir liggende der til neste møte, uten at noe skjer. De begynner å lure på, hva de skal gjøre for at personen skal få gjøre det selv. Jeg tenker annerledes. Jeg tilbyr meg kjapt å hjelpe. Folk blir ikke hjelpeløse av det. Jeg tror det er en annen måte å fylle selvbildet på. De er også verdige til å ta imot.»

Deltakere sier de er blitt kritisert for at de ikke er metodiske i omsorgsutøvelsen. Men noen

mener at dette er metoden. Du starter opp et sted, og vurderer etter hvert hvor nær du skal gå, og om du skal støtte eller utfordre: «Jeg hjelper personen med de mest presserende tingene, så ser vi det an etter hvert. Jeg ser hvem jeg har foran meg, og vurderer hvilke handlinger jeg skal iverksette ut fra hvor pasienten er, og da er jo planleggingen i gang.»

### Andre relasjonsverktøy

Relasjonskompetanse er generell basiskompetanse som alle yrkesgruppene skal ha. Men noen informanter sier at relasjonsverktøyene sykepleiere har, er forskjellige fra andres verktøy. Psykiatriske sykepleiere møter pasienter med praktiske tiltak ut fra situasjonen her og nå. De opplever at denne måten å jobbe på kan hjelpe dem til å oppnå gode relasjoner. De kommer nær folk raskt: «Jeg tror det er slik at mange av de praktiske oppgavene jeg gjør er relasjonsdannende. Jeg tenker helt konkret. Vil jeg oppnå relasjon med en psykotisk pasient, så kan jeg tilby et fotbad. Det handler kanskje om noe mer enn bare å lytte?»

### Ansvar for hele pasientsituasjonen

Informantene mener at tilbudet i primærhelsetjenesten er organisert på en måte som gjør at tilbudet til den enkelte pasient kan bli oppstykket. Pasienten har mange konsulenter rundt seg som gir råd innenfor sine begrensede områder. Behovene som pasienten uttrykker der og da samsvarer ikke alltid med det de har fått vedtak på fra kommunens tildelingskontor. Hjelp på laveste omsorgsnivå er blitt vanskelig å få. I en slik situasjon er det oftest sykepleierne som går inn og tar seg av helheten. Konsekvensen er at de utfører flere oppgaver enn det som er bestemt.

Informantene gir forskjellige

årsaksforklaringer på hvorfor det er blitt slik. Den ene forklaringen handler om fag. Kjernen i sykepleiefaget er ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov, og det krever handling. Det er ikke snakk om hvem sitt bord, men å ta ansvar for hele situasjonen der og da: «Brukerne har vedtak om hva de skal få hjelp til. Vedtaket handler ofte om samtale og tilsyn. Men det blir ofte umulig kun å forholde seg til vedtaket. Når jeg kommer inn døren, så ser og hører jeg at det er helt andre behov som uttrykkes og som jeg må hjelpe med. Det er ikke det som er bestillingen når du kommer inn, men jeg kan ikke la være å gjøre det likevel. Hvis ikke de praktiske tingene faller på plass, så hjelper ikke alltid spesifikke terapeutiske tilnæringsmåter. Det er frustrerende å se at det er stadig færre som kan gjøre denne innerste jobben».

Andre forklarer dette som en uønsket rolle som sykepleierne tar uavhengig av fag. Noen sier at det handler om yrkesgruppens manglende evne til å avgrense seg. Andre mener at det er fordi sykepleiere ikke er gode nok til å hevde egne meninger i tverrfaglige diskusjoner. De kommer derfor til kort i diskusjoner om arbeidsfordeling, og sitter gjerne igjen med mer ansvar enn de ønsker å ha.

### Omsorg som hovedfokus

Noen informanter mener at sykepleierne har mer fokus på omsorg enn de andre yrkesgruppene; og at dette utgjør en faglig forskjell. Det presenteres ulike forklaringer på hva omsorgen er for noe. En forklaring er at omsorgen vises tydeligst gjennom den handlingsorienterte tilnærmingen. Andre mener at det går an å bli for opptatt av pasientens autonomi og selvstendighet, og at sykepleierne i større grad enn andre yrkesgrupper anerkjenner at pasienter i perioder er avhengige.

En av informantene henviser til Juul og Jensen (22) sitt skille mellom selvbilde og selvfølelse for å vise hva hun mener er forskjellen: «For meg er det viktig å gi næring til prosesser som kan bidra til at ungdommen føler seg verdsatt og anerkjent; uavhengig av hva du får til og presterer. Det å gi ungdommen en følelse av å bli likt, det å bli anerkjent og oppleve støtte og omsorg. Pedagoger, sosionomer og vernepleiere har mer fokus på læring og mestring. Det å kunne ting. Tilegne seg nye ferdigheter. Mange av ungdommene jeg møter er ikke glade i seg selv, de føler seg lite verdt. De føler seg oversett og avvist. For stort fokus på mestring hjelper ikke disse ungdommene.»

Det er ikke enighet mellom informantene om dette. Noen argumenterer for at sykepleierne bør slutte å presentere omsorg som et fagspesifikt kjennetegn; fordi det gjør yrkesgruppen utydelig.

## DISKUSJON

### Diskusjon av funn

Informantene er tydelige når de beskriver temaet «Kunnskap om kroppen». De er konkrete når de forklarer hvilken relevans kompetansen har for praksis og hvilken nytte den har for pasientene. Kunnskap om kroppen er det tema som tydeligst viser forskjeller på sykepleiere og andre høgskoleutdannede yrkesgrupper.

Informantene hevder at deres kunnskap om kroppen har vært en neglisjert kunnskap. Det finns mye forskning som underbygger deres påstand. Ansatte i den psykiske helsetjenesten har en tendens til å ignorere kroppen og den fysiske omsorgen. Pasienter med psykiatriske diagnoser risikerer at deres somatiske plager ikke blir fulgt opp (23, 24). Kroppslige og psykiske plager følger hverandre. Kostholdsveiledning og fysisk aktivitet er bare to av mange

nødvendige tiltak for å bidra til å bedre den fysiske/psykiske helsen hos mange pasienter med psykiske lidelser (25, 26). Den gjensidige forbindelsen mellom fysisk og mental helse er godt dokumentert (27, 28). Nyttverdien av den faglige kompetansen handler om i hvilken grad tiltakene gagnar pasientene (9).

Dette er en utfordring for videreutdanningen i psykisk helsear-

av psykiatriske sykepleiere, og vi behøver å vite mer om hvilke av sykepleiernes tilnæringsmåter pasienter opplever har bidratt til positiv endring (31, 32).

Arbeidsoppgavene i primærhelsetjenesten er ifølge informantene brutt opp i spesialiserte deler, som deretter er fordelt på de ansatte. Ingen har fått formelt ansvar for å ivareta helheten. Det medfører at pasientenes grunnleggende

funksjonell. Yrkesgruppens faglige kvalitetskrav har et kritisk potensial (33). De psykiatriske sykepleierne bør avklare hvordan de vil forholde seg til dette.

Noen informanter sier at omsorg er et fagspesifikt kjennetegn for psykiatriske sykepleiere, men de har forskjellige forklaringer på hva omsorgen er for noe. De er i godt selskap. Mye sykepleielitteratur beskriver omsorg som kjernen i sykepleiefaget. Men det finnes ingen enighet om hvilken definisjon på omsorg som skal brukes. Mange definisjoner er generelle, og angir ikke hvilken atferd utøveren skal vise for at det skal kunne kalles omsorg.

Omsorgsteoriene er muligens ikke av en slik art at de kan brukes for å markere forskjellen mellom sykepleiere og andre faggrupper i helsetjenesten (37). Sykepleierne kan derfor vurdere å si fra seg eiendomsretten til omsorgen.

#### **METODEDISKUSJON**

Fokusgrupper kjennetegnes ved homogenitet, men med tilstrekkelig variasjon mellom deltakerne til å få fram avvikende meninger og alternative synspunkter (17). Vi kan ikke se bort fra at diskusjonene ville vært annerledes hvis flere informanter med videreutdanning i psykisk helsearbeid hadde deltatt. Flertallet av informantene har dessuten verv i LPS, og har som oppgave å fremme fagpolitiske tema (18). Det kan ha innvirkning på hvordan de uttaler seg om yrkesgruppen.

Forfatteren er høyskolelektor, jobber med temaet psykiatrisk sykepleie, og har tidligere arbeidet som psykiatrisk sykepleier. Denne innsiderekunnskapen kan fungere positivt. Kjennskap til konteksten kan bryte ned eventuelle kommunikasjonsbarrierer, og kan være til hjelp for å komme med gyldige fortolkninger (17).

## **”” Kunnskap om kroppen er det tema som tydeligst viser forskjeller på sykepleiere og andre høyskoleutdannede yrkesgrupper.**

beid. Fordypningsdelen skal gi utvidet forståelse for eget fags og egen yrkesgruppes rolle i psykisk helsearbeid, og handlingskompetanse med basis i eget fag, arbeids- og livserfaring (29). Evalueringen av videreutdanningene antyder at de kan bli mer spesifikke, og gå mer i dybden når de bestemmer sykepleiefaglig innhold (30). Dette kan gjøres ved å ta utgangspunkt i sykepleiernes generelle kunnskap om kroppen, og knytte temaet til problemstillinger innen psykisk helsearbeid. En styrking av det fagspesifikke innholdet vil styrke det tverrfaglige tilbudet til dem som er tjenestens brukere (8, 9).

Sykepleiere mener at utførelsen av praktiske sykepleietiltak fungerer som en inngangsport for kontaktetablering. De opplever at de når noen mennesker bedre fordi de går inn og hjelper, for eksempel med et fotbad eller en hårvask. En interessant problemstilling er i hvilken grad den fysiske og intime nærheten, for eksempel ved fotbad, bidrar til en relasjonell nærhet? Vi mangler imidlertid studier som dokumenterer effekten av slike tiltak. Vi trenger mer forskning om effektiviteten av spesifikke intervensjoner gjort

behov blir for dårlig ivaretatt. Viktige verdier i yrkesgruppens ideologi kommer i konflikt med måten tjenesten er organisert på (33). Sykepleierne gjør derfor flere arbeidsoppgaver en de har fått vedtak om.

Men arbeidsfordelingen er nødvendigvis ikke bare en konsekvens av sykepleiefagets kjerneverdier. Det kan handle om etterlevninger fra sykepleiernes tradisjonelle rolle i psykiatriske sykehusavdelinger. Totalansvaret for miljødriften var de psykiatriske sykepleiernes domene (34). Sykepleierne ble karakterisert som avdelingens ankerfeste (35).

Det kan også ha sammenheng med gamle kjønnsrollemønstre. Arbeidsoppgaver innenfor det mannlige domene har vært regnet som viktige for pasientens bedring. De kvinnelige sykepleiernes omsorgsoppgaver har ikke hatt samme status (36). Det kan se ut som om sykepleierne fortsetter å ta på seg de arbeidsoppgavene som ingen andre synes er viktige nok. Ved å fortsette å ta dette ansvaret, uten å sette spørsmålstegn ved systemet, bidrar de i så fall til å vedlikeholde en organisasjonsform som kanskje ikke er

Samtidig står jeg i fare for å kunne påvirke intervjuene i retning av egen forforståelse. Fokusgrupper bidrar til å gjøre intervjueren mindre dominerende enn i individuelle intervjuer. Ved å anvende åpent, fleksibelt intervjudesign håper jeg å ha redusert forskereffekten ytterligere (15).

## KONKLUSJON

Informantene er entydige når de hevder at deres kunnskap om

kroppen skiller dem faglig fra de andre høgskeleutdannede yrkesgruppene. Kunnskap om de grunnleggende fysiske behov, og kunnskap om sammenhenger mellom psykiske reaksjoner og kroppslige symptomer, utgjør en viktig kompetanse i det tverrfaglige samarbeidet.

Sykepleierne møter pasienter med praktiske tiltak ut fra situasjonen her og nå. De opplever at denne måten å jobbe på

kan hjelpe dem til å oppnå gode relasjoner. De kommer nær folk raskt. Den handlingsorienterte tilnærmingen fører til at noen sykepleiere utfører flere oppgaver enn det som er bestemt. Informantene er delte i synet på om deres omsorgsfokus kan fungere som fagspesifikt kjennetegn på yrkesgruppen. Vi trenger mer forskning om effekten av spesifikke intervensjoner gjort av sykepleiere.

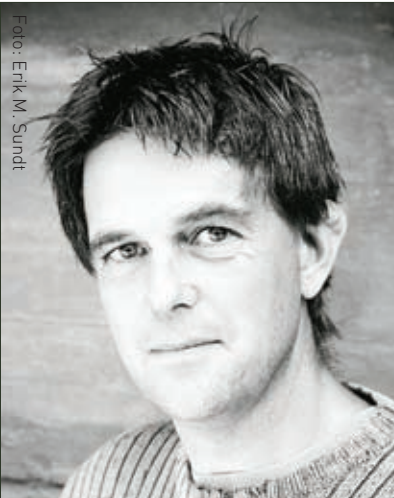
## REFERANSER

1. Rawson, D. Models of interprofessional work. Likely theories and possibilities. I: Leathard, A. *Going Inter - Professional. Working together for health and welfare.* London: Routledge. 1994.
2. Sosial- og helsedepartementet. Stortingsmelding nr 25, 1996-97. Åpenhet og helhet. Oslo. 1997.
3. Sosial- og helsedepartementet. St prp nr 63. Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006. Oslo. 1998.
4. Ramsdal, H. Om formingen av det kommunale psykiatريفeltet. I: Norvoll, R. (red.). *Samfunn og psykiske lidelser.* Oslo: Gyldendal. 2002.
5. Kunnskapdepartementet. Forskrift til rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid. Oslo: 2005.
6. Sosial- og helsedirektoratet. *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene.* 15-1332 Veileder. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 2005.
7. Leiba, T. & Weinstein, J. Who are the Participants in the Collaborative Process and What Makes Collaboration Succeed or Fail? I: Weinstein, J. (Editor). *Collaboration in Social Work Practice.* Philadelphia, PA, USA: Jessica Kingsley Publishers. 2003.
8. Engel, C. A functional anatomy of teamwork. I: Leathard, A. *Going Inter - professional. Working Together for Health and Welfare.* New York: Routledge. 1994.
9. Rosenvinge, J. H., Larsen, E., Skårderud, F. & Thune-Larsen, K. B. Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres? *Tidsskr for Norsk Psykologforening.* 2004; 41: 706-712.
10. Hee, P. H. Hvordan tydeliggjøre psykiatrisk sykepleie? *Bivrost.* 2008; 2: 30.
11. Grut, L. Tverrfaglig samhandling i psykisk helsearbeid. SINTEF A1207 Rapport. Oslo, Trondheim: SINTEF helse. 2007.
12. Heggen, K. Profesjon og identitet. I: Molander, A. & Terum, L. I. *Profesjonsstudier.* Oslo: Universitetsforlaget. 2008.
13. Holmes, C.A. The slow death of psychiatric nursing: what next? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2006; 13: 401-415.
14. Hurley, J., Mars, A. & Ramsey, M. Doomed to fail: the persistent search for a modernist mental health nurse identity. *Nursing Philosophy.* 2008; 10: 53-59.
15. Kamberelis, G. & Dimitriadis, G. Focus groups. *Strategic Articulations of Pedagogy, Politics, and Inquiry.* I: Denzin, N.K. & Lincoln, Y. S. (Editors). *Qualitative Research.* Third Edition. London. California. New Delhi: SAGE Publications. 2005.
16. Millward, L.J. Focus Groups. I: Brekavell, G. M., Hammond, S., Fife - Shaw, C. & Smith, J. A. (Eds). *Research Methods in Psychology,* 3rd Edition. London: SAGE Publications. 2006.
17. Krueger, R.A. & Casey, M.A. Focus groups: a practical guide for applied research. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif. : Sage. 2000.
18. Landsgruppen av Psykiatriske Sykepleiere. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=6560>. [Nedlastet: 25/9- 08].
19. Kvale, S. *Interview.* København: Hans Reitzels forlag. 1997.
20. Graneheim, U.H. & Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today.* 2004; 24: 105-112.
21. Malterud, K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* Oslo: Tano, Aschehoug. 1996.
22. Juul, J. & Jensen, H. Fra lydighet til ansvarlighet: pedagogisk relasjonskompetanse. Oslo: Pedagogisk forum. 2003.
23. Jones, S., Howard, I. & Thornicroft, G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2008; 118: 169-171.
24. Sullivan, G., Xiatong, H., Moore, S. & Kotrla, K. Disparities in Hospitalization for Diabetes Among Persons With and Without Co-occurring Mental Disorders. *Psychiatric Services.* 2006; 57: 1126-1131.
25. Miller, M. C. Protecting the heart while treating the mind. *Harvard Mental Health Letter.* 5; 2007: 1-3.
26. Fusar-Poli, P., De Luca, M., Cavallin, F., Bertorello, A., Nicolasi, M. & Politi, P. Lifestyles and cardiovascular Risk in Individuals With Functional Psychoses. *Perspectives in Psychiatric Care.* 2: 27.
27. Katon, W.J. The Many Faces of Depression in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine.* Volume 19; 2004: 893-895.
28. Wand, T. & Murray, L. Let's get physical. *International Journal of Mental Health Nursing.* 2008; 17: 363-369.
29. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid. Oslo. 2005.
30. Ådnes, M. & Harsvik, T. Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid. Trondheim: SINTEF helse. 2007.
31. Crowe, M. & Carlyle, D. Mental health nursing research: The contemporary context. *International Journal of Mental Health Nursing.* 2007; 16: 365-370.
32. Stuart, G. Roles and Functions of Psychiatric-Mental Health Nurses: Competent Caring. I: Stuart, G. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing.* 9th Edition. St. Louis: Mosby Elsevier. 2009.
33. Hamran, T. Pleiekulturen - et uttrykk for hvordan kvalitet har nedfelt seg i organisasjonsformene. I: *Kvalitetsudvikling i den kliniske sunheds- og sygepleie.* Danmarks Sygepleierhøgskole ved Aarhus Universitet. 1993.
34. Narten, S. *Psykiatrisk sykepleies egenart.* Universitetet i Oslo: Hovedfagsoppgave i sykepleievitenskap. 1998.
35. Havn, V. & Vedi, C. På nye veier. *Psykiatriske sykepleieres ansvarsområder, arbeidsoppgaver og kompetanse.* Trondheim: SINTEF IFIM. 1998.
36. Garmarnikow, E. *Sexual division of labour: The case of nursing.* I: Kuhn, A. & Wolpe, A.M. (editors.). *Feminism and materialism.* London: Routledge and Kegan Paul. 1978.
37. Morse, J. M., Bortoff, J., Neander, W. & Solberg, S. Comparative Analysis of Conceptualizations and Theories of Caring. *Journal of Nursing Scholarship.* 1991; 2: 119- 126.

# Psykiatriske sykepleiere – jakten på identitet

> Kunnskap om kroppen, handlingsorientering og omsorg er tre viktige funn i Karlsens studie av psykiatriske sykepleieres opplevelse av egen profesjonell kompetanse.

Foto: Erik M. Sundt



**Av Gunnar Eidhammer**

(Psykiatrisk Sykepleier, master i klinisk helsearbeid, klinisk spesialist) Sikkerhetsenheten, Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Buskerud HF

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Med utgangspunkt i egne erfaringer og samtaler med kollegaer har jeg gjort meg noen refleksjoner om psykiatriske sykepleieres særlige bidrag i en tverrfaglig kontekst. Jeg tror bredde og dybdekunnskap skiller psykiatriske sykepleiere fra andre det er naturlig å sammenligne seg med. Jeg tenker særlig på kunnskap om psykiske lidelser og psykisk helse, og om forståelsen av hvordan psykiske lidelser påvirker mennesker og vurderinger av individuelle tilnæringer.

Et sentralt moment i artikkelen er handlingsorientering. Jeg vil skille mellom kortsiktig og langsiktig handlingsorientering. Kortsiktig handlingsorientering innebærer kompetanse til å møte pasienten i stress og krise, til å forstå den situasjonen pasienten befinner seg i der og da og møte pasienten med hensiktsmessige tilnæringer. Eksempler på slike tilnæringer

er kriseintervensjon og deeskalering.

På den andre siden har vi langtidsperspektivet hvor opplysninger om pasientens historie/fortid er viktig. Her kreves systematisk samhandling med pasienten for å etablere en god relasjon til ham/henne og for å støtte vedkommende til å oppnå større grad av stabilitet og gradvis økt evne til egenomsorg. Et eksempel er å kartlegge sammenhenger hvor pasienten er særlig sårbar og lære seg å tolke hans/hennes signaler. Målet er å hindre tilbakefall og etablere helsefremmende tiltak.

I et langtidsperspektiv skal psykiatriske sykepleiere bidra til å kvalitetssikre overgangen mellom behandlingsnivå, eksempelvis mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten. Karlsens informanter beskriver hvor viktig det er med god somatisk basiskunnskap. Ved vår avdeling ser vi at tilret-

telegging av godt kosthold og mosjon påvirker den psykiske helsen. Vi må være oppmerksomme på hvordan sårbarhet, stress, angst og psykofarmaka påvirker kroppen.

Andre viktige områder hvor psykiatriske sykepleiere har et særlig ansvar, er observasjon og rapportering av virkninger og bivirkninger av psykofarmaka. Kunnskap om og forvaltning av loven om psykisk helsevern, for eksempel når det gjelder forholdet mellom frivillighet og tvang, er også viktig. Å gi og motta veiledning av kollegaer er et sentralt fagutviklingsbidrag. Det er spesielt viktig at mer erfarne psykiatriske sykepleiere veileder nyutdannede.

Les artikkelen på side 198



**Hva tilfører denne artikkelen?**

I studien testes et spørreskjema utviklet for å beskrive anesthesi-, barne-, intensiv og operasjonssykepleieres opplevde kompetanse i forhold til jobbkrev.

**Mer om forfatterne**

Berit Taraldsen Valeberg er anestesisykepleier og PhD ved Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleieutdanning. Randi Grønseth er sykepleier, kandidat i sykepleievitenskap, Gyl-

dendal forlag. May Solveig Fagermoen er seniorforsker/sykepleier, PhD, Forskningscenteret, Oslo universitetssykehus, Aker. Kontaktperson: berit.valeberg@su.hio.no.



Foto: Erik M. Sundt

**Bakgrunn:** Det er viktig å evaluere nyutdannede spesialsykepleieres kompetanse for å kvalitetssikre at målet om funksjonsdyktighet ved endt utdanning blir opprettholdt. Slik evaluering kan foregå på ulike måter, og bruk av spørreskjema er en effektiv metode for å nå store grupper.

**Hensikt:** Studiens hensikt var å validere et spørreskjema utviklet for evaluering av anesthesi-, barne-, intensiv og operasjonssykepleieres opplevde kompetanse i forhold til jobbkrev.

**Metode:** Studien ble gjennomført i perioden 1999–2005. Begrepsvaliditet ble undersøkt ved en faktoranalyse

og ved å sammenligne de nyutdannede spesialsykepleierens opplevde kompetanse (n = 473) og studenter under spesialutdanning (n = 22).

**Resultater:** En faktoranalyse tydet på at spørreskjemaet omfatter følgende kompetanseområder: omsorgs-, medisinsk -, samarbeids-, pedagogisk/utviklings-, valg og improvisasjons-, og pårørende kompetanse. De nyutdannede hadde signifikant høyere totalskåre og skåre på fire av de syv kompetanseområdene sammenlignet med studentene.

Pålitelighet var god med en Cronbachs alpha som varierte fra 0,81 til 0,94 for de ulike kompetanseområ-

dene, for hele skjema var den 0,97.

**Konklusjon:** Det nyutviklede spørreskjemaet synes å være valid og reliabelt, og velegnet til å beskrive kompetansen til anesthesi-, barne- og intensivsykepleiere. For operasjonssykepleierne bør deler av spørreskjemaet revurderes da enkelte kompetanseområder synes å være mindre relevant for denne gruppen sammenlignet med de andre spesialsykepleierne. Det anbefales at spørreskjemaet omarbeides på områdene «Pårørende kompetanse» og «Medisinsk kompetanse» for bedre å gjenspeile operasjonssykepleierens opplevde kompetanse.

Utvikling og validering av spørreskjema

# >> Spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning

Forfattere: Berit Taraldsen Valeberg,  
Randi Grønseth, May Solveig  
Fagermoen

## NØKKELORD

- Evaluering
- Spørreskjema
- Akuttisykepleie
- Metode
- Forskning

## INNLEDNING

Anestesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleiere har pleie- og behandlingsansvar for akutt/kritisk syke pasienter i og utenfor sykehus. Videreutdanningene er i stadig forandring for å tilpasse seg endrede krav i praksis og fra utdanningsmyndighetene. I 1998 ble videreutdanningene overført til høgskolesystemet og utdanningens lengde ble redusert fra 78 uker til tre semestre (1). Siden overføringen medførte kortere studietid, vurderte man det som viktig å evaluere nyutdannede spesialsykepleieres kompetanse (2) for å kvalitetssikre at målet om funksjonsdyktighet ved endt utdanning ble opprettholdt (3-6).

Evaluering av kompetanse kan foregå på ulike måter, og bruk av spørreskjema er en effektiv metode for å nå store grupper (7). Siden man ikke fant et egnet spørre-

skjema i litteraturen ble et nytt spørreskjema utviklet. Hensikten med denne studien var å utvikle og teste de psykometriske egenskapene. Basert på disse resultatene ønsket vi å foreslå en revidert utgave og vurdere validiteten på det nye spørreskjemaet.

Det er publisert to norske evalueringsstudier av nyutdannede sykepleieres kompetanse (8, 9). Havn og Vedis (8) studie kartla gapet mellom de nyutdannedes kompetanse og kravene de ble stilt ovenfor i arbeidet på somatisk sengepost. Første ledd i studien bestod av delvis strukturerte intervjuer av 18 nyutdannede sykepleiere og åtte avdelingssykepleiere. Intervjuene fokuserte på deres opplevelse av egen kompetanse og i hvilken grad de mente seg kompetente i møte med avdelingens krav i stilling som sykepleiere. Kompetansebegrepet ble operasjonalisert i 12 delkompetanser: samarbeidskompetanse; omsorgskompetanse; teknisk kompetanse; medisinsk kompetanse; administrativ kompetanse; ledelseskompentanse; pedagogisk kompetanse; organisasjons-/kulturkompetanse; økonomisk kompetanse; omstillingsevne/fleksibilitet; kreativitet; selvstendighet (8). Informantene ble videre bedt om å vurdere egen kompetanse innen hver delkompetanse i lys av jobbkrav på en skala fra 1-10

(1 = Betydelig gap mellom egen kompetanse og kompetansekrav på jobben, 10 = Mestrer kompetansekravene på det aktuelle området på en fullt ut tilfredsstillende måte). Informantene vurderte kompetanseområdene som dekkende for den kompetanse en sykepleier skal inneha.

Bjerkviks studie kartla hvordan nyutdannede sykepleiere opplevde sin arbeidssituasjon og faglige forberedthet (9). De nyutdannede ble bedt om å vurdere egen faglig kompetanse som sykepleier på en femgradert skala: meget gode, gode, middels, under middels, dårlig. Faglig kompetanse ble strukturert slik at det ble skilt mellom kunnskap, vurdering og beslutningsevne, praktiske/tekniske ferdigheter, mellommenneskelige ferdigheter og administrative ferdigheter (9). Begge disse studiene ble viktige grunnlag for å utvikle spørreskjemaet for å kartlegge spesialsykepleierens opplevde kompetanse etter endt utdanning.

Hensikten med denne studien var å teste de psykometriske egenskapene ved spørreskjemaet utviklet for å beskrive anestesi-, barne-, intensiv og operasjonssykepleieres opplevde kompetanse i forhold til jobbkrav. Basert på disse resultatene ønsket vi å foreslå en revidert utgave og vurdere validiteten til det nye spørreskjemaet.

## MATERIALE OG METODE UTVIKLING AV SPØRRESKJEMA

Spørreskjemaet ble laget av de to første forfatterne. Begge har lang klinisk erfaring og mer enn ti års erfaring som lektorer med ansvar for anestesio- og barnesykepleieutdanningen, samt undervisning innenfor fagområdene intensiv- og operasjonssykepleie. De har utarbeidet flere fag- og studieplaner, samt deltatt i utarbeidningen av rammeplaner for disse utdanningene (4). Spørsmålene ble laget på bakgrunn av de tidligere omtalte norske studiene (8, 9) og egne erfaringer, og tilpasset kompetansen som spesialsykepleiere innen disse fagfeltene må inneha for å være funksjonsdyktige.

Fra Havn og Vedis (8) kompetanseområder ble omsorgskompetanse, medisinsk kompetanse, teknisk kompetanse og samarbeidskompetanse benyttet. Organisasjons-/kulturkompetanse ble utelatt fordi alle sykepleierne hadde minimum to års praksis før opptak til videreutdanningen, og allerede var godt kjent med sykehusets organisasjon og ulike kulturer. Økonomisk kompetanse defineres som «evne til å vurdere ressursbruk i forhold til avdelingsbudsjett, ressursbruk knyttet til alternative behandlingsmetoder/opplegg ol.» (8). Dette ble også utelatt fordi det ble vurdert som et mer relevant område for avde-

lingsledelsen enn for spesialsykepleieren nærmest pasienten. Økonomisk kompetanse inngikk heller ikke i Bjerkviks studie (9). Spesialsykepleieren er selvsagt ikke fritatt fra et personlig ansvar om fornuftig ressursforvaltning. Dette evalueres under Administrativ- og ledelseskompentanse som ble slått sammen til ett kompetanseområde i vårt skjema. Det samme ble gjort med omstillingsevne/fleksibilitet og kreativitet da det ble sett som vanskelig å vurdere disse uavhengig av hverandre. Pedagogisk kompetanse ble utvidet til også å omfatte fagutviklingskompetanse fordi dette er et kompetansekrav for spesialsykepleiere.

For å gjenspeile spesialsykepleierens funksjon ble det lagt mer vekt på fagutvikling, integrering av teori/praksis og akutt-kompetanse, eksempelvis å takle uforutsette hendelser. Sammenlignet med tidligere skjema (8, 9) ble holdningskunnskap også mer vektlagt. I tillegg stilles det spørsmål om evnen til å ivareta og/eller styrke pasientens ressurser. Spesialsykepleieres ansvar for pårørende ble tydeliggjort i spørsmål der dette var relevant. Spørsmålene i skjemaet omfattet de tre grunndimensjonene i sykepleierkompetanse; holdninger, kunnskaper og ferdigheter (10).

Spørreskjemaet som ble brukt i undersøkelsen hadde i alt 43

spørsmål fordelt på åtte kompetanseområder: omsorgskompetanse; medisinsk kompetanse; teknisk kompetanse; samarbeidskompetanse; pedagogisk og fagutviklingskompetanse; administrativ og ledelseskompentanse; selvstendighet og omstillingsevne/fleksibilitet/kreativitet. Sykepleierne skulle selv vurdere egen opplevd kompetanse opp mot jobbkrav på en skala fra 1 (betydelig gap mellom egen kompetanse og kompetansekrav i jobben) til 10 (mestrer kompetansekravene på en fullt ut tilfredsstillende måte). Bakgrunnsvariabler var alder, kjønn, årstall for avsluttet grunnutdanning og tidligere klinisk erfaring som sykepleier.

## PILOTSTUDIE

I pilotstudien deltok åtte erfarne spesialsykepleiere fra de ulike spesialitetene. De besvarte spørreskjemaet, vurderte om spørreskjemaet omfattet nødvendig kompetanse for å ivareta spesialsykepleierens funksjon, og kommenterte problemer/tvetydigheter i spørsmålene. På bakgrunn av resultatet ble noen spørsmål omformulert uten at innholdet ble endret.

## DATAINNSAMLING

Innhenting av data ble gjort i perioden 1999 til 2005 blant spesialsykepleiere uteksaminert fra videreutdanningene tilknyt-

**TABELL 1:** Beskrivelse av de ferdigutdannede spesialsykepleierne (N = 473)

	Total N (%)	Anestesisykepleie n (%)	Intensivsykepleie n (%)	Operasjonssykepleie n (%)	Barnesykepleie n (%)
<b>Kjønn</b>					
Mann	58 (12,5)	25 (24,8)	25 (12,6)	6 (7,1)	2 (2,5)
Kvinne	407 (87,5)	76 (75,2)	174 (87,4)	78 (92,9)	79 (97,5)
	Gj.sn.(St.Av.)	Gj.sn.(St.Av.)	Gj.sn.(St.Av.)	Gj.sn.(St.Av.)	Gj.sn.(St.Av.)
<b>Alder (år)</b>	34,2 (5,8)	33,9 (4,2)	33,4 (5,4)	35,9 (7,1)	34,4 (6,7)
<b>Klinisk erfaring som sykepleier (år)</b>	6,4 (3,9)	6,7 (3,4)	5,8 (3,3)	7,4 (5,2)	6,7 (4,4)



**TABELL 2:** Faktoranalyse med Prinsipal Komponent analyse med oblimin rotasjon (N= 473).

<b>Omsorgskompetanse</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
1 Evne til å fokusere på og forstå den enkeltes situasjon og opplevelse av sykdom	<b>,711</b>	-,053	-,088	,215	-,006	,039	,071
2 Evne til å ivareta pasientens fysiske behov	<b>,638</b>	,209	,158	-,051	,201	-,181	-,085
3 Evne til å ivareta pas. psyko. sosiale og åndelige behov	<b>,730</b>	-,023	-,006	,083	-,006	,094	,102
4 Evne til å ivareta eller styrke pasientens egne ressurser	<b>,743</b>	-,082	,024	,024	-,085	,110	,291
5 Evne til å planlegge og prioritere pasientens behov for sykepleie	<b>,689</b>	,094	,139	-,081	,231	-,030	-,078
6 Evne til å ivareta pasientens integritet, selvbestemmelse og rettigheter	<b>,615</b>	,041	,152	,206	-,026	,009	,050
7 Evne til å reflektere og begrunne egne handlinger	<b>,552</b>	,355	,015	,107	-,058	,086	-,084
<b>Medisinsk kompetanse</b>							
8 Evne til å gjennomføre gjeldende rutiner for legemiddelhåndtering	-,106	<b>,652</b>	,010	,270	-,094	-,060	,239
9 Evne til å vurdere virkning og bivirkninger av aktuelle legemidler	,017	<b>,654</b>	,085	,080	,026	,002	,082
10 Evne til å gjennomføre forordnet medisinsk behandling	-,030	<b>,683</b>	,123	,205	,010	-,092	,047
11 Evne til å bruke medisinske kunnskaper i sykepleiefaglige vurderinger	,052	<b>,739</b>	,067	,013	,001	,142	-,005
12 Evne til å være forberedt på å forebygge komplikasjoner før de oppstår	,137	<b>,653</b>	,098	-,044	,093	,143	-,075
13 Evne til å vurdere når lege bør tilkalles for hjelp eller konsultasjon	,143	<b>,666</b>	,127	-,091	,055	,101	-,034
14 Evne til å ta selvstendig avgjørelser når det er nødvendig	,097	<b>,622</b>	,022	-,112	,261	,145	-,032
<b>Teknisk kompetanse</b>							
15 Evne til å kontrollere og bruke medisinsk utstyr på en sikker måte	,026	,035	<b>,880</b>	-,003	-,017	,048	,007
16 Evne til å tilpasse bruken av medisinsk utstyr i den enkelte situasjon	,057	,031	<b>,862</b>	-,049	,053	,057	,047
17 Evne til å utføre medisinske/ tekniske prosedyrer på en hygienisk riktig og sikker måte	-,094	,028	<b>,690</b>	,262	,080	,045	,026
<b>Samarbeidskompetanse</b>							
18 Evne å kommunisere og samhandle med pasient(pårørende)	,271	,046	,058	<b>,584</b>	,053	-,024	,066
19 Evne til å samarbeide med egen yrkesgruppe	,039	,016	,079	<b>,841</b>	,008	,018	-,065
20 Evne til å samarbeide med andre yrkesgrupper	,059	,041	,041	<b>,826</b>	-,032	,079	,026
21 Evne til å skille mellom eget og andre yrkesgruppers ansvarsområde	,071	,086	,056	<b>,619</b>	,124	,006	-,023
<b>Improvisasjon og ta valg</b>							
28 Evne til å prioritere egne arbeidsoppgaver i en hektisk hverdag	,108	,128	-,016	,168	<b>,469</b>	,226	-,056
29 Evne til å forvalte egen og andres kompetanse på en hensiktsmessig måte	,071	,019	-,025	,257	<b>,474</b>	,337	-,086
31 Evne til å ta selvstendige beslutninger	,037	,278	,017	-,012	<b>,601</b>	,123	-,030
32 Evne til å ta selvstendig sykepleiefaglig ansvar for pasienten	,165	,305	,065	,011	<b>,457</b>	,059	,037
36 Evne til å prioritere og omprioritere oppgaver raskt når situasjonen krever det	,061	-,077	,065	,058	<b>,845</b>	-,028	,043
37 Evne til å sette faste rutiner til side og improvisere når det er nødvendig	-,004	-,021	,067	,036	<b>,786</b>	-,010	,132
38 Evne til å takle uforutsette og kaotiske situasjoner	,003	-,004	,177	-,038	<b>,736</b>	,015	,094
39 Evne til å løse problemer som oppstår	,043	,086	,176	,014	<b>,671</b>	-,002	,123
<b>Pedagogisk og fagutviklingskompetanse</b>							
23 Evne til å veilede og undervise studenter, kollegaer og samarbeidspartnere	,126	,180	,119	-,018	-,010	<b>,522</b>	,094
24 Evne til å oppsøke ny kunnskap når situasjonen krever det og holde deg faglig oppdatert	,050	,063	,115	,111	,047	<b>,608</b>	-,056
25 Evne til å ta medansvar for å videreutvikle eller endre praksis	-,036	,025	,147	-,010	-,030	<b>,803</b>	,114
30 Evne til å forvalte avdelingens ressurser på en hensiktsmessig måte	,040	-,028	,036	,220	,385	<b>,424</b>	-,071
<b>Pårørende kompetanse</b>							
40 Evne til å takle at pårørende er tilstede når du arbeider	,099	,077	,076	-,055	,121	,015	<b>,758</b>
41 Evne til å benytte pårørende som en ressurs i arbeidet	,149	-,006	,108	-,036	,018	,081	<b>,771</b>
43 Evne til å takle sterke følelsesmessige inntrykk og opplevelser	-,012	,241	,003	,142	,370	-,159	<b>,410</b>
<b>Spørsmål tatt ut</b>							
22 Evne til å informere, veilede og undervise pasient (pårørende)	,257	,252	-,005	,087	,027	,260	,203
26 Evne til å synliggjøre pasientens helhetlige situasjon i dokumentasjonen	,329	-,046	-,059	,120	,126	,273	,203
27 Samordne, koordinere og dokumentere tiltak for å sikre kontinuitet i pleien	,335	-,066	-,002	,048	,015	,398	,245
33 Evne til å gå inn i etiske konfliktsituasjoner	,077	,197	-,121	-,021	,270	,299	,329
34 Evne til å argumentere på vegne av pasientens ønsker og behov	,085	,290	-,140	,125	,217	,284	,286
35 Evne til å tåle uenighet/motstand i diskusjoner	-,052	,136	-,003	,128	,312	,290	,194
42 Evne til å takle nye kompetansekrav som nye arbeidsmetoder, rutiner, ny teknologi osv.	-,031	-,028	,235	,168	,202	,204	,378

tet de tidligere regionssykehusene i Tromsø, Bergen, Trondheim og Oslo. I tillegg deltok et lite utvalg av sykepleiere som var midtveis i videreutdanningsstudiet. Tillatelse til gjennomføringen ble innhentet fra sjefsykepleierne der de nyutdannede spesialsykepleierne var ansatt. Hver videreutdanning ble forespurt om kontaktpersoner som kunne bidra med gjennomføring av studien. Kontaktpersonene gav fortløpende oversikt over antall spesialsykepleiere som ble uteksaminert og informerte om studien til sykepleierne som var under utdanning. For å ivareta respondentenes anonymitet ble konvolutter med informasjonsbrev, spørreskjema merket med tallkoder for person, helse-region og årstall, samt frankert og adressert returkonvolutt sendt til kontaktpersonene. De distribuerte dette til de ferdig utdannede spesialsykepleierne ved hjelp av studiestedets navn-/adresseslister og direkte til sykepleierne under utdanning. Spesialsykepleierne fikk tilsendt spørreskjemaet cirka

tre måneder etter endt utdanning for å gi tid til å få oversikt over hvilke krav som stilles i jobben og å utvikle et realistisk bilde av sin egen kompetanse (11). Kontaktpersonene fikk også vedlagt et tilsvarende sett purrekonvolutter som alle respondentene mottok tre uker etter at spørreskjemaet først ble sendt ut. Returnert spørreskjema ble ansett som samtykke.

#### UTVALG

Det er to utvalg i denne studien: a) nyutdannede anestesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleiere og b) sykepleiere midtveis i videreutdanningene. For det første utvalget var inklusjonskriteriet ansettelse i mer enn 50 prosent stilling ved aktuell spesialavdeling. 1037 spesialsykepleiere ble invitert til å delta, 473 svarte på spørreskjema (svarprosent 45.6 prosent). Det andre utvalget ble etablert for å sammenligne opplevd kompetanse til de nyutdannede spesialsykepleierne og de under utdanning. Dette siste utvalget bestod av 22 sykepleiere.

Spørreskjema ble besvart av alle fra anestesisykepleierutdanningen (n=5), barnesykepleierutdanningen (n=3) og operasjonssykepleierutdanningen (n=6), og omkring halvparten (n=8) fra intensivsykepleierutdanningen.

#### ANALYSE

For å validere spørreskjema er begrepsvaliditet og pålitelighet undersøkt. Begrepsvaliditet beskriver i hvilken grad man måler det begrepet man har til hensikt å måle, her spesialsykepleieres kompetanse (7). Dette ble gjort ved en eksplorativ faktoranalyse med oblik rotasjon. Analysen er utført på korrelasjonsmatrisen. Hvis ulike spørsmål skal måle én bestemt dimensjon, forventes det at den enkelte respondents svar er korrelerte på disse spørsmålene. Faktoranalysen undersøker svarmønstrene til alle respondentene og identifiserer grupper (faktorer) av spørsmål som har korrelerte svarmønstre. Alle spørsmål som tilhører en gruppe (faktor) vil ha høye faktorladninger for denne

**TABELL 3:** - Forskjell i vurdert kompetanse mellom ferdigutdannede spesialsykepleiere (n= 473) og studenter som er halvveis i utdanningsforløpet (n=22)

		Gjennomsnitt	St. Avvik	Mann-Whitney U
Omsorgskompetanse	Ferdigutdannet	8,0	1,2	MU=-1,03, p=.30
	Under utdanning	7,7	1,2	
Medisinsk kompetanse	Ferdigutdannet	8,2	1,1	MU=-2,22, p=.03
	Under utdanning	7,8	0,8	
Teknisk kompetanse	Ferdigutdannet	8,1	1,3	MU=-2,08, p=.04
	Under utdanning	7,6	0,9	
Samarbeidskompetanse	Ferdigutdannet	8,7	1,0	MU=-1,28, p=.2
	Under utdanning	8,4	0,9	
Valg og Improvisasjonskompetanse	Ferdigutdannet	7,9	1,2	MU=-2,67, p=.01
	Under utdanning	7,1	1,2	
Pedagogisk og fagutviklingskompetanse	Ferdigutdannet	7,4	1,3	MU=-,49, p=.63
	Under utdanning	7,2	1,3	
Pårørende kompetanse	Ferdigutdannet	8,0	1,4	MU=-2,45, p=.01
	Under utdanning	7,3	1,4	
Total kompetanse	Ferdigutdannet	8,0	1,0	MU=-1,96, p=.05
	Under utdanning	7,6	0,9	

faktoren. Teoretisk skal gruppene av spørsmål innholdsmessig ideelt tilsvare kompetanseområdene man ønsker å måle. Oblik rotasjon ble valgt fordi en antar at kompetanseområdene, og dermed også faktorene, korrelerer med hverandre (12). En faktoranalyse reflekterer også spørsmålenes relevans og kan bidra til å redusere antall spørsmål. Spørsmål som ladet på flere faktorer og samtidig ladet under 0,40 på en enkelt faktor ble tatt ut. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) og Bartlett's test of sphericity ble utført for å undersøke om data-materialet var egnet for faktoranalyse.

Spørreskjema, slik det fremstod etter faktoranalysen, ble benyttet i den videre undersøkelsen av begrepsvaliditet hvor «kjent gruppeteknikk» ble brukt. Dette er en metode som brukes når en har to grupper som en antar representerer ulikt nivå, eksempelvis i ferdigheter, kunnskap, modning og lignende. For å vise at instrumentet en bruker er valid undersøker en om denne forskjellen fremkommer ved bruk av spørreskjemaet. Her ble gjennomsnittskårer på de ulike dimensjonene hos studenter midtveis i studiet, sammenlignet med gjennomsnittskårene til de nyutdannede spesialsykepleierne ved hjelp av Mann-Whitney U test fordi dataene ikke var normalfordelt. Hypotesen var at de sistnevnte ville vurdere sin kompetanse høyere enn dem under utdanning. Kompetanseområdenes pålitelighet ble evaluert for hvert kompetanseområde og for totalskåren ved hjelp av Cronbachs alpha, som varierer mellom 0 til 1 og hvor verdier over 0,70 ansees som tilfredsstillende (7). Dette er en test som måler indre konsistens eller korrelasjon mellom spørsmålene. Høy verdi indikerer høy intern konsistens i underspørsmålene innen hvert

kompetanseområde. Lav indre konsistens indikerer at svarene på spørsmål som skal måle det samme spriker i ulike retninger. Deskriptiv statistikk ble benyttet til å beskrive utvalgets bakgrunnsfaktorer. Missing, minimum og maksimum skåre, skjevhet og kurtosis er angitt for hvert spørsmål, for hvert kompetanseområde og totalskåren.

SPSS versjon 14,0 (13) ble benyttet i de statistiske analysene. For alle analysene ble en p-verdi mindre enn 0,05 ansett som statistisk signifikant.

## RESULTAT

### Karakteristikk av spesialsykepleierne og studentene

Tabell 1 viser fordelingen på fagområder, kjønn, alder og erfaring som sykepleier før spesialutdanning. Det var ingen gjennomsnittlig aldersforskjell mellom spesialsykepleierne, bortsett fra operasjonssykepleierne som var signifikant eldre enn intensivsykepleierne (36 år (7,1) versus 33 år (5,4),  $p=0,007$ ). Anestesisykepleiergruppen hadde høyest andel menn (25 prosent). Operasjonssykepleierne hadde lengst erfaring og intensivsykepleierne kortest. De 22 sykepleierne under utdanning, to menn og 20 kvinner, hadde en gjennomsnittsalder på 30,8 (4,1) år og var signifikant yngre enn spesialsykepleierne ( $p \leq 0,01$ ). Kjønnfordelingen var lik i begge utvalgene.

### Spørreskjemaets psykometriske egenskaper

KMO var 0,96 og Bartlett's Test of Sphericity hadde en p verdi på  $\leq 0,01$ . Det viser at datamaterialet var egnet for faktoranalyse.

### Begrepsvaliditet

Faktoranalysen resulterte i en syv faktorers løsning med en total varians på 70,2 prosent. Resul-

tatene av faktoranalysen vises i tabell 2. På bakgrunn av disse resultatene ble det opprinnelige spørreskjemaet revidert. Det validerede spørreskjemaet består av sju kompetanseområder (tabell 2). Fire kompetanseområder ble bekreftet av faktoranalysen og beholdt i sin helhet; omsorgskompetanse (faktor 1), medisinsk kompetanse (faktor 2), teknisk kompetanse (faktor 3) og samarbeidskompetanse (faktor 4). Åtte spørsmål som ladet på samme faktor (faktor 5) utgjør nå et kompetanseområde kalt «Improvisasjon og ta valg». Faktor 6 blir kalt pedagogisk og fagutviklingskompetanse, og består av fire spørsmål. Det siste kompetanseområdet blir kalt pårørendekompetanse (faktor 7) og består av tre spørsmål. Syv spørsmål som står nederst i tabell 2 ladet på flere faktorer og ladet samtidig under 0,40 på en enkelt faktor. Disse ble tatt ut av den videre analyse fordi de ikke påvirket noen av faktorene i særlig grad.

De nyutdannede spesialsykepleierne vurderte sin egen kompetanse signifikant høyere på totalskåren og på fire av de syv kompetanseområdene enn studentene midtveis i studiet. (Tabell 3).

Den prosentvise andelen ubesvarte enkeltspørsmål varierte fra 0,2 prosent til 3,0 prosent. Det var flest ubesvarte spørsmål blant operasjonssykepleiere (6 prosent–14 prosent, resultat ikke vist), spesielt spørsmål som omhandlet medisinsk kompetanse og å bruke pårørende som en ressurs i omsorgen. Blant de andre spesialsykepleierne var spørsmål om å forvalte avdelingens ressurser på en hensiktsmessig måte hyppigst ubesvart (3 prosent).

Kurtosis var høy på mange spørsmål, noe som viser at mange svarte omkring gjennomsnitts-

skåren på disse spørsmålene. Ved analyse av hver enkelt spesialistgruppe viste det seg at operasjonssykepleierens svar i stor grad var årsaken til effekten. Det gjaldt også ved undersøkelse av skjevfordeling, det vil si om svarene avvok fra normalfordelingen for denne gruppen. For de tre andre spesialistgruppene var svarene tilnærmet normalfordelt og fordelte seg over hele skalaen, noe som er tilfredsstillende fordi det er en forutsetning for bruk av mange statistiske metoder.

Pålitelighet. Cronbachs alpha for kompetanseområdene varierte fra 0,81 til 0,94, mens den for hele skjemaet var 0,97. Dette viser god pålitelighet.

## DISKUSJON

Faktoranalysen bekreftet fire kompetanseområder fra det opprinnelige spørreskjemaet. I det nye kompetanseområdet pårørendekompetanse, omhandler to av tre spørsmål pårørendekompetanse direkte, men det tredje dreier seg om å takle sterke følelsesmessige inntrykk og opplevelser. En forklaring på at dette spørsmålet lader på pårørendekompetanse kan være at pårørende ofte er til stede i situasjonene som gir de sterke følelsesmessige inntrykkene i praksis, for eksempel når barn er involvert eller ved mottak av hardt skadede pasienter.

Pedagogisk og fagutviklingskompetanse består i det validerte skjemaet av tre av de opprinnelige spørsmålene innenfor dette området og ett spørsmål om forvaltning av avdelingens ressurser på en hensiktsmessig måte. Det at pedagogisk – og fagutviklingsarbeid i stor grad er avhengig av avdelingens ressursforvaltning kan årsaksforklare at spørsmålet lader på denne faktoren.

Man fant ikke noen forskjell mellom sykepleierne under

utdanning og de ferdigutdannede spesialsykepleierne på omsorgskompetanse og samarbeidskompetanse. Det kan skyldes at sykepleierne under videreutdanning allerede opplever å ha god kompetanse innen disse områdene fra grunnutdanningen i sykepleie og fra de erfaringene de har tilegnet seg som sykepleierne. Disse to kompetanseområdene var også de som ble vurdert høyest av de nyutdannede sykepleierne i Havn og Vedis rapport (8).

Tilsvarende var det ikke forskjell mellom sykepleierne under utdanning og de ferdigutdannede når det gjaldt «pedagogisk og fagutviklingskompetanse». Her skårer begge grupper lavt. Dette var også et område som de nyutdannede sykepleierne i Havn og Vedis studie vurderte lavt (8). Vårt funn kan være et signal om at videreutdanningen ikke klarer å videreutvikle denne kompetansen og at dette bør vektlegges sterkere under studiet.

Forskjellen i opplevd kompetanse mellom de to sykepleiergruppene kan muligens forklares ut fra ulik alderssammensetning. Sykepleierne under spesialutdanning var signifikant yngre enn de nyutdannede spesialsykepleierne. Det er mulig at yngre generelt sett vurderer egen kompetanse lavere fordi de har mindre erfaring. En fant forskjell mellom gruppene på medisinsk-, teknisk-, valg og improvisasjons- og pårørendekompetanse. Disse funn underbygger spørreskjemaets begrepsvaliditet fordi dette er områder som vektlegges i videreutdanningene. Forskjell mellom gruppene ble funnet på områder der nyutdannede sykepleiere også vurderte egen kompetanse lavt (8). Det vurderes sannsynlig at forskjellen skyldes en faktisk forskjell i opplevd kompetanse og ikke utenforliggende variabler. Vår konklusjon

er derfor at studiens resultat viser at spørreskjemaet diskriminerer i en viss grad mellom studenter under spesialutdanning og ferdigutdannede spesialsykepleiere, og støtter spørreskjemaets begrepsvaliditet.

Det er ulike måter å teste et spørreskjemas validitet på. I denne studien ble validitet testet med faktoranalyse og «kjent gruppeteknikk». En annen og sikrere måte å vurdere et spørreskjemas validitet på er en test av validitet mot en «gullstandard» – hva gjør sykepleierne i praksis. En slik test hadde vært praktisk og økonomisk vanskelig å gjennomføre fordi vi hadde respondenter fra hele landet og på mange ulike avdelinger.

I det omfang de ferdigutdannede spesialsykepleierne lot enkelte spørsmål være ubesvart kan hensepeile på hvor relevant spørsmålene oppleves. Det noe høyere ikke-svar hos operasjonssykepleierne kan antyde at spørreskjemaet er mer egnet for de andre spesialistgruppene. Videre var svarprosenten for totalgruppen av nyutdannede sykepleierne relativt lav (46 prosent). Vi vet ikke hva som karakteriserer de som ikke returnerte spørreskjemaet. Det er mulig at de som føler seg usikre i faget etter endt utdanning i mindre grad ønsker å svare på spørsmål om opplevd kompetanse enn de som føler seg mer kompetente.

Det at spesialsykepleierne skåret så høyt som de gjorde kan underbygge muligheten for at det er et selektivt utvalg, det vil si at de som opplevde å ha god kompetanse i større grad svarte på spørreskjemaet enn andre. Med lav svarprosent er det usikkert om resultatene er representative for nyutdannede spesialsykepleiere generelt.

Intern konsistens ble brukt som mål på pålitelighet, men sier ikke noe om instrumentet er stabilt over tid. Spørreskjemaet ble

laget for å undersøke forandringer i opplevd kompetanse over tid og det ville vært hensiktsmessig å undersøke hvordan sykepleierne svarte på spørreskjema på to ulike tidspunkter med kort mellomrom (pålitelighets test–retest) for å evaluere skjemaets stabilitet. Slik test ble ikke gjennomført. Da svarprosenten var lav er det sannsynlig at den kunne blitt enda lavere ved annen gangs utfylling. En ny studie med bruk av samme skjema bør inkludere undersøkelse av påliteligheten ved en test–retest.

Spørreskjemaet ble også laget for å få kunnskap om de kompetanseområdene spesialsykepleierne opplever de har størst og lavest kompetanse på. I denne studien vurderte de nyutdannede spesialsykepleierne egen total kompetanse fra 7,4 til 8,7. Havn og Vedis (8) sier at en vurdering under 5 representerer et betydelig kompetansegap. Deres nyutdannede sykepleiere vurderte opplevd kompetanse under 5, på 7 av 12 kompetanseområder, rett etter endt utdanning. Etter cirka ti måneder vurderte de sin egen kompetanse betydelig høyere, fra 7,1 til 8,5. Dette resultatet samsvarer i stor grad med hvordan spesialsykepleierne vurderte sin kompetanse i vår studie.

For å få kunnskap om hvilket

tall på skalaen som representerer den kompetansen som er forventet eller tilstrekkelig for en spesialsykepleier, må en undersøke hvilke konsekvenser ulike skårenivåer har for eksempel for pasienten, samarbeidspartnere eller lederne i de ulike avdelingene. En videre undersøkelse av dette er ønskelig for da kan spørreskjema også brukes til å evaluere om nyutdannede spesialsykepleiere får den nødvendige kompetansen, eventuelt hvilke områder som bør forbedres.

Det er flere begrensninger i denne studien. Det er ulikt antall spesialsykepleiere innenfor de ulike spesialitetene. Det var flest intensivsykepleiere, noe som innebærer at de i større grad preget gjennomsnittsberegningene. Svarprosenten var også relativ lav og det er usikkert om funnene er representative for nyutdannede spesialsykepleiere.

Spesialsykepleierne skåret gjennomgående høyt på opplevd kompetanse. Det samme gjorde de som var under utdanning, selv om det var forskjeller mellom gruppene. Det kan være vanskelig å vurdere egen kompetanse og egne svakheter i starten av et arbeidsforhold. Dette fordi den første tiden ofte er preget av at det tas hensyn og legges til

rette for at arbeidsbyrden skal samsvare med kompetansen. Studien ble gjort tre måneder etter endt utdanning, noe som kan være for kort tid i yrkespraksis. For å få en mer helhetlig vurdering er det en fordel å vite hvordan personalet vurderer de nyutdannedes kompetanse slik Havn og Vedis gjorde (8). Dette kan innarbeides i en ny studie. Et mer utfyllende bilde av spesialsykepleierne kompetanse kan oppnås gjennom en feltstudie av dem i utøvende praksis.

## KONKLUSJON

Spørreskjemaet synes å ha en tilfredsstillende validitet og pålitelighet og være velegnet til å evaluere anesthesi-, barne- og intensivsykepleierne opplevde kompetanse etter endt utdanning. For operasjonssykepleierne synes spørsmål knyttet til enkelte kompetanseområder å være mindre relevant enn for de andre spesialsykepleierne. Deres operasjonssykepleierne opplevde kompetanse skal evalueres, anbefales det at spørreskjemaet omarbeides på områdene pårørendekompetanse og medisinsk kompetanse slik at det gjenspeiler den kompetanse som kreves på disse områdene gitt deres funksjon.

## REFERANSER

1. **Rapport.** Rapport 98 "Bedriftsinterne videreutdanninger i sykepleie. Utredning om overføring til høgskolesystemet". Oslo: Kirke, undervisning og forskningsdepartementet; 1998.
2. **NOKUT.** Kriterier for evaluering av universiteters og høgskolers kvalitetssikringssystem for utdanningsvirksomhet. Utdannings- og forskningsdepartementet; 2003.
3. **Utdannings- og forskningsdepartementet.** Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie. Hefte 14; 2005.
4. **Utdannings- og forskningsdepartementet.** Rammeplan for videreutdanning i barnesykepleie. Hefte 14; 2005.

5. **Utdannings- og forskningsdepartementet.** Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie. Hefte 14; 2005.
6. **Utdannings- og forskningsdepartementet.** Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie. Hefte 14; 2005.
7. **Polit DF, Beck CT.** Nursing Research: Principles and Methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; 2004.
8. **Havn V, Vedi C.** På dypt vann - Om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost. SINTEF IFIM, Rapport nr. STF38 A97516; Oslo 1997.
9. **Bjerkvik LK.** Den nyutdannede sykepleier. Hovedoppgave. Publikasjonsserien

v/ Institutt for sykepleievitenskap (ISV). Oslo: ISV, Universitetet i Oslo; 1998.

10. **Kirkeveld M.** Vitenskap for praksis. 1 utg. Ad Notam Gyldendal; 1996.
11. **Default MA.** Personal and Work - Milieu Resources as Variables Associated With Role Mastery in the Novice Nurse. The Journal of Continuing Education in Nursing. 1990;21(2):73 - 8.
12. **Polit DF, Beck CT, Hungler BP.** Essentials of Nursing research. Methods, Appraisal, and Utilization. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; 2001.
13. **Statistical Package for Social Sciences (SPSS).** Version 15.0. Chicago, IL, USA; 2005.

# Utvikling av spørreskjema krever spesialkompetanse

› Hvordan være sikker på at skjemaet måler det fenomenet vi ønsker å måle?



Foto: Trine Gjesdal

## Av Irene Røen

Prosjektkoordinator, Alderspsykiatrisk kompetansesenter, Sykehuset Innlandet HF

Å utvikle gode spørreskjema er vanskelig! Artikkelen handler om utvikling og utprøving av et spørreskjema i praksis. Skjemaet skal måle nyutdannede spesialsykepleieres kompetanse. Det sentrale spørsmålet er om skjemaet faktisk måler begrepene som man har tenkt å måle. Spørreskjemaet som testes ut i denne studien er en videreutvikling av spørsmål som er brukt i to andre studier som evaluerte kompetansen til nyutdannede sykepleiere. Den ene studien kartla gapet mellom nyutdannede sykepleieres kompetanse og kravene de ble stilt ovenfor i arbeidet på somatisk sengepost. Den andre kartla hvordan nyutdannede sykepleiere opplevde sin arbeidssituasjon og faglige forberedthet.

Spørreskjemaet som testes ut i studien til Valeberg med flere, skal måle åtte kompetanseområder; omsorgskompetanse, medisinsk kompetanse, teknisk kompetanse, samarbeidskompetanse, improvisasjon, å ta valg, pedagogisk og fagutviklings-

kompetanse og pårørendekompetanse. Hvert kompetanseområde (kategori) består av mellom tre og åtte spørsmål. Kategoriene er i utgangspunktet gjenkjennelige. Et sentralt spørsmål er om det nye spørreskjemaet inneholder kompetanseområder som er spesifikke for spesialutdannede sykepleiere? Man skulle tro at kompetanseområdene kanskje gjelder sykepleiere generelt, mens graden av kompetanse trolig vil være forskjellig. Hvis kategoriene er generelle blir det vanskelig å fange opp eventuelle kompetanseforskjeller mellom anesthesi-, barne-, intensiv og operasjon. Artikkelen viser at det ikke helt lot seg gjøre.

Artikkelen er et godt eksempel på hvor komplisert det er å utvikle gode spørreskjema som er holdbare. Det vil si at vi er sikre på at skjemaet måler det fenomenet som det er tenkt å måle, og dermed om det er gyldig. Jobben med å utvikle et godt skjema er tydeligvis så komplisert at det trengs spesialkompetanse for å

gjøre det. Selv har jeg erfaring med å oversette et skjema for vurdering av livskvalitet hos personer med langtkommen demens, QUALID skala, fra engelsk til norsk. Etter et omfattende arbeid med å oversette og tilbakeoversette skjemaet ble det testet ut. Mitt råd er å undersøke hva som finnes, både nasjonalt og internasjonalt, av utviklede og utprøvede spørreskjema. Finner man ikke noe, må man lage et nytt skjema, slik forfatterne i denne studien har gjort. En fordel med å oversette allerede eksisterende skjema er at man kan sammenlikne egne resultater med resultater fra studier i andre land. Ved utarbeidelse av nye skjema bør man søke råd hos forskere som har erfaring med oversettelse og utprøving av spørreskjema.

Les artikkelen på side 206



AV Herdis Alsvåg f. 1952

E-post: herdis.alsvag@haraldsplass.no

Yrke: Førsteamanuensis ved Haraldsplass diakonale høgskole

 Foto: Haraldsplass  
diakonale høgskole


# KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS ER IKKE NYTT

› De ulike formene for kunnskap som profesjonene baserer seg på har vært gjenstand for diskusjon i flere tiår.

## HVA ER PROBLEMET?

Jeg er en av flere sykepleieforskere som i mange år har arbeidet med kunnskapsformer relatert til sykepleie. I dette essayet vil jeg fortelle om mine erfaringer på dette området. Hvorfor? Fordi jeg tror den 30-årige historien kan ha allmenn interesse i dag, hvor vi på nytt diskuterer kunnskapsformer. Tema settes dessuten på kartet av redaktøren (1) i Sykepleien Forskning 1–2009 under overskriften «Å utvikle en kunnskapsbasert praksiskultur». Nye ord i debatten i dag er kunnskapsbasert praksis som i norsk sammenheng betyr evidens. Problemet er at kunnskap og forskningsbasert kunnskap likestilles, og evidens forstås som medisinsk evidens. Dermed framstår kunnskapsbasert praksis som noe nytt. Profesjoner har alltid basert seg på kunnskap, men på ulike former for kunnskap, noe vi har diskutert i flere tiår. Det må ikke glemmes.

## HVA SYNES GLEMT?

På slutten av 1980-tallet og første halvdel av 1990-tallet drøftet vi begreper som teoretisk kunnskap

og erfaringskunnskap, påstandskunnskap og fortrolighetskunnskap, eksplisitt og artikulert kunnskap, taus kunnskap, kunnskap-i-handling, og de aristoteliske begrepene episteme (viten), techne (håndverkskunnskap) og fronesis (klokskap).

Vi leste tekster av Schön (2,3), Dreyfus & Dreyfus (4), Josefson (5), Flyvbjerg (6), Molander (7), Rolf (8) og Rolf m.fl. (9). Disse redegjorde for ulike typer kunnskap i en profesjonell sammenheng. Andre relaterte disse til sykepleien som P. Benner (10) «From Novice to Expert», T. Hamran (11) «Den tause kunnskapen, K. Martinsens «Omsorg, sykepleie og medisin» (12) og «Moralsk praksis og dokumentasjon i sykepleie» (13). M. Kirkevold spør om det er «På tide å oppvurdere den praktiske kunnskapen?» (14), hun tar opp «Fortellingens plass i sykepleiefaget» (15) og trenger vi «Viten-skap for praksis?» (16). K. Jensen (17) redigerte boken «Moderne omsorgsbilder.» I forordet står det: «I dag arbeides det på mange fronter med å utvikle et alternativt kunnskapsgrunnlag.»

## HVOR BEVEGER SYKEPLEIEN SEG?

Selv ble jeg i 1991 utfordret til å ha et innlegg i Danmark med tittelen «Hvor beveger sykepleien seg?». I forberedelsen leste jeg Aristoteles «Etikk» (18). Han skriver om: «Det som ikke kan være annerledes» (Viten) og «Det som kan være annerledes» (Håndverkskunnskap og Klokskap). Det som ikke kan være annerledes trengs ikke å overveies, det er slik med nødvendighet, og vi kan føre bevis. Dette er viten i form av sikker kunnskap. Det som kan være annerledes, var for Aristoteles ting som kunne formes ulikt, som kunst og håndverk, foruten fronesis eller klokskap. I en sammensatt situasjon, eksempelvis sykepleie, handler det om å forstå, vurdere, bedømme og handle riktig og godt. Dette er noe som læres gjennom erfaring med mange og ulike konkrete situasjoner. Mitt innlegg i Danmark ble til et kapittel som jeg kalte «Hvor beveger sykepleien seg – mot viten eller klokskap?» (19). Kapittelet ble publisert i artikkelsamlingen «Klokskap og kyndighet» (20). Flere av forfat-



Spørsmålet i dag dreier seg om hvorvidt ulike kunnskapsformer kan innordnes andre.

terne i denne boken bidro i kunnskapsdebatten på begynnelsen av 1990-tallet.

Kunnskapsdebatten tidlig på 1990-tallet handlet om at det finnes ulike kunnskapsformer. Vi diskuterte hvordan de ulike kunnskapsformene er til stede i utøvelsen av sykepleien, samt hvilken vekt og status de har, og bør ha.

#### VERDIFULLE BIDRAG

Selv om det ble forsket på kunnskapsformer utover på 1990-tallet, forstummet diskusjonen. I stedet ble det brukt tid og ressurser på nødvendig kompetanseheving i høyskolene. Det kom likevel verdifulle bidrag til kunnskapsformer i sykepleien i denne perioden, og videre ut over på 2000-tallet. Eksempler er bøker som «Fra Marx til Løgstrup» (21), «Sykehuset som klasserom» (22), «Fenomenologi og omsorg» (23), «Det handler om å snu seg» (24), «Sykepleiens grunnlag» (25), «Klok av erfaring?» (26), «Øyet og kallet» (27), og «Kan omsorg læres?» (28), for å nevne noen. Bokkapitler som føyer seg inn i diskusjonen er eksempelvis «Refleksjoner om utdanning og kunnskap i sykepleie» (29), «Profesjon og skjønn» (30), «Profesjonell utvikling» (31) og «Profesjon og læring» (32).

Denne, på ingen måte uttømmende gjennomgangen, viser at mange i lang tid har bidradd til å belyse kunnskapsformer i profesjonelle sammenhenger. I en særstilling står Martinsen, som utrettelig har gitt samfunnskritiske og fagkritiske bidrag fra midten på 1970-tallet til i dag.

#### NY DEBATT

Utover på 2000-tallet får vi en ny debatt om kunnskap. I vår moderne tid, hvor uoversiktighet og kompleksitet karakteriserer fagfeltene, ropes det på kontroll og sikker kunnskap fra fagmiljøene og bevilgende myndigheter. Uttrykket evidensbasert praksis blir sentralt. Det viser til kunnskapsformen som Aristoteles beskrev «Det som ikke kan være annerledes». Prototypen på den i dag er den medisinske evidensen. I klinisk praksis vurderes selvfølgelig naturvitenskapelige «bevis» i forhold til egen klinisk erfaring, enten det er innenfor sykepleie, medisin eller psykologi. Evidens oversettes i norsk sammenheng til kunnskapsbasert praksis. Britt-Vigdis Ekeli (34) redegjør for opphavet til kunnskapsbasert praksis og problematiserer dette i forhold til helsevesenet i boken «Evidensbasert praksis, snublestene i arbeidet i helsetjenesten?» Psykologen Ekeland (33) spør om evidensbasert behandling handler om kvalitetssikring eller om det er et instrumentalistisk mistak. Det arrangeres konferanser hvor kunnskapsformer diskuteres, nå med nye ord og vendinger som «evidens» og «kunnskapsbasert praksis». På en konferanse i Bergen i 2006 stilles spørsmålet om evidensdebatten er en ny form for positivisme (35). Martinsen og Eriksson møtes til offentlige diskusjoner om evidens. Dette danner bakgrunnen for Samtalen, skjønn og evidensen (36). I tidsskriftet Sykepleien blir evidens diskutert (37), så også i det danske

tidsskriftet Klinisk Sykepleie (38, 39, 40, 41).

I 2007 gir Norsk Sykepleierforbund mange av sine medlemmer boken «Kunnskapsbasert praksis» (42). Dette er ytterligere med på å sette fart i diskusjonen. Nylig utkom boken «Å se og å innse. Om ulike former for evidens» (43). Artikkelen «Tvetydig om kunnskapsbasert praksis» (44) og svaret om at kunnskapsbasert praksis «Engasjerer og provoserer» (45) viser engasjement.

Spørsmålet i dag dreier seg om hvorvidt ulike kunnskapsformer kan innordnes andre, eller om de eksisterer i sin egen rett. Å innordne alle kunnskapsformer under medisinsk evidens, kaller Martinsen (43) evidensialisme. Det får vi om kunnskapsgrunnlaget og arbeidsmåten innenfor medisinsk evidens blir altomfattende. I seg selv er ikke medisinsk evidens problematisk, så lenge den og liknende metodiske framgangsmåter begrenses til områder de har gyldighet på.

#### KUNNSKAPSSØYLER OG FORMIDLENDE INSTANSER

Min erfaring i arbeidet med kunnskapsformer er at nye begreper kan belyse kunnskapsfeltet ytterligere. «Personorientert profesjonalitet» (27) og «Formidlende instanser» (46) er to slike.

Profesjonelle yrker er uttrykk for teori-i-praksis, kunnskap-i-handling eller «teoretisert praksis». Slik sett er og har alle profesjoner vært kunnskapsbaserte. Det er derfor de kalles profesjoner. Teoretisert praksis er imidlertid kun



en av ulike og likeverdige kunnskapsformer. En profesjon hviler på ulike kunnskapssøyer, og har noen formidlende instanser.

Kunnskapssøylene er:

- Erfaringsbasert kunnskap
- Teoretisert praksis/profesjonell praksis
- Vitenskapelig kunnskap

Formidlende instanser er:

- Skjønn/fronesis
- Dannelse/takt

Formidlende instanser skaper sammenheng kunnskapssøylene imellom og hjelper oss å aktualisere og relatere kunnskapsformene til konkrete situasjoner. Vi kjenner igjen den aristoteliske inndelingen av kunnskapsformer, samtidig som skjønn/fronesis/klokskap her er en kunnskapsform med en formidlende funksjon.

### ERFARINGSBASERT KUNNSKAP

Erfaringsbasert kunnskap er praktisk og situasjonsnær. Her lærer vi det som kun kan læres i konkrete sammenhenger gjennom erfaring, trening og øvelse. Gjennom erfaring brukes og formes kroppen og vi lærer å bruke sansene. Vi lærer å gjenkjenne og å skjelle fra hverandre. Dette er kunnskap som læres i dagliglivet og noe sykepleierstudenter har med seg inn i utdanningen, erfaringer har gjort dem sensitive, lydhøre og seende i forhold til det rette, det gode og det dårlige (47). Kroppen er allment dannet før den faglige formingen tar til.

Gjennom utdanningen vil den erfaringsbaserte danningen fortsette. Et faglig håndverk krever læring av erfaringsbasert kunnskap samt håndtering av redskaper tilhørende profesjonen. Redskapene skal håndteres faglig godt, noe som forutsetter trening. Gjennom erfaring oppøver vi også et faglig blikk. Kombinert med teoretisk innsikt lærer vi å skjelle hva inntrykk og erfaringer kan være uttrykk for. Den erfaringsbaserte kunnskapen tilegner vi oss både i livet og i profesjonen. Teoretisert praksis er derimot kun faglig.

### TEORETISERT PRAKSIS

For å forstå og handle profesjonelt, trenger sykepleierne teoretiske kunnskaper. Kunnskapen kaster lys over og bidrar til at sykepleieren kan forstå, noen ganger en enkel og oversiktlig pasient- og pårørendesituasjon, andre ganger en kompleks situasjon. Teoretisert praksis er situasjonsnær. Den teoretiske kunnskapen og refleksjonen gjør handlingene til teoretisert praksis. Det handler om det beste, det rette og det gode i faglige situasjoner. Vi lærer å gjenkjenne og skjelle med bakgrunn i fagkunnskaper, og å bruke hendene, hjertet og hodet, foruten lytte, se, kjenne og lukte med et faglig blikk. Teoretisk innsikt hjelper oss å forstå faglig sett hva vi sanser.

Pasient- og pårørendesituasjoner er komplekse. Det finnes ikke en måte å forstå og handle på. Å lytte til situasjonen og avveie faglige normer og regler, læres både gjennom erfaring og teoretisert praksis. Teoretisert praksis har vi

i det kliniske feltet, og i høgskolen. Sykepleierstudenten blir gjennom teoretisert praksis formet og dannet i faglige sammenhenger.

### VITENSKAPELIG KUNNSKAP

En type vitenskapelig kunnskap som en profesjon også gjør bruk av, vil være utviklet innenfor oversiktlige og systematiserte situasjoner. Kunnskap om det generelt riktige utvinnes, det som generelt ikke kan være annerledes. Vi får kunnskap om årsak og virkning. Dette er det beviselig sanne, uansett situasjon. Denne formen for kunnskap blir vunnet gjennom forsøk, hvor forskeren har oversikten, kontrollen og utvinner sikker kunnskap på et avgrenset område. Ved nye forsøk blir resultatene de samme under ellers like vilkår.

Den vitenskapelige kunnskapen har to grener (23, 48), en med rot i Aten, den andre i Manchester. Arven fra Aten knyttes til Aristoteles, med naturen som autoritet, blottet for teknologiske og økonomiske mål. Innsikt i naturens orden og omsorg for det skapte sto sentralt. Naturen har noen grenser som skal respekteres, dette totalt forskjellig fra grenen fra Manchester og den industrielle revolusjon. Med arven fra Manchester følger koblingen mellom vitenskap, teknologi og grenseløs praktisk nytte. Dette er modernitetens prosjekt.

Vitenskapelig kunnskap refererer seg på den ene siden til den kvantitative vitenskapelige tenkningen, som vi i dag kaller naturvitenskap. På den andre siden refererer den til kvalitativ vitenskapelig forskning innenfor



Når uttrykkene kunnskapsbasert og evidens knyttes til medisinsk evidens blir kunnskapsgrunnet ensidig.

human- og samfunnsvitenskapene, en kunnskap som baserer sin forskning på å forstå andres erfaringer. Gjennom dyptgående samtaler og feltstudier kan en vinne innsikt i forhold som også kan ha relevans utover den situasjonen som er til utforskning.

### SKJØNN OG DANNELSE

Entydighet, oversiktighet og systematikk vil sjelden og aldri reflektere den konkrete situasjonen i en helsefaglig sammenheng. Pasienters og pårørendes situasjoner vil være sammensatte. De hører til det som kan være annerledes (18, 19, 49, 50). Derfor kan vi ikke ha som et oppnåelig mål at teori og klinisk praksis skal stemme overens. Kun på enkle og oversiktlige områder kan det skje. Profesjonelt virke hviler på ulike kunnskapssøyler. Mellom dem eksisterer relasjoner og spenninger. Spenningene skal vi stå i, ikke løse opp. De formidlende instanser skaper sammenheng, både mellom kunnskapssøylene og til konkrete situasjoner. Skjønn og dannelse er formidlende instanser, mellominstanser som trer inn i forholdet mellom teori og praksis (51). Herbart (1776–1841) benevner dette som takt eller dannelse allerede på 1800-tallet. Det handler om de rette og kloke handlingene, eller om et godt skjønn, en dømmekraft som preger den kloke.

Når dannelse og skjønn tar plass mellom kunnskapssøylene, er det for å skape flere bindeledd mellom søylene, uten å redusere det ene til fordel for det annet, og uten å oppheve forskjellene. Opp-

heves forskjellene avvikes profesjonelle yrker (46). Det går ikke en direkte vei fra teori til praksis eller fra praksis til teori.

Konkrete situasjoner hviler på tre selvstendige kunnskapssøyler. Det faglige skjønnet avgjør hvordan de ulike kunnskapssøylene har relevans i situasjonen. Skjønnet og dannelsen uttrykker seg relasjonelt, det vil si i forhold til andre personer, personorientert profesjonalitet.

### PERSONORIENTERT PROFESJONALITET

Personorientert profesjonalitet innebærer at den profesjonelle kombinerer fagkunnskap, etisk holdning og handling: «Å være profesjonell er å spørre etter fagkunnskaper ... Det utfordrer den profesjonelles faglighet og menneskelighet i en vennlig vekselvirkning, forbundet i en felles grunnerfaring om å beskytte og ta vare på livet» (27, s. 12).

Profesjonaliteten kommer til uttrykk i skjønnet, i en dømmekraft som har bevart aktelsen for livet. Livet er nedsenket i etikken. Vi forholder oss sansende til andre, omgivelser og verden. Når profesjonalitet uttrykkes, arbeider skjønnet, etikken, kunnen og refleksiviteten sammen (27, s. 13-14). von Öttingen skriver noe liknende: «Samtidig forventes det af den professionelle, at han ikke blot handler formelt, men at han også er personlig til stede i sin handelen» (46, s. 30). Det sentrale er fagkunnskaper og menneskelighet omsatt til reflekterte og skjønnsbaserte handlinger.

Det er forholdet mellom kunnskapsformer og engasjerte handlinger som er det sentrale i profesjonelle yrker. Å oppheve spenningene medfører avprofesjonalisering. Arbeider vi mot at teori og praksis skal stemme overens, trenger vi ikke profesjonelle. Vi har da oppnådd kontroll med årsak og virkninger, vi omsetter og anvender forskningsresultat, uten skjønn. En profesjon opphører når den mener å ha løst teori-praksis-problematikken (46). Spørsmålet er på hvilken måte teorien og forskningsresultatene skal anvendes. Som teknologi eller som reflektert kunnskap i en forstående sammenheng? Slike spørsmål ligger i alle profesjonelle yrker.

Hva vil dette si? Det vil si at den profesjonelle handler i en ansvarsbevisst tolkning mellom teoretisk erkjennelse og praktisk virksomhet. Personorientert skjønn kan kun utvikles i praksis. Samtidig har den profesjonelle teoretisk skolering. Slik oppnås et teoretisk blikk for den praktiske handlingen, en teoretisert profesjonell praksis (46).

### AVSLUTNING

Profesjonalitet hviler på ulike kunnskapssøyler og formidlende instanser. Den er kunnskapsbasert og evidensbasert, men i en annen og utvidet betydning enn medisinsk evidens. Når uttrykkene kunnskapsbasert og evidens knyttes til medisinsk evidens, blir kunnskapsgrunnet innsnevret og evidens ensidig. Basert på faglig diskusjon i over 30 år synes

jeg begreper som formidlende instanser og personorientert profesjonalitet kan tilføre kunnskapsdiskusjonen noe nytt.

#### LITTERATUR

1. **Lerdal, A.** Å utvikle en kunnskapsbasert praksiskultur. *Sykepleien Forskning*. 2009;4:3.
2. **Schön, D.A.** *The Reflective Practitioner. How professionals think in action.* New York, Basic Books. 1983.
3. **Schön, D.A.** *Educating the Reflective Practitioner.* San Francisco, Jossey-Bass Publishers. 1987.
4. **Dreyfus, H. & Dreyfus, S.** *Mind over Machine – The power over human intuition and expertise in the era of computer.* New York, Free Press. 1986.
5. **Josefson, I.** *Kunnskapens former (Det reflekterende yrkeskunnskap).* Stockholm, Carlssons bokförlag. 1991.
6. **Flyvbjerg, B.** *Rationalitet og magt. Det konkrete videnskap.* København, Akademisk Forlag. 1991.
7. **Molander, B.** *Kunnskap-i-handling.* Gøteborg, Daidalos. 1993.
8. **Rolf, B.** *Profession, Tradition og Tyst kunnskap.* Lund, Nya Doxa. 1991.
9. **Rolf, B., Ekstedt, E. & Barnett, R.** *Kvalitet og kunnskapssjette i høgre utdanning.* Nora, Bokförlaget Nya Doxa. 1993.
10. **Benner, P.** *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice.* California, Addison-Wesley Publ. Company. 1984.
11. **Hamran, T.** *Den tause kunnskapen.* Oslo, Universitetsforlaget. 1987.
12. **Martinsen, K.** *Omsorg, sykepleie og medisin.* Oslo, Tano Forlag. 1989.
13. **Martinsen, K.** *Moralsk praksis og dokumentasjon i sykepleie.* I: T.K. Jensen, L.U. Jensen og Wom Chung Kim (red.) *Grundlagsproblemer i sykepleien. Etikk, videnskapsteori, ledelse & smm-fund.* Århus, Forlaget Philosophia. 1990 (s. 60-84).
14. **Kirkevoold, M.** *På tide å oppvurdere den praktiske kunnskapen?* *Sykepleien*. 1989 nr 2;77:4-7.
15. **Kirkevoold, M.** *Fortellingens plass i sykepleiefaget.* I M. Kirkevoold, F. Nortvedt & H. Alvsvåg (red.) *Klokskap og kyndighet.* Oslo: Ad Notam Gyldendal. 1993. (s. 58-70).
16. **Kirkevoold, M.** *Vitenskap for praksis?* Oslo, Ad Notam Gyldendal. 1996.
17. **Jensen, K.** (red.). *Moderne omsorgsbilder.* Oslo: Gyldendal. 1990.
18. **Aristoteles.** *Etikk.* Oslo, Gyldendals Studiefakler. 1973.
19. **Alvsvåg, H.** *Hvor beveger sykepleien seg – mot viten eller klokskap?* I: M. Kirkevoold m.fl. (red.) *Klokskap og kyndighet.* Oslo: Ad Notam Gyldendal. 1993. (s. 19-31).
20. **Kirkevoold, M., Nortvedt, F. & Alvsvåg, H.** *Klokskap og kyndighet.* Oslo, Ad Notam Gyldendal. 1993.
21. **Martinsen, K.** *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien.* Oslo, Tano Forlag. 1993/1996.
22. **Heggen, K.** *Sykehuset som klasse-rom – Praksisopplæring i profesjons-utdanninger.* Oslo, Universitetsforlaget. 1995.
23. **Martinsen, K.** *Fenomenologi og omsorg.* Oslo, Universitetsforlaget. 1996/2003.
24. **Krogstad, U. & Foss, C.** *Det handler om å snu seg.* Oslo, Ad Notam Gyldendal. 1997.
25. **Nortvet, P.** *Sykepleiens grunnlag.* Oslo, Tano Aschehoug. 1998.
26. **Olsen, R.** *Klok av erfaring?* Oslo, Tano Aschehoug. 1998.
27. **Martinsen, K.** *Øyet og kallet.* Bergen, Fagbokforlaget. 2000.
28. **Seljelid, E.** *Kan omsorg læres? Fortellingen som pedagogisk hjelpemiddel.* Bergen, Fagbokforlaget. 2002.
29. **Alvsvåg, H. & Førland.** *Refleksjoner om utdanning og kunnskap i sykepleie.* I H. Alvsvåg & O. Førland *Engasjement og læring.* Oslo, Akribe. 2007.
30. **Grimen, H. & Molander, A.** *Profesjon og skjønn.* I A. Molander & L. I. Tærum (red.). *Profesjonsstudier.* Oslo, Universitetsforlaget. 2008. (s. 179-196).
31. **Rønnestad, M.H.** *Profesjonell utvikling.* I: A. Molander & L. I. Tærum (red.). *Profesjonsstudier.* Oslo, Universitetsforlaget. 2008. (s. 279-294).
32. **Lahn, L. C. & Jensen, K.** *Profesjon og læring.* I: A. Molander & L. I. Tærum (red.). *Profesjonsstudier.* Oslo: Universitetsforlaget, 2008. (s. 295-305).
33. **Ekeland T-J.** *Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak?* *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 1999;36:1036-1047.
34. **Ekeli, B.V.** *Evidensbasert praksis. Snublestene i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Tromsø, Eureka. Høgskolen i Tromsø. 2002.
35. **Evidens-diskusjon – Positivismedis-kusjon i nye former? Konferanse i Bergen.** Arr: Haraldsplass diakonale høgskole og Universitetet i Bergen. 28. nov. 2006.
36. **Martinsen, K.** *Samtalen, skjønn og evidensen.* Oslo, Akribe. 2005.
37. **Boge, J. & Martinsen K.** *Uro kring evidens.* *Tidsskriftet Sykepleien*. 2004;19: 64-65.
38. **Bydam, J.** *Dialog med Kari Martinsen.* *Klinisk Sykepleie*. 2003;3:47-48.
39. **Bydam, J.** *Evidens – dialog med Kari Martinsen.* *Klinisk Sykepleie*. 2004;1:47-49.
40. **Martinsen, K.** *Talens åpenhet og evidens – dialog med Jens Bydam.* *Klinisk Sykepleie*. 2003;4:36-46.
41. **Martinsen, K.** *Skjønn – språk og distanse – dialog med Jens Bydam.* *Klinisk Sykepleie* 2004;2:50-56.
42. **Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M.** *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere.* Oslo, NSF. 2007.
43. **Martinsen, K. & Erikson.** *Å se og å innse. Om ulike former for evidens.* Oslo, Akribe. 2009.
44. **Heggen, K. & Engebretsen, E.** *Tve-tydig om kunnskapsbasert praksis: En dekonstruktiv nærlesing av arbeidsbok for sykepleiere.* I *Sykepleien Forskning* 2009;1:53-60.
45. **Nortvedt, M. W. & Jamtvedt, G.** *Engasjerer og provoserer.* *Sykepleien*. 2009;7:64-69.
46. **Von Öttingen, A.** *Pædagogiske handlingsteorier i differensen mellom teori og praksis.* I: A. Öttingen & F. Wiedemann (red.). *Mellom teori og praksis.* Odense, Syddansk universitetsforlag. 2007.
47. **Solvoll, A-B.** *Omsorgsferdigheter som pedagogisk prosjekt – en feltstudie i sykepleierutdanningen.* Oslo, Universitetet i Oslo. 2007.
48. **Von Wright, G.H.** *Myten om fremskritt-tet.* Oslo, Cappelens Forlag AS. 1994.
49. **Alvsvåg, H.** *Sykepleie – mellom pasient og vitenskap.* Bergen, Fagbokforlaget. 1997.
50. **Alvsvåg, H.** *Klinisk skjønn.* I: T. Bjørk, S. Helseth og F. Nortvedt (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier.* Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS. 2002. S. 208-222.
51. **Alvsvåg, H.** *På sporet av et dannet helsevesen?* Oslo, Akribe. 2010 (Under arbeid).

# Kvantitativ forskning blir meningsfylt for studentene når de selv deltar



Av **Liv Thorhild L. Undheim**  
høgskolelektor



og **Else Marie Smestad Wisløff**  
førstelektor, Diakonhjemmet Høgskole,  
Avdeling for sykepleie

Det handler ikke om at kvantitativ forskning skal fortrenge kvalitativ. Sykepleieforskningen må dra veksel på flere vitenskapstradisjoner. Det er imidlertid stor fare for at kvantitativ metodikk neglisjeres i dagens sykepleierutdanning. Lærerne fortsetter å undervise som man selv har blitt undervist.

Da Florence Nightingale ankom et av feltsykehusene under Krimkrigen var dødeligheten 42,7 prosent, seks måneder senere var den 2,2 prosent. Hun forsto at skulle hun få gjennomslag, måtte hun ha statistikk laget på gode data. Med statistikken hadde hun fakta og kunne argumenterte og reformere.

I dette nummeret av Sykepleien Forskning presenteres et randomisert kontrollert forsøk som sammenligner om hendene blir renet ved spriting eller håndvask med såpe. Forsøket er praksisnært, håndfast og samtidig vitenskapelig. Ved å

ta utgangspunkt i erfaringer fra studien er det mulig for studenter å forstå kvantitativ forskning og statistikk allerede tidlig i utdanningen. En randomisert kontrollert studie (RKS) er den beste metoden for å vurdere effekten av et tiltak. Dette aktuelle forsøket er randomisert og kontrollert og foregår i øvingsposten, i de første ukene i utdanningen, som en tilnærmet klinisk situasjon. Gjennom deltakelse lærer studentene blant annet begreper som utvalg, randomisering og blinding. I tillegg tilegner de seg grunnleggende kunnskaper om håndhygiene.

Vi tror en attraktiv presentasjon av kvantitativ metode i sykepleierutdanningen kan bidra til å utvikle nye generasjoner med sykepleiere av samme kaliber. Sykepleiere som kan samle harde nok data til at de blir hørt av dem som styrer i helsevesenet. Håndhygieneforsøket viser én metode der ulike fag integreres

og hvor kvantitativ metodikk inngår i undervisningen på en praksisnær måte. Forhåpentligvis kan det gi studenter lyst til å lære om forskning.

Men, kvantitativ forskning er det liten tradisjon for å undervise om. Årsakene til dette er nok flere. For det første er det vanskelig å fange sykepleiestudenters interesse for forskning blant alt det praktiske som skal læres. Kvantitativ forskning kan også oppfattes som ekstra vanskelig og dermed lite motiverende. I tillegg er flertallet av lærerne på en sykepleierutdanning opplært i kvalitativ metodikk og har skrevet sine masteravhandlinger i denne vitenskapstradisjonen. Sykepleiere jobber imidlertid i et helsevesen der svært mange tiltak blir begrunnet med tall.

Det er en enkel sak å undervise om forskning på en vanskelig måte. Utfordringen er å lage et opplegg som er relevant og engasjerende for studentene.



## FØLGER FOR TIDLIG FØDTE

Foreldres bekymring preger premature barns opplevelse av egen livskvalitet.

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Bjørn Erik Hansen

Dr.polit. Marit Graue er forskningsveileder ved Barneklubben på Haukeland universitetssykehus. Sammen med dr.med. Trond Markestad har hun som oppgave å stimulere til forskning ved Barneklubben og er stolt over forskningsaktiviteten ved avdelingen. Konkurransen om forskningsmidler er stor ved sykehuset, og Barneklubben kan skryte av å ha to sykepleiere som har fått støtte til sine forskningsprosjekter.

En av disse er Bente Vederhus. Hun er intensivsykepleier og har jobbet med nyfødte siden 1985. I dag forsker hun på «Helserelatert livskvalitet hos ekstremt premature som ungdom og voksne.»

– Jeg brenner for dette fagfeltet. I utgangspunktet var jeg særlig opptatt av smerte hos nyfødte barn og har jobbet mye med NIDCAP, en metode for å observere barnets atferd og tilpasse pleien etter barnets behov.

### TVERRFAGLIG FORSKNING

Forskerne på Haukeland jobber ofte i team og samarbeider gjerne om større prosjekter. På Barneklubben er det et vel etablert medisinsk forskningsmiljø for oppfølgingsstudier av risikobarn. Det er også etablert en formell forskningsgruppe for slike studier med særlig fokus på for tidlig fødte barn.

– De ansatte ved Barneklubben har en unik forutsetning for å forske på kronisk syke barn ettersom de ofte kan følge dem og deres foreldre over mange år, fra de legges inn til de blir 18 år, forteller Graue.

Forskning på psykososiale forhold har vært et lite prioritert område tidligere. De fleste pengene går fremdeles til medisinsk og biomedisinsk forskning. Men nå har Helse Vest bevilget 10 millioner kroner til helsefaglig forskning over en femårsperiode. Dette tar Graue som en positiv bekreftelse og et signal på at denne typen forskning anses som viktig.

– Gjennom økt kunnskap

om psykososiale forhold kan vi fokusere enda mer på den enkelte pasients behov og hjelpe dem til å håndtere sykdommen sin på best mulig måte.

Graue understreker at arbeidsforholdene for sykepleiere som forsker langt fra er optimale: I motsetning til legene har de sjelden eget kontor. Forskning er ikke øremerket i stillingene, så mesteparten av arbeidet pågår på fritiden.

### EKSTREMT PREMATURE

Vederhus er med i forskningsgruppen for oppfølging av risikobarn og jobber ut ifra data basert på spørreundersøkelser av to grupper med premature barn. Den første gruppen er født i 1982–1985 og den andre i 1991–1992. Foreldre og barn fyller ut spørreskjema om helserelatert livskvalitet ved ti års, 17 års og 25 års alder. De er matchet med grupper med barn av samme kjønn født på samme tid, men til termin.

Hensikten med studien er blant annet å undersøke om, og



i tilfelle hvordan, opplevd helse-relatert livskvalitet endrer seg med økende alder hos for tidlig fødte barn og hos barn født til termin. Samt å kartlegge i hvilken grad prematuritet i seg selv påvirker selvopplevd livskvalitet på forskjellige alderstrinn. Et annet mål er å finne ut om det er forskjell på foreldrenes og barnas egen opplevelse av barnets livskvalitet.

#### DÅRLIG LIVSKVALITET

Funnene ved tiårs alder vitner om dårligere foredrer rapportert livskvalitet hos de premature sammenlignet med barna som er født til termin. Familielivet er hardt rammet; det å ha premature barn gir store emosjonelle problemer og mye bekymring. Barna som deltok i akkurat den undersøkelsen Vederhus har sett på, hadde ingen alvorlige funksjonshemninger. Men lære- og konsentrasjonsproblemer ble rapportert hos 71 prosent av de prematurt fødte, noe som synes å ha klare konsekvenser for livskvaliteten. Hos barna født til termin var dette tallet 20 prosent.

– *Hvilke konsekvenser får disse funnene i praksis?*

– Funnene påvirker måten vi møter foreldre med premature barn på. Vi vet noe om hvilke problemer disse familiene vil oppleve. Dette gjør at vi blir i stand til å gi mer individuell oppfølging, og til å sette inn de rette tiltakene tidligst mulig.

” Lære- og konsentrasjonsproblemer ble rapportert hos 71 prosent av de prematurt fødte.

Vederhus forsker 50 prosent av tiden, og bruker resten av stillingen sin i praksis på Seksjon for nyfødte. Hun mener det er en stor fordel at hun kjenner barna og foreldrene deres fra praksisen sin. Mange av disse har vært ut og inn på Barne-klinikken. Noen har hun kjent helt fra de ble født. Dette gir

> **PASSER PÅ:** Bente Vederhus (t.v.) og Ruth Mardal, intensiv- sykepleier, pleier et prematurt født barn på Nyfødtavdelingen ved Haukeland sykehus. Foto: Bjørn Erik Larsen

kontinuitet og trygghet både for barna og foreldrene.

#### FÅR DET BEDRE

Andre undersøkelser viser at prematurbarna får det bedre etter hvert:

– Når de blir eldre og begynner å fylle ut spørreskjemaene på egen hånd, uten hjelp av foreldrene, rapporterer de god livskvalitet. Diskrepansen mellom dem og gruppen som er født til termin utjevnes. Dette skyldes sannsynligvis at foreldrenes bekymring har preget resultatene. Foreldrene til for tidlig fødte vurderer gjerne livskvaliteten deres dårligere enn barna selv, mens foreldrene til barn født på termin opplever barnas livskvalitet likt som barna selv. Mye tyder på at de fleste premature faktisk har god livskvalitet som voksne, sier Vederhus.

# Døende pasienter med kreft reflekterer over dødshjelp

Utvalg og oversettelse ved

Liv Merete Reinar

Illustrasjonsfoto: Colourbox

**Howdan omtaler døende kreftpasienter medisinske avgjørelser, blant annet eutanasi?**

## DESIGN

Kvalitativ beskrivelse støttet av sosial konstruksjonsanalyse.

## SETTING

Avdeler for palliativ omsorg eller kreftavdelinger i Australia.

## DELTAKERE

Tjueåtte pasienter 39 til 79 år (gjennomsnittsalder 61 år, 54 prosent menn), med terminal kreft i siste fase, som visste at de hadde omtrent tre måneder igjen å leve.

## METODE

Pasienter ble intervjuet om avgjørelser vedrørende behandling ved livets slutt. Det første temaet var spørsmålet om ikke å gjenopplive. Pasienter som selv tok opp temaet om eutanasi (aktiv dødshjelp) (n=13) ble oppmuntret til å snakke om det; de som ikke tok det opp ble bedt om å snakke om det. Pasientene ble invitert til å gi sin egen definisjon av eutanasi, og diskusjonene rundt spørsmålet rangerte fra 200 til 2000 ord. Intervjuene ble avsluttet med spørsmål om andre temaer (for eksempel komplementær/alternativ behandling og håp). Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert, kodet og analysert. Analysen fokuserte på hvordan

pasientene snakket om eutanasi, brukte språket for å begrunne sin holdning til det, og videre sosiale implikasjoner.

## HOVEDFUNN

**Positivt språk.** Tjuefire pasienter snakket positivt om eutanasi. De som støttet aktiv dødshjelp løftet det fram som et personlig valg og så på motstandere som motstandere av friheten til å gjøre egne valg. Likevel, eutanasi ble behandlet i en abstrakt kontekst for en hypotetisk framtid eller for en annen person. Eutanasi ble ansett å være riktig ved en empatisk avslutning av ekstrem smerte og lidelse. Mange pasienter brukte hundeanalogi – «du ville ikke tillatt dette for en hund, du ville avlivet den» – til støtte for å bruke eutanasi som en medisinsk intervensjon. Dødsprosessen ble beskrevet som uunngåelig, usmakelig og smertefull, noe som førte til tap av egen verdighet og lidelse for en selv og andre. Pasienter konkluderte med at det er bedre å dø enn å leve med en kropp som ikke er under kontroll eller som er uverdig.

**Negativt språk.** Selv om mange snakket positivt om eutanasi var det 19 pasienter som ga uttrykk for betenknninger og fire som var imot. Pasientene var redde for å bli utsatt for «misbruk av helsepersonell», at dødshjelp ble praktisert på personer som ikke hadde bedt om det, eller ble utnyttet av pasienter som ikke møtte godkjente kriterier (referert i populærpressen), noe som igjen fordrer klare retningslinjer. Noen pasienter

blandet eutanasi med «drap», «selvmord» eller «ikke-gjenoppliving». Pasienter trakk fram at de som ber om aktiv dødshjelp kunne være deprimerte, mangle livsvilje eller ønske å finne en lettveit utvei. De viste stor innsikt og interesse for det komplekse i å ta avgjørelser gjeldende aktiv dødshjelp, og trakk også fram negative, moralske fordømmelser som et alvorlig og potensielt problem. Noen observerte at ønsker om å dø kunne reverseres dersom smerter var under kontroll. Andre snakket om den hårfine balansen mellom avgjørelser basert på ansvarlig kompetanse og de som ble tatt i situasjoner med psykologisk stress. Til slutt, noen var imot eutanasi på det grunnlag at døden ikke var noe som individer skulle være herre over, de trodde at liv og død var «Guds vilje».

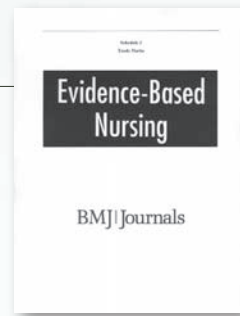
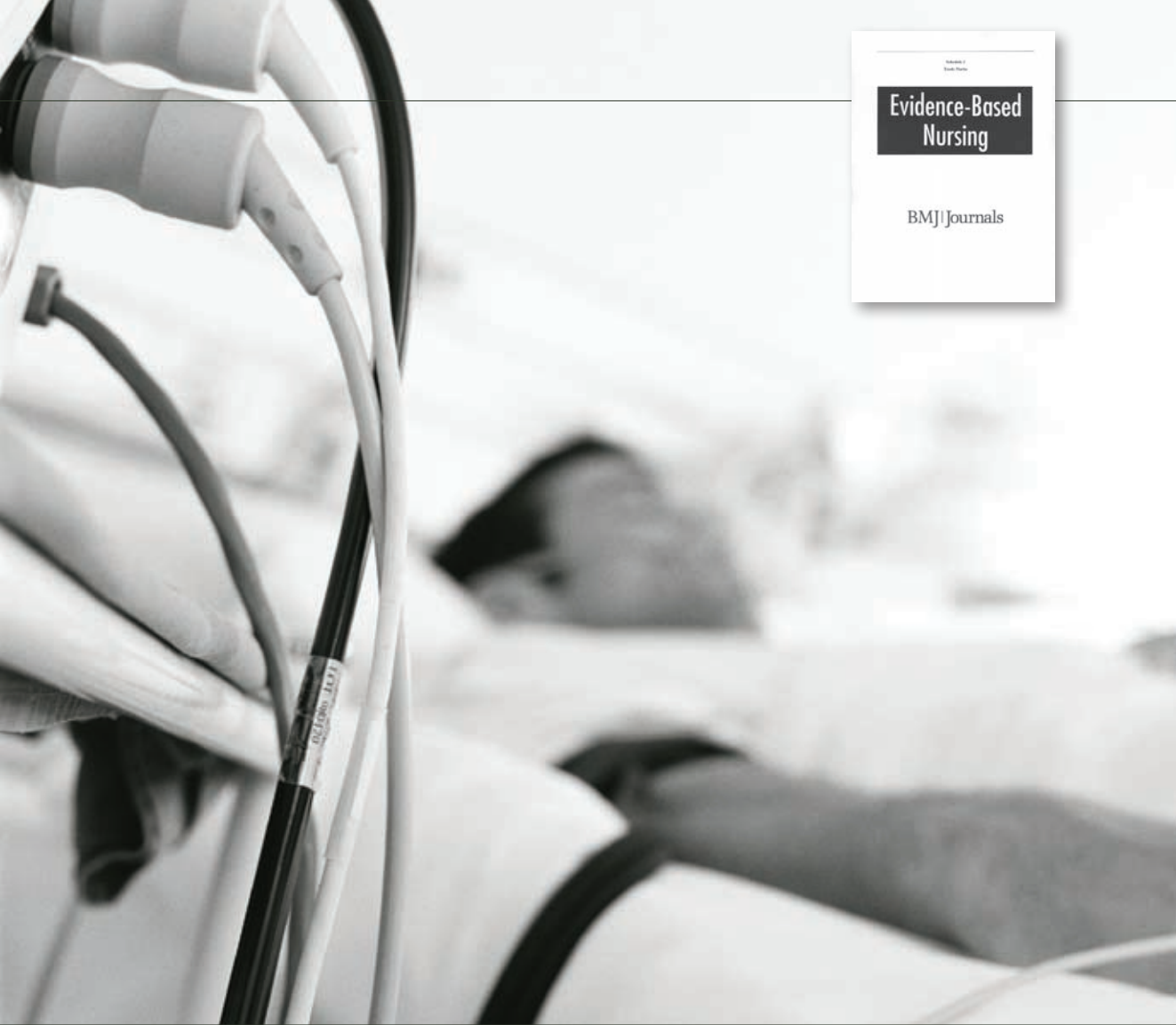
## KONKLUSJON

Døende pasienter med kreft beskrev eutanasi som et personlig valg, en empatisk avslutning på smerte og lidelse, eller som en måte å beholde verdighet inn i døden på. Mange trakk fram signifikante moralske implikasjoner og potensielle kilder for misbruk av eutanasi i praksis.

**Sammendrag fra:** Elliott JA, Olver IN. Dying cancer patients talk about euthanasia. Soc Sci Med 2008;67:647-56.

**Korrespondanse:** Dr J Elliott, University of Adelaide, Adelaide, South Australia, Australia; jaklin.elliott@cancer.org.au

**Finansiering:** Cancer Council Australia



For noen sykepleiere, med omsorg for pasienter i slutten av livet, er eutanasi et vanskelig emne å forholde seg objektivt til. Det er også karakterisert av moralske debatter og sterke følelser. Denne studien av Elliott og medarbeidere antyder, uavhengig av våre holdninger, at pasienter er særlig klar over sin egen (og andres) situasjon og kan snakke om eutanasi i forhold til hva som er best for dem spesielt og samfunnet generelt. Viktigheten av valg blir vektlagt, og synes å være sentral i vurderingen, når mennesker møter lidelse og uunngåelig død. Likevel, «valg» er ikke så enkelt som det kan virke i første omgang – det er gjenstand for moralske vurderinger av andre, og i en slik kontekst har valget om å dø signifikante moralske biklanger som sidestilles med auto-

nomi. Det er også verdt å vektlegge at de som er veldig syke har, eller vil ønske å ha, makten til å ta avgjørelser om sin daglige rutine eller hvordan de ønsker å tilbringe den tiden de har igjen. Sykepleiere må være klar over viktigheten av å legge til rette for slike valg når det er mulig, og for å fremme forståelsen for meningen med lidelse for både pasienter og deres pårørende [1]. I forbindelse med å bli hørt og forstått kan muligheten for å forstå det som ikke blir sagt oppstå, som at symptomer er mangelfullt kontrollert, eller skuffelse over at omsorg blir gitt på en mindre gunstig måte. De som føler seg forlatt i sin lidelse kan oppleve at eutanasi er en bedre utgang enn de som opplever «en god død» [2]. Sykepleiere med omsorg for døende – med kreft eller andre

tilstander – kan være vitne til pasienters evne til å holde på sin «fighting spirit» og selvfølelse til tross for begrensninger på grunn av sykdom. Kvalitative studier som fanger opp erfaringene til personer som lever i sluttfasen av livet kan hjelpe til med å flytte debatten fra det teoretiske inn i det empiriske.

Daniel Kelly, RN, PhD. Middlesex University, London, UK.

1. Frankl V. Man's search for meaning. 5th edition, London: Hodder & Stoughton, 1987.
2. Young M, Cullen L. A good death. Conversations with East Londoners. London and New York: Routledge, 1996.

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





# Overvektige trengte mye støtte for å endre livsstil

Utvalg og oversettelse ved

Liv Merete Reinar

Illustrasjonsfoto: Colourbox

-----  
**Hvordan beskriver overvektige sin opplevelse under forsøk på vektreduksjon? Hva tror de kan hjelpe dem å gå ned i vekt?**  
-----

## DESIGN

Kvalitativ studie

## SETTING

Victoria, Australia

## DELTAKERE

Bekvemmelighets- og hensiktsmessig utvalg av 76 personer (gjennomsnittsalder 47 år, 83 prosent kvinner) som hadde kroppsmasseindeks > 30.

## METODE

Data ble innhentet ved intervjuer eller telefonintervjuer. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Data ble analysert tematisk og kategorisert («constant comparison»).

## HOVEDFUNN

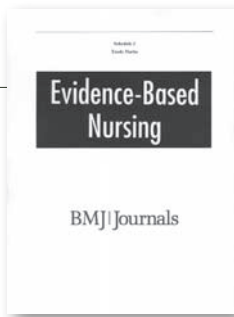
**1. Motivasjon for diett.** Blant annet: overordnet helse og velvære, råd fra helsepersonell, og sosial aksept. En deltaker sa: «... Jeg holder meg til dietten slik at jeg går ned i vekt og kan få på meg et skjørt som jeg ønsker å bruke». **2. Vektreduk-**

**sjonsteknikker.** Deltakerne gikk fra «fad» dietter som tenåringer til mer kommersielle dietter som «Weight Watchers» og «Jenny Craig». For mange var gruppedeltakelse en sosial aktivitet som de delte med familie og venner. Noen deltakere følte tilhørighet til gruppa, men grupper kunne også underbygge følelsen av lavt selvbilde, negative følelser og selvklandring. Når dietter ikke førte fram prøvde noen deltakere mer ekstreme metoder som svært lavt kaloritilskudd eller medikamenter. Deltakere som prøvde medikamenter var generelt fornøyd med vektreduksjon, men ikke med bivirkningene fra medikamentene. **3. Kort- og langtidseffekt av tiltakene.** De fleste deltakerne gikk ned i vekt når de var på diett, følte seg «euforiske» og hadde bedre fysisk velvære. Likevel, det ikke å opprettholde vektreduksjonen over tid førte til følelse av mislykkethet, depresjon og sinne. **4. Hvorfor virker ikke dietter?** Noen deltakere mente at dietter var «umulig å holde», «kjedelige» eller «for dyre». En deltaker «ville bare være normal» uten restriksjoner. Mange følte at diettene kunne gi resultater: «Alle virker ... når du holder deg til dem. Det er når du ikke holder deg til dem at de ikke virker». Noen deltakere skyldte på seg selv eller på livshendelser når de sluttet med et vektreduksjonsprogram. Noen opplevde press fra familie og venner dersom de gikk

mye ned i vekt: «Jeg var bare to-tre kilo fra målet og alle rundt meg var paniske og sa at jeg ikke spiste nok.» **5. Fysisk aktivitet.** Få deltakere brukte fysisk aktivitet for å gå ned i vekt. De fleste erfarte at trening var vanskelig på grunn av vekten, helseproblemer, kostnader, tidsmangel eller at de var flau. En kvinne gikk morgentur klokken fem for å unngå å bli sett av noen. Deltakerne syntes det var vanskelig å trene alene og ønsket at noen andre kunne motivere dem. **6. Hva virker?** De fleste deltakerne følte at forskjellige tilnærminger til vektreduksjon ville være nyttig for forskjellige personer; de fleste sa at diett var nyttig, få nevnte fysisk aktivitet. Mange sa at det var vanskelig å gå ned i vekt alene og ønsket støtte fra andre, for eksempel fra helsepersonell i primærhelsetjenesten. Noen syntes det var vanskelig å oppsøke hjelp på grunn av stigmatisering forbundet med overvekt, og mange følte at støttegrupper med andre overvektige kunne være nyttig. Én deltaker kommenterte: «Det handler om å myndiggjøre store personer slik at de kan gjøre valg som vil kunne bedre livsstilen og livet. Det burde ikke handle om vektreduksjon ...»

## KONKLUSJON

Personer som var overvektige var ofte på diett, men opplevde at slike programmer burde ha med flere perspektiver og livs-



tilsforandringer. De trengte kontinuerlig støtte for å kunne gjøre endringer.

**Sammendrag:** Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, et al. «They all work ... when you stick to them»: a qualitative investigation of dieting, weight loss, and physical exercise in obese individuals. *Nutr J* 2008;7:34.

**Korrespondanse til:** Dr S L Thomas, Monash University, Prahran, Victoria, Australis; Samantha.thomas@med.monash.edu.au

**Finansiering:** Bellberry Limited through Monash Foundation.



Denne studien til Thomas og medarbeidere støtter det vi lenge har visst: å gå på diett er vanskelig og fører til negative følelser. Deltakerne trengte noe som var tilgjengelig, rimelig, med langtidsperspektiv og som også inkluderte positiv støtte. Selv om deltakerne erkjente at det var behov for livsstilsendringer så var diett den mest framtreddende tilnærmingen. Mange mente at helsepersonell kunne hjelpe dem. Noen hadde negative følelser for gruppeprogram (diett). Sykepleiere kan møte slike negative følelser og tilby støtte mens de oppfordrer til realistiske livsstilsendringer.

Vi må vite hva som virker og dele denne kunnskapen med personer som ønsker å gå ned i vekt. «National Weight Control Registry» har dokumentert strategier basert på

medlemmer som har opprettholdt en gjennomsnittlig vektreduksjon på 30 kg > fem år. Disse strategiene var: høyt nivå av fysisk aktivitet (omtrent en time per dag); lavkalori – og lite fett i kosten; regelmessig frokost; egenovervåking av vekt; og å opprettholde konsistent spisemønster på hverdager og i helgene (1). Dette er nøkkelfunn i forhold til livsstil. Mange deltakere i studien til Thomas hadde ikke trening med i sine programmer. En systematisk Cochrane-oversikt støtter rollen fysisk aktivitet har med henblikk på å redusere diastolisk blodtrykk, triglyserider og fastende blodsukker, som er assosiert med overvekt (2). Trening og diett virker bedre enn diett alene for å oppnå vektreduksjon, men trening var assosiert med reduksjon i risikofaktorer for hjertesykdom selv

om man ikke gikk ned i vekt (2).

Denne studien av Thomas gir noen direktiver sykepleiere kan bruke for å gi kunnskapsbasert støtte til personer som er overvektige. En kombinasjon av individuelle, gruppebaserte og lokalbaserte tiltak, og å unngå ordet «diett» kan hjelpe overvektige til å ta i bruk én livsstilsstrategi av gangen og bli «vinnere».

Kathy Shadle James, NP, DNSc, University of San Diego, Hahn School of Nursing and Health Science, San Diego, California, USA.

1. Wing RR, Phelan S. *Am J Clin Nutr* 2005;82:222S-5S.

2. Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4): CD003817.

© Evidence Based Nursing (EBN) juli 2009 vol 12 no 3

# Ernæringstilskudd bedret funksjon etter slag

Utvalg og oversettelse ved

Liv Merete Reinar

Illustrasjonsfoto: Colourbox

**Vil forsterket ernæringstilskudd bedre funksjon hos underernærte slagpasienter i slagrehabiliteringsavdelinger?**

## METODE

**Design:** Randomisert, kontrollert studie.

**Allokering:** Skjult.

**Blinding:** Blindet (pasient, helsepersonell, terapeuter, datainnhenter og utfallsmåler).

**Oppfølgingstid:** Til utskrivelse (gjennomsnitt 26 dager).

**Setting:** Slagrehabiliteringsavdeling i New York, USA.

**Pasienter:** 116 pasienter (gjennomsnittsalder 74 år, 59 prosent menn) som hadde sitt første slag < fire uker før innleggelse, hadde ≥ 2,5 prosent vektreduksjon innen

to uker etter slaget, var medisinsk stabile og kunne ta til seg oral ernæring. Eksklusjonskriterier var demens, alkoholmisbruk, nyre- eller leversykdom, malabsorpsjon, og terminal sykdom.

**Intervensjon:** Forsterket ernæringstilskudd (240 kalorier, 11 gram protein) (n=58) eller standard ernæringstilskudd (127 kalorier, 5 gram protein) (n=58), 120 ml hver åttende time til utskrivning, samt vanlig sykehuskost og multivitaminer.

**Utfall:** Endring i «Functional Independence Measure» (FIM) total skår, FIM motorisk og kognitiv subskår, to og seks minutters gåtest, tidsrom for innleggelse og utskrivning til hjemmet.

**Pasientoppfølging:** 88 prosent (intention-to-treat analyse).

## HOVEDRESULTATER

Pasienter som fikk forsterket ernæringstilskudd hadde større bedring i total FIM-skår, motorisk FIM-skår og for to og seks

minutters gåtest (tabell). Det var ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt endringer i kognitiv FIM-skår (tabell), vektøkning eller hvor lenge de var innlagt i avdelingen. Flere pasienter som fikk forsterket ernæringstilskudd ble utskrevet til hjemmet (63 prosent versus 43 prosent,  $p<0,05$ ).

## KONKLUSJON

Forsterket ernæringstilskudd bedret funksjon mer enn standard tilskudd hos underernærte slagpasienter i slagrehabiliteringsavdeling.

**Sammendrag fra:** Rabadi MH, Coar PL, Lukin M, et al. Intensive nutritional supplements can improve outcomes in stroke rehabilitation. *Neurology* 2008; 71: 1856-61.

**Korrespondanse til:** Dr MH Rabadi, VA Medical Center, Oklahoma City, OK, USA: mh-rabadi@gmail.com

**Finansiering:** Burke Medical Research Foundation og Novartis.

**TABELL:** Forsterket versus standard ernæringstilskudd hos underernærte slagpasienter\*

Utfall	Gjennomsnittlig endring ved utskrivelse			Endring**	p-verdi
	Gjennomsnitt skår ved innleggelse	Forsterket tilskudd	Standard tilskudd		
Total FIM skår	47	31	23	8,6	0,001
Motor FIM sub-skår	27	24	17	7,5	0,001
Kognitiv FIM sub-skår	19	4,6	4,4	0,2	0,80
2-min gåtest	45	102	44	58	<0,001
6-min gåtest	100	299	171	129	<0,001

\*FIM, Functional Independence Measure (18 punkter, range 18 til 126 [best]), motorisk FIM subskår (13 punkter, range 13 til 91), kognitiv FIM subskår (5 punkter, range 5 til 35).

\*\*En positiv forskjell går i favør av intensivt ernæringstilskudd.



Å bedre ernæringsstatus etter slag kan være vanskelig på grunn av problemer med motorikk, svelging, kognitiv svikt og emosjonell status. Den store «FOOD trial» ga ikke støtte for proteinbasert ernæringstilskudd etter slag; selv om en undergruppe av pasienter med dårlig ernæringsstatus så ut til å ha positiv effekt av et slikt tiltak (1). En observasjonsstudie har vist at pasienter med alvorlig slag som fikk enteral ernæring i rehabiliteringsfasen hadde bedre funksjon (2). I lys av disse funnene undersøkte Rabadi og medarbeidere underernærte pasienter som var innlagt i en slagrehabiliteringsavdeling.

Styrken ved denne studien er blant annet randomisert fordeling, bruk av standard tilskudd i kontrollgruppen og blinding av utfallsmåler. Hver tilskuddsdose hadde lavt volum (120 ml) og ble gitt av sykepleier som noterte at tilskuddet ble

tatt. Betenkeligheter ved studien er blant annet lav terskel for å definere underernæring og mangel på informasjon om ernæring ved baseline og hydreringsstatus. Det ble heller ikke rapportert noen mål for alvorlighetsgraden av slag (som er en sterk prognostisk faktor) og det er derfor vanskelig å vurdere om baselinerisiko var lik mellom gruppene. Allokering til tiltaket var blindet, men forskjell mellom smak, konsistens, tekstur og konsistens kan være observert av helsepersonell.

Selv om det kan settes spørsmål ved forskningsprotokollen og resultatene står i kontrast til funnene fra den større «FOOD trial» (1), vil funnene fra Rabadi støtte det å tilby forsterket ernæringstilskudd til underernærte pasienter som skal rehabiliteres etter slag. Pasienter som fikk forsterket tilskudd gjorde større framskritt med tanke på motorisk funksjon enn de

som fikk standard behandling, og det var større sjanse for at de ble utskrevet til hjemmet. Ernæring er viktig for immunitetsforsvar og gir energi til fysisk trening og heling. Tilskudd kan være særlig viktig når skader som er assosiert med slag og slagrehabilitering gjør det vanskelig å spise tilstrekkelig for å få nok næring. Forsterket tilskudd gir pasienter tilgang på ernæringsstoffer uten at det kreves appetitt og evne til å spise større måltider.

Nancy Bergstrom, RN, PhD, FAAN.  
University of Texas School of Nursing  
Houston, Houston, Texas, USA.

1. **FOOD Trial Collaboration.** Lancet 2005; 365: 755-63.
2. **James R, Gines D, Menlove A, et al.** Arch Phys Med Rehabil 2005; 86 (Suppl 2): S82-92.

© Evidence Based Nursing (EBN) juli 2009 vol 12 no 3

# Tiltak rundt innledning av anestesi til barn



Sammendrag skrevet av  
**Liv Merete Reinar ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten**  
Illustrasjon: Lene Ask

At foreldre er til stede ved innledning av anestesi reduserer ikke angst hos barna. Men noen andre tiltak er lovende for å redusere angst hos barna: å gi foreldre akupunktur, bruke «klovnedoktor», hypnose, lavt stimuleringsnivå og å gi barna håndholdte videospill. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter en systematisk gjennomgang av relevant forskningslitteratur.

Barn kan få beroligende medikamenter før de får anestesi, men disse kan ha uønskede bivirkninger som pusteproblemer eller uønsket atferd etter operasjon.

Hvilke ikke-farmakologiske tiltak virker? Studiene viste at:

- Foreldrenes tilstedeværelse fører trolig ikke til mindre angst hos barn som får anestesi
- Barna samarbeider trolig heller ikke bedre med helsepersonell dersom foreldrene er til stede
- Interaktive dataspill kan muligens hjelpe barna til å samarbeide bedre og reduserer også negativ atferd i oppvåkingsfasen etter operasjon

- Bruk av videospill kan muligens redusere angst hos barna
- «Klovnedoktorer» kan muligens redusere angst hos barn, men ikke hos foreldre
- Hypnose til barn fører muligens til færre engstelige barn enn bruk av medikamenter
- Barna samarbeider muligens bedre dersom de er i et miljø med lavt stimuleringsnivå

## 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. Åtte studier hadde vurdert effekten av foreldrenes tilstedeværelse. For de andre tiltakene er konklusjonene basert på enkeltstudier av middels kvalitet. For disse tiltakene trengs det flere studier for å kunne styrke dokumentasjonsgrunnlaget.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et internasjonalt forskersteam lette etter studier som har undersøkt effekten av ikke-farmakologiske tiltak ved induksjon av anestesi til barn. Tiltakene hadde til hensikt å redusere angst og uro samt øke barnas samarbeidsvilje.

Forskerne fant 17 studier som oppfylte kravene de hadde fastsatt på forhånd. Disse studiene hadde til sammen 1796 deltakere (barn, foreldre eller begge deler). Hovedvekten av studiene var utført i USA, resten var fra Europa og Japan. Forskerne hadde vurdert effekten av:

- foreldres tilstedeværelse versus ikke tilstedeværelse
- foreldres tilstedeværelse versus midazolam (benzodiazepam)
- foreldres tilstedeværelse versus foreldres tilstedeværelse pluss midazolam (benzodiazepam)
- tegneserier, videospill, «klovnedoktor», hypnose, lavt stimuli eller musikkterapi rettet mot barn
- akupunktur eller undervisningsvideo rettet mot foreldre

## KILDE

Yip P, Middleton P, Cyna AM, Carlyle AV. Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD006447. DOI: 10.1002/14651858.CD006447.pub2.

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

# Hvitløk mot forkjølelse



Sammendrag skrevet av

Liv Merete Reinar ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Illustrasjon: Lene Ask

Hvitløk (*allium sativum*) gir muligens færre tilfeller av forkjølelse. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter en systematisk gjennomgang av relevant forskningslitteratur.

Det er vanlig og populært å anta at hvitløk kan være nyttig mot forkjølelse. Tradisjonelt tilsier erfaringen at det virker, og laboratoriefunn kan tyde på at hvitløk har antibakterielle og antivirale egenskaper. Forkjølelse er veldig vanlig og skyldes mange ulike virus typer. Sykefravær på grunn av forkjølelse er betydelig verden over. Hvitløkspkapsler eller -tabletter kan kjøpes i helsekostforretninger og apotek i Norge.

## VIRKER HVITLØK PÅ FORKJØLELSE?

Studien viste at personer som tok hvitløktilskudd daglig muligens hadde:

- færre tilfeller av forkjølelse
- færre sykedager med forkjølelse

Hvitløk påvirket ikke hvor lenge en eventuell forkjølelse «satt i».

## 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. Dokumentasjonsgrunnlaget i denne studien var av middels kvalitet. Den hadde forholdsvis få deltakere og brukte subjektive utfallsmål.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et internasjonalt forskerteam lette etter studier som har undersøkt om hvitløk er effektivt for å forebygge eller behandle forkjølelse sammenlignet med placebo, ingen behandling eller annen (standard) behandling.

Forskerne fant én studie som oppfylte kravene de hadde fastsatt på forhånd. Denne studien hadde 146 deltakere. Studien sammenlignet daglig hvitløktilskudd (180 mg allisin) med placebo i tolv uker. 65 personer i kontrollgruppen og 24 personer som fikk hvitløk ble forkjølet ( $P < 0,001$ ) i perioden forsøket pågikk. Antall sykedager var også lavere i hvitløksgruppen (1,52 versus 5,01 dager). Antall dager fram til personene var helt friske var likt i gruppene (4,63 versus 5,63). Utfallene ble målt ved selvrapportering. Noen få

deltakere rapporterte at det forekom ubehagelig lukt ved raping, og et par deltakere i hvitløksgruppen trakk seg fra forsøket på grunn av eksem eller podagra.

## KILDE

Lissiman E, Bhasale AL, Cohen M. Garlic for the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD006206. DOI: 10.1002/14651858.CD006206.pub2.

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



# Forskningsnytt

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



## Sykehjemsansattes holdninger til pasienter med

Spesialutdannede sykepleiere innen geriatri, psykisk helsearbeid og/eller demens har mer positive holdninger til demente pasienter enn vanlig autoriserte sykepleiere.

Dette er ett av funnene i en studie av sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og ufaglærte som arbeidet ved sykehjem. Hensikten med studien var å utforske sammenhenger mellom sosiodemografiske variabler, helsefaglig utdanningsnivå og arbeidserfa-

ring i forhold til grad av positive holdninger til demente pasienter og grad av personorienterte holdninger.

Forskerne brukte et tverrsnittsdesign. Data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema. Av alle sytten sykehjemmene i Bergen, valgte fjorten å delta. Sykepleielederne ved sykehjemmene distribuerte spørreskjemaene til alt pleiepersonell som hadde direkte pasientkontakt. Etter én purring, kom utvalget opp til 291 (79,1 prosent). Av

den yrkesmessige sammensetningen var 25,8 prosent autoriserte sykepleiere, 45,7 prosent hjelpepleiere, 7,2 prosent omsorgsarbeidere og 20,6 prosent ufaglærte. Blant sykepleierne hadde 54 (26,0 prosent) videreutdanning innen geriatri, psykisk helsearbeid og/eller demensomsorg.

Spørreskjemaet Approach to Dementia Questionnaire (ATQ) ble brukt til å kartlegge deltakernes holdninger til demente. Skjemaet består av 19 utsagn hvor svarene

## Sviktende sykepleie til pasienter på sykehjem

Inadekvat sykepleie er vanlig på sykehjem i Norge.

Dette konkluderer forskerne med i en studie hvor helsearbeidere på sykehjem ble bedt om å rapportere forekomst av overgrep samt manglende eller feil sykepleie på grunn av kunnskapsmangel, ikke-tilgjengelig tilbud eller manglende tilgang til relevante tjenester. I tillegg til å beskrive antall og typer av inadekvat sykepleie,

ønsket forskerne å undersøke om helsearbeidernes alder, utdanning og arbeidserfaring var relatert til rapporteringen.

Studien ble gjennomført ved 16 sykehjem i Sør-Trøndelag valgt tilfeldig etter stratifisert klyngeutvelgelse. Data ble innsamlet ved hjelp av et spørreskjema vedrørende sosiodemografiske variabler, arbeidserfaring og en seksjon som om helsearbeidernes inadekvate atferd overfor pasienter er rapportert i denne artikkelen. Sistnevnte omfattet inadekvat atferd av emosjonell karakter, unnlattelse, fysisk karakter og finansiell karakter.

Av de 780 ansatte som fikk spørreskjemaet høsten 2005, svarte 616 (79 prosent). Bemanningens alder varierte fra 17 til 74 år med en gjennomsnittsalder på 40 år (standardavvik = 13). Arbeidserfaringen fra helsevesenet varierte fra null til 43 år med et gjennomsnitt på 14 år.

Innen det emosjonelle området, rapporterte 84 prosent at de hadde observert at andre hadde gått inn på pasientens rom uten å banke på, mens 69 prosent oppga at de hadde gjort dette selv. Femten prosent oppga at de hadde observert at noen snakket nedsettende om en pasient, mens 16 prosent hadde gjort dette selv. Å unnlate å gi munnstell hadde blitt observert av 68 prosent mens 64 hadde gjort dette selv. Tyve prosent hadde brukt bleier på beboere for å unngå å følge dem på do. På enkelte områder rapporterer autoriserte sykepleiere om hyppigere inadekvate hendelser (andres og egne) enn lavere utdannede helsepersonell.

### REFERANSE

Malmedal W, Ingebrigtsen O, Saveman BI. Inadequate care in Norwegian nursing homes—as reported by nursing staff. *Scand J Caring Sci*, 2009;23:231–42.

Studien bringer opp mange viktige etiske problemstillinger som bør diskuteres og danne utgangspunkt for videre studer. De ulike inadekvate atferdene som ble studert kan oppleves å være ulik grad av etiske overtramp. Dette er trolig noe av grunnen til den relativt høye forekomsten av personer som både observere andre gå inn til beboere uten å banke på og selv har gjort det.

## > 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)

# demens

angir grad av enighet på en Likert-skala fra 1 til 5. Tro på dementes mestringsmuligheter (dementia hope) ble målt gjennom åtte av spørsmålene mens grad av personorientert omsorgsholdning ble målt med de resterende elleve.

Funnene viste generelt høy grad av både tro på dementes mestringsmuligheter og personorientert holding blant omsorgsarbeiderne. Sykepleierne med spesialutdanning hadde mer tro på dementes mestringsmulig-

heter sammenlignet med andre autoriserte sykepleiere. Helsearbeiderne over 50 år hadde mindre tro på dementes mestringsmuligheter enn dem som var 40 år eller yngre. Troen på demente var også mindre blant omsorgsarbeiderne enn blant de autoriserte sykepleierne. Når det gjaldt personorientert holding var den mindre hos arbeiderne over 50 år enn dem som var 40 år eller yngre.

## REFERANSE

**Kada S, Nygaard HA, Mukesh BN, Geitung JT.** Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *J Clin Nurs.* 2009;18:2383–92.

Studien fant at høyere utdanningsnivå innen helsefag bidrar til mer positive holdninger til demente. Dette funnet kan være interessant som argument for å rekruttere flere mastergradsutdannede sykepleiere til sykehjem.

KOMMENTAR

# Mestring hos eldre med helsesvikt

Hos eldre med tendens til passivitet og resignasjon bør sykepleiere vurdere å hjelpe til med å etablere en god daglig rytme.

Slik konkluderer en studie av mestring av dagen blant aleneboende eldre med helsesvikt, samt hvordan de brukte dagen/uken og kontakten med andre. Studien har et kvalitativt hermeneutisk forskningsopplegg.

Deltakere ble rekruttert fra tre tilfeldige utvalgte hjemmesykepleiedistrikter i to kommuner. Tyve pasienter med ulike skader og sykdommer deltok i studien, som gikk over ett år i perioden 2005/2006. Pasienter som var over 70 år, hadde bodd alene og mottatt omsorgstjenester i hjemmet i minst to måneder, kunne samtale og ble vurdert av hjemmesykepleien til å være i en vanskelig psykososial situasjon ble inkludert i studien. Hjemmesyke-

pleierne forespurte egnede pasienter. Utvalget besto av tyve pasienter, tolv kvinner og åtte menn med gjennomsnittsalder på 82,5 år (72 til 93 år). Ti av pasientene brukte dagsenter minst én gang i uken. Deltakerne ble intervjuet i eget hjem, og intervjuet ble organisert ut fra hvert av de tre hovedområdene studien omhandlet. Analysen konkluderte med tre hovedoppsummeringer. Det første var «å akseptere situasjonen slik den er». De eldre beskrev det som å ha ryggen mot veggen, de bare må finne seg i situasjonen slik den er. Den andre hovedkategorien var «å gjøre det man er i stand til». Eksempler på gjøremål var å lese, å strikke, løse kryssord, lytte til musikk, radio og å se på tv. Den siste kategorien var «å skape en ny rytme». Dette innebar å ha noen faste aktiviteter, for eksempel ved å ha planer for dager og uker.

## REFERANSE

**Birkeland A, Natvig GK.** Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. *Int J Nurs Pract.* 2009;15:257–64.

Deltakerne ble rekruttert av helsearbeidere og ikke av forskerne. Dette er vanlig for å ivareta taushetsplikten. Problemet er ofte at forskeren ikke har oversikt over hvem som blir spurt og hvem som sier nei til deltakelse. Noen ganger er det fornuftig å stille spørsmål om sammensetningen av utvalget kan bestå av en selvselektert gruppe. En annen sak er at når helsearbeidere rekrutterer pasienter til forskning, kan pasientene ut ifra en usikkerhet om at opplysningene kan bli videreformidlet til helsearbeiderne justere sine uttalelser. Dette ble nevnt av flere informanter i studien.

KOMMENTAR



# NYTT OG NYTTIG



**238: HVORDAN SKRIVE METODEKAPITLET?**

**240: HVA ER EN GOD KRONIKK?**

**242: KOMBINERTE METODER – ET TREDJE  
PARADIGME?**





# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**BERIT TARALDSEN**  
**VALEBERG**

**Tittel:** «Pain, coping and barriers to pain management in outpatients with cancer»

**Arbeidssted:** Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning, anestesisykepleierutdanningen

**Disputas:** 20. januar 2009 ved Universitetet i Bergen

**E-post:** berit.valeberg@su.hio.no

Studiens hensikt var å kartlegge smerter, mestring og barrierer (feiloppfatninger og holdninger til smertebehandling) hos polikliniske pasienter med ulike typer kreft. Dette ble gjort ved en tverrsnittundersøkelse. Av 1790 polikliniske pasienter som

kom til behandling eller kontroll hadde 21,4 prosent smerte og 217 pasienter ble inkludert i studien. Majoriteten av pasientene hadde brystkreft. De fleste var kvinner (75 prosent), 41 prosent hadde spredning av kreftsykdommen og 36 prosent mottok palliativ behandling.

Pasienter med flere barrierer for smertebehandling hadde sterkere smerter og fungerte dårligere. Kun 41 prosent av pasientene tok smertestillende medikamenter regelmessig som forskrevet. Menn fulgte anbefalte smerteregime i større grad enn kvinner. De pasientene som brukte sterke opioider, hadde lavere tro på egen mestring, oppga at smertelindringen var mer vellykket og fulgte anbefalte smerteregime oftere.

Pasientene ble delt inn i to grupper på grunnlag av «cut-point» utregnet ved hjelp av

et og en funksjonsskala. I pasientgruppen med smerte over 4 på en skala fra 0 til 10 var det flere kvinner, flere med gjennombruddssmerter og tilleggsykdommer. De hadde også flere barrierer for smertebehandling og lavere tro på egen mestring.

Selv om forekomsten av smerter var lavere i denne studien sammenlignet med tidligere studier er underbehandling av smerter fremdeles et problem. En stor del av smerten hos disse pasientene skyldtes andre forhold enn kreften. Under halvparten av pasientene tok ikke medisiner som foreskrevet og misforståelser i forhold til smertebehandling var et problem. Studiene understøtter ellers tidligere forskning hvor de som har smerteintensitet på over 4 har smerte som påvirker dagliglivet og livskvaliteten i stor grad.

## 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).



**Kandidat:**  
**AUD-MARI SOHINI  
FJELLTUN**

**Tittel:** «Å vente på syke-  
hjems plass»

**Arbeidssted:** Senter for  
omsorgsforskning, Avdeling  
for helsefag, Universitetet i  
Tromsø

**Disputas:** 30. januar 2009  
ved Universitetet i Tromsø

**E-post:** aud.mari.fjelltun@  
uit.no

> **Bakgrunn.** I nesten hele verden stiger antall eldre raskt, og veksten er ventet å fortsette. I Norge vokser gruppen eldre over 80 år raskest. Fokuset i denne studien var eldre som ventet på sykehjems plass i en nordnorsk kommune, og deres pårørende. Det ble ikke funnet tidligere forskning om deres situasjon.

**Hensikt.** Målet var å søke etter innsikt i hva som kjennetegnet hjelpetrengende eldre som ventet på sykehjems plass, og hvordan livsbetingelsene var for dem og deres nærmeste pårørende.

**Metode.** Kvalitative og kvantitative metoder ble benyttet. Femten pårørende og elleve pleiere ble intervjuet om de

eldres livssituasjon, erfaringer med avlastning, samt vurdering av behovet for sykehjems plass. The Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale (MDDAS) ble benyttet til angivelse av fysisk og psykisk belastning, og sammenligning av funksjonsnivået til eldre som ventet på sykehjems plass med funksjonsnivået til beboere på et sykehjem. Det ble benyttet kvalitativ innholdsanalyse og komparativ statistisk analyse.

**Resultat.** Flere pårørende og pleiere vurderte belastningen som maksimal. Pårørende beskrev et stort ansvar og vanskelige og ambivalente følelser. Noen ganger var det uenighet om behovet for sykehjems plass. Flere pårørende takket «nei» til sykehjems plass, blant annet fordi de eldre nektet å flytte på sykehjem. Erfaringer med avlastning varierte. Sykehjemsbeboerne hadde et lavere funksjonsnivå enn hjemmeboende eldre, men på viktige områder var gruppene like.

**Konklusjon.** Eldre som ventet på sykehjems plass var en sammensatt gruppe. De fleste hadde et reelt behov for sykehjems omsorg. Noen ble vurdert til å leve under utrygge og uverdige forhold. Disse eldre og deres pårørende har behov for individuelt tilrettelagt støtte og omsorg.



**Kandidat:**  
**KARI HANNE GJEILO**

**Tittel:** «Health-related quality of life and chronic pain in patients undergoing cardiac surgery»

**Arbeidssted:** Klinikk for  
hjerne- og lungekirurgi, St.  
Olavs Hospital, Trondheim

**Disputas:** 18. juni 2009, Det  
medisinske fakultet, NTNU

**E-post:** kari.hanne.gjeilo@  
stolav.no

> **Bakgrunn.** Helse relatert livskvalitet har blitt et viktig endepunkt etter hjertekirurgi. Noen studier har funnet dårligere livskvalitet hos kvinner etter hjertekirurgi, mens andre studier ikke har kunnet konkludere med det samme. Kroniske smerter etter hjertekirurgi representerer et klinisk problem som har fått lite oppmerksomhet. Forekomsten varierer fra 18–61 prosent i ulike studier, variasjonen skyldes delvis metodiske utfordringer.

**Hensikt.** Målet med avhandlingen var å få kunnskap om helse relatert livskvalitet og kroniske smerter etter hjertekirurgi med vekt på alders- og kjønnsforskjeller.

**Metode og resultat.** Avhandlingen bygger på to studier: Den første studien var en tverrsnittsstudie av 203 pasienter tre år etter koronar-kirurgi. Studien viste at pasientene hadde helse relatert livskvalitet på høyde med normalbefolkningen. Kvinner rapporterte noe dårligere livskvalitet enn menn. Pasientene rapporterte mindre smerter enn normalbefolkningen, dette gjaldt særlig eldre pasienter.

Den andre studien var en prospektiv studie av 534 pasienter. Pasientene ble inkludert før hjerteoperasjonen og fulgt opp etter seks og tolv måneder. Studien viste at kvinner har dårligere livskvalitetsskår enn menn både før og etter hjertekirurgi, men også kvinner hadde en betydelig forbedring av livskvaliteten. Forekomst av kroniske smerter var lavere enn i tidligere studier. Likevel forekom kroniske smerter hos en av ti pasienter. Det syntes å være en sammenheng mellom kroniske smerter og lav livskvalitet.

**Konklusjon.** Avhandlingen viser at hjertekirurgi bidrar til en klar forbedring av helse relatert livskvalitet, også hos eldre pasienter. Likevel er det grunn til å fokusere mer på forebygging og behandling av kroniske smerter etter hjertekirurgi. Kjønnforskjeller i livskvalitet tilsier at kvinners rehabilitering bør vektlegges sterkere.



**Kandidat:  
LIV FEGRAN**

**Tittel:** «Parents and Nurses in a Neonatal Intensive Care Unit – The Development of a Mutual Beneficial Partnership in the Care of the Infant»

**Arbeidssted:** Universitetet i Agder

**Disputas:** 24. april 2009 ved Universitetet i Oslo

**E-post:** liv.fegran@hia.no

Studien viser hvor viktig det er umiddelbart å involvere foreldre i omsorgen for det premature barnet, og at ansvar avklares ved at sykepleier og foreldre i fellesskap blir enige om hvordan, på hvilke områder og i hvilken grad foreldre ønsker å delta. Etter fødselen og når barnet er akutt sykt vil sykepleier ta hovedansvaret mens foreldre oppfordres til å være til stede og gi barnet fysisk kontakt. Studien viser hvor krevende starten oppleves for foreldrene, og at sykepleiers tidlige involvering av far positivt påvirker både mor, barn og far. Etter hvert som barnet stabiliseres vil gradvis mer av ansvaret for pleien overføres til foreldrene.

Denne prosessen med endrede ansvarsforhold oppleves som utfordrende for begge parter, og preges av spørsmål som «hvem har ansvar for hva», «hvordan balansere mellom en profesjonell og en personlig relasjon», og «hvem bestemmer hvis foreldre og sykepleiere er uenige om hva som er best for barnet».

Nyfødtavdelingens åpenhet og gjennomsiktighet kan bidra til å skape trygghet og tillit i denne prosessen. På den andre siden kan åpenhet være både avslørende og forpliktende og dermed øke belastningen for begge parter. Tidligere studier viser stor enighet om at familiesentrert tilnærming basert på likeverd og samarbeid er den beste tilnærming til foreldre på nyfødtavdelinger. På tross av dette er det et økende fokus på hvor komplekst dette samarbeidet kan være, og uklare roller og manglende samarbeid er ofte beskrevet. Hensikten med denne studien var å utforske hvordan foreldre og sykepleiere opplever samarbeidet, og hvordan dette utvikler seg i løpet av barnets innleggelse. Data ble innsamlet gjennom observasjoner og intervjuer av mødre, fedre og sykepleiere.

# HVORDAN SKRIVE METODEKAPI

Her skal forskeren beskrive innhenting og utvelgelse av data, og hvordan disse er analysert.

Av **Anners Lerdal**

Hensikten med metodekapitlet er å beskrive hvordan forskerne har besvart forskningsspørsmålene, det vil si hvordan de har gått frem for å innhente data til studien, hvilke data som er innhentet og hvordan man har analysert dem. Dette omfatter også hvordan man har sikret personvernet til deltakerne og foretatt nødvendige etiske hensyn. Opplysningene bør være så nøyaktige at andre kan gjenta det samme som forskerne har gjort. Hvordan metodekapitlet til sist utformes avhenger av forskernes tilnærming til problemstillingen, anvendte metoder og i noen grad tradisjonene til tidsskriftet man ønsker å publisere i.

## > FORSKNINGSDESIGN

Mens innledningskapitlet avsluttes med å oppgi hvilke problemstillinger eller forskningsspørsmål studien skal besvare, starter det påfølgende metodekapitlet med å oppgi hvilket forskningsdesign som er brukt for å besvare dem. Forskningsdesign blir brukt som et overordnet samlebegrep på gjennomføringen av forskningsopplegget. Ulike forskningsdesign bygger på ulike forskningstradisjoner, vitenskapsfilosofiske antakelser og omfatter sammenhengen mellom studiens målsetting, datainnsamlings metode, form og type, operasjonalisering av begrepene og utvelgelsen av deltakere. Valg av forskningsdesign er derfor svært sammensatt. Begrepet forstås og brukes ulikt. Noen henviser til den overordnede hensikten med studien, som for eksempel et beskrivende, utforskende eller forklarende design. Andre angir den filosofiske tilnærmingen som er valgt, som for eksempel et fenomenologisk-hermeneutisk design. Eller type data man samler inn, som for eksempel et kvalitativt design. Andre eksempler på design innen kvalitative studier er grounded theory og etnografisk design. En fjerde variant er angivelse av datainnsamlings-tidspunktene, som for eksempel et longitudinelt design. Eksempler på design innen kvantitative studier er eksperiment, kvasieksperiment og randomisert kontrollert studie. Man finner også kombinasjoner av de ulike måtene å bruke designbegrepet på, som for eksempel et fortolkende, hermeneutisk og longi-

tudinelt design. Samlet gir disse begrepene leserne innsikt i hvilken type kunnskap studien har til hensikt å frembringe.

## > POPULASJONEN OG UTVELGELSE

Hvordan forskerne går frem for å velge ut deltakere til studien har stor betydning for hvilke data man får og dermed hvilke tolkninger som kan gjøres av innsamlede data. Spesielt gjelder dette tilfellene hvor man har gjort et utvalg av personer og ønsker å generalisere funnene fra disse til en større gruppe. Den totale gruppen man ønsker å generalisere til, og velger ut deltakere fra, utgjør studiens populasjon. Det er derfor nødvendig å beskrive hvem denne gruppen er, hvor mange personer den består av og hvordan man kom i kontakt med dem. Hvis studiens hensikt ikke er å generalisere til en bestemt populasjon, beskriver forskerne allikevel hva man har gjort for å rekruttere deltakere til studien eller få tilgang til forskningsfeltet. I slike tilfeller søker man for eksempel etter personer som har en spesiell erfaring, eller som er et naturlig miljø (forskningsfelt), hvor fenomenet som ønskes studert forekommer. Ofte beskrives hvem som ble forespurt om å delta ved at man oppgir inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Hvis forskerne får tilgang til allerede innsamlede data, for eksempel hos Statistisk sentralbyrå (SSB), er det viktig å beskrive populasjonen SSB eventuelt har trukket et utvalg fra.

## > DATAINNSAMLINGSMETODE

Datainnsamlingsmetoden (-e) som ble anvendt beskrives. Data kan for eksempel innhentes ved hjelp av spørreskjema, gjennomgang av pasientjournaler, målinger (for eksempel høyde, vekt og blodtrykk), fokusgruppeintervju, dybdeintervju, telefonintervju, andre typer intervju, observasjoner eller gransking av kilder.

## > VARIABLER OG FENOMEN

Kvantitative forskningsstudier beskriver hvilke variabler (egenskaper) det samles inn data om og hvordan disse måles og angis med tallverdier. Relevante

# TLET?

begreper operasjonaliseres så nøyaktig at leseren ved hjelp av beskrivelsene kan utføre de samme målingene. Hvis man for eksempel har målt kroppstemperatur, oppgir forskeren modell og produsent for termometeret. Hvis variablene er operasjonalisert, som standardiserte spørsmål med faste svaralternativer, må disse oppgis. Ofte anvendes internasjonale standardiserte spørreskjemaer som er oversatt til norsk etter anerkjente prosedyrer. Vanligvis er det lagt ned mye forskningsarbeid for å undersøke om spørsmålene faktisk måler den variabelen/det begrepet man ønsker å måle. Ved bruk av slike spørreskjema er det vanlig å beskrive hvilke begrepsdimensjoner som måles, antall spørsmål/påstander som skal besvares/vurderes, samt vise til forskningen som er gjort for å teste spørreskjemaets pålitelighet og gyldighet. Har man brukt en intervjuguide under intervju, er det vanlig å beskrive dens innhold og oppbygging.

## > PROSEDYRER

Hvordan man konkret gikk frem under datainnsamlingen er ofte aktuelt å beskrive. Hvis forskerne har brukt intervju som metode, er det vanlig å beskrive hvordan man gjennomførte intervjuene. Startet man for eksempel ut med ett spørsmål, for så å la deltakeren snakke fritt om temaet, eller ble intervjuet i stor grad styrt etter en utviklet intervjuguide. Her er forskerens roller ulike og tilsier at man får forskjellig datamateriale selv om temaet skulle være det samme. Ulike måter å gjennomføre intervjuer på har ulike begrunnelser og henger igjen sammen med det valgte forskningsdesignet. Hvis man gjorde observasjoner, i hvilke situasjoner gjorde man dem og når på døgnet? Dette er eksempler på opplysninger som det er relevant å oppgi. Hvis man tenker at fenomenet man studerer kan variere gjennom dagen eller med årstidene bør tid og årstid oppgis. Hvis ulike tiltak testes ut, hva var rekkefølgen? Hvilken informasjon fikk deltakerne på forhånd? Hvor lenge varte intervjuene? I hvilket miljø og under hvilke forhold foregikk datainnsamlingen? I deltakernes hjem, på arbeidsplassen eller i sykehus?

## > PERSONVERN OG FORSKNINGSETIKK

Helsefaglig forskning er underlagt en rekke lover og etiske retningslinjer. Det bør redegjøres for hvordan disse er ivaretatt og hvilke godkjenninger som er innhentet. Beskriv gjerne kort samtykkeform og hvilken informasjon forskerne har gitt om deltakelse og egne forpliktelser. For å publisere resultater fra kliniske forsøk krever de fleste tidsskrift at studiene ble registrert i et anerkjent offentlig register før den startet. Hensikten med slike registre er å motvirke at man bare får kjennskap til studier som viser positiv effekt.

## > ANALYSE AV DATA

Hvordan man har behandlet og analysert data beskrives også i dette kapitlet. Ved analyse av kvalitative data er det vanlig å beskrive analyseprosessen. Normene for hvordan analysemetodene beskrives varierer ut fra hvilke metoder som brukes. I studier hvor man bruker dataprogram til å gjennomføre analysen, oppgis produsenten og versjonen av programvaren man brukte.

Beskrivelsen av hva som vanligvis inngår i forskningsartiklers metodekapittel er skrevet på et generelt grunnlag og er derfor ikke fullstendig i forhold til alle typer forskningsdesign og metoder. Når man planlegger å sende et manuskript til vurdering i et tidsskrift bør man studere tidsskriftets forfatterveiledning. Slike veiledninger varierer i detaljeringsgrad. Tidsskrifter har også ulik kultur for hvor omfattende metodekapitlet skal være og hva man legger vekt på. Derfor kan det lønne seg å studere utgitte artikler fra det aktuelle tidsskriftet.

## LITTERATUR

**Fagermoen MS.** Kvalitativ forskning: en opprydding i begrepsbruk. Tidsskrift for norsk sykepleieforskning 1996;(1): 15-23.

**Hall GM.** How to write a paper. 4. utg. London: BMJ Publishing; 2008.

**Potit DF., Beck CT.** Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8. utg.: Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

# SKRIV KRONIKK

Ved å skrive kronikker kan sykepleiere gi allmennheten innsyn i viktige sykepleiefaglige problemstillinger.

Av **Anners Lerdal**

Åpner man en avis kan man ikke unngå å se en kronikk, ofte lett synlig plassert. I noen aviser er kronikkspalten plassert i nærheten av lederen til redaktøren, derav det engelske begrepet op-ed (opposite editor). Kronikken skrives gjerne av fagfolk som formidler en klar og sterk mening. Mens budskapet ofte har en faglig karakter, er begrepene og språket i en kronikk tilpasset målgruppen man ønsker å nå. I en vanlig avis er det allmennheten, mens kronikker i fagtidsskrifter er rettet mot tidsskriftets lesgruppe.

## > FAGSPØRSMÅL FOR ALLMENNHETEN

Kronikkforfatteren har kontroll over teksten. Gjennom kronikker kan man uttrykke seg faglig på premisser man selv setter. Det forutsetter naturligvis at man har noe viktig og fortelle og at noen vil trykke det endelige manuskriptet.

Kronikker kan få stor oppmerksomhet både i media og i berørte fagmiljøer. Mange husker sikkert kronikkene i Aftenposten sommeren 2008 om sammenheng mellom provosert abort og rusmisbruk skrevet av professor Willy Pedersen fra UiO. Budskapet ble møtt av motsvar fra avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet Preben Avitsland. Han stilte spørsmål ved slutningene Pedersen hadde trukket vedrørende årsaks- og virkningsforhold. Gjennom flere innlegg fikk allmennheten innsyn i en faglig kausalitetsdebatt som dreide seg om mulige ettervirkninger etter provosert abort. Innleggene fra disse fagfolkene er gode eksempler på hvordan en avansert metodediskusjon, som vanligvis foregår i forskningsfora, kan fremstilles i en form og med begreper som gjør den interessant for folk flest.

## > KRONIKKER FRA SYKEPLEIER-HVERDAGEN

Sykepleiere arbeider i svært ulike posisjoner i samfunnet. Mens mange arbeider med pasienter, og hjelper sine faste pasienter over lengre tid, jobber andre med organisering og administrasjon av kompliserte institusjoner med store budsjetter. Til daglig står sykepleierne i situasjoner og tar valg som andre

ville kunne være interessert i å få innsyn i. Ved å gi allmennheten innsyn, kan det skapes interesse for viktige problemstillinger som mange kanskje ikke har tenkt over at eksiterer. Hvis man mener at sykepleiekompetanse er viktig for samfunnet, er kronikk et format hvor man kan gi gode eksempler og vise hvordan kompetanse kan gjøre en forskjell.

## > HVORDAN SKRIVE OG STRUKTURERE EN GOD KRONIKK?

Det virker som om det ikke finnes mye litteratur på dette temaet. For interesserte lesere kan nettsiden til Magne Lindholm anbefales (se litteraturlisten). Hans beskrivelse av hvordan skrive kronikk har mange nyttige tips som er verd å lese. Det er også konkrete tips å hente ved å google «op-ed». Rådene i denne artikkelen er i hovedsak hentet ut fra disse kildene, men også egen erfaring med å skrive og med å redigere andres kronikker.

Oppbygging av en artikkel er nesten det motsatte av vanlige akademiske arbeider. I sistnevnte arbeider er det vanlig at man presenterer ulike argumenter og drøfter disse for å konkludere til slutt. Kronikken starter ofte med konklusjonen og etterfølges av argumenter, fakta og beskrivelse som bygger opp om det man påsto. Det kan være lurt å dobbeltsjekke fakta. Et råd hvis man sitter fast i skrivingen er ofte å flytte den avsluttende konklusjonen foran i manuskriptet. Bruk ulike troverdige kilder og gjerne uttalelser fra tredjeperson. Argumentasjonen og diskusjonen er den delen som gjerne tar størst plass. Til slutt munnar kronikkene ofte ut i en klar anbefaling eller oppfordring.

## > KLAR MENING

En spenstig konklusjon innledningsvis trigger leseren til å lese videre. En forutsetning er at man fremsetter klare meninger om én sak. Hvis man synes det er vanskelig å uttrykke seg klart i frykt for å få motinlegg, er trolig ikke kronikken den rette formen å ytre seg på for forfatteren. En klar fallgrube er at man ønsker å si mye om flere saker når man først er i gang med å skrive. Rydd heller opp i de ulike problemstil-

lingene og lag flere kronikker som kan sendes til ulike aviser og tidsskrifter.

### > AKTUALITET

Problemstillingen som kronikken handler om må ha aktualitet for mange av leserne. Aktualitet kan knyttes til bestemte dager, for eksempel tidspunkt for et jubileum, dagen for lansering av en stortingsmelding, eller sommeren hvis kronikken handler om fagkompetanse i hjemmetjenestene under ferieavvikling. Hvis aktualiteten for leserne ikke er åpenbar, må forfatteren sørge for dette innledningsvis. De første linjene avgjør om leserne blir om til neste side eller får lyst til å lese videre. En ekstra oppmerksomhet bør derfor vies starten på teksten.

### > KORTE SETNINGER OG KLARE BEGREPER

Et råd som ofte gis er å skrive korte setninger. Når man nærmer seg slutten på skrivingen, bør man gå igjennom å lete etter unødige ord og bisetninger som gjentar det man allerede har sagt. Lange setninger kan også ofte deles opp på en ny måte. Kronikker inneholder ikke fremmedord og vanligvis ikke fagspråk. Hvis et fagbegrep unntaksvis brukes, bør det i så fall etterfølges av en enkel og grei forklaring. Det kan være en lærerik erfaring for forfatteren å beskrive innarbeidede fagbegreper med vanlige norske ord. Man tvinges til å tenke igjennom hva som egentlig ligger i begrepene – begreper man kanskje bruker daglig med største selvfølgelighet.

### > FØLG KRONIKKVEILEDNINGEN

Noen avsier og tidsskrifter har en liten beskrivelse av hvordan kronikken skal utformes og hvor den skal sendes. En fare er at man skriver for langt. Hvis ikke avisen eller tidsskriftet man ønsker å sende kronikken til har oppgitt ønsket lengde bør man sjekke lengden på det de har publisert. Aftenposten opererer for eksempel med en normallengde på 6500 tegn inkludert mellomrom.

Landsdekkende aviser får gjerne tilsendt flere kronikker hver dag. I praksis blir de fleste avslått. Når man sender inn en kronikk og ber avisen tar den inn,

bør man derfor ha jobbet grundig med teksten. I lokalaviser er ofte det lettere å få inn en kronikk. Hvis man ønsker teksten publisert i en landsdekkende avis må man forvente større konkurranse. Dette innebærer høyere krav til aktualitet, originalitet, klare meninger og god språkføring. Få gjerne kollegaer eller venner til å lese igjennom og kommentere utkastet før det sendes inn. Da har man en fin anledning til å luke bort feil, rette opp uklart budskap og avdekke svakheter ved argumentasjonen man ikke selv har sett.

### > NÅR KRONIKKEN SENDES INN

Når manuskriptet sendes til avisen eller fagtidsskriftet kan det være lurt å foreslå en overskrift. Denne bør være kort, slående med en klar sammenheng til poengene som kommer i begynnelsen av teksten. Men, vær klar over at avisen eller tidsskriftet bestemmer overskriften. Jo mer slående og til poenget forslaget ditt er, dess større er sjansen for at der er din versjon som kommer på trykk.

Når teksten sendes inn som et vedlegg i en e-post kan det være lurt å beskrive kort hva kronikken handler om og dens aktualitet. Dette gir kronikkredaktøren et første inntrykk av teksten vedkommende skal vurdere.

Hvis du sender teksten til kronikkredaksjonen tidlig om morgenen, kan det være lurt å ta en telefon til redaksjonen senere på dagen for å få bekreftelse på at de har mottatt den. Slik får du en foreløpig tilbakemelding på om de har lest den. Uansett gir det en mulighet for forfatteren til å presentere seg.

Den relativt høye andelen sykepleiere i helsevesenet, skulle tilsi at sykepleiere relativt hyppig var representert blant kronikkforfattere med helsebakgrunn. Her har forfatteren dessverre ingen empiri, men sitter med en oppfatning om at yrkesgruppen ikke har vært representert med sin andel. Dette bør være en utfordring for sykepleiere!

### LITTERATUR

1. Lindholm M. [http://home.hio.no/~magneli/tips\\_og\\_lenker/hvordan\\_skrive\\_kronikk.html](http://home.hio.no/~magneli/tips_og_lenker/hvordan_skrive_kronikk.html)
2. Nylenna, M. Publisere & presentere. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008.



# KOMBINERTE METODER

– et tredje paradigme i sykepleieforskningen?

Av **Elsa Kaarbø**, sykepleier og høgskolelektor, Høgskolelektor Høgskolen i Bergen. Avdeling for helse- og sosialfag, Institutt for sykepleie

## > INNLEDNING

I all forskning bør metodevalget bestemmes ut fra problemstilling. Hvilken fremgangsmåte kan gi svar på det som skal undersøkes? Tradisjonelt har forskere innen sykepleie måttet velge mellom såkalte kvalitative eller kvantitative tilnæringer. De representerer to forskjellige tenkemåter (paradigmer) med hver sine metoder. Enkelt sagt vil det kvalitative paradigmat stå for en induktiv, holistisk og subjektiv tilnærming som kan si noe om det kontekstuelle og særegne ved et fenomen. Kvantitativ forskning kjennetegnes ved hypotetiskdeduktiv metodologi hvor objektivitet og generaliserbarhet kan vise allmenne sammenhenger (1). Selv om disse to tenkemåtene er forskjellige og til tider har stått i et sterkt motsetningsforhold til hverandre, er de nå å betrakte som selvstendige, men komplementære innenfor de fleste fagområder (2, 3).

I nyere tid har forskere (3, 4, 5) argumentert for at det er mulig å kombinere de to tilnærmingene i samme studie, og at dette noen ganger kan være det beste alternativet for kunnskapsutvikling. De omtaler denne muligheten, «mixed methods», som et tredje forskerparadigme som er sidestilt med de to andre. En annen benevnelse er «a third methodological movement»(6). Denne type tilnærming er i sterk vekst i USA og i England. Omtrent 18 prosent av britisk helseforskning i tidsrommet 1994–2004 har benyttet «mixed methods research» (7). Et hovedargument er at utfordringene i helse- og sosialtjenestene ofte er sammensatte og dermed krever flere metoder enn én for å kunne belyse problemstillingene (7, 8).

Det blir skrevet artikler og bøker og holdt internasjonale konferanser om emnet. De to amerikanske tidsskriftene «Journal of Mixed Methods Research» og «International Journal of Multiple Research Approaches» er viktige formidlingskanaler for denne type forskning. Så langt jeg kan se er dette lite kjent innenfor sykepleieforskning i Norge. Jeg vil derfor prøve å definere begrepet og si noe om hvordan denne tilnærmingen praktisk kan gjennom-

føres. Styrke og svakheter ved bruken av kombinerte metoder vil også bli drøftet.

## > BEGREPSAVKLARING

«Mixed methods» (også omtalt som «multi-method, mixed research or integrative research») er et begrep som er utviklet av engelske og amerikanske forskere: «A mixed methods research is a procedure for collecting, analysing, and ‘mixing’ both quantitative and qualitative research and methods in a single study to understand a research problem» (9 s. 552).

Den filosofiske overbygningen er pragmatisme. Forskeren bruker de metodene som synes å være nyttige for å finne svar på et spesielt forsknings-spørsmål. Dette står i motsetning til metodologiske «purister» som hevder at man alltid skal arbeide innenfor enten et kvalitativt eller et kvantitativt paradigme (4). I denne artikkelen har jeg valgt å oversette «mixed methods» med begrepet «kombinerte metoder» og beskriver fire typer forskningsdesign innenfor denne type forskning (figur 1).

## > TRIANGULERING 1

Kvantitative og kvalitative data samles og analyseres samtidig eller parallelt. Kunnskapstilfanget ligger i blandingen og tolkningen av resultatene: «The purpose of a triangulation (or concurrent or parallel) mixed methods design is to simultaneously collect both quantitative and qualitative data, merge data, and use the results to understand a research problem» (9 s. 557).

Triangulering kan stimulere til utviklingen av kreative måter å samle inn data på og lede til fyldigere og rikere data. Det kan også føre til syntese eller integrasjon av teorier (10). Triangulering fører gjerne til at forskeren får flere innfallsvinkler i sin søken etter kunnskap. Mønstre som kan komme frem ved bruk av en metode, kan suppleres, bekreftes eller motsies av funn via andre metoder. Et eksempel kan være at man samler inn kvantitative og kvalitative data i et intervju, analyserer disse hver for seg, blander og



tolker data og bruker resultatene til å svare på et forskningsspørsmål (11).

Men innsamlingen av forskjellige typer data er ressurskrevende. Kunnskap og ferdigheter til å kunne analysere og tolke resultatene, stiller store krav til forskeren, blant annet problemet med å transformere en type data til en annen for å integrere og sammenligne databasene. Dette kan løses ved at flere forskere med ulik bakgrunn, arbeider sammen i et forskersteam (forskertriangulering).

### > 2. INNLAGT KOMBINERTE METODER

Dette designet ligner på triangulering, men med noen viktige unntak. Innenfor samme studie samles kvantitative og kvalitative data samtidig og analyseres hver for seg, men forskeren lar en form for data spille en støttende rolle til den andre formen for data. Designet kan ha en større kvantitativ komponent og en mindre, støttende kvalitativ komponent.

Metoden kan brukes ved korrelasjons- og intervensjonsforskning (eksperimenter). Kvantitative data kan for eksempel vise om et behandlingsopplegg har hatt noen virkning på deltakerne, mens kvalitative data vil kunne si noe om hvordan deltakerne opplevde intervensjonen. Forskeren kan dermed få svar på to ulike forskningsspørsmål: «In the embedded design analysis, the analyses of the quantitative and qualitative data are kept separate because the two data sets often reflect different questions» (9 s. 566).

Utfordringen ved dette designet er at det er vanskelig å kombinere de to databasene fordi data svarer på to forskjellige forskningsspørsmål. I tillegg vil det å introdusere kvalitativ datasamling i et eksperiment (eller en korrelasjonsstudie) kunne ha innflytelse på resultatet. For å unngå dette kan man samle kvalitative data på slutten av eksperimentet. Ellers vil mange av utfordringene være de samme som ved triangulering.

### > 3. FORKLARENDE KOMBINERTE METODER

Her samles data i to omganger: «An explanatory

mixed methods design (or a two-phase model) consists of first collecting quantitative data and then collecting qualitative data to help explain or elaborate on the quantitative results» (9 s. 560). Kvantitative data og resultater gir et generelt bilde av forskningsspørsmålet, mens en mer inngående analyse gjennom kvalitative data vil kunne nyansere, utvide og forklare det generelle bildet. I en survey (12) fikk man inn 1431 utfylte skjema og dybdeintervjuet deretter 12 av deltakerne. Studien ga to svar: Det ene (kvantitative data) viste forskjell mellom kvinner og menn når det gjaldt deltakelse i sosiale aktiviteter i nærmiljøet. Kvinner var mer aktive enn menn. Det andre (kvalitative data) bidro med beskrivelser av forskjellene.

I dette designet er datatypene likeverdige og står hver for seg. Det blir enklere for dem som lager designet og som gjennomfører studien, og lettere for dem som senere skal lese om den. En behøver ikke sette sammen eller integrere to ulike typer data. Men forskeren må ha ekspertise og ressurser til å samle begge typer data og bestemme hvilke aspekter av det kvantitative resultat som skal følges opp via den kvalitative delen. Dette er utfordrende.

### > 4. UTFORSKENDE KOMBINERTE METODER

Her samles data i to omganger, de kvalitative først: «The purpose of an exploratory mixed methods design is the procedure of first gathering qualitative data to explore a phenomenon, and then collecting quantitative data to explain relationships found in the qualitative data» (9 s. 561). Dette designet egner seg godt der forskeren vil undersøke et fenomen eller lage et instrument (for eksempel et spørreskjema) og teste det. Gjennom dybdeintervju kan man identifisere tema og lage kategorier til et spørreskjema: «One advantage of this approach is that it allows the researcher to identify measures actually grounded in the data obtained from study participants» (9 s. 561).

Men metoden krever omfattende datainnsamling og er tidkrevende blant annet fordi et instrument må testes ut før det kan brukes. Forskeren må også velge ut hvilke tema eller kategorier som skal overføres fra dybdeintervjuene til den kvantitative undersøkelsen. Dette designet er mye brukt innenfor sosiologi og sosialantropologi.

Disse fire forskningsdesignene velges ut fra den problemstilling forskeren arbeider med. Ut fra et pragmatisk ståsted vil designet som synes mest nyttig være det aktuelle. Som en fellesnevner for de fire fremgangsmåtene vil jeg i korte trekk oppsummere forskningsprosessen innenfor kombinerte metoder (9 s. 568).

### **Trinn 1. Bestemme om forskeren har forutsetning for å bruke kombinerte metoder**

Første steget i et slikt forskningsdesign er å vurdere om det er gjennomførbart. Har forskeren tilstrekkelig med kunnskaper og ferdigheter til å samle data kvalitativt og kvantitativt, gjennomføre analyse og rapportere i tråd med krav til begge forskningstradisjonene? Man må også tenke gjennom hvordan andre forskere, utgivere, praktikere og så videre vil ta imot og verdsette den kompleksiteten som kombinerte metoder kan by på.

### **Trinn 2. Identifisere et rasjonale for bruken av kombinerte metoder**

Forskeren må også kunne begrunne valget. Hvorfor er det hensiktsmessig å samle både kvalitative og kvantitative data i og samme studie? Er det slik at forskeren mener at bruken av begge typer data vil gi bedre svar på forskningsspørsmålet enn bruken av bare en type tilnærming vil kunne gi? En slik begrunnelse bør gis tidlig i en prosjektplan eller rapport.

### **Trinn 3. Planlegge en datasamlingsstrategi og type forskningsdesign**

Her må forskeren bestemme hvordan data skal samles inn, og om kvalitative og kvantitative data skal være likestilte (veie like mye). Figur 1 viser ulike

vektlegging og rolle innenfor de fire forskningsdesignene. Skal data samles inn samtidig eller parallelt eller skal de samles inn i flere faser? Det må også avgjøres hvilke typer data det dreier seg om (bilder, ord, fortellinger og så videre).

### **Trinn 4. Utvikle forskningsspørsmål**

Avhengig av hvilket forskningsdesign man vil benytte ved kombinerte metoder, kan man lage spørsmål på forhånd eller underveis. Velger man triangulering, vil det være naturlig å lage spørsmålene på forhånd. Ved et tofase design, vil spørsmålene til andre fase ikke være laget tidlig i studien, men fremkomme underveis i prosessen.

### **Trinn 5. Samle kvantitative og kvalitative data**

Datasamling skal skje slik prosedyrene er for innsamling av henholdsvis kvantitative og kvalitative data. Her er det ingen forskjell på kombinerte metoder og henholdsvis kvalitative eller kvantitative metoder. Kvantitative data kan samles og overføres til et dataprogram og der bli gjenstand for statistisk behandling. Kvalitative data som ord og tekster kan behandles slik for eksempel temabasert analyse krever. Bruken av kombinerte metoder som innebærer innsamling av begge typer data, kan bli svært omfattende og tidkrevende.

### **Trinn 6. Analysere data hver for seg eller parallelt**

Analysen vil avhenge av hvilket av de fire forskningsdesignene som er valgt. Data kan analyseres hver for seg, slik man vil gjøre ved forklarende og for utforskende design, mens man ved triangulering vil kreve at resultatene fra begge typer data blir integrert i analysen. Dette blir ofte vurdert som den vanskeligste delen innenfor kombinerte metoder, og det er utarbeidet retningslinjer for hvordan en slik analyse kan utføres (9).

### **Trinn 7. Å rapportere funnene sammen eller enkeltvis**

Her kan man velge å skrive denne som en hel eller som en todelt rapport. Det avhenger av hvilket forskningsdesign man har valgt. Når man bruker triangulering, vil det være naturlig å skrive en hel, sammenhengende rapport. Her vil man finne resultatene fra henholdsvis kvantitative og kvalitative data, men blandingen og tolkningen av begge typer data dominerer fremstillingen. Integreringen av begge typer data gjenspeiles i hele forskningsprosessen og dermed også i rapporten

Velger man å skrive en todelt rapport, vil rapporten kunne inneholde en del hvor man spesifiserer forskningsspørsmålet og litteraturen. Deretter kommer en seksjon hvor man presenterer datasamling og tolkning hver for seg: en kvantitativ og en kvalitativ del.

## > DISKUSJON

Sykepleiepraksis krever at utøverne har kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør dem i stand til å yte hjelp, ofte i svært komplekse situasjoner. Utvikling av kunnskap innenfor dette feltet krever ulike tilnærminger, og bruken av kombinerte metoder kan være en vei å gå. Den filosofiske overbygningen eller paradigmet, handler om en pragmatisk tilnærming til forskningsspørsmålene og kjennetegnes av metodologisk mangfold. Hensikten er ikke å erstatte de to andre tilnærmingene, men å dra nytte av styrken og forminske svakhetene ved begge.

En kritikk av kombinerte metoder er at man blander metodologi (eller paradigmer) og derfor kommer «skjevt ut» helt fra starten. En annen innvending er at det kan være vanskelig for en enkelt forsker å gjennomføre både kvalitativ og kvantitativ forskning. Det kan løses ved at flere forskere arbeider med samme forskningsspørsmål, men med ulik vinkling.

## > KONKLUSJON

Kombinerte metoder med sine ulike forskningsdesign er fremdeles i utvikling, og man diskuterer hvordan man skal forholde seg til denne type forskning. Diskusjonen retter seg først og fremst mot synet på paradigme og pragmatisme i forskningen: «Some

of the details of mixed research remain to be worked out fully by research methodologists (problems of paradigm mixing, how to qualitatively analyse quantitative data, how to interpret conflicting results etc.)»(3 s. 22). Det er også en utfordring å få de etablerte forskningsmiljøene til å delta i debatten. Så langt jeg kan se vil denne type forskning være til stor nytte, ikke minst innenfor sykepleiefaget. Sammensatte problemstillinger i helse- og sosialsektoren krever flere forskjellige tilnærminger som bruken av kombinerte metoder kan bidra til.

## REFERANSER

1. **Befring E.** Forskningsmetode med etikk og statistikk. 2.utg. Oslo: Det Norske Samlaget, 2007.
2. **Grønmo S.** Samfunnsvitenskapelige metoder. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.
3. **Johnson RB, Onwuegbuzie AJ.** Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 2004; 33: 14-27.
4. **Creswell JW.** Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 2. ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. 2003.
5. **Williamson GR.** Illustrating triangulation in mixed-methods nursing research. *Nurse Researcher*, 2005; 12: 7-18.
6. **Tashakkordi A, Teddlie C.** Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioural Research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.; 2003.
7. **O'Catina A, Murphy E, Nicholl J.** Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England: a mixed methods study. *Health Services Research*. 2007, 7:85.
8. **Røykenes K.** (2008) Metodetriangulering – et metodisk minefelt eller en berikelse av fenomener? *Sykepleien Forskning* 2008; 4: 224-226.
9. **Creswell JW.** Educational Research. Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research. 3. ed. New Jersey: University of Nebraska-Lincoln; Pearson International Edition, 2008.
10. **Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA.** Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*. SAGE Publications. 2007, (s. 112-133).
11. **Kennett DJ, O'Hagan FT, Cezer D.** Learned Resourcefulness and the Long-Term Benefits of a Chronic Pain Management Program. *Journal of Mixed Methods Research*. SAGE Publications. 2008, (s. 1-23).
12. **Hodgkin S.** Telling It All. A Story of Women's Social Capital Using a Mixed Methods Approach. *Journal of Mixed Methods Research*. SAGE Publications. 2008, (s. 296-316).

# Rettelser:

## MANGELFULL REFERANSE

I nr 1–2009 ble Esther Hjälmhults artikkel: Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødte barn? trykket med en ufullstendig tabell. Tabell 2 på s. 20–21 mangler følgende referanse:

Forfatter og utgivelsesår	Land	Hensikt	Design/metode	Deltakere	Resultat
Vehvilhäinen-Julkunen K. 1994 [37]	Finland	Undersøke klienters mulige alternativer, samt mening og funksjon med hjemmebesøk sett ut fra klienter og helsesøstre.	Nasjonale surveys, post-enqueter	263 og 323	Helsesøstre anså at den viktigste funksjonen var støtte og oppmuntring til foreldre og sikre omsorgen for barnet, viktig å møte far. Mødre mente at den viktigste funksjon for hjemmebesøk var å få en kompetent undersøkelse av barnet og informasjon om utvikling og stell. Fire av fem mødre kontaktet helsesøster og avtalte selv hjemmebesøk, men bare halvparten anså at de hadde valg mellom besøk hjemme eller på helsesasjon. Helsesøstre anså at foreldre kunne velge.

## FEIL TALL

I nr 2–2009 ble Nina Fållun med fleres artikkel: Sykepleieres erfaringer med timebank som en alternativ arbeidsplanmodell ved en intensivenhet, trykket med en skrivefeil på s. 114, der det oppgis at «totalt 35 personer deltok i Timebanken i løpet av de tre årene den eksisterte». Her skal det egentlig stå «25 personer».



” 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.

 forskning

# Det hjelper å tenke positivt

› Eva Langelands forskning viser at samtalegrupper kan få mennesker med psykiske problemer til å fokusere på egne ressurser og delta mer aktivt i samfunnslivet.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Bjørn Erik Larsen**

Salutogenese er et sentralt begrep i Eva Langelands forskning på psykisk helse og livskvalitet. Begrepet betyr «tilblivelse av helse» av saluto, som er det latinske ordet for helse, og genese, som betyr tilblivelse eller skapelse. Selv ble Langeland introdusert for begrepet av professor Ulla Qvarnström som foreleste på hovedfag i sykepleievitenskap på UiB. Qvarnström kom fra Sverige og var inspirert av den israelske sosiologen Aron

land kom opp i salutogenese på eksamen, noe som skjerpet interessen for dette temaet ytterligere.

– Jeg ble og er fremdeles svært fascinert av selve grunnlaget i tenkningen. Man fokuserer på ressurser og potensialet i personen og omgivelsene og på hva som er passende utfordringer for ham eller henne. Dette skaper gode opplevelser av mestring som igjen fremmer velvære og helse.

Det var mens hun underviste på videreutdanning i psykisk helsearbeid at Langeland begynte å jobbe med samtalegrupper

håndterbarhet og mestring hos den enkelte.

## GOD TIMING

Arbeidet ble utgangspunkt for doktorgraden hennes. Hun fikk økonomisk støtte til prosjektet av Norsk Sykepleierforbund i startfasen og fikk deretter stilling som stipendiat ved Høgskolen i Bergen.

– Timingen var god, medgir hun.

– Det var en hektisk tid, men veldig moro. Materialet baserer seg på ni samtalegrupper i Bergen. Av disse ledet jeg tre og veiledet resten. Jeg kjørte rundt fra den ene gruppen til den andre hele uka.

– Hvis man skal ta en doktorgrad er det viktig at man er engasjert i temaet man forsker på, tror Langeland.

For å kartlegge effekten av samtalegruppene brukte hun standardiserte spørreskjemaer i tillegg til at hun utarbeidet evalueringsskjema som hun delte ut til deltakerne før samtalegruppene startet opp, underveis og etter at de var avsluttet. Funnene tyder på at det å delta i samtalegrup-

” Hvis man skal ta en doktorgrad er det viktig at man er engasjert i temaet man forsker på.

Antonovsky. Han står bak teorien om salutogenese og var gjesteforeleser i Sverige ved flere anledninger.

## FOKUS PÅ MESTRING

Tilfeldighetene ville at Lange-

for personer med langvarige psykiske helseproblemer.

– Gjennom samtalegruppene forsøkte vi å finne ut hva som skulle til for at deltakerne skulle mestre hverdagen best mulig gjennom økt begripelighet,



per basert på salutogen tenkning fører til økt deltakelse på flere livsområder og dermed til økt livskvalitet hos deltakerne. Flere studier bekrefter betydningen av å fokusere på mestringsressurser og velvære fordi et slikt fokus bidrar til økt helse, spesielt psykisk helse.

#### BLIR BRUKT

– Jeg har blant annet skrevet en artikkel om de grunnleggende salutogene prinsippene for hvordan man kan drive samtalegrupper, forteller Langeland.

– Den var vanskelig å få publisert fordi den bryter med tradisjonell tenkning, men det er kanskje den jeg er mest fornøyd med selv. Mange opplever den som svært anvendelig. Det er inspirerende å oppleve at det arbeidet man gjør gir resultater og at det får konsekvenser for praksis. Min mal for å drive samtalegrupper har inspirert andre, det gjør det jo ekstra motiverende å jobbe videre.

Langeland blir stadig konsultert av fagfolk ute i praksis som ønsker å starte samtalegrupper. Hun holder forelesninger om

” Jeg har i hvert fall blitt utrolig fascinert av hvor mye ressurser folk sitter inne med, på tross av at de lever med langvarig sykdom.

emnet og er for tiden veileder for fire samtalegrupper i Sogn og Fjordane.

– *Føler du noen ganger at du blir fjern fra klinikken?*

– Nei, i grunnen ikke. Jeg har jobbet seks år i klinikken og praktisk gjennom samtalegruppene. Jeg føler dessuten at jeg holder kontakten med praksisfeltet gjennom veiledningsarbeidet mitt.

#### TRIVES SOM FORSKER

– Jeg liker å forske og jeg liker å undervise. Jeg har hatt post doc-stipend og startet på et nytt prosjekt, men venter på svar på søknad om midler til å fortsette med dette arbeidet. Jeg vil gjerne gjøre en ny intervensjonsstudie der jeg ønsker å måle enda mer spesifikt hvilke faktorer som skaper helse. Helse er så mye mer enn lavest mulig grad av symptomer på sykdom. Nyere

forskning fokuserer nå på symptomer på psykisk helse nettopp for å spesifikt kunne si og måle hva som kjennetegner god psykisk helse.

– *Er det noen av de funnene du har gjort som har overrasket deg?*

– Jeg vet ikke om overrasket er det rette ordet, men jeg har i hvert fall blitt utrolig fascinert av hvor mye ressurser folk sitter inne med, på tross av at de lever med langvarig sykdom. Langeland er en anelse blank i øynene når hun fortsetter:

– Dette har vært en veldig positiv og rørende opplevelse ved det å jobbe med samtalegrupper. Uansett hvor langt nede folk er kan de hente frem noe positivt i forsøk på å hjelpe og støtte hverandre. Og gjennom å sette ord på dette synliggjør de egne ressurser for seg selv, ser sine egne muligheter.



## Innhold >>

Leder	171
<b>Innspill:</b> Magne Nylenna	172
<b>Artikkel:</b> Er handdesinfeksjon bedre enn handvask? Av Martin Aasbrenn og Reidun Lid	174
<b>Kommentar:</b> Hygiene har med holdning å gjøre. Av Bente Rognlien	185
<b>Artikkel:</b> Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. Av Georg Bollig, Reidar Pedersen og Reidun Førde	186
<b>Kommentar:</b> Ethiske dilemma på sykehjem. Av Ragnhild Hårstad	197
<b>Artikkel:</b> Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. Av Rune Karlsen	198
<b>Kommentar:</b> Psykiatrisk sykepleie – jakten på identitet. Av Gunnar Eidhammer	205
<b>Artikkel:</b> Utvikling og validering av spørreskjema. Spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning. Av Berit Taraldsen Valeberg, Randi Grønseth, May Solveig Fagermoen	206
<b>Kommentar:</b> Utvikling av spørreskjema krever spesialkompetanse. Av Irene Røen	214
<b>Essay:</b> Kunnskapsformer og profesjonalitet. Av Herdis Alvsvåg	216
<b>Innspill:</b> Liv Thorhild L. Undheim og Else Marie Smestad Wisløff	221
<b>Forskning i praksis:</b> Følger for tidlig fødte	222
<b>Evidence based nursing:</b>	
Døende pasienter med kreft reflekterer over dødshjelp	224
Overvektige trenger mye støtte for å endre livsstil	226
Ernæringstilskudd bedret funksjon etter slag	228
<b>Cochrane:</b>	
Tiltak rundt innledning av anestesi til barn	230
Hvitløk mot forkjølelse	231
Forskingsnytt	232
Nytt og nyttig	234
<b>Forskerintervju:</b> Eva Langeland	246