

Forskning

03|10



Røykeavvenning 182



Pasientene hadde ulike forventninger til hvordan informasjon om røykeslutt skulle formidles til dem. Veiledningen foregikk tilfeldig og ofte i tilknytning til andre arbeidsoppgaver. I dette nummeret av **Sykepleien Forskning** presenterer Annett Arntzen og Bente Wahl Sandvold intervjuer av pasienter og helsepersonell om deres erfaringer med røykesluttveiledning i sykehus.

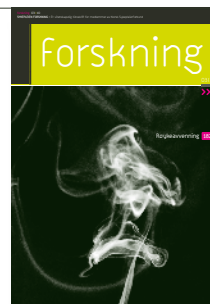


Foto: Erik M. Sundt

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
Spesialsykepleier PhD ved thoraxkirurgisk intensivenhet/ Oslo universitetssykehus. Rådgiver i NSF.



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

Ansvarlig redaktør:
Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaktør: Anners Lerdal
anners.lerdal@dh.no

Assisterende redaktør: Liv Merete Reinar
livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no

Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson
susanne_dietrichson@sykepleien.no

Markedssjef: Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Statistiker: Guri Feten
guri.feten@aal.kommune.no

Design/Layout: Gazette as /Dsigning
Grafisk produksjon: Sykepleien
Repro og trykk: Stibo Graphic AS

Utgivelsesplan 2010:
17/6, 14/10, 16/12
Abonnementspris: Kr. 280,- per år
ISSN 1890-2936

Er de kliniske mastergradene praksisnære nok?

Behovet for sykepleiere med avansert klinisk kompetanse er økende. Dette skyldes blant annet flere eldre, flere pasienter med sammensatte lidelser og en etnisk og religiøst mer sammensatt pasientmasse. Samtidig trenger sykepleiere oppdatert kunnskap om ny teknologi som kan bidra til mer avanserte undersøkelser og behandling.

Det mangler med andre ord ikke gode argumenter for hvorfor sykepleiere bør ha mer spesialisert faglig kompetanse. Høgskoler og universiteter har derfor de senere år utviklet og etablert flere nye mastergradsutdanninger for sykepleiere. Noen av disse er sykepleierspesifikke, andre er tverrfaglige.

Hvordan ser så helsetjenesten på kompetansebehovet? Helse-tjenesten ønsker sykepleiere med handlingskompetanse innenfor basisferdigheter i sykepleie. Flere har stilt spørsmål om nyutdannede sykepleiere har gode nok grunnleggende medisinske og naturvitenskapelige kunnskaper samt nødvendig etisk kompetanse.

Et annet viktig spørsmål er om de nye mastergradsutdanningene gjør sykepleiere bedre rustet til å ta seg av de akutte og kritisk syke slik samhandlingsreformen legger opp til? Bidrar for eksempel et mastergradsstudium til at sykepleiere lærer å gjøre selvstendige og mer avanserte kliniske vurderinger? Og lærer de å iverksette nødvendige behandlingstiltak?

Det er derfor nødvendig med spesialisert sykepleiekunnskap

om grunnleggende begreper. Sykepleiere trenger teorier for å beskrive kliniske forhold som grunnlag for beslutninger. De må utdannes i å gjennomføre nye og mer avanserte kliniske vurderinger og behandlingstiltak enn de lærer på bachelorutdanningen. Er det riktig å navngi en mastergrad som «klinisk» uten at læring av disse ferdighetene inngår som en egen del av utdanningen?

En økt «akademisering» av sykepleieutdanningen fremstilles ofte som det motsatte av bedre klinisk kompetanse. Denne debatten sporer ofte av i en diskusjon om «gapet mellom teori og praksis». Vi bør imidlertid fokusere mer på innholdet og læringsmetodene i utdanningen. For å kunne lytte med et stetoskop og deretter beskrive og forstå pasienters hjerte- og lungelyder trengs akademiske kunnskaper. Det samme gjelder for å forstå de enkelte pasienters fysiske og psykiske reaksjoner på sykdom og lidelse. Vi må slutte å behandle teori og praksis som om de står i et motsetningsforhold til hverandre. I stedet bør vi diskutere hvorvidt innholdet og læringsmetodene i mastergradsutdanningene forbereder sykepleiere på å møte samfunnets behov for avanserte klinikere.

Anners Lerdal



Redaktør
Anners Lerdal
anners.lerdal@ldh.no

Dr. philos fra Det medisinske fakultetet ved universitetet i Oslo. Jobber som professor ved Lovisenberg diakonale høgskole og forsker ved Oslo Universitetssykehus -Aker.

Plutselig forsto jeg partikkelfysikk!

› Selv avansert forskning kan formidles på en enkel måte.

Det skjedde på et foredrag med forsker Bjørn Samset. Han forklarte om sitt arbeid ved CERN-laboratoriet i Sveits. Den vanskelige måten å forklare det som skjer på CERN er at forskere skal gjenskape partikkelen Higgs-boson gjennom matematiske beregninger og protonkollisjoner i verdens største partikkelakselerator LHC. Men hvor forståelig er det? Den siste naturfagstimen jeg hadde var på Hokksund Gymnas på åttitallet, og det er lite å bygge på når en beveger seg inn i vanskelig fysikk. Men Bjørn Samset forklarte det hele med stort engasjement, legoklosser og fyrstikk-esker. Det handler egentlig om å gjenskape the Big Bang – verdens begynnelse. Det har jeg da hørt om før. Samset gjorde det enkelt – med hverdagsord. Han var ikke ute etter å imponere oss, eller ta vare på alle faglige presisjoner. Han ville rett og slett at vi som

var tilhørere skulle forstå. Det gjorde vi. Det var deilig å gå ut av rommet klokere og i alle fall litt fysikkyndig.

Dette er forskningsformidling på sitt beste. Når forskeren strekker seg ut av sitt fagområde og over til lytteren og leseren for å dele kunnskap. Det sies mye om formidling av forskning. Ofte er det journalister og forskere som står på hver side av en grøft og forteller om hvor vanskelige de andre er. Journalister mener forskerne er sære, at de ikke vil stille opp, at de snakker for vanskelig og at de ikke har respekt for journalistens deadline eller arbeidsmetoder. Forskerne forteller om da de ble feilsitert, misforstått og tatt ut av sammenhengen. Og de kan gjerne mene at det vitenskapelige arbeidet rett og slett ikke lar seg formidle i popularisert form. Journalister har ikke respekt for forskningen, er et vanlig freng.

Det hele toppet seg i vår etter at Harald Eias programserie Hjernevask gikk på NRK. Forskerne har nå blitt skremt fra å snakke i det offentlige rom, mente mange innenfor academia. Det ble spådd at vi ville se mye mindre forskningsformidling framover. Medieforsker Lars Nyre gikk aller lengst og mente at forskere burde holde seg langt unna media, og heller snakke på konferanser og skrive i vitenskapelige tidsskrift.

Som redaktør i en nettavis om forskning burde jeg kanskje blitt bekymret for framtida og livsgrunnlaget vårt. Men, nei da, vi merket ingen forskjell. Forskere stilte opp som før. Men hvorfor mener så mange så mye om utviklingen og vilkårene for forskningsformidling? Alle generaliseringene og påstandene om forskeres forhold til mediene er både sanne og usanne, etter min mening. Det er stor forskjell på



Foto: Erik Norrud

” Helsestoff er det mest populære på forskning.no.

forskere – akkurat som det er forskjell på journalister.

Forskere er som folk flest. Noen er sjenerte, synes det er ubehagelig å snakke i store forsamlinger eller til en mikrofon. De stammer, svetter og uttrykker seg klønete, er ikke flinke til å forklare. Noen av dem er arrogante, og vil at vi skal forstå deres fagsjargong, framfor å snakke vanlig norsk. Noen forskere er PR-kåte, og er villige til å uttale seg om hva som helst når som helst, uansett om de har forsket på emnet eller ikke. Jeg har også møtt livsfjerne forskere, som ikke skjønner at vanlige dødelige ikke kan alt om deres lille nisje i vitenskapens verden, som ikke forstår at ikke alle er superinteressert i s-lyden i en utdødd engelsk dialekt, eller de tjue moseartene på Tynset. Men så finnes det heldigvis mange andre – og det er de fleste. Forskere som på ulikt vis formidler

av sin kunnskap i en eller flere kanaler.

I forskning.no deler vi ikke journalisters klagesang over vanskelige forskere. Vi møter velvilje og snakkevillighet nesten hele tida. Det er klart at når du har sittet bøyd over bøker og tastatur, mikroskop og bakterieprøver i årevis, et sakte, møysommelig arbeid, så er det merkelig å skulle oppsummere hundrevis av notatisider og tette tidsskriftssider i noen få setninger. Overgangen fra den langsomme forskningen til den hurtige formidlingen kan bli brå. Men de aller, aller fleste blir jo så glade. Endelig er det noen som er interessert i det de driver med, som vil vite mer. Klart det er sjarmerende! Dessuten så kan ikke forskere egentlig nekte å snakke. Forskere har plikt til å formidle, og for mange er det nedfelt i arbeidsavtalene. Samfunnet gir dem penger til å forske på, og derfor må de gi noe

tilbake – ikke bare til kollegaer og fagmiljøet, men også til allmennheten.

Helsestoff er det mest populære på forskning.no. Artikler om ny forskning på kropp, sykdommer og behandlingsmåter blir aller mest lest hos oss – og sitert av andre medier. At så mange av oss liker å lese om helse, er gull verdt for sykepleievitenskapen og annen helseforskning. At tilhørerne er motiverte og interesserte, gir et fabelaktig utgangspunkt. Og det er mange flinke og erfarne formidlere i helsefagene.

For det aller viktigste i forskningsformidlingen, er at det handler om trening. Man beveger ikke store folkemengder første gang man åpner munnen. Å kunne snakke om fag så folk forstår handler sjelden om personlighet eller nådegaver, men om øvelse, øvelse og øvelse – pluss en god dose respekt for tilhørerne og et ønske om å formidle.



Går du med planer om å skrive en vitenskapelig artikkel?

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

Eksempler på tema:

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

Turid Heiberg

Dekan, Lovisenberg
diakonale høgskole

Foto: Erik M. Sundt



Hva er viktig for pasienten?

> Vi har lange tradisjoner for å spørre pasientene om hvordan de har det, men hvor ofte spør vi om hva som er viktig for dem?

For å få et nyansert bilde, spør vi konkret om hvordan det står til med for eksempel fordøyelse, søvn, smerte eller pust. Noen ganger benytter vi ferdige kategorier for kartlegging av symptomer og deres intensitet eller omfang. Det er utarbeidet flere spørreskjemaer for registrering av pasienterfaringer, omtalt som helserelatert livskvalitet. De har gitt grunnlag for omfattende forskning som er svært relevant for klinisk sykepleie.

Svar på spørsmål om hvordan pasienten har det legges til grunn for kliniske vurderinger. Utfordringen er naturlig nok det vi ikke spør om. Ved å spørre pasienten om hva som er viktig, blir agendaen pasientens egen, og vi får informasjon om de viktige ting. For det første får vi svar på forhold pasienten anser som viktige som vi ikke har spurt om. For det andre får vi pasientens anbefaling om

hva som bør prioriteres. På den måten tar vi pasientens rett til medvirkning på alvor.

Men er det ikke slik at svarene på våre spørsmål om hvordan pasientene har det og hva som er viktig for dem vil gi oss samme informasjon? Jo, forskning har vist at det ofte vil være slik, men ikke alltid. Det er kanskje i de tilfellene der svarene gir komplementær informasjon at vi bør spørre om hva som er viktig. En bekymring dukker opp: har vi tid til å stille dette spørsmålet, og ikke minst, har vi tid til å følge det opp?

I forbindelse med en sammenlignende statusundersøkelse mellom noen diakonale sykehus i USA, var det ett som falt særdeles dårlig ut. Spørsmålet var hvordan man kunne snu på det uheldige resultatet. Ved sykehuset fant man ut at hver gang man skulle gå ut av et pasientrom, så skulle man

snu seg i døren og spørre: Er det noe mer jeg kan gjøre for deg? Mange var bekymret for hva dette skulle medføre av tilleggsoppgaver, men forslaget ble satt ut i livet. Sykehuset steg lynraskt på statusundersøkelsen, og uten nevneverdig belastning for de ansatte.

Vi trenger å få vite hva som er viktig for pasienten både i klinikk og i forskning. Det er vanskelig å vite hvor ofte denne informasjonen innhentes i klinisk praksis. Men hvis omfanget av vitenskapelig anerkjente måter å innhente denne informasjonen på gruppenivå speiler anvendelsen i praksis, ser resultatet sørgelig ut. Hva som er viktig for pasienten utfordrer både klinikere og forskere. Grip muligheten!

Poliklinisk induksjon av fødsel

Induksjon av fødsel i polikliniske settinger er mulig. Dokumentasjonsgrunnlaget er for mangelfullt til å kunne fastslå hvilke metode kvinner foretrekker og hvilke metoder som er mest effektive og trygge. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

Det finnes flere metoder som kan brukes for å indusere fødsler i polikliniske settinger. Induksjon av fødsel blir gjort på flere indikasjoner. Det blir brukt både farmakologiske og mekaniske metoder. For en del kvinner med lav risiko for komplikasjoner kan det være hensiktsmessig å tilby induksjon i polikliniske settinger. Hensikten med denne systematiske oversikten var å

vurdere effekten og sikkerheten ved disse metodene.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant 28 studier som hadde vurdert følgende tiltak:

- Vaginal og intracervikale prostaglandiner
- Vaginal og oral misoprostol
- Isosorbide mononitrate
- Mifepristone
- Østrogen
- Akupunktur

I alle studiene fikk kvinnene enten induksjonsmidler hjemme, eller de ble sendt hjem etter at de hadde fått midler og blitt overvåket initialt på sykehus. De samlede resultatene viser at poliklinisk induksjon er mulig og at viktige bivirkninger er

sjeldne. Det er ikke god dokumentasjon for å si at induksjon poliklinisk hadde negative eller positive innvirkninger på mors eller barnets helse. Det finnes noe dokumentasjon for at sammenliknet med placebo eller ingen behandling, så reduserte disse induksjonsmidlene behovet for flere intervensjoner for igangsetting av fødsel. Og de reduserte tiden fra induksjon til fødsel. Det var ingen dokumentasjon for at bruk av midlene førte til flere komplikasjoner som for eksempel operative forløsninger. Kun to studier hadde informasjon om kvinnenes preferanser i forhold til valg av metoder. Det mangler også data om kostnader og ressursbruk.



Illustrasjon: Lene Ask

**HVA ER DENNE
INFORMASJONEN BASERT PÅ?**

Forskere i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av tiltak for å indusere fødsel. Forskerne gjorde systematiske søk i flere forskningsdatabaser, og fant 28 studier med til sammen 2616 deltakere som de inkluderte i

oversikten. Disse studiene var gjennomført i USA, europeiske og afrikanske land.

KILDE

Dowswell T, Kelly AJ, Livio S, Norman JE, Alfirevic Z. Different methods for the induction of labour in outpatient settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 8. Art. No.:CD007701. DOI:10.1002/14651858.CD007701.pub2.

Skrevet av Liv Merete Reinar, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten





Illustrasjon: Lene Ask

Tiltak for å forbygge brystbetennelse etter fødsel

Det tilbys mange tiltak for å forebygge eller behandle brystbetennelse etter fødsel. Det var ingen forskjell på hvor mange som diet, hvor lenge barn ble ammet eller på forekomsten av brystbetennelse for noen av de forebyggende tiltakene som ble vurdert. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

Myndighetene anbefaler fullamming fram til spedbarn er seks måneder gamle. Morsmelk har mange helsegevinster for barn og amming kan ha helsegevinster for mor. Brystbetennelse blir gjerne oppgitt som en av hovedårsakene til at kvinner velger å slutte med amming tidligere enn de har planlagt. Brystvorten kan bli sår og brystet hovent, ømt og smertefullt. Brystbetennelse gir influensaliknende symptomer. Dårlig ammeteknikk og mangelfull tømning av brystet kan bidra til utvikling av brystbetennelse.

Hensikten med denne oversikten var å vurdere effekten av ulike tiltak som hadde til hensikt

å forebygge brystbetennelse eller at den påfølgende varigheten av amming ble forkortet.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant fem studier som hadde vurdert ulike tiltak:

- Antibiotika
- Undervisning/rådgivning
- Rådgivning kombinert med krem («mupirosin, fusidic acid»)
- Ett protein tilsatt kornblanding («anti-secretori factor»)

Ingen av studiene fant noen forskjell mellom gruppen som fulgte noen av tiltakene og kontrollgruppene. Til tross for at det er et vanlig problem for kvinner etter fødsel finnes det svært lite forskningsbasert kunnskap om tiltak som kan forebygge brystbetennelse. Forskningen er for mangelfull til å kunne konkludere klart om effekten av disse tiltakene.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskere i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over

randomiserte studier som har undersøkt effekten av tiltak for å forebygge brystbetennelse. Forskerne gjorde systematiske søk i flere forskningsdatabaser, og fant fem studier med til sammen 960 deltakere som de inkluderte i oversikten. Studiene var gjennomført i Australia, Brasil, Sør-Afrika, Sverige. Studiene var generelt små, og alle forsøkene testet ulike tiltak.

KILDE

Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA. Interventions for preventing mastitis after childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 8. Art. No.: CD007239. DOI: 10.1002/14651858.CD007239.pub2.

Skrevet av Liv Merete Reinar, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



Forskningsnytt

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

Kroniske smerter hos sosialhjelpsmottakere

Mottakere av sosialhjelp med kroniske smerter hadde dårligere fysisk og mental helse enn dem uten kroniske smerter og personer med revmatoid artritt.

Dette går frem av en nylig publisert studie som sammenlignet helserelatert livskvalitet (HrL) hos langtids sosialhjelpsmottakere med og uten kroniske smerter. Forskerne ønsket også å studere hvilken innvirkning utvalgte demografiske variabler, sosiale forhold, smerter, bruk

av alkohol og narkotiske stoffer hadde på deres fysiske og mentale helse.

Tverrsnittstudien er en del av et større prosjekt som undersøker funksjonsevne hos langtidsmottakere av sosialhjelp. Alle som hadde sosialhjelpsytelser som hovedinntektskilde i løpet av seks av de tolv siste månedene, var mellom 18 og 60 år og i stand til å fylle ut et tilsendt spørreskjema i 14 utvalgte kommuner, ble for-søkt rekruttert til studien. Aktuelle deltakere ble bedt om å fylle ut et spørreskjema som ble sendt fra sosialkontorene sammen med en ferdig frankert svarconvolutt. Av de 405 som besvarte spørreskjemaet, oppga 178 at de hadde kroniske smerter.

Smerter ble målt ved hjelp av ni spørsmål. Smerter som hadde

vart lengre enn tre måneder ble definert som kroniske smerter. HrL ble målt ved hjelp av Short Form-12 Health Survey (SF-12). Ut fra svarene på dette skjemaet kan man regne ut skår for fysisk og mental helse. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 34 år, 41 prosent var kvinner, 22 prosent var gift/samboere, 56 prosent ugifte og 22 prosent skilte/separerte. Personer med kroniske smerter var eldre, en høyere andel av dem var gifte eller skilte/separerte, følte seg mer ensomme og hadde oftere alkoholproblemer enn dem uten kroniske smerter.

REFERANSE:

Løyland B, Miaskowski C, Paul SM, Dahl E, Rustøen T. The relationship between chronic pain and health-related quality of life in long-term social assistance recipients in Norway. *Qual Life Res* 2010. DOI: 10.1007/s11136-010-9707-4

Sosialhjelpsmottakere er generelt en gruppe det er vanskelig å få et representativt bilde av fordi de ofte flytter eller har ukjent adresse. Studien viser at personer i denne gruppen med kroniske smerter har mer fysiske helseproblemer enn andre pasientgrupper.

KOMMENTAR

Livsforlengende behandling i sykehjem

Vurdering av sykehjemspasienters samtykkekompetanse var nesten fraværende.

Dette går frem i en ny studie som undersøkte hvordan leger og sykepleiere ivaretar sykehjemspasienters autonomi når pasientens liv går mot slutten. Forskerne besvarte problemstillingene i en kvalitativ beskrivende studie. Et hensiktsmessig utvalg bestående av ni leger og ti sykepleiere ble rekruttert til studien fra ti ulike

sykehjem. Data ble samlet inn ved hjelp av dybdeintervjuer om erfaringer med beslutningsprosesser hvor pasienter ikke var kompetente til å ta beslutninger og hvor det var aktuelt å begrense den livsforlengende behandlingen. Forskerne utviklet én intervjuguide for sykepleierne og en annen for legene. Disse ble revidert underveis i studien. Intervjuene varte mellom 30 til 60 minutter, ble tatt opp på bånd

og transkribert umiddelbart etter. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 44 år for legene og 50,5 år for sykepleierne. Legene hadde i gjennomsnitt 11 års klinisk arbeidserfaring, mens sykepleierne hadde 9,8 år.

Forskerne fant at vurdering av pasientenes samtykkekompetanse så og si var fraværende hos informantene. Praksisen som legene beskrev bygget på prinsippet om velgjørenhet og ikke

> 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 Annern.Lerdal@dh.no

Pasienters opplevelse av kunnskaper hos sykepleiere

Pasientene ønsket erfarne sykepleiere som kunne kombinere yrkeserfaring, medisinske kunnskaper og ferdigheter med en menneskelig holdning.

Dette går fram av en studie om hvilken betydning pasienters opplevelse av sykepleieres kunnskap om kreft og kreftbehandling har for hvordan de oppfatter kvaliteten på sykepleien som gis.

En kvalitativ fenomenologisk studie med dybdeintervjuer av et utvalg på ti menn og ti kvinner ble gjennomført for å svare på studiens problemstilling. Pasienter innlagt på en onkologisk avdeling ved et regionsykehus i Norge ble rekruttert til utvalget av sykepleierne i avdelingen. Inklusjonskriteriene var alder mellom 25 og 80 år, at de var informert av legen om sin kreft-

diagnose, var innlagt for å få kurativ eller palliativ behandling, og vurdert til å ha fysisk og mental kapasitet til å delta. Alle intervjuene skjedde mens pasientene var innlagt. Pasientene ble spurt om de opplevde at sykepleierens kunnskaper om kreft og behandlingen av denne er viktig. Svarene ble fulgt opp med åpne spørsmål hvor informantene ble bedt om utdypende beskrivelser og forklaringer.

Deltakerne hadde ulike kreftdiagnoser og ulik prognose for overlevelse. Mens noen fikk kurativ behandling fikk andre livsforlengende og lindrende. Hovedfunnet i studien var at sykepleiere som viste kunnskaper om kreft og kreftbehandling samt gode tekniske ferdigheter, var i stand til å lindre plager og gjorde

pasientene mer trygge. Pasientene tok for gitt at sykepleierne hadde denne kunnskapen. Pasientene stolte mer på sykepleiere med mye erfaring enn dem med liten. Når sykepleierne var usikre på medisinske spørsmål var det viktig for pasientene at legen ble konsultert.

REFERANSE

Kvale K, Bondevik M. Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncol Nurs Forum* 2010;37:436–42.

Studien understreker viktigheten av at sykepleiere har gode medisinske kunnskaper, relevant erfaring og gode ferdigheter. Pasientene beskrev av dette var viktige faktorer for at deres symptomer og plager ble lindret og for deres trygghetsfølelse.

KOMMENTAR

skade. Sykepleierne hadde en tendens til å stole på pasientenes egen motstand mot livsforlengende behandling. Informantene ga uttrykk for at pårørende i liten grad ble tatt med i beslutningsprosessene. Kun én av legene fortalte om en praksis hvor pasientene og pårørende ble tatt med i beslutningsprosesser gjennom hele sykehjemsoppholdet. Bortsett fra hos to av legene, var det vanskelig for syv av legene og alle

sykepleierne eksplisitt å oppgi hvilke verdier eller prinsipper de bygget sin beslutningspraksis på, også når de ble spurt direkte om det.

REFERANSE

Dreyer A, Førde R, Nortvedt P. Life-prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice? *J Med Ethics* 2010;36:396–400.

Å ta riktige beslutninger når sykehjemsbeboeres liv går mot slutten og som tar hensyn til deres autonomi er svært komplekst og krevende. Helse- og omsorgsdepartementet utga i 2009 Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Bruk av denne kan bidra med kvalitetssikring av beslutningsprosesser om livsforlengende behandling av alvorlig syke pasienter med dårlig prognose.

KOMMENTAR



HVORDAN VEILEDE OM RØYKESLUTT?



Foto: Erik M. Sundt



RØYKFRIHET
OG HELSE

Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at fremtidige røykesluttintervensjoner bør tilstrebe at brukeren av tilbudet blir premissleverandør, og tilbys oppfølging over tid.

Mer om forfatterne:

Annett Arntzen er sosiolog, med dr. philos grad i epidemiologi. Hun arbeider som førsteamanuensis på Avdeling for samfunnsfag ved Høgskolen i Vestfold.

Bente Wahl Sandvold er sykepleier,

med mastergrad i Helsefremmende arbeid. Hun arbeider som sykepleier i Stokke kommune i kombinasjon med studier i tverrfaglig samfunnsvitenskap ved Høgskolen i Vestfold. Kontaktperson: annett.arntzen@hive.no



Foto: Erik M. Sundt

Bakgrunn: Røyking og røykeslutt er store temaer, og forskningsfeltet er omfattende. Røykesluttintervensjoner tar oftest utgangspunktet i hva fagfeltet og ekspertene anser som viktig for røykeslutt, mens få studier omhandler pasientens syn på dette.

Hensikt: Studien presenterer pasienters og helsepersonells erfaringer med og opplevelse av røykesluttveiledning i sykehus, og diskuterer hvordan denne erfaringskunnskapen kan benyttes videre i arbeid med røykesluttveiledning.

Metode: Studien benytter et kvalitativt forskningsdesign med strate-

gisk utvelgning av informanter. Det ble gjennomført elleve semistrukturerte pasientintervjuer og tre fokusgruppeintervjuer med ti ansatte på en hjertepost. Intervjuene ble kodet, utarbeidet i tematiske matriser, kategorisert, meningsfortettet og fortolket.

Resultater: Røykesluttveiledningen foregikk samtidig med andre gjøremål, og ble oppfattet som tilfeldig og lite konkret for både pasienter og helsepersonell. Pasientene ønsket tydeligere, mer formalisert og faktabasert veiledning samt oppfølging over tid. Helsepersonellet var ambivalente, de ønsket å gi veiledning, men ville ta hensyn til pasien-

tenes autonomi og var redde for å virke moraliserende. Helsebudskap oppfattes ulikt blant pasientene avhengig av deres kontekstuelle utgangspunkt.

Konklusjon: Rammevilkårene rundt veiledningssituasjonen bør bedres. Det er behov for å differensiere røykesluttintervensjoner ut fra pasientens livssituasjon, og tilby pasientene oppfølging over tid. Det er behov for å øke helsepersonellens veiledningskompetanse og faglige kunnskap på området. Erfaringskunnskapen har overføringsverdi i arbeidet med veiledningsintervensjoner om røykeslutt og en helsefremmende praksis.

» Hvordan veilede om røykeslutt?

Forfattere: Annett Arntzen
og Bente Wahl Sandvold

NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Helsefremmende arbeid
- Røykeavvenning
- Hjerteinfarkt

Røyking er en kjent risikofaktor for utvikling av hjertesykdom. Årlig dør over 3000 nordmenn av en hjerte- og karsykdom de har utviklet grunnet røyking (1-2).

På 1970-tallet røykte over halvparten av den mannlige befolkningen, omlag 30 prosent av kvinnene, og røyking var like utbredt i alle sosiale lag. Utover 1990-tallet sank andelen daglig-røykere. I 2008 var 21 prosent av den voksne befolkningen daglig-røykere og 9 prosent røykte av og til. I dag er røyking kjønnsmessig likt fordelt, de fleste er i aldersgruppe 35–64 år, og lavt utdannede personer er overrepresentert blant dagligrøykerne (1-2).

Nedgangen i dagligrøykere og at færre unge begynner å røyke sees i sammenheng med forebyggende tiltak: lovgivning, regler, prisøkning på tobakksprodukter, forbud mot tobakksreklame, røykfrie arbeidsplasser og offentlige rom, markante helseadvarsler, utvikling og tilbud av

røykesluttprogrammer, informasjon og holdningskampanjer.

Det tobakksforebyggende arbeidet har kommet langt, men har et forbedringspotensial knyttet til hjelp til røykeslutt (3). Røykesluttveiledning er et forsømt tema innen fagfeltet kardiologi (4). Røykesluttintervensjoner var tidligere ikke ansett som spesialisthelsetjenestens oppgave, det var ikke et krav og dermed ingen plikt.

Innføringen av Lov om Spesialisthelsetjenesten (2001) fremmer opplæring og informasjon som en av sykehusets viktigste oppgaver (5). Nasjonale føringer vektlegger tobakksforebygging og røykeslutt som satsingsområder i spesialisthelsetjenesten (3). Pasienter og pårørendes behov for informasjon og hjelp til røykeslutt er viktig sett fra individuelle, helsefaglige, etiske og helsejuridiske synspunkter.

Forskningsfeltet om røykeslutt er omfattende og mange studier omhandler røykeavvenning (6-7). Studier med utgangspunkt i pasientens syn på røykeslutt er imidlertid begrenset. Forskning viser at systematisk intervensjon under innleggelse og oppfølging over tid øker sluttraten (8-10). Helsepersonell kan oppleve pasientsamtaler om røykeslutt vanskelig, grunnet temaets føl-

somme karakter og manglende veiledningskompetanse (11-12).

HELSEFREMMEDE ARBEID

Helsefremmende arbeid defineres som prosesser der mennesker gjennom myndiggjøring blir i stand til å bedre og bevare egen helse (13-14). Personlig og sosial utvikling styrkes gjennom informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker. Individets perspektiv, oppfatninger og erfaringskompetanse utgjør en viktig forutsetning for myndiggjøring. Skal helsetjenestens rolle, utover ansvaret for kliniske og kurative tjenester, bevege seg i en helsefremmende retning må fagkompetansen tilpasses individet og ikke motsatt (14).

Denne studien tar utgangspunkt i et helsefremmende perspektiv. Vi spør: Hvordan opplever pasienter og helsepersonell veiledning om røykeslutt i sykehus?

Hensikten er å presentere pasienter og helsepersonells erfaringskunnskap om røykesluttveiledning i sykehus, og diskutere hvordan dette kan benyttes for å videreutvikle røykesluttveiledning.

METODE OG UTVALG

Studien benyttet et kvalitativt forskningsdesign med strategisk

utvelging av informanter med erfaringskompetanse om røykesluttveiledning i sykehus (15). Pasientene hadde vært innlagt i forbindelse med hjerteinfarkt. Helsepersonellet arbeidet ved den hjerteposten pasientene hadde ligget på.

Pasientintervjuer

Pasientene ble rekruttert fra Hjerteskolens pasientene tilbys etter innleggelsen. De som ønsker tilbudet, starter et par uker etter utskrivelse. Hjerteskolene er rulle-ende, så informasjon om studien ble gitt skriftlig og muntlig flere ganger i forbindelse med ordinær undervisning (16).

Etter elleve intervjuer nådde informasjonen som kom fram under intervjuene en grenseverdi (15). Antallet tilfredsstilte vanlig utvalgsgestørrelse og sammenlagt med planlagt tidsperspektiv.

Ut fra et epistemologisk synspunkt krever studier av komplekse sosiale fenomener kvalitative dybdeintervjuer for å frembringe viktige nyanser. Semistrukturerte intervjuer ble valgt ut fra studiens ontologiske perspektiv (16). Fortolkning av erfaringskunnskap og oppfatninger om røykeslutt stod sentralt. Intervjuene fant sted i Hjerteskolens lokaler etter Hjerteskolundervisningen.

Ni menn og to kvinner mellom 50–70 år ble intervjuet. Fire var skilt og sju var gift. Fem menn, hvorav fire var gift, hadde sluttet å røyke etter infarkt. Alle hadde røkt siden ungdomsårene, flesteparten mer enn 25 sigaretter daglig før hendelsen, kvinnene noe mindre. Ni informanter hadde tidligere forsøkt å slutte.

Fokusgruppeintervjuer

Helsepersonellet ble informert om studien på fagdager og ved vaktskifter. Fokusgruppeinte-

rvjuene foregikk på sykehuset mellom vaktskifter. Hjertepostens avdelingssykepleier fristilte informantene for å kunne delta i ordinær arbeidstid.

Tre fokusgruppeintervjuer med ti kvinnelige sykepleiere og hjelpepleiere ble gjennomført. Tre var nyansatte, fire hadde jobbet over fem år og tre hadde over femten års arbeidserfaring i sykehus. Dette sikret variasjon og bredde. Gruppene var homogene i den forstand at deltakerne arbeidet ved samme avdeling (17–18). Den sosiale interaksjonen er av betydning for kunnskapsproduksjon. Kjennskapet til hverandre skapte trygge rammer og dynamiske gruppediskusjoner.

Intervjuguidene

For å balansere standardisering og fleksibilitet i intervjusituasjonen, besto pasientintervjuguiden av tre sekvenser med ulike temaer som belyste forskningsspørsmålet. Første sekvens gir informasjon om studien, spørsmål om bakgrunnsinformasjon, røykehistorikk og erfaringer. Deretter følger spørsmål om erfaringer med røykesluttveiledning, om de hadde fått veiledning, på hvilken måte den foregikk og hvordan den opplevdes. Informantene som ikke hadde fått veiledning ble spurt om de hadde synspunkter på dette. Siste sekvens omhandlet oppfatninger om å motta røykeveiledning etter infarkt. Avslutningsvis ble det åpnet for andre innspill.

Intervjuguiden til helsepersonell var utarbeidet før intervjuene og besto av sekvensene; kartlegging av veiledningserfaringer, rammevilkår, holdninger til røyking og etikk (16). Innledningsvis ble det utdelt refleksjonsspørsmål om røykesluttveiledning og avsatt tid til egenrefleksjon og notatskriving

(16–17). Notatene ble benyttet aktivt under intervjuene.

Intervjuene ble tatt opp på diktafon, transkribert, anonymisert, kodet og utarbeidet i matriser. Svarene ble tematisk organisert og ga oversikt over representasjonen i de ulike sekvensene, deretter ble de inndelt i kategorier. Pasientmatrisen ble eksempelvis inndelt i en «sluttgruppe» og «røykergruppe» for å dekke kjennetegn, mønstre, fellestrekk og forskjeller, og vurdert i lys av eksisterende forskning og teorier. Sitater ble utvalgt for å illustrere meningen under ulike kodeord.

Informantene var tidligere pasienter under rehabilitering og selvvalgte deltakere på Hjerteskolene. Studien var i tråd med forskningsetiske retningslinjer (19). Regional etisk komité (REK) region sør, Personvernombudene for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og sykehuset godkjente studien.

RESULTATER

Kjennetegn

De som hadde sluttet å røyke hadde høyere utdanning og arbeidet i næringslivet eller utdanningssektoren. De hadde stabil økonomi, nære familierelasjoner, et godt sosialt nettverk og opplevde støtte i røykesluttprosessen. Hovedbegrunnelsen for røykeslutt var at de opplevde hjerteinfarkt som «en siste advarsel». Motivasjonen ble forsterket gjennom advarsler og informasjon om røykens negative helsekonsekvenser. Familiære hensyn styrket viljen til å forbli røykfrie. «Slutterne» opplevde at de påvirket helsen positivt ved å slutte: «Det er ingen som slutter for meg, jeg må gjøre det selv. Det er jo skadelig! Jeg fokuserer på gevinstene. Uten røyken har jeg fått et helt nytt liv».

Flertallet blant de som fortsatt røykte var yrkesutdannet, industriarbeidere eller uten arbeid før infarkt. De brukte mest rulle- tobakk, som regnes som farligere enn ferdigsigaretter (20). Problemer i livssituasjonen påvirket motivasjonen og tiltro til røykeslutt negativt. Å bo alene ble fremhevet som vanskelig. Usikkerhet rundt røykens skadevirkninger og manglende kunnskap om bakenforliggende årsaker til hjertesykdommen gjenspeilet røykernes utsagn: «Jeg vet ikke hvorfor jeg fikk hjerteinfarkt. Kanskje andre ting i livet mitt som er årsaken? Jeg får høre hva legene sier, og røyker fram til jeg vet noe helt sikkert». Flere «røykere» hadde tidligere vært innlagt på sykehus med hjertesykdom, men de hadde likevel ikke forsøkt eller klart å slutte å røyke.

SAMTALER OM RØYKESLUTT

De fleste pasientene hadde snakket om røyking under legevisitten første sykehusdøgn. Noen mente temaet var uberørt eller kun nevnt overflattisk ved utskriving: «Røyker du? spurte legen. Ja, sa jeg. Det får du slutte med, sa han. Ikke noe mer! Ingen hjelp akkurat, å høre det». Helsepersonellet hadde snakket om kosthold og mosjon, men ikke røykeslutt: «Det var tilstanden generelt, hva som skjedde, hvordan pillene virker og sånne ting. Røyking var ikke noe spesielt tema».

Pasientinformantene mente røykesluttveiledning burde foregå på sykehuset, og oppfattet ikke dette som innblanding. God tid ble imidlertid fremhevet: «Skulle ønske noen hadde tid til ikke å slippe meg! Ikke bare et kvarter der alt skal tas opp, og en røykesluttbrosjyre i handa. Røykinga ble bare en bisak!» Pasientene mente grunnen til at sykehuset ikke praktiserte egne

røykesluttamtaler var helsepersonellens arbeidspress.

Helsepersonellet foretok røykesluttamtaler, men på tilfeldige tidspunkt i forbindelse med andre arbeidsoppgaver: «I en travelt hverdag blir informasjon gitt litt her og der, når vi går med medisiner og sånn. Det blir oftest veldig tilfeldig».

Flere mente røykesluttveiledning var hensiktsmessig i ulike settinger på tilfeldige tidspunkt fordi arbeidsdagen vanskeliggjorde avtaler: «Jeg tilbyr ikke egne røykesamtaler. Jeg har oftest ikke tid og vil ikke bryte avtaler». Mindretallet mente det var vanskelig å veilede tilfeldig om røyking: «Det sies vi kan veilede samtidig med andre pasientoppgaver. Men det går ikke alltid, når vi stiller – opp og ned med armer – å spørre: røyker du?»

Helsepersonellet fremhevet at tidspress vanskeliggjorde veiledningssamtaler: «Jeg gjør de oppgavene jeg må. Informasjon og veiledning blir salderingsposten. Medisineringen er viktigere!» Manglende egnede lokaler bidro også til at krevende pasientamtaler ikke ble gjennomført: «Grupperommet kan brukes, men da må de andre ut. Det krever mye planlegging».

Veiledning og oppfølging

Pasientinformantenes oppfatninger av informasjonsbrosjyrenes nytteverdi varierte. En «slutter» sa: «Ingen snakket om røykeslutt, men jeg fikk brosjyrer. Røykeslutt reduserer sykdomsrisikoen med opptil 50 prosent. Det var nokså selvforklarende og motiverende! «En røyker uttalte: «Jeg ville prøve røykeplaster, men det hadde dem ikke!»

«Slutterne» mente man burde «skremme» pasienten med harde fakta: «Jeg liker ikke jutting! Man må være direkte, uten å

være ufin. Ingen vits å si at røyking er farlig. Heller sånn: 25 prosent av dere dør! De burde være mer oppdragende».

De mannlige røykerne ønsket saklig informasjon, råd om ulike røykesluttmetoder og ikke skremmelsespropaganda og formaninger. Kvinnene fremhevet varsomhet, motivasjon og oppmuntring: «Om en sykepleier, stille og rolig satte seg ned og sa: Åssen tenker og føler du om røykingen? Ikke bare: Det må du slutte med!»

Hvorvidt det var lege eller sykepleier som foretok veiledningssamtalen hadde ingen betydning, men god fagkunnskap om emnet ble fremhevet. Flertallet anså det positivt og betryggende for røykesluttmotivasjonen med oppfølging fra sykehuset etter utskrivelse. «Røykerne» var negative til røyketelefonen som et veiledningsalternativ: «Røykeplaster og tyggegummi hjelper ikke! Har du problemer? Ring røyketelefonen. Nei! De har ikke uttalerett, ikke peiling på åssen røyksuget er!»

Blant helsepersonellet varierte holdningene til røykesluttveiledning. Alle mente faglig oppdatering og profesjonalitet var viktig for gode veiledningssamtaler. De ønsket mer «faglig påfyll». Viktigheten av å ta utgangspunkt i pasientens ståsted i røykesluttprosessen ble fremhevet av flere: «Det må komme innenfra hos pasienten, det med empowerment. Fokuset bør være på helsegevinstene».

Andre påpekte alvoret i sykdomstilstanden og farene ved fortsatt røyking: «Er vi for veike i forhold til alvoret i situasjonen? Dette koster samfunnet masse penger. Jeg irriteres over alle reinnleggelsene. Man har ansvar for egen helse!»

Helsepersonellet ønsket mer veiledningskompetanse. Nyan-

satte fremhevet trygghet som en forutsetning for god formidling og for å bli tatt på alvor: «Det er vanskelig. Lille meg skal advare mot røyking. Jeg røyker ikke og er så ung i forhold til dem!»

I dialogen som fulgte uttalte en annen: «Det er bedre at vi snakker om røyking enn at pårørende gjør det. Med veiledningskompetanse finner man en balanse mellom ikke å moralisere og det å møte pasientens på deres eget ståsted». Flere var imidlertid usikre på nytten av veiledningen. En som unngikk veiledning til avvisende pasienter repliserte: «Vi kan ikke bruke tid på dem som ikke vil slutte. Vi har ikke tid til å bearbeide dem!» Mindretallet mente veiledningssamtaler burde bli en rutine i behandlingsopplegget.

Helsepersonellet mente substituttbehandling burde inngå i pasientoppfølgingen, men: «Vi kjenner ikke alle substitutter og bruker det lite – avdelingen har ikke engang røykeplaster liggende!»

Replikkvekslingen fortsatte: «Har vi ikke røykeplaster på Hjerte-posten?» «En pasient spurte om røyketyggis, men jeg fant det ikke. Apoteket var stengt, ingen hadde det.» «Men, kan vi tilby det uten legens underskrift i journalen? Det virker jo også begrensende!»

Enkelte informerte om røyke-telefonen, men helsepersonellet kjente lite til hvordan den fungerer. Tilbudet om å ta kontakt med avdelingen etter utskrivelse for spørsmål om røykeslutt benyttet få pasienter seg av. Hvorvidt avdelingen burde kontakte utskrevne pasienter ble diskutert: «Hvor mye skal vi gripe inn i pasientens privatliv? Er det overgrep, eller ikke? Ikke alle synes det er greit at vi ringer dem privat!»

ETISKE DILEMMA

Helsepersonellet mente det var

riktig å konfrontere pasienten med røykens skadevirkninger og sykdomsrisiko, men samtidig hadde de etiske betenkeligheter. De delte som oftest heller ut brosjyremateriell, enten fordi pasientene var avvisende, eller på grunn av selvbestemmelsesretten: «Ikke lett å spørre om røyking når man merker irritasjonen. Da fortsetter du ikke! Kan ikke påtvinge pasienten noe og stadig minne om at de egentlig kan takke seg sjøl».

Enkelte mente at veiledning om røykeslutt var en sykepleiefaglig oppgave: «Det burde bli som med blodtrykkmåling, en innarbeidet rutine». Det var uklart hvorvidt informasjonsplikten var viktigere enn selvbestemmelsesretten, men flertallet mente selvbestemmelsesretten gikk foran. Begrepene «pekefinger» og «moraliserende» ble negativt betont og relatert til røykesluttveiledning. Fokusgruppene diskuterte om det var etisk forsvarlig med røykesluttveiledning på pasientværelsene, med andre pasienter til stede: «Vi trækker over etiske grenser i mange sammenhenger, hvorfor skal vi være så forsiktige med røykesluttveiledning? Uansett er det få muligheter for pasientsamtaler uten at andre lytter».

DISKUSJON

Kjennetegn og kontekst

Flertallet av pasientene røkte fortsatt og mente hjertesykdommen skyldtes andre forhold enn tobakksbruken. Flere hadde lav sosial status, en vanskelig livssituasjon og følte seg ensomme. «Slutterne» derimot hadde høy sosial status, kunnskap om sammenhengen mellom røykens skadevirkninger og hjerteinfarkt, og bidro aktivt til bedret helse. Familiens støtte, forventninger til økt livskvalitet og redusert risiko for nye infarkt motiverte dem til å forbli røykfrie.

Forskning viser at utdanning og sosial status har sammenheng med befolkningens varierende røykeadferd (21). De med lav utdanning og lav sosial status er overrepresentert blant røykere. I tillegg har de en høyere røykeintensitet, bruker de farligste røykeproduktene og er ofte feilinformert om helsefarene ved ulike tobakkstyper (22). Det er interessant at tilsvarende kjennetegn avdekkes i et lite utvalg som dette. Mye tydet på en sammenheng mellom pasientinformantenes sosiale situasjon, selvopplevde mestringsressurser og røykeslutt.

Det finnes ulike forklaringsmodeller på hvilke mekanismer som bidrar til å opprettholde et røykemønster eller røykeslutt. Psykososiale teorier fremhever betydningen av menneskets kontekstuelle rammevilkår, særlig sosiale og kulturelle forhold påvirker evnen til å mestre sykdom og fremme egen helse (23-24). Ulike stressorer i omgivelsene kan utløse psykiske plager, manglende livsmot og forsterke helseskadelig atferd (25-26). Ulik stresstoleranse og motstandsressurser påvirker håndteringen av livsutfordringer. Om vi tror det er mulig å påvirke nye situasjoner, hvorvidt de er logiske og forutsigbare, og i hvilken grad vi anser det som kreves i situasjonen som overkommelig, påvirker mestringsressursene (27-28). Forskning viser at forekomsten av uheldige stressorer øker jo lavere man er i det sosioøkonomiske hierarkiet, og opplevelse av kontroll over egne livsvilkår og mestringsressursene reduseres i takt med økonomien (23). Psykososiale forklaringsmodeller har stor oppslutning innen forskning på sosioøkonomiske helseulikheter (24).

Flere kjennetegn ved røykerne kan tolkes som stressorer som

påvirket motivasjonen og tiltroen til framtidig røykeslutt. Forstått slik kan røykingen være en adaptiv respons på ulike belastende eller negative stressorer i hverdagen (26,29). Hvorvidt stressorene uttrykker et reelt motstandsunderskudd blant pasientene blir et tolknings spørsmål, men det kan synes som om sammenhengene er plausible. Kunnskap om hvordan ulike stressorer påvirker menneskers livsinnstilling og opplevelse av sammenheng, vil uansett være viktige bidrag for utviklingen av fremtidige strategier og røykesluttintervensjoner (22).

Rammevilkår

Helsepersonellet mente de veiledet om røykeslutt, men rammevilkår og tidspres medførte at veiledningen foregikk på tilfeldige tidspunkter og ofte i tilknytning til andre arbeidsoppgaver. Pasientgruppen mente at røykesluttveiledning ikke ble vektlagt og antok at det skyldtes helsepersonellens arbeidspress. Dette kan ha sammenheng med at røykesamtalene foregikk usystematisk, i forbindelse med annen informasjon eller andre arbeidsoppgaver helsepersonellet utførte.

Mennesker i krisesituasjoner har begrenset evne til å motta informasjon (30-31). Helsepersonellens og pasientenes ulike oppfatninger om røykesluttveiledningen kan skyldes settingstilnærmingen og forklare hvorfor tilfeldige tidspunkt for røykesamtaler ikke oppfattes som røykesluttveiledning av pasientgruppen. En formalisert røykesluttveiledning, med definerte tidspunkt og egnede steder for samtaler vil kunne bidra til å forsterke budskapet og synliggjøre tilbudet om røykesluttveiledning.

Faglig kompetanse

Pasientene ønsket tydelig faktaba-

sert informasjon, prioritert tid til røykesluttveiledning og var positive til oppfølging etter utskriving. Helsepersonellet ønsket veiledningskompetanse og faglig oppdatering. Forskning viser at røykere i lavere sosiale lag mangler tiltro til effekten av nikotinerstatningsprodukter (21). Studien viste at helsepersonellet hadde lite kunnskap om nikotinerstatningsprodukter og effektene av dem, i tillegg var tilgjengeligheten til produktene begrenset. Muligheter for faglig oppdatering av helsepersonell, samt økt veiledningskompetanse er hensiktsmessig for framtidig røykesluttarbeid.

Etiske dilemma

Helsepersonellet ønsket å veilede om røykens skadevirkninger, men ville ikke virke moraliserende. Respekt for pasientens autonomi medførte varsomhet og selvpålagte etiske begrensninger. Veiledning ble utelatt hvis pasienten virket negativ eller uinteressert. Røykesluttveiledning ble oppfattet som vanskelig.

Det er rimelig å anta at kunnskap om etiske og helsejuridiske rammer kan bidra til å fremme faglig trygghet og forutsigbarhet i veiledningssituasjoner. Økt mestringsopplevelse blant helsepersonellet vil kunne påvirke hvordan helsebudskap formidles, og forsterke budskapets innhold (32).

Helsefremmende veiledning

Veiledning er et pedagogisk virkemiddel som forutsetter kunnskap og formidlingsevne. Hovedhensikten er å videreutvikle kompetanse (33-34). Dagens standardiserte røykesluttintervensjoner tar ofte utgangspunkt i en naturvitenskapelig forståelse av helse og sykdom med fokus på individuell adferdsendring, og gir lik helseopplysning til alle (7-8). En helsefremmende veiledningsmodell vektlegger salu-

togenese mer enn patogenese, har et helhetssyn på mennesket og læring, og vektlegger individuelle tilpasninger (34-35).

Skal målsettingen om utjevne tiltak rettet mot tobakksforebygging lykkes i henhold til Strategiplan (2006-2010), peker studien i retning av at veiledningen bør tilpasses de sosiale variasjonene som finnes (22) og i større grad ta hensyn til den enkeltes behov for veiledning. Hvordan kompetansen formidles påvirker hvordan den oppfattes og oppleves (31,33). Tidligere forskning viser også at ulike sosiale lag i befolkningen forstår og opplever helseopplysning ulikt (36). Røykesluttveiledning bør derfor differensieres og tilpasses ulike gruppers behov. Kunnskap om pasientenes sosiale kontekst, tilpasset informasjon og måten helsebudskapet presenteres på, kan ha betydning for vellykket røykeslutt.

Å myndiggjøre pasientene (14), la deres perspektiv og situasjonsforståelse føre an og balansere fagkompetanse og pasientenes behov, kan stimulere til økt samarbeid og forståelse mellom helseapparat, helsepersonell og pasient. Denne samarbeidsrelasjonen kan skape grunnlaget for utviklingen av en konkret kunnskapsbase for endringsprosesser som vil være viktig for røykesluttveiledning.

NOU 1998:18 definerer folkehelsearbeid som et felles samfunnsansvar for å fremme helse, der kollektive investeringer og ulike organiseringer for støttende tiltak skal virke helsefremmende. Denne tilnærmingen kan innebære tettere oppfølging over tid, noe pasientene var positive til. Tidligere forskning har vist at dette også øker røykesluttraten (36-37).

KONKLUSJON

Erfaringskunnskapen fra studien støtter tidligere forskning og kan benyttes i fremtidig arbeid med helsefremmende røykeluttveiledning.

Sykehuspasienter bør defineres som en målgruppe for individbasert hjelp til røykeslutt. Veiledningskompetansen og kunnskapsgrunnlaget om røykeslutt blant helsepersonell

bør heves. Rammevilkårene rundt veiledningssituasjonen bør bedres. Pasienter og helsepersonells fortolkninger av hverandres situasjon kan bidra til utilsiktede konsekvenser, både for forståelsen av helsebudskapet og selve tilnærmingen til veiledningen. Hvor, når og på hvilken måte veiledning gis bør derfor vurderes nøye. Fremtidige røykesluttintervensjoner bør tilstrebe at

brukeren av tilbudet blir premis-sleverandør, og tilbys oppfølging over tid. Dette kan stimulere til økt samarbeid og forståelse mellom helseapparat, helsepersonell og pasient, og er i tråd med helsefremmende arbeids grunnlagstenkning: Helse skapes i et gjensidig avhengighetsforhold mellom mennesker og i ulike settinger.

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Røyking i Norge, 2008. Statistisk sentralbyrå, Oslo, 2008
2. Vollset SE, Selmer R, Tverdal Å, Gjessing HK. Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking. Folkehelseinstituttet Rapport 2006:4. Folkehelse, Oslo, 2006
3. Helse og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010. Helse og omsorgsdepartementet, Oslo, 2006
4. Jossens L. European Network for smoking prevention. Effective Tobacco Control Policies in 28 European Countries. Brussel, 2004. Tilgjengelig fra: <http://www.ensp.org/files/effectivefinal2.pdf> [Nedlastet 11.01.10].
5. Lovdata. Lov om Spesialisthelsetjeneste (1999) nr. 61, paragraf 3–8. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html> [Nedlastet 11.01.10].
6. Rigotti NA, Pasternak RC. Cigarette smoking and coronary heart disease. *Cardiology Clinics* 1996;14:51–68.
7. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to additive behaviours. *Am Psychol* 1992;47:1102–14
8. Quist-Paulsen P. The effects of smoking cessation intervention in patients with coronary heart disease: a randomised controlled trial. [Doktoravhandling] Universitetet i Bergen, Bergen, 2007
9. Bakkevig Ø, Steine S, von Hafenbrädl K, Lærum E. Smoking cessation – A comparative, randomised study between management in general practice and the behavioural programme SmokEnders. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2000;18:247–51
10. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2
11. Rigotti NA, Munafa MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD001837 doi: 10.1002/14651858.CD001837.pub2.
12. Sagbakken M., Skattebo S., Wang H. Røykeslutt – er det sykepleierens ansvar? *Sykepleien* 2005;9:
13. WHO. Ottawa-charteret. Genève: World Health Organisation, 1986.
14. Stang I. Makt og bemyndigelse – om å ta pasient og brukermedvirkning på alvor. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, 1998.
15. Johannessen A, Tuft PA, Kristoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Abstrakt forlag, Oslo, 2004.
16. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademisk, Oslo, 2002.
17. Halkier B. Fokusgrupper. Samfunns litteratur & Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg, 2002.
18. Rieper O. Gruppeinterview i praksis: bruk af fokusgruppeinterview i evalueringforskning. AKF-forlaget, København, 1993.
19. NESH. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Oslo, 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06> [Nedlastet 11.01.10].
20. Johannessen LB. Mer kreftisiko for mindre penger ved bruk av rulletobakk. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2001;29:121.
21. Lund KE. Samfunnsskapt endringer i Tobakksbruk i Norge i det 20. århundre. [Doktoravhandling] Oslo: Universitetet i Oslo, 1996.
22. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tiltak for å redusere røyking, spesielt i grupper med lav sosial status. Rapport fra Kunnskapssenteret 2007; 13 Kunnskapssoppsammerning Oslo, 2007.
23. Lund M, Lund KE, Rise J. Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2005; (125): 564–8.
24. Elstad J I. Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet, 2005.
25. Marmot MG. The Status Syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy. London: Bloomsbury, 2004.
26. Elstad JI. The Psychosocial perspective on social inequalities in health. *Sociology of Health and Illness* 1998; 20:598–618.
27. Wilkinson R. Unhealthy societies. Routledge, London, 1996.
28. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Bokförlaget Natur och Kultur, Köping, 1991.
29. Walseth LT, Malterud K. Salutogenese og empowerment i allmenntidningsperspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2004;124:65–6.
30. Eriksen HR, Ursin H. Social inequalities in health: Biological, cognitive and learning theory perspectives. *Norsk Epidemiologi*; 2002;12:33–8.
31. Weisæth L, Mehlum L, Sundt Mortensen, M. Mennesker, traumer og kriser. Universitetsforlaget, Oslo, 1993.
32. Ganster DC, Fusilier MR. Control in the workplace. I: Cooper C L, Robertson I (red), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Chichester UK: Wiley, 1989: 236–80.
33. Tveiten S. Veiledning – mer enn ord ... Fagbokforlaget, Bergen, 2005.
34. Gaut DA. Evaluating competencies in nursing practice. *Topics in Clinical Nursing*. 1986; (2):77–83.
35. Sørensen BAA. Å forandre for å forstå. Utkast til hefte i praktisk metodebruk. Høgskolen i Vestfold, Tønsberg, 2006.
36. Aarø LE. Health Behaviour and socioeconomic status. A survey among the adult population in Norway. [Doktoravhandling] Universitetet i Bergen, Bergen, 1986.
37. Tonstad S. Bupropion som hjelpemiddel for røykeavvenning. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2002; (122):2612–5.
38. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

Vanskelig å samtale om røykeslutt

> Helsepersonell må bli mer bevisst sin rolle overfor pasienter som trenger hjelp til røykeavvenning.



Elin Amrud

Kardiologisk sykepleier/mastergradsstudent, Sykehuset Innlandet Lillehammer

Det tobakksforebyggende arbeidet har kommet langt, men har forbedringspotensialer. Røykesluttintervensjoner var tidligere ikke ansett som spesialisthelsetjenestens oppgave, skriver forfatterne. Forskning viser at systematisk intervensjon under innleggelse og oppfølging over tid øker slutttraten.

Det er viktig å sette søkelyset på spesialisthelsetjenestens rolle i forbindelse med røykeavvenning. Befolkningen har generelt stor tiltro til spesialisthelsetjenesten. Påvirkningsmulighetene er derfor store. Det gjelder å gå frem på rett måte. Studien har avdekket behov for holdningsendring, kunnskapsøkning og målrettede veiledningssamtaler, for å forbedre tilbudet om hjelp til røykeavvenning på sykehus.

Studien viser til at helsepersonell opplever det vanskelig å samtale om røykeslutt, en erfaring jeg deler. Tittelen på artikkelen, hvordan veilede om røykeslutt, fikk meg derfor til å tro at det endelig var noen som hadde sett på metodikken som skal til for å lykkes

med denne krevende veiledningsoppgaven. Hensikten med studien er derimot å undersøke hvordan pasienter og helsepersonell erfarer og opplever dagens praksis i forbindelse med røykeavvenning i sykehus, altså ikke noe «verktøy» til bruk i intervensjonen, slik tittelen innbyr til å tro.

Studien konkluderer blant annet med at det er viktig å velge rett samtaleteknikk tilpasset den enkelte røyker. Etter å ha jobbet med livsstilsveiledning til hjertepasienter på sykehuset i mange år, har jeg erfart at det finnes forskjellige samtaleteknikker til bruk i røykeavvenning. Endringsfokusert rådgivning og atferdsteori kan hjelpe sykepleierne å tilpasse intervensjonen. Ved å ha kunnskaper om mekanismene bak endring, samt hvilke kjennetegn røykeren har i de ulike fasene, kan sykepleierne lettere tilpasse sine tiltak på en måte som kan føre røykeren inn i en endringsprosess. Vår oppgave blir å hjelpe røykeren til selv å finne argumenter for å bli røykfri og en fremgangsmåte som passer den enkelte.

Helsepersonell må bli mer bevisst sin rolle i forbindelse med røykeavvenning og tilegne seg den kompetansen som trengs for å hjelpe pasientene å lykkes. Studier som dette er viktige for å komme videre i dette arbeidet. Røyking er en kjent risikofaktor for utvikling av hjertesykdom. Innsatsen som settes inn for å hjelpe røykerne til å bli røykfri, er ikke i samsvar med helsegevinstene som oppnås ved å slutte.

Det er et paradoks at røykeavvenning, som har så store helsemessige effekter, ikke får større oppmerksomhet av helsepersonell. Sykepleiere jobber på mange arenaer og har gode muligheter til å påvirke, og følge opp ved atferdsendring. Kompetanse i samtaleteknikk ved røykeavvenning bør derfor læres allerede i bachelorutdanningen og bli en del av sykepleiernes basisferdigheter.

Les artikkelen på side 182



Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen beskriver gjennomføringen av et opplæringsopplegg for sykepleiere i søk og kritisk vurdering av vitenskaplige artikler, samt deltakernes læringsresultat. Etter

kurset oppga sykepleierne at de i betydelig grad var mer kompetente.

Mer om forfatterne:

Grete Helen Bratberg er dr.philos. og førsteamanuensis Høgskolen i Nord-

Trøndelag (HINT), samt forskningsrådgiver FoU, Helse Nord-Trøndelag HF. Hege Selnes Haugdahl er cand. san og forskningspsykepleier FoU, Helse Nord-Trøndelag. Kontakt: grete.bratberg@hnt.no



Bakgrunn: Å omsette forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis er krevende. Verden over satses det mye på opplæring i kunnskapsbasert praksis, men opplæring fører ikke nødvendigvis til mer bruk av forskning.

Hensikt: I forbindelse med fagutviklingsprosjektet Sammen øker vi kompetansen gjennomført av Helse Nord-Trøndelag HF i samarbeid med Høgskolen i Nord-Trøndelag, undersøkte vi om opplæringen gjorde at deltakerne oppfattet seg som mer kompetente i å søke etter og kritisk vurdere forskning.

Metode: Før- og etterundersøkelse av et opplæringstilbud. 17 fagutviklingspsykepleiere ved somatiske sengeposter fullførte i løpet av seks måneder et opplæringsprogram med fem fellessamlinger hvor spørsmål knyttet til egen praksis hadde hovedfokus. Opplæringen fulgte de seks trinnene i konseptet kunnskapsbasert praksis (KBP). Gjennom bruk av spørreskjema undersøkte vi hvordan deltakerne vurderte sine kunnskaper, holdninger og ferdigheter før og etter kurset.

Resultat: Dobbeltså mange av deltakerne oppfattet at de var i stand til å finne relevant forskning etter kurset. Andelen som mente at de til en viss grad kunne vurdere informasjon kritisk var tredoblet og langt flere oppfattet forskning som nyttig for praksis.

Konklusjon: Opplæring som knyttes til egen praksis, oppleves å gi økte ferdigheter i søk og kunnskaps-håndtering, og mer positive holdninger til bruk av forskning i praksis.

» Opplæring i kunnskaps- håndtering – nytter det?

Forfattere: Grete Helen Bratberg og
Hege Selnes Haugdahl

NØKKELORD

- Kunnskapsbasert sykepleie
- Sykepleie
- Undervisning
- Spørreskjema

INNLEDNING

Det jobbes verden over for å øke bruken av forskning i klinisk praksis, både fordi dette vil forbedre pasientomsorgen, men også for å gjøre tjenestene mer effektive. Det er imidlertid stor usikkerhet knyttet til hvordan man best kan lykkes med dette. Opplæring er det tiltaket som er vanligst, men effekten av opplæring varierer mye (1). Det er derfor god grunn til å undersøke hvordan man best kan legge til rette for læring.

Det å integrere forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis kan være krevende på flere måter. Både personlige og institusjonelle forhold kan hindre sykepleiere og annet helsepersonell i å ta i bruk forskning i praksis. Internasjonale studier har vist at det for mange sykepleiere var mer naturlig å spørre kolleger og andre fagpersoner til råds enn å bruke forskning (2,3). I stedet for å bruke bibliografiske data-

baser som for eksempel PubMed og Cinahl, var det mer vanlig å søke fritt på internett. Mange hadde problemer med å forstå nytten av forskning, og fått lite opplæring og trening i å søke opp og kritisk vurdere informasjon som de kunne basere sin praksis på (3). En finsk studie fra 2002, som undersøkte hvilke faktorer som hindret sykepleierne i å integrere forskning i praksis, viste at mange syntes det var vanskelig å lese og forstå vitenskapelige artikler. Det var også vanskelig å endre praksis dersom legene ikke ville samarbeide om dette (4). Vi har liten oversikt over hvordan situasjonen er for norske sykepleiere, men det er grunn til å anta at mange føler utilstrekkelighet når det gjelder å integrere forskningsbasert kunnskap i sin praksis (5).

Mens tidligere forskning i stor grad har fokusert på individuelle begrensninger, viser nyere studier at organisasjonen man jobber i spiller en vesentlig rolle, ikke minst at ledere legger til rette og skaper en nødvendig infrastruktur for å jobbe på denne måten (6,7). Sykepleiere har blant annet manglet nødvendig teknologi, tilrettelegging og støtte fra arbeidsgiver for å kunne bruke forskning i praksis (8). Intervensjoner som har lyktes med å øke bruken

av forskning, viser at både tid og rom til samarbeid og kollegiale diskusjoner er nødvendig. Integrering av forskningsbasert kunnskap som en isolert øvelse, fungerer dårlig (1).

Når det gjelder opplæring i kunnskapsbasert praksis (KBP) er det mye som tyder på at undervisningen må relateres til praksissituasjoner. Når kunnskapshåndtering knyttes til klinisk praksis så utvikles en mer helhetlig forståelse og kompetanse (9,10). Dette var også bakgrunnen for opprettelse og utprøving av Fagringer i Bergen i 2007. Her fikk sykepleiere ved Haukeland Universitetssykehus og noen sykepleierstudenter i samarbeid med Senter for kunnskapsbasert praksis, mulighet til å lære seg kunnskapshåndtering i praksis (11). Etter modell fra fagringene gjennomførte FoU-avdelingen ved Helse Nord-Trøndelag (HNT), i samarbeid med sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT), et tilsvarende opplæringsprogram for fagutviklingspsykepleiere. Prosjektet som fikk navnet Sammen øker vi kompetansen (SØK) ble finansiert gjennom det lokale samarbeidsorganet (for HNT og HiNT). I forbindelse med oppstart og avslutning av SØK, ønsket vi å undersøke om den

pedagogiske tilnærmingen og tilretteleggingen som ble brukt, økte deltakernes informasjonskompetanse og ferdigheter i kunnskapshåndtering. Med informasjonskompetanse menes her kunnskaper og ferdigheter i å søke etter og finne relevant

år). Tre av fire hadde vært ansatt ved sin nåværende avdeling i mer enn fem år og majoriteten (16) hadde 80 prosent stillingsandel eller høyere. 14 deltakere (74 prosent) hadde videreutdanning innen en eller flere fagområder. I forbindelse med oppstart av kur-

egne «forskbare» praksisnære problemstillinger, innhenting av og kritisk vurdering av aktuelle vitenskapelige artikler og vurdering av relevans for praksis. Det ble gitt korte introduksjonsforelesninger, men de fleste læringsaktiviteter var interaktive og foregikk både i grupper og i plenum (10). For å gi innhold til vanskelige begreper, ble det i hovedsak brukt eksempler fra artikler med relevans til problemstillinger deltakerne selv jobbet med. Deltakerne fikk tilbud om veiledning, enten i grupper eller individuelt. Siste samling presenterte alle deltakerne sitt eget arbeid for de andre kursdeltakerne, og det var også forventning om presentasjon ved egen arbeidsplass.

” Det å omsette forskningsbasert kunnskap i praksis er krevende.

forskning, og med kunnskapshåndtering menes det å kritisk kunne vurdere kvalitet, relevans og anvendbarhet i forhold til praksis. Kunnskapshåndtering er brukt som overordnet begrep.

Formålet med denne studien var å:

1. Undersøke om opplæringsprogrammet SØK økte deltakernes egenvurderte informasjonskompetanse og ferdigheter i kunnskapshåndtering

2. Undersøke samsvaret mellom ulike elementer ved den pedagogiske tilnærmingen og tilretteleggingen (herunder organisering, faglig innhold og gjennomføring) og deltakernes totalvurdering av SØK

METODE

Studien ble gjennomført som en før- og etterundersøkelse av et opplæringstilbud.

UTVALG OG DELTAKELSE

Av 20 sykepleiere som fikk tilbud om opplæring, fullførte 17 kurset, herunder 14 med ansvar for fagutvikling. Av de tre som sluttet, begrunnet to av dem dette med overgang til ny stilling, mens en sluttet som følge av stor arbeidsbelastning i avdelingen. Deltakerne var mellom 33–57 år (median 44 år), og hadde praktisert som sykepleiere mellom ni–33 år (median 18

set ble deltakerne informert om spørreundersøkelsen og hva den skulle brukes til. Henholdsvis 17 og 15 av kursdeltakerne fylte ut spørreskjemaet ved oppstart og avslutning av kurset. 14 av 17 deltakere fylte ut spørreskjema både før og etter kurset.

PEDAGOGISK TILNÆRMING

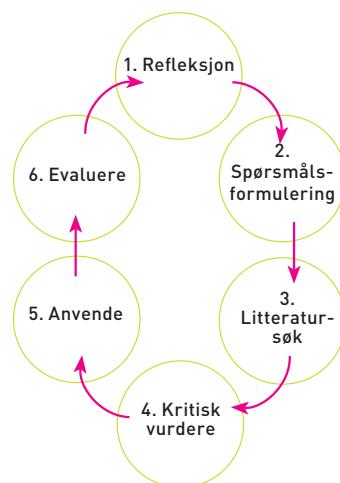
Opplæringen fulgte de seks trinnene i kunnskapbasert praksis (KBP), og benyttet flere av de pedagogiske verktøyene beskrevet i boka «Å arbeide og undervise kunnskapbasert» (12), blant annet individuelt arbeid og gruppearbeid. KBP er den norske oversettelsen av Evidence Based Practice og konseptet innbefatter en måte å tenke og arbeide på hvor beslutninger som angår klinisk praksis skal være basert på tre ulike kilder til kunnskap: 1) forskning, 2) klinisk erfaring og 3) pasientenes erfaringer og preferanser (13). Forskningsbasert kunnskap skal være med på å understøtte og informere kliniske beslutninger (12).

Fem fellessamlinger ble gjennomført i løpet av perioden mai–november 2008. I forkant av hver samling fikk deltakerne konkrete oppgaver knyttet til de ulike trinnene i kunnskapbasert praksis som skulle løses og sendes inn skriftlig. Dette omfattet oppgaver knyttet til utvikling av

MÅLEINSTRUMENT

Deler av studien (spørreskjema 1) er gjennomført i tråd med under-

FIGUR 1: De 6 trinnene i kunnskapbasert praksis (KBP)



Kilde: Senter for kunnskapbasert praksis, Høgskolen i Bergen. www.kunnskapbasert-praksis.no

søkelsen beskrevet i «Evalueringsrapport for kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis» i Bergen (11). For ytterligere å kunne vurdere den pedagogiske tilnærmingen, ble det utviklet et spørreskjema (spørreskjema 2) hvor deltakerne ble bedt om å svare på ulike spørsmål om organisering, faglig innhold og gjennomføring av SØK-kurset. Begge spørreskjema var kodet på en måte som sikret respondentens anonymitet samtidig som det for spørreskjema 1 var mulig å koble data fra begge måletidspunkt.

Spørreskjema 1

Deltakerne besvarte med noen få unntak de samme spørsmålene både ved første og siste fellessamling. Fire av spørsmålene fra spørreskjema 1 (14) ble vurdert som sentrale for å kunne si noe om hvor kompetente deltakerne var i kunnskapshåndtering (Tabell 1). Samtlige spørsmål begynte med formuleringen: «I hvilken grad opplever du at du» etterfulgt av: 1) effektivt kan finne fram til nyttig faglig kunnskap gjennom internett? 2) kritisk kan vurdere informasjonen og informasjonskildene? 3) kan begrunne faglige avgjørelser og valg i din praktiske hverdag ut

fra denne informasjon og informasjonskildene? 4) forskning er nyttig for praksis? Svaralternativene var: «i stor grad» (kodet 4); «til en viss grad» (kodet 3), «i liten grad» (kodet 2), «ikke i det hele tatt» (kodet 1). Svar på disse fire spørsmålene ble summert til en sumskåre som representerer en kompetanseindeks. Før oppstart ble deltakerne også bedt om å svare på følgende spørsmål: På en skala fra 1 til 10, der 1 er «overhodet ikke motivert» og 10 er «svært motivert, hvor motivert er du for å delta på SØK-kurset?

Spørreskjema 2

Ved siste samling fikk deltakerne utlevert spørreskjema 2 (14) der de skulle evaluere de enkelte deler av kurset, samt gi en totalvurdering av SØK og den tilnærmingen som ble brukt. På en skala fra 1 til 10 på spørsmålet: «Alt i alt mener jeg at SØK-kurset har vært», rangerte deltakerne kurset fra «svært dårlig» (kodet 1) til «svært bra» (kodet 10). Det var anledning til å gi utfyllende kommentarer til alle spørsmål.

STATISTIKK

Informasjon fra spørreskjema ble bearbeidet og lagt inn i statistikkprogrammet SPSS for

Windows versjon 15.0 (Chicago, USA). Deskriptiv statistikk ble benyttet for å beskrive hva som karakteriserte deltakernes informasjonskompetanse og ferdigheter i kunnskapshåndtering før og etter SØK-kurset. På grunn av utvalgsstørrelsen og at de fleste måledata var på ordinalnivå, ble Wilcoxon rangsumtest for ordinale pardata benyttet for å undersøke om de observerte endringene i kunnskapshåndtering var statistisk signifikante. Deltakernes vurdering av de ulike elementer ved den pedagogiske tilnærmingen, er vist ved bruk av bokserplott (sentraltendens og spredning). For å kunne undersøke hvorvidt de ulike delene av kurset hadde sammenheng med deltakernes totalvurdering av kurset, ble det benyttet bivariat korrelasjonsanalyse for kategoriske variabler. Koeffisienten Spearman rho angir grad av korrelasjon (Tabell 2). Alle statistiske tester var tosidige med 5 prosent signifikansnivå.

RESULTATER

1. Endring i egenvurdert kompetanse i kunnskapshåndtering

Deltakerne vurderte totalt sett at de hadde mer kompetanse

TABELL 1: Endring i egenvurdert kompetanse i kunnskapshåndtering før og etter SØK kurset (n=14). Gjennomsnittlig skåre (SD) ved bruk av fire spørsmål målt enkeltvis (skåre 1-4) og summert.

Kunnskapshåndtering	Før kurset	Etter kurset	Endring	
			Z-verdi ¹	P-verdi
1. Finner nyttig faglig kunnskap gjennom internett	2,5 (0,6)	3,1 (0,5)	-2,1	0,033
2. Kan vurdere informasjon kritisk	2,1 (0,7)	2,9 (0,4)	-3,2	0,002
3. Kan begrunne faglige avgjørelser ut fra forskning	2,7 (0,5)	3,1 (0,4)	-2,4	0,014
4. Mener forskning er nyttig for praksis	3,1 (0,5)	3,6 (0,5)	-2,3	0,020
Sum skårer	10,7(1,7)	12,7(1,0)	-2,9	0,003

¹ Z-verdien er et uttrykk for størrelsen på differansen mellom 1. og 2. gangs måling ved bruk av Wilcoxon rangsumtest.

ved avslutning av SØK-prosjektet ($P=0,003$) enn ved oppstart (Tabell 1). Av de aktuelle fire ferdighetene rapporterte deltakerne mest fremgang i det å kunne vurdere informasjon og kunnskapskilder kritisk ($P=0,002$).

Andelen deltakere som «til en viss grad» vurderte at de var i stand til å vurdere forskning kritisk økte fra 29 til 87 prosent. Ingen oppfattet at de i høy grad var i stand til dette. Ved siste samling hadde andelen deltakere som mente at forskning i høy grad var nyttig for praksis økt fra 21 til 67 prosent. Samtlige mente de enten til «en viss grad» (87 prosent) eller «høy grad» (13 prosent) var i stand til å begrunne faglige avgjørelser ut fra forskning.

Ved kursavslutning hadde 73 prosent av deltakerne lest seks engelskspråklige artikler eller mer (siste halvår). Til tross for det opplevde nesten tre av fire deltakere (73 prosent) engelsk som en viktig barriere når det gjaldt å lese vitenskapelige artikler.

Ved oppstart rangerte samtlige deltakere sin motivasjon til å delta på kurset som høyere enn 5 (skala fra 1–10, median 8). Det var allikevel ingen korrelasjon (Spearman's $\rho=0,35$, $P=0,206$) mellom grad av motivasjon og egenvurdert kompetansenivå i kunnskapshåndtering ved

avslutning av kurset. Mengden lest norsk, nordisk, og engelsk faglitteratur (forskningsartikler) i løpet av opplæringen var positivt korrelert med det kompetansenivå deltakerne anga etter endt opplæring (Spearman's $\rho=0,63$, $P=0,012$).

2. Evaluering av pedagogisk tilnærming og tilrettelegging

Alle deltakere var «fornøyde» med kurset totalt sett. Det vil si at ingen rangerte kurset som dårligere enn 6 på en skala fra 1–10 (median=8), hvorav fire deltakere rangerte det som svært bra (=10). Bokplottet (figur 2) viser hvordan deltakerne vurderte ulike spørsmål knyttet til gjennomføringen av SØK (median og interkvartiler). Boksen representerer 50 prosent av verdiene, mens de horisontale linjene utenfor angir maksimum og minimum verdier. Markert linje i boksen representerer median. Tabell 2 viser hvilke spørsmål som korrelerte med deltakernes totalvurdering av kurset.

Forventninger til kurset

Fem av 15 deltakere opplevde at det var lite samsvar mellom forhåndsinformasjon om kurset og slik det utartet seg. «Trodde det var mer jordnært, ikke så høytstående og vanskelig» var en kom-

mentar. En annen kommentar var «Veldig mye arbeid, men samtidig svært lærerikt». Selv om forventningene ikke helt samsvarte med krav og forventninger fra kurslederne, ga ikke dette utslag på totalvurdering av kurset.

KBP som metode for fagutvikling

Samtlige deltakere mente at KBP som pedagogisk tilnærming var egnet (Figur 2) og nesten halvparten rangerte metoden svært velegnet (skåre=10). Det var også høy korrelasjon mellom egnethet og totalvurdering av SØK (Tabell 2). Samtlige mente at andre sykepleiere burde få tilbud om tilsvarende opplæring og 80 prosent vurderte at kurs som SØK burde være et generelt tilbud til sykepleiere ved somatiske sengeposter.

Arbeidstid og egen arbeidsinnsats

En av forutsetningene for deltakelse var at det skulle avsettes arbeidstid til samlinger samt minimum to timer studietid utover dette per uke. Førte prosent av deltakerne oppga at de ikke hadde fått avsatt arbeidstid utover samlingene, mens resten kommenterte at de hadde hatt mulighet til å bruke arbeidstid i løpet av dette halvåret, enten på jobben eller hjemme. Jobbsituasjonen gjorde at det var vanskelig å sette av fast tid mens de var på arbeid. Totalt vurderte 80 prosent at de ikke hadde fått avsatt tilstrekkelig med tid, selv om noen også ga uttrykk for at de kunne ha utnyttet tiden bedre, kommet tidligere i gang og så videre. Vurdering av egen arbeidsinnsats var det som ble rangert lavest av deltakerne, men var positivt korrelert med totalvurdering av SØK (Tabell 2).

TABELL 2: Samsvar mellom vurdering av enkeltelementer ved SØK og deltakernes totalvurdering av kurset ved avslutning ($n=15$).

Organisering, innhold og tilrettelegging	Korrelasjon ¹
Egen arbeidsinnsats	0,56*
Organisering /gjennomføring	0,62*
Faglig kvalitet	0,67**
Oppfølging fra kursledere	0,75**
KBP som metode	0,87**

¹Spearman's rho korrelasjonskoeffisient, statistisk signifikant korrelasjon ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

Organisering og gjennomføring av SØK

De fleste vurderte organisering og gjennomføring av SØK som god (median = 8) og jo bedre deltakerne mente organiseringen var, desto mer fornøyde var de med kurset (Tabell 2). Deltakerne var også svært fornøyd med oppfølging fra kursledelse og bibliotek (Figur 2). Både oppfølging fra kursledelse og faglig kvalitet var positivt korrelert med totalvurdering av kurset (Tabell 2). 67 prosent av deltakerne benyttet muligheten til veiledning to ganger eller mer. Alle deltakerne vurderte dette som viktig, men dette var ikke utslagsgivende for hvordan de vurderte kurset som helhet. Alle så nær som en deltaker oppfattet arbeidskravene som ble gitt i forkant av samlingene som relevante.

DISKUSJON

Resultatene viste at deltakerne

totalt sett oppfattet seg som mer informasjonskompetente etter kurset. Etter seks måneder med kombinasjon av opplæring og eget prosjektarbeid, vurderte deltakerne at de hadde økte ferdigheter i både det å søke opp relevant litteratur, kritisk vurdere og anvende denne i praksis. Resultatene tyder på at holdningene til bruk av forskning i klinisk praksis også endret seg til det positive. Selv om positive holdninger i seg selv ikke er tilstrekkelig, er det god grunn til å anta at dette er en viktig forutsetning (7,15). Måten kurset var organisert på, faglig innhold og oppfølging fra kursledelse, var viktig for å gi en god totalvurdering av kurset. Selv om de fleste var svært fornøyde, går det frem at det var vanskelig å lære seg de nødvendige ferdigheter, og at kurset både var arbeidsomt og tidkrevende.

Resultatene ble sammenlignet med en tidligere undersøkelse

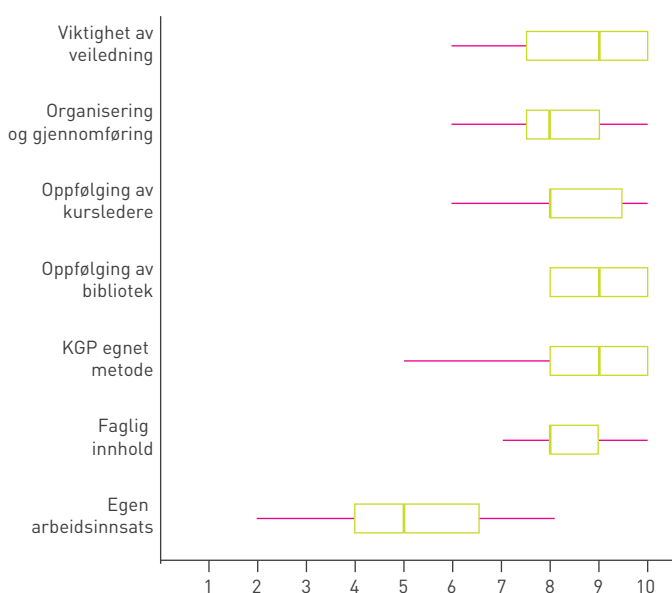
fra Bergen hvor de samme spørsmål ble brukt (11). Etter det vi kjenner til, er det ikke gjort andre tilsvarende studier som har fokusert på opplæring i Norge. Utvalget som inngikk i SØK, skilte seg lite fra utvalget i fagringene ved Haukeland Universitetssykehus (HUS) med hensyn til alder, yrkeserfaring og stillingsstørrelse, men de fleste SØK-deltakere hadde ansvar for fagutvikling. Resultatene fra SØK viser omtrent samme grad av motivasjon ved oppstart. Bortsett fra at andelen som opplevde engelsk som vanskelig var høyere i Nord-Trøndelag enn i Bergen, var resultatene svært like.

Når det gjelder dette med å lese engelskspråklig litteratur, viser mange studier at dette utgjør en viktig barriere mot bruk av forskning i praksis (4,16,17). Selv om utviklingen av nasjonale faglige retningslinjer og andre hjelpemidler etter hvert vil gjøre det enklere for flere å integrere forskning i praksis, utgjør språkerfardigheter (spesielt engelsk) og metodekunnskap en stadig viktigere forutsetning for å holde seg faglig à jour. Utdanningsinstitusjonene i samarbeid med praksisfeltet bør gå sammen og utvikle felles strategier for dette (18).

Hva kan forklare endring i kompetanse?

Det er trolig mange faktorer som kan forklare den endringen i kompetanse som deltakerne ga uttrykk for. Men vi har ikke systematisk kunnet undersøke betydningen av hver enkelt. For det første var kanskje motivasjonen til å lære seg de mest grunnleggende ferdigheter i kunnskapshåndtering ekstra stor i denne gruppen av fagutviklere. Men resultatene tyder ikke på at motivasjon (ved oppstart) i seg selv var utslagsgivende. Antallet

FIGUR 2: Deltakernes rangering av SØK som opplæringstilbud (n=15, median uthevet)



forskningsartikler de leste var imidlertid av betydning for hvorvidt de oppfattet seg som mer kompetente etter SØK. Selv om flere vurderte sin egen arbeidsinnsats som liten, tyder resultatene på at nettopp egeninnsats var en viktig suksessfaktor for læring. Det er også grunn til å anta at en læringsprosess som går over såpass lang tid gjør at ting får tid til å modnes.

Et annet forhold som kan ha økt motivasjon og læringslyst blant deltakerne var valg av opplæringsmodell. Resultatene viste at deltakerne var svært fornøyde med den pedagogiske tilnærmingen som ble brukt. Studier som har undersøkt hvilke metoder som har vist seg å være mest effektive når det gjelder å integrere forskning i klinisk arbeid, har vist at mest læring skjer når læringsformene foregår i praksis (10). Av praktiske grunner var vi nødt til å ha en klasseromsbasert tilnærming, men læringsformene var i stor grad interaktive. Samlingene ble stor grad benyttet til diskusjon og refleksjon, enten i gruppe eller i fellesskap.

Det å bruke deltakernes kliniske ekspertise i undervisningen utgjorde en stor pedagogisk ressurs. Det er også god grunn til å anta at denne type opplæring bør ha utgangspunkt i sykepleiernes erfaringer og problemstillinger fra praksis (19). For eksempel ble et spørsmål fra en av deltakerne, om hvor lenge en sonde kan/bør ligge hos premature barn, utgangspunkt for å diskutere både kunnskapskilder, utvikling av studiedesign og spørsmål om forskningsetikk. Denne type konkretisering medførte engasjement og ble viktig fordi det ga innhold til viktige begreper. Både opplæring og læring fungerte på sitt beste når læringsstoffet ble

knyttet opp mot deltakernes egne spørsmål.

Bibliotekarene spilte også en sentral rolle i opplæringen. Som fagpersoner har de ikke bare omfattende kunnskap om databaser og om hvordan informasjonen er organisert, men også et profesjonelt ansvar for å gjøre forskningslitteraturen tilgjengelig for helsepersonell (20). Det å søke i fagdatabaser og å bruke emneord var helt nytt for enkelte. Derfor ble opplæringen repetert og deltakerne fikk tilbud om individuell veiledning og opplæring mellom samlingene. Opplæring i bruk av Helsebiblioteket ble vurdert som særdeles nyttig av deltakerne, noe som også gjorde det mulig å søke litteratur hjemmefra.

Opplæring ingen garanti for økt bruk av forskning

Opplæring som insentiv for å øke bruken av forskning i praksis har vært populært, fordi dette kan skje uten altfor store omkostninger og fjerne mange på relativt kort tid. Det foreligger imidlertid ingen dokumentasjon på at kursing/opplæring i seg selv fører til en mer kunnskapsbasert praksis (1). Det kan til dels skyldes at opplæringen i liten grad har fokusert på det å ta beslutninger i praksis og at man mangler kunnskap og ferdigheter i dette «trinnet» (8). Det kan også være forhold knyttet til praksis som gjør at man ikke får mulighet til å bruke den kunnskapen man har tilegnet seg. Føringer fra kolleger, overordnede og andre i arbeidsfellesskapet, kan for eksempel gjøre det vanskelig å endre på eller innføre en ny praksis (8). Forskning tyder også på at mange sykepleiere til tross for ny oppdatert kunnskap føler at de mangler faglig autoritet til å endre praksis og at de enten ikke får nødvendig faglig støtte eller også at de blir motarbeidet (7).

Dette må tas på alvor ettersom utvikling av en forskningsbasert praksis i større grad dreier seg om en organisatorisk enn en individuell prosess.

Det å omsette forskningsbasert kunnskap i praksis er krevende og det er også en fare for at vi under vurderer kompleksiteten i dette. Det er ikke enkelt å vurdere studiers reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (som kriterier for kritisk vurdering og anvendelse) uten grunnopplæring i vitenskapelig metode. Og forskning viser at det er spesielt disse trinnene innenfor konseptet kunnskapsbasert praksis som er en utfordring. En internasjonal studie fra 2002 viste at mellom 50–70 prosent av sykepleierne som deltok, vurderte at de ikke var i stand til kritisk å vurdere vitenskapelige artikler (21). I vår undersøkelse økte andelen som oppfattet at de til en viss grad var i stand til å vurdere forskning kritisk, fra 29 prosent til 87 prosent, men det er uklart hva dette betyr i praksis. Selv om man forstår innholdet i en forskningsartikkel, er det ikke gitt at man direkte kan omsette denne kunnskapen i praksis (1;22).

Selv om det de senere år har vært fokusert mer på organisatoriske enn individrettede tiltak, er det ingen enkelt organisatorisk intervensjon som har vist seg å være effektiv på en konsistent måte når det gjelder å etablere en kunnskapsbasert praksis (23). En grunn kan være at dette med kontekst i liten grad blir forstått og oppfattet som viktig når det gjelder å skape kultur og miljø for endring (24). Det ser allikevel ut til at noen forutsetninger bør være til stede for å lykkes. Det gjelder ikke minst tid og rom for diskusjon og et tett samarbeid på tvers av faggrupper (25). Ledere må sørge for ressurser slik at det kan legges til rette for en slik utvikling.

Det er få som har vært opptatt av hvilke kunnskapskilder sykepleiere benytter mest, og også hvorfor disse foretrekkes. Studier tyder på at mange foretrekker interaktive, erfaringsbaserte og relasjonelle kilder for kunnskap framfor skriftlig empirisk dokumentasjon (1). For å lykkes med å implementere forskning i praksis kan det være en idé å velge strategier som i større grad er i tråd med sykepleiernes egne preferanser (1). Det er kanskje heller ikke slik at alle sykepleiere behøver like mye kunnskap om metode og ferdigheter i kunnskapshåndtering. Fagutviklere og andre med ansvar for opplæring bør imidlertid ha tilstrekkelig

kompetanse til å fungere som veiledere og formidlere av forskning (26). Det er foreslått flere modeller for hvordan dette kan skje selv om heller ingen av disse foreløpig har vist seg å være bedre enn andre (27).

Begrensninger

Ettersom resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen var basert på selvrapportering, angir resultatene kun deltakernes vurdering av egen kompetanse ved de to måletidspunktene. Ettersom det ikke ble gjort noen sammenligning, gir studien heller ikke svar på om den pedagogiske tilnærmingen som ble brukt var bedre eller dårligere enn andre opplæringstilbud.

Konklusjon

Deltakerne oppfattet seg som betydelig mer kompetente i kunnskapshåndtering etter kurset og holdningene til bruk av forskning i praksis var mer positive.

Takk til Samarbeidsorganet mellom HNT og HINT for finansiell støtte. Videre takk til bibliotekarene Liv Vikan (Levanger, HNT) og Ådel Ottesen (Namsos, HNT), fag- og forskningssykepleier Lise Gustad (medisinsk klinikk/HNT) og alle deltakere for deres bidrag i forbindelse med gjennomføring av SØK.

REFERANSER

1. Thompson DS, Moore KN, Estabrooks CA. Increasing research use in nursing: implications for clinical educators and managers. *Evid Based Nurs* 2008;11:35-9.
2. Cadmus E, Van Wynen EA, Chamberlain B, Steingall P, Kilgallen ME, Holly C, et al. Nurses' skill level and access to evidence-based practice. *J Nurs Adm* 2008; 38:494-503.
3. Pravikoff DS, Tanner AB, Pierce ST. Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice. *Am J Nurs* 2005;105:40-51.
4. Oranta O, Routasalo P, Hupli M. Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses. *J Clin Nurs* 2002;11:205-13.
5. Hommelstad J, Ruland CM. Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use. *AORN J* 2004;79:621-34.
6. Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P, Lybanon V. Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature. *Worldviews Evid Based Nurs* 2007;4:126-45.
7. Pallen N, Timmins F. Research-based practice: myth or reality? A review of the barriers affecting research utilization in practice. *Nurse Educ Pract* 2002;2:99-108.
8. Hutchinson AM, Johnston L. Beyond the BARRIERS Scale: commonly reported barriers to research use. *J Nurs Adm* 2006;36:189-99.
9. Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ* 2004 30;329 (7473): 1017.

10. Khan KS, Coomarasamy A. A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidenced-based medicine. *BMC Med Educ* 2006;6:59.
11. Graverholt B, Nordvedt M, Ruud L. Evalueringsrapport «Kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis». Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen, Helse Bergen; 2007.
12. Nordvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart L. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere. Norsk Sykepleierforbund, Oslo. 2007.
13. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. *Clin Orthop Relat Res* 2007;455:3-5.
14. Helse Nord-Trøndelag. www.hnt.no/Spørreskjema/SØK http://www.hnt.no/templates/StandardMaster_____101676.aspx?epslanguage=NO
15. Estabrooks CA, Floyd JA, Scott-Findlay S, O'Leary KA, Gushta M. Individual determinants of research utilization: a systematic review. *J Adv Nurs* 2003;43:506-20.
16. McCleary L, Brown GT. Association between nurses' education about research and their research use. *Nurse Educ Today* 2003;23:556-65.
17. Patiraki E, Karlou C, Papadopoulou D, Spyridou A, Kouloukoura C, Bare E, et al. Barriers in implementing research findings in cancer care: the Greek registered nurses perceptions. *Eur J Oncol Nurs* 2004;8:245-56.
18. Nilsson KK, Nordstrom G, Krusebrant A, Bjorvell H. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a

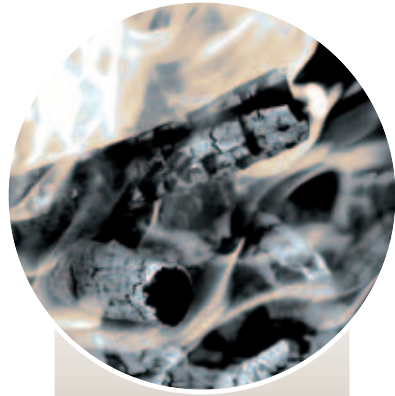
group of registered nurses in Sweden. *J Adv Nurs* 1998;27:798-807.

19. Kirkevoild M. Vitenskap for praksis? Ad notam Gyldendal, Oslo. 1996.
20. Klem ML, Weiss PM. Evidence-based resources and the role of librarians in developing evidence-based practice curricula. *J Prof Nurs* 2005;21:380-7.
21. Sitzia J. Barriers to research utilisation: the clinical setting and nurses themselves. *Intensive Crit Care Nurs* 2002;18:230-43.
22. Hutchinson AM, Johnston L. An observational study of health professionals' use of evidence to inform the development of clinical management tools. *J Clin Nurs* 2008;17:2203-11.
23. Wensing M, Wollersheim H, Grot R. Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implement Sci* 2006;1:2.
24. Dopson S. A view from organizational studies. *Nurs Res* 2007;56 (4 Suppl): S72-S77.
25. Hansen BS, Severinsson E. Dissemination of research-based knowledge in an intensive care unit-a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2009;25:147-54.
26. Strickland RJ, O'Leary-Kelley C. Clinical nurse educators' perceptions of research utilization: barriers and facilitators to change. *J Nurses Staff Dev* 2009;25:164-71.
27. Marshall ML. Strategies for success: bringing evidence-based practice to the bedside. *Clin Nurse Spec* 2006;20:124-7.

Les kommentaren på side 200 >>



ungdomskilde



varmekilde



næringskilde



kunnskapskilde

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

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

– Jeg spør heller kolleger

› Den letteste måten å løse problemer på er å rådføre seg med sine kolleger.

Foto: Erik M. Sundt



Av Christer Beiermann

Sykepleier, Nevrologisk avdeling,
Sykehuset Buskerud HF

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen «Opplæring i kunnskapshåndtering – nytter det?» viser at det kan være vanskelig for sykepleiere å integrere forskningsbasert kunnskap i praksis. Årsaken er blant annet mangel på nødvendig teknologi, tilrettelegging og støtte fra arbeidsgiver. For å lykkes med integrering av forskningsbasert kunnskap sier forfatterne at det kan være nødvendig både med tid og rom til samarbeid og kollegiale diskusjoner. Artikkelen konkluderer med at opplæring oppleves å gi økte ferdigheter i bruk av forskningsbasert kunnskap.

Det blir stadig stilt strengere krav til dokumentasjon og prosedyrer som skal være faglig begrunnet. Min erfaring er at sykepleiere i stor grad benytter seg av sin egen eller kollegaers erfaring når vi driver med pasientbehandling. Det er den letteste måte å løse en problematisk situasjon man står ovenfor på. Det tar for lang tid å lete opp relevant forskning. Det betyr ikke at erfaringsbasert

kunnskap nødvendigvis er feil. Erfaringsbasert kunnskap har vært en hjørnestein i sykepleie, men utgjør en av tre elementer i kunnskapsbasert praksis, hvor forskningskunnskap og brukerkunnskap utgjør de to andre.

For mange sykepleiere er det nok en utfordring å bruke internett og å lese engelsk. Disse barrierene tror jeg fører til at man ikke orker å sette seg ned på jobben for å finne aktuelle forskningsartikler og lese disse. Neste generasjon sykepleiere bruker forskningsbasert kunnskap aktivt i utdannelsen. I dag er det mange ute i klinikken som aldri har arbeidet på denne måten. Dette gir håp for at forskningsbasert kunnskap får et større fotfeste i det daglige for sykepleiere.

Jeg tror økt mestring når det gjelder søk i vitenskapelige databaser, som Cinahl, Cochrane Library og PubMed, vil motivere sykepleiere til å søke i databaser. Men ferdighetene som kreves for å søke opp og lese forskningsartikler er noe som må holdes ved

like. Ved å kurses kan man lære seg dette, men det har liten hensikt hvis man ikke har mulighet til å gjøre det jevnlig. Derfor har arbeidsgiver et ansvar med å sørge for at det er mulig å jobbe kunnskapsbasert.

Opplæring i forskningsbasert kunnskap er ikke en garanti i seg selv for at forskning brukes i praksis. Rutiner som er godt innarbeidet kan være vanskelige å endre. Det kreves ofte en holdningsendring både hos den enkelte ansatte og i selve organisasjonen for å få til forandringer. Vi må heller ikke se oss blinde på ren forskningsbasert kunnskap og glemme de to siste elementene, som tross alt ikke er ubetydelige. At forskning viser dokumentert effekt av en behandling på gruppenivå trenger ikke bety at den virker for den aktuelle pasienten, eller at manglende dokumentert effekt av en behandling betyr at behandling ikke virker.

Les artikkelen på side 192



Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at det er viktig med tilgang til privatareal og muligheten til å skape et hjemlig miljø for ektefeller der den ene har demenssykdom og bor på skjermet enhet.

Mer om forfatterne:

Linn Hege er spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg med mastergrad i klinisk helsearbeid og doktorgradsstipendiat ved Høgskolen i Buskerud, avd. for Helse-

fag. Siri Ytrehus er professor ved Høgskolen i Buskerud, avd. for Helsefag. Kontakt: linn.hege.forsund@hibu.no.



Foto: Erik M. Sundt

Bakgrunn: Selv om utforming og organisering av botilbud for personer med demens kan variere, vektlegges det i dag god boligkvalitet, og enerom er standard uansett bolig- eller institusjonstype. Demenssykdommens forløp gjør det ofte nødvendig med flytting til et tilrettelagt botilbud, også kalt skjermede enheter. Det å flytte sin partner til slike botilbud vil sannsynligvis ha store konsekvenser for parforholdet. Botilbudets utforming kan imidlertid ha betydning for ektefellers mulighet til å fortsette ekteskapsrelasjonen.

Hensikt: Studere hvordan ektefeller opplever verdien av tilgang til private arealer etter flytting av partner til skjermet enhet, og hvilken betydning dette har for mulighet til fortsatt omsorg og ivaretagelse av parrelasjonen etter flytting.

Metode: Kvalitativ studie, basert på samtaleintervju med seks ektefeller til pasienter som flyttet direkte fra hjemmet til en skjermet enhet for personer med demens.

Resultat: Det private rommet var betydningsfullt for mange av ektefellene, det ble ofte brukt ved

besøk. Ektefellene vektla å skape et hjemlig miljø i rommet, både med møblering, og bruk av gjenstander og fotografier. Det private rommet var viktig som en kontinuitetsbevarende faktor i ekteskapsrelasjonen etter flytting fordi opprettholdelse av viktige rutiner ble mulig.

Konklusjon: Betydningen av den private boenheten, samt muligheten til å gjenskape rutiner, synes svært viktig for ektefellenes mulighet til å fortsette sin relasjon med partner.

» Ektepars privatliv i demensbolig

Forfattere: Linn Hege Førstund
og Siri Ytrehus

NØKKELORD

- Demens
- Eldre
- Pårørende
- Kommunehelsetjeneste
- Kvalitativ studie

BAKGRUNN OG HENSIKT

Totalt finnes det i dag cirka 68 000 mennesker med demens i Norge. Cirka 10 000 nordmenn rammes hvert år, og de fleste av disse er over 65 år (1). Demenssykdommen er preget av mange og ulike typer symptomer. I tillegg til å prege den rammede, har sykdommen også stor innvirkning på omgivelsene rundt. Spesielt de som er nærmeste pårørende rammes (2). Etter som sykdommen utvikler seg og tjenestebehovet øker, kan mange ha behov for bo- og tjenestetilbud tilpasset personer med demens (2-4). Ofte er en ektefelle pasientens nærmeste omsorgsansvarlige (5, 6), og er den som må ta det vanskelige valget om flytting.

Forskningslitteraturen peker entydig på at flytting av en nærstående til en offentlig omsorgsløsning innebærer omfattende endring for den nærmeste fami-

lien. Endringene er av både praktisk og følelsesmessig art (7-12). Et gjennomgående og typisk trekk er de ambivalente følelsene som de involverte opplever (9, 11-13). Sorgreaksjoner er også vanlig, spesielt hos ektefeller (9, 13). Studier viser videre at flyttingen kan bidra til at det oppstår en form for relasjonsbrudd mellom ektefeller. Dette fører til at de må omdefinere sine roller og kanskje også utføre nye oppgaver (9, 14, 15).

Det har vært fokusert lite på ivaretagelse av parrelasjoner i institusjonsomsorgen (16). Bo- og tjenestetilbudene til personer med demens er imidlertid i stadig utvikling (4, 17). Mange ulike boligtyper er bygd ut og det er store forskjeller både i fysisk utforming, størrelse og beliggenhet (1). En av grunntankene bak utvikling av boligomsorg til eldre er at omsorg kan gis ut fra individuelle behov. Blant annet legges det større vekt på privateareal. Boligomsorgen skal være uavhengig av sted, på en måte som gir respekt for enkeltindividet og ivaretar behovene for privatliv (18, 19). Derfor legges det i økende grad vekt på at tilbudet til personer med demens bør ha særlige boligkvaliteter. Enerom er nå standarden, uansett bolig- eller institusjonstypen (4). Privateareal

er trolig viktig, fordi det kan gi pasientene bedre mulighet for å motta besøk, og omgås sine pårørende privat (4, 20). Private arealer kan derfor spille en rolle for ektefellers mulighet til å fortsette omsorgen, slik mange ønsker (8-12). På den måten kan hjemliggjøringen av botilbudene for personer med demens muligens gi større muligheter for en mer relasjonsbevarende omsorg (21).

Botilbud særlig tilpasset personer med demens betegnes ofte som skjermede enheter, selv om slike enheter kan ha ulik utforming og organisering (19, 21). I noen kommuner velger man å opprette skjermede enheter som en del av sykehjemstilbudet, mens i andre blir det bygget egne bokollektiv tilpasset personer med demens (4). Idealet er at hjemlige kvaliteter og et godt bomiljø skal prege disse tilbudene, og at behandlingen knyttes til dagligdagse gjøremål (4, 20, 22). Demenssykdommen påvirker den rammedes opplevelse av sine omgivelser (14). Særlig for personer med demens bør derfor omgivelsene være familiære, de må signalisere noe kjent, være forståelige og kontrollerbare (23). Imidlertid kan oppfatningene og vurderingene av omgivelsene endres under sykdomsforløpet (23, 24). Den

mentale svekkelsen kan føre til at omgivelsene ikke lenger oppleves som kjent, og dermed true følelsen av hjemlighet (25, 26).

Det er store behov for forskning innen demensomsorgen (2, 27). Man trenger kunnskap om pårørendes situasjon og behov, men også om hvordan bo- og tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende bør utvikles (1, 2, 27, 28). I forbindelse med flytting er det viktig at helsepersonell har kunnskap om ektefellenes situasjon som omsorgsgivere. Dette kan være en forutsetning for å få til et godt samarbeid. Hensikten med studien var å kartlegge hvilken betydning tilgang til private arealer i en skjermet enhet for personer med demens har for ektefeller. Samt undersøke hva dette betyr for deres mulighet til fortsatt omsorg og ivaretagelse av parrelasjonen etter flytting.

METODE

Kvalitativ metode med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (29-31) ble valgt i denne studien da det var ektefellenes egne opplevelser og erfaringer som skulle belyses. Som datainnsamlingsmetode ble samtaleintervju benyttet for å få fram informantenes egne beskrivelser (32). En intervjuguide ble utarbeidet, og brukt som et hjelpemiddel.

Rekruttering

Det ble opprettet kontakt med virksomhetsledere i to kommuner, som etter avtale om samarbeid formidlet kontakt med avdelingsleder i de ulike skjermede enhetene. Avdelingslederne mottok informasjon om studiens hensikt, metode og praktiske forhold. De rekrutterte deltagere basert på et strategisk utvalg blant ektefeller til pasienter som hadde flyttet til

enheten. Utvalgskriteriene var som følger: Pasienten skulle være diagnostisert med demens og ha flyttet direkte fra hjemmet og inn i skjermet enhet siste 12 måneder. Ektefellen, både kvinner og menn, skulle være definert som hovedpårørende i journalen. De måtte være i stand til å gi et frivillig, informert samtykke for deltagelse i studien og være over 65 år. Potensielle deltagere fikk informasjon om studien skriftlig og muntlig, og undertegnet et frivillig samtykke før kontaktføring ble videreført.

Utvalget

Seks ektefeller ble intervjuet. Fire kvinner og to menn i alderen 65–85 år deltok. En av deltakerne var i sekstiårene, en i åttiårene og resten i syttiårene. Alle var pensjonister. Ektefellene ble rekruttert fra tre forskjellige skjermede enheter i to kommuner på Østlandet. En enhet var organisert som bofellesskap, de andre som sykehjemstilbud. Selv om enhetenes størrelse og fysiske utforming var noe ulik, var det imidlertid felles for alle at pasientene hadde private rom.

Gjennomføring

Datainnsamling foregikk våren 2009. Alle intervjuer, bortsett fra ett, som ble gjennomført i den skjermede enheten, fant sted i informantenes hjem. Intervjuene bar preg av en åpen samtale og varte i en–halvannen time, de ble tatt opp på lydbånd og transkribert i sin helhet. Det ble gjennomført ett intervju med hver informant. Intervjuguiden ble brukt mot slutten av intervjuene som en oppsummering og for å sikre at alle ønskelige temaer var berørt. Eksempel på spørsmål som ektefellene fikk er: Hvordan er den skjermede enheten utformet og tilrettelagt for at

man skal kunne omgås privat? Er det viktig for deg å ha rom til privat omgang i den skjermede enheten? På hvilken måte er dette viktig? Hvor omgås dere når du er på besøk hos din ektefelle i den skjermede enheten?

Dataanalyse

Systematisk tekstkondensering inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, ble brukt som metode (31). Denne analysemetoden følger fire trinn. I første trinn er hensikten å skape seg et helhetsinntrykk av materialet. Alle intervjuer ble etter transkripsjon organisert og sammenfattet. Deretter ble refleksjonsnotat laget og foreløpige tanker rundt det som hadde kommet frem i intervjuene nedskrevet. Foreløpige temaer som kom frem var: hjemlighet, pasientens rom og å skape et hjem.

Trinn to i analysemetoden innebærer en systematisk gjennomgang av materialet for å identifisere meningsbærende enheter (Ibid). I denne delen av analysen ble «tekstbiter», fra hvert intervju som ga kunnskap rundt de foreløpige temaene definert i trinn 1, identifisert og henvist til en matrise ved hjelp av linjenummer.

Etter at matrisen var laget, begynte nye sammenhenger i teksten å åpenbare seg. Materialet var gjennomgått mange ganger og matrisen sørget for en visuell visning av resultatene. Dette resulterte i en ny organisering av materialet i analysens tredje trinn. Fire kategorier ble identifisert: Skape hjemlighet, betydningen av det private rom, rutiner ved besøk og bruken av album og fotografier.

Analysens fjerde trinn handler om å sette sammen de oppstykede bitene fra intervjuene til en helhet – rekontekstualisering (31). I denne siste delen av ana-

lysen ble «tekstbitene» (trinn 2) som hørte til de ulike kategoriene (trinn 3) lest «på tvers» av informantene, det vil si at tekst som handlet om de samme kategoriene hos de ulike informantene ble lest og sett i sammenheng. Deretter ble teksten sammenfattet og gjenfortalt i resultatdelen.

Etiske overveielser

Meldepikten til Regional Etisk Komité (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) ble ivaretatt. Begge instanser ga godkjenning før rekruttering av informanter startet. Informantene fikk informasjon om at deltagelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi grunn. Samtykkeerklæring ble undertegnet og det ble informert om at dataene ble anonymisert og behandlet konfidensielt. Rekrutteringsprosedyren sikret at bare informanter som selv ønsket, ble kontaktet av intervjuer. Før intervjuets start ble informasjon om frivillig deltagelse og studiens hensikt gjentatt. Informantene fikk tilbud om å kontakte intervjuer i etterkant av samtalen dersom det oppsto spørsmål.

RESULTATER

Ektefellene som deltok i denne studien hadde hatt et stort omsorgsansvar for partneren i hjemmet. Flyttingen var derfor ensbetydende med en stor endring i roller og oppgaver for dem. De hadde før vært den primære omsorgsgiveren, nå var dette endret. På tross av dette fortsatte imidlertid alle å utøve ulike former for omsorg for partneren etter flytting. De besøkte partneren hyppig, og typisk for deltakerne i studien var at de etablerte faste rutiner for hvilke dager, og til hvilke tider de besøkte partneren. De hadde også faste rutiner

for når de gikk hjem og hva de gjorde når de var på besøk.

I intervjuene fortalte ektefellene at partneren deres hadde enerom, og at det var viktig for både dem og partneren, at rommet var privat. Ektefellene la vekt på at partnerens rom skulle innredes «koselig», og de tok ansvar for å skape en hjemlig atmosfære i rommet. Det var ulike måter å gjøre dette på. Noen la vekt på å «gjenskape» noe av det gamle

” Noen la vekt på å «gjenskape» noe av det gamle hjemmet.

hjemmet, med kjente møbler og gjenstander fra deres felles hjem. Andre valgte å skape et «nytt» hjem i den skjermede enheten. Enten ved å bruke møbler som stod i rommet, eller kjøpe nye møbler. De la ikke vekt på møblenes betydning for å skape en hjemlig følelse, men brukte andre personlige gjenstander som de pyntet opp med.

Når ektefellene møblerte partnerens rom var det viktig for dem å få dekorere veggene med bilder av familie og venner. De la også igjen album med fotografier fra fortiden. Ikke bare for at det var betydningsfullt for partneren, men fordi fotografiene fortalte en historie. De mente bildene bidro til å skape et personlig bilde av partneren, ektefellen og deres felles bakgrunn. Ektefellene opplevde at dette bygget opp under partnerens egen identitet i det institusjonelle miljøet. De ønsket å bidra til at personalet lettere skulle få innblikk i vedkommendes tidligere liv.

Nesten alle ektefellene ga uttrykk for at en hjemlig atmosfære på partnerens rom var viktig, også for dem. Mange

uttrykte at fotografiene og andre kjente ting bidro til å skape hjemlighet, fordi de representerte kjære minner om en felles fortid. En av ektefellene fortalte at hjemlighetsfølelsen i rommet var svært betydningsfull for henne, og en forutsetning for hennes opplevelse av å kunne fortsette relasjonen til mannen som før:

«Det betydde veldig mye at vi hadde et privat rom der vi hadde gjort det hjemmekoselig. Enerom

er jo veldig fint, møblere det med litt kjente ting og noen bilder og sånn, det har jo alt og si. Når han kom i stolen sin, fikk bena høyt på krakken, og han fikk avisa. Så sa han: «Å, nå har vi det godt!» Da, da falt han til ro.»

I tillegg til å bruke fysiske ting, var det også mange som fortalte at de opplevde hjemlighet ved å gjenskape gamle rutiner. Det private rommet kunne spille en viktig rolle nettopp med tanke på muligheten til å opprettholde vaner og rutiner. Dette var rutiner som de begge forbandt med deres tidligere felles hjem, slik som vaner i forhold til ettermiddagskaffe, middagslur, røykevaner, turer ut, lesing av avisa eller andre hverdagslige ting som de tidligere hadde gjort. Mange fortalte at nettopp det å opprettholde gamle vaner og rutiner, gjorde at de følte seg mer hjemme hos partneren. De hadde også en oppfatning om at opprettholdelse av visse rutiner var betydningsfullt for partnerens trivsel og evne til å slå seg til ro i enheten. En av ektefellene beskrev det slik: «Det var viktige stunder vi hadde der altså. Da gikk han tilbake til det gamle, fordi da

satt jeg med strikkesøyet, for det måtte jeg jo ha. Når jeg satt og strikka, og det var han vant til å se, da gjorde det noe med ham. Da var vi mann og kone, for det var vi vant med».

For noen spilte imidlertid ikke partnerens rom samme rolle. En

des, for eksempel ved å utsette middagen for pasienten. Ektefellene fortalte også at personalet la vekt på deres behov for privat omgang og viste hensyn i forhold til dette når de besøkte partneren. Selv om noen av parene ikke brukte rommet i forbindelse med

omsorg, der ektefellene kunne fortsette sin kjente rolle som omsorgsgiver.

For noen av deltakerne i undersøkelsen var innredningen av det private rommet, i tillegg til å være et uttrykk for omsorg, også av betydning for opplevelse av kontinuitet i forholdet. Ulike gjenstander, møbler, familiebilder, fotografier og album representerte minner om et felles samliv, og bidro til en følelse av å høre hjemme i rommet. Selv om opplevelsen av hjemlighet hadde ulik betydning for deltakerne, hadde de likevel et felles ønske om å kunne videreføre relasjonen. Det private rommet så ut til å spille en sentral rolle for dette.

Det å oppleve et hjem som hjem, er ikke nødvendigvis bare knyttet til de fysiske tingene i seg selv. Det omfatter også når, hvor og hvordan ting gjøres (33). Muligheten for å gjenskape hjemlighetsfølelse i det institusjonelle miljøet, var avhengig av flere andre faktorer enn bare møblering og fysiske forhold. Gjenskaping av rutiner, som for ektefellene var kjente fra det gamle hjemmet, var også viktig for dem. Mye tyder dessuten på at dette kunne være en måte å opprettholde kontinuitet i forholdet. Personalets holdninger, og deres fleksibilitet i forhold til å legge til rette for partnernes mulighet til å videreføre vaner, hadde trolig betydning. En institusjon må nødvendigvis ha faste rutiner for å fungere, likevel er det viktig å gjøre den rutiniserte praksisen så fleksibel at den enkelt kan tilpasses individuelle behov.

Resultatene fra denne studien tyder på at det er forskjeller i betydningen det private rommet kan ha for ektefellene. For noen hadde rommet mindre betydning enn for andre. Det kan

” Rommet ble beskrevet som et fristed der de kunne være private.

fortalte at når hun var på besøk så pleide hun og mannen og sitte sammen i en sofa i gangen. Der hadde de sine private stunder foran to store vinduer med fin utsikt. For denne ektefellen hadde det private rommet mindre betydning, hun syntes det var fint at pasientene hadde enerom, men kunne ikke si at det hadde noen betydning ut over dette. En mann fortalte at på tross av at han hadde innredet konas rom med kjente møbler, kunne han ikke gjenskape hjemlighetsfølelsen: «Vi hadde jo med noen møbler, bilder og slike ting hjemmefra som hun fikk på rommet sitt der, så det skulle være mest mulig hjemlig da. Og når jeg besøkte henne, som sagt nesten hver dag, så satt vi jo i vår egen sofa. Inne på hennes rom. Jeg tror ikke hun var i stand til å observere at det var våre møbler. Hun var så syk. Den hjemligheten betydde heller ingenting for meg når jeg var på besøk, for det var ikke slik vi var vant til det, det ble bare noe stafasje».

Det var ulikt syn på hvilke muligheter ektefellene opplevde at de fikk til å kunne videreføre gamle vaner og rutiner. Noen ektefeller opplevde at personalet i mange tilfeller strakk seg langt i forhold til å legge til rette for at private rutiner kunne oppretthol-

besøk, ble det likevel lagt til rette for at de skulle kunne omgås privat. Dette var betydningsfullt for ektefellene, samtidig som de ga uttrykk for at det var trygt å ha personalet i nærheten, i tilfelle partneren ble urolig eller trengte hjelp. Andre igjen opplevde ikke dette. Disse fortalte at de, i et til dels rigid system, måtte tilpasse sine rutiner til institusjonens og personalets rutiner. Dette gjorde det vanskelig å opprettholde rutiner som var innarbeidet over mange år, og som på mange måter definerte deres relasjon.

DISKUSJON

Resultatene har vist at tilgang til privatareal kan ha betydning for muligheten til å skape et hjemlig miljø, og at det private rommet var betydningsfullt for dette. Litteratur vektlegger også betydningen av private rom, nettopp for å sikre retten til privatliv (4, 20). Selv om ikke alle ektefellene alltid brukte det private rommet, var rommet likevel betydningsfullt i forbindelse med besøk og omsorg for partneren. Rommet ble beskrevet som et fristed der de kunne være private. Innenfor det private rommets vegger fikk ektefellene muligheten til å gi omsorg til sin partner, slik de var vant med. På den måten ble det private rommet en arena for

være flere årsaker til dette. Rollen ektefellen tidligere har hatt i utformingen av hjemmet, og i omsorgen for den andre, kan spille en rolle for betydningen det private rommet får. Videre kan demensutviklingen føre til at omgivelsenes betydning for den syke endres. Samtidig kan sykdomsutviklingen også ha innvirkning på ektefellens oppfatning av omgivelsene i enheten. Gjenskapelse av hjemlighet kan miste sin betydning. For eksempel dersom partneren blir så syk at det ikke lenger gir noen mening å forstå situasjonen ut fra relasjonen som har vært (23). På dette stadiet i sykdomsforløpet kan kanskje behov for støtte og trygghet fra personalet være det mest betydningsfulle for ektefellene.

Resultatene viser at noen hadde god kontakt med partneren også i fellesarealet. Vi vet at det ikke bare er i private rom at personlige vaner og rutiner kommer til uttrykk. Disse vil også utspille seg på offentlige arenaer (33). Fellesarealet og hvordan det er utformet kan derfor ha betydning for muligheten til å gjenskape noen rutiner og vaner som ektefeller har hatt sammen, og dermed muligheten til å gjenskape betydningsfulle sider ved relasjonen og opplevelse av kontinuitet. Vi må regne med at det også på dette området vil være store variasjoner mellom ulike par.

Resultatet i denne studien viser, slik andre studier også har vist (8-12), at mange av ektefellene har et sterkt ønske og behov for å fortsette sin omsorgsgjerning etter flytting. Det er likevel viktig å være klar over at det kan være forskjeller. Utvalget i denne studien er lite, man kan derfor ikke utelukke at man i et annet utvalg ville funnet større variasjoner i ektefellers ønsker og

behov, i forhold til videre involvering i omsorgen for partner. Utvalget er dessuten rekruttert via ansatte. Vi kan ikke se bort fra at det kan ha påvirket deltakelsen i studien. De ansatte vil ikke kjenne like godt til partnere som ikke har krefter til, eller ikke ønsker å engasjere seg videre i omsorgen. Vi kan heller ikke se bort fra at deltakerne i intervjuet har underkommunisert ønske om å trekke seg mer ut av omsorgen, fordi de opplever dette som et mindre akseptert synspunkt. Intervjuene gav imidlertid ikke inntrykk av dette.

KONKLUSJON

Mulighet til å videreføre relasjonen etter flytting og ta vare på tidligere vaner og rutiner er viktige for deltakerne i denne studien. Betydningen av den private boenheten, samt muligheten til å gjenskape rutiner synes svært viktig for ektefellenes mulighet til å fortsette sin relasjon med partner.

” Mange av ektefellene har et sterkt ønske og behov for å fortsette sin omsorgsgjerning etter flytting.

Implikasjoner for praksis

Det er viktig at helsepersonell er oppmerksomme på de ulike behovene som ektefellene som omsorgsperson har, også etter flytting. En bør ta hensyn til ektefellenes ønske om privatliv, og til mulighet til å fortsette relasjonen. Samtidig bør de også kunne gi støtte og trygghet når omstendighetene krever dette. Tilrettelegging for at ektefellene kan være til stede i enheten så mye de ønsker, selv på natten, kan trolig være viktig. Kanskje

kan enheten ha et eget gjesterom, eller en flyttbar gjesteseng, der ektefeller kan overnatte ved behov. Imidlertid er det også viktig at helsepersonell ikke legger press på ektefellene i forhold til deres medvirkning i omsorgen. Denne studien viser at mange har hatt et omfattende omsorgsansvar før flytting, og mange kan være slitne og trenge hvile. Samarbeid og individuell tilpassning er derfor viktig.

Relasjoner mellom par bør trolig tas mer hensyn til i fremtidens planlegging av boliger for eldre. «Boliggjøringen» har bidratt til at ektefeller kan omgås privat, men må ektefellene alltid skilles? Kanskje kan institusjonsbaserte tjenester integreres med ulike boligtilbud, som både kan være små leiligheter, rom eller tilpassede omsorgsboliger. En slik boligtilpassning vil kunne ivareta relasjonsperspektivet, samtidig som familieomsorgens ressurser kunne bli bedre utnyttet. Omsorgsanlegg, der omsorgsboliger bygges i forbindelse med

sykehjem (4), vil kunne lette byrden med lange besøksreiser og vil for ektefeller være en boform som i større grad tar hensyn til behov for nærhet, og tilknytning til sin kjære.

Anbefaling for videre forskning

I videre forskning vil det være viktig å studere ulike grupper av pårørende, og deres behov for rom og plass til kontakt, og til deltakelse i omsorgen etter flytting.

REFERANSER

1. Landmark BF, Kirkehei I, Brurberg KG, Reinart LM. Botilbud til mennesker med demens. Rapport nr 11 – 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsestjenesten, 2009.
2. Sosial- og Helsedirektoratet. Glemsk, men ikke glemt. Om dagens situasjon og fremtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. IS-1486. Sosial- og Helsedirektoratet, Oslo, 2007.
3. Engedal K, Bruun Wyller T. Aldring og hjernesykdommer. Akribe forlag, Oslo, 2003.
4. Husbanken. Rom for trygghet og omsorg – Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem. Tilgjengelig fra: <http://www.husbanken.no/Venstremeny/bibliotek/-/media/792D778A166B4A5F8AC8DAF607E6EAE4.ashx> [Nedlastet 04.01.2010].
5. Daatland SO, Solem PE. Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi. Fagbokforlaget, 2000.
6. Ingebretsen R. Parforhold i endring. I: Fossan G, Raaheim K. (red). Eldreårenes psykologi. Fagbokforlaget, Bergen, 2001.
7. Butcher HK, Holkup PA, Park M, Maas M. Thematic analysis of the experience of making a decision to place a family member with Alzheimer disease in a special care unit. *Research in Nursing & Health* 2001;24:470–80.
8. Garity J. Caring for a family member with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*. 2006;32:39–48.
9. Ingebretsen R. Flytting til institusjon, demens i parforhold. Forlaget Aldring og helse, Tønsberg, 2006.
10. Moyle W, Edwards H, Clinton M. Living with loss: Dementia and the family caregiver. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2002;19:25–31.
11. Strang VR, Koop PM, Dupuis-Blanchard S, Nordstrom M, Thompson B. Family caregivers and transition to Long-Term Care. *Clinical Nursing Research*. 2006;15:27–45.
12. Woods B, Keady J, Seddon D. Involving families in Care Homes. Jessica Kingsley Publishers, London/Philadelphia, 2008.
13. Kramer BJ. Husbands caring for wives with dementia: A longitudinal study of continuity and change. *Health and social work*. 2000;25:97–107.
14. Engedal K, Haugen PK. Demens: Fakta og utfordringer. 4 utg. Aldring og helse, Tønsberg, 2005.
15. Ulstein I. Dementia in the family. Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, 2007.
16. Hauge S. Frå pleieheim til bu- og behandlingssenter. Ein historisk analyse av sjukeheimens rolle og funksjon dei siste 150 åra. I: Nord R, Eilertsen G, Bjerkreim T. (red). Eldre i en brytningstid. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, 2005.
17. Eek A, Nygård AM. Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Landsdekkende undersøkelse. Forlaget aldring og helse, Tønsberg, 2006.
18. Ytrehus S. Housing Policy for Frail Elders in Norway: A study of the Implementation of Housing Reforms in Norwegian Municipalities. *Journal of Housing for the Elderly*. 2002;16:107–23.
19. Henriksen N, Møller K, Knudsrup MA. Trivsel og boligform. Litteraturregning. Upublisert materiale, Syddansk Universitet Odense: CAST-Center for Anvendt Sundhetstjenesteforskning og Teknologivurdering, 2006.
20. Andersen AE, Holthe T. (red). Boligguiden: boenheter for personer med demens : planlegging og fysisk utforming. Forl. aldring og helse, Tønsberg, 2007.
21. Sosial- og Helsedepartementet. Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Analyse av alders og sykehjemfunksjoner. Sosial- og helsedepartementet, Oslo, 1999.
22. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 1997:17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 1997.
23. Kellaheer L. Shaping everyday life: beyond design. I: Sheila MP, Caroline H. (red). Inclusive Housing in an Ageing Society Innovative Approaches. The Policy Press, Bristol, 2001.
24. Perrin T. Occupational need in severe dementia: A descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;25:934–41.
25. Alvsvåg H. Å føle seg hjemme – i egen bolig og på sykehjem? I: Hauge S, Jacobsen FF. (red). Hjem, eldre og hjemlighet. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo, 2008.
26. Normann HK. Hjemmeopplevelse hos personer med demens. I: Hauge S, Jacobsen FF. (red). Hjem, eldre og hjemlighet. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo, 2008.
27. Helse- og omsorgsdepartementet. «Den gode dagen». Demensplan 2015. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2007.
28. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Fremtidens omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2006.
29. Silverman D. Doing qualitative research. 2 ed. Sage, London, 2005.
30. Silverman D. Interpreting qualitative data. 3 ed. Sage, London, 2006.
31. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2 utg. Universitetsforlaget, Oslo, 2003.
32. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Gyldendal akademisk, Oslo, 2009.
33. Ytrehus S. Mellom modernitet og tradisjon. Unge elders syn på flytting. Avhandling for dr. polit.- graden. Universitetet i Bergen, Bergen, 2004.

Samarbeid gir økt livskvalitet

> Det er viktig at personalet møter pasienter og pårørende med riktige holdninger og respekt.



Av Elin Johnsen Lillehovde

Spesialsykepleier, Sykehuset Innlandet
Alderspsykiatrisk avdeling,
Hukommelsesklinikken

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Som forfatterne beskriver har det vært fokusert på tilrettelagte tilbud for personer med demens i mange år. «Smått er godt» er et kjent begrep for alle som har jobbet lenge innen demensfeltet. Omgivelsenes betydning er et av mange områder som vektlegges for å kunne gi et godt tilbud til personer med demens. Et annet område som vektlegges er individuell tilrettelegging, for eksempel på bakgrunn av den demenssykes liv før sykdommen brøt ut. Det lages tiltaksplaner som støtter gjenværende ressurser og det tilstrebes å finne fram til aktiviteter som vedkommende har satt pris på. Vi har skjema om bakgrunnsopplysninger som vi ber pårørende fylle ut. Skjemaene er, i likhet med skjema for kartlegging, utredning og så videre, laget av helsepersonell på bakgrunn av vår oppfatning om hva som er viktig å vite.

Artikkelen, som fokuserer på hvordan ektepar klarer å skape rom for privatliv og hjemlighet på et sykehjem, har en mer sjel-

den vinkling. Denne vinklingen trenger vi som helsepersonell økt bevissthet rundt. Artikkelforfatterne har fokusert på utformingen av boliger tilrettelagt for personer med demens og spurt den friske ektefellen om deres erfaringer og muligheter til å ha et privatliv inne på den skjermede enheten. Det er kun seks ektefeller som er intervjuet, men disse klarer å beskrive på en god måte hvordan de fortsetter å gi omsorg til sin ektefelle som er flyttet til skjermet enhet. De forsøker å gjenscape deler av et felles liv ved å ta med kjente ting som bilder og møbler. Og de etterstreber å skape gode stunder og private rom inne på institusjonen. Et godt samarbeid med pårørende og tilrettelegging for privatliv på sykehjemmet er en billig investering i økt livskvalitet. Ikke bare for ektefeller, men også for den som er syk. I et prosjekt jeg deltar i, har jeg intervjuet personer med demens på sykehjem om deres livskvalitet. På skjemaet er det et spørsmål de aller fleste har en klar mening om, og det er

deres forhold til nærmeste pårørende. Selv om de ikke vet hvor de bor, lyser mange opp når deres ektefeller nevnes.

I mitt arbeid har jeg møtt mange ektefeller til personer med demens i ulike faser av sykdommen. Mange forteller om sine anstrengelser for å bevare den sykes identitet og leve så normalt som mulig så lenge som mulig. Bekymringen for at ektefellen ikke får det godt på dagsenter eller sykehjem gjør at de ofte utsetter å søke hjelp fra det offentlige så lenge at de selv blir utslitt. Noen av besvarelsene i denne artikkelen bekrefter deres bekymringer. Det hjelper lite med enerom og private areal dersom personalet mangler respekt og riktige holdninger. Jeg støtter derfor artikkelforfatterne i at det er behov for mer forskning på pårørendes omsorgsrolle når et familiemedlem har fått en demenssykdom.

Les artikkelen på side 202



Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen presenterer resultatene av en undersøkelse om bruk av symptomkartleggingsverktøyet ESAS ved henholdsvis sykehjem med egne palliative enheter og

avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase.

Mer om forfatterne

Cecilie Bakke Myhra har mastergrad i klinisk helsearbeid, retning

palliasjon og er ansatt som sykepleier 1 ved Råde bo- og servicesenter. Ellen Karine Grov er sykepleier og førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud. Kontaktperson: ceckr@online.no.



Foto: Erik M. Sundt

Bakgrunn: Nasjonale føringer beskriver behovet for fokus på symptomlindring hos pasienter i palliativ fase. Hensikten med denne studien var å kartlegge bruken av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) blant sykepleiere som arbeider med pasienter i palliativ fase ved sykehjem.

Metode: Et strukturert spørreskjema ble utarbeidet og sendt til 134 sykepleiere ved 18 sykehjemsavdelinger i 18 kommuner. To kommuner trakk seg fra undersøkelsen etter at spørreskjemaet var sendt ut. Deskriptiv statistikk ble anvendt for å analysere data.

Resultater: Spørreskjemaet ble besvart av 83 (62 prosent) sykepleiere ansatt ved 16 sykehjem med egne palliative enheter, eller ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase i Helseregion Sør-Øst. Det er hovedsakelig likhet i sykepleiernes bruk av ESAS ved de to avdelingstypene. Forskjellene gjelder planer for bruk av ESAS, hvor palliative enheter i større grad har skriftlige rutiner for bruk av ESAS, de ansatte har fått opplæring i bruk av ESAS, og de ansatte bruker ESAS i større grad. ESAS med det grafiske skjemaet som kartlegger symptomer over tid, er ikke i så stor grad benyttet som systematisk kartleggingsinstru-

ment ved avdelingene med senger forbeholdt pasienter i palliative fase. Sykepleierne der rapporterer at deres pasienter er for dårlige til å kunne bruke ESAS systematisk.

Konklusjon: Sykepleierne ved palliative enheter på sykehjem bruker ESAS med det grafiske skjemaet i større grad sammenlignet med sykepleiere ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. Ved palliative enheter er det i større grad planer for bruk av ESAS, systematisk opplæring og rutiner, sammenlignet med sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase.

>> Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

Forfatter: Cecilie Bakke Myhra,
Ellen Karine Grov

NØKKELORD

- Palliasjon
- Symptomregistrering
- Sykehjem
- Sykepleier

INNLEDNING

Generelt sett dør 41 prosent i sykehjem (1,2). Det er cirka 95 prosent kreftpasienter innlagt ved palliative enheter både på sykehus og sykehjem (3). I 2007 døde 10695 personer av kreft i Norge (4). Nasjonale føringer, standarder og handlingsprogram (3,5,6,7) beskriver behovet for fokus på symptomlindring hos pasienter i palliativ fase, samt behovet for økt tilbud om omsorg ved livets slutt og kompetanseheving blant helsepersonell (8). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen anbefaler at det opprettes palliative enheter ved sykehjem. Det vil si enheter «innad i sykehjemmet som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personale for å kunne gi mer avansert palliativ behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling» (3, s. 101). Bemanningsanbefalingene

til palliative enheter er egnet pleiepersonale med økt bemanning (pleiefaktor 1:2 på dagtid) og økt legebemanning i forhold til vanlige sykehjemsavdelinger. For små kommuner, der bare et fåtall pasienter trenger palliativ behandling, kan opprettelse av «øremerkede palliative senger», altså senger forbeholdt pasienter i palliativ fase ved en alminnelig sykehjemsavdeling, være et alternativ. For sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase beskrives ikke så klare bemanningsanbefalinger som for palliative enheter. Det stilles ei heller krav til strukturert samarbeid med palliative sentra eller kompetansesenter for palliasjon, slik det beskrives for palliative enheter.

I denne studien defineres palliasjon som: «Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual» (9).

Palliativ behandling er diagnoseuavhengig, men kreftpasientene utgjør en dominerende gruppe. Felles for pasientene er

høy forekomst av plagsomme symptomer, som kan være både av fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell natur. Oftest har hver pasient mange plager eller symptomgrupper, og plagene kan variere betydelig over tid og fra pasient til pasient (10).

Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) ble utviklet i Canada som et verktøy for kartlegging av symptomer hos kreftpasienter i palliativ fase (11). ESAS består av et symptomregistreringsskjema og et grafisk skjema hvor man skraverer skåringer for hvert av symptomene over tid. ESAS kartlegger ni symptomer: Smerte i ro, smerte i bevegelse, slapphet, kvalme, tung pust, munntørrhet, matlyst, angst/uro, trist/deprimert, og inkluderer ett generelt spørsmål: «Alt tatt i betraktning hvordan har du det i dag?». Svarene gis ut fra en visuell analog skala, VAS, fra 0–10, hvor 0 er ingen plage og 10 er verst tenkelig plage. Den norske versjonen avviker på enkelte punkter fra originalen, ved at et spørsmål om smerter ved bevegelse er inkludert i den norske versjonen (3). I Norge ble ESAS først tatt i bruk ved Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling ved St Olavs hospital. Nå er det i bruk over hele landet, og det er beskrevet

vet i Standard for palliasjon (7), hvor man anbefaler rutinemessig bruk av kartleggingsverktøy, blant annet ESAS, smertekart og Mini Mental Status. Man bør bruke standardiserte egenrapporteringskjemaer for måling av symptomer da det ikke nødvendigvis er sammenheng mellom pasientens subjektive opplevelse og graden av symptomer som helsepersonell rapporterer (12,13,14,15).

ESAS får enkelt frem pasientens subjektive opplevelse av situasjonen.

Denne studien har fokus på bruken av symptomregistreringskjemaet ESAS og kartlegging av symptomer hos pasienter i palliativ fase. ESAS er oversatt til norsk, det er validert i flere land og det står beskrevet blant annet i Standard for palliasjon (7) som en kvalitetsindikator i oppfølging av pasientene. Subjektive symptomer står sentralt i den palliative diagnostikken og behandlingen (16), og symptomer bør registreres systematisk og på en enkel måte (16). ESAS får enkelt frem pasientens subjektive opplevelse av situasjonen, og det kartlegger pasientens symptomer. Skjemaet brukes også for å evaluere effekten av igangsatte tiltak, og ESAS gir håp om synliggjøring av også andre symptomer enn smerte (3). ESAS er i systematisk bruk i spesialisthelsetjenesten (17), mens det antas at ESAS foreløpig ikke er innført rutinemessig i kommunehelsetjenesten.

Ved litteratursøk i databasene Pubmed, Medline, Cinahl, Embase, British nursing index, Swemed+ og Cochrane i perioden mai 2008 til oktober 2009, med søkeordene «palliative care», «symptom assessment», «ESAS»,

«palliative vård» og «smærtanalyse» fant man 15 artikler som spesielt omhandlet bruk av ESAS. Disse artiklene ble, sammen med nasjonale føringer og en lærebok i palliasjon (3,5,6,7,10), lagt til grunn for utarbeidelse av problemstilling og forskningsspørsmål. Målet var å kartlegge bruk av ESAS ved henholdsvis palliative enheter ved sykehjem og sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ

fase. Vår hypotese var at grunnet bedre bemanning og mer strukturert samarbeid (3, 18), ville sykepleiere ved palliative enheter skåre bedre for systematisk bruk av ESAS, enn sykepleiere ved alminnelige sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase.

Forskningsspørsmålene er:

- Har sykepleiere ved sykehjem hørt om ESAS som kartleggingsverktøy for symptomer hos pasienter i palliativ fase?
- Hvordan bruker sykepleiere på palliative enheter ved sykehjem og ved sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, kartleggingsinstrumentet ESAS?
- Hvordan kartlegges symptomer hos pasienter i palliativ fase ved de to ovennevnte avdelingstypene?

Hensikten med denne artikkelen er å presentere funnene som er gjort i studien om bruken av ESAS blant sykepleiere ved palliative enheter på sykehjem, samt avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase ved vanlig sykehjemsavdeling.

METODE Design

Prosjektet har et ikke-eksperimentelt, deskriptivt design. Basert på en litteraturstudie ble det utviklet et spørreskjema tiltenkt sykepleiere ved palliative enheter og ved sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. Hensikten var å kartlegge bruken av ESAS ved de to ulike avdelingsformene ved sykehjem. Data ble innhentet ved bruk av spørreskjemaet utviklet spesifikt for denne studien, da det ikke eksisterte noe eksplisitt spørreskjema for studiens målsetting.

Spørreskjemaet var i hovedsak strukturert, og det besto av 29 lukkede spørsmål og påstander, med en Likert skala. Svaralternativene var «helt enig», «litt enig», «verken enig eller uenig», «helt uenig» og «litt uenig». Påstandene i skjemaet tok utgangspunkt i hvordan litteraturen mener bruken av ESAS bør være.

Områdene er:

- hvem som fyller ut ESAS (15,19,20)
- opplæring i bruken av ESAS (21)
- tilgjengelighet på informasjonsskriv til pasient og pårørende om bruken av ESAS (21,22)
- avdelingens egne rutiner for bruk av ESAS (10,22)
- om ESAS er lett å bruke (23)
- om skjemaet passer for avdelingens pasienter (24)
- om man innleder til samtale på bakgrunn av skjemaet (12,17,23,24)
- bruken av grafisk skjema (22)
- bruken av observatørskjema (24)
- feiltolkninger av skjemaet (12)

Spørreskjemaet har også 13 åpne spørsmål hvor respondentene kunne nevne bruk av andre kartleggingskjemaer, besvare spør-

mål om avdelingens sengeplasser, sykepleierens videreutdanning, annen utdanning, alder og sluttført sykepleierutdanning.

Det ble gjort en pretest av spørreskjemaet på ti mastergrads-studenter innen klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud hvor det ikke ble endret noe på skjemaet. Derimot ble det en diskusjon om bruken av tallene 1–5 i svaralternativene i form av hvilken rekkefølge tallrekken skulle ha. Undersøkelsen ble utført én gang ved hver avdeling i perioden mai til august 2009.

Utvalg

Utvalget bygger på en studie blant sykepleiere ansatt ved palliative enheter ved sykehjem og sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase i Helseregion Sør-Øst. Det var en kontaktperson ved hver avdeling som oppga antall ansatte sykepleiere. Kontaktpersonen delte ut og samlet inn skjemaene. Til sammen ble det oppgitt 134 ansatte sykepleiere ved 16 avdelinger i Helseregion Sør-Øst.

Metode for analyse

Det ble brukt deskriptiv statistikk med SPSS versjon # 17. Frekvensanalyse ble brukt for å vise hvor ofte en observasjon er målt. T-test for kontinuerlige variabler ble brukt ved sammenligning av gjennomsnittet i to grupper. Chi-kvadrat test og Fishers eksakte test (for antall i gruppene mindre enn fem) ble brukt for å se sammenhengen mellom kategoriske variabler i en krysstabell. Da fremkommer forskjellene mellom observert og forventet frekvens (25). Signifikansnivået ble satt til 0,05 (25).

Variabler er betegnelsen på enhetene av spørsmålene og påstandene i spørreskjemaet, mens verdiene for disse varia-

blene er skåringsalternativene på Likertskalaen. Tallet 5 representerte «helt enig», 4 representerte «litt enig», 3 representerte «verken enig eller uenig», 2 representerte «litt uenig» og 1 representerte «helt uenig». Svaralternativene «ja» og «nei», ble kodet 0 og 1. De åpne spørsmålene ble skrevet inn i SPSS i form av «string»-variabel oppsett.

Etiske overveielser

Studien er anbefalt iverksatt av Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste, NSD. Det var ikke nødvendig å søke Regional etisk forskningskomité, siden studien gjelder sykepleiere. Det var frivillig å delta i studien, og ifølge NSD var det informert samtykke når det anonyme skjemaet ble returnert i en felles konvolutt fra avdelingen. Alle opplysninger er behandlet konfidensielt og det er ikke mulig å spore stedstilknytning. Anonymitet er ivaretatt i fremstillingen av resultatene i tekstmaterialet.

Resultater

Atten avdelinger i 18 kommuner i helseregion Sør-Øst ønsket å

delta i studien. Dette var både palliative enheter, og avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase i en vanlig sykehjemsavdeling. To avdelinger trakk seg fra studien uten å oppgi årsak. Det ble derfor 16 avdelinger som deltok. I denne studien er utvalget av respondenter sykepleiere som er ansatt ved palliative enheter på sykehjem, og sykepleiere ansatte ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase.

Til sammen besvarte 83 sykepleiere spørreskjemaet, svarprosent 62. Det var i følge tall oppgitt av kontaktpersonene 134 sykepleiere ansatte ved disse 16 avdelingene. Femtito av 83 respondenter (63 prosent) jobber ved en palliativ enhet. Tjuesesks respondenter (31 prosent) jobber ved vanlige sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, det var fire slike avdelinger. Fem respondenter (6 prosent) oppga ikke hvilken type avdeling de arbeider ved.

Respondentenes gjennomsnittsalder var 43 år, spenn fra 23 til 61 år, og i gjennomsnitt hadde de vært utdannet syke-

TABELL 1: Oversikt over bruk av andre kartleggings skjema (besvart av 34, hvorav flere har nevnt mer enn ett skjema/én metode).

Type kartleggings skjema eller andre kartleggingsmetoder	Antall anvendt
Kroppskart med smerte – evalueringsskjema	17
VAS – Visuell Analog Skala	9
MMS – Mini Mental Status	8
Skjematype eller metode ikke oppgitt	5
Ernærings skjema	3
Innkomstsamtale	2
IPLOS	2
Observasjon (derav observasjon av pårørende)	2
Depresjonsskala	1

TABELL 2: Forskjeller mellom sykepleiernes svar i forhold til avdelingstype: palliative enheter i sykehjem og avdelinger i sykehjem med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase.

Variabler	Palliative enheter i sykehjem	Sykehjem med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase	P-verdi
	N (%)	N (%)	
Hørt om ESAS			1,00
Ja	42 (98)	26 (96)	
Nei	1 (2)	1 (4)	FE-test
Pasienten fyller selv ut ESAS			0,64
Ja	33 (73)	17 (68)	
Nei	12 (27)	8 (32)	χ^2 -test
Pasienten får hjelp av sykepleier til å fylle ut ESAS			1,00
Ja	42 (93)	23 (96)	
Nei	3 (7)	1 (4)	FE-test
Sykepleier fyller ut ESAS			0,60
Ja	27 (66)	13 (59)	
Nei	14 (34)	9 (41)	χ^2 -test
Pårørende fyller ut ESAS			0,65
Ja	4 (10)	1 (4)	
Nei	37 (90)	22 (96)	FE-test
Legen fyller ut ESAS			0,30
Ja	3 (7)	0 (0)	
Nei	39 (93)	24 (100)	FE-test
ESAS fylles ut daglig per pasient			0,08
Ja	7 (17)	0 (0)	
Nei	34 (83)	21 (100)	FE-test
Avdelingen har skriftelige rutiner for bruk av ESAS			<0,001
Ja	27 (63)	4 (17)	
Nei	16 (37)	20 (83)	FE-test
Alle ansatte bruker ESAS			<0,001
Ja	28 (62)	1 (4)	
Nei	17 (38)	24 (96)	FE-test
Alle ansatte har fått opplæring i bruk av ESAS			<0,001
Ja	34 (76)	5 (20)	
Nei	11 (24)	20 (80)	χ^2 -test
Avdelingen har informasjons-skriv til pasient og pårørende om bruk av ESAS			0,71
Ja	5 (11)	4 (17)	
Nei	39 (89)	20 (83)	FE-test

Tegnforklaring: χ^2 -test = Chi-Square test, FE-test = Fisher's exact test

pleiere i 15 år, med et tidsspenn fra 1971 til 2009. Førtini (59 prosent) av 83 respondenter har en videreutdanning innen sykepleie. Tjueåtte respondenter (57 prosent) har en videreutdanning innen palliasjon, mens ti respondenter (20 prosent) er kreftsykepleiere. Kun to sykepleiere rapporterer at de ikke har hørt om ESAS. Trettifire sykepleiere (41 prosent) bekrefter at de anvender andre kartleggingsskjemaer i sitt arbeid. Tabell 1 viser en oversikt over hvilke skjema og metoder som anvendes.

Selv om det er store likhets-

trekk i besvarelsene for de to avdelingstypene, viser studien at det også er signifikante forskjeller i bruken av og meningene om ESAS mellom de sykepleierne som arbeider ved palliative enheter og de som arbeider ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, se tabell 2 og 3. Disse tabellene refererer til 28 spørsmål fra spørreskjemaet. Det siste spørsmålet i spørreskjemaet gjaldt hvilken type avdeling man er ansatt på, palliativ enhet eller vanlig sykehjemsavdeling, et spørsmål som vi anvendte som avhengig variabel i denne studien.

DISKUSJON

Utvalget i denne studien viser at 46 prosent av sykepleierne har videreutdanning i palliasjon eller kreftsykepleie. Sosial- og helsedepartementets anbefalinger om bemanning og organisering av personell ved palliative enheter på sykehjem (3), viser til at sykepleiere bør ha videreutdanning (mastergrad) innen kreftsykepleie eller palliasjon. Det er ingen forskjell i kompetanseprofil for sykepleierne ved henholdsvis palliative enheter og ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, og vi antar at lik-

TABELL 3: Påstander om bruken av ESAS ved de to ulike avdelingstypene. Svaralternativ: 5=Helt enig, 4=Litt enig, 3=verken enig eller uenig, 2=Litt uenig, 1=Helt uenig

Variabler	Palliative enheter i sykehjem	Sykehjem med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase	P-verdi
	Gjennomsnitt (Standard avvik)		
ESAS fylles bare ut når legen ber om det	1,49 (1,00)	1,36 (1,00)	0,60
ESAS brukes for å kartlegge symptomer	4,89 (0,38)	4,65 (0,75)	0,08
Legen bruker ESAS for å vurdere effekt av behandling	4,36(0,96)	3,88 (1,48)	0,11
Sykepleieren bruker ESAS som grunnlag for vurdering av pasientens tilstand	4,74(0,61)	4,54 (0,86)	0,25
ESAS er lett å bruke	4,31 (0,79)	4,08 (1,15)	0,33
ESAS er egnet for avdelingens pasienter	5,30(7,73)	4,00 (1,35)	0,41
ESAS bør fylles ut x 2 per dag	2,29 (1,12)	2,10 (1,18)	0,54
Obstipasjon mangler som et punkt i ESAS	4,39 (0,98)	4,38 (0,88)	0,95
Pasienter i palliativ fase er for dårlige til å fylle ut ESAS, de orker ikke	3,24 (1,06)	3,92 (0,98)	0,01
ESAS tar liten tid å fylle ut	3,84 (1,22)	4,15 (1,05)	0,28
ESAS er lett å forstå for alle	3,50 (1,11)	3,62 (1,33)	0,70
Det er sjeldent feiltolkning av ESAS	3,13 (1,24)	3,27 (1,28)	0,66
Alltid en samtale med pasienten etter at ESAS er fylt ut	3,91 (1,13)	3,65 (1,13)	0,35
ESAS er fort gjort å glemme	3,52 (1,12)	4,00 (1,09)	0,10
ESAS kan også brukes for å kartlegge pasienter med kognitiv svikt	2,26 (1,24)	2,73 (1,18)	0,12
Observatørskjemaer er mer egnet enn ESAS i livets siste fase	3,27 (1,01)	3,25 (1,11)	0,95
Legen foreskriver hvor ofte ESAS skal fylles ut	1,78 (1,21)	1,92 (1,35)	0,65
Det grafiske skjemaet brukes for alle pasienter	3,41 (1,59)	2,08 (1,29)	<0,001

het i utdanning mellom ansatte ved de to avdelingstypene, er en av årsakene til at det ikke er så store forskjeller i bruken av ESAS.

Når man skal oppsummere resultatene av denne studien om bruken av ESAS ved palliative enheter og ved vanlige sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, finner vi at det er likhetstrekk i besvarelsene for de fleste av

i større grad ville være enige i at de bruker det grafiske skjemaet for fremstilling av pasientens tilstand over tid, sammenlignet med avdelinger som har senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. Dette støttes i litteraturen ved enighet om at det er viktig å måle intensiteten av pasientens plager over tid, samt at god symptomkontroll er én av de viktigste komponentene i å levere en effektiv, avansert pleie i pallia-

å bruke ESAS, og alternativt bør man bruke et observatørskjema hvor man blant annet ser på ansiktsuttrykk for å kartlegge pasientens symptomer fordi man er avhengig av at pasienten forstår meningen med innholdet i skjemaet (19,24). Sykepleierne ved de palliative enhetene synes i større grad å være enige i at ESAS også er egnet for pasienter i palliativ fase. Forklaringen til at sykepleierne ved de palliative enhetene anvender ESAS også overfor svært dårlige pasienter, kan være at de har utviklet metoder og tilnæringsmåter som ivaretar pasientene ved utfylling/nedtegning av symptomintensitet i ESAS.

Kommunikasjon har en sentral rolle mellom pasient og helsepersonell. Studien og litteraturen (12,13,23,24,26) viser enighet om at man skal bruke ESAS som et utgangspunkt for en samtale, siden ESAS ikke dekker alle symptomer man erfarer at pasienter har. Det er praktisk å starte med spørsmål knyttet til pasientens skåre på skjemaet. Man vil kunne avdekke eventuelle misforståelser, og pasienten føler at han blir lyttet til og tatt på alvor (12,23,26). Symptomer bør ifølge flere artikler (13,16) registreres systematisk på en enkel måte, for alle pasienter.

Det anmodes om at legen bør foreskrive hvor ofte ESAS bør registreres (16). Dette ble ikke støttet i studien hvor man fant at sykepleiere er helt uenig i at ESAS bare fylles ut når legen ber om det. En tolkning er at skjemaet fylles ut uansett om det er forordnet eller ikke. Man kan videre tolke dette funnet slik at sykepleiere i studien er enige med litteraturen, siden de mener ESAS bør fylles ut systematisk uten nødvendigvis noe pålegg eller instruks fra eksempelvis en lege. At sykepleieren selv tar

” Mot slutten av livet kan det være vanskelig å bruke ESAS.

spørsmålene, mens det er signifikante forskjeller mellom svarene for de to gruppene sykepleiere for andre spørsmål.

Funns fra studien som viser forskjell mellom sykepleiergruppene ved henholdsvis palliative enheter og avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase er: Sykepleiere ved palliative enheter bruker i større grad enn sykepleierne ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase ESAS's grafiske skjema. Videre har sykepleiere ved palliative enheter skriftlige rutiner for bruk av ESAS, de bekrefter at alle ansatte bruker ESAS, og at alle ansatte har fått opplæring i bruken av ESAS i større grad enn sykepleierne ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. Siden det er tilført mer ressurser (personalmessig og organisatorisk) til en palliativ enhet sammenlignet med en sykehjemsavdeling med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase (3), forventet vi at de palliative enhetene ville komme best ut i denne sammenligningen. Det var forventet at sykepleierne ved de palliative enhetene

sjon (20, 22), slik kravet til en palliativ enhet beskrives (3).

Kartleggingsverktøy må være enkle å administrere ved pasientens seng, de må være korte og lette å fylle ut. Symptomer er et subjektivt fenomen, og det anbefales at pasienten fyller ut et måleinstrument selv (gullstandard). Ifølge litteraturen bør en tredjeperson fylle ut skjemaet når pasientens helsetilstand forverrer seg slik at pasienten selv ikke klarer å fylle det ut grunnet kognitiv svikt eller fysisk reduksjon (23). Vår studie viste at i en vanlig avdeling med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, var respondentene enige i at avdelingene har for dårlige pasienter til å systematisk fylle ut ESAS, noe som kan tolkes som at ESAS er lite egnet for deres pasienter. Det kan også tolkes som at sykepleierne ved vanlig avdeling med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, ikke har metoder for å kartlegge svært dårlige pasienter. Dette støttes i litteraturen ved at man mener det er umulig å bruke ESAS overfor pasienter med sterkt nedsatt allmenntilstand. Mot slutten av livet kan det være vanskelig

initiativ til utfylling og kartlegging av symptomer er i tråd med Helsepersonelloven § 4, 39 og 40, om krav til forsvarlighet og dokumentasjonsplikt (27).

Videre viser studien at sykepleiere ved begge avdelingstyper (palliative enheter og avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase) som bruker ESAS for vurdering av pasientens symptomer, er enige i at ESAS er lett å bruke. Dette støttes i litteraturen (26) ved at ESAS er et nyttig verktøy for å observere, evaluere og dokumentere de symptomene som er valgt ut i skjemaet. Det er viktig med et enkelt skjema som krever minimal innsats og konsentrasjon av pasienten da pasienter i en palliativ fase kan ha sterkt nedsatt tilstand og mange symptomer (18).

Det er gjort en undersøkelse om sykepleieres opplevelse og erfaringer ved bruk av ESAS (25). Denne undersøkelsen konkluderte med at ESAS er lett å forstå for pasienten, og at ESAS trenger liten innsats fra pasienten og sykepleieren. Det konkluderes med at pasienten har stor fordel ved å bruke ESAS. Dette støttes i vår studie da sykepleierne er enige i at ESAS tar liten tid å fylle ut.

ESAS gir raskt svar på pasientens symptomer (26). Symptomene som kartlegges i ESAS er relevante for helsepersonell slik at de kan rette tiltak mot lindring av symptomene som angis som plagsomme. Sykepleierne ved begge avdelingstypene mener at ESAS mangler et eget punkt om obstipasjon (gjennomsnittsverdier henholdsvis 4,39 og 4,38, $p=0,95$). Dette støttes av andre artikler og studier gjort med helsepersonell som fyller ut og tolker skjemaet (21). Videre viser funn fra vår studie at det anvendes også andre kartleggingsskjemaer ved pallia-

tive avdelinger, slik Standard for palliasjon (7) anbefaler.

STUDIENS BEGRENSNINGER

Det ble ikke registrert om hver enkelt sykepleier mottok skjemaet og informasjonsskrivet, og det ble heller ikke registrert hvem som ikke besvarte skjemaet. Man vet derfor ikke hvorfor 38 prosent ikke svarte. En svakhet ved denne studien er at kontaktpersonen som delte ut spørreskjemaene har inkludert alle ansatte, også nattevakter og avdelingsledere, når de har oppgitt antall ansatte. Når skjemaene er returnert oppgir noen avdelinger at nattevakter og avdelingsledere ikke bruker ESAS, noe som kan være årsak til at de ikke har svart på spørreskjemaet. Kontaktpersonene har ikke oppgitt hvor mange personer dette gjelder, så her ligger nok en av årsakene til frafallet.

En annen svakhet i studien er at noen ansatte ved samme avdeling er uenige på flere felt når de svarer, blant annet på spørsmålet om hvor mange senger avdelingen har, antall senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, om de har fått opplæring i utfylling av ESAS, hva slags avdeling de faktisk er definert som og om de har rutiner for bruken av ESAS. Når det gjelder spørsmålet om antall senger kunne kanskje denne svakheten vært unngått med en mer konkret spørsmålsstilling med lukkede svaralternativer, ikke åpne spørsmål slik det var i spørreskjemaet.

Studien er generaliserbar til sykehjem med palliative enheter og til avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase i 16 kommuner. En styrke ved studien er at hele 16 kommuner, ved til sammen sju av ti fylkeskommuner i Helseregion Sør-Øst, deltok i studien.

Spørreskjemaet har en Likert-skala, samt både åpne og lukkede spørsmål. Fordelen ved å bruke et spørreskjema med lukkede svaralternativer er at det er lett for respondenten å administrere. Det tar også kort tid å fylle ut svarene, noe som kan påvirke svarprosenten positivt. Videre er det enklere å analysere siden man ikke trenger å rekode i stort omfang. Det er også en styrke å presentere spørsmål med ulik formulering, noe som kan redusere faren for tilfeldige feil (28).

Både palliative enheter og vanlige sykehjemsavdelinger er representert i studien, noe som har gitt mulighet til å sammenligne disse avdelingstypene. Dette kan anses som en styrke ved studien.

KONKLUSJON

Det er store likheter i bruken av ESAS ved de to avdelingstypene. Variasjoner i sykepleierens bruk av ESAS ved de palliative enhetene og ved de vanlige sykehjemsavdelingene med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, gjelder bruken av det grafiske skjemaet, om pasientens tilstand er avgjørende for utfylling av ESAS, grad av opplæring, tilgang på skriftlige rutiner og om bruken av ESAS blant helsepersonell. Avdelingene som er palliativ enhet, viser til en systematisk bruk av ESAS's grafiske skjema. Sykepleiere ved avdelingene med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase er enige i at de har for dårlige pasienter til å kunne bruke skjemaet systematisk. Palliative enheter har i større grad enn sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, opplæring i bruken av ESAS og skriftlige rutiner for bruk av skjemaet. Hvis målet er at ESAS skal anvendes mer systematisk og regelmessig, kan denne

studien antyde to momenter som kan fremme slik bruk av ESAS:

- undervisning om ESAS med metoder og tilnærming for bruk av ESAS også når pasientene er svært dårlige

- innarbeide skriftlige rutiner om bruk av ESAS og det grafiske skjemaet.

Det er behov for videre forskning om bruken av ESAS ved sykehjem, og aller helst med inkludering av

respondenter ved samtlige av Norges palliative enheter og avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase slik at resultatene kan generaliseres til alle slike enheter/avdelinger i landet.

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Dødsfall av underliggende dødsårsak, etter dødssted. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2009-04-07-19.html>. [Nedlastet 14.10.09].
2. Hjort, PF. Døden i sykehjem. Tidsskriftet Norsk Lægeforening (2004). http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1097210. [Nedlastet 18.2.2009].
3. Sosial og Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, 2007.
4. Statistisk sentralbyrå. Dødsfall etter årsak. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2009-04-07-01.html>. [Nedlastet 25.08.09].
5. Helse og omsorgsdepartementet. NOU 1997: 20 Omsorg og kunnskap, 1997.
6. Helse og omsorgsdepartementet. NOU 1999: 2 Livshjelp, 1999.
7. Norsk Forening Palliativ Medisin. Standard for palliasjon, 2004.
8. Helse og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>. [Nedlastet 24.10.2009]
9. WHO. Definisjon av palliasjon. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. [Nedlastet 25.8.2009].
10. Kaasa, S. Palliasjon Nordisk lærebok. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2008.
11. Eriksson, S, Haugen, DF. Systematisk symptomregistrering i lindrende behandling – ved hjelp av ESAS. Tilgjengelig fra: www.helse-bergen.no/lindrendebehandling. [2006].
12. Garyali A, Palmer L, Yennurajalingam, S., Zhang, T., Pace, E., Bruera, E. Errors in symptom intensity self assess-

ment by patients receiving outpatient palliative care. Journal of Palliative medicine Vol 9 (5) 2006;1059-65.

13. Grønvoid, M, Strömrgren, L. Symptomatologi blant pasienter der modtager palliativ indsats – måling, forekomst og forløb. Ugeskr Læger 169/44. 29. oktober 2007.

14. Seland, M., Kaasa, S, Klepstad P. Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse. Tidsskr Nor Lægeforening. 2005;18:2500-03. tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1259252 [nedlastet 21.4.2008]

15. Nekolaichuk, C, Bruera, E., Spachynski, K., MacEchern, T., Hanson, J., Maguire, T. A comparison of patient and proxy symptom assessments in advanced cancer patients. Palliative medicine 1999;13:311-23.

16. Kaasa, S. Palliativ medisin. Tidsskriftet Norsk Lægeforening. 2001;117:641-42.

17. Ottesen, S, Fossl, I, Aamotsmo, T, Holten, R. Kronikk, fra teori til virkelighet I det palliative landskap? Tidsskr Nor Lægeforening 2005;6:760-2 tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1166087. [Nedlastet 21.4.2008].

18. Helsedirektoratet. Samhandling – palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter 2006- 2009. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/.../Samhandling_IS_1521_25549a.pdf. [Nedlastet 21.4.2008].

19. Sogne-Møller, S., Saltvedt, I., Hølen, J.C., Loge, J.H., Kaasa, S. Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. Tidsskr Nor Lægeforening. 2005;125:1838-1840. tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1223493. [Nedlastet 21.4.2008].

20. Dudgeon, D, Harlos M, Clinch, J. The

Edmonton symptom assessment scale as an audit tool. Journal of Palliative care. 1999;15:14-20.

21. Baba K, Fransson P, Lindh J. Use of modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences. International Journal of Palliative Nursing. 2007;13:610-16.

22. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmer P., Macmillan, K.[1991] The Edmonton symptom assessment system: a simple method for the assessment of palliative care patient. J. Palliative care. 1991;7:6-9.

23. Nekolaichuk, C., Maguire, T., Suarez- Almazor, M., Rogers, T., Burera, E. Assessing the reliability of patient, nurse and family caregiver symptom ratings in hospitalized advanced cancer patients. Journal of clinical oncology vol. 1999;17:3621-3630

24. Loge, JH, Bjordal, K, Paulsen, Ø. Tilnærming til pasienter som trenger palliativ behandling. Tidsskriftet Norsk Lægeforening nr 4, 2006;126:462-6 tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1339744 [Nedlastet 21.4.2008]

25. Polit & Beck Polit, D.F og Beck, C.T. Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8ed. Lipincott Williams & Wilkins, Philadelphia Pa. 2008.

26. Ellingsen, E, Strand E. [2007] Hvordan har du det i dag? Sykepleien. 2007;17: 27. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2 juli 1999, nr4;(Helsepersonell loven) tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> [Nedlastet 14.10.09]

28. Undheim, J. O. Innføring i statistikk og metode for samfunnsvitenskapelige fag. Universitetsforlagets metodebibliotek. Oslo, 1996.

Nyttig verktøy

› **Bruk av ESAS i palliativ behandling krever gode rutiner og kompetanse.**



Av Mette Haug Teigen
Sykepleier, Lindrende enhet,
Drammen geriatriske kompetansesenter

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

ESAS kan være et svært nyttig verktøy for å kartlegge symptomer som pasienter i palliativ fase ofte har. Verktøyet gjør det også lettere å lindre og evaluere igangsatte tiltak. Gode rutiner, kompetanse og tid er alfa omega for at ESAS blir brukt. Jeg jobber på en palliativ enhet og min erfaring med ESAS stemmer i stor grad overens med hva artikkelen sier.

Jeg er enig i at ESAS ikke trenger å ta lang tid, men noen ganger gjør det likevel det. Pasienter som fyller ut ESAS selv gir etter min vurdering den mest korrekte symptomkartleggingen. I etterkant kreves det at vi ser på skjemaet sammen med pasienten. Det kan føre til samtaler av psykisk eller eksistensiell karakter som kan ta lang tid. Den samme samtalen kan man få når pleier fyller ut ESAS sammen med pasienten. ESAS kan være inngangen til gode og informative samtaler, men da må man ha tid. En palliativ enhet har bemanning som tilsier at man har den tiden. En

alminnelig avdeling med palliative senger har flere pasienter og færre pleiere, det vil si dårligere tid.

Bruk av ESAS bør være systematisk. Vi har som rutine å fylle ut ESAS når pasienten kommer til avdelingen, og mandag, onsdag, fredag i tiden pasienten er hos oss. Noen følges tettere opp med ESAS hver dag. ESAS fylles ut av alle som jobber hos oss. Man må ikke være sykepleier eller ha videreutdanning for å gå gjennom ESAS-skjemaet med en pasient, men man trenger opplæring og forståelse for at det er et viktig redskap i kartleggingen av symptomer. Vi er gode på å bruke ESAS, men man kan alltid bli bedre. Vi er mindre gode på å overføre resultatet til det grafiske skjemaet. Det grafiske skjemaet ville gitt oss en bedre oversikt over positiv og negativ utvikling.

Vi må ha kunnskap om at mennesker i palliativ fase kan ha en rekke plagsomme symptomer som også kan endre seg over tid. Har man kunnskap har man

også evnen til å vurdere, og selv ta initiativ til å bruke ESAS. Ved medisinstjusteringer er vi ekstra nøye med å registrere symptomene for å se hvorvidt de endringene vi gjør har noen hensikt. Jeg har positive erfaringer med at ESAS blir introdusert tidlig for pasienten. Personalet blir bedre kjent med pasienten og deres uttrykksformer, og pasientene blir trygge på bruken. Da er det også lettere å bruke ESAS lengre i sykdomsforløpet.

Jeg opplever i praksis at en del av de som kommer til oss er så syke og medtatte at de ikke orker å forholde seg til spørsmålene. Noen ønsker ikke å svare på spørsmålene og mange opplever det som vanskelig å sette tall på hvordan de har det. Det gjør det vanskelig å bruke ESAS. Da er pårørende en viktig ressurs som vi må samarbeide med, det er tross alt de som kjenner pasienten best.

Les artikkelen på side 210



Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at kvaliteten på håndtering av telefonsamtaler ved Skien legevakt var tilfredsstillende, men understøtter behovet for systematisk opplæring og veiledning av personell som utfører prioriteringer og gir medisinskfaglige råd per telefon ved legevakter.

Mer om forfatterne

Bjørnar Nyen er spesialist i allmennmedisin og seniorrådgiver i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, GRUK – Seksjon for kvalitetsutvikling. Elisabeth Holm Hansen er sykepleier, MPH og forsker og Gunnar Tschudi Bondevik er spesialist i allmennmedisin/Dr.med.

og førsteamanuensis. Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB. Begge er ansatt ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, Bergen. Kontaktperson: bnyen@gruk.no.



Foto: Erik M. Sundt

Bakgrunn: En stor del av sykepleieres oppgaver ved legevakt er å vurdere, prioritere og gi råd til innringere.

Hensikt: Vi ønsket å undersøke kvaliteten på denne håndteringen og om kollegabasert veiledning i smågrupper påvirker kvaliteten.

Metode: Vi utviklet et evalueringsverktøy for kvaliteten på håndteringen av telefonsamtaler ved legevakt med ti kriterier som dekker både kommunikative og faglige ferdigheter. Sykepleierne ved Skien legevakt

deltok våren 2007 i to sesjoner med kollegabasert veiledning i smågrupper med refleksjon over egne telefonsamtaler. Skåringsverktøyet ble brukt på tilfeldig utvalgte samtaler fra lydloggen før og etter gruppesamlingene.

Resultater: Kvaliteten på håndtering av telefonsamtaler ved Skien interkommunale legevakt var tilfredsstillende. Det var høyest skår på kriteriene angående å komme fram til enighet med innringer samt stemmebruk, og lavest skår på å innhente formalia, få fram

nødvendig informasjon og faglig kompetanse. Vi fant en liten, men signifikant, bedring av de kommunikative ferdighetene etter den kollegabaserte veiledningen, men ingen signifikant forskjell når det gjaldt de faglige ferdighetene.

Konklusjon: Skåringsverktøyet kan brukes til å evaluere legevaktsykepleieres kommunikative og faglige ferdigheter ved telefonhenvendelser. Kollegabasert veiledningen i smågrupper synes å bedre sykepleierne kommunikative ferdigheter.

» Kvaliteten på sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til legevakt

Forfattere: Bjørnar Nyen,
Elisabeth Holm Hansen, Gunnar
Tschudi Bondevik

NØKKELORD

- Kommunikasjon
- Legevakt
- Veiledning
- Kvantitativ studie

Det er vanligvis sykepleiere som mottar telefoner ved legevakter og legevaktsentraler, noen steder også hjelpepleiere og legesekretærer. De vurderer henvendelsene, prioriterer og gir medisinskfaglige råd. Dette utgjør en stor del av legevaktsykepleieres arbeid, og tidligere studier har vist at 14–60 prosent av henvendelsene til legevakter i Norge har blitt avsluttet med sykepleierråd uten legekontakt (1-4). Det er tidligere ikke publisert studier som sier noe om kvaliteten på dette arbeidet ved norske legevakter. De fleste utenlandske studier som er gjort i forhold til vurdering av kvalitet og sikkerhet på tilsvarende tjeneste, har analysert resultatene av telefonhåndtering. Pasienttilfredsheten har vært høy og det er ikke påvist økt antall alvorlige hendelser etter telefonhåndtering gjort av trenede sykepleiere (5-9).

I Poole et al.'s undersøkelse av en pediatrik rådgivningstjeneste i USA hvor sykepleiere med spesialopplæring gjorde prioriteringer og ga råd på telefon, svarte 97 prosent av foreldrene i etterkant at de oppfattet rådene de fikk som nyttige (6). 5 prosent oppga at de hadde valgt ikke å følge anbefalingene de hadde fått. I en undersøkelse fra den engelske NHS Direct, en allmennt medisinsk telefontjeneste betjent av sykepleiere, svarte 95 prosent at de var fornøyde med rådene de hadde fått, og 85 prosent at de hadde fulgt rådene (7). Lattimer et al. sammenlignet en allmennt medisinsk telefonrådgivningstjeneste, betjent av spesialopplærte sykepleiere, med en tjeneste hvor ufaglært personale tok imot henvendelser fra pasienter og videreformidlet dem til allmennlege på vakt uten å gi råd (8). De fant at vaktbelastningen på allmennlegene ble betydelig redusert med rådgivningstjenesten, og det var ingen signifikant forskjell i innleggesshyppighet eller dødelighet i etterkant av henvendelsene i de to gruppene.

Derkx et al. har analysert kvaliteten på selve håndteringen av henvendelser til legevaktsentraler i Nederland (10). De presenterte syv ulike standardiserte sykehistorier til 17

ulike sentraler tre ganger over en periode på 12 måneder. De som besvarte telefonene var enten sykepleiere med spesialopplæring eller leger. Gjennomsnittlig stilte telefonoperatørene 21 prosent av de spørsmålene forfatterne mente det faglig sett var nødvendig å stille for å kunne gjøre en god vurdering av tilstanden. Telefonoperatørene hadde gjort en korrekt prioritering i 58 prosent av samtaler. Derkx et al. har utviklet og beskrevet et skåringsverktøy for vurderingsferdighetene til sykepleiere som tar imot telefonhenvendelser ved legevakt i Nederland, «the RICE rating scale» (11). Det er imidlertid ikke publisert noe arbeid hvor dette verktøyet har blitt brukt på autentiske pasientsamtaler.

I forbindelse med utviklingen og utprøvingen av en metode for kollegabasert veiledning i grupper (12), ønsket vi å undersøke kvaliteten på legevaktsykepleieres håndtering av telefonhenvendelser om kliniske problemstillinger. I tillegg ønsket vi å vurdere om kvaliteten ble bedre etter at sykepleierne hadde deltatt i veiledningsgruppene.

METODE

Vi utviklet et skåringsverktøy for evaluering av kvaliteten på håndteringen av telefonsamtaler

ved legevakt med fire kriterier for vurdering av faglige ferdigheter («Få fram nødvendig informasjon», «Faglig kompetanse», «Sikre at god informasjon gis og blir forstått», «Komme fram til enighet med innringer»), fem kriterier for vurdering av kommunikative ferdigheter («Innhente formalia», «Ferdigheter i å styre og lede samtalen», «Aktiv lytting», «Evne til innlevelse og til å vise omsorg», «Stemmebruk») og ett kriterium som vurderer håndteringen samlet. Hvert kriterium i verktøyet kan gi en skår fra en til fem hvor én er svært dårlig og fem er særdeles bra. Det ble utviklet en enkel skåringsguide med

en kort beskrivelse av hva som er forventet av sykepleier i forhold til hvert kriterium (12).

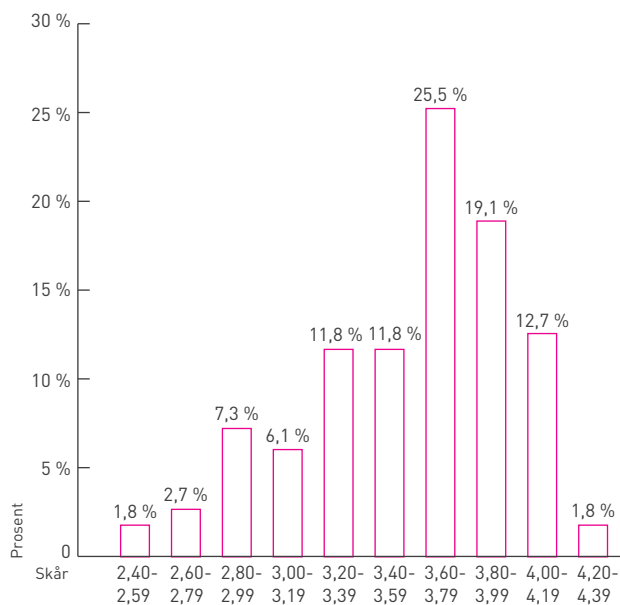
For å oppnå en tilfredsstillende grad av felles forståelse for skåringskriteriene, gjennomførte vi to pilotstudier der

“ Det er viktig at sykepleier bruker enkle, forståelige ord.

forfatterne skåret til sammen 20 telefonsamtaler med det utarbeidede verktøyet. Etter uavhengig skåring av ti telefonsamtaler i pilotstudien, gjennomgikk vi kriterier og skåringsalternativer

i skåringsverktøyet på grunnlag av de skåringene vi hadde gjort. Deretter skåret vi ytterligere ti samtaler med ny gjennomgang for å skape større grad av felles forståelse. Ved den andre pilotstudien var det fullt sammenfall

FIGUR 1: Gjennomsnittlig skår for alle samtalene



Fordeling av gjennomsnittsskår på 110 samtaler. Hvert kriterium er vurdert med skår fra en til fem hvor en er svært dårlig og fem er særdeles bra.

mellom vurdererne i 224 av 300 skåringene (74,7 prosent), forskjell på ett poeng i 68 skåringene (22,7 prosent), forskjell på to poeng i åtte skåringene (2,7 prosent) og ingen forskjeller på mer enn to poeng. Vektet kappa mellom vurdererne var 0,26 til 0,55. Selv om vektet kappa bare viste moderat samsvar mellom skåringene, mente vi at fullt sammenfall eller en forskjell på bare ett poeng på mer enn 97 prosent av skåringene var akseptabelt og forsvarte bruk av verktøyet.

Vi brukte skåringsverktøyet til å vurdere kvaliteten på sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser omkring kliniske problemstillinger ved Skien interkommunale legevakt våren 2007 – før og etter at de hadde deltatt på to halvannens times gruppesamlinger med kollegabasert veiledning (12).

Til studien ble det tatt ut 117 inngående samtaler fra lydloggen ved Skien interkommunale legevakt, 59 fra de siste ukene før og 58 fra de første ukene etter gjennomføringen av den kollegabaserte veiledningen i grupper. Lydfilene ble plukket ut tilfeldig og fikk kodet navn uten angivelse av dato. Samtaler med varighet mellom halvannet og fem minutter ble inkludert. Det ble sørget for rimelig fordeling i forhold til ukedager og tidspunkter på døgnet. Samtaler som ikke

inneholdt kliniske problemstillinger ble ekskludert. Før forfatterne skåret samtalene ble personidentifiserbare opplysninger i samtalene forvrenget ved hjelp av dataprogrammet WavePad (13).

Av de 117 samtalene ble syv ekskludert på grunn av dårlig teknisk kvalitet, brutt samtale eller fordi innholdet ble bedømt til å være administrativt. De resterende 110 telefonsamtalene ble skåret med det beskrevne skåringsverktøyet av de tre forfatterne uavhengig av hverandre. Det var sammenfall i skår i 2370 av 3300 skåringer (71,8 prosent), forskjell på ett poeng i 697 av skåringene (21,1 prosent), forskjell på to poeng i 227 av skåringene (6,9 prosent) og forskjell på tre poeng i seks av skåringene (0,2 prosent).

Forfatterne skåret 26 samtaler (23,6 prosent) på nytt. Det gjaldt samtaler hvor det enten var forskjell på tre poeng i ett av kriteriene, eller det var flere kriterier med forskjell på to poeng. Gjennomsnitt og spredning av skår endret seg ikke etter dette. Det var nå fullt sammenfall i skår i 2458 av 3300 skåringer (74,5 prosent), forskjell på ett poeng i 708 av skåringene (21,5 prosent), forskjell på to poeng i 134 av skåringene (4,1 prosent) og ingen forskjell på tre poeng.

Når skåringene inklusive revurderingen var avsluttet, ble koden åpnet slik at det kunne lages to grupper av samtalene; lydloggene som var tatt opp før og de som var tatt opp etter den kollegabaserte veiledningen i grupper. Resultatet av skåringen ble analysert med uavhengig t-test og 95 prosent konfidensintervall omkring gjennomsnittet for de to gruppene av samtaler.

Helsedirektøren har i sitt rundskriv IK-7/99 åpnet for at lydloggen kan være et hjelpemiddel i forhold til opplæring, eva-

luering og kvalitetsforbedring av tjenesten (14).

Alle sykepleierne ved Skien legevakt som har deltatt har gitt sitt samtykke til at deres samtaler ble skåret og at resultater publiseres.

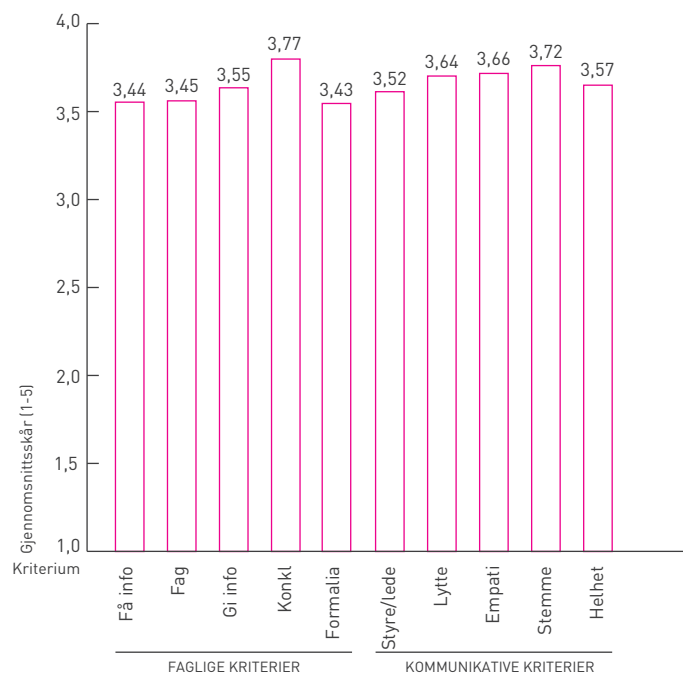
RESULTATER

Skåringen på hele materialet ga en gjennomsnittsskår på 3,56 med spredning på enkeltsamtaler fra 2,53 til 4,30. Figur 1 viser fordeling av gjennomsnittsskår på de 110 samtalene. Nesten 60 prosent har en skår på 3,60 eller høyere, og knapt 12 prosent av samtalene har en lavere skår enn 3,00.

Figur 2 viser gjennomsnittlig skår på hvert av kriteriene for hele materialet med høyest skår på kriteriet «Komme fram til enighet med innringer» (3,77) og «Stemmebruk» (3,72) og lavest skår på «Innhente formalia» (3,43) og «Få fram nødvendig informasjon» (3,44). Gjennomsnittsskåren for faglige ferdigheter (kriteriene 1, 2, 3 og 4) var 3,59 og for kommunikative ferdigheter (kriteriene 5, 6, 7, 8 og 9) var den 3,55.

Resultatene av gjennomsnittsskår for hvert kriterium før og etter den kollegabaserte veiledningen vises i figur 3.

FIGUR 2: Gjennomsnittlig skår på enkeltkriterier



Fordeling av gjennomsnittsskår på 110 samtaler for hvert av de ti kriteriene. Hvert kriterium er vurdert med skår fra en til fem der en er svært dårlig og fem er særdeles bra.

For alle faglige kriterier («Få fram nødvendig informasjon», «Faglig kompetanse», «Sikre at god informasjon gis og blir forstått» og «Komme fram til enighet med innringer») var det en liten, ikke signifikant, reduksjon i gjennomsnittlig skår etter den kollegabaserte veiledningen i grupper. Denne reduksjonen var heller ikke signifikant når kriteriene ble bedømt samlet.

For kommunikasjonskriteriene («Innhente formalia», «Ferdigheter i å styre og lede samtalen», «Aktiv lytting», «Evne til innlevelse og til å vise

omsorg» og «Stemmebruk») var det noe høyere skår etter den kollegabaserte veiledningen, men økningen i skår var signifikant bare for kriteriet «Aktiv lytting». For summen av kommunikasjonskriteriene var det en signifikant økning i gjennomsnittlig skår fra 3,54 til 3,65 ($p=0,001$).

DISKUSJON

Vurderingen av kvaliteten på ulike aspekter ved telefonhåndtering vil ikke kunne bli fullstendig objektiv. Subjektive vurderinger vil spille inn, slik at ved bruk av skåringsverktøy som dette må

det forventes noe sprik i skåringene med moderat samsvar mellom skåringene bedømt med vektet kappa. Vi valgte å justere for dette ved å skåre på nytt samtaler hvor det var større avvik i bedømmelsen.

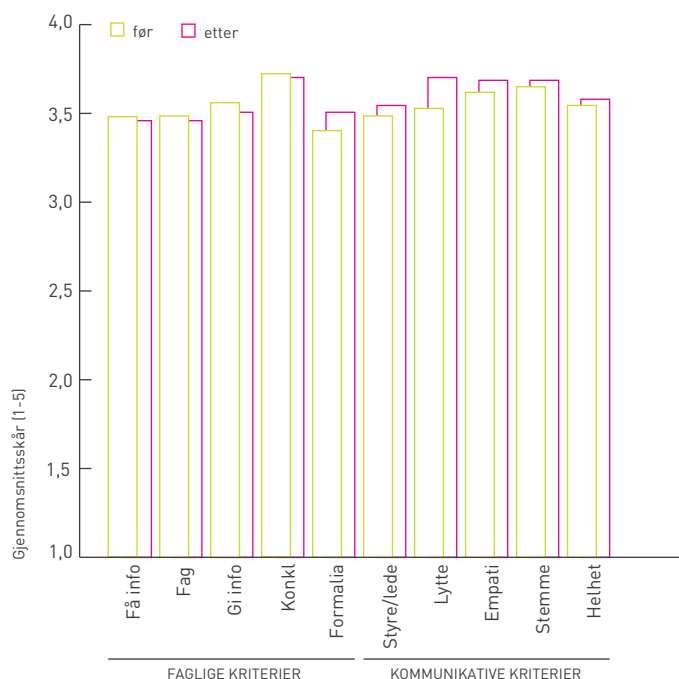
Kvaliteten på sykepleiernes håndtering av telefonhenvendelser ved Skien legevakt var gjennomgående tilfredsstillende bedømt etter gjennomsnittsskår på 3,57 på en skala fra en til fem, der fem er særdeles bra, og få samtaler med skår lavere enn 3. Det ble dessuten ikke identifisert samtaler hvor håndteringen fra sykepleiers side medførte et stort skadepotensial for pasienten. Det var høyest skår på kriteriene angående å komme fram til enighet med innringer samt stemmebruk, og lavest skår på å innhente formalia, få fram nødvendig informasjon og faglig kompetanse.

Resultatene indikerer at det er et potensial for forbedring. Det er ønskelig at sykepleiernes ferdigheter i telefonhåndtering videreutvikles, noe som samsvarer med Derkx et al.'s konklusjoner (10,11).

Vi fant en liten, men statistisk signifikant bedring av kommunikasjonsferdigheter etter at sykepleierne hadde deltatt i to samlinger på til sammen tre timer med kollegabasert veiledning. Veiledningen foregikk i grupper med lytting til og refleksjon over egne samtaler (12). Hvorvidt denne beskjedne bedringen har klinisk relevans er usikkert, men den gir forhåpning om at deltakelse i refleksjonsgrupper over tid kan gjøre at innringere til legevakttelefon blir bedre ivaretatt. Videre forskning omkring dette temaet er ønskelig.

Vi fant ikke noen endring i forhold til faglige ferdigheter i denne undersøkelsen. Det er

FIGUR 3: Gjennomsnittlig skår på enkeltkriterier før og etter



Resultat av skåringen av samtaler med gjennomsnitt før og etter den kollegabaserte veiledningen for hvert kriterium. Hvert kriterium er vurdert med skår fra en til fem der en er svært dårlig og fem er særdeles bra. Forskjellen i skår før og etter er for enkeltkriterier bare signifikant for kriteriet «Aktiv lytting» ($p=0,007$)

som forventet fordi fagfeltet som dekkes ved telefonhenvendelser til legevakt er svært omfattende og sammensatt. Det må derfor en mer omfattende intervensjon enn to gruppesamlinger på til sammen tre timer til for å kunne påvise en eventuell effekt på de faglige kriteriene. Vi vurderer det slik at gjentatt kollegabasert veiledning over tid sannsynligvis vil være en god måte å bedre også de faglige kunnskapene på (15-17).

Derkx et als «RICE rating scale» (11) ble publisert etter at vi hadde utviklet og startet å bruke vårt verktøy. De to verktøyene har mange sammenfallende elementer. De vesentligste forskjellene er at RICE er mer detaljert i forhold til innlednings- og avslutningsfasen av samtalen, og at de har med kriterier i forhold til avbrudd i samtalen.

På bakgrunn av de 110 loggede samtaler som inngår i studien, har vi identifisert noen områder med klare forbedringspotensialer. Ikke sjelden fortsatte den som tok imot telefonhenvendelsen en samtale med noen andre i legevaktsentralen, etter at hun har tatt av telefonrøret og før hun svarte innringer. Dette er uønskelig og forstyrrende, og det kan oppleves forvirrende for innringer.

En annen vanlig svakhet var at sykepleier ikke innhentet all relevant informasjon før konklusjonen ble trukket. Om viktig informasjon ikke innhentes, vil konklusjonen og rådgivningen kunne bli feilaktig og i verste fall farlig. Dersom sykepleier konkluderer for tidlig i samtalen, kompliseres kommunikasjonen og innringers forståelse vil svekkes. I slike tilfeller vil samtalen kunne ta mer tid enn nødvendig. Også i undersøkelsen til Derkx et al. fant man at telefonoperatør ofte ikke innhentet nok informasjon (10).

Det er viktig at sykepleier bruker enkle, forståelige ord. Tekniske faguttrykk, fremmedord og engelske ord bør unngås for å lette innringers forståelse. Av og til glemte sykepleier å spørre om navn, fødselsdato og andre formalia – dermed ble ikke journalforskriften oppfylt. Spørsmål om personalia må ikke komme som avbrudd i innringers framlegging;

Alle legevakter bør sørge for å gi sine telefonoperatører nødvendig opplæring og veiledning. Verktøyet vi har utviklet vil kunne være nyttig ved legevakter hvor man ønsker å vurdere kvaliteten på telefonhåndteringen som ledd i eget utviklingsarbeid.

Intervensjonen i vår undersøkelse var liten og endringene i kommunikasjonsferdighetene

” Alle legevakter bør sørge for å gi sine telefonoperatører nødvendig opplæring og veiledning.

det bør gjøres mykere ved å varsle at man skal spørre om det.

Dersom legevaktssykepleier ikke har sikre og presise svar på et spørsmål, er det bedre at hun sier hun må undersøke det. Det kan hun gjøre ved å ta en pause i samtalen og slå opp i tilgjengelig litteratur, ved å avtale at hun skal ringe tilbake, eller at telefonen settes over til lege. I materialet hørte vi en del åpenbare forsøk på gjetninger.

En del av spørsmålsstillingene som aktualiseres i loggede telefonsamtaler kan være relevante temaer i legevaktens internutvisning for hele sykepleiergruppen.

KONKLUSJON

Kvaliteten på håndtering av telefonsamtaler ved Skien legevakt var tilfredsstillende. Vi fant en bedring av de kommunikative ferdighetene etter den kollegabaserte veiledningen, men ingen forskjell når det gjaldt de faglige ferdighetene. Vår undersøkelse understøtter behovet for systematisk opplæring og veiledning av personell som utfører prioriteringer og gir medisinskfaglige råd per telefon ved legevakter.

små. Det er nødvendig med ytterligere forskning for å vite om den beskrevne metoden kan gi større og varige forbedringer på kommunikative ferdigheter hos legevaktssykepleiere og om den også kan påvirke de faglige ferdighetene positivt.

Hovedbudskap:

- Sykepleiernes håndtering av telefonsamtaler ved Skien legevakt er gjennomgående tilfredsstillende.
- Det er et forbedringspotensial i forhold til både kommunikative og faglige ferdigheter.
- Kollegabasert veiledning i smågruppe med lytting til og refleksjon over egne telefonsamtaler synes å bedre legevaktssykepleiernes kommunikative ferdigheter.

REFERANSER

1. **Nyen B, Lindbæk M.** Legevaktsøkning og fastlegeordning Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 508-9. http://www.tidskriftet.no/index.php?seks_id=977425
2. **Jøsendal O, Aase S.** Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:506-7
3. **Hansen EH, Hunsbår S.** Forskjeller i henvendelse til legevakten Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:1344-6
4. **Hansen EH, Zakariassen E, Hunsbår S.** Sentinel monitoring of activity of out-of-hours services in Norway in 2007: an observational study BMC Health Serv Res 2009;9:123
5. **Dale J, Williams S, Foster T et al:** Safety of telephone consultation for "non-serious" emergency ambulance service patients. Qual Saf Health Care 2004;13:363-373
6. **Poole SR, Barton D et al:** After-Hours Telephone Coverage: The Application of an Area-Wide Telephone Triage and Advice System for Pediatric Practices. Pediatrics Vol. 92 No. 5 November 1993, pp. 670-679
7. **O'Cathain A, Munro JF et al:** How helpful is NHS Direct? Postal survey of callers. BMJ 2000; 320:1035
8. **Lattimer V, George S, Thompson F et al:** Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. BMJ 1998; 317:1054-1059
9. **Keatinge D, Rawlings K.** Outcomes of a nurse-led telephone triage service in Australia. Int J Nurs Pract. 2005;11:5-12.
10. **Derkx HP, Rethans JJ, Knottnerus Muijtjens AM et al.** Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. BMJ 2008;337: a1264
11. **Derkx HP, Rethans JJ, Knottnerus JA, Ram PM.** Assessing communication skills of clinical call handlers working at an out-of-hours centre: development of the RICE rating scale. Br J Gen Pract. 2007;57:383-7
12. **Nyen B, Hansen EH, Foss MK, Bondevik GT:** Sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til legevakt. Sykepleien Forskning 5 (2):130-136.
13. <http://www.nch.com.au/wavepad/>
14. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 2005. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf-20050318-0252.html>
15. **Kolb DA.** Experiential Learning Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall. 1984
16. **Schön DA.** Educating the Reflective Practitioner. CA: Jossey-Bass, San Francisco. 1987
17. **Aschim B, Prestegaard K, Lundevall S, Prydz P.** Håndbok for veiledningsgrupper i allmenntidmedisin. Dnlf, 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=86251&subid=0>

Veiledning tar tid

› Kompetanseheving krever ressurser.



Av Maja Johanne Guin

Sykepleier, Legevakta i Malvik, Melhus, Klæbu og Trondheim

For ledere som er ansvarlig for kompetanseheving i legevaksarbeid er dette en interessant artikkel. Den gir i stor grad «oppskriften» på hvordan faglig og kommunikasjonskompetanse kan evalueres hos sykepleiere og andre som jobber på legevaktsentral og personal som sitter i ytre ekspedisjon. Hvis man måler høy kompetanse hos personalgruppen, kan man kanskje si seg fornøyd med gjeldende rutiner for opplæring og fagutvikling. Finner man lave skår på en eller flere kriterier gjenstår det å vurdere om kollegabasert veiledning i grupper kan være en metode for å heve kompetansen til personalet. Kollegabasert veiledning synes på meg å være relativt ressurskrevende. Min erfaring er at ressursene ved de kommunale legevaktene kan være knappe. Ved behov for kompetanseheving hos personalet bør fagledelsen etter min mening også vurdere andre og mer tidseffektive metoder. Fagdager og foredrag kan være aktuelt.

Kvaliteten på den helsetjenesten vi er en del av bør evalueres til en hver tid. Å ta imot telefonhenvendelser fra pasient er en krevende jobb. Forventningene må være høye. Etter å ha lest artikkelen fester jeg meg først og fremst ved at den konkluderer med at kollegabasert veiledning i grupper synes å ha størst effekt på sykepleierens kommunikasjonsferdigheter, og liten eller ingen på de faglige ferdighetene. For meg er dette noe overraskende. Jeg ville tro at personalgruppen fant det lettere å diskutere faglige spørsmål, kanskje ved bruk av index eller andre oppslagsverk, enn kommunikasjonsferdigheter som synes å være av en mer personlig karakter.

Personalets kompetanse og egenskaper beskrives som gode/tilfredsstillende også før de gjennomgikk veiledningen i grupper. Jeg spør meg om hvor realistisk det er å forvente at ferdighetene skulle forbedres etter bare to veiledninger. Det går ikke frem av artikkelen hvor mye erfaring og

kompetanse sykepleierne hadde fra før, men man kan gå ut ifra at dette er sykepleiere med lang erfaring fra yrket og legevaktarbeid. Man kunne kanskje sett flere forbedringer om personalgruppen gjennomgikk mer enn to sesjoner med kollegabasert veiledning.

I fremtidig forskning på legevakter er det flere spørsmål som det kunne være interessant å få svar på. Kommer pasientene til rett omsorgsnivå som følge av telefonisk kontakt med legevaktsentral? Blir riktig ressurs tatt i bruk, som for eksempel sykepleierkonsultasjon, legebek i hjemmet, legevaktsbesøk, ambulanse til sykehus? Og blir AMK koblet inn? Dette ville selvfølgelig være mer ressurskrevende å undersøke, men vil etter min mening i stor grad si noe om kvaliteten i telefonkonsultasjonen.

Les artikkelen på side 220





GIVERNES TUR

› Hvordan føles det å gi bort en nyre?

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Erik M. Sundt / Ole Øien / Scanpix

Marit Helen Andersen har forsket på levende givere av nyre og deres livskvalitet etter donasjon. Doktorgraden hennes er en større, tverrfaglig evalueringsstudie ved Avdeling for organtransplantasjon, Oslo universitetssykehus HF Rikshospitalet.

NYTT OMRÅDE

Vi møter henne og enhetsleder Fanny Bruserud i et lyst kontor med store vinduer ut mot de gresskleddene områdene som omgir Rikshospitalet.

– Mitt behov for å forske hadde sitt utspring i klinikken, forteller Andersen.

Hun presiserer at nyretransplantasjon er av Rikshospitalets kjerneområder, og samtidig er relativt nytt felt.

– Vi har et anerkjent program for nyretransplantasjon

her ved Rikshospitalet. Vi har gode resultater, det vil si et stort antall transplantasjoner i året og få komplikasjoner. Levende givere er en stor og viktig pasientgruppe.

– Norge er verdenskjent for sin utstrakte bruk av levende givere, skyter Bruserud inn.

Andersen forteller at det ofte er de som får nyren som er i sentrum. I tillegg til hovedhensikten, som var å evaluere ny operasjonsteknikk for å ta ut nyre, var det viktig å få vite mer om det å være giver. 122 donorer ble tett fulgt opp fra de ble innlagt ved Rikshospitalet til ett år etter operasjonen. Halvparten av deltakerne i studien ble operert med kikkhullsmetoden og resten ved åpen, konvensjonell kirurgi.

– Vi ønsket å finne ut hvilken operasjonsmetode som ga best resultat ut fra pasientenes erfaringer, kliniske mål, og fra et økonomisk ståsted.

TVERRFAGLIG

Noe av det første Andersen gjorde var å lufte ideen om forskningsprosjektet med kollegene. Interessen var stor og prosjektets mål, hensikt og metode ble diskutert og besluttet i fellesskap i den tverrfaglige forskningsgruppen.

– Vi er vant til å jobbe tverrfaglig på avdelingen, og det var viktig at forskningen ble etablert som et tverrfaglig prosjekt fra første stund for å sikre en helhetlig evaluering, påpeker Andersen.

” Giveren har behov for å bli sett.

– Både kvantitativ og kvalitativ metode er brukt i undersøkelsen. Blant annet brukte vi dybdeintervju for å få frem de unike pasientopplevelsene, forteller hun.



> **FORSKNING NYTTER:** Marit Andersen (t.v.) har forsket på nyredonasjon og Fanny Bruserud ser resultater av dette i klinikken.

– *Var det vanskelig å rekruttere deltakere til studien?*

– Nei. Vi møtte stor velvillighet. De aller fleste sa ja til å delta. Nyregiverne ble på forhånd orientert om at operasjonsmetoden ville bli avgjort ved loddtrekning.

KLARE FUNN

– *Og hva er resultatene?*

– Resultatet av evalueringen av de to operasjonsmetodene viser at kikkhullsmetoden er best, særlig når det gjaldt pasientenes tilbakemeldinger, sier Andersen.

Kikkhullsoperasjon ga mindre postoperativ smerte, mindre arr, kortere liggetid og pasientene kom raskere tilbake i vanlig gjenge. Derimot viste resultatene at åpen operasjon var et svært trygt inngrep, blant annet tok dette inngrepet kortere tid.

– Med kikkhullskirurgi kan man lettere komme ufrivillig i kontakt med vev og blodkar og forårsake skade, men dette har

med trening å gjøre, og resultatene våre har trolig sammenheng med at kikkhullsmetoden var såpass ny da den ble evaluert.

– Kikkhullsmetoden viste seg i tillegg å være den dyreste teknikken, men siden fordelene er så mange er den i dag standardmetoden hos oss, som en direkte konsekvens av studien.

MÅ BLI SETT

Resultatet av de kvalitative intervjuene viste at alle donorene var glade for at de hadde gitt nyre. Dette til tross for at noen givere opplevde donasjonen som en komplisert og sammensatt prosess.

– Det hender at pasientene som får ny nyre dør, får tilbake grunn sykdommen eller mister nyren som følge av en avstøtningsreaksjon, forteller hun.

– Giveren har behov for å bli sett, og særlig er dette viktig når det oppstår komplikasjoner hos mottakeren, understreker Bruserud.

Det kan også være vanskelig å gå ut av rollen som hjelper og inn i pasientrollen. Dette gjør situasjonen til giverne komplisert, de har tross alt gjennomgått en operasjon, sier Bruserud.

KONSEKVENSER FOR PRAKSIS

Bruserud kan bekrefte at disse forskningsfunnene har fått viktige konsekvenser i avdelingen, både for tilbudet til giverne og for fagutvikling og forskning innen sykepleietjenesten.

– Vi har evaluert behandlingen av giverne og gått gjennom ulike sykepleietiltak og standardtilbud.

Bruserud forteller at pleiplanen for levende giver er oppdatert og at de ansatte har blitt bedre til å informere donorene, både i forkant og underveis.

– De som gir nyre har fått en egen informasjonsperm. Før var det bare mottakerne som hadde en slik perm.

Hun mener at forskningen også har bidratt til å endre sykepleiernes holdning. Undersøkelsen dokumenterte at mange nyregivere er plaget av kvalme etter operasjonen, i større grad enn resipientene.

– Vi har kvalitetssikret vår undervisning til sykepleierne om kvalme og blitt mer bevisste på kartlegging, symptom og tiltak, sier Bruserud.

Mange av deltakerne i studien uttrykte også at de var skuffet over oppfølgingen de fikk etter utskrivelse fra Rikshospitalet.

– Dette har gjort oss mer bevisste på oppfølging av nyregiverne. Alle får en samtale her på Rikshospitalet før de reiser hjem. I tillegg er det nå standard på Rikshospitalet at vi tar kontakt med lokalt helsevesen tidligere enn før etter utskrivelse, og det er lokalt helsevesen som så sørger for videre oppfølging.

LETER ETTER SPØRSMÅL

› Hele første året på sykepleierstudiet holdt Kristin Heggen på å slutte. Siden har hennes interesse for utdanningen bare økt.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Erik M. Sundt**

Kristin Heggen er professor ved det som inntil nylig var institutt for sykepleievitenskap og helsefag, men som ved siste sammenstilling ble en av tre avdelinger ved institutt for helse og samfunn. Snart byttes utsikten fra kontoret over Tørtebergsetta ut med utsikt over Forskningsparken.

MER PAPIRARBEID

Sammenslåingen har ført til økt byråkratisering, særlig i form av møtevirksomhet. Som programleder for masterstudiene bruker Heggen også stadig mer tid på papirarbeid.

– Men jeg har fremdeles ikke fått beskjed om å produsere mer på grunn av penger, slik mine kolleger i utlandet får beskjed om. Den dagen håper jeg aldri kommer.

Men også norske forskere merker tellekantene. All forskningsaktivitet må rapporteres.

– Vi har heldigvis all grunn til å være stolte av forskningsaktiviteten ved vår avdeling. Vi ligger over gjennomsnittet ved fakultetet, forteller hun.

Heggen har mye godt å si om den akademiske kulturen ved universitetet, som hun er svært glad for å være en del av.

– Jeg har faktisk sagt nei til noen fete jobbtillbud. Jeg vil ikke for noen pris unnvære kollegene mine.

NYSGJERRIG

– *Hvorfor ble du forsker?*

– Jeg er nysgjerrig og analytisk av natur. Og jeg liker å stille spørsmål. Jeg ble tidlig veldig interessert i utdanning. Jeg synes sykepleie er et fantastisk yrke, men selv vurderte jeg å slutte hele det første semesteret. Heldigvis fikk jeg noen lærere som var svært inspirerende, og jeg ble veldig motivert av å være ute i praksis.

Sykepleiestudiet lærte Heggen betydningen av gode lærere og det inspirerte henne til å forske videre med utdanning som tema. Hun mener fremdeles at utdanningen ikke er god nok. I 1994 skrev hun doktorgrad om konsekvensen av at utdanningen ble splittet fra sykehuset.

– Jeg oppdaget at studenter i praksis hadde problemer med å bli en del av arbeidsfellesskapet på sykehuset. Og at utdanningen

Kristin Heggen

f. 1954

Utdanning: Sykepleier og dr. polit

Arbeidssted: Professor ved seksjon for helsefag, UiO

ikke er god nok til å utnytte de kunnskapsressursene i praksis.

SYKEPLEIERROLLEN

Heggen har samarbeidet mye med den amerikanske forskeren Patricia Benner om temaet. Benner er en pioner når det gjelder å forske på sykepleierutdanning i USA. Mens man i flere år har ment at kunnskapsnivået i praksis er lavere enn i utdanningen, viser Benners forskningsfunn at forholdet er stikk motsatt. I dag er det utdanningen som ikke klarer å implementere kunnskapen som fins i praksis.

Heggen er også konsulent i arbeidet med å oversette Benners siste bok til norsk.

– Benner har studert hvordan vi dannes som sykepleiere. Hvordan vi integrerer praktiske ferdigheter, teoretiske kunnskaper og etiske holdninger. Hun går svært konkret til verks og beskriver blant annet hvordan vi som sykepleiere utvikler sanseinntrykk som syn, hørsel og lukt.

MANNLIGE SYKEPLEIERE

Et annet tema som opptar Heggen er hvorfor så få menn velger å bli sykepleiere. Sammen med sosiologene Kari Solbrække



og Elisabeth Fransson har hun igangsatt et forskningsarbeid som sammenligner mannlige norske sykepleiere med italienske. I Italia er det nemlig slik at 25 prosent av sykepleierne er menn.

– Når vi spør italienske mannlige sykepleiere om de synes det er et problem å kombinere mansrollen med det å være sykepleier, forstår de ikke spørsmålet. Vi ønsker å finne ut hvorfor italienske menn, som lever i en machokultur, finner det uproblematisk å være sykepleiere mens det tydeligvis er et stort problem for menn i Likestillings-Norge.

Hun er bekymret over rekrutteringskrisen i helsevesenet.

– Om ti år må vi rekruttere en av fire inn i omsorgsyket, det sier seg selv at vi trenger søkere av begge kjønn. Italia-studien kan kanskje bidra til å belyse hvordan vi kan få menn til å velge helsefag.

MAKT

– *Hva er det viktigste du har gjort hittil?*

– Jeg har skrevet en bok om omsorgsmakt. Jeg tror det er noe av det mest utfordrende jeg har gjort. Bare ta selve ordet, som jeg kanskje ikke har funnet opp,

men bidratt til å løfte frem og problematisere.

Heggen forsker på hvordan sykepleiere makter de krevende utfordringene de møter.

– Men jeg ser også hvordan omsorg, som vi vanligvis forbinder med noe positivt, kan krenke. Jeg har undersøkt på hvilken måte vi kan krenke pasienten gjennom omsorg og fant ut at det kan skje bare ved måten vi oppfører oss på. Og da snakker vi om subtile ting. En latter, et

“ ” Jeg føler meg aldri utlært og det inspirerer meg.

smil eller et blick kan brukes på en måte som fliser opp pasientens selvtillit.

Heggen er generelt opptatt av språk og hva endringer i språket gjør med oss. Språket i helsevesenet har i økende grad tatt opp i seg ord fra forretnings- og servicebransjen. Ord som bruker og kunde erstatter i mange tilfeller pasienten og medfører store endringer og maktforskyvninger.

SPRÅK

– *Hva gjør endringene i språket med hvordan jeg forholder meg til pasientene?* spør hun retorisk.

– I dag kaller vi pasienten

bruker. På visse områder gir det kanskje større frihet og ansvar, men er det et ubetinget gode i alle situasjoner? Min gamle og syke far levde en stund på pleiehjem. På det tidspunktet var han ute av stand til å klare seg selv. I den situasjonen synes jeg ordet «bruker» var helt malplassert.

Hverdagsspråket er tilsynelatende uskyldig og uinteressant, men nettopp derfor viktig å forske på, mener Heggen som er i gang med et bokprosjekt om revisjonssamfunnet og det nye språket.

– Det byråkratiske språket er trivielt og dønn kjedelig. En stille maktfaktor. Men det er nettopp dette som trigger meg til å forske på det, ivrer hun.

KNAUSGÅRD-FAN

– *Hvilke sider av deg selv har du mest bruk for i arbeidet ditt?*

– Jeg er analytisk og nysgjerrig. Arbeidet mitt gir meg enorm glede, jeg har alltid noe å tenke på. Jeg kjeder meg aldri. – Jeg lurar ikke på meningen med livet, for å si det sånn. Faktisk er en stille dag på kontoret med mye lesing, uten at noe skjer, en drømmedag for meg, smiler hun.

En professors jobb består også av undervisning og veiledning av studenter. Heggen finner dette arbeidet spennende.

– Jeg er veldig glad i å undervise. Jeg føler meg aldri utlært og det inspirerer meg. For meg er å forske noe mer enn en jobb. Jeg føler meg rett og slett kallet til det.

Heggen innrømmer at hun jobber mye. 60 timer i uken er ikke uvanlig. Men hun forsikrer om at hun er flink til å koble helt av. Som når hun leser Knausgård, bind 5, da glemmer hun alt annet.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:

KRISTIN HALVORSEN

Arbeidssted: Lovisenberg diakonale høgskole / Høgskolen i Akershus, avdeling for helse, ernæring og ledelse

Tittel: The ethics of bedside priorities in intensive care – Value choices and considerations. A qualitative study.

Veileder: Professorene Per Nortvedt og Reidun Førde

Utgått fra: Universitetet i Oslo, Institutt for allmenn og samfunnsmedisin, Seksjon for medisinsk etikk.

Disputas: 4. desember 2009

E-post: kristin.halvorsen@ldh.no

► **Bakgrunn:** I de nasjonale retningslinjer for helseprioriteringer settes det fokus på at kriteriene skal ha gjenklang i den kliniske hverdag, der de faktiske prioriteringer skjer, nær pasienten. Forskning som kan bidra til økte kunnskaper om og større transparenens i prioriteringer på klinisk nivå, etterspørres i retningslinjen. Forskning om kliniske prioriteringer i intensivavdelinger er begrenset. Denne studien søker å gi økt kunnskap om hensyn og verdivalg

i kliniske prioriteringsbeslutninger om å avgrense intensivbehandling.

Hensikt: Studiens hensikt var tredelt: 1) Å belyse i hvordan nasjonale prioriteringskriterier bidrar som beslutningsstøtte i prioriteringer om å avgrense intensivbehandling. 2) Beskrive verdier og hensyn som virker inn på kliniske prioriteringsbeslutninger i intensivavdeling. 3) Undersøke hvordan det i et ressursperspektiv er mulig å prioritere intensivpasientens omfattende behov for medisinsk behandling og sykepleie.

Metode: Kvalitativt design med deltakende observasjon og dybdeintervju. Observasjoner er gjennomført i tre intensivavdelinger ved norske universitetssykehus. Det er foretatt 46 dybdeintervjuer med intensivsykepleiere og intensivleger.

Resultat: Nasjonale kriterier for helseprioritering har svært begrenset verdi som beslutningsstøtte for leger og sykepleiere i intensivhverdagens komplekse prioriteringer. Leger og sykepleiere erfarer at opprettholdelse av ressurskrevende, ikke lenger medisinsk meningsfull intensivmedisinsk behandling, er et økende etisk dilemma. Dilemmaet blir forklart med blant annet behandlingskrav og til dels urealistiske forventninger til intensivmedisinens muligheter. Beslutningens kompleksitet, varierende tverrfaglighet i beslutningsprosesser, samt åpne og skjulte verdier hos

beslutningsaktører har innvirkning på prioriteringsbeslutninger om å avgrense intensivbehandling. Varierende og manglende åpenhet i beslutningsprosesser bidrar til at vesentlige verdimeslige perspektiver i prioriteringene ikke blir synliggjort. Liten kjennskap til pasienters verdipreferanser kompliserer beslutninger om å trekke tilbake ikke lenger meningsfull behandling. Pasientens medisinske og sosiale status synes å ha en innvirkning på pasientbehandlingen. Ressurssterke pårørende blir oftere lyttet til i behandlingsspørsmål. Leger og sykepleiere opplever regelmessig at mindre avansert, men nødvendig intensivmedisinsk behandling og sykepleie må nedprioriteres av ressurs-hensyn, som blant annet kvalitetsreduksjon av pleietiltak og overflytting av pasienter til og fra intensivavdeling. Tidvis var det umulig å skjerme døende og deres familier fra andre pasienter.

Konklusjon: Synlige og skjulte drivkrefter er premissleverandør for prioriteringer i møte med individuelle intensivpasienter. Ressursknapphet forsterker ulikhet i intensivmedisinsk behandling og sykepleie. Omsorgsverdier blir marginalisert på bekostning av sofistikert, høyteknologisk behandling. Nasjonale prioriteringskriterier bidrar i liten grad til beslutningsstøtte i intensivavdelingens komplekse beslutninger.



Kandidat:
RANDI SKÅR

Tittel: Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse. En studie av sykepleieres læringserfaringer.

Arbeidssted: Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag, Førde

Utgått fra: Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen

Veiledere: Førsteamanuensis Herdis Alvsvåg og Professor Berit Karseth

Disputas: 25. januar 2010

E-post: randi.skar@hisf.no

> **Bakgrunn:** Tidligere forskning viser behovet for å få en bedre forståelse av de sammenhenger hvor profesjonelle lærer. Hvordan de lærer av sine erfaringer i ulike kontekster og hvilken innvirkning personlige læringserfaringer har på fremtidig læring i nye kontekster.

Hensikt: Målet var å gi et bidrag til kunnskap om hvordan sykepleiere lærer i kliniske situasjoner og hvilken betydning læring har for sykepleieres arbeid.

Metode: Elleve sykepleiere som arbeidet på sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie ble intervjuet individuelt og i fokusgrupper om

deres beskrivelser av læring og bruk av kunnskap og deres læringserfaringer knyttet til arbeidssituasjoner der de hadde utviklet selvstendighet og faglig trygghet.

Resultat: Sykepleierne er opptatt av hvordan deres arbeid, som er preget av å kunne takle det uventede, krever både kunnskapsforståelse, mot, styrke, vilje og engasjement. De beskriver arbeidssituasjoner der de blir utfordret til å ta faglig ansvar, kommunisere, samarbeide og gjøre etiske overveielser. Denne kompetansen, som er ledd i all sykepleiefaglig utøvelse, krever kontinuerlig læring og personlig utvikling. Samtidig som læring avhenger av sykepleiernes aktive deltakelse i arbeidsfellesskapet er det også av betydning hvordan arbeidsplassen skaper vilkår for læring gjennom for eksempel kollegiale relasjoner og tilgang til ulike kunnskapsressurser.

Konklusjon: Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse har nær sammenheng med sykepleiernes delaktighet i pasientrelaterte handlinger og i arbeidsfellesskapet. Avhandlingen belyser spørsmålet om hvilken rolle den personlige dimensjonen har i læringsprosesser i profesjonelt arbeid. Dette er i tråd med nyere forskning om profesjonell læring som fremhever betydningen av helhetlige og integrerte læringsprosesser gjennom utdanning og yrkesliv.



Kandidat:
ELSE VENGNES GRUE

Tittel: Vision and hearing impairment in old age

Arbeidssted: Diakonhjemmet Høgskole

Utgått fra: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykehusmedisin

Veileder: professor Anette Hylen Ranhoff

Disputas: 29. januar 2010

E-post:
grue@diakonhjemmet.no

> **Bakgrunn:** Å se og høre bra, har betydning for helsa og livskvaliteten.

Hensikt: Hensikten var å se på utbredelse og konsekvenser av sansesvikt blant personer som får helsetjenester og effekten av sanseoptimaliserende intervensjoner på fall hos pasienter året etter et hoftebrudd.

Metode: Tre ulike studier; observasjonelle, prospektive, nasjonale og internasjonale, viste at sansesvikt er svært vanlig og økende med alder. Hos eldre med hjemmetjenester var forekomsten av syn-, hørsel og kombinert sansesvikt henholdsvis 35 prosent, 37 prosent, 18 prosent (N=3793,

DOKTORAVHANDLINGER

Mn 82 år, Europeisk AdHOC study). Tilsvarende blant eldre innlagt på medisinsk avdeling var 32 prosent, 48 prosent, 20 prosent (N=770, Mn 84 år, Nordic RAI-AC study). Blant eldre med hoftebrudd var tallene 46 prosent, 69 prosent, 30 prosent (N=332, Mn 84 år, Hoftebrudd pre-valens studium).

Resultat: Våre studier viser at sansesvikt kan gi redusert mulighet til å leve selvstendig, fallulykker, mindre ute og nylig oppstått synssvikt kan gi redusert sosial aktivitet. Intervensjonsstudiet (N=331, Mn 84 år) med tiltak for å bedre syn og hørsel blant eldre med hoftebrudd; systematisk vurdering, enkle sansetester og øreskylning, stell av høreapparater, brillevask, undervisning og henvisning til spesialister, kunne ikke bekrefte å redusere antall fall året etter innleggelsen.

Konklusjon: Studiene viser at kartlegging av syn og hørsel bør skje rutinemessig når eldre innlegges på sykehus og er mottakere av kommunale hjemmetjenester. Når sansesvikt avdekkes er optimalisering av funksjonene viktig sykepleieoppgaver og henvisning til spesialist kan være påkrevet. Spesiell oppmerksomhet må gis til de med kombinert sansesvikt siden de har begrenset mulighet for å kompensere synstapet, og eldre med både kognitiv svikt og sansesvikt, når pårørende er fraværende.

**Kandidat:****ETTY RAGNHILD NILSEN****Tittel:** Opportunities for learning and knowledge creation in practice**Arbeidssted:** Høgskolen i Buskerud, avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap
Utgått fra: Handelshøyskolen BI**Veileder:** Professor Johan Olaisen**Disputas:** 14. februar 2010**E-Post:** etty.nilsen@hibu.no

> Bakgrunn: Gjennom de siste to årtier har begrepene læring og kunnskapsutvikling i organisasjoner vært gjenstand for stor oppmerksomhet. I denne studien fokuseres det på læring i selve arbeidssituasjonen i fire enheter i et sykehus.

Hensikt: Målet har vært å gi økt kunnskap om ledelse gjennom å fokusere på læring i praksis samt å bidra til den teoretiske diskursen. Sykehus er valgt med hensikt siden mye av forskningen på læring i organisasjoner ellers er foretatt i homogene kunnskapsintensive organisasjoner.

Metode: Data er samlet inn gjennom intervju, observasjon og

dokumentstudier. Intervjuene er inspirert av narrativ teknikk, hvor informantene forteller om sin arbeidsdag i åpne og lite strukturerte samtaler. Ansatte i fire enheter er intervjuet; to sengeposter og to støttefunksjoner: kjøkken og resepsjon.

Funn: Funn fra denne undersøkelsen viser et gap mellom den strategiske visjonen som sykehuset har; nemlig «å bli en lærende organisasjon» og strategien slik den manifesterer seg i praksis. Videre viser studien at fysisk utforming, som for eksempel enerom og små sengeposter samt høy grad av selvstendighet i arbeidsoppgavene, kan fungere som barrierer for læring mellom ansatte i arbeidssituasjonen. Mulighet og anledning for praksisbasert læring og kunnskapsutvikling, operasjonalisert som interaksjon, er en spesielt knapp ressurs horisontalt mellom ansatte som innehar samme type stilling.

Konklusjon: Denne forskningen etterlyser et mer differensiert syn på autonomi og mer fokus på den innflytelse fysisk utforming har på læring og kunnskapsutvikling i organisasjoner. Videre fokuserer forskningen på det kunnskapsyn og læringsyn som underbygger strategien for læring i en organisasjon som et sykehus.



Kandidat:

ERIK ZAKARIASSEN

Tittel: Red response. Studies on the role of primary care doctors in out-of-hospital emergency medicine

Arbeidssted: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og ved Stiftelsen norsk luftambulans.

Utgått fra: Universitetet i Bergen

Veileder: Steinar Hunskaar

Disputas: 26. mai

E-post: erik.zakariassen@uni.no

> **Bakgrunn:** Hovedmålet med avhandlingen var å undersøke hvilken rolle og erfaringer leger som jobber i primærhelsetjenesten har med akuttmedisinske hendelser, definert som rød respons.

Metode: To tverrsnittundersøkelser og to langsgående prospektive observasjonsstudier ble brukt for å samle inn data.

Resultat: Kun halvparten av landets kommuner hadde et system der helseradio alltid ble brukt av legevaktlegene. De fleste legevaktlegene benyttet privat bil på utrykning til pasientene. Totalt 85 000 kontakter ble registrert ved

et representativt utvalg legevakter i Norge. Rød responspasienter utgjorde 2,3 prosent av de 85 000 kontaktene. Primært kontakttet to tredeler av rød responspasientene legevakten først, resten kommer via AMK-sentralene. 5105 rød responshendelser fra tre AMK-sentraler ble gjennomgått. AMK-sentralene alarmerte legevaktlegene i under 50 prosent av alle rød responstilfeller, og legene rykket ut i 43 prosent av tilfellene der de ble alarmert. Dobbel så mange pasienter ble fraktet direkte til sykehus når legevaktlegene ikke ble alarmert. Det var store forskjeller mellom de målte AMK-sentralene vedrørende alarmering. Fastleger som deltar i legevakt opplevde en stor bredde i akuttmedisinske hendelser. Brystmerter, tungpust og akutt psykiatri var de hyppigste problemområdene. De utførte få akuttmedisinske prosedyrer.

Konklusjon: Funnene viser at kommuner bryter forskrift om helseradiobruk, noe som kan forsinke eller utelukke varsling fra AMK-sentralene ved rød respons. Helseforetakene (AMK-sentralene) bryter forskriften ved ikke å varsle legevaktlegen. Viktigste faktor for om lege ble varslet var hvilken AMK-sentral legen tilhørte. Legevaktene og legevaktlegene har en viktig funksjon i den prehospital akuttmedisinske kjeden.



Kandidat:

GUDRUN ROHDE

Tittel: Health-related quality of life and global quality of life in patients with low-energy wrist and hip fractures.

Arbeidssted: Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsfag og Sørlandet sykehus, Kristiansand.

Utgått fra: Universitetet i Oslo, Seksjon for helsefag.

Veileder: Professor Astrid K Wahl

Disputas: 9. juni 2010

E-post: gudrun.e.rohde@uia.no

> **Bakgrunn:** Brudd som følge av redusert beinmasse eller osteoporose er spesielt hyppig i Norge, og rammer hovedsakelig kvinner. Brudd i håndledd og hofta kan føre til redusert funksjon og livskvalitet.

Hensikt: Å undersøke livskvalitet hos pasienter med lavenergi håndledds og hoftebraudd, både som en potensiell risikofaktor for brudd og som et langtidsutkomme etter brudd.

Metode: Case-controll studie med både ett tverrsnitt studiedesign, og prospektiv og longitudinell

DOKTORAVHANDLINGER

studiedesign. Helse-relatert livskvalitet ble målt ved hjelp av Short Form 36, mens global livskvalitet ble målt ved hjelp av Quality of Life Scale. 181 pasienter med håndleddsbrudd (gjennomsnittsalder 67+/-10 år), 97 pasienter med hoftebrudd (gjennomsnittsalder 75+/-10 år) og 226 kontrollere (gjennomsnittsalder 67+/-9 år) ble inkludert i studien. Pasienter og kontrollere ble fulgt opp ett og to år etter inklusjon.

Resultat: Redusert livskvalitet før brudd kan ikke brukes som en prediktor for lavenergi håndleddsbrudd. Studien understreker betydningen av biologiske mekanismer, inkludert lav kroppsmasseindeks, lav beinmasse, fall og det å bo alene som risikofaktorer for brudd. Pasienter med håndleddsbrudd vurderte både sin helse-relaterte livskvalitet og globale livskvalitet før og etter brudd til å være lik kontrollgruppen. Pasienter med hoftebrudd vurderte sin livskvalitet til å være dårligere enn kontrollgruppen både før og etter inklusjon i studien. Hoftebrudd er en prediktor på redusert helse-relatert livskvalitet over en periode på to år.

Konklusjon: Studien viser at for pasienter med håndleddsbrudd er forebygging av nye brudd det viktigste. Pasienter med hoftebrudd er en gruppe av sårbare eldre hvor forebygging og oppfølging er viktig.



Kandidat:

LIV HALVORSRUD

Tittel: Measuring Quality of Life among Older Adults. Validation of the Norwegian WHOQoL-Old.

Arbeidssted: Høyskolen Diakonova

Utgått fra: UiO, Seksjon for sykepleievitenskap.

Veileder: Professor Mary Kalfoss

Utgått fra: Høyskolen Diakonova

Disputas: 25. juni 2010

E-post: liv.halvorsrud@diakonova.no

► **Bakgrunn:** Det finnes ingen gullstandard for hvordan eldre livskvalitet kan måles.

Hensikt: Å validere den norske versjonen av livskvalitetsinstrumentet WHOQoL-Old blant syke og friske eldre samt å undersøke den tidligere bruken av begrepet og måling av livskvalitet. WHOQoL-Old er utviklet i et internasjonalt samarbeid (WHOQoL-Group) gjennom tre faser. Avhandlingen bygger på arbeidet i fase 3.

Metode: Av 499 artikler fra syv databaser ble 47 inkludert i studie 1. Statistisk sentralbyrå trakk et

randomisert og stratifisert utvalg på 490 fra den norske befolkningen over 60 år. 401 eldre uten kommunal hjelp besvarte et spørreskjema via posten, 89 eldre med kommunal hjelp deltok i et strukturert intervju med samme spørsmålspakke. En studie testet de psykometriske egenskapene ved WHOQoL-Old. To studier testet forholdet mellom operasjonaliserte variabler som helse, alder og omgivelser basert på en anerkjent livskvalitetsmodell.

Resultat: Litteraturstudien viste ingen konsensus om hvordan livskvalitet måles, liten bruk av definisjon av livskvalitet og begrepsmodeller. Den empiriske studien viste delvis at modulen WHOQoL-Old er valid. Området død/døende er aktuelt blant friske og syke og området for sensoriske forhold blant syke. Empirien bekreftet delvis den teoretiske modellen ved at omgivelser og opplevd helse har en direkte effekt på livskvalitet, og en indirekte effekt via depressive symptomer, fysisk funksjon (ikke syk gruppe) og helse på livskvalitet.

Konklusjon: Avhandlingen bidrar til å vise at et begrepsmessig rammeverk kan benyttes i validering, at livskvalitet må sees i sammenheng med andre begrep både i forskning og klinikk. Studien har betydning for hvordan helsepersonell velger å innhente informasjon om livskvalitet og bruker dataene i arbeidet med eldre.



Har du tatt doktorgrad?

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

Vi oppfordrer derfor alle aktuelle sykepleiere å sende inn nødvendig informasjon til **forskning@sykepleien.no**.

Følg veiledning for utforming av sammendrag av doktorgrader som du finner på våre nettsider **www.sykepleien.no**.

HVORDAN SKRIVE EN SYSTEMATISK OVERSIKT?

Målgruppen for denne artikkelen er sykepleiere som ønsker å lage en oversiktsartikkel over et klinisk spørsmål. Den kan også være nyttig for studenter på Master- og eventuelt Bachelornivå i helsefagutdanninger.

Av Liv Merete Reinar og Gro Jamtvedt

INNLEDNING

Det hender sikkert at det på jobben eller under utdanning dukker opp faglige spørsmål du trenger svar på. Eksempler på slike spørsmål kan være: Hvordan kan vi på sykehjemmet best forebygge eller behandle trykksår? Trenger kvinner som nettopp har født hjemmebesøk? Hvordan kan kommunehelsetjenesten best støtte personer med demens (og deres nærmeste pårørende)? Du ønsker det beste tilgjengelige forskningsbaserte svaret. I tidsskrifter og bøker finnes det artikler om disse emnene, men undersøkelsene kan være utført på forskjellige måter. Det er for eksempel kasuistikker, enkelterfaringer, spørreundersøkelser, kvalitativt beskrivende eller utforskende studier, randomiserte studier, kvasirandomiserte studier og studier med kvalitative metoder slikt som fenomenologiske studier. Og det finnes mange typer oversiktsarti-

kler. Mange oversiktsartikler er godt skrevet og har troverdig innhold – de er skrevet av personer med innsikt og engasjement i emnet. Men ofte mangler oversiktsartiklene en tydelig metodebeskrivelse. Det kan for eksempel være usikkert hvordan forfatterne har lett etter forskning og om forfatterne gjennom ikke-systematisk utvelgning kun har valgt forskningsstudier som støtter ett gitt syn eller en bestemt type behandling. Dette kan gi et ubalansert og skjevt bilde av tilgjengelig forskning. Som sykepleier er du derfor ikke trygg på om resultatene eller rådene som gis er til å stole på. Å basere praksis på én enkelt studie kan også bære galt av sted (1). Én enkelt studie kan ha få deltakere, funnene kan være basert på tilfeldigheter, skjevheter i utvalg og mange andre forhold. Dette fører til at studier om samme emne kan ha ulike konklusjoner.

Sykepleiere bør derfor i størst mulig grad basere sin praksis på funn fra systematiske oversikter. En systematisk oversikt er en oversiktsartikkel der forfatterne har brukt en systematisk og åpen fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere flere primærstudier om samme problemstilling (2;3).

De kjennetegnes ved at de har

- en klar tittel og et klart formål
- en omfattende og referert søkestrategi
- klare kriterier for inklusjon og eksklusjon av primærstudier
- vurdering av validitet, kvalitet eller risiko for systematiske skjevheter på inkluderte studier
- protokollføring av karakteristiske trekk for alle inkluderte studier
- sammenstilling av resultatene fra inkluderte studier (4).

Det er viktig at leseren i størst mulig grad kan stole på resultatene som framkommer av oversikten.

FAKTA

En oversiktsartikkel er en artikkel som gir en oversikt eller sammenfatning av forskningslitteratur over et definert spørsmål.

En systematisk oversikt er en oversikt som bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge, kritisk vurdere relevant forskning, samt for å innsamle, sammenstille, analysere og gradere data fra studiene som er inkludert i oversikten.

Metaanalyse er statistiske teknikker i en systematisk oversikt for å slå sammen resultatene av inkluderte studier numerisk. Brukes gjerne for å oppsummere effektmål av studier innenfor et begrenset område.

Metasynthese er en metode for å sammenstille kvalitativ forskning på et bestemt emne hvor forskerne sammenligner og analyserer tekstene fra individuelle studier og utvikler nye tolkninger.

Dette fordrer en tydelig og eksplisitt metodebeskrivelse. Leserne skal ha mulighet til å etterprøve og vurdere det som er gjort med et kritisk blikk. Les gjerne mer i metodebøker (2-7).

En systematisk oversikt bør også følge IMRAD-struktur; introduksjon, metode, resultater, diskusjon og konklusjon (8;9). I innledningen skal det tydeliggjøres hvorfor spørsmålet som stilles er viktig, og rasjonale for spørsmålet i lys av hva som allerede er kjent om emnet i forskningslitteraturen. I metodedeelen skal du beskrive fremgangsmåten så eksplisitt og tydelig som mulig og i resultatdelen skal dere skrive hva dere fant og hva det totale bildet sier. I diskusjonsdelen skal deres funn diskuteres opp mot annen relevant kunnskap. Uansett, det hele starter med en plan, disposisjon eller protokoll.

PROTOKOLL

Protokollen er en plan for hvordan dere skal gå fram for å finne, vurdere og sammenfatte forskning om ett emne (1). Her følger en huskeliste som kan brukes når dere skriver disposisjon og planlegger et slikt arbeid.

Denne huskelisten for protokoll er hentet og tilpasset fra DiCenso og Guyatt (1). For å lære mer om spørsmålsformulering ved hjelp av PICO (populasjon, intervensjon, kontroll og utfall) og om kjerne-spørsmål i helsetjenesten se annen litteratur (10,11). I prinsippet kan dere skrive en systematisk oversikt over alle typer spørsmål. Dere kan også lese mer om hvilke studiedesign som er best egnet til å besvare ulike typer spørsmål (4,11). Dette er kunnskap som er grunnleggende og viktig å ha i «bunn» før dere går i gang med en systematisk oversikt.

Formulere spørsmål

- Spesifisere: Populasjon (hvem), tiltak, eksposisjon eller fenomen (hva), utfallsmål, endepunkter, metodologi /studiedesign (hvordan)
- Spesifisere inklusjons- og eksklusjonskriterier.
- Bestemme eventuelle restriksjoner som tidsramme (publikasjonsår), upubliserede data, språk.

Gjøre litteratursøk

- Bestemme informasjonskilder: bibliografiske databaser, håndsvøk av tidsskrifter, gjennomgå referanselister, kontakte eksperter, kontakt med industrien, egne arkiver, institusjonen som eventuelt finansierer arbeidet, registre.
- Identifisere titler og sammendrag.

Anvende inklusjons- og eksklusjonskriterier

- Bruke inklusjons- og eksklusjonskriteriene på titler og sammendrag (gjøres av en person eller flere uavhengig av hverandre?).
- Innhente artikler i fulltekst basert på titler og sammendrag.

- Bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier på fulltekstartikler (gjøres av en eller flere personer?).
- Velge ut studier som oppfyller inklusjonskriteriene.

Hente ut data

- Vurdere metodisk kvalitet på studiene (vurdering av validitet og reliabilitet). Hvilke kriterier skal brukes? Gjøres det av flere personer uavhengig av hverandre?
- Sammenfatte data fra hver inkludert studie om deltakere, tiltak/eksposisjon/fenomen, studiedesign. Dataekstraksjonsskjema.
- Sammenfatte resultater.

Analysere data

- Vurdere heterogenitet.
- Bestemme hvilken metode som skal brukes for å oppsummere resultatene.
- Slå sammen resultatene i metaanalyser (hvis hensiktsmessig). Metasynteser av kvalitative studier. Eventuell beskrivende narrativ /kvalitativ oppsummering.

FAKTA





Illustrasjonsfoto: Colourbox



I Cochrane Library (12) finner dere mange publiserte protokoller. Det kan være nyttig å kikke på disse av minst to grunner: Dere kan finne ut hvordan en god protokoll ser ut. Og dere kan finne ut hvilke systematiske oversikter som er på gang (og eventuelt unngå dobbeltarbeid).

RAPPORTERING

Stadig flere tidsskrift setter krav til hva slags oversiktsartikler de publiserer samt stiller tydelige metodiske krav til artiklene. Men det er ulike krav til systematikk i de forskjellige tidsskriftene. Se for eksempel Vård i Norden (13), Journal of Advanced Nursing (14) og Tidsskrift for norsk lægeförening (15). Se også Joanna Briggs Library (16). Sykepleien Forsknings forfatterveiledning er under revidering (høsten 2010).

Som i alle vitenskapelige disipliner er metoder for systematiske oversikter også gjenstand for revisjon og nytenkning. I 2009 kom en artikkel med forfattere fra mange miljøer, The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care. Interventions: Explanation and Elaboration (17). Artikkelen er en 27 punkts sjekklister for hva som hører med når en systematisk oversikt skrives, hvordan det som er gjort bør rapporteres i en publikasjon. Det er verdt å kjenne til denne sjekklisten – selv om ikke alle krav kan oppfylles hver gang. I tillegg gir PRISMA-artikkelen eksempler på hvordan figurer og tabeller kan utformes (18).

I det følgende skisserer vi noen vesentlige punkter og kommer med eksempler på hvordan man kan formulere seg i en systematisk oversikt.

TITTEL

Skriv i tittelen at det er en systematisk oversikt og legg eventuelt til hva slags type studier som er med i oversikten. For eksempel: Tiltak for å forebygge

fall hos eldre i sykehjem – en systematisk oversikt over kontrollerte studier. Ideelt sett bør også PICO'en være tydelig i tittelen – det bør altså komme fram hvilken pasientgruppe, hvilken behandling eller hvilket fenomen som er fokus og hvilke utfall som rapporteres, for eksempel: Effekten på atferd av musikkterapi til personer med demens – en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte studier.

INKLUSJONSKRITERIER

Spesifiser studiekarakteristika for de forskningsartiklene dere lette etter og inkluderte. Det skal rapporteres hvilken populasjon, hvilket tiltak eller fenomen eller eksposisjon som ble studert, om det var noen kontrolltiltak og hvilke utfall som skulle måles (dersom dere skriver en oversikt om effekt av tiltak). Inklusjonskriterier omfatter også å rapportere om studier skulle være publisert innen visse tidsrom, være publisert på enkelte språk, være publisert i spesielle tidsskrift, ha spesiell publikasjonsstatus (for eksempel vitenskapelige tidsskrift eller doktoravhandlinger). Det må også tydeliggjøres hvilke studiedesign som skulle tas med. Det bør også synliggjøres hvilke eksklusjonskriterier som ble brukt.

SØKESTRATEGI

Det må komme tydelig fram hvor dere har lett etter forskningsartikler. List opp hvilke databaser som er søkt (for eksempel Medline, EMBASE, Cochrane Central, Cinahl, PsycLit, PEDro). Nevn også om dere har kontaktet eksperter eller har gjennomført bestemte tidsskrifter (hånd søk) eller har gått gjennom referanselister på artikler som er identifisert. En systematisk oversikt skal også ha en eksplisitt, tydelig og referert søkestrategi. Det skal rapporteres hvilke søketermer som ble brukt og hvordan disse ble kombinert. Se metodebeskrivelsene i for eksempel artiklene til Hjälmhult eller Bragstad og

Kirkevold i Sykepleien Forskning eller PRISMA-artikkelen (17,19,20).

Etter at søket etter litteratur er gjennomført skal det foretas en studieseleksjon, det vil si å bestemme hvilke studier som skal med i oversikten og hvilke som ikke skal med (ekskluderes). Beskriv hvordan dette ble gjort. Ble det gjort av én person eller av flere uavhengig av hverandre? Ble første seleksjon gjort basert på titler og sammendrag?

KVALITETSVURDERING

Et svært viktig trinn i arbeidet med en systematisk oversikt er vurdering av risiko for systematiske skjevheter (bias) i hver studie. Studiene må vurderes med tanke på metodisk kvalitet. Hvordan er dette utført og hvilke kriterier ble brukt? Ulike studiedesign bør vurderes ut fra egne, på forhånd gitte kriterier. Dere må vurdere og bestemme hvilke kriterier som er viktigst ut fra hvilket spørsmål oversikten ønsker å besvare. Det finnes mange publiserte sjekklister og verktøy som kan brukes for denne kvalitetsvurderingen. For å redusere faren for subjektive vurderinger bør en slik kvalitetsvurdering gjøres av minst to personer uavhengig av hverandre.

Eksempler på viktige vurderinger for ulike spørsmål/design (1):

Effekt: Reduserer musikkterapi utagerende atferd hos personer med demens?

- Ble pasientene randomisert?
- Var oppfølgingen komplett?

Skade: For barn som blir fullammet i mer enn seks måneder, er det økt risiko for å utvikle allergier?

- Var gruppene like med hensyn til alle kjente bakgrunnsfaktorer for utfallet, eller ble det justert for forskjeller?
- Var oppfølgingen komplett nok (akseptabel)?

Diagnose: Er øretermometer like pålitelig som rektaltermometer for å diagnostisere feber hos barn?

- Var den diagnostiske testen brukt på pasienter som kunne ha fra lav til høy sannsynlighet for å ha aktuelle tilstand?
- Var det en blindet sammenligning med en referansetest (gullstandard) som ble brukt likt for alle pasienter?

Prognose: Hvordan er skoleprestasjonene til barn som er født i 26. svangerskapsuke?

- Var utvalget av deltakere representativt?
- Var deltakerne like nok (homogene) når det gjaldt prognoserisiko?
- Var oppfølgingen komplett nok (akseptabel)?

Kvalitativ: Hva opplever intensivsykepleiere som utfordrende ved avsluttende behandling i intensivavdelingen?

- Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?
- Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?
- Ble det redegjort for bakgrunnsforhold hos forskeren som kan ha påvirket fortolkningen av data?
- Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført?

Kartlegging: Hvor mange fall blant eldre fører til alvorlige skader?

- Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?
- Er svarprosenten høy nok?
- Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?

DATAEKSTRAKSJON

Gjør rede for metoden som ble brukt da data ble hentet ut fra inkluderte studier. Ble det laget et dataek-



straksjonsskjema? Ble dataekstraksjonen gjort av én eller flere personer? Det bør komme fram hvilke data som ble hentet ut fra hver artikkel. For eksempel studiedesign, pasientgruppe, tiltak, kontrollgruppe, antall deltakere, setting, dosering, oppfølgingstid, utfallsmål og opplysninger om hvordan utfall ble målt.

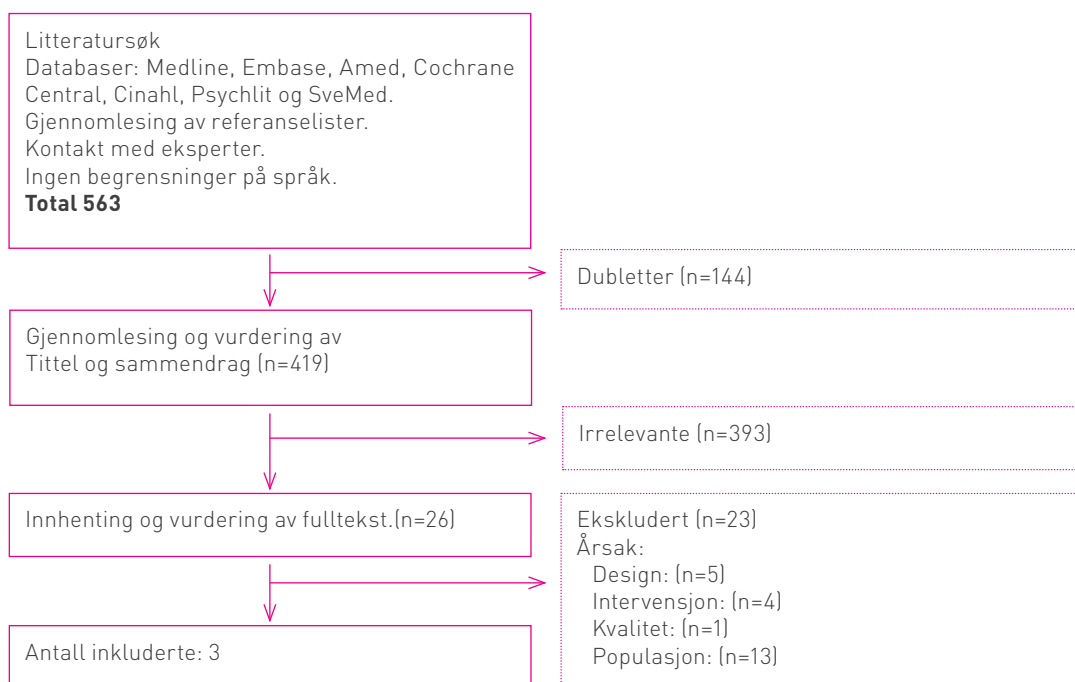
RESULTATRAPPORTERING

Etter at metoden er beskrevet i metodeavsnittet skal funnene eller resultatene rapporteres under resultater. Det må komme fram hvor mange treff det var

etter søk i alle kilder og hvor mange artikler som ble innhentet og vurdert basert på tittel og sammendrag. Til slutt en setning som sier hvor mange artikler som ble inkludert. En figur med artikkelflyt kan gi en god oversikt over denne prosessen. Se eksempel i figur 1. Se også artikkelen til Hjälmhult eller Bragstad og Kirkevold (19;20).

Det hører også med å angi karakteristika for alle inkluderte studier. Beskriv metode/design, deltakere, tiltak og utfall, gjerne henvisning til tabell med karakteristika over inkluderte studier. Se eksempel i tabell 1.

FIGUR 1: Artikkelflyt



KVALITETSVURDERING AV INKLUDERTE STUDIER

Dere må redegjøre for den metodiske kvaliteten på studier som ble inkludert. Dette bør gjøres så eksplisitt som mulig. Det bør det komme fram hvilke inkluderte studier som hadde metodiske svakheter og begrensninger og hvorfor. For å være helt tydelig

på hvilke kriterier artiklene er vurdert etter kan det beskrives i en tabell. Se eksempel i tabell 2.

METAANALYSER

Når resultatene i en systematisk oversikt skal sammenstilles er det noen ganger hensiktsmessig å lage en metaanalyse. Da slår man sammen effektestima-

TABELL 1: Karakteristika inkluderte studier – eksempler

Studie	Design	Setting	Deltakere	Tiltak	Kontroll	Utfallsmål	Resultat
Clark 1998	Crossover	Sykehjem USA	18, demente	Individualisert musikkterapi	Standard behandling	Agressiv atferd	Færre tilfeller aggressiv atferd i tiltaksgruppen
Cohen 1997	Crossover	Sykehjem USA	37, demente (?)	Idividualisert musikkterapi, sosial interaksjon med familie-medlemmer	Standard behandling	Verbal forstyrrende atferd	Signifikant mindre aggressiv atferd i tiltaksgruppen
Garlan 2007	Crossover	Sykehjem Australia	30, demente	Individualisert psykososial intervensjon	Annen individualisert psykososial intervensjon	Fysisk og verbal agitert atferd	Ingen klar forskjell mellom gruppene

TABELL 2: Kvalitetsvurdering av inkluderte studier – eksempler

Studie	Randomisering	Blinding pasient	Blinding personell	Blinding utfallsmåler	Komplett oppfølging	Validert metode for utfallsmåling
Clark 1998	nei	nei	nei	ja	ja	ja
Cohen 1997	nei	nei	nei	nei	ja	ja
Garlan 2007	ja	nei	nei	ja	ja	ja

ter fra flere studier til ett felles effektestimert. Det er mange forutsetninger som bør være oppfylt før dette er riktig og forsvarlig. En slik kvantitativ syntese forutsetter at primærstudiene er like nok, for eksempel at forskerne har undersøkt samme spørsmål på et likt nok utvalg og at man har målt utfall på samme måte. Dersom dere gjør en metaanalyse er det god veiledning i Cochrane Handbook (4). Samtidig kan det være nyttig å ha en statistiker med på laget!

METASYNTESER

Å lage systematiske oversikter basert på kvalitative studier (metasynteser) er en forholdsvis ny metode. Det foregår gode diskusjoner i fagmiljøer om og hvordan dette gjøres mest hensiktsmessig. Det foreligger ikke full enighet i fagmiljøene og metasynteser er kontroversielle. Men ett miljø som har drevet fagutvikling på området er Joanna Briggs Institute i Australia (6). De fremhever at mange forskere setter spørsmål ved metoden blant annet på grunn av den kvalitative forskningens subjektive natur. Mange forskere med erfaring fra kvalitativ forskning er også kritiske på grunn av de ideologiske, filosofiske og

metodiske særegenheter som karakteriserer den kvalitative forskertradisjonen. Noen mener at en syntese av kvalitative studier er umulig og meningsløs. Andre mener at en slik syntese kan gi nyttig kunnskap til helsefagene.

Joanna Briggs manual foreslår et par ulike tilnærminger for eventuelle metasynteser (16). «QARI – reproach» og «meta-etnografi». Med QARI bruker man tre steg: 1. Identifisere funn. 2. Gruppere funn i kategorier. 3. Gruppere kategorier til synteser av funn. Med «meta-etnografi» gjør man først en analyse: ekstrahere «konsepter», så en andre tolkning og til slutt en tredje tolkning som fører til «utvikling av en linje med argumenter».

OPPSUMMERING

I denne artikkelen har vi kort gått gjennom de ulike trinnene som hører med når man lager en systematisk oversikt. Artikkelen gir ikke utdypende informasjon om dette. Referansene gitt i artikkelen kan være til god hjelp dersom du ønsker å fordype deg mer. Før du ferdigstiller og sender oversikten kan sjekklisten under være til hjelp.



Sjekkliste

Dette bør dere ha gjort rede for:

- Har artikkelen et tydelig spørsmål?
- Hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier hadde dere?
- Søkte dere etter relevante studier i flere kilder?
- Har dere gjengitt søkestrategien så detaljert at andre kan etterprøve den? Er det mindre enn ett år siden søket ble gjort?
- Hvordan var den metodiske kvaliteten på primærstudiene dere inkluderte?
- Hvordan ble den metodiske kvaliteten vurdert?
- Har dere rapportert artikkelflyt?
- Har dere laget en tabell med karakteristika over inkluderte studier?
- Har dere laget en tabell som viser den metodiske kvaliteten over inkluderte studier?
- Kommer det tydelig fram hva som er det oppsummerte resultatet?
- Besvarer konklusjonen spørsmålet som ble stilt innledningsvis?

REFERANSER

1. **Ciliska D, DiCenso A, Guaytt G.** Summarizing the evidence through systematic reviews. Evidence-based nursing - a guide to clinical practice. St. Louis: Elsevier Mosby; 2005. p. 137–53.
2. Slik oppsummerer vi forskning – Håndbok fra Nasjonalt kunnskapscenteret for helsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten; 2009.
3. **Greenhalgh T.** How to read a paper – the basics of evidence-based medicine. Third edition ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2006.
4. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Chichester: The Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons Ltd.; 2008.
5. **Egger M, Smith G, Altman D.** Systematic Reviews in Health Care – Meta-analysis in context. Second edition ed. London: BMJ Publishing Group; 2001.
6. **Joanna Briggs** Institute Reviewers' Manual 2008 edition. Australia: The Joanna Briggs Institute; 2008.
7. **DiCenso A, Guaytt G, Ciliska D.** Evidence-Based Nursing. St. Louis: Elsevier Mosby; 2005.
8. **Nylenna M.** IMRAD – et hjelpemiddel i vitenskapelig publisering. Sykepleien Forskning 2009;4(3): 172–3.
9. **Reinar L, Kornør H.** Skriv en artikkel. Sykepleien Forskning 2007;2(1): 62–3.
10. kunnskapsbasertpraksis.no. <http://kunnskapsbasertpraksis.no>. Høgskolen i Bergen og Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. 8-9-2010.
11. **Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinar L.** Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2008.
12. Cochrane Library. <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>. 8-9-2010.
13. Vård i Norden – forfatterveiledning. <http://www.vardinorden.org/ikbViewer/page/vin/veileder>. 8-9-2010.
14. Journal of advanced nursing – Systematic review or other type of review paper. <http://www.journalofadvancednursing.com/default.asp?file=guidereview>. 8-9-2010.
15. Tidsskrift for Den norske legeforening – oversiktsartikkel. http://www.tidsskriftet.no/?nota_id=511 8-9-2010.
16. **Joanna Briggs** reviewers manual – online. http://www.joannabriggs.edu.au/about/system_review.php. 8-9-2010.
17. **Liberati A, Altman D, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche P, Ioannidis J, et al.** The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. PLoS Medicine 2009;6(7).
18. PRISMA – transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses. <http://www.prisma-statement.org/>. 8-9-2010.
19. **Hjälmhult E.** Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle for-eldre med nyfødt barn? Sykepleien Forskning 2009;4(1): 18–26.
20. **Bragstad L, Kirkevold M.** Individualisert musikk for personer med demens. Sykepleien Forskning 2010;5(2): 110–8.

DISKUSJONSKAPITLET



Her er tips til hvordan du kan utforme diskusjonskapitlet.

Av **Anners Lerdal**

Hensikten med diskusjonskapitlet er å drøfte hvordan resultatene besvarer forskningsspørsmålene i studien og vise hvordan resultatene forholder seg til tidligere forskning og/eller aktuelle teorier og/eller eksisterende kliniske praksis. Med andre ord beveger man seg fra de spesifikke funn i studien til et bredere perspektiv ved også å peke på konsekvenser for hvordan man bør forstå fenomenet man studerer.

STRUKTUR

Det finnes ikke én oppskrift på hvordan diskusjonskapitlet skal bygges opp, og det finnes ulike praksiser. Generelt vil det være viktig å velge underoverskrifter og en struktur som samsvarer i størst mulig grad med hvordan stoffet er presentert tidligere i artikkelen. Målet er at fremstilling er logisk for leseren og at leseren lett oppdager og kjenner igjen oppbyggingen.

START

En vanlig strategi er å starte med en kort oppsummering av de viktigste hovedtrekkene i funnene. Stilen er gjerne kort, inntil cirka tre linjer, konsis og direkte. Dette bør skje uten at resultatene gjengis på nytt. Poengter gjerne overfor leseren hva som er nytt ved disse funnene.

DISKUTER

Siden hensikten med studien er å besvare forskningsspørsmålene, kan man velge å diskutere funnene i samme rekkefølge som disse er beskrevet i det siste avsnittet før metodekapitlet. Siden enkle forskningsspørsmål ofte nevnes før mer komplekse, vil resultatkapitlet gjerne være organisert ut fra de ulike forskningsspørsmålene. I slike tilfeller kan det være naturlig å følge opp i diskusjonen ved å diskutere de ulike forskningsspørsmålene i den samme rekkefølgen som det er oppstilt tidligere.

SPØRSMÅL

Sentrale spørsmål som forfatteren bør besvare er: Hva fant du som du forventet å finne og hvorfor? Hvordan samsvarer dine funn med det som er beskrevet tidligere? Hvordan forklarer du funn du ikke forventet å finne og hvordan kan du undersøke disse forklaringene nærmere? Denne presentasjonen vil danne argumentasjonsgrunnlaget for konklusjonen. Noen tidsskrifter ønsker at forfatterne presenterer studiens konklusjoner i et eget kapittel, mens andre ønsker en kort konklusjon som siste avsnitt i diskusjonskapitlet.

SVAR

Hvordan besvare forskningsspørsmålene? Her kan man starte ved å beskrive mønsteret, sammenhengene eller prinsippene i resultatet. Ikke presenter nye resultater i diskusjonskapitlet. Etter beskrivelsen er det naturlig å fortsette med å forklare hvordan resultatet svarer til hva man forventet å finne og hvordan resultatet forholder seg til andre studier eller annen litteratur. Spesielt gjelder dette studier og teorier som er beskrevet i innledningskapitlet. Leseren vil også være interessert i argumenter for og imot ulike forklaringer, eller forklaringer på manglende samsvar med tidligere forskningsfunn. Hvis forskningen har klinisk relevans, vil det være nødvendig å drøfte dette. I tillegg til å forklare hva man fant, kan det også være nødvendig og interessant å beskrive og forklare hva man ikke fant. I neste omgang er det naturlig å foreslå mer eller mindre konkret hva som trengs av videre forskning for å besvare uavklarte spørsmål. «Videre forskning er nødvendig» er en klisjé som ikke er særlig informativ og bør unngås.

EKSISTERENDE FORSKNING

Å lage en god diskusjon krever oversikt over eksisterende forskning. Om datamaterialet er lite eller

har flere svakheter, kan artikkelen allikevel bli svært interessant. Dette forutsetter at forfatteren syntetiserer tidligere forskning, beskriver denne og reflekterer studiens resultater i lys av denne. Når man har god oversikt over forskningen på området, er man i stand til å gi leserne en god og klar forklaring på hva som er originalt med studiens funn og hvordan funnene kan tolkes. Den gode oversikten vil også vises ved at man bruker de viktigste referansene på feltet. Er ikke disse referansene med, vil ofte fagfeller som kjenner feltet og vurderer manuskriptet etterlyse dem. Et godt råd kan også være å sjekke om man har fått med seg relevante studier som tidskriftet man skal sende inn manuskriptet til allerede har publisert. Man bør ikke unngå å sitere forskning med motstridende resultater enn ens egen studie. En slik selektiv utvelgelse vil lett bli oppdaget og minske studiens troverdighet.

VERBETS TID

Hvis man henviser til fakta som det er konsensus om eller som er etablerte kan man bruke presens. Slike uttalelser i presens vil oppfattes av leserne som en sterk påstand. Ved henvisning til enkeltstudier og mindre etablerte forståelser kan det være naturlig å bruke preteritum (fortid). Konsekvensen her blir at påstandene oppfattes som svakere.

STYRKER OG SVAKHETER

Forskeren har et etisk og faglig ansvar for å gjøre leserne oppmerksomme på styrker og svakheter ved studien. Dette blir som oftest gjort i et eget avsnitt i diskusjonskapitlet. Styrker ved studien kan gjerne være relatert til problemstillingens og funnernes relevans for klinisk praksis, teoriutvikling, metodeutvikling eller fremtidig forskning.

SVAKHETER VED DESIGNET

I klinisk forskning er det nesten alltid nødvendig å

gjøre tilpasninger i forskningsopplegget for å få deltakerne til å samtykke til deltakelse og for å få dem til å gjennomføre studien ute å ombestemme seg. Disse tilpasningene kan ofte innvirke på resultatene og dermed på hvordan man bør forstå studiens funn. Ulike forskningsdesign har ulike styrker og svakheter. Ved for eksempel en tverrsnittsstudie, hvor man analyserer data fra ett tidspunkt, bør man være tilbakeholden med å fastslå årsak-virkningsforhold. Styrker og svakhet ved ulike forskningsdesign og metodiske tilnærminger er beskrevet i metodelitteraturen. Det finnes også mye empirisk forskning som diskuterer hvordan ulike svakheter virker inn på resultater. Denne litteraturen kan for eksempel være til hjelp når man skal tolke hvilken betydning en lav svarprosent har for generalisering av funnene. Man kan også gjøre forskningsmessige grep for å analysere potensielle svakheter. I longitudinelle design vil det for eksempel styrke studien om man har gjort en frafallsanalyse hvor man sammenligner egenskaper ved personer som ikke fullfører studien med dem som fullfører studien. Hvis det for eksempel er flere yngre og friske personer som avbryter studien, vil funnene sannsynlig være mindre representative for yngre og friske personer.

SVAKHETER VED METODENE

Ulike forskningsmetoder har også ulike svakheter. Hvis forskerne kunne ha valgt bedre metoder enn det som faktisk ble anvendt, er det naturlig å gi leserne en begrunnelse for at en dårligere metode er valgt. Gjennom en slik åpenhet viser forskeren at vedkommende har vært bevisst på dette. Man kan da argumentere for eget metodevalg og komme kritikerne i forkjøpet. Tilsvarende gjelder også ved valget av et dårligere forskningsdesign enn det som teoretisk ville være ideelt.

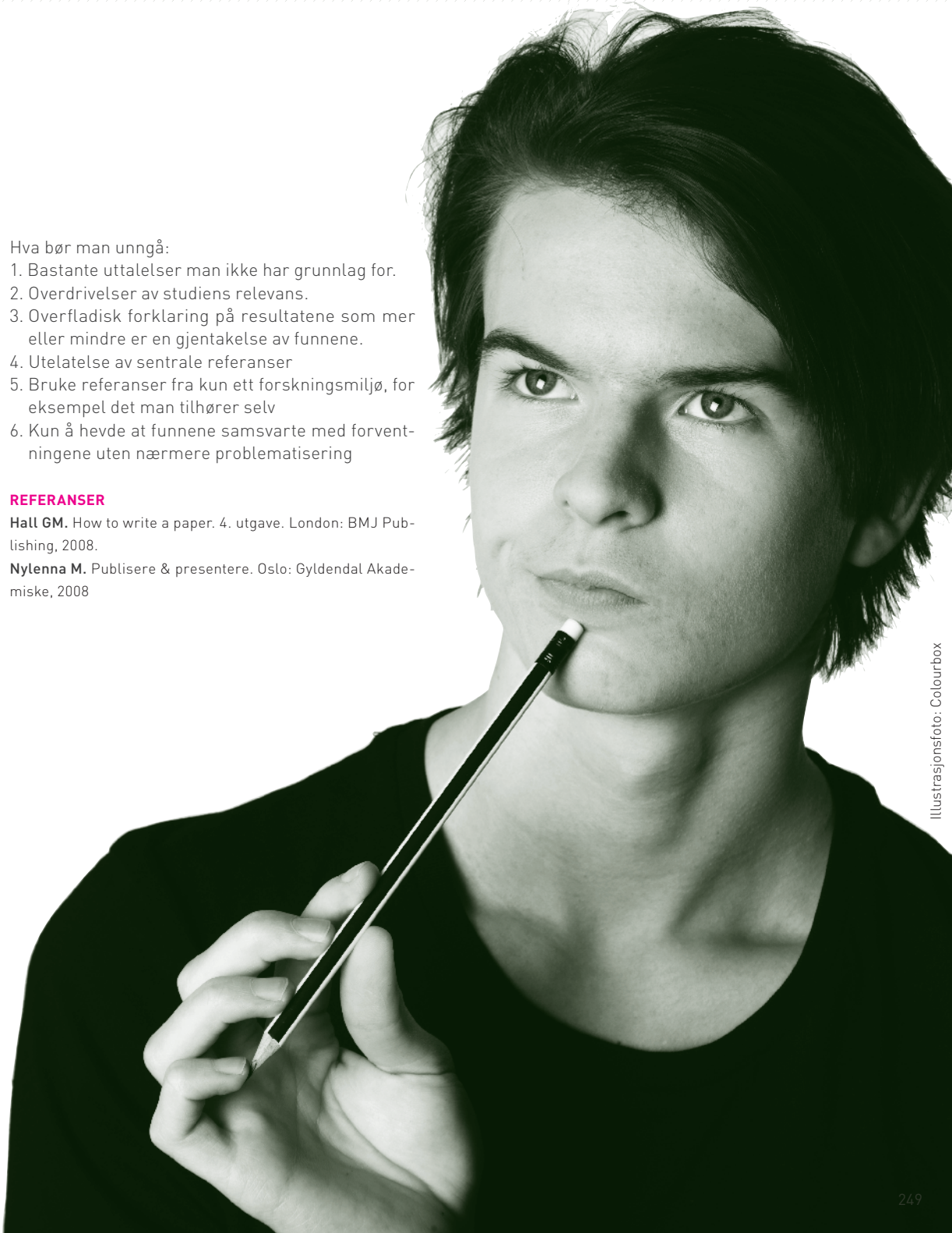
Hva bør man unngå:

1. Bastante uttalelser man ikke har grunnlag for.
2. Overdrivelser av studiens relevans.
3. Overfladisk forklaring på resultatene som mer eller mindre er en gjentakelse av funnene.
4. Utelatelse av sentrale referanser
5. Bruke referanser fra kun ett forskningsmiljø, for eksempel det man tilhører selv
6. Kun å hevde at funnene samsvarte med forventningene uten nærmere problematisering

REFERANSER

Hall GM. How to write a paper. 4. utgave. London: BMJ Publishing, 2008.

Nylenna M. Publisere & presentere. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2008



HJELP PASIENTENE DINE MED RØYKESLUTT

Helsebiblioteket har over tid samlet mye stoff om tobakk, røyking og røykeslutt. Via helsebiblioteket.no har du fri tilgang til nyttige ressurser om emnet.

Tekst: Runar Eggen, Helsebiblioteket

Kampen mot tobakken er ikke helt over ennå, men du kan bidra.

Røykeslutt regnes som ett av de viktigste helsefremmende tiltakene hvor helsepersonell kan bidra. Hvordan kan du finne effektive strategier for å hjelpe pasientene med dette?

HJELPEMIDLER

I de kliniske oppslagsverkene BMJ Best Practice og UpToDate finner du nyttig stoff om hvordan du kan hjelpe pasientene dine til et tobakksfritt liv. UpToDate har blant annet en artikkel «Management of smoking cessation», som går gjennom ulike strategier for røykeslutt. Best Practice gir deg tips om hvordan du legger opp arbeidet i klinikken for å få pasientene dine til å stumpe røyken – søk på «smoking cessation» i oppslagsverket som du finner øverst til høyre på Helsebibliotekets hovedside.

SAMFUNNSPROBLEM

Helsebiblioteket.no har to undersider som omhandler tobakk. Den ene finner du under Emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse. Her finner du statistikk, faktaopplysninger om snus, nummeret til tobakkstelefonen og mye annet nyttig stoff, under tema «tobakk». Samme sted har vi samlet de viktigste norske rapportene om emnet. Her finner du blant annet rapporter om hvor effektive myndighetenes tiltak mot røyking har vært. Du finner også praktisk hjelp for å snakke med pasientene om røykeslutt.





AVHENGIGHETSPROBLEM

Ønsker du å lese om røyking som avhengighetsproblem, er Emnebibliotek psykisk helses sider om rus og avhengighet et godt utgangspunkt. Siden om oppsummert forskning vil være spesielt nyttig.

RØYKESLUTT PÅ ARBEIDSPLASSEN

Ønsker du å organisere en røykesluttkampanje på arbeidsplassen, finner du gode tips i artikkelen «Kunnskapsbasert røykeslutt», denne finner du ved å søke på tittelen i Helsebiblioteket.

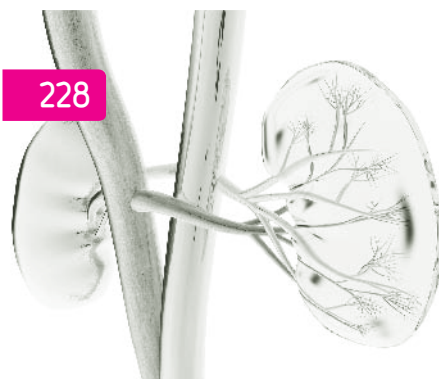
FAGLIG OPPDATERING

Det finnes flere tidsskrifter som kan være interessante å følge med på for den som arbeider med tobakksproblematikk.

Helsebiblioteket abonnerer på disse tidsskriftene:

- Tobacco Control
- Tobacco Induced Diseases
- Psychology of Addictive Behaviors





Innhold >>

Innspill:

Leder: Er de helsefaglige mastergradene kliniske nok?	171
Nina Kristiansen: Plutselig forsto jeg partikkelfysikk	173
Turid Heiberg: Hva er viktig for pasienten?	175

Oppsummert forskning:

Cochrane	176
Forskningsnytt	180

Forskningsartikler:

Hvordan veilede om røykeslutt? Av Annett Arntzen og Bente Wahl Sandvold	182
Kommentar: Vanskelig å samtale om røykeslutt. Av Elin Amrud	191
Opplæring i kunnskapshåndtering – nytter det? Av Grete Helen Bratberg og Hege Selnes Haugdahl	192
Kommentar: – Jeg spør heller kolleger. Av Christer Bierman	201
Ektepars privatliv i demensbolig. Av Linn Hege Førsvund og Siri Ytrehus	202
Kommentar: Samarbeid gir økt livskvalitet. Av Elin Lillehovde	209
Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). Av Cecilie Bakke Myhra, Ellen Karine Grov	210
Kommentar: Nyttig verktøy. Av Mette Haug Teigen	219
Kvaliteten på sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til legevakt. Av Bjørnar Nyen, Elisabeth Holm Hansen, Gunnar Tschudi Bondevik	220
Kommentar: Veiledning tar tid. Av Maja Johann Guin	227
Forskning i praksis: Givernes tur	228
Forskerintervju: Leter etter spørsmål	230
Nytt og nyttig:	232