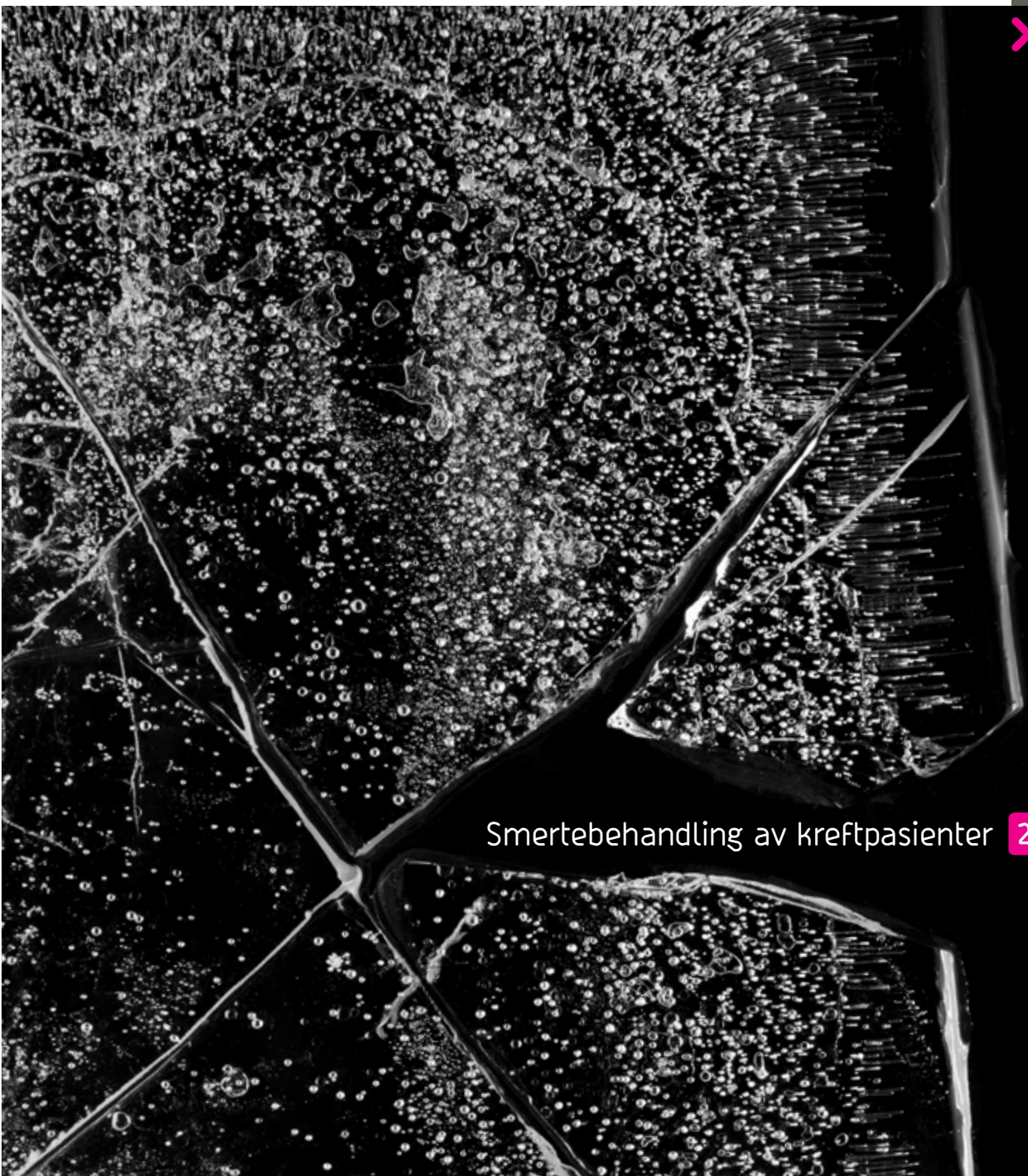


forskning

04|10



Smertebehandling av kreftpasienter 266

Mange kreftpasienter har smerter i ulike faser av sykdommen. Smerter er også ett av de symptomene pasientene frykter mest. Artikkelen til Valeberg, Bjordal og Rustøen i denne utgaven av **Sykepleien Forskning** bekrefter funn fra tidligere studier om at både pasienter og pårørende er redd for å bli avhengig av smertestillende medikamenter. Pasientenes barrierer kan bidra til at de ikke får god smertebehandling.



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@bfk.no

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

Utgivelsesplan 2011:
24/3, 16/6, 29/9, 1/12
Abonnementspris: Kr. 280,- per år
ISSN 1890-2936

Sykepleier, mer enn koordinator

Mens leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sosionomer alle har klart definerte selvstendige ansvarsområder i pasientbehandlingen, er det typisk at sykepleiere omtaler seg selv som koordinatører. Det er åpenbart riktig at sykepleiere spiller en nøkkelrolle som koordinatører, men hvorfor løfter de så sjelden frem sitt eget bidrag utover denne koordinatorfunksjonen?

Det kan være flere årsaker, men en er utvilsomt at man undervurderer den rollen man har når det gjelder å ivareta pasientens grunnleggende behov ved sykdom. Grunnleggende sykepleie kan ofte minne om hverdagslige gjøremål. Hvis sykepleiere ikke kommuniserer sine vurderinger og hensikten med handlingene, vil mye av sykepleiernes selvstendige funksjon bli oppfattet som dagligdage gjøremål og deres kunnskap som hverdagskunnskap.

For at sykepleiernes funksjon skal oppfattes som noe ut over å være koordinatører i det tverrfaglige teamet, er det derfor nødvendig å løfte frem hvilke oppgaver man faktisk ivaretar. På bakgrunn av at det er sykepleierne som tilbringer mest tid i direkte pasientrettet arbeid, mener Patricia Benner at de har en avgjørende betydning for befolkningens helse. Å redusere sykepleiernes ansvar til kun en koordinatorfunksjon er med andre ord å nedvurdere sykepleiernes bidrag. Samtidig skriver

sykepleier og sosiolog Nina Olsvold i sin nylig avlagte doktorgrad at «Forskningen tegner et bilde av sykepleiere som underlagt sterke eksterne krefter, og som avmektige innenfor systemet. Stort ansvar, lite myndighet og manglende kontroll preger fremstillingen av sykepleierens arbeidssituasjon.» Uklar kommunikasjon av sykepleierens funksjon og ansvar i det tverrfaglige teamet er trolig en sentral årsak til at sykepleiernes avmakt.

Sykepleiere burde være attraktive samarbeidspartnere: deres selvstendige ansvar og funksjon er rettet mot å gi nødvendig helsehjelp for at pasientene skal få tilfredsstillende grunnleggende behov. Sykepleieres arbeid skiller seg også fra de andre helsearbeidernes arbeid ved at de ofte har døgkontinuerlig oversikt over pasientens helsehjelp og koordinerer denne på best mulig måte i samspillet mellom pasient, pårørende og helsetjeneste. Sykepleiernes funksjon i det tverrfaglige teamet burde derfor være både utøvelse av direkte sykepleie og å koordinere utarbeidelsen av gode og effektive pasientforløp på tvers av faser og tjenestenivåer.

Anners Lerdal



Redaktør
Anners Lerdal
anners.lerdal@ldh.no

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

Av Cathrine Holst

f. 1974

Postdoktor
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi og ARENA – Senter for europaforskning, Universitetet i Oslo

En annen vitenskap?

› Feministene er selv uenige om den feministiske vitenskapskritikken.

I århundrer hadde kvinner ingen adgang til universitetene. At kvinner skulle forske og filosofere, ble betraktet som ukvinnelig, unaturlig og upassende. Den første kvinnen som oppnådde doktorgrad ved Det Kongelige Frederiks Universitet i Kristiania, var språkforskeren Clara Holst, så sent som i 1903. Flere skulle følge. I 2008 var 45 prosent av dem som avla doktorgrad i Norge kvinner.

Kvinnens inntog i akademien henger sammen med samfunnets økte behov for høyt utdannet arbeidskraft. Men utviklingen har også vært villet fra feministisk hold. Et sentralt mål for feministers politiske virke har vært økt kvinneandel innenfor alle betydningsfulle samfunnsinstitusjoner, herunder vitenskapen.

Feministiske vitenskapskritikere har også krevd at forskningen må endre tematisk fokus. Man

har ønsket seg «mer» forskning om kvinner, men også, og ikke minst, mer forskning om kjønn; beskrivelser, fortolkninger og forklaringer som, der det er relevant, tar kjønn i betraktning.

Skytset har for det tredje blitt rett mot den akademiske kulturen. Det er en kultur som, når alt kommer til alt, fortsatt ikke anerkjenner «inntrengerne», kvinner og «andre» som avviker fra den professorale erke-type: en hvit, dannet mann med privilegert bakgrunn. Denne kulturen kan gi seg ekstreme utslag, for eksempel i form av trakassering. Mer subtilt kan det dreie seg om at kvinnelige forskere og tenkere simpelthen ikke tas helt på alvor. Man regner dem som mindre interessante og nyskapende – relativt uavhengig av hva som måtte være realitetene – eller man bedømmer dem ut fra andre, for saken uvedkommende, standarder.

Feministiske vitenskapskritikere har for det fjerde ment at selve måten det forskes og tenkes på i academia er feil. Den kanskje «uskyldigste» varianten av denne kritikken kommer til uttrykk som et krav om andre metoder. En del feministiske samfunnsforskere har for eksempel hevdet at kvalitative metoder, som åpne intervjuer og feltarbeid, bedre fanger inn hvordan kjønn virker og «gjøres» enn statistiske metoder.

VITENSKAPELIG OBJEKTIVITET

Mer radikal er kritikken som angriper de etablerte målene og standardene for vitenskapelig virksomhet. Vitenskapsfilosofen Sandra Harding har foreslått en ny definisjon av vitenskapelig objektivitet. Kriteriet på en teoris objektivitet er ikke at den stemmer overens med virkeligheten, eller at forskersamfunnet ikke har vært i stand til å tilbakevise den. Objektivitet opp-



Foto: Universitetet i Oslo

” Hva som er sant og falskt, avhenger av øynene som ser.

nås gjennom å forske ut fra et feministisk engasjement og med utgangspunkt i kvinners situasjon i et patriarkalsk samfunn; gjennom å innta et feministisk standpunkt. God kunnskap produseres ikke gjennom å tilstrebe upartiskhet, men gjennom å ta parti med de undertrykte, fordi de undertrykte ser verden som den er, bedre og klarere enn de som undertrykker.

Andre har avvist selve ideen om å tilstrebe objektivitet i forskningen. Hva som er sant og falskt, avhenger av øynene som ser. Det finnes ikke noe vi alle kan bli enige om som objektivt gjeldende. Hva forskningen derfor i stedet bør tilstrebe, er mangfold. Det er ikke «sannheten», men mangfoldet av «sannheter» som må frem – og ansvarlighet. Vi må ta ansvar for den kunnskapen vi produserer ved å redegjøre for fra hvor og av hvem den er produsert. Vi må stille vår subjektivitet til skue.

FEMINISTER I STRID

Det er strid blant feminister om den feministiske vitenskapskritikken. Særlig omstridt er en del av forslagene om en «annen» vitenskap. En kritikk som har blitt reist mot Sandra Harding er at kvinner jo ikke uten videre lever i en og samme situasjon. Det finnes ikke en entydig kvinnesituasjon man kan ta feministisk standpunkt ut ifra. Det kan vel også stilles spørsmål ved Hardings kobling mellom det å være undertrykt og det å være kunnskapsmessig privilegert. Er det ikke et kjennetegn ved de undertrykte at de ikke er privilegerte, verken kunnskapsmessig eller på andre måter? Videre spør det om ikke Harding må ha humaniora og samfunnsvitenskap i tankene når hun skriver, og ikke naturvitenskap. Hva skulle det for eksempel innebære å studere overflaten av planeten Mars med utgangspunkt i kvinners

liv? Eller å utvikle kvantefysikken ut fra et feministisk standpunkt?

Strategien en del andre feministiske vitenskapskritikere har valgt om å oppgi selve objektivitetsideen for i stedet å betrakte alle «sannheter» som «lokale» og relative til kontekst og person, er heller ikke problemfri. En slik relativistisk posisjon kan for det første vanskelig forsvares konsekvent: Feministiske relativister synes å mene at alle påstander og teorier kun har «lokal» gyldighet.

Og mener de egentlig fullt ut det de sier, de som vil erstatte målet om objektivitet med et mål om mangfold? Mener de alvorlig at det ikke kan finnes kunnskap som mennesker fra ulike kontekster kan enes om som gyldig på tvers? At mennesker har blitt undertrykt på grunn av sitt kjønn eller måten de er sitt kjønn på – er det bare en «lokal» sannhet?



Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholts
stiftelse for forskning

- Forskning innen hjerte-, blinde- og kreftsaken

FORSKNINGSSTIPEND

Raagholtstiftelsen vil med dette meddele at personer/faggrupper innen hjerte-, blinde og kreftforskning kan søke forskningsstipend fra stiftelsen.

Alle søknader sendes som e-post med vedlegg i Word-format til forretningsfører, advokat Finn Kohmann, på post@finn-senioradvokat.no.

Se www.raagholtstiftelsen.no for nærmere opplysninger om formål, krav til søknad, dokumentasjon av forskningsprosjekt etc.

SØKNADSRIST: 1. FEBRUAR 2011

Les flere anmeldelser på nett



- Alle bokanmeldelser i Sykepleien legges også ut på nett.
- Let og les i vårt bokarkiv på www.sykepleien.no
- Anmeldelsene ligger under menyknappen «**fagutvikling**» øverst til venstre på siden.
- Sykepleien anmelder mest fagbøker innenfor sykepleie, medisin og samfunnsfag, men også noe skjønnlitteratur.

Av Olle Söderhamn

Professor, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap og Senter for omsorgsforskning-Sør, Universitetet i Agder



Hvem kan svømme under eldrebølgen?

> Å kunne anvende forskningsbasert kunnskap er viktig for å holde seg flytende når eldrebølgen kommer.

Å bruke metaforer i språket for å betone eller illustrere et viktig poeng kan være bra for å nå fram med det aktuelle budskapet. Nå blir «eldrebølgen» hyppig brukt som metafor for å beskrive den demografiske utviklingen i forhold til eldre personer. Metaforen blir til og med benyttet slik at noen vil hevde at den er et tegn på alderisme. Andre synes kanskje at denne metaforen allerede er blitt utslitt. I hvert fall kan man lett tenke at de som utgjør bølgen kan kjenne seg avkrefte og ikke helt komfortable når den bringes på bane. Hvem vil være del av denne grusomme trusselen? Man ser for seg at bølgen kommer lik en tsunami og ødelegger alt i sin vei. Den tar alle ressurser i kommuner og helseforetak og utelukker at andre grupper får det de trenger av helse- og omsorgstjenester. Bli det virkelig slik? Jeg er i tvil, men uansett hvordan det blir, så

er én ting helt sikker: Det gjelder å kunne svømme når bølgen kommer!

Særlig gjelder det å kunne svømme godt hvis man jobber i helse- og omsorgstjenesten! Man må nesten kunne slå verdensrekorden. I hvert fall om man er sykepleier i et av verdens rikeste land når det rammes av denne tsunamien! For det gjelder for sykepleierne å holde hodet over vannet og samtidig jobbe godt på en ansvarsfull måte. Som sykepleiere må vi jobbe på en profesjonell måte som gir mest mulig til de personene som trenger omsorg og hjelp, og da må vi også benytte den kunnskapen som gir oss verktøy og gjør dette mulig. Vi må anvende forskning og vitenskapelig basert kunnskap.

Forskning og vitenskapelig basert kunnskap er ikke bare for forskerne selv. Alle sykepleiere skal ikke være forskere. Men alle sykepleiere skal være forsk-

ningskonsumenter, og det kan være krevende. Alle sykepleiere må kunne søke i databaser for å finne relevant kunnskap om det som kan være aktuelt for deres pasienter. De må kunne lese vitenskapelig litteratur på både de nordiske språkene og på engelsk. Samt – ikke minst – forstå hvordan forskerne kommuniserer sine resultater. Dette gjelder ikke bare de sykepleierne som skal holde seg flytende når «eldrebølgen» kommer. Det er selvfølgelig aktuelt for alle sykepleiere.

Klarer vi dette? Ja, jeg tror vi klarer dette. Men vi må alle jobbe for det! Forskere og lærere må gjøre en innsats for å spre ny og relevant kunnskap på en lett tilgjengelig måte. Sykepleiere i klinisk arbeid må ta tak i kunnskapen som er relevant og som kan bidra til å øke kvaliteten i deres arbeid. Og den sykepleier som per i dag ikke kan svømme, kan lære det!

Opplæring av voksne med akutt astma

Egenomsorg og opplæringstiltak er anbefalt og mye brukt i behandling av kronisk astma. Likevel, til tross for stor utbredelse av tiltakene, er det mange voksne som rammes av akutte astmaanfall verden over.

I flere land er det utarbeidet retningslinjer og veiledere for personer med astma som i stor grad gir opplæring i å ivareta egen omsorg og oppfølging. Det viser seg at det er vanskelig å få pasientene til å bruke slike veiledere og følge behandlingsplaner og råd.

Forfatterne av en nylig oppdatert systematisk oversikt har vurdert effekten av opplæringstiltak til personer over 17 år som kommer til legevakst med akutt astmaanfall.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant 13 studier som hadde vurdert følgende tiltak som ble gitt i akutt situasjon eller ved utskrivning:

- 24 timers astma «hotline»
- Undervisning fra spesialsykepleier (astmasykepleier eller akuttsykepleier)
- Informasjon, bruk av «home peak flow monitoring» og/eller skriftlig «aksjonsplan»

Studiene viste at opplæringstiltakene reduserte antall framtidige sykehusinnleggelser for pasientene. Forskerne estimerte at ni personer trengte å gjennomgå opplæringstiltak for at én person skulle unngå sykehusinnleggelse. Men tiltakene påvirket ikke antall besøk til akuttavdeling/legevakst. Det var heller ikke forskjell mellom gruppene som fikk eller ikke fikk disse opplæringstiltakene når det gjaldt indikatorer på sykdommens alvorlighetsgrad eller på livskvalitet.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskere i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt



over randomiserte studier som har undersøkt effekten av opplæringstiltak for akutt astma. Forskerne gjorde systematiske søk i flere forskningsdatabaser, og fant 13 studier med til sammen 2157 deltakere som de inkluderte i oversikten. Disse

ASTMA HOTLINE



Illustrasjon: Lene Ask

studiene var gjennomført i USA, England og Australia. Gjennomsnittlig oppfølgingstid var 7,4 måneder.

Skrevet av Liv Merete Reinar
Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten

KILDE

Tapp S, Lasserson TJ, Rowe BH. Education interventions for adults who attend the emergency room for acute asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003000. DOI: 10.1002/14651858.CD003000.pub2. Oppdatert 23. mars 2010.





Illustrasjon: Lene Ask

HVORDAN LEGGSÅR PLUTSELIG KAN
OPPSTÅ I HELT HVERDAGSLIGE SITUASJONER,
SOM F.EKS I MIDDAG MED SVIGERMOR.

Oral sink ved behandling av leggsår

Leggsår rammer opp til én prosent av befolkningen i løpet av livet. Sårene har gjerne kronisk karakter med varighet i flere måneder eller hos noen i flere år. Det er stor risiko for tilbakefall og utvikling av nye sår. Behandling kan være omslag, forskjellige bandasjer og tiltak rettet mot underliggende medisinske årsaker som underernæring, mangel på vitaminer og mineraler, dårlig blodsirkulasjon eller infeksjoner. Leggsår er plagsomt for pasienter og er også kostbart for helsevesenet. Kvinner er mer utsatt enn menn og forekomsten øker med alder. En del pasienter har underliggende kronisk sykdom som reumatoid artritt eller diabetes.

Sink er et essensielt spormetall som er viktig for noen enzymer og hormoner. Det kan også ha antiinflammatorisk effekt. Personer med sinkmangel kan ha dårlig sårtilheling og være utsatt for infeksjoner. Forfatterne av en nylig oppdatert systematisk oversikt hadde til hensikt å oppsummere effekten av oral sinksulfat for å fremme heling av leggsår.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant seks studier som hadde vurdert oral sinksulfat (440 til 660 mg per dag) sammenliknet med placebo eller ingen tiltak på:

- Antall sår som hadde grodd ved slutten av studien
- Tid for sår å gro
- Andelen helede sår eller endringer i sårflate.

Ved å slå sammen resultatene fra fire studier (venøse leggsår) som sammenliknet oral sinksulfat med placebo var det ingen signifikant forskjell mellom gruppene (relativ risiko 1,22; 95 prosent konfidensintervall 0,88 til 1,68). Oral sinksulfat ser ikke ut til å fremme heling av leggsår.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskere i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av oral sinksulfat ved behandling av leggsår. Forskerne gjorde systematiske søk i flere forsknings-

databaser, og fant seks studier med til sammen 183 deltakere som de inkluderte i oversikten. Fire studier hadde deltakere med venøse leggsår, én studie arterielle leggsår og én hadde en blandet pasientgruppe. Disse studiene var gjennomført i Sve- rige og England. Oppfølgingstiden varierte fra fire uker til ett år. Konklusjonen er basert på små studier av moderat meto- disk kvalitet.

KILDE

Wilkinson EAJ, Hawke CC. Oral zinc for arterial and venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 4. Art. No.: CD001273. DOI: 10.1002/14651858.CD001273. Oppdatert 31. august 2010.

Skrevet av Liv Merete Reinart, 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**.

Smertelindring og sedering av respiratorpasienter

For å unngå oversedering av respiratorpasienter bør sykepleiere fokusere på analgesibasert sedering og kontinuerlig kontroll av sederingsnivået.

Forskerne fant dette da de undersøkte praksisen ved intensivavdelingene på tre sykehus i Norge. Hensikten med studien var

å beskrive intensivsykepleiernes erfaringer med egen og andres sederingspraksis og medikamentell behandling av voksne respiratorpasienter.

Problemstillingen ble undersøkt ved hjelp av selvrapporing i en tverrsnittsstudie hvor 183 intensivsykepleiere ble invitert til å delta. Alle hadde videreutdanning i intensivsykepleie og minimum seks måneders arbeidserfaring. Spørreskjemaene ble distribuert av sykepleielederne på hver avdeling. Åttiseks intensivsykepleiere fylte ut og leverte skjemaet. I tillegg til spørsmål om demografiske data, inneholdt skjemaet spørsmål om avdelingens og sykepleiernes personlige sederingspraksis.

Sykepleierne hadde i gjennomsnitt (median) 14 års yrkeserfaring etter grunnutdanning i sykepleie og syv års erfaring i avdelingen.

Sytti prosent oppga at avgjørelser vedrørende pasienters sederingsnivå ble gjort i samarbeid mellom sykepleiere og leger. Sykepleierne mente det var mest vanlig å gi kontinuerlige infusjoner med fentanyl og midazolam og at daglig avbrytelse av sederingen eller vekking av pasienten ikke var vanlig. Sykepleierne oppga at deres egen erfaring og intuisjon var viktigere enn forskningsbasert kunnskap i vurderingen av pasientenes sederingsbehov. Vurderinger sammen med lege ble ansett som viktigst mens vurderinger sammen med pårørende ikke ble tillagt betydning.

REFERANSE

Randen I, Bjørk IT. Sedation practice in three Norwegian ICUs: A survey of intensive care nurses' perceptions of personal and unit practice. *Intensive Critl Care Nurs* 2010;26:270-7.

KOMMENTAR

Forfatterne viser til tidligere studier som har vist at faren for over-sedering og behandlingstiden på respirator kan reduseres ved bruk av hurtigvirkende opiatier kombinert med bolusinfusjoner med sedativer. Videre at både over- og under-sedering har sammenheng med forekomst av traumatiske opplevelser i tiden etter respiratorbehandling. Siden studien fra Norge er basert på selvrapperte data, vil det være interessant og også undersøke hva sykepleierne faktisk gir av sedering.

Dagbok for respiratorpasienter

Om lag halvparten av intensivavdelinger i Norge praktiserer dagbokskrivning for respiratorpasienter.

Eva Gjengedal og medarbeidere undersøkte sykepleieres erfaringer med bruk av dagbok hos pasienter som får respiratorbehandling på intensivavdelinger ved hjelp av et kvalitativt design. Alle de 70 intensivavdelingene i Norge som gir respiratorbehandling ble kontaktet. Tretti av de 31 som oppga at de skrev dagbok på undersøkelsestidspunktet var villige til å delta i studien.

Utvelgelsen av deltakere var strategisk. En sykepleier på hvert sted rekrutterte til sammen 30 sykepleiere til studiens utvalg. Alle disse hadde relevant erfaring med bruk av dagbokskrivning. Data ble samlet inn ved hjelp av et semistrukturert telefonintervju. Et forskerteam på fire intensivsykepleiere foretok intervjuene. Intervjuguiden som ble brukt var en modifisert utgave som tidligere var brukt i en liknende studie i Danmark. Deltakerne ble spurt om retningslinjer for dagbokskrivning,

eierskap, bruk av fotografier, kvalitetssikring, og tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og personale.

Mens en avdeling hadde startet med dagbok for respiratorpasienter i 1991, hadde flere startet på 90-tallet og andre rundt år 2000. Hensikten var både å gi omsorg og terapi. Flere beskrev at dagbokskrivningen var basert på erfaringer fremfor teoretiske kunnskaper. To tredjedeler av utvalget oppga at de kun skrev dagbok for respiratorpasienter, men de resterende skrev også for andre

> TIPS OSS

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

Terapeutisk hagebruk mot depresjon

Å koble av og la seg fascinere bidro til reduksjon i depressive symptomer.

Dette går frem av en studie som undersøkte om personer med klinisk depresjon som deltok i et hagebruksprosjekt viste bedring i depressive symptomer, oppmerksomhetsfunksjon og grubling.

Problemstillingen ble studert ved hjelp av et éngruppe design. Ved hjelp av hensiktsmessig utvelging rekrutterte forskerne 28 personer med klinisk depresjon til studiens utvalg. I tillegg til at depresjon ble målt ved inklusjon, ble resten av dataene samlet inn ved fem ulike tidspunkt i tiden fra før intervensjonen startet og til tre måneder etter at den var avsluttet. Studien brukte ulike spørreskjema hvor blant annet depresjon ble målt med Beck Depression Inventory og oppmerksomhetsfunksjonen med Attentional Function Index.

Intervensjonen innebar tolv uker med to ukentlige aktive og passive hageaktiviteter. De passive aktivitetene besto blant annet av å sitte på benken og høre på fugler og se på været og landskapet, og de aktive blant annet av såing, gjødsling og planting.

Resultatene viste blant annet at pasientene rapporterte mindre depressive symptomer, bedre oppmerksomhetsfunksjon og mindre grubling tolv uker etter å ha deltatt i et hagebruksprosjekt enn da de startet.

REFERANSE

Gonzalez MT, Hartig T, Patil GG, Martinsen EW, Kirkevold M. Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components. *J Adv Nurs* 2010;66:2002–13.

Aktivitetene som her er testet ut i intervensjonsstudien gir støtte til vår antakelse om at å arbeide med vekster og å oppholde seg i naturomgivelser bidrar positivt til folks psykiske helse. Psykiatriske institusjoner har i Norge historisk sett vært preget av god tilgang til naturen, med parker og åpent landskap.

KOMMENTAR

pasienter innlagt på intensivavdelingen. De fleste antok at pasienter som ligger kort tid på respirator ikke har så god nytte av dagboken som dem som ligger tre dager eller mer. Noen oppga også at pasienter som var mye våkne ikke ble omfattet av ordningen. Om lag en tredjedel oppga at dagbokskrivning hadde høy prioritet og at de skrev dagbok daglig for dem det var aktuelt for. Flere av informantene fortalte at det ikke skrev dagbok for respiratorpasienter med store hjerneskadere og demens. Alle informantene fortalte at det var sykepleiere som hadde hovedansvaret for å skrive pasientenes dagbøker. Det som ble skrevet ned var personlig uten å ha privat karakter. I tillegg til dagbokskrivningen, tok de fleste også bilder av pasientene i ulike situasjoner.

demens. Alle informantene fortalte at det var sykepleiere som hadde hovedansvaret for å skrive pasientenes dagbøker. Det som ble skrevet ned var personlig uten å ha privat karakter. I tillegg til dagbokskrivningen, tok de fleste også bilder av pasientene i ulike situasjoner.

REFERANSE

Gjengedal E, Storli SL, Holme AN, Eskerud RS. An act of caring – patient diaries in Norwegian Intensive care units. *Nurs Crit Care* 2010;15:176–84.

Studien viser at relativt mange intensivavdelinger i Norge tilbyr dagbokskrivning for pasienter som får respiratorbehandling og at sykepleiere oppgir ulike hensikter med tiltaket.

KOMMENTAR

SMERTEBEHANDLING AV KREFTPASIENTER



Foto: Erik M. Sundt



Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen viser at en god del kreftpasienter har barrierer mot smertebehandling og belyser årsaker til hvorfor de har det.

Mer om forfatterne:

Berit Taraldsen Valeberg er anestesisykepleier og PhD, ansatt ved Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning. Kristin Bjordal er onkolog, dr.med. og PhD ved Oslo

universitetssykehus, Radiumhospitalet. Inger Rustøen er sykepleier, PhD og professor ved Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet. Kontakt: berit.valeberg@su.hio.no

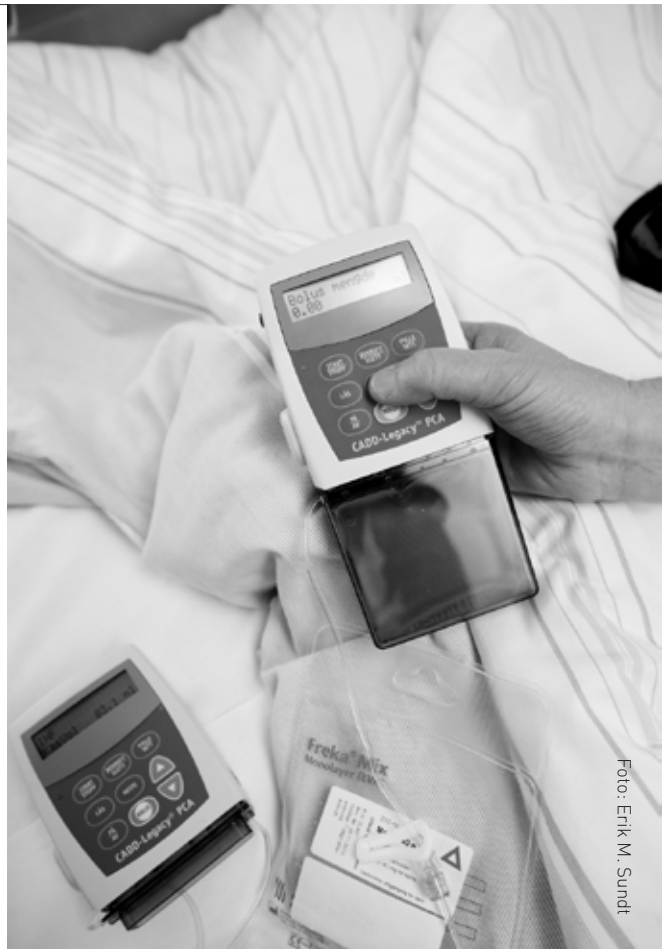


Foto: Erik M. Sundt

Studiens bakgrunn: Ulike faktorer hos helsepersonell, pasienten selv eller i rammefaktorene kan forklare mangelfull smertelindring hos kreftpasienter. Hos pasientene kan barrierer for optimal smertebehandling være tilbakeholdenhet med å rapportere smerte og å følge anbefalte smerteregimer. Dette kan forklares med feiloppfatninger, misforståelser eller manglende kunnskap om smerte og smertebehandling. For eksempel redsel for avhengighet, toleranse og bivirkninger eller at smerte er en unngåelig del av sykdommen.

Hensikt med studien: Å beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smerte og smertebehandling i et utvalg av norske kreftpasienter. Og undersøke om barrierer for smertebehandling påvirker pasientenes smerteintensitet og smertens påvirkning på funksjon.

Metode: Studien er en beskrivende tverrsnittundersøkelse med 217 polikliniske kreftpasienter som har smerter og/eller bruker smertestilende medikamenter hvor barriere mot smerte og smertebehandling undersøkes ved hjelp av barriere-skjema (NBQ-II).

Hovedresultat: De spørsmål som reflekterer de høyeste barrierene for smertebehandling er spørsmål om avhengighet, toleranse, monitorere symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter og redsel for enkelte bivirkninger som døsighet.

Konklusjon: Polikliniske kreftpasienter rapporterer en del barrierer for smertebehandling og må kanskje få en mer individualisert informasjon om smerte og smertebehandling for å bedre smertebehandlingen.

» Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling

Forfattere: Berit Taraldsen Valeberg,
Kristin Bjordal, Tone Rustøen

NØKKELORD

- Behandling
- Kreft
- Pasienter
- Poliklinikk
- Smerte

INTRODUKSJON

Smarter er et av de mest fryktede symptomer hos pasienter som har kreft (1). Forekomsten av smerter hos kreftpasienter er høy. Omtrent 30 prosent av nylig diagnostiserte pasienter, 50–70 prosent av de som får aktiv kreftbehandling og 60–80 prosent av de med utbredt kreftsykdom rapporterer å ha smerter (2). Det er ingen forskjell i prevalensen for smerter når man sammenligner tidligere studier med senere undersøkelser, så underbehandling av kreftsmarter er fortsatt et problem til tross for årelang oppmerksomhet fra klinikere og forskere (1, 3–6). Samtidig hevdes det at i de aller fleste tilfeller kan tilfredsstillende smertelindring oppnås hvis en følger anbefalte retningslinjer for smertebehandling (7–9).

Årsakene til mangelfull smertelindring kan finnes både hos

helsepersonell, pasienten selv eller i systemet/rammefaktorene (10, 11). Hos helsepersonell kan det være mangel på kunnskap om bruk av ulike medikamenter, inkludert medikamentenes virkning og bivirkning og redsel for ikke å mestre for eksempel bivirkninger som respirasjonsdepresjon. Rammefaktorene kan være en årsak, for eksempel der hvor det er mangelfull kontinuitet i behandlingsskjeden. Hos pasientene er noen sentrale hindringer eller barrierer mot optimal smertebehandling tilbakeholdenhet med å rapportere smerte og mangelfull oppfølging av anbefalte smerteregimer (12, 13). Dette kan forklares med feiloppfatninger, misforståelser og manglende kunnskap om smerte og smertebehandling.

Internasjonal forskning viser at mange pasienter er engstelige for avhengighet og for å utvikle toleranse for smertestillende medikamenter slik at de venter med å bruke smertestillende inntil smerten er sterkere (14–16), eller de lar være å ta den dosen som legen har anbefalt (17–19). Andre barrierer kan være frykt for bivirkninger som ekstrem matthet, forstoppelse, forvirring og kvalme (15, 17, 20). Dette er bivirkninger som for de aller fleste kan forebygges eller

behandles. Mangel på informasjon og oppfølging kan gjøre at pasientene opplever at disse problemene er uløselige og derfor lar være å ta medisinen eller at de reduserer dosene. Andre barrierer kan være redsel for å «bry» helsepersonell eller at de ikke ønsker å være «vanskelige» pasienter ved å klage på smerter (15, 17, 20, 21). Enkelte pasienter lar være å snakke om smertene fordi de er redd for at de representerer et symptom på at sykdommen har utviklet seg og at legen av den grunn vil stoppe behandlingen av kreftsykdommen (15, 20, 22, 23). Noen pasienter er ikke klar over at det finnes effektive smertestillende midler som kan brukes hvis smertene øker slik at de «sparer» medisinen til senere. Andre pasienter ser på smerte som uunngåelig når man har kreft (15, 20, 24). Noen bruker smerte som et tegn på hvordan sykdommen utvikler seg og ønsker av den grunn ikke å ta smertestillende (18).

Til tross for at det er gjort en del forskning om tilstedeværelsen av ulike barrierer er det usikkert på hvilken måte disse barrierene påvirker smerteopplevelsen. Forskning viser også motstridende resultater. Noen studier viser at pasienter med flere eller sterkere barrierer har mer intense

smertes (20, 25, 26), mens andre studier ikke har vist en slik sammenheng (27, 28).

Forskning på pasientrelaterte barrierer er gjort i mange ulike deler av verden (20, 29–32), men så vidt vi vet finnes det ingen studier på barrierer hos europeiske kreftpasienter. Det er imidlertid gjennomført en studie på Island hvor normalbefolkningens barrierer mot smertebehandling ble undersøkt (33). Den Islandske normalbefolkning rapporterte

ter over 18 år som hadde smerter eller brukte smertestillende medisiner og som kunne forstå, skrive og snakke norsk. Rekrutteringen ble gjennomført på en slik måte at muligheten for skjevhet i utvelgelsen ble redusert. Innhenting av data ble gjennomført like mange dager og på de samme dagene på alle poliklinikkene. Alle pasientene som kom til en poliklinikk i de utvalgte periodene fikk skriftlig informasjon om studien fra helsepersonell som satt

smertes, 22 prosent hadde både krefrelaterte smerter og smerter av annen årsak og 25 prosent hadde smerter av annen årsak enn kreft eller behandling av kreftsykdommen (6). Alle pasientene leverte skriftlig informert samtykke og studien er godkjent av Regional etisk komité, Datatilsynet og Protokollutvalget ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet.

Datainnsamling

Sykdomsspesifikke data som diagnose, tilstedeværelse av metastase(r) og behandlingssintensjon (palliativ/kurativ) ble innhentet fra pasientens medisinske journal. Demografiske data som alder, kjønn, utdanning, familiestatus og arbeid ble innhentet via spørreskjema som pasientene fylte ut selv. Pasientene fylte også ut en spørreskjemapakke for å kartlegge barrierer mot smertebehandling, smerteintensitet og smertens påvirkning på dagliglivet.

Barriers Questionnaire –II (BQ-II)

Spørreskjemaet er en norsk versjon av BQ-II og inneholder 27 spørsmål om pasientenes forståelse for og holdninger til (barrierer mot) krefrelaterte smerter og smertebehandling. Pasientene svarer på i hvilken grad de er enige i ulike påstander på en skala fra 0 (helt uenig) til 5 (fullstendig enig). En totalskåre fra 0 til 5 blir utregnet for hvert enkeltspørsmål, hvor høyere totalskåre indikerer flere eller sterkere barrierer.

Spørreskjemaet omhandler barrierer innenfor åtte ulike områder; avhengighet, toleranse, bivirkninger, være «snill» («snille» pasienter klager ikke på smerte), redsel for å distrahere legen, muligheter for at smerte-

” Mange pasienter er engstelige for avhengighet.

noe mer barrierer enn nordamerikanske kreftpasienter. Kreftpasienter i Taiwan, Kina og Sør-Amerika rapporterer også mer barrierer enn nordamerikanske pasienter. Det er derfor mulig at det eksisterer en kulturell forskjell. Forskjellene kan også skyldes ulikheter i helsevesenet og forskjellig kulturer med hensyn til bruk av opioider.

Hensikten med denne studien er å beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smerte og smertebehandling hos et utvalg norske kreftpasienter, samt å undersøke om barrierer mot smertebehandling påvirker pasientenes smerteintensitet og funksjon.

METODE

Studien er en beskrivende tverrsnittsundersøkelse gjennomført på ulike poliklinikker ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet i perioden desember 2004 til mai 2005.

Utvalg og datainnsamling

Pasientene som er inkludert i studien var polikliniske kreftpasien-

ter i ekspedisjonen. Som en del av informasjonsskrivet ble pasientene screenet for om de hadde smerter eller brukte smertestillende medisiner. De pasientene som oppfylte inklusjonskriteriene ble forespurt om å delta i studien. De som ønsket å delta undertegnet et informert samtykke. De fikk også med seg et spørreskjema hjem som de senere returnerte i en frankert svarkonvolutt. Enkelte besvarte skjemaet på poliklinikken. En purring på manglende svar ble gjennomført over telefon etter tre uker. I hele datainnsamlingsperioden var det 4404 pasienter på poliklinikken og av disse ble 1790 screenet for inkludering, og 1549 responderte på screeningen. Av disse hadde 332 pasienter smerter eller brukte smertestillende medisiner og 270 sa ja til å delta. Det var 53 pasienter som allikevel ikke sendte inn spørreskjema, slik at det var 217 pasienter med i studien. Dette utgjør 65 prosent av alle pasientene som hadde smerter. Av pasientene som besvarte spørreskjemaet hadde 53 prosent av pasienten kun krefrelaterte

stillende kan maskere symptomer og påvirkning av immunsystemet (34). Spørreskjemaet er oversatt til norsk i henhold til anerkjente retningslinjer (35) og er pilottestet med analyse av reliabilitet og validitet. Cronbachs alpha for totalskåren var 0,89 i den norske utgaven (36). Pasientens svar på enkeltspørsmål og totalskåren av spørreskjema blir presentert i denne artikkelen.

The Brief Pain Inventory (BPI)
En validert norsk versjon av BPI ble brukt for å innhente data om smerteintensitet, påvirkning av dagliglivet og smertelindring (37, 38). «Smerte nå», «svakeste smerte», «gjennomsnittlig smerte» og «sterkeste smerte» ble målt på en numerisk smerteskala (NRS) hvor 0 representerer «ingen smerte» og 10 representerer «sterkeste smerte». Smertens påvirkning på daglige aktiviteter, humør, evne til å gå, vanlig arbeid, forhold til andre mennesker, søvn og livsglede, ble målt på en NRS hvor 0 representerer «ingen påvirkning» og 10 representerer «sterkeste påvirkning». I hvor stor grad behandling eller medisiner lindret smertene ble målt på en NRS hvor 0 prosent representerer «ingen lindring» og 100 prosent representerer «fullstendig lindring».

STATISTISKE ANALYSER

Statistikkprogramvaren SPSS versjon 16 er brukt i analysen (39). Deskriptiv statistikk blir brukt for å beskrive demografiske og sykdomsspesifikke variabler samt pasientenes prosentvise svar på enkeltspørsmål i barriereskjemaet. Gjennomsnittsverdier og standardavvik oppgis på smerteintensitetsmålene og for smertens påvirkning på enkeltområder. Når det gjelder

TABELL 1: Sykdoms- og smertekarakteristika (n = 217)

Diagnose	%
Brystkreft	38,7
Gynekologisk kreft	10,1
Øre-nese-halskreft	8,3
Sarcom	7,8
Prostatakreft	7,4
Tarmkreft	6,5
Andre	21,2
Palliativ behandlingsintensjon	35,6
Kurativ behandlingsintensjon	64,4
Metastase	
Ja	40,9
Nei	59,1
Smertekarakteristika	Gj.snitt±St.avv.
Smerteintensitet (0-10)*	
Sterkeste smerter	5,0±2,3
Svakeste smerter	2,2±1,9
Gjennomsnittlige smerter	4,5±2,1
Smerte nå	3,3±2,7
Smertens påvirkning på funksjon (0-10)**	
Daglig aktiviteter	5,0±2,9
Humør	4,0±2,8
Evne til å gå	3,8±3,3
Vanlig arbeid	5,1±3,1
Forhold til andre mennesker	3,5±2,9
Søvn	4,6±3,2
Livsglede	4,3±3,1
Totalskåren smertens påvirkning på funksjon	4,3±2,3
Smertelindring (0-100)***	59,21±30,6

* 0± ingen smerte – 10 ± sterkest tenkelige smerter

**0± ingen påvirkning på funksjon – 10± størst mulig påvirkning av funksjon

*** 0± ingen smertelindring – 100 ± total smertelindring

der smertens påvirkning lages det også en totalskår ved at de syv enkeltområdene summeres. For å vurdere sammenhengen mellom den totale barriereskåren og smerteintensitet samt smertepåvirkning brukes en korrelasjonstest, Pearson r. En p-verdi under eller lik 0,05 ansees som statistisk signifikant.

RESULTAT

Av de 217 pasientene som svarte på spørreskjema var majoriteten mellom 51 og 64 år. 75 prosent var kvinner og 79 prosent var ikke i arbeid (deltid eller heltid). Den vanligste kreftdiagnosen var brystkreft (se tabell 1). Omkring 41 prosent hadde metastatisk kreftsykdom og

omtrent 36 prosent var i et palliativt behandlingsopplegg. Pasientenes smertekarakteristika er vist i tabell 1. Pasientene hadde en gjennomsnittsskåre på 4,5 (SD 2,1) på «gjennomsnittlig» smerte. Når man så på hvordan smertene påvirket pasientens funksjon, varierte skåren fra 3,5 (SD 2,9) (forhold til andre mennesker) til 5,1 (SD 3,1) (vanlig arbeid).

Tabell 2 viser hvordan totalskåren av barrierer korrelerer med smerteintensitet og smertens påvirkning på funksjon og smertelindring. De aller fleste variablene korrelerte med total barrierescore, men korrelasjonene var lave. Den høyeste korrelasjonen var mellom total barrierescore og livsglede ($r = 0,25$), og søvn ($r = 0,21$). Det vil si at de som har høyere barriere-

reskår også opplever at smertene i større grad påvirker livsglede og søvn. Totalskåren for barrierer var 2,20 (SD 0,8). Om pasientene hadde metastaser eller ikke eller om de var i et palliativt eller kurativt behandlingsløp, så påvirket ikke det den totale barriereskåren (data ikke vist).

I tabell 3 er de ulike utsagnene på barriereskjemaet vist sammen med hvor stor prosentvis andel av pasientene som har uttrykt relativt stor enighet (> 4) når 5 er «fullstendig enig». Spørsmålene som reflekterte de høyeste barrierene for smertebehandling var spørsmål om avhengighet, toleranse, det å monitorere symptomer i forhold til egen helsetilstand og nye smerter og redsel for enkelte bivirkninger. Flest pasienter mente at døsig-
het var den bivirkningen som var

vanskeligst å håndtere. Færrest pasienter var enig i at medisiner ikke kan lindre kreftmerter og at smertestillende fører til at du gjør eller sier pinlige ting. Det var også mindre prosentvis enighet om at kommunikasjon om smerter til andre eller å fortelle legen om smerte kan ha uheldige konsekvenser. Mindre enn 20 prosent av pasientene var enige i at bivirkninger som kvalme og forstoppelse er vanskelige å håndtere.

DISKUSJON

Mange av pasientene i denne undersøkelse var redde for at bruk av smertestillende skulle føre til avhengighet. Dette er i tråd med annen forskning hvor pasientene gir uttrykk for engstelse for avhengighet (14–16, 20, 26, 31, 32). Dette gjelder ikke bare pasienter, men også deres pårørende. Dette ble vist i en studie hvor 75 prosent av de pårørende uttrykte engstelse for avhengighet i forbindelse med bruk av smertestillende medikamenter (40). Dette indikerer at pasientene eller pårørende ikke har fått god nok informasjon eller ikke har forstått mekanismene ved avhengighet. Det er viktig å skille mellom fysisk og psykisk avhengighet av smertestillende medikamenter. Fysisk avhengighet utvikles ved kronisk opioid bruk. I en klinisk sammenheng betyr det at hvis pasienten ikke lenger har behov for sterke opioider for å lindre smertene, må en redusere dosen langsomt for å unngå abstinenssymptomer. Det pasientene kanskje forbinder med avhengighet er det som betegnes som psykisk avhengighet hvor man tar opioider for å oppnå andre effekter enn smertelindring. Det er meget sjelden at psykisk avhengighet

TABELL 2: Korrelasjon mellom smerte, smertens påvirkning, smertelindring og totale barrierer (n=217)

	Totalskåre barrierer Pearsons r
Smerteintensitet	
Sterkeste smerter	0,08
Svakeste smerter	0,23**
Gjennomsnittlig smerter	0,18**
Smerte nå	0,20**
Smertens påvirkning på funksjon	
Daglig aktiviteter	0,15*
Humør	0,12
Evne til å gå	0,18*
Vanlig arbeid	0,12
Forhold til andre mennesker	0,15*
Søvn	0,21**
Livsglede	0,25**
Totalskåren smertens påvirkning på funksjon	0,21**
Smertelindring	- 0,20**

* Signifikant $p \leq 0,05$

** Signifikant $p \leq 0,005$

TABELL 3: – Andel pasienter som er enige (≥ 4) på enkeltspørsmål om barrierer (n=217)

	Stor enighet % ≥ 4
Det er en fare for å bli avhengig av smertestillende medisiner.	62
Bruk av smertestillende medisiner gjør at man ikke oppdager nye smerter.	47
Smertestillende medisiner kan skjule forandringer i helsetilstanden din.	47
Mange mennesker med kreft blir avhengig av smertestillende medisiner.	47
Smertestillende medisiner er veldig vanedannende.	46
Når du bruker smertestillende medisiner vil kroppen din venne seg til effekten av det og etter kort tid vil medisinen miste sin effekt.	46
Døsighet på grunn av smertestillende medisiner er vanskelig å håndtere.	42
Smertestillende medisiner kan gjøre at du ikke vet hva som skjer i kroppen.	42
Hvis du bruker smertestillende medisiner når du har litt smerter kan det hende at den ikke virker så godt hvis smerten blir sterkere.	39
Hvis du bruker smertestillende medisiner nå, vil de ikke virke så godt når du trenger dem senere.	28
Hvis jeg forteller om smerte vil andre synes jeg er en som klager mye.	28
Smertestillende medisiner svekker immunforsvaret (kroppens forsvar mot sykdommer/motstandskraft).	28
Det er lettere å takle smerte enn bivirkninger som skyldes smertestillende medisiner.	25
Det er viktig at legen fokuserer på å helbrede sykdommen, og ikke kaster bort tiden på smertebehandling.	25
Forvirring på grunn av smertestillende medisiner kan ikke behandles.	25
Smertestillende kan skade immunsystemet (kroppens forsvar mot sykdommer/motstandskraft).	23
Bruk av smertestillende medisiner kan ødelegge immunsystemet (kroppens forsvar mot sykdommer/motstandskraft).	22
Det er viktig å være sterk ved ikke å snakke om smerte.	17
Kvalme på grunn av smertestillende medisiner kan ikke lindres.	16
Leger kan synes det er irriterende å bli fortalt om smerter.	15
Hvis legene må være opptatt av smerten vil de ikke konsentrere seg om å helbrede sykdommen.	12
Forstoppelse på grunn av smertestillende medisiner kan ikke lindres.	9
Å fortelle om smerte kan distrahere legen fra å helbrede kreftsykdommen.	7
Smertestillende medisiner fører til at du sier eller gjør pinlige ting.	6
Smertestillende medisiner virker ikke effektivt mot kreft smerter.	6
Kreft smerter kan ikke lindres.	3
Medisiner kan ikke lindre kreft smerter.	3

utvikler seg hos pasienter når opioider blir brukt når behandling mot smerter (41).

En bivirkning pasientene ga uttrykk for at det var vanskelig å håndtere var døsighet. Dette er en bivirkning som særlig kan komme i forbindelse med at opioiddosen økes. Problemet

forsvinner som regel kort tid etter doseøkning. Hvis pasientene ikke får informasjon om at det er vanlig at døsighet kan forekomme når dosen økes, og at den som regel forsvinner etter en ukes tid, er det ikke urimelig at pasientene reduserer dosen på egen hånd. Døsighet er også

i en tidligere studie oppgitt som mulig årsak til dårlig smertelindring (15). Andre studier som har undersøkt barrierer for smertebehandling har sett på de forskjellige bivirkningene under ett (31, 32). Det er derfor ikke mulig å sammenligne om døsighet er den bivirkning andre pasienter også

synes å være mest engstelig for.

I perioden med døsigheit vil ikke pasienten på samme måte kunne delta i sosiale sammenhenger eller ha ork til å utføre alt det de tidligere har kunnet gjøre. Derfor er det viktig at sykepleierne informerer og snakker med pasientene (42) om når det for eksempel kan passe å øke dosen. På den måten slipper de å gå glipp av ting som er betydningsfullt for dem. Er pasienten

kroppen eller at smertestillende kan skjule forandringer i helsestilstanden. I samtale med pasientene om bruk av smertestillende medikamenter er det viktig å vise til at det å monitorere forandringer i kreftsykdommen via smertene er en lite holdbar og uspesifikk fremgangsmåte. Sykepleierens oppgave vil være å bidra til at pasientene får tiltro til at helsevesenet kan tilby mer effektive og målrettede tiltak

årsaken til smerter og hvilke oppfatning og kunnskap pasientene har. Sammenligner man den totale barriereskåren hos de norske kreftpasientene med utenlandske studier finner man at de norske kreftpasientene har lavere totalskåre enn pasienter fra Puerto Rico (31), Taiwan (30) og Hong Kong (29). Men høyere totalskåre sammenlignet med amerikanske kreftpasienter (20, 34, 43, 44). Disse forskjellene kan antyde at det er forskjell på barrierene over landegrenser og kulturer, noe som underbygges av at de norske kreftpasientene hadde veldig lik total barriereskår som den islandske normalbefolkning (33).

” Noen bruker smerte som et tegn på hvordan sykdommen utvikler seg.

forberedt og selv har vært med på å bestemme når det passer å forandre smerteregime kan de kanskje lettere si ifra hvis smerteintensiteten tiltar. Det kan også bidra til at de tar smertestillende medikamenter slik de er forskrevet av legen. Dette er et område som det er forsket lite på og som det ville være klinisk nyttig å undersøke nærmere.

Å unngå bruk eller å bruke mindre medikamenter kan også være en måte for pasienten å føle at de har mer kontroll over sykdommen. Forandringer i smerteintensitet eller utbredelse kan i noen tilfeller skyldes sykdomsprogresjon. Enten i form av at tumor vokser eller ved ytterligere spredning av kreften. Svarene fra pasientene i denne studien kan tyde på at det er noen pasienter som unnlater å ta smertestillende for å bruke smerten til å måle videre utbredelse av kreftsykdommen. Nærmere 50 prosent svarte at de var over middels enige i at det å bruke smertestillende kan gjøre at man ikke oppdager nye smerter, ikke vet hva som skjer i

for å få kunnskap om hvordan sykdommen utvikler seg.

Denne studien beskriver kun pasientens holdninger og oppfatninger om barrierene, men viser ikke hvilke konsekvenser barrierene har med hensyn til å følge anbefalte smerteregimer. Dette er et interessant spørsmål som det bør forskes mer på. Et aspekt er de holdninger vi har, men noe annet er hva vi gjør eller hva det fører til av reaksjoner fra pasientene.

Ikke alle pasientene hadde kreftrelaterte smerter og man kan tenke seg at pasientenes barrierer også kan påvirkes av årsaken til smertene. Analyse av kun de pasientene som hadde kreftrelaterte smerter, både alene og sammen med smerter av annen årsak (data ikke vist), ga det samme resultat som når alle pasientene både med og uten kreftrelaterte smerter var inkludert i analysen. Dette er også i tråd med at pasientene hadde en veldig lik totalskåre som normalbefolkningen på Island (33). Dette kan tyde på at det er liten sammenheng mellom

Pasientene hadde en gjennomsnittlig smerteintensitet på 4,5 (SD 2,1). Forskning viser at en smerteintensitet > 4 påvirker pasientenes livskvalitet (45) og er klinisk relevant. Dette vises også ved at pasientene skåret relativt høyt på smertens innvirkning på ulike funksjoner i dagliglivet.

Den totale barriereskåren korrelerte positivt med både smerteintensitet, smertens påvirkning på funksjon og negativt med smertelindring. Det vil si at pasienter med høyere barriereskåre også angir at smerteintensiteten var høyere når de anga «svakeste smerte», «gjennomsnittlig smerte» og «smerte nå». Det var imidlertid ikke noen sammenheng mellom smerteintensiteten på sterkeste smerte og barrierer. Så mange som fem av de syv spørsmålene som utgjør smertens påvirkning på funksjon (tabell 2) korrelerte også signifikant med den totale barriereskåren. Dette antyder at pasienter som er mer påvirket av smertene også har mer eller flere barrierer. Pasientene som anga

bedre smertelindring hadde også lavere barrierer. Dette kan tolkes på ulike måter, for eksempel som at pasienter som fra før har mindre barrierer i forhold til smerter og smertelindring i større grad følger anbefalte smerteregimer. Eller det kan tolkes som at pasientene som har positive erfaringer med smertelindring har mindre barrierer.

Korrelasjonene var relativt svake, og det er ikke mulig å si om det er slik at det å ha sterke smerter gjør at pasienten får høyere barrierer eller motsatt. Det er imidlertid ikke usannsynlig at pasienter som er engstelige, for eksempel for avhengighet, lar være å ta smertestillende medikamenter. Noe som igjen kan gjøre at pasienten får sterkere smerter. Sykepleierens oppgave vil uansett være både å arbeide med å finne løsninger som kan redusere pasientenes smerter, samt å redusere feiloppfatninger, misforståelser og manglende kunnskap om smerte og smertebehandling.

Det er ikke sikkert at resultatene fra denne studien kan overføres til andre polikliniske kreftpasienter. Dette fordi data kun er hentet fra ett sykehus, ikke fra sykehus i ulike landsdeler eller andre typer sykehus. Videre var det kun 65 prosent av pasienten som hadde smerte som besvarte spørreskjema. Det er derfor ikke mulig å si hvor representative disse er for polikliniske kreftpasienter generelt. I dette materialet er også noen tumorgrupper underrepresentert (prostata, mage/tarm, lunge), og andre overrepresentert (brystkreft). At brystkreft er overrepresentert er en av årsakene til at utvalget består av 75 prosent kvinner. Det er mulig at pasienter med ulike diagnoser har forskjellige barrierer fordi de

for eksempel får ulik behandling. Oppfølgende studier for å undersøke eventuelle forskjeller mellom ulike krefttyper hadde vært nyttig. Blant annet for å fange opp risikogrupper/risikopasienter i forhold til underbehandling av smerte. Dette gjør at det er vanskelig å trekke generelle konklusjoner om hvordan kreftpasienters barrierer er. På den andre siden ble det ved rekrutteringen av pasienter i denne studien lagt vekt på å tilstrebe en korrekt fordeling mellom de ulike kreftdiagnosene.

Det er mange ulike forhold man kan tenke seg påvirker barrierene til pasientene. For eksempel sykdomsutbredelse, om behandlingen de får er kurativ eller palliativ, pasientens allmenntilstand, type smerte eller årsaken til smertene. Dette er områder som ikke er beskrevet i denne studien og som kan være utgangspunkt for videre studier.

De områdene som spørreskjema omfatter er ikke nødvendigvis uttømmende når det gjelder holdninger eller forestillinger om smerte og smertebehandling. Andre mulige barrierer kan være at ved smerte i forbindelse med kreftsykdom og morfinbruk, kan pasientene oppfatte smertene som et tegn på forverring av sykdommen. Og dette er det enkelte som fortrenger i det lengste. En annen problemstilling var bruk av smertestillende medikamenter og bilkjøring, som kunne hindre noen i å ta (nok) medikamenter.

Innledningsvis ble det beskrevet mulige kulturelle forskjeller når det gjelder barrierer, men det ble ikke undersøkt i denne studien og anbefales undersøkt i senere studier. En annen begrensning ved denne studien kan være at de fleste spørsmålene i spørreskjemaet er formu-

lert slik at pasienter som er enig med utsagnene blir kategorisert som at de har høye barrierer. Denne måten å skåre på kan resultere i en skjevhet i svarene fordi man har en tendens til å svare på den positive siden av en skala (46).

Som en oppsummering synes det som om polikliniske kreftpasienter har en del barrierer mot smertebehandling. Dette kan være en grunn til at pasientene ikke er tilstrekkelig smertelindret. Pasientene må få en realistisk og troverdig informasjon om smerte og smertebehandling for å redusere feiloppfatninger og øke kunnskapen.

En klinisk implikasjon av denne studien kan være at polikliniske kreftpasienter i større grad trenger tilgang til sykepleiere på poliklinikken. Disse sykepleierne bør ha tid og gi pasientene mulighet til å diskutere og gi uttrykk for bekymringer de måtte ha i forbindelse med smertebehandling. Barriereskjemaet kan også brukes som en screening for å få innblikk i hva pasientene tenker om smerte og smertebehandling. På den måten kan skjemaet være et godt utgangspunkt for å tilrettelegge for en mer individuell samtale hvor man kan gi videre råd og veiledning.

En stor takk til kreftsykepleier Anne-Marie Skogli og personalet ved poliklinikkene og avdeling for stråleterapi ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet for velvillighet og assistanse ved innhenting av data.

Les kommentaren på side 277 >>

REFERANSER

1. van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology*. 2007;18:1437-49.
2. Cherny NI. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. Fifth ed. McMahon SB, Koltzenburg M, editors. Churchill Livingstone, Elsevier. 2006.
3. Wells N. Pain intensity and pain interference in hospitalized patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2000;27:986.
4. Glover J, Dibble SL, Dodd MJ, Miaskowski C. Mood States of Oncology Outpatients: Does Pain Make a Difference? *Journal of Pain and Symptom Management*. 1995;10:120-8.
5. Greenwald HP, Bonica JJ, Bergner M. The prevalence of pain in four cancers. *Cancer*. 1987;60:2563-9.
6. Valeberg BT, Rustoen T, Bjordal K, Hanestad BR, Paul S, Miaskowski C. Self-reported prevalence, etiology, and characteristics of pain in oncology outpatients. *Eur J Pain*. 2008;12:582-90.
7. Grond S, Radbruch L, Meuser T, Sabatowski R, Loick G, Lehmann KA. Assessment and treatment of neuropathic cancer pain following WHO guidelines. *Pain*. 1999;79:15-20.
8. Meuser T, Pietruck C, Radbruch L, Stute P, Lehmann KA, Grond S. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain*. 2001;93:247-57.
9. Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*. 1995;63:65-76.
10. Schug SA, Gandham N. *Opioids: clinical use*. 5th ed. McMillan SC, Koltzenburg M, editors. Churchill Livingstone, Elsevier. 2006.
11. Miaskowski C. Improving pain management: an ongoing journey. *Oncol Nurs Forum*. 2000;27:938-44.
12. Valeberg BT, Miaskowski C, Hanestad BR, Bjordal K, Moum T, Rustoen T. Prevalence rates for and predictors of self-reported adherence of oncology outpatients with analgesic medications. *Clin J Pain*. 2008;24:627-36.
13. Du Pen S, Du Pen AR, Polissar N, Hansberry J, Miller-Kraybill B, Stillman M, et al. Implementing guidelines for cancer pain management: results of a randomized controlled clinical trial. *J Clin Oncol*. 1999;17:361-70.
14. Yates PM, Edwards HE, Nash RE, Walsh AM, Fentiman BJ, Skerman HM, et al. Barriers to Effective Cancer Pain Management: A Survey of Hospitalized Cancer Patients in Australia. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2002;23:393-05.
15. Riddell A., Fitch M. I. Patients' knowledge of and attitudes toward the management of cancer pain. *Oncol Nurs Forum*. 1997;24:1775-84.
16. Anderson KO, Richman HP, Hurley J. Cancer pain management among underserved minority outpatients. Perceived needs and barriers to optimal control. *Cancer*. 2002;94:2295-04.
17. Corizzo CC, Baker MC, Henkelmann GC. Assessment of patient satisfaction with pain management in small community inpatient and outpatient settings. *Oncol Nurs Forum*. 2000;27:1279-86.
18. Ersek M, Miller Kraybill B, Du Pen A. Factors hindering patients' use of medications for cancer pain. *Cancer Practice*. 1999;7:226-32.
19. Thomason TE, Cune JSM, Bernard SA, Winer EP, Tremont S, Lindley CM. Cancer pain survey: patient-centered issues in control. *J Pain Symptom Manage*. 1998;15:275-84.
20. Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, Mueller C, Nolan A, Pawlik-Plank D, et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain*. 1993;52:319-24.
21. Cleeland CS. Barriers to the management of cancer pain. *Oncology*. 1987;1:19-26.
22. Arathuzik MD. The appraisal of pain and coping in cancer patients. *West J Nurs Res*. 1991;13:714-31.
23. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL, Thompson CJ. Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *J Pain Symptom Manage*. 1998;16:29-40.
24. Arathuzik D. Pain experience for metastatic breast cancer patients. Unraveling the mystery. *Cancer Nurs*. 1991;14:41-8.
25. Ward S, Carlson-Dakes K, Hughes S, Kwekkeboom K, Donovan H. The impact on quality of life of patient-related barriers to pain management. *Res Nurs and Health*. 1998;21:405-13.
26. Paice JA, Toy C, Shott S. Barriers to cancer pain relief: fear of tolerance and addiction. *J Pain Symptom Manage*. 1998;16:1259-65.
27. Cohen M, Musgrave C, McGuire D, Strumpf N, Munsell M, Mendoza T, et al. The cancer pain experience of Israeli adults 65 years and older: the influence of pain interference, symptom severity, and knowledge and attitudes on pain and pain control. *Support Care Cancer*. 2005;13:708-14.
28. Dawson R, Sellers DE, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Solomon MZ. Do patients' beliefs act as barriers to effective pain management behaviors and outcomes in patients with cancer-related or non-cancer-related pain? *Oncol Nurs Forum*. 2005;32:363-74.
29. Chung T, French P, Chan S. Patient-related barriers to cancer pain management in a palliative care setting in Hong Kong. *Cancer Nurs*. 1999;22(3): 196-203.
30. Lin CC, Ward SE. Patient-related barriers to cancer pain management in Taiwan. *Cancer Nurs*. 1995;18:16-22.
31. Ward S, Hernandez L. Patient-related barriers to management of cancer pain in Puerto Rico. *Pain*. 1994;58:233-8.
32. Wills BSH, Wotton YSY. Concerns and misconceptions about pain among Hong Kong Chinese patients with cancer. *Cancer Nurs*. 1999;22:408-13.
33. Gunnarsdottir S, Serlin RC, Ward S. Patient-related barriers to pain management: The Icelandic Barriers Questionnaire II. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29:273-85.
34. Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient-related barriers to pain management: The Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain*. 2002;99:385-96.
35. Acquadro C, Conway K, Girouard C, Mear I. Linguistic Validation Manual for Patient-Reported Outcomes (PRO) Mapi Research Institute, Lyon. 2004.
36. Valeberg BT, Hanestad BR, Klepstad P, Miaskowski C, Moum T, Rustoen T. Cancer patients' barriers to pain management and psychometric properties of the Norwegian version of the Barriers Questionnaire II. *Scand J Caring Sci*. 2009;23:518-28.
37. Klepstad P, Loge JH, Borchgrevink PC, Mendoza TR, Cleeland CS, Kaasa S. The Norwegian Brief Pain Inventory Questionnaire: Translation and validation in cancer pain patients. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24:517-25.
38. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain*. 1983;17:197-10.
39. SPSS Inc. Chicago, IL, USA.
40. Aranda S, Yates P, Edwards H, Nash R, Skerman H, McCarthy A. Barriers to effective cancer pain management: a survey of Australian family caregivers. *European Journal of Cancer Care*. 2004;13:336-43.
41. Passik SD, Portenoy R, Lundberg JC. Substance abuse issues in cancer pain management. In: Max M, editor. *Pain 1999 - an updated review*. Seattle, WA: IASP Press; 1999:9-23.
42. Kaufman G, Birks Y. Strategies to improve patients' adherence to medication. *Nursing Standard*. 2009;23:51-7.
43. Ward S, Berry PE, Misiewicz H. Concerns about analgesics among patients and family caregivers in a hospice setting. *Res Nurs Health* 1996;19: 205-11.
44. Ward S, Gatwood J. Concerns about reporting pain and using analgesics. A comparison of persons with and without cancer. *Cancer Nurs* 1994;17:200-06.
45. Valeberg BT, Miaskowski C, Hanestad BR, Bjordal K, Paul S, Rustoen T. Demographic, Clinical, and Pain Characteristics Are Associated With Average Pain Severity Groups in a Sample of Oncology Outpatients. *J Pain*. 2008;9:873-82.
46. van Herk H, Poortinga YH, Verhalen TMM. Response styles in rating scales: evidence of method bias in data from six EU countries. *J Cross Cult Psychol*. 2004;35:346-60.

Kunnskap gir god smertebehandling

› Det er viktig at helsepersonell har kunnskap om smerter og smertebehandling hos kreftpasienter.



Av Tone Mari Blika

Intensivsykepleier og klinisk spesialist, Palliativt team, OUS avdeling Ullevål

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Barrierer mot smertebehandling hos kreftpasienter er noe jeg som kliniker stadig støter på i praksis. Jeg bruker mye av tiden hos pasientene til å forklare, informere og undervise om smertebehandling. Artikkelen gir kunnskap om hvordan vi kan informere pasientene bedre.

Jeg ser artikkelen til Valeberg m.fl. som nyttig for praksis i det den gir innblikk i hva slags barrierer hos pasienten som kan medvirke til en utilstrekkelig smertebehandling. Helsepersonelloven § 5 sier at «Legedelegert arbeid kan, etter relevant opplæring delegeres til sykepleiere». For å ivareta en slik oppgave må sykepleiere ha oppdaterte kunnskaper på fagområdet. Vi må også ha kunnskap om barrierer hos oss selv og pasientene som kan være til hinder for et godt resultat.

Det er mange myter om opioider og opiatbehandling. Ikke bare pasientene, men også vi som helsepersonell er raske til

først å tenke på opiatbivirkning. Symptomer som tretthet, kvalme og forvirring kan ha mange årsaker. Her bør vi tenke bredere og se på alle medikamenter pasienter får, samt endringer eller forverring i tilstanden. Smerte er et like stort hinder for sosialt samvær som døsighet. Derfor er det viktig at økning av smertestillende avgjøres i samarbeid med pasienten. Det er viktig å vite at også smerten har «bivirkninger». Smerte kan gi fortvilelse, depressive tanker, angst, søvnmangel, forvirring, mangel på energi og immobilitet, for å nevne noe. Smertelindring til kreftpasienten er i stor grad informasjon, undervisning og forhandling, i tillegg til medikamenter.

Mange pasienter sier for sent fra når de har vondt slik at smerten «setter seg fast». Smerte som står over tid er vanskeligere å lindre. Langvarige eller gjentatte smerter kan føre til permanente forandringer i CNS (sensitivi-

sering) slik at kroppens eget smerteforsvar blir dårlig. Smerfølelse kan øke og selv små stimuli kan bli smertefulle. Opiater har ikke skadelige bivirkninger på organer, slik som noen andre smertestillende medikamenter kan ha. Derfor kan opiatdosene mangedobles hvis pasienten ikke får uholdbare bivirkninger. Derfor er det ingen grunn til å spare medikamentet til «verre tider».

Obstipasjonsproblemer var lavt gradert i undersøkelsen. Min erfaring er at obstipasjon ofte er et stort problem for pasienten. Obstipasjon kan man få selv ved lave doser opioater. Her kan vi bli bedre i kartlegging, forebygging og behandling. Det har kommet nye opiatantagonister som virker lokalt i tarmen. Disse bør brukes hvis tradisjonell forebygging ikke blir god nok.

Les artikkelen på side 266



Hva tilfører denne artikkelen?

Funnene i artikkelen tyder på at fleksibilitet fremmer læringsprosessen på veien tilbake til arbeidslivet og at byråkrati hemmer den.

Mer om forfatterne:

Eva Bjørg Antonsen er psykiatrisk sykepleier, can.san. og høyskolelektor på sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold, avdeling

før helse- og sosialfag.

Kontakt: eva.b.antonsen@hiof.no



Foto: Erik M. Sundt

Studiens bakgrunn: Mange mennesker med psykiske problemer og/eller rusproblemer faller utenfor arbeidslivet og har problemer med å komme tilbake. Et inkluderende arbeidsliv er et viktig mål, både for det enkelte individ og samfunnet som helhet.

Hensikt med studien: Å synliggjøre hvordan personer som har vært utenfor arbeidslivet på grunn av psykiske problemer og/eller rusproblemer opplever prosessen tilbake til arbeidslivet. Kunnskapen er viktig for personer om

skal inn i arbeidslivet igjen og for tjenesteytere som skal legge til rette for denne prosessen. Problemstillingen er: Hva fremmer og hemmer prosessen tilbake til arbeidslivet.

Metode: Det har blitt utført kvalitative forskningsintervjuer med ni personer som har vært ute av arbeidslivet på grunn av psykiske problemer og/eller rusproblemer. De er nå i arbeidsrettede tiltak i form av arbeid eller studier.

Hovedresultat: Faktorer som

fremmer prosessen er tilrette-lagte arbeidstiltak med fokus på fleksibilitet, ressurser, mestring og trygghet, samt gode møter med tjenesteytere, arbeidsledere og lærere. Faktorer som hemmer prosessen er NAV-systemet med tanke på byråkrati, selve lokalet og stadig bytte av saksbehandlere.

Konklusjon: Fleksibilitet i arbeidsrettede tiltak og gode møter med tjenesteytere synes å fremme prosessen mot arbeidslivet, mens byråkrati synes å hemme prosessen.

» Veien tilbake til arbeidslivet: Fleksibilitet versus byråkrati

Forfatter: **Eva Bjørg Antonsen**

NØKKELORD

- Arbeidstaker
- Psykisk helse
- Brukermedvirkning
- Kvalitativ studie

INTRODUKSJON

Et inkluderende arbeidsliv er et viktig mål for samfunnet og en strategiplan for arbeid og psykisk helse er utarbeidet. Strategien er blant annet å styrke samarbeid og samordning mellom arbeids- og velferdsforvaltning og helsesektoren (1). Kunnskap om tilrettelegging for mennesker som vil tilbake til arbeidslivet er derfor viktig for tjenesteytere innen helse- og sosialsektoren. Å ha et meningsfylt arbeid ser ut til å ha positiv effekt for den psykiske helsen (2, 3, 4). Mange mennesker med psykiske problemer/rusproblemer faller utenfor arbeidslivet og har vansker med å komme inn igjen (5, 6, 7). Mange ønsker seg tilbake til arbeidslivet, men opplever at det ikke blir lagt til rette for dem (8). Forskning viser at arbeidsgivere kan vegre seg for å ta i mot mennesker med ulike funksjonshindre, spesielt de med psykiske problemer (9, 10, 11, 12).

Proessen fra å være uten arbeid til å komme tilbake til ordinært arbeid kan være en krevende og smertefull læringsprosess. Kirkens Bymisjon-Østfold og Høgskolen i Østfold gikk inn i et samarbeidsprosjekt for å finne ut mer om læringsproessen tilbake til arbeidslivet. Kirkens Bymisjon-Østfold driver arbeidsrettede tiltak for personer som har vært utenfor arbeidslivet. Studien ønsker å systematisere kunnskap om veien tilbake til arbeidslivet ved å intervjuere personer, heretter kalt deltakere, om deres erfaringer.

Bedringsprosesser

Samfunnet trenger arbeidskraft (13), og arbeid har betydning for det enkelte individ. Mennesker som er utenfor arbeidslivet evaluerer egen psykiske helse dårligere enn mennesker i arbeid og vice versa (14, 15). Recoveryforskningen søker å finne ut hva som fører til bedring. Å ha meningsfulle aktiviteter i hverdagslivet, som arbeid, er viktige funn (2, 3, 4, 16, 17, 18). Recoveryperspektivet er ressursorientert og ser først og fremst på det hele mennesket, ikke sykdom eller diagnose. Når det gjelder arbeid og psykisk helse er det et poeng å se på arbeidsevne og

funksjonsnivå, ikke psykiatrisk diagnose (14). Å ha et arbeid kan ha betydning for bedringsprosesser siden det representerer en kontinuitet i både gode og dårligere perioder (2, 3, 4). Arbeid er knyttet til identitet, gir mulighet til vekst, utvikling og selvrealisering. Faktorer som er viktig for å kunne trives i arbeid er passe arbeidsmengde, variasjon, kontroll, sosial støtte, klar ansvars- og rollefordeling, trygghet og tilhørighet (2, 14).

Mennesker i recovery trenger et støttende miljø rundt seg og gjerne i hverdagsmiljøet (2, 3, 4). Supported Employment (SE) er en tilnærming der personer blir raskt plassert ut i ordinære arbeidsbedrifter med støtte fra en tilrettelegger. SE har ikke tidsbegrensninger og ser ut til å være et godt tilretteleggingstiltak for å komme ut i ordinært arbeid (14, 19, 20). Arbeid med bistand er en form for SE, men kan likevel ikke oversettes direkte siden det er tidsbegrensninger for arbeid med bistand på tre år (14).

«Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012» bygger blant annet på erfaringer fra prosjektet «Vilje Viser Vei – satsning på arbeid og psykisk helse i NAV» (1). Målgruppen er mennesker med

psykiske lidelser som ønsker å beholde sin stilling eller å komme tilbake i arbeid. Tilbakemeldingene fra prosjektet er økt livsglede og opplevelse av å bli tatt på alvor. Andre tilbakemeldinger er manglende kontinuitet i tiltak, dårlig saksbehandling og samarbeid mellom saksbehandlere og tiltaksansatte (21). Utfordringen i denne satsingen er å skape flere og bedre tilrettede arbeidsplasser. Kirkens Bymisjon-Østfold har tilbud om tilrettede arbeidsplasser som er i tråd med Arbeids- og inkluderingsdepartementet (13) som hevder at frivillige organisasjoner kan få en større rolle i dette arbeidet.

Yrkesmessig attføring har ulike tilnærminger, som kan deles i to hovedmodeller. En modell er trening og opplæring på skjermede arbeidsrettede tiltak med gradvis tilnærming til arbeidslivet. Den andre modellen er den integrerte tilnærmingen med trening, avklaring og rask utplassering i ordinært arbeidsliv (22). Disse ulike modellene beskrives som «train-and-place» og «place-and-train». I internasjonal forskning ser det ut til at direkte utplassering i arbeidslivet er å foretrekke framfor skjermede ordninger (19). Kirkens Bymisjon-Østfold definerer sine arbeidstiltak under «place-and-train», det vil si at det er ordinære arbeidsplasser innen privat sektor.

Hensikten med studien er å synliggjøre kunnskap om hvordan deltakerne opplever møtene med instanser som skal tilrettelegge veien tilbake til arbeidslivet. Kunnskapen er viktig for deltakere som skal inn i arbeidslivet igjen og for arbeidsgivere og tjenesteytere som skal legge til rette for læringsprosessen.

Forskningsspørsmålene er: Hva fremmer og hemmer veien

tilbake til arbeidslivet? Hvordan opplever deltakerne møter med ulike instanser, tjenesteytere og arbeidsledere?

METODE OG DESIGN

Kvalitative forskningsintervjuer ble valgt som metode, da det var godt egnet til å få tak i deltakernes erfaringer med hva som fremmet og hemmet deres læringsprosess tilbake til arbeidslivet. Designet var beskrivende og utforskende. Utforskende design er hensiktsmessig når litteraturen på området er mangelfull (23). Riktignok er det mye forskning rundt arbeid og psykisk helse (9), men det har ikke lyktes meg å finne forskning rundt deltakernes egne erfaringer. Det kvalitative forskningsintervjuet har forankring i to filosofiske retninger; fenomenologi og hermeneutikk. Å få kunnskap om deltakernes erfaringer fra deres livsverden er et viktig moment i fenomenologien (24). Hermeneutikken var opprinnelig knyttet til å forstå eldre tekster, ved å gå i dialog med disse (25). I det kvalitative forskningsintervjuet går forskeren i dialog med deltakerne om deres erfaringer og deretter i dialog med det transkriberte materialet (26).

Deltakerne

Det ble foretatt et strategisk utvalg av deltakerne (27) av

sosialfaglig leder ved Kirkens Bymisjon Østfold. Følgende inklusjonskriterier ble benyttet: Deltakerne hadde vært ute av arbeidslivet på grunn av psykiske problemer og/eller rusproblemer. Alle deltakerne hadde som mål at de skulle helt eller delvis inn i ordinært arbeidsliv. Alle hadde vært tilknyttet arbeidsrettede tiltak gjennom Kirkens Bymisjon-Østfold. Noen var fortsatt aktive der, andre hadde gått videre i læringsprosessen. Deltakerne var i studier eller arbeidstiltak gjennom yrkesrettet attføring, legemiddelasistert rehabilitering (LAR), kvalifiseringsprogrammet eller revurdering av uføretrygd.

Til sammen var det ni deltakere mellom tjuefire og førtifem år som deltok i studien, fem kvinner og fire menn. Av deltakerne var det fem som har vært ute av arbeidslivet primært på grunn av psykiske problemer, og fire primært på grunn av rusproblemer. Varighet utenfor arbeidslivet/skolegang var fra tre måneder til femten år. En deltaker hadde ikke hatt regelmessig arbeid eller skolegang siden ungdomsskolen.

Etiske overveielser

Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet og Regional komité for forskningsetikk. Adgang til forskningsfeltet fikk prosjektet gjennom Kirkens Bymisjon-Østfold. Informasjonsskjema

TABELL 1: Intervjuguide

1. Åpningsspørsmål	- Demografiske data - Årsak til at deltakeren kom utenfor arbeidslivet - Tidligere erfaringer med arbeid og skolegang
2. Starten	- Motivasjon for å starte læringsprosessen tilbake til arbeidslivet - Erfaringer med ulike instanser tidlig i læringsprosessen
3. Her og nå	- Situasjonen nå - Erfaringer med nåværende instanser
4. Fremtid	- Ønskemål for fremtid - Hva som er viktig for læringsprosessen videre

og skjema for informert samtykke ble gjennomgått med deltakerne. Det ble opplyst om at de kunne trekke seg når som helst fra prosjektet.

Gjennomføring og analyse

Intervjuguiden var semistrukturert og bygget opp som vist i tabell 1.

Intervjuene ble tatt opp på bånd og foretatt i Kirkens Bymisjons lokaler, der deltakerne var kjent. Av ni intervjuer ble syv deltakere intervjuet to ganger i løpet av ett år. Kvalitative intervjuer ble utført med to prosjektmedarbeidere til stede. Mens en hadde hovedansvaret for å stille spørsmål, hadde den andre ansvar for å stille oppklarende spørsmål underveis. Intervjuene varte i gjennomsnitt en time. Analysen ble foretatt etter Kvaales seks analysetrinn (26).

Analysen startet under intervjuet og det ble foretatt meningsfortetninger (26) gjennom regelmessige oppsummeringer. På den måten kunne deltakerne validere og utdype innholdet fortløpende. Videre i analyseprosessen ble intervjuene nedskrevet ord for ord med pauser og sinnsstemning. Det transkriberte materialet ble systematisert gjennom meningskategorisering av sitater med lignende innhold (25,26). Sitatene ble kodet før dekontekstualisering, slik at det var lett å foreta en rekontekstualisering (22,24). Å bevege seg fra deler til helhet og omvendt er en viktig del av analyseprosessen og i tråd med den hermeneutiske sirkelen (27).

RESULTATER

Gode møter

Gode møter med arbeidsledere, medarbeidere og tjenesteytere

fra ulike instanser fremmet veien tilbake til arbeidslivet. Kjennetegn ved gode møter var først og fremst fleksibilitet, noe som ble vektlagt av samtlige deltakere. Fleksibilitet ble beskrevet som stor grad av brukermedvirkning og at arbeidslederen tok individuelle hensyn, som at det var lov til å ha en dårlig dag, at det var lov til å være ny og at man kunne arbeide seg gradvis oppover i

må komme til rett tid, komme i gode rutiner, greit å lære seg det, har ikke jobba på mange år ... det er fleksibelt her, men innenfor visse rammer ... ikke vits i å legge lista for høyt. Jeg startet med to dager i uka og nå er det tre dager i uka».

Likeverdighet mellom arbeidsledere, ordinært ansatte og de på tiltak var en faktor som ble beskrevet som viktig av fem av deltakerne, med et eksempel

” ” **Prosessen fra å være uten arbeid til å komme tilbake til ordinært arbeid kan være krevende og smertefull.**

sitt eget tempo. Fleksibiliteten ga deltakerne en trygghet som igjen fremmet læringsprosessen deres. I tillegg ble egenskapene likeverdighet, rammer og godt miljø beskrevet. Camilla beskrev det på denne måten: «Jeg føler meg trygg ... hun (arbeidslederen) er snill og lett å snakke med ... hun sier at det er bra at jeg kommer, selv om jeg har en dårlig dag ... hvis jeg ikke orker å gjøre noe, så slapper jeg av ... det er ikke noe problem ... og de jeg jobber sammen med er koselige».

I tillegg til trygghet og godt arbeidsmiljø beskrev Fredrik brukermedvirkning og rammer: «Jeg har en arbeidsplass jeg kan føle meg trygg på, føler ikke noe press, jeg jobber med folk som også sliter og en arbeidsleder som spør hvordan det går ... jeg har på en måte lagt opp det jeg vet fungerer for meg sjøl, at jeg fungerer best innenfor rammer, det er når jeg ikke har det jeg sklir ut».

Ivar vektla også betydning av rammer og fleksibilitet: «Trenger å ha et sted å gå til ...

fra Dina: «Vi er likeverdige på en måte, det er ikke noe forskjell på arbeidsleder og meg, liksom ... vi blir tatt vare på av de ansatte og vi blir styrka».

At arbeidslederen var mye til stede ble fremhevet av fire deltakere. Deltakere som hadde vært i ordinære bedrifter, der ikke lederen var til stede, syntes det var utrygt og negativt.

I tillegg til gode møter med arbeidsledere, ble også gode møter med tjenesteytere beskrevet av Fredrik og Camilla: «Psykisk sykepleier i kommunen hjelper til med papirmølla og er med på møter ... går på møter dersom jeg ikke klarer selv og spør om viktige ting jeg ikke tenker på selv, jeg hadde ikke klart det alene. Hun (saksbehandler i NAV) er ydmyk, hun snakker med deg, hun hører på hva du sier, det har mye å si».

Einar fortalte om en periode han var innlagt og at han startet med arbeidstrening før utskrivelse: «Det var en periode som jeg var innlagt da jeg jobba her og, og da fikk jeg, det var veldig bra ... komme meg sånn

litt sakte men sikkert ut igjen ... tenkte egentlig selv at det var greit å se hvordan det ... fungerer, det var greit å gjøre det når en var oppe på sykehuset og sjekke det ... hvordan det gikk, sånn ... at man fikk den erfaringen før man kommer ut».

«Systemet»

Åtte av deltakerne brukte mye av intervjuet til å snakke om «systemet» noe de knyttet til NAV-systemet. Deltakerne beskrev et system preget av byråkrati, for mange mellomledd, stadig bytte av saksbehandler, manglende informasjon, tidspress og manglende personvern. «Systemet» kunne hemme dem i læringsprosessen tilbake til arbeidslivet. Beate beskrev at det er vanskelig å sette seg inn i regelverket i NAV-systemet: «Det er vanskelig å skjønne de ulike reglene og hva du har krav på».

Under intervjurundene var seks av deltakerne usikre på hvor mye NAV bidro i deres læringsprosess. Tre av deltakerne visste heller ikke om de hadde noen saksbehandler på NAV og at de måtte skifte saksbehandler de bare hadde truffet en gang. Fredrik og Anne beskrev det slik: «Nå har jeg bytta tre eller fire saksbehandlere, så det er vanskelig å forholde seg der borte».

«Jeg har ikke truffet den nye saksbehandleren ennå ... det er egentlig negativt å bytte når alt går sin gang ... det er vanskelig å møte saksbehandler på NAV, mer vanskelig enn å møte kong Harald (latter).»

Fire av deltakerne var spesielt opptatt av tidsaspektet. Fredrik sa at det ikke fremmet hans læringsprosess at han ble utsatt for press. Gro var også opptatt av at man ikke skulle

presses for mye på tid. Hun sier at NAV-systemet er «mer opptatt av tid enn av resultat». Hun mener det burde vært slik at en attføringsperiode ikke nødvendigvis skulle være ferdig etter tre år, men at man tok individuelle hensyn. For hvert delmål som nærmer seg, merket hun at angsten ble sterkere, særlig fordi tidsperspektivet er i fokus.

Tre av deltakerne var skeptiske til NAV's lokaler og har opplevd å måtte oppgi personlige data som for eksempel personnummer når mange står i kø bak dem. Lokalet er åpent og stort, rommer altfor mange mennesker og ventetiden er lang. Noen av deltakerne hadde angstproblematikk og kviet seg for å gå dit, og dermed ble deres læringsprosess utsatt.

Beate og Hans beskrev at de føler at personvernet ble truet: «Jeg er ikke glad i å være der, sånn i forhold til at du kan få litt sånn «klaus», åpent og stort og du får ikke sånt privatliv ... synes det nye NAV-kontoret er håpløst med tanke på taushetsplikt. Personikkerheten forsvinner fullstendig på NAV, alt er inne i et felles rom ... skal utlevere deg der sammen med mange mennesker ... er frustrert når en kommer og enda mer når du er der ... helt åpent ... noen er flau for å være der ... kvier seg for å gå dit ... unnlater å gå for å skåne seg selv ... veldig uheldig ... der er det kølapp med ti bak deg og du må utlevere deg. Skrankeordningen er forferdelig. Spør dem etter personnummeret ditt, må du opplyse om det mens mange hører på».

DISKUSJON

Fleksibilitet versus byråkrati

Ut fra funnene ser det ut til at fleksibilitet, som var en egen-

skap ved gode møter, fremmer prosessen på vei mot arbeidslivet. Byråkrati, som var en egenkap ved «systemet» hemmer den. Med fleksibilitet beskrev deltakerne; å bli tatt hensyn til, bli sett, få velge, bli møtt helhetlig, få praktisk hjelp, bli stolt på, trygghet, likeverdighet og at de har rammer. Når det gjelder byråkrati ble det knyttet opp til «systemet» og spesielt systemet i NAV, som rigide regler, mangelfull informasjon, problemer med å få tak i saksbehandler, stadig bytte av saksbehandler, for mange mellomledd, tidspress og manglende personvern.

De tilrettelagte arbeidstiltakene i Kirkens Bymisjon er en form for arbeid med bistand, men kan gå ut over tidsbegrensningene på tre år. Forskning viser at å få bistand i ordinære bedrifter, er et godt tiltak for å komme i ordinært arbeid igjen (19,22). De tilrettelagte arbeidstiltakene kan komme i konflikt med reglene til NAV der arbeid med bistand har en varighet på maks tre år (28). Flere av deltakerne i undersøkelsen opplevde at tidskravet stresset dem og virket hemmende på læringsprosessen. Tidsbegrensninger er ikke i tråd med ideen bak SE (14,19).

Samtlige deltakere var skeptiske til deler av NAV-systemet. Åtte av deltakerne beskrev skuffelse over den nye NAV-reformen. Etter den nye NAV-reformen måtte Anne bytte saksbehandler. Hun mente dette var u hensiktsmessig i den siste delen av læringsprosessen hennes tilbake til arbeidslivet. Hun opplevde at det hadde blitt mer byråkratisk og vanskeligere å få tak i saksbehandlere enn tidligere. Intensjonene med NAV-reformen var å gjøre tjenestene mindre byråkratiske

med kortere ventetid og én saksbehandler som skulle ta seg av både sosiale tjenester, arbeid og trygd. Videre var intensjonene individuell oppfølging, brukermedvirkning og samarbeid mellom arbeidsforvaltning og helsesektoren (1). Intensjonene er i tråd med hva deltakerne mente fremmer deres læringsprosess mot arbeidslivet, men deres opplevelse var at det faktisk hadde blitt mer byråkratisk. Systemet oppleves som uoversiktlig og det er vanskelig å få informasjon om hva man kan få hjelp til. Videre oppleves kontinuiteten mellom saksbehandler og deltaker som

Deltakerne hadde forståelse for at enkelte NAV-ansatte sliter under det samme systemet. At det ikke nødvendigvis er enkeltpersoner i NAV som hindrer dem i læringsprosessen. Gode møter med tjenesteytere, arbeidsledere og medarbeidere ble vektlagt som fremmende i læringsprosessen mot arbeidslivet. Gode møter handler om relasjoner mellom personer. Gode relasjoner handler om å bli sett og hørt, men også om å få praktisk hjelp. Et eksempel var Fredrik som fikk god hjelp av psykiatrisk sykepleier under ansvarsgruppemøter. Relasjonsperspektivet er noe

sosialfaglig leder ved Kirkens Bymisjon. Undertegnede har yrkeserfaring som psykiatrisk sykepleier og undervisning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen. Siden vi begge kjente godt til tjenesteyterrollen, var det viktig å være bevisst forskerrollen. Vi satt begge med en forforståelse, som måtte bevisstgjøres slik at funn ikke ble overtolket.

En styrke ved studien var at vi møtte deltakerne to ganger. Andre intervjurunde ble innledet med sammendrag fra første intervju og vi kunne stille utdypende og avklarende spørsmål. Her kunne deltakeren korrigere utsagn. Da funn var systematisert, innkalte vi deltakerne til et fellesmøte i valideringsøyemed. Da det var to av deltakerne som møtte opp, kunne ikke dette kalles et valideringsmøte. Likevel fikk vi nyttige innspill til videre diskusjon.

Begge prosjektmedarbeiderne deltok på intervjuene, leste gjennom det transkriberte materialet og diskuterte funn, noe som var med på å styrke studien. En innvending var at en prosjektmedarbeider også var sosialfaglig leder og foretok utvelgelsen av deltakerne. Vi vurderte om hennes deltakelse på intervjuene ville hindre deltakerne i å snakke fritt. Etter flere overveielser kom vi fram til at hun skulle delta. Deltakerne mente at det var en trygghet at hun var med.

Studien har ingen mål om å komme med generaliserbar kunnskap, men kan være et supplement til annen forskning.

KONKLUSJON

Hovedfunnene i undersøkelsen kan tyde på at fleksibilitet fremmer læringsprosessen tilbake til arbeidslivet og at byråkrati

” ” Åtte av deltakerne beskrev skuffelse over den nye NAV-reformen.

mindre. Deltakernes erfaringer samsvarer med Riksrevisjonens rapport om NAV. Manglende oppfølging av brukerne, lang saksbehandlingstid og manglende kompetanse er noe av kritikken (29). Både deltakerne med rusproblematikk og de med psykiske problemer, beskrev at det er fort gjort å havne «utfor» igjen og at slike dårlige systemer kan bidra til det. Samtidig må det poengteres at omorganiseringen av NAV er forholdsvis ny og muligens trenger mer tid før det fungerer etter intensjonene. Deltakerne var også inne på at deres forventninger kanskje var urealistiske så raskt etter omorganiseringen.

System versus enkeltpersoner

Selv om deltakerne var skeptiske til «systemet», fremkom det likevel av materialet at de hadde hatt gode møter med tjenesteytere innen NAV-systemet.

som fremmer veien tilbake til arbeidslivet og til bedringsprosesser generelt. Recovery-forskningen understreker relasjoner der mennesker i ulike posisjoner går litt utenfor rammer og posisjoner med en fleksibilitet som er virksomt for bedringsprosesser (3, 4, 17, 18). Her kommer en viktig balansegang mellom rammer, regler, krav og bruk av skjønn. I de gode møtene kan bruk av skjønn gå på tvers av rammer og regler, men at tjenesteyterne likevel har mot til å bruke skjønn. Til tross for at de kan komme i en lojalitetskonflikt mellom systemet på arbeidstedet og den enkelte deltaker.

Studiens styrker og svakheter

Kvale et al (26) vektlegger å ha kunnskap om temaet og kjenne feltet best mulig. En prosjektmedarbeider hadde kunnskap fra praksis via stillingen som

hemmer den. Faktorer som del-takerne mente fremmet lærings-prosessen mot arbeidslivet, er i tråd med intensjonene bak NAV-reformen og strategiplanen for arbeid og psykisk helse. Faktorene er mindre byråkrati, mer individuelle og fleksible tilrettelegginger, saksbehandlere og tjenesteytere som følger en over tid, og samarbeid mellom instansene. Det er behov for flere studier som bidrar til

kunnskap om hvordan tilbakeføring til arbeid kan organiseres med økt grad av fleksibilitet og mindre grad av byråkrati. Samarbeidet mellom helsesektoren og arbeids- og velferdsforvaltningen vil være av stor betydning, slik at tjenesteytere i helse- og sosialsektoren kan bistå mennesker som trenger hjelp til å komme tilbake til arbeidslivet.

Til slutt vil jeg rette en takk

til sosialfaglig leder Ragnhild Klevmoen i Kirkens Bymisjon-Østfold. Hun har vært en viktig samarbeidspartner gjennom hele prosjektet, både med å rekruttere deltakere, deltakelse ved intervjuene og diskusjon rundt analyse, og ved deltakelse på kongresser.

Les kommentaren på side 285 >>

REFERANSER

- 1. Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet.** Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012.
- 2. Borg M.** Arbeid, aktivitet og mening. I: Almvik A, Borge L. (red) [2006]. *Psykisk helsearbeid i nye skole*. Fagbokforlaget, Bergen. 2006.
- 3. Borg M.** The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems. [Doktoravhandling]. Trondheim: NTNU. 2007.
- 4. Mezzina R, Borg M, Marin I, Sells D, Topor A, Davidson L** (2006) From participation to citizenship: how to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2006; 9:39–61.
- 5. Corrigan PW, Larson JE, Watson AC, Boyle M, Barr L.** Solution to discrimination in work and housing identified by people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2006; 194:716–19.
- 6. Miiller MM, Høgelund J & Geerdsen PP.** Handicap og beskjeftigelse: Utvikling mellom 2002 og 2005, 06/24. *Socialforskningsinstituttet*, København. 2006.
- 7. Stuart H.** Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 2006; 19:522–26.
- 8. Nordrik B.** *Curriculum Vitae: ung og ufør*. Rapport, De Facto, Oslo. 2008.
- 9. Schafft A.** Ansettelse av personer med psykiske lidelser i ordinære bedrifter: Vi må forstå arbeidsgivernes grunner. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2007; 4:254–62.
- 10. Peck B, Kirkbride LT.** Why businesses don't employ people with disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2001;16:71–75.
- 11. Dale-Olsen H, Hardoy I, Storvik AE.** IA-avtalen og yrkesaktivitet blant personer med redusert funksjonsevne. ISF rapport 2005:009. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, Oslo. 2005.
- 12. Blekesaune M.** Unge uførepensjonister. Hvem er de og hvor kommer de fra? NOVA 8, Oslo. 2005.
- 13. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.** Arbeid, velferd og inkludering. Stortingsmelding nr. 9, 2006–2007. Oslo: 2006.
- 14. Ose SO, Jensberg H, Kaspersen SL, Kølseth B, Lilleeng S.** *Kunnskapsstatus: Arbeid, helse og rus*. Sintef Helse, Oslo. 2008.
- 15. Hansen GV, Dybvik KA.** Betydningen av arbeid for funksjonshemmedes tilfredshet med deres dagligliv i forhold til andre livskvalitetsområder, SOR-rapport 2009:2:8–26.
- 16. Shanley E, Jubb-Shanley M.** The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007;14:734–743.
- 17. Borg M, Topor A.** Virksomme relasjoner. Kommuneforlaget, Oslo. 2007.
- 18. Topor A.** Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer. Kommuneforlaget, Oslo. 2006.
- 19. Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Solomon P.** *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation – an empirical approach*. The Guilford Press, New York. 2008.
- 20. Hutchinson D, Anthony W, Massaro J, Rogers ES.** Evaluation of a combined supported computer education and employment training program for persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2007; 30: 189–97.
- 21. Schafft A, Spjelkavik Ø.** Arbeid og psykisk helse – underveisevaluering av Vilje Viser Vei, Storbysatsningen. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet AS, Oslo. 2006.
- 22. Frøyland K, Spjelkavik Ø.** Sluttevaluering av et forsøksprosjekt i Østfold. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttets notatserie, Oslo. 2006:1
- 23. Brink PJ, Wood MJ.** *Advanced Design in Nursing Research*. Sage Publications. California: 1998.
- 24. Bengtsson J.** *Sammanflätningar*. Husserls og Merleau-Pontys fenomenologi. Göteborg: Daidalos AB: 2001.
- 25. Gadamer, H.G.** *Sannhet og metode – grunn trekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax: 2010.
- 26. Kvale S, Brinkmann S, Andersen TM, Rygge J.** Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademisk. Oslo. 2009.
- 27. Malterud K.** *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Tano Aschehoug, Oslo. 2003.
- 28. NAV.** <http://www.nav.no/888.cms> [nedlastet 08.03.10].
- 29. Riksrevisjonen.** Riksrevisjonens rapport om revisjonen av Arbeids- og velferdsetaten for budsjettåret 2008 Tillegg 2 til Dokument 1 (2009–2010).

Arbeidsliv med plass til alle

› Å arbeide er viktig for identitet, selvfølelse og egenverdi.

Foto: Erik M. Sundt



Av Anka Langeby
Fylkeskoordinator
NAV

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Strategiplan for arbeid og psykisk helse har den forventningen i seg at velferdsstaten skal legge arbeidsforhold til rette også for personer som har psykisk helseproblem.

I artikkelen om veien tilbake til arbeidslivet har Antonsen, med eksempler fra Kirkens Bymisjon–Østfold, satt lyset på hva deltakerne selv opplever og hvilke prosesser som fremmer eller hemmer veien tilbake til arbeid. Deltakernes beskrivelse av manglende fleksibilitet i møte med Nav er alvorlig. De møter et system de opplever som uoversiktlig, med lang saksbehandlingstid og manglende kompetanse; dette er i samsvar med Riksrevisjonens rapport om Nav. Den store omorganisering av Nav er ny og trenger tid til å «sette seg», noe også deltakerne i undersøkelsen var klar over.

Skal vi få et velfungerende arbeidsliv der det er plass til alle, er det avgjørende at brukere deltar innen forskning og utvikling av sysselsettingstiltak, som arbeid for personer med psykisk helsepro-

blem. Materialet det her er forsket på er lite, og det bekrefter bare at vi trenger mer forskning på området.

Å delta i arbeidslivet er for de fleste av oss viktig for identitet, selvfølelse, egenverdi og opplevelsen av å bidra i samfunnet. Det er et økende antall personer i Norge som faller ut av arbeid på grunn av psykiske helseproblemer. Dette er alvorlig for den det gjelder, familien og venner, men også for samfunnet som helhet. Nav disponerer mange gode ordninger for tilrettelegging som skal gi rom for fleksibilitet. Et av Nav's utviklingsprogram er veilednings- og oppfølgingsløs. Det er omtrent 40 loser på landsbasis. Deres arbeid er preget av tett oppfølging over tid og dreier seg om relasjonsbygging, hvor trygghet og likeverd, kunnskap om tilbud, praktisk tilrettelegging og motivasjon er sentrale begrep. Samarbeid med naturlige samarbeidspartnere både innen helsetjenesten og arbeidsmarkedet er også sentralt i deres arbeid. Det

trenes flere Loser som er dedikert til dette arbeidet. Et annet tiltak er «Sees i morgen», hvor arbeidslivsentrene i Nav tilbyr opplæring om psykisk sykdom og tilpasset arbeid for alle IA-bedrifter.

Hele mitt yrkesaktive liv har jeg arbeidet innen psykisk helse. Som ansvarlig for Opptrappingsplan hos Fylkesmannen i Buskerud gjennom 11 år, og nå som fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse i samme fylke. Jeg har fulgt utviklingen fra nedleggelsen av psykiatriske sykehjem på 1980-tallet fram til i dag hvor man mener at alle har rett til arbeid som er individuelt tilpasset. Samfunnets holdning til «annerledeshet» har altså endret seg på mange områder. Vi må allikevel i større grad se endringer i handling, ikke bare i det offentlige, men i alt arbeidsliv, mellom mennesker og i den enkelte. Det er livskvalitet for alle det dreier seg om.

Les artikkelen på side 278



Hva tilfører denne artikkelen?

Omorganisering med ny leiingsstruktur, meir fokus på organisasjon, produksjon og effektivitet, kan føra til at sjukepleielearane

sitt profesjonsfaglege fokus blir svekka.

Mer om forfatteren:

Anne-Grete Naustdal er sykepleier

med master i organisasjon og ledelse. Hun er ansatt som høgskolelektor ved Høgskolen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag. Kontakt: anne.naustdal@hisf.no.



Interiør fra Røde Kors Systerhjem i 1930-årene. Billedsamlingen, Universitetet i Bergen

Studiens bakgrunn: Raske omstillingar og ny medisinsk utvikling gjer det nødvendig for sjukepleiarane å kontinuerleg utvikle kompetansen. Lite forskning ligg føre om korleis dagens organisering i sjukehus bidrar til å endre vilkåra for kompetanseutvikling og kompetanseleiing blant sjukepleielearar.

Hensikt med studien: Føremålet med artikkelen er å belyse korleis sjukepleielearar beskriv betydninga av fagleg leiing og kva faktorar som kan ha betydning for framtidig arbeid med kompetanseutvikling i sjukepleietenesta.

Metode: Kvalitativt design. Individuelle intervju med åtte sjukepleielearar med ansvar for kompetanseutvikling for pleiepersonalet ved sengeavdelingar i sjukehus.

Hovedresultat: Sjukepleielearane såg på seg sjølv som sentrale personar for å utvikle kompetansen til dei tilsette. Tid og fokus arbeidet fekk vart i hovudsak utfordra av tidspress, omstillingsprosessar og nye administrative oppgåver. Spesielt var det vanskeleg å finne tid som stod i samsvar med oppgåvene og at mynde og arbeids-

oppgåver gjekk hand i hand ved delegering av oppgåver. Sjukepleielearane såg ut til å stå aleine i arbeidet med kompetanseutvikling. Sjukehusa sine økonomiske og styringsideologiske rammevilkår kan ha gjort det vanskelegare å drive målretta og langsiktig kompetanseutvikling.

Konklusjon: Om ein ynskjer å systematisere og målrette arbeidet med kompetanseutvikling for sjukepleietenesta, indikerer funna i studien at helseføretaka kritisk bør vurdere det faglege innhaldet i sjukepleielearens sitt arbeid og rolle.

>> Kompetanseutvikling under press – erfaringar til sjukepleie-leiarar etter omorganisering av sjukehusa

Forfatter: **Anne-Grethe Naustdal**

NØKKELORD

- Leining
- Sjukehus
- Kvalitativ studie

INTRODUKSJON

Forskning understrekar betydninga av sjukepleiefagleg leining for å lukkast i arbeidet med kompetanseutvikling i sjukepleietenesta (1-4). Samstundes kan mykje tyde på at einskapleg leining og ny organisering i sjukehus har endra vilkåra for sjukepleiefagleg leining (5-7). For å få meir innsikt i korleis dagens organisering i sjukehus bidrar til å endre vilkåra for kompetanseutvikling og kompetanseleining blant sjukepleieleiarar er det utført ein kvalitativ studie omkring denne problematikken (8). Åtte sjukepleieleiarar med ansvar for kompetanseutvikling for pleiepersonalet ved sengeavdelingar i sjukehus vart intervjuet. Føremålet med artikkelen er å få belyst betydninga av fagleg leining og kva faktorar som kan

ha betydning for det framtidige arbeid med kompetanseutvikling i sjukepleietenesta.

BAKGRUNN

Leingas innverknad

Fleire sentrale styringsdokument og lover for helsetenesta konkretiserer og vektlegg samanhengen mellom fagleg forsvarleg praksis og kompetanse (9-14). God leining vert framheva som ein føresetnad for å lykkast med å sikre god kvalitet, systematisk opplæring og utvikling av den einskilde yrkesutøvar (11, 14, 15). Leinga ved sjukehusa har ansvar for å legge til rette for eit systematisk og kontinuerleg arbeid med kompetanseutvikling. Dette skal til ei kvar tid sikre tenester av høg kvalitet. Den einskilde sjukepleiar har også eit personleg ansvar for å sikre at arbeidet ein utfører er fagleg, etisk og juridisk forsvarleg (9, 13).

Raske omstillingar og stadig ny medisinsk utvikling i sjukehus gjer det nødvendig for sjukepleiarane å kontinuerleg utvikle sin kompetanse. Sjølve innhaldet i omgrepet sjukepleiekompetanse

varierer i litteraturen, men formell utdanning står som ein grunnleggande faktor saman med erfaring og personlegdom (16). Når ein skal pleie pasientar med kompliserte sjukdommar og skader må ein vere oppdatert på ny kunnskap. Samstundes må ein nytte denne kunnskapen med fornuft og godt fagleg skjønning i den einskilde situasjon (16, 17). Internasjonale studiar hevdar at god kompetanse hjå sjukepleiarane betrar kvaliteten på behandlinga til pasientane (18-20). Aiken m.fl. (18) viser til at både auka sjukepleiarkompetanse og auka fagleg leining fører til at sjukepleiarane utfører arbeidet med høgare kvalitet. Pasientresultata vert gode med færre feilbehandingar og komplikasjonar og generelt meir tilfredsheit med behandlinga.

Ny leiingsstruktur

Historisk har sjukepleietenesta hatt stor fagleg autonomi med omsyn til både organisering av sjølve pleia og den faglege utviklinga i sjukehusa (21, 22). Den vanlege strukturen var

hierarkisk med tre leiingsnivå: sjefsjukepleiar, oversjukepleiar og avdelingssjukepleiar, som kvar hadde eit definert ansvarsområde. Sjukepleieprofesjonen har slik vore representert i alle organisasjonsnivå (23). Ny leiingsstruktur vart innført med einskapleg leiing i 1999 og seinare ved sjukehusreforma i 2002, då staten vart ny eigar. Den posisjonsmakta og ansvarsfordelinga legar og sjukepleiarar hadde i den gamle todelte strukturen vart endra. Stillinga som einskapleg leiar er ikkje i same grad knytt til profesjon (15, 24).

At sengeavdelingar kan leiast av ein person som ikkje treng å ha sjukepleiefagleg bakgrunn, bryt med sjukepleiaranes lange tradisjon for å leie eige fag. Ei norsk undersøking frå 2007 syner at sjukepleiarane har 22 prosent av leiarstillingane som rapporterer direkte til sjukehusdirektøren. Same undersøking syner at sjukepleiarane har blitt fråtatt ein viktig kanal for å bli høyrte i sjukehus. Sjefssjukepleiar var formelt representert i den øvste sjukehusleiinga ved 5 prosent av sjukehusa. Dette er ein nedgang på 91 prosent sidan 1999 (25, 26). Sjukepleiarar som har fått stillingar i den øvste føretaksleiinga identifiserer seg meir med leiarrolla der leiing blir eit fag i seg sjølv, enn med sjukepleiefaget (5, 27). Reformar og endringar har ført til at leiing i sjukehus har fått eit anna innhald med økt leiarfokus på effektivitet, produktivitet og lønnssemde (6, 27, 28).

Fagleg kompetanseleiing

Tidlegare norsk forskning syner at sjukepleieleiarar i sjukehus ikkje har prioritert arbeidet med kompetanseutvikling høgt (29, 30). Studia peikar på eit uutnytta potensial i bruk av

klinisk stige, tid til refleksjon over praksis og oppdatering av ny forskning. Klinisk stige er eit kompetanseutviklingsprogram som går over fleire år og omfattar både undervisning, rettleiing og skriving av oppgåver. Bjørk m.fl. (30) seier at ein av grunnane til at programmet ikkje har lykkast, er sjukepleieleiarane sitt manglande engasjement for å fylgje opp kompetanseutviklingsarbeidet. Sjukepleieleiarane har ved fleire høve prioritert den administrative delen av arbeidet på kostnad av det faglege. Ei anna utfordring har vore manglande definering av ansvar og mynde i høve arbeidet med kompetanseutvikling for sjukepleietenesta (31, 32).

På hi sida stadfestar internasjonal forskning sjukepleieleiingens verdi for arbeidet med kompetanseutvikling (1, 2). Studiar av magnetsjukehusmodellen i USA har vist at målretta arbeid med fagleg utvikling, leiing og kunnskapsutvikling gjev positive resultat i høve kvaliteten på sjukepleietenesta (18). For å få status som magnetsjukehus må ein mellom anna vise til auka pasienttilfredsheit, lågare pasientdødelighet og færre komplikasjonar innan trykksår, fall og postoperative luftvegsinfeksjonar og smerter. Magnetmodellen vektlegg ein leiingsstruktur som skal sikre ein tydeleg fagleg profil, strategi og kvalitet for sjukepleietenesta. Eit viktig moment er at sjukepleiarane skal delta i alle avgjerdsprosessar som angår sjukepleietenesta (2, 16, 18).

Rolla og funksjonen leiarane av sjukepleietenesta har i arbeidet med kompetanseutvikling vert trekt fram som viktig for å engasjere sjukepleiarane til sjølvrefleksjon, læring og kompetanseutvikling. Leiarane

si evne til å utvikle, styre og samordne arbeidet med kompetanseutvikling står sentralt (1, 3, 4). Sjukepleieleiarane si organisatoriske plassering og profesjonelle ansvar gjer erfaringane deira spesielt interessante å studere. Som mellomleiarar er dei det utøvande leddet i skjeringpunktet mellom strategisk tenking og praktisk handling. Kunnskap om leiarane sine erfaringar med kompetanseutvikling vil slik vere eit sentralt inntak til kunnskap om kva som på det utøvande nivået i dagens sjukehusorganisasjon hemmar og fremmar utvikling (33, 34). Hensikta med føreliggjande studie var å få kunnskap om erfaringane sjukepleieleiarane har frå deira arbeid med kompetanseutvikling.

METODE

I val av metode vart det utarbeidd eit kvalitativt design med individuelle intervju. Åtte leiarar av sjukepleietenesta ved sengeavdelingar i eit helseføretak vart intervjuet i 2005. Helseføretaket bestod av vel 2300 tilsette fordelt på 12 institusjonar, der fire var somatiske sjukehus. Fem klinikkar organiserte 33 avdelingar. Tilgang til forskingsfeltet vart gjeve av administrerende direktør. Via heimesida til helseføretaket vart namn på aktuelle leiarar funne. Utvalet av informantar var strategisk utifrå systematiske vurderingar av kva einskapar som ut frå teoretiske og analytiske føremål var mest relevante og mest interessante (35). Kriteria for å delta i studien var at dei leia sjukepleietenesta på somatiske sengepostar av ulik storleik og med ulike spesialitetar. Ti informantar vart skriftleg førespurd om å delta og åtte samtykka. Informantane hadde ansvar for mel-

lom 15 til 69 stillingsheimplar. Informantane ved dei to største avdelingane hadde leiar under seg, medan seks informantar var den næraste leiareren til pleiepersonalet ved avdelinga. Alle hadde meir enn to og eit halvt års erfaring frå noverande leiarstilling. Fem hadde over ti års erfaring. Informantane bestod av sju kvinner og ein mann, fire

feltet med eit opent sinn slik at nye sider vart oppdaga og at forskaren ikkje bevisst eller ubevisst prøvde å stadfesta eigne synspunkt (37). Rolla som sjukepleieiar var kjent for forskar gjennom arbeid som sjukepleiar og avdelingssjukepleiar ved andre sjukehus i landet og som sjukepleielærar. Forkunnskapane gjorde det lettare å få tak

tar vidareutdanning, men vi har ikkje noko system på det ...» Alle laga årlege kompetanseplanar for si avdeling, men det var ulikt korleis planane vart nytta. Det var ingen rapportering eller tilbakemelding frå helseføretaket si øvste leing knytt til kompetanseplanane.

Aktuelle tiltak

Internundervisning og fagmøte med fokus på opplæring i prosedyrar og spesifikk behandling av pasientar var mest nytta kompetanseutviklingstiltak. Det var stort sett sjukepleiarar og legar ved posten som underviste. Ein leiar hadde etablert ordning med klinisk stige og fleire hadde avsett fagdagar på sjukepleiarane sin turnusplan. Av eksterne tiltak var vidareutdanningar ved universitet og høyskular mest nytta. Sjukepleiarane kunne søke om permisjon med lønn for å ta kliniske vidareutdanningar.

Knapp tid

Ved overgang til ny leiingsstruktur sa informantane at det vart færre sjukepleiefaglege leiarar som kunne ta del i arbeidet med kompetanseutvikling. Tidlegare hadde alle avdelingar oversjukepleiar, avdelingssjukepleiar og nokre også assisterande avdelingssjukepleiar. No var det mest vanleg med ein sjukepleieiar og ei «sjukepleie 1»-stilling med eit særskilt ansvar for fagleg utvikling. Utfordringa med «sjukepleie 1» var at dei ofte måtte nyttast til dagleg drift. Fleire sa dei måtte jobbe med ei holdningsendring både hjå seg sjølv og i avdelinga, slik at fagleg utviklingsarbeid ikkje vart nedprioritert med ein gong det var travelt i avdelinga. Leiarane sa kvardagen var hektisk og at det var vanskeleg å planlegge fagleg aktivitet. Stadig fleire personaladministrative

” Sjukepleieiarane såg det som si oppgåve å legge til rette for læring og utvikling.

med utdanning i administrasjon og leing og tre var i gang med tilsvarende studie (8).

Dei individuelle intervjuar varte vel ein time, vart gjennomført på informantane sin arbeidsplass og tatt opp på band. Med utgangspunkt i ein halvstrukturert intervjuguide vart det søkt tilgang på informantane si historie. Hermeneutisk tilnærming vart nytta for å finne mening og forståing gjennom å beskrive og fortolke informasjonen til informantane innanfor samanhengen den vart formidla i (35). Ei metodisk utfordring var det at informasjonen alt var fortolka av informantane sjølve. Intervjua vart så raskt som råd fullstendig transkribert og deretter lest igjennom i heilskap. Tematisk analyse vart nytta for å identifisere og systematisere stoffet. Tema vart organisert med delspørsmål med fokus på arbeidsdagen til sjukepleieiarane, vurdering av dagens sjukepleiefagleg kompetanse, kompetanseutviklingsarbeidet og kva dei meinte fremma og hemma dette arbeidet (35, 36).

I det metodiske arbeidet vart det vektlagt å møte forskings-

på informantane sitt perspektiv og stille utfyllande spørsmål undervegs i intervjuet. Reliabilitet knytt til transkripsjon av data vart søkt oppretthaldd ved å sjølv skrive direkte av intervjuet ord for ord. Under transkripsjon vart det nytta kodar på informantane for å sikre anonymitet (35).

RESULTAT

Kompetanseutvikling

Alle sjukepleieiarane sa dei hadde ansvar for arbeidet med kompetanseutvikling for pleiepersonalet. Ansvar for kompetanseutvikling var presisert i leiarane sin stillingsinstruks. Instruksjonen var ikkje oppdatert etter innføring av ny leiingsstruktur og fleire gav uttrykk for å jobbe som før: «Ein veit ein har nye personar som sjefar, men i det daglege er mykje som før.» Informantane var opptatt av at deira sjukepleiefaglege bakgrunn gav god føresetnad for vurdering av kompetansebehovet hjå personalet og pasientane sitt behov for sjukepleie. Nokre leiarar overlet vurderinga av behovet for kompetanseutvikling til dei tilsette sjølv: «Dei sjukepleiarane som er interessert reiser på kurs og

oppgåver vart lagt til avdelingsnivå: «Før dreide dagen seg om behandlinga pasientane skulle få, men no dreier det seg meir om pengar, personell og drift ...» Informantane sa dei kjende på ei auka utfordring i høve det å få tid til disposisjon som stod i samsvar med oppgåvene.

Under press

Informantane fortalde om år prega av stor aktivitet, omleggingar og samanslåing av postar. Fleire problematiserte endring i pasientgruppa. Ein skildra situasjonen slik: «Vi har sagt at sjukepleiarane må ta dei pasientane ein kan fyrst og fremst, og så må ein hjelpe kvarandre over grensene ... Vi har ikkje så mykje rom for opplæring.» Det å ta ansvar for nye pasientgrupper utan skikkeleg opplæring, gjorde sjukepleiarane usikre og bekymra. Ein sa det slik: «Det er klart det har vore veldig usikkert for mange når ein må forholde seg til ei heilt ny pasientgruppe. Det har vore fryketeleg vanskeleg ...» Leiarane var bekymra for pulverisering av den sjukepleiefaglege kompetansen. Dei fortalde at økonomi og effektivitet stod i fokus og produksjon og tal var det som vart etterspurd. Ein informant sa det slik: «Kravet til effektivitet har endra seg. No er det snakk om produksjon, det einaste som tel er tal – så og så mange fleire pasientar. Fleire og fleire helsefolk i føretaket ser ikkje pasienten og heilheten. Det er skremmande.»

Nye utfordringar

Sjukepleieleiarane sa at arbeidsoppgåvene deira var mykje som før, men fleire opplevde no å ikkje bli tatt med i avgjerdsprosessar som direkte involverte deira avdeling. Ein forklarte

dette slik: «Eg er ikkje med på leiarmøter. Eg ser stadig vekk at eg ikkje får informasjonen eg skulle hatt ...» Avdelingssjef og klinikkdirektør er på leiarmøta og viktige avgjersler kan bli fatta utan representantar frå sjukepleietenesta. Informantane fortalde om problem med å påverke vedtak i forkant og å få informasjon om vedtaka i etterkant, noko som gjorde det vanskeleg å vere i forkant med kompetanseutviklingstiltak. «Når eg fyrst skal vere leiar må eg i alle fall ha tilgang på informasjon og vere på arenaen elles så kan eg ikkje vere leiar», sa ein informant.

Sjukepleiefellesskapet

Sakn av drøftingspartnar vart trekt fram. Informantane ynskja eit forum for diskusjon og erfaringsutveksling av sjukepleiefaget. Ei av utsegnene var slik: «Du sit aleine som oversjukepleiar. Det er ikkje fellesmøte med unntak av om det er noko informasjon vi skal få. Ingen tid til sjukepleiefaglege diskusjonar, ikkje noko fora å utveksle erfaringar i. «Dei fleste informantane sa dei sakna betre oppfølging. Berre ein sjukepleieleiar hadde medarbeidersamtale som fast ordning.

DISKUSJON

Studien stadfestar anna forskning som syner varierende prioritering av arbeidet med kompetanseutvikling (29-32). Bjørk m.fl. (30) trekkjer særleg fram kor avgjerande det er med sjukepleieleiarar som kan argumentere for økonomi og kvalitet i eit langtidsperspektiv og som har engasjement til å følge opp kompetanseutviklingsarbeidet. Studien min viser spesielt at det var utfordrande å ha ansvar for dagleg drift og samtidig

arbeide med kompetanseutvikling. Kompetanseutviklingstiltak som internundervisning, fagmøte og fagdagar på turnus var sett i verk, men tiltaka vart lett nedprioritert ved hektisk aktivitet i avdelinga. Leiarane skildra nye utfordringar som konsekvens av dei organisatoriske endringane i sjukehusa. Einskapleg leing, endra krav til effektivitet og meir fokus på økonomi vart særleg trekt fram. Fleire informantar gav uttrykk for mindre tid til å vere tilstades i det daglege virke på sengeposten. Dermed fekk dei arbeidd mindre med det faglege miljøet, noko som er ein viktig faktor for utvikling av god kvalitet, trivsel, kompetanse og fagleg engasjement på arbeidsplassen (1, 18, 38). Resultat frå Nilsen (39) si forskning på kompetanseutvikling i norske sjukehus syner at omorganiseringar og effektivitetskrav har gjort at dei tilsette har mindre kontakt med kvarandre i arbeidssituasjonar. Dermed lærer ein også mindre av kvarandre. Som leiar av sengeavdelingar arbeidar ein med faglig utvikling via arbeid med arbeidsmiljø, samarbeid i pleiegruppa og den daglege drifta. Gjennom å «holde hjula i gang» ligg også eit fokus på å halde kompetansen oppe i personalgruppa og skape prosessar for at læring og kunnskapsutvikling «automatisk» kan bli satt i gang (38, 40). Manglande medvit på desse prosessane kunne ein sjå hos nokre informantar. Dette kan hindre den kollektive utviklinga og på sikt få konsekvensar for avdelingas utviklingspotensiale (4, 30, 39). Fleire informantar sa også at dei visste at dei sjølv burde jobbe med kulturen i avdelinga og eigne holdningar ved prioritering av oppgåver.

Sjukepleieleiarane såg det som si oppgåve å legge til rette for læring og utvikling, men dei sakna meir støtte frå den øvre føretaksleiinga. Einskapleg leiing skulle klargjere ansvarstilhøva i norske sjukehus med å ha både eit administrativt og fagleg overordna ansvar (11, 15). Trass i intensjonane tyder funn i denne studien på at sjukepleieleiarane stod aleine og utan mynde i arbeidet med kompetanseutvikling. Dagens leiingsstruktur kan slik sett bidra til å undergrave kompetanseutvikling som ei sentral leiaroppgåve. Informantane etterlyste koordinator/sjef for sjukepleietenesta, felles fagleg forum for drøfting av sjukepleiefaget og deltaking på leiarmøte ved saker som angår sjukepleietenesta. Endring i leiingsstrukturen kan ha ført til at sjukepleietenesta har mista koordineringsleddet for eiga teneste (25, 26). Informasjon i god tid og ei tettare oppfølging frå leiar var også moment som kom fram. Senge (34:16) seier nettopp at ein må involvere leiarane på «grasrota» for å lykkast med omstillingar: «We have rarely seen any successful change initiative that did not involve imaginative, committed local line leaders. By «local line leaders», we mean people with accountability for results and sufficient authority to undertake changes in the way that work is organized and conducted at their local level». Arbeidet med kompetanseutvikling for sjukepleietenesta kan bli hindra av at leiarar ved dei ulike nivåa ikkje snakkar nok saman og i fellesskap vurderar arbeidsoppgåver.

Profesjonell leiing som eit av dei sentrale elementa med sjukehusreforma og innføring av einskapleg leiing kan synast å ha gitt nye utfordringar. Det å

finne ei god tilpassing av leiarrolla kan ifølgje mine informantar synes vanskeleg, i og med at rolla vert utøvd i eit komplisert samspel mellom individuelle faktorar, organisasjonsforhold, kulturelle faktorar og bevisste reformtiltak. Fagleg utvikling vil framleis trenge leiing av fagleg karakter. Og integrering av ny leiarrolle, saman med fagleiing og forvaltning, kan synes utfordrande, men er viktig å få

tid til disposisjon som står i samsvar med oppgåvene, og at mynde og arbeidsoppgåver går hand i hand ved delegering av oppgåver.

KONKLUSJON

Organisasjonsmessige strukturar påverkar mulighetene for å utføre arbeidet med kompetanseutvikling. Omorganiseringar med ny leiingsstruktur, meir fokus på organisasjon,

” Helseføretaka bør kritisk vurdere det faglege innhaldet i sjukepleieleiaren sitt arbeid og rolle.

til (5, 6, 28). Forsking syner at ein treng leiarar med strategisk kompetanse som ser utvikling og bruk av kompetanse som nødvendig for å oppnå høg kvalitet på sjukepleietenesta (3, 41). Funna i studien kan tyde på behov for å involvere og følgje betre opp sjukepleieleiarane. På hi sida kan funna også tyde på at sjukepleieleiarane sjølve må argumentere for sjukepleiefaget og behovet dei har for oppfølging og utvikling oppover i organisasjonen. Internasjonale studiar presiserar sjukepleieleiarars viktige rolle, i høve det å argumentere for og setje i verk ny sjukepleiekunnskap. For å vere i stand til å fylle rolla må sjukepleieleiing satsast på og fylgjast opp av leiinga på alle nivå i sjukehusorganisasjonen (3, 18, 41). Det er grunn til å tru at ei felles prioritering av korleis helseføretaket skal arbeide og utvikle den sjukepleiefaglege kompetansen kunne ha styrka kvaliteten på sjukepleietenesta på sikt. Utfordringa informantane spesielt tok fram var, å få

produksjon og effektivitet, kan føra til ei svekking av det profesjonsfaglege fokuset. Sjukepleieleiarane ser ut til å ha dagane oppfylt med administrativt arbeid. Fleire gjev uttrykk for at det er vanskeleg å finne rom for å arbeide systematisk med kompetanseutvikling. Studien tyder på at sjukepleieleiarane er sentrale i å sette kompetanseutvikling på dagsorden, men å stå aleine i arbeidet med dagens økonomiske og styringsideologiske rammes verkar vanskeleg. Om ein ynskjer å systematisere og målrette arbeidet med kompetanseutvikling for sjukepleietenesta, indikerer funna i studien at helseføretaka bør kritisk vurdere det faglege innhaldet i sjukepleieleiaren sitt arbeid og rolle. Studiens avgrensa omfang vekker behov for ytterlegare systematiske studiar av sjukepleieleiarane sine vilkår for faglig kompetanseutvikling i dagens helseføretak.

Les kommentaren på side 293 >>

REFERANSER

1. Akerjordet K, Severinsson E. Emotionally intelligent nurse leadership: a literature review study. *Journal of Nurse Management*. 2008;16:565-77.
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital Staffing, Organization and Quality of care: Cross-National Findings. *Nursing Outlook* 2002;50:124-33.
3. Tørstad S, Bjørk IT. Nurse leaders' views on clinical ladders as a strategy in professional development. *Journal of Nursing Management*. 2007;15:817-24.
4. Furåker C, Berntsson L. Vårdenhetscheferes mål og arbete. *Vård i Norden*. 2003;23:27-32.
5. Torjesen DO. Foretak, management og medikrati - en sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten. Doktoravhandling. Universitetet i Bergen, Bergen, 2008.
6. Johansen SM. Mellom profesjon og reform - En kvalitativ analyse av ledelsesidealer og lederpraksis blant leger og sykepleiere i norske somatiske sykehus. Nordiske Organisasjonsstudier Nr 1. Fagbokforlaget, Oslo, 2008.
7. Mo TO. Doctors as managers: moving towards general management? The case of unitary management reform in Norwegian hospitals. *Journal of Health Organization and Management*. 2008;22:400-15.
8. Naustdal AG. Sjukepleieleiaren sitt arbeid med kompetanseutvikling i sykehus: sett i lys av erfaringar med innføring av sjukehusreforma. Masteroppgåve. Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2006.
9. Lovdata. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. [spesialisthelsetseteloven] Tilgjengeleg frå: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html> (15.05.09).
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helseplan [2007-2010]. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006-2007) kapittel 6.
11. Helse- og omsorgsdepartementet. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus, NOU 1997:2.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr.47 2008-2009 Samhandlingsreformen - rett behandling - på rett sted - til rett tid.
13. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. (Helsepersonelloven) Tilgjengeleg frå: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> (15.05.09).
14. Helsedirektoratet. ... og bedre skal det bli! Bli med å forme morgendagens sosial- og helsetjenester. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenester, (2005-2015). 2006.
15. Helsedepartementet, Ledelse i sykehus, Oslo, 2002.
16. Islamoska J, Nilsson R, Sjøstrøm K, Willman A. Arbeidsmodeller som sikrer sjukskøterkekompetensen - en systematisk litteratursammenstilling. *Vård i Norden*. 2009;29:44-7.
17. Martinsen K. Samtalen, skjønnet og evidensen. Akribe, Oslo, 2005.
18. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *The Journal of Nursing Administration* 2009;39:45-51.
19. Brooten D, Youngblu J. Nurse Dose as a Concept. *Journal of Nursing Scholarship* 2006;38:94-9.
20. Van den Heede K, Clarke SP, Sermeus W, Vleugels A, Aiken LH. International Experts' Perspectives on the State of the Nurse Staffing and Patient Outcomes Literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 2007;39:290-7.
21. Melby K. Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie. Cappelen Forlag, Oslo, 1990.
22. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. Tano, Oslo, 1993.
23. Torjesen DO. Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 2007;48:275-90.
24. Opedal S, Stigen IM (red). Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen. Fagbokforlaget, Bergen, 2005.
25. Kjekshus LE, Westlie A. Helseforetakenes interne organisering og ledelse - INTORG 2007, Skriftserie 2008:1. Universitetet i Oslo, Institutt for helseledelse og helseøkonomi: Oslo, 2008.
26. Kjekshus LE. De somatiske sykehusenes interne organisering - En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003. SINTEF Helse, Økonomi, kvalitet og tilgjengelighet. Oslo, 2004.
27. Mo TO. Ledelse til begjær eller besvær - om reformer, fag og ledelse i sykehus. Doktoravhandling. Trondheim: NTNU: Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, 2006.
28. Fjeldbraaten E, Torjesen DO. Changing roles and identities among clinical managers. Does a health enterprise reform make any difference? Paper Nordic Workshop on Health Management and Organization: København, 2006.
29. Vareide PK, Norvoll HC, Røhne KR. Stykkevis og helt - sykepleiernes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus. Sintef-rapport. Oslo, 2001.
30. Bjørk IT, Samdal HB, Tørstad GB, Hamilton GA. Evaluation of Clinical Ladder Participation in Norway. *Journal of Nursing Scholarship*, 2007;39:88-94.
31. Vrenne ÅB. Ledelse av sykepleiefaglig kompetanseutvikling i sykehus: hva skal til? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2007;2:56-69.
32. Normann L. Enhetlig todelt ledelse kraftpotensiale eller konflikt? Hovedfagsoppgave. Institutt for sykepleievitenskap, Universitet i Oslo, 2001.
33. Senge P M. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. New York: Doubleday/Currency, 2006.
34. Senge P, Kleiner A, Roberts C, Ross R, Roth G, Smith B. The Dance of Change: The Challenges of Sustaining Momentum in Learning Organizations, New York: Doubleday/Currency, 1999.
35. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademiske, Oslo, 1997.
36. Gilje N, Grimen H. Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi. Universitetsforlaget, Oslo, 1993.
37. Ry Nielsen JC, Repstad, P. Fra nærhet til distanse og tilbake igjen - om å analysere sin egen organisasjon. *Samfunnsvitenskapene*, København, 1993.
38. Bjørk IT. Sykehusavdelingen - et miljø for læring? *Vård i Norden*, 2001;21:4-9.
39. Nilsen RE. Opportunities for learning and knowledge creation in practice. Oslo: BI Handelshøgskolen, 2010.
40. Pearson A, Laschinger H, Porritt K, Jordan Z, Tucker D, Long L. Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in healthcare. *Int J Evid Based Healthc* 2007;5:208-53.
41. Sorensen R, Ledema R, Severinsson E. Beyond profession: nursing leadership in contemporary healthcare. *Journal of Nursing Management*, 2008;16:535-44.

Fagutvikling må prioriteres

> At sykepleieledere sliter med å prioritere kompetanse- og fagutvikling er ikke noe nytt fenomen.

Foto: Oslo universitetssykehus



Av Ann Elise Oppheim

Fung. helsefaglig rådgiver, Medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus, Aker

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen setter søkelys på oppgaven med å ivareta kompetanseutvikling for sykepleiepersonale på postene, og det at denne oppgaven synes å ha fått dårligere vilkår i forbindelse med omorganiseringer og endring i lederstrukturen i sykehuset. Dette er en virkelighet mange vil kjenne igjen. Det siste tiåret – også før det – har helsetjenesten vært preget av omorganiseringer av ulike slag. Det er stadig endringer, og vi har en konstant følelse av å ha en anstrengt økonomi. Samtidig har vi vel aldri disponert større økonomiske ressurser enn vi gjør i dag.

Enhetsledere og seksjonsledere, i de fleste tilfeller fortsatt sykepleiere, har en nøkkelrolle når det gjelder kompetanseutvikling for sykepleiepersonale på postplan. Å øke personalets kunnskap og kompetanse kan skje på mange ulike måter – fra systemer med «bedside undervisning», til permisjon for å ta en mastergrad. Men det er viktig å

sette alle tiltakene og oppleggene inn i en helhetlig plan for posten. Kompetanseoppbygging og fagutvikling er nødvendig for å sikre den beste (kunnskapsbaserte) praksis og en faglig forsvarlig og god økonomisk drift. God kvalitet bidrar til god økonomi. Faget vårt – sykepleiefaget – er det redskap vi har for å gi pasienten den sykepleie og omsorg han eller hun har behov for.

Kompetanseutvikling må prioriteres selv om det er mange faktorer som bidrar til å begrense både muligheter og motivasjon. Tid blir ofte nevnt som en begrensende faktor. Manglende interesse, prioritering og etterspørsel fra leder og ansatte er også eksempler på slike faktorer. Som det også påpekes i artikkelen kan det være mangel på forventninger og støtte fra overordnet ledelse. Det er vanlig at man må rapportere økonomi og driftsresultater, men ikke i like stor grad kompetanseutvikling og fagutvikling.

Det er viktig med etterspørsel fra de ansatte, men det viktigste leddet for å få til kompetanseutvikling og fagutvikling på posten er likevel lederne. Jeg har arbeidet i sykehus både før og etter ledelsesreformen. Før ledelsesreformen hadde vi også sykepleieledere som var vel så opptatt av drift, effektivisering og økonomi som det man må være i dag. Disse hadde også prioriteringsutfordringer når det kom til kompetanseutvikling og fagutvikling.

Min erfaring er at de fleste førstelinjeledere på vanlige sengeposter og spesialenheter klarer å ha fokus på, tilrettelegge og følger opp kompetanseutviklingen hos personalet – også fagutviklingsprosjekter. Poster/enheter som har utarbeidet gode planer får disse til å fungere, selv om det av og til må endres litt på tiltak/program enkelte dager – «når alt står på hodet» – og driften må prioriteres.

Les artikkelen på side 286



Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at det ikke er alltid lett å definere hva som er frivillighet og hva som er tvang i pleiesituasjoner der helsepersonell hjelper personer med demens.

Mer om forfatter:

Marit Helene Hem er psykiatrisk sykepleier, PhD og post doc. stipendiat. Elisabeth Gjerberg er sosiolog, dr. polit og seniorforsker. Reidar Pedersen er lege og filosof, PhD

og KEK-koordinator. Reidun Førde er professor dr.med. Alle er ansatt ved Seksjon for medisinsk etikk, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Kontaktperson: m.h.hem@medisin.uio.no.



Foto: Erik M. Sundt

Studiens bakgrunn: Nylig ble bruk av tvang i helsetjenesten regulert: helsehjelp kan gis til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg nødvendig helsehjelp når det er fattet lovlig vedtak. Bruk av tvang i omsorgsarbeid er utfordrende.

Hensikt med studien: Artikkelen fokuserer på grenselandet mellom frivillighet og tvang i omsorg og pleie til personer med demens i sykehjem. Hensikten er å beskrive typiske situasjoner når omsorg og pleie skal gis til personer med demens som motsetter seg hjelp.

Metode: Artikkelen er basert på elleve fokusgruppeintervjuer med 60 pleiere på fem sykehjem. Vi har benyttet en åpen form for analyse («bricolage») av det transkriberte datamaterialet (311 sider).

Hovedresultat: Resultatene viser at å hjelpe personer med demens med personlig stell byr på mange utfordringer. Grensene mellom frivillighet og tvang er ofte uklare, og frivillige situasjoner kan raskt vippe i retning av sin motsats, tvang. Motstand kan ligge mer i måten ting gjøres på enn motstand mot selve handlingen. Etablering av tillitsfulle relasjoner

til pasientene er en måte å redusere tvang og øke frivillighet og samarbeid på.

Konklusjon: For å utvikle bevissthet om og alternativer til tvang, er det viktig at pleierne engasjerer seg i kontinuerlige diskusjoner om praksis. Det er behov for kvalitativ forskning for å forstå og utvikle feltet. Kunnskap om pleiernes erfaringer og håndteringsmåter kan bevisstgjøre og gi pleierne flere strategier for å gjennomføre krevende pleieoppgaver, og den kan bidra til å iverksette tiltak som styrker kvaliteten på omsorgen. På sikt kan det redusere tvang.

» Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang

Forfattere: Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen, Reidun Førde

NØKKEORD

- Demens
- Fokusgrupper
- Intervju
- Tvang,
- Pleiepersonell
- Sykehjem

INNLEDNING

De siste ti årene har bruk av tvang overfor personer med demens fått økende oppmerksomhet i Norge, og det er gjennomført flere studier (1–7). Tvang eller press i forbindelse med stell og pleie er vanlig i norske sykehjem (1,2,4). Etter 2009 ble bruk av tvang i helsetjenesten regulert: helsehjelp kan gis til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg nødvendig helsehjelp når det er fattet lovlig vedtak (8–9). Bruk av tvang i omsorgsarbeid er vanskelig for helsepersonell (10,11), og innebærer etiske, faglige og

juridiske utfordringer som det er viktig å belyse. Tvang kan være opplagt; bruk av fysiske tvangsmidler som hindrer bevegelse (sengehest, belter i stol eller seng, bordbrett) og «kjemisk tvang» (medisiner) for å regulere vanskelig atferd hos personer med demens (5). Det som først og fremst interesserer oss er de mindre åpenbare former for tvang og grenselandet mellom frivillighet og tvang. Grensene mellom frivillighet og tvang kan være hårfine (12, 13). Ofte står pleierne i situasjoner der pasienters motstand ikke virker «rasjonell», der pasienten kanskje noen minutter senere er fornøyd med å ha fått hjelp, og der det å hjelpe kan føles tvingende nødvendig.

TIDLIGERE STUDIER

I november 2009 gjorde vi et systematisk litteratursøk for perioden 1995–2009 i Medline, Cinahl og Sociological abstracts med følgende søkeord: «coercion», «restraint», «nursing home» og «dementia». Resultatet av søket viser at de fleste artiklene beskriver tverrsnittsstudier som under-

søker henholdsvis prevalens av ulike former for fysiske hindringer/tvang i sykehjem (1, 2, 6, 14–19), forhold som assosieres med bruk av tvang/hindringer (4, 20–23), årsaker til eller begrunnelser personalet gir for å ta i bruk fysiske hindringer/tvangstiltak (3, 24) eller tiltak for å redusere atferdsproblemer og fysiske begrensninger (7, 19, 25–28). I litteraturlister og via andre kilder har vi funnet artikler som omhandler frivillighet og tvang i forbindelse med stell og pleie, to artikler som fokuserer på omsorgsmakt og produktiv makt (12, 13), to artikler som tematiserer vasking av eldre pasienter i langtidspsykiatri (29, 30) og to artikler som diskuterer etiske forhold (10, 11). I tillegg har vi identifisert fem kvalitative studier (31–35) av aggressiv atferd og bruk av tvang. Dusjing er den aktivitet som oftest fremprovoserer aggressiv atferd blant pasienter med demens i sykehjem (31). Miller (ibid.) understreker behovet for å tilpasse pleien til pasientenes individuelle behov. Hun anbefaler det hun betegner som «Working through aggres-

sion to the person», en strategi for å forebygge aggresjon, møte pasientens aggresjon på en konstruktiv måte og redusere bruk av tvang. Basert på videoopptak av bade- og dusjesituasjoner, identifiserte Somboontanont og medarbeidere (32) trekk ved pleiernes atferd som bidro til aggresjon blant personer med demens i sykehjem: konfronterende kommunikasjon, mangel på respekt for pasientens følelser, dårlig tid og manglende forberedelse før noe skulle skje. Å ikke bruke tvang, ved å la være å holde fast pasientens hånd eller arm, reduserte aggresjon. Basert på deltakende observasjon i sykehjem hevder Moser (34, 35) at en relasjonell og (re)habiliterende behandlingsskilt bidrar til reduksjon av angst, uro og aggresjon, og dermed mindre bruk av tvang, sammenlignet med en biomedisinsk tilnærming, der det primært er pasientens demenstilstand som er styrende for situasjonsforståelsen og relasjonen mellom pasient og pleier. Moser (33)

situasjoner slik at pasientene opplevde kontroll (ibid.).

Kunnskap om pleiernes erfaringer og håndteringsmåter kan bevisstgjøre pleierne og gi dem flere strategier for å håndtere krevende pleieoppgaver og bidra til å iverksette tiltak som styrker kvaliteten på omsorgen. På sikt kan det redusere tvang. Hensikten med artikkelen er å beskrive hvordan pleiepersonalet erfarer og håndterer typiske situasjoner i sykehjem når omsorg og pleie skal gis til personer med demens som på forskjellige måter og i ulik grad motsetter seg slik hjelp.

METODE

Fokusgruppeintervju

Materialet i vår studie er basert på fokusgruppeintervju med 60 deltakere fordelt på 11 grupper. Fokusgruppene besto av pleiepersonale på fem sykehjem på det sentrale østlandsområdet. Antall deltakere i hver gruppe varierte fra tre til syv, og de var hovedsakelig tverrfaglig sammensatt. Rekruttering av

relevante og interessante beskrivelser av deres erfaringer helt til siste intervju. Intervjuene varte i cirka to timer, de ble tatt opp på bånd og deretter transkribert (311 sider).

Intervjuene var basert på en tematisk ordnet intervjuguide der vi fokuserte på personalets forståelse av frivillighet og tvang, hvordan situasjoner løste seg uten bruk av tvang, hvordan motstand mot pleie og omsorg utløste bruk av press og tvang, hvilke pleiesituasjoner som involverte bruk av tvang og hvilke former for tvang de hadde erfaring med.

Fokusgrupper (36–42) ledes vanligvis av en moderator som skal sørge for at alle kommer til orde, at samtalen er forankret i det tema som er i fokus og at gruppens erfaringer skal komme til uttrykk gjennom samtalen. Vi valgte å være to moderatorer (første- og andreforfatter), der vi supplerte hverandre med oppfølgende spørsmål. Moderatorer må også være var for gruppedynamiske prosesser (38). Flere deltakere uttrykte bekymring før intervjuene. Noen var usikre på hva de kunne bidra med, og sa de grudde seg. Tvang kan være et følsomt tema å snakke om, derfor la vi vekt på at deltakerne skulle få fortelle det de hadde lyst til å fortelle. Deltakerne ble innledningsvis bedt om å beskrive mest mulig detaljert fra hendelser som dreide seg om tvang, og om grenselandet mellom frivillighet og tvang. Vi fulgte opp med spørsmål til utdyping. Vi tillot også at de ikke alltid holdt seg strengt til tematikken, både fordi vi ønsket å bidra til en aksepterende atmosfære og fordi vi erfarte at det ut av «hverdagsprat» kan komme relevante historier.

” Tvang kan være et følsomt tema å snakke om.

har studert kommunikasjon basert på Marte Meo metoden: i analyse av videoopptak fra samhandlingssituasjoner mellom personer med demens og pleierne oppdaget pleierne at pasientene viste initiativ, vilje og kompetanse. Suksessfaktorene var, ifølge pleierne, at pasientene følte seg anerkjent ved at det var fokus på her-og-nå situasjoner. Pleierne unngikk å stille spørsmål som skapte forvirring, de senket tempoet og skapte rolige og oversiktlige

deltakere skjedde i to trinn: først ble lederne for sykehjemmene spurt om sykehjemmet ville delta i prosjektet, og deretter ble avdelingslederne ved ulike avdelinger på sykehjemmet bedt om å spørre de ansatte om å delta. Det viste seg at vår henvendelse vekket engasjement og vilje til å delta. Vi valgte å ta imot alle som ønsket å være med. Vi opplevde at deltakerne engasjerte hverandre gjennom de kollektive utvekslingene i intervjuene. Følgelig fikk vi

For å ivareta pasienters anonymitet ba vi deltakerne på forhånd om å maskere karakteristika som kunne bidra til gjenkjenning. I utskrivning av intervjuene har vi også anonymisert gjennom å endre på person-, institusjons- og stedsnavn, i tillegg til at vi har vært nøye med å vurdere all informasjon med tanke på faren for identifisering av personer (43). Prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (44). Vi rådførte oss med Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (45), og studien ble vurdert til å ikke være fremleggelsespliktig der.

Analyse

Analysen av materialet foregikk i flere faser. Alle forfatterne studerte og diskuterte utskriftene fra intervjuene, både underveis og etter at alle intervjuene var gjennomført. Det førte til den første struktureringen av materialet etter temaer (38). Vi laget en oversikt over beskrivelser som handlet om ulike former for tvang eller overtalelse, press eller manipulering, hvilke situasjoner som hadde utløst tvang, samt på beskrivelser av alternativer til tvang. Videre har vi systematisert materialet ut fra ulike områder ved pleie og omsorg som vi ser at deltakerne omtaler i intervjuene (37). Vår fremgangsmåte kan best beskrives som «bricolage» (46): vi har beveget oss fritt frem og tilbake i materialet uten å støtte oss på bestemte metoder og analytiske teknikker. Det er en eklektisk måte å skape mening i et data-materiale på (ibid., 47).

RESULTATER

Gjennom historiene synliggjør deltakerne at de står i en

krevenne hverdag. En pleier beskriver grenselandet mellom frivillighet og tvang når hun skal hjelpe pasienter med personlig stell: «For hvor ofte skal du inn og skifte eller stelle? Hvor lenge skal du vente? Hvordan skal du håndtere hele situasjonen? Kan du gå ut og komme tilbake? Kan hun få lov til å

” Grensene mellom frivillighet og tvang kan være hårfine.

ikke vaske seg den ene dagen? Hvor mange dager skal det gå før man gjør det?»

Vask og dusj

Behovet for stell, vask og dusj knyttet til tilgrising med urin og avføring er noe mange er opptatt av. En uttrykker det slik: «Men noen ganger så må vi dusje, fordi det er avføring nedover hele kroppen og hele rommet og ...» I slike tilfeller oppfattes behovet for stell som så uttalt at de opplever å befinne seg i et grenseland der mildt press og overtalelse kan føre dem inn i en tvangssituasjon: «Vi tvinger ikke en pasient til å dusje, liksom, men er det så på grensa at det lukter både svette og urin, så er det på en måte litt tvang, det også ...» En annen sier: «Ja, da må du rett og slett bruke litt tvang, men jeg forklarer og forklarer ... Men det kan godt hende at en må bruke den lille tvangen, allikevel. Jeg bruker ikke så mye tvang for jeg får pasienten på gli, men jeg må jo i hele meg sjøl ta den lille tvinge meg ...» Pleierne ønsker ikke å anvende åpenbar tvang, «den veldige tvangen», som en uttrykker det. Samtidig opplever de at de må foreta seg noe som går

på tvers av pasientenes ønsker. Det at pasientene ikke vil dusje, relaterer flere til at det ikke er vanlig for den generasjonen å dusje like ofte som yngre gjør i dag. Uttrykkene de tar i bruk, er interessante: «litt tvang», «den lille tvangen», «ikke så mye tvang». En beskriver det som om hun må mobilisere litt

ekstra i seg selv: hun må ta den lille tvinge meg. Vi tolker disse beskrivelsene som at pleierne opplever at de balanserer hårfint i situasjoner der de tenker at «litt» press eller «litt» tvang er legitimt for å få med seg pasientene i det som vurderes som nødvendig stell, men at dette fort kan «bikke» i retning av for mye tvang eller at man ikke får stelt pasienten. De forsøker «å lirke det til», et uttrykk som de stadig tydde til.

Noen trekker frem at måten ting gjøres på kan være avgjørende for grad av samarbeid, for eksempel i forbindelse med dusjing: «De kvier seg jo for å kle av seg og sitte på den der dusjen, og dusje der, liksom. Vi har på oss plastikkhansker og gummi-støvler. Det er kaldt i vannet, vi dusjer dem og vasker dem og det blir intimt.» En refererte til en pasient som opplevde hun ble spylet: «... hun sa jo det, «I dag har jeg blitt spyla», sa hun ... De ordene brukte hun» Når dusjing foregår i en slik kontekst, er det nærliggende å tenke at det kan oppleves som et ubehagelig press for pasientene: personalet har iført seg beskyttelsesutstyr mens pasientene er fullstendig avkledd. Det at personalet

beskriver dette, må bety at de kjenner det ubehagelig å være medansvarlig for en slik måte å utføre et personlig stell på. Det gjorde åpenbart inntrykk på den ene pleieren at pasienten brukte ordet «spyling.»

Stell av negler

Stell av negler er nok et vanskelig område. Lange negler kan gro inn i huden og skape infeksjoner, eller lange negler kan skape sår på huden i forbindelse med kløing: «Og hun får veldig sår når hun klør og sånt ...» Det kan gå lang tid mellom hver gang negler blir klippet, og i noen tilfeller er det et kontinuerlig tema: «Det kan hende at du klarer å klippe en negl da, en negl da». En sier: «Det kan gå uker før en får gjort noe neste gang. En strategi er ... hvis du passer på når medisinene begynner å virke, så kanskje du får klippet en negl.» De beskriver situasjoner der opptil fire–fem personer er involvert i negleklippingen: «Jeg fikk klippet neglene hennes en gang, men da var det to stykker som satt med henne i sofaen og så var det to stykker som sto bak ...» Noen ganger er de bare to: «Så da sitter vi to ... Det er tvang, det også ...» En annen uttrykker seg på samme måte: «Der blir det jo egentlig det du kaller for tvang, når en må holde hånden og en annen klipper neglene». En annen har brukt følgende strategi: «Da hadde jeg mitt ben slik at hun ikke hadde mulighet til å trekke til seg foten ... Men da gikk det, da fikk vi tatt noen». Gjennom disse beskrivelsene tydeliggjør deltakerne at stell av negler byr på pleiemessige utfordringer. De karakteriserer situasjonene med begrepet «tvang». Det kan være at de tok i bruk tvangsbegrepet fordi det var tema for intervjuet;

de begynte å reflektere over situasjoner de hadde opplevd i lys av tvang, noe de kanskje ikke hadde gjort i samme grad tidligere. Disse beskrivelsene viser imidlertid at situasjonene ikke først og fremst er preget av motstand og hardhendt holding. Det kan virke som om personalet heller bruker makt ved å «trotte mannsterke opp» og plasserer seg i strategiske posisjoner rundt pasienten som enten hindrer bevegelse eller som gjør det mulig å gripe inn hvis det er nødvendig. Det å tilforlatelig blokkere pasientens ben med eget ben er en måte å «presse» pasienten inn i negleklipping på. Det er også mulig at de utelot konkrete detaljer som eventuelt hadde vist at det var åpenbar tvang.

Tannpuss og munnstell

Å få gjennomført tannpuss og munnstell er utfordrende og kan oppleves som å invadere pasienten: « ... inn i munnen på folk – det blir personlig», sier en. «Her om dagen, da knep hun helt igjen, og da sa jeg at «Da gjør du det ikke» (til en kollega, vår anm.). Så tok jeg det selv en dag, og så snakka jeg litt, og så fikk jeg den inn og så fikk jeg det til «uten å bruke den harde». For hvis hun ikke vil, da gjør jeg det ikke, da får det heller være». Denne pleieren beskriver at hun fikk gjennomført tannpuss uten å bruke den harde med å overtale eller avlede gjennom «snakk» selv om pasienten tidligere hadde motsatt seg det. En annen venter på en passende anledning: «Det går ikke å dytte en tannbørste inn i munnen hvis ikke de vil. For da er det skikkelig tvang, og da blir de irriterte. Da kan man gjøre det senere på dagen eller på kvelden når de legger seg.» «Men på et eller

annet tidspunkt må det gjøres: Og det er klart at en gang i mellom, så må de jo pusse tennene. Det sier seg jo selv, å ha protese inne ... Det er greit, det kan gå en dag, to dager, tre dager, men du må jo ... Og da hender det at du kanskje ... ja, noen holder hendene, eller at vi kan få tatt de ut på en eller annen måte ... At du svipper dem ut, da ... Og det er jo tvang, det, for de vil jo egentlig ikke ...» Med tilrettelegging av situasjonen får denne pleieren det til, men det kan være nødvendig med en som holder hendene til pasienten. Vi tolker hennes måte å uttrykke seg på som at hun skjemmes over å fortelle at hun har måttet ty til tvang, det var åpenbart ingen lett avgjørelse å ta.

DISKUSJON

Grensland mellom frivillighet og tvang

Pasienter med demens i sykehjem er sårbare. De kan utvikle angst og vrangforestillinger, de kan bli deprimerte, forvirrede og mistenksomme, noe som vil gi dem en følelse av å mangle kontroll over egen situasjon (7). Deres hjelpeløshet forsterkes av at de har problemer med å huske og med å uttrykke og fastholde egne behov og ønsker. Samtidig er deres behov for hjelp ofte påtakelig. Dette kan føre til verbal og fysisk motstand og aggresjon i situasjoner der pleiepersonell skal hjelpe dem med daglig pleie og omsorg (4, 22, 23). Det er utfordrende for pleierne å håndtere, noe som går frem av deres fortellinger om å hjelpe pasienter med personlig stell, slik vi har vist i forrige avsnitt.

Samtidig er det å ivareta pasientenes behov for personlig stell en ordinær aktivitet i sykehjem. Pasientenes verdighet knyttes til å være rene og

velstelte, til å ha et ytre som bærer preg av ivaretagelse (30). Pleierne forståelse av seg selv som ansvarlige omsorgsarbeidere innebærer at de passer på at pasientene er rene og tørre, noe som er en gjennomgangstone i det pleierne formidler til oss. Renslighet er en viktig verdi i vår kultur. Derfor er de dagligdagse aktivitetene rundt pasientenes personlige stell et like dagligdags konfliktområde. Hjelp til personlig stell kan fremprovosere motstand, slik deltakerne i vår studie tar opp, og det er også dokumentert i andre studier (13, 22, 31, 32). Konflikt og uro har sammenheng både med pasientenes forvirring og hjelpeløshet, samt at måten hjelpen gis på kan

«spabesøk» fremfor «spyling»? Selv om omsorg, som ivaretagelse av pasientenes behov for personlig stell, er en ordinær og rutinepreget aktivitet (29), kan den også være uforutsigbar. Det som kompliserer vurderingene pleierne må gjøre er knyttet til at pasienter, til tross for sterk overtalelse på grensen til verbal tvang, etterpå kan ha glemt sin motstand og uttrykker tilfredshet med å ha blitt rene og tørre (11). Det kan være vanskelig å vurdere hva som er frivillighet, motstand eller tvang når personalet blokkerer pasientens ben på en «tilforlatelig» måte med sitt eget ben, for å få gjennomført et sårt tiltrengt neglestell, og pasienten er fornøyd etterpå.

Marte Meo metoden: « ... But even if a patient has dementia this does not mean that it is empty in there. You just have to find her language». En annen pleier sa: «They have not sailed off and totally disappeared into the darkness. Their emotional life is still there even if their brain is impaired» (ibid.). At det er mulig å finne mening i det personer med demens uttrykker, formidles også av Taylor (50) i hennes autoetnografiske tilnærming basert på å ha en dement mor.

Personalet i vår studie beskriver hvordan de med forskjellige lirke- og luremetoder får gjennomført nødvendig pleie og omsorg uten at det ender med motstand fra pasienten. Det ligger trolig mye godt relasjonsarbeid i «lirke- og luremetoder», der forhandlinger og forklaringer er viktig (11). Det kan trekkes en parallell til begrepet «å makte» (13). Pleierne «makter» å holde ut motstand og avvising i krevende pleiesituasjoner, de finner løsninger, tar pasientenes perspektiv, er tålmodige, handlingsorienterte, nærværende og vennlige. Pleierne i vår undersøkelse snakket i liten grad eksplisitt om å etablere relasjon og kontakt, kun noen få brukte uttrykk som «tillit». Beskrivelsene var mer preget av at pleierne hadde oppgaver de skulle utføre overfor pasientene. Pleierne hadde en nærmest konstant oppmerksomhet på hvordan de skulle få gjennomført det de mente var nødvendig. De prøver seg frem, ser an situasjoner og bruker anledninger som byr seg til å komme med kreative «innsmett». Selv om pleierne implisitt beskrev hvordan de arbeidet med å etablere og vedlikeholde så tillitsfulle relasjoner til pasientene som mulig,

” ” Pasienter med demens i sykehjem er sårbare.

komme i konflikt med individuelle vaner og preferanser knyttet til personlig hygiene. Personlig stell innebærer at pleiepersonalet har tilgang til pasientenes intime områder av kroppen (30). Stell, påkledning og toalettbesøk kan derfor oppleves som invasjon av deres personlige rom (32). Følgelig kan pasientene føle seg truet, de kan bli engstelige og forvirrede, og dette kan føre til motstand.

Motstanden kan være knyttet mer til måten pleien gjøres på enn motstand mot selve handlingen. Motstand mot at personalet, «spyler» pasienter som har urin og avføring på kroppen, er lett å forstå. Personalet er kanskje flere, iført hansker og gummistøvler. Det kan hende pasientene hadde funnet glede i å dusje hvis situasjonen hadde blitt lagt opp mer å la et

Både nasjonalt og internasjonalt er det fokus på at bruk av tvang bør reduseres (5) eller elimineres: «restraint-free care» (48, 49). Hvis det skal bli en bevegelse i grenselandet – ikke i retning av tvang – men mot større frivillighet, kan en vei å gå være å studere enkeltepisoder, slik noen viser til (32, 33). At pasienter reagerer med motstand når de opplever manglende respekt (32) blir dermed forståelig og ikke kun et forvirret dement uttrykk som må «håndteres». Demente persons uttrykk er måter å kommunisere sine behov på (27, 33, 48, 49). Følgelig må man nærme seg pasienten med respekt for å identifisere og imøtekomme den enkeltes spesifikke omsorgsbehov (11, 30). Moser (33, ss. 103–104) refererer til pleieres refleksjoner i forbindelse med

kan det være at de i enda større grad kan være oppmerksomme på det. Da blir sannsynligheten for å lykkes med kreativitet og fleksibilitet i samhandlingen større, som Pols (30, s. 93) sier: «... without good relations everything stops». Etablering av tilfyllende relasjoner til pasientene innebærer en «bevegelse» fra å se seg selv som en iverksetter av nødvendige pleietiltak mot en sensitivitet knyttet til å etablere trygge relasjoner (31). Det kan bety at pleierne noen ganger må prioritere å være sammen med pasientene isteden for å gjennomføre praktiske pleieoppgaver (10). Det kan være krevende i seg selv for det kan bryte med normene i pleiekulturen: «Sitting and talking are not good because they are opposed to work» (29, s. 414). Å balansere mellom å opprettholde rutiner og samtidig være var for hva som kreves i situasjoner er et utfordrende mål.

STYRKER OG SVAKHETER

En svakhet ved vår studie er at vi kun har benyttet intervju som metodisk tilnærming til å studere grenselandet mellom frivillighet og tvang. Det er grunn til å tro at vi ville ha fått et rikere materiale hvis vi i tillegg hadde gjort deltakende

observasjon. Da ville vi også ha kunnet vurdere forholdet mellom hvordan pleierne snakker om sin utøvelse og hva som faktisk skjer (40).

Det er utfordrende å reflektere om frivillighet og tvang i et så krevende praksisfelt. Valget vi tok om å bruke fokusgruppeintervju bidro til at vi fikk et rikt materiale fordi deltakerne i gruppediskusjonene utfordret hverandre. De hadde ulike meninger, tanker og erfaringer om temaet; den kollektive og retrospektive refleksjonen som fokusgruppemetoden legger til rette for (37, 41) har fungert godt her. Tilbakemeldingene fra gruppene etterpå bekrefter, som vist over, at de syntes det var tankevekkende og bevisstgjørende å være med i gruppediskusjonene. Det er en styrke ved studien.

KONKLUSJON

Denne studien har vist at hva som er frivillighet og hva som er tvang i omsorg og pleie av pasienter med demens i sykehjem kan være uklart. Dessuten kan situasjoner raskt «vippe» mellom frivillighet og tvang. Dette kan være et problem i forhold til å håndtere det nye lovverket som krever at tvang bare kan ytes etter at det er fattet et lovlig

vedtak. Demens er en sykdom med visse karakteristika og den er progredierende. Pleierne kan gjøre en forskjell ved å legge vekt på å bygge relasjoner til pasientene – slik at grenselandet mellom frivillighet og tvang beveges i retning av pasientenes delaktighet, kontroll og frivillighet (34, 35).

Det er behov for kvalitative studier som tar i bruk ulike metoder. Gjennom intervjuer (med pasienter, pårørende og pleiere), dagbokskrivning, observasjoner og videoopptak kan man få detaljert empiri som beskriver kompleksiteten i feltet. Slike forskningstilnærming kan i sin tur bidra til å skape mer presis relasjonell kunnskap og til å utvikle nye begreper som kan fungere som nyttig analytisk verktøy i arbeidet med å forstå og forbedre omsorgen for personer med demens.

Tusen takk til ledere og pleiere ved institusjonene for tilrettelegging og velvilje til å stille opp til intervju. Takk til professor Kristin Asdal, Senter for teknologi, innovasjon og kultur ved Universitetet i Oslo, for verdifulle kommentarer.

Les kommentaren på side 303 >>

REFERANSER

1. Kirkevold Ø, Laake K, Engedal K. Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003;19:980–8.
2. Kirkevold Ø, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004;18:281–6.
3. Kirkevold Ø, Engedal K. A study into

the use of restraint in nursing homes in Norway. *British Journal of Nursing* 2004;13:902–5.

4. Kirkevold Ø, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004;19:980–8.
5. Kirkevold Ø. Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2005;10:1346–8.
6. Kirkevold Ø, Engedal K. Conceal-

ment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. *British Medical Journal* 2005;330:20.

7. Testad I, Aasland AM, Aarsland D. The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005;20:587–90.

8. Lovdata. Lov om pasientrettigheter. 2 juli 1999. (Pasientrettighetsloven). Helse og omsorgsdepartementet. Til-

gjengelig fra: <http://www.lovdataba.no/atll/hl-19990702-063.html> [Nedlastet 29.06.2010].

9. Helsedirektoratet. Rundskriv om Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Oslo, 2008.

10. Solum EM, Slettebø Å, Hauge S. Prevention of unethical actions in nursing homes. *Nursing Ethics* 2008;15:536-48.

11. Slettebø Å, Bunch EH. Solving ethically difficult care situations in nursing homes. *Nursing Ethics* 2004;11:543-52.

12. Juritzen T, Heggen K. Omsorgsmakt. Relasjonsnære sonderinger mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag* 2006;3:61-80.

13. Juritzen T, Heggen K. Produktive maktpraksiser i sykehjem. En Foucault-inspirert analyse av pleiefaglig handlekraft. *Tidskrift for velferdsforskning* 2009;12:94-104.

14. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics. *Journal of the American Geriatric Society* 1996;44:1348-54.

15. Sloane PD, Mitchell CM, Preisser JS, Phillips C, Commander C, Burker E. Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer's disease special care units. *Journal of the American Geriatric Society* 1998;46:862-9.

16. Phillips CD, Spry KM, Sloane PD, Hawes C. Use of physical restraints and psychotropic medications in Alzheimer special care units in nursing homes. *American Journal of Public Health* 2000;90:92-6.

17. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing* 2008;18:981-90.

18. Gruneir A, Lapane KL, Miller SC, Mor V. Is dementia special care really special? A new look at an old question. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008;56:199-205.

19. Milke DL, Kendall TS, Neumann I, Wark CF, Knopp A. A longitudinal evaluation of restraint reduction within a multi-site, multi-model Canadian Continuing Care Organization. *Canadian Journal of Aging* 2008;27:35-43.

20. Ryden MB, Feldt KS, Oh HL, Brand K, Warne M, Weber E, Nelson J, Gross C. Relationships between aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents and use of

restraints, psychoactive drugs, and secured units. *Archives of Psychiatric Nursing* 1999;13:170-8.

21. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of the American Geriatric Society* 2001;49:1722-8.

22. Talerico KA, Evans LK, Strumpf NE. Mental health correlates of aggression in nursing home residents with dementia. *Gerontologist* 2002;42:169-77.

23. Weiner C, Tabak N, Bergman R. The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nursing Ethics* 2003;10:512-25.

24. Karlsson S, Bucht G, Rasmussen BH, Sandman PO. Restraint use in elder care: decision making among registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2000;9:842-50.

25. Goldsmith SM, Hoeffler B, Rader J. Problematic wandering behavior in the cognitively impaired elderly. A single-subject case study. *Journal of Psychosocial and Nursing Mental Health Services* 1995;33:6-12.

26. Koch S, Lyon C. Case study approach to removing physical restraint. *International Journal of Nursing Practice* 2001;7:156-61.

27. Huizing AR, Hamers JP, Gulpers MJ, Berger MP. Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics* 2006;26:17.

28. Putman L, Wang JT, Robinson T. The Closing Group: Therapeutic recreation for nursing home residents with dementia and accompanying agitation and/or anxiety. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2007;22:167-75.

29. Pals J. Accounting and washing: good care in long-term psychiatry. *Science, Technology & Human Values* 2006; 31:409-30.

30. Pals J. Washing the citizen: washing, cleanliness and citizenship in mental health care. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2006; 30:77-104.

31. Miller MF. Physical aggressive resident behavior during hygienic care. *Journal of Gerontological Nursing* 1997;23:24-39.

32. Somboontanont W, Sloane PD, Floyd FJ, Holditch-Davis D, Hogue CC, Mithcell, CM. Assaultive behaviour in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing* 2004;30:22-9.

33. Moser I. Making Alzheimer's disease matter. Enacting, interfering and doing politics of nature. *Geoforum* 2008; 39:98-110.

34. Moser I. Behandlingskulturer i skjermet enhet i sykehjem. *Omsorg* 2008; 1:13-8.

35. Moser I. Liv og verdighet i omsorg for personer med demens. *Omsorg* 2009; 3:17-21.

36. Litosseliti L. Using focus groups in research. Continuum, London, New York. 2003.

37. Stewart DW, Shamdasani PN, Rook DW. Focus groups. Theory and practice. 2. utg. Sage, Thousand Oaks. 2007.

38. Krueger RA, Casey MA. Focus groups. A practical guide for applied research. 4. utg. Sage, Los Angeles. 2009.

39. Madriz E. Focus groups in feminist research. I: Denzin NK, Lincoln YS. (red.). *Handbook of Qualitative Research*. 2. utg. Sage Publications, London. 2000:835-50.

40. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2. utg. Sage Publications, Thousand Oaks. 1997.

41. Kidd PS. Getting the focus and the group: enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative Health Research* 2000;10:293-308.

42. Lerdal A, Karlsson B. Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning* 2008;3:172-5.

43. Helsinkideklarasjonen [2008]. Tilgjengelig fra: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> [Nedlastet 29.06.2010].

44. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Tilgjengelig fra <http://www.nsd.uib.no/> [Nedlastet 29.06.2010].

45. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Tilgjengelig fra: <http://www.etikk.no/REK> [Nedlastet 29.06.2010].

46. Kvale S, Brinkmann S. Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing. 2. utg. Sage, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore. 2009.

47. Tanggaard L, Brinkmann S. Intervjuet: samtalen som forskningsmetode. I: Brinkmann S, Tanggaard L. (red.). *Kvalitative metoder*. En grundbog. Hans Reitzels Forlag, København. 2010:29-53.

48. Hughes R. Toward restraint-free care for people with dementia: considering the evidence. *British Journal of Neuroscience Nursing* 2008;5:222-6.

49. Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2005;38:19-25.

50. Taylor JS. On recognition, caring and dementia. *Medical Anthropology Quarterly* 2008; 22:313-35.



Har du tatt doktorgrad?

Sykepleien Forskning publiserer 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.

Kompetanse gir mindre tvang

› Det er viktig med flere hender i eldreomsorgen. Men det er også viktig at hendene er festet på personer som er faglig kompetente.



Av Liv Jorunn Korstad

Prosjektsykepleier, Alderspsykiatrisk forskningsssenter, Sykehuset Innlandet

Demensomsorgen er den store utfordringen for kommunene i årene fremover. Forsker Geir Selbæk dokumenterte i 2007 at 80 prosent av pasienter i sykehjem har demens, av disse har nær 40 prosent alvorlige atferdsmessige eller psykiatriske symptomer. Dette sier oss at disse pasientene finner vi også i den åpne sykehjemsavdelingen der kompetansen om demens er liten eller fraværende, og avdelingene er hektiske og styrt av rutiner. Når helsearbeidere arbeider med personer med redusert kognitiv funksjon, vil de daglig stå i situasjoner der de må bevege seg i grenselandet mellom frivillighet og tvang

Artikkelen konkluderer med at pleierne kan gjøre en forskjell ved å legge vekt på å bygge relasjoner til pasientene. Med andre ord må hver enkelt av oss gå i oss selv og reflektere over hvordan egne handlinger kan virke på pasienten og hvordan ulike handlingsvalg får konsekvenser for samarbeidet med pasienten.

Etter å ha jobbet som ufaglært i mange år før jeg ble sykepleier og tok videreutdanning i helserett, har jeg virkelig fått erfare hvor mye teoretisk fagkompetanse knyttet sammen med praksiserfaring har å si. Når jeg som sykepleier kommer opp i vanskelige dilemma lik dem som er beskrevet i artikkelen, har måten jeg forstår, analyserer og velger å gå frem på i den spesielle situasjonen stor betydning for i hvilken grad samarbeidet med pasienten skjer frivillig eller ikke. Vi som sykepleiere har et stort ansvar i forhold til nedtegning av nøyaktige observasjoner. Min erfaring er at sykepleiernes dokumentasjon utgjør et viktig grunnlag for sykehjemslegenes beslutninger om å igangsette nødvendig medisinsk behandling.

For å utvikle denne kompetansen, er det viktig at helsearbeiderne selv er bevisste på hvordan egne handlinger påvirker pasientens reaksjoner. Undervisning øker kunnskapsnivået og virker holdningsskapende, men det er det

nødvendig at ansvarlige ledere legger tilrette for et miljø med tid til etiske og faglige refleksjoner i personalgruppa. Strukturerte møter med drøftinger av faglige problemstillinger er nødvendig for å utvikle kvaliteten på pasientbehandlingen. Samtidig må vi endre fokus fra å utføre oppgaver og rutiner til å se behovene til den enkelte pasienten.

Denne artikkelen beskriver hvordan fagkompetansen til pleiepersonalet kan være avgjørende for om pasienten får en god og verdig behandling eller ikke. Etter min mening vil et høyt faglig nivå på demensomsorgen bedre pasientbehandlingen og dermed redusere bruk av tvang. Politiske ledere snakker i dag om antall hoder og hender i helsevesenet. Mitt håp er at de, i stedet for å telle antall hender, må se betydningen av kompetansen til personene hendene henger på!

Les artikkelen på side 294



Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen viser at mangelfull dokumentasjon av helsetilstanden er vanlig når eldre mennesker legges inn på sykehjem.

Mer om forfatterne:

Georg Bollig er lege og stipendiat/forsker ved Universitetet i Bergen, institutt for kirurgiske fag, Haukeland Universitetssykehus og Bergen Røde Kors Sykehjem. Anette Ester

er lege ved Sunniva Klinikk for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus. Ingunn S. Landro har vært sykepleier ved Bergen Røde Kors Sykehjem. Kontaktperson: bollig.georg@gmx.de.



Foto: Erik M. Sundt

Studiens bakgrunn: Sykehjemspasienter er ofte gamle, multimorbide og mange lider av demens. Mange er ikke i stand til å gi pålitelige opplysninger om sin egen helse og medisinering. De fleste trenger medisinsk oppfølging og bruker mange medisiner daglig. Behandlingen foregår ofte i samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Mangelfull informasjon om nødvendig medisinsk oppfølging ved innkomst i sykehjem oppleves som problematisk.

Hensikt med studien: Hensikten med studien er å undersøke hvor

hyppig viktig informasjon mangler, og om det er forskjell fra hvor pasienten kommer fra.

Metode: Undersøkelsen ble gjennomført på Bergen Røde Kors Sykehjem som har 174 pasienter. I en prospektiv undersøkelse ble kvaliteten av informasjon i innkomstpapirer av 100 pasienter vurdert av fire leger og en medisinerstudent.

Hovedresultat: 48 prosent av pasientene hadde enten ingen eller meget mangelfulle epikriser. I 20 prosent fantes det avvik angående medisinering. Kvaliteten av pleie-

rapportene ble generelt vurdert som bedre enn epikrisene. 6 prosent hadde ingen helseopplysninger tilgjengelig.

Konklusjon: Mangelfull informasjon ved innkomst i sykehjem er hyppig og kan føre til usikkerhet og feilbehandling av denne sårbare pasientgruppen. Riktige opplysninger om medisinering er sentral for å sikre god pasientbehandling. Nødvendig informasjon bør foreligge ved innkomst i sykehjem og omfatte diagnoser, behandling, aktuell medisinering og foreslått oppfølging.

» Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem

Forfattere: Georg Bollig, Anette Ester og Ingunn S. Landro

NØKKELOD

- Eldre
- Behandling
- Helseopplysning
- Informasjon
- Sykehjem

INTRODUKSJON

Mange pasienter i norske sykehjem er gamle, multimorbide og demente. Helsetilstanden deres fører ikke sjelden til at de som regel må behandles både av primær- og spesialisthelsetjenesten over lang tid. Det er ofte forskjellige institusjoner og mange helsearbeidere som utreder og behandler pasientene. Når pasienter ikke klarer seg hjemme lengre, kommer de på sykehjem. En rapport fra statistisk sentralbyrå (1) fra 1999 beskrev at rundt 85-årsalderen stiger de eldre hjelpebehov kraftig og mange har behov for en sykehjemsplass. Derimot bodde bare cirka 10 prosent av de eldre mellom 80–84 år i institusjon (1). Pasientene er nokså avhengig av intens behandling

og ofte ikke selv i stand til å formidle viktig informasjon. Ut ifra vår egen erfaring har verdifull informasjon blitt samlet i sykehjem, hjemmetjenesten og sykehus, men papirene og (livs) viktig informasjon følger ofte ikke med pasienten ved innkomst i sykehjem.

I 2003 hadde pasientene på Bergen Røde Kors Sykehjem gjennomsnittlig sju ulike sykdomsdiagnoser, (hjerte/karsykdommer 87 prosent, nevrologiske sykdommer 70 prosent, demens 63 prosent, smerte 61 prosent, psykiske lidelser 60 prosent, kreft 27 prosent). Deres gjennomsnittsalder var 86 år (2). De fleste sykehjemspasienter trenger regelmessig legetilsyn. Legehjelp ved akutte medisinske problemer blir ivaretatt av en egen vaktteneste for leger på Bergen Røde Kors Sykehjem (3). Mange pasienter er på korttidsopphold på sykehjem på grunn av manglende evne til å klare seg hjemme, vurdering av deres behov for omsorg eller fordi de trenger fortsatt tett medisinsk oppfølging og rehabilitering etter et sykehusopphold. Omtrent 75 prosent av pasientene på norske sykehjem

har en demenssykdom (4). For alle pasienter på sykehjem bør fullstendige medisinske opplysninger foreligge ved innkomst for å sikre nødvendig helsehjelp. For å kunne gi pasienten nødvendig medisinsk behandling og omsorg, trengs det en aktuell epikrise, en sykepleier rapport og opplysninger om aktuell medisiner i epikrisen eller signert medisinske liste. Erfaringer fra Bergen Røde Kors Sykehjem har vist at mangel på informasjon kan resultere i feilmedisinering og dermed fare for pasientene. Vår erfaring tilsier at legen ofte må hente medisinsk informasjon utelukkende fra sykepleier rapporten, dosett, i noen tilfeller fra håndskrevne lapper eller muntlig informasjon fra pårørende. Personalet på Bergen Røde Kors Sykehjem bruker mye tid til å skaffe medisinske opplysninger og medisinske lister. Mange ganger kommer gamle og syke pasienter inn på Bergen Røde Kors Sykehjem uten legeopplysninger, og man blir i tvil om den aktuelle medisineringen. Ofte er epikriser mangelfulle på enkelte områder (for eksempel manglende forslag til oppfølging eller aktuelle laboratoriesvar, og

så videre) eller sykehjemslegen savner viktig informasjon.

Problemstillingen illustreres av de påfølgende kasuistikker. Disse understreker viktigheten av å ha informasjon tilgjengelig ved innkomst. Det er som regel ikke bra nok om informasjonen først kommer i løpet av dager eller uker etter innkomst. Kasuistikkene gjenspeiler vanlige problemer ved innkomst av pasienter til Bergen Røde Kors Sykehjem.

Kasus 1:

En 83 år gammel dame som kom hjemmefra til korttidsopphold på sykehjem, hadde ikke med seg noe skriftlig informasjon. Opplysninger om sykehistorie og medisiner kunne pasienten bare delvis orientere om, på grunn av dårlig allmenntilstand, hviledyspnoe og tydelig nedsatt hukommelse. Medisinering ble startet etter angitt

sinsk behandling og feil medisin. Pasienten ble etter hvert utredet på en medisinsk avdeling med mistanke om cancer pulm med kakeksi. Det viste seg å være en langtkommen og utilstrekkelig behandlet KOLS med pulmonal kakeksi.

Kasus 2:

En 72 år gammel mann kom inn på Bergen Røde Kors Sykehjem med håndskrevet sykepleierrapport fra hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien fikk ikke skrevet ut rapportene på grunn av problemer med datasystemet. Ifølge hjemmesykepleien var pasienten glemsk, hadde falltendenser og svelgproblemer. Ingen legeopplysninger fulgte med, utskrift av medisinkort var noen uker gammel og manglet underskrift. Medisinlisten inneholdt seks faste medisiner.

I innkomstsamtalen med legen, virket ikke pasienten full-

klusjonen derfra var en blandet demens av Alzheimers type med vaskulær komponent. Epikrise fra geriatrik avdeling kom først etter at pasienten hadde flyttet til en langtidsplass på et annet sykehjem.

En svensk undersøkelse har vist forskjeller mellom pasientens aktuelle medikamenter og de journalførte medikamenter hos 75 prosent av akutt-pasientene (5). Vår undersøkelse er en kvalitetsutviklingsstudie og skal danne grunnlaget for et kvalitetsforbedringsprosjekt. Utgangspunkt og motivasjon for undersøkelsen var sykehjems-personalets opplevelse av manglende inkomstinformasjon som et hyppig problem. Ideen ble til under felles diskusjoner rundt problematikken i legemøter. Bakgrunn og teoretisk referanseramme for diskusjonen av resultatene er patient-centered care og kvalitetsforbedring. Patient-centered medicine står for anerkjennelse av og respekt for pasientenes perspektiver, behov og verdier og skal sikre at pasienten forblir hovedfokus i helsevesenet (6). Batalden og Stoltz har formulert et rammeverk for kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsevesenet (7).

Hensikten med studien er å undersøke hvor hyppig viktig informasjon mangler, og om det er forskjell etter hvilket omsorgsnivå pasienten kommer fra (hjemmet, sykehjem eller sykehus).

MATERIALE OG METODE

Undersøkelsen fant sted på Bergen Røde Kors Sykehjem, et av landets største sykehjem med 174 pasienter. Institusjonen har 91 langtidsplasser på somatiske avdelinger, 42 langtidsplasser på demensavdelinger, 22 korttidsplasser og åtte korttidsplasser på

” En av fem pasienter hadde feilaktig dokumentasjon om medisiner ved innkomst.

dosering på medisinpakninger, som pasienten hadde med seg i en handlepose. Man purret på medisinliste og andre medisinske opplysninger og fikk disse fra hjemmesykepleien dagen etter innkomst. Pasienten hadde det siste døgnet bare fått fire av sine ni faste daglige medisiner og fikk Salbutamol inhalasjon fast istedenfor behovsorientert som forskrevet. Selv om det ikke skjedde noen skade, førte det til utrygghet hos pasienten og irritasjon hos personalet. Pasienten ble urolig og aggressiv og ønsket å reise hjem, fordi hun følte at hun fikk dårlig medi-

stendig orientert, og man mistenkte klinisk kognitiv svikt. Ut ifra medisineren hadde man mistanke om hjerte kar sykdom som grunnsykdom, tilstand etter apoplexia cerebri og muligens vaskulær demens. Situasjonen førte til usikkerhet rundt både diagnosene og kontinuiteten i medisineren. Til tross for etterspørsel ble det ikke mottatt legeopplysninger mens pasienten var innlagt på korttidsavdeling BRKS i tre og en halv måned. Under oppholdet ble pasienten vurdert til å ha demens, og han ble henvist for videre diagnostikk til geriatrik avdeling. Kon-

en spesialisert palliativ avdeling. Legetjenesten på sykehjemmet hadde på undersøkelsestidspunktet tre 100 prosent stillinger fordelt på fem leger. Det finnes et eget døgnkontinuerlig vaktsystem for leger som brukes regelmessig av alle avdelinger utenom den vanlige arbeidstiden (3).

I en prospektiv undersøkelse brukte legene et registrerings-skjema for hundre fortløpende innkommende pasienter med kort- eller langtidsvedtak. Følgende data ble registrert: inkomstdato, omsorgsnivå pasienten kom fra (sykehjem, sykehus eller eget hjem), dato for legeopplysninger, overensstemmelse av angitte medisiner i legeopplysninger og medfølgende medisinkort, avvik i medisindosett (uoverensstemmelse mellom medisinliste og innholdet i medisindosett) og eventuelt anmerkninger. Som kvalitetsindikator ble kvaliteten på den samlede inkomstinformasjonen om pasienten valgt på grunnlag av definisjonen av kvalitet som «evnen til å tilfredsstille brukernes krav og forventninger» (8). Både pasient og viderebehandlende lege anses som brukerne av helsevesenet. I forhold til å få adekvat og nødvendig informasjon av andre parter inntar legen en brukerrolle. Epikrise, medisinark og pleierapport ble vurdert og delt inn i fire kategorier. 0= ingen skriftlig informasjon, 1= meget mangelfull informasjon, 2= informasjon mangelfull på noen områder, 3= informasjon bra. Vurderingen var basert på den enkelte legens/informantens oppfatning av hvor godt informasjonsinnholdet var, det vil si hvor mye av den nødvendige informasjonen ved innkost var inkludert. En slik vurdering vil alltid være

subjektiv. Derfor ble innholdet, kategoriene i skjemaet og utfyllingen diskutert med de deltagende legene før oppstart av undersøkelsen. For å øke validitet og reliabilitet ble registreringsskjemaet utviklet sammen med legene/informantene. Når det var uklart hvilken kategori man skulle velge hadde alle deltagende leger mulighet til å diskutere vurderingen i de daglige legemøtene. Mange skjemaer ble fylt ut etter rådføring eller diskusjon i legegruppen. Disse felles diskusjonene skulle bidra til at vurderingene skulle være mer overensstemmende til tross for subjektivitet ved den enkeltes vurdering. Alle informanter tok del i diskusjon av studiens oppsett og innhold. Resultater ble meldt tilbake til alle informanter. Det var fire leger og en medisinerstudent med lisens som registrerte inkomstpapirer: To spesialister i anestesi, en spesialist i indremedisin/geriatri, en allmenmedisiner. En lignende tilnærming med kategorisering av kvaliteten på henvisninger, ble brukt i en annen kvalitetsutviklingsstudie av Lønning et. al. (9). I denne studien vurderte 20 spesialister på sykehus kvali-

teten av henvisninger til sykehus fra primærhelsetjenesten med hjelp av et spørreskjema med seks hovedpunkter.

ETISKE OVERVEIELSER

Studien besto av en registrering av legenes vurdering av inkomstinformasjonens kvalitet. Det hadde ingen konsekvenser for pasientene og det ikke ble registrert pasientrelaterte data. Derfor var det ikke nødvendig å få en vurdering fra forskningsetisk komité. Legene som deltok som informanter deltok frivillig og var inkludert i utforming av studiedesign.

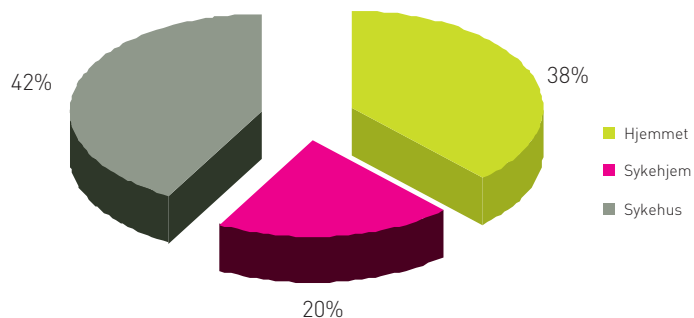
RESULTATER

Figur 1 viser hvor pasientene kom fra ved innkost på sykehjem. Hver femte pasient kom fra et annet sykehjem, de andre kom i nesten like parter enten fra sykehus eller hjemmefra.

Omtrent halvparten av pasientene (48 av 100) hadde ingen eller meget mangelfulle epikriser (tabell 1).

25 av 38 pasienter som kom hjemmefra og 17 av 42 som kom fra sykehus hadde manglende eller svært mangelfulle epikriser med seg. Halvparten (19 av 38)

FIGUR 1: Omsorgsnivå før innkost på sykehjem (N=100)



TABELL 1: Legenes vurdering av kvalitet av sykepleierapporter og epikriser (N=100)

	Ingen skriftlig informasjon n(%)	Meget mangelfull n(%)	Mangelfull på noen områder n(%)	Bra n(%)	Totalt antall (100%) n
Fra hjemmet:					
Sykepleierapport	9 (24)	6 (16)	12 (32)	11 (29)	38
Epikrise	19 (50)	6 (16)	11 (29)	2 (5)	38
Fra sykehjem:					
Sykepleierapport	3 (15)	0 (0)	7 (35)	10 (50)	20
Epikrise	6 (30)	0 (0)	5 (25)	9 (45)	20
Fra sykehus:					
Sykepleierapport	1 (2)	1 (2)	16 (38)	24 (57)	42
Epikrise	8 (19)	9 (21)	11 (26)	14 (33)	42

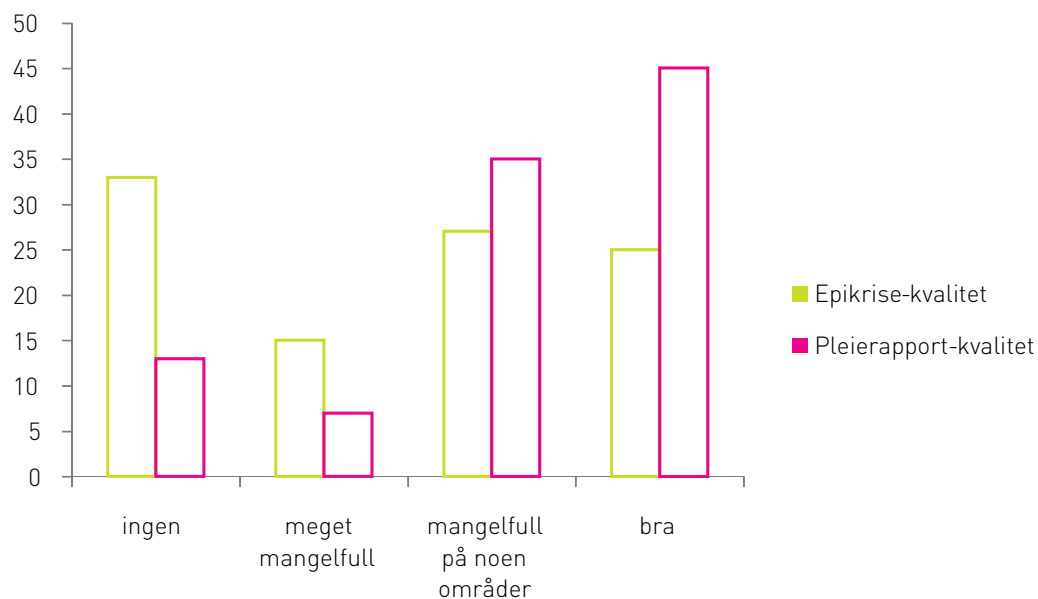
av pasientene hjemmefra kom uten epikrise.

Gode epikriser følger cirka halvparten (ni av 20) av pasientene som kommer fra et annet sykehjem, en tredjedel (14 av 42) som kommer fra et sykehus og bare noen få (2 av 38) hjem-

mefra. Denne forskjellen jevner seg noe ut, hvis man slår de to beste kategoriene sammen. Men allikevel er det epikriser fra sykehjem som man som inntagende sykehjemslege vurderer som best i nesten trekvart av tilfellene (14 av 20 kom i kategoriene bra og

mangelfull på noen områder).

I 20 tilfeller fantes det avvik mellom aktuell medisinerings og medisinarke. Det betyr at hver femte pasient som kom på sykehjem kom med en feilaktig dokumentasjon i forhold til medisinerings.

FIGUR 2: Kvalitet av epikriser og pleierapporter (N=100)

Figur 2 viser kvaliteten av epikriser versus pleierapporter. Det er påfallende at kvaliteten av pleierapportene er generelt vurdert høyere enn epikrisene av de deltakende legene. 25 epikriser og 45 pleierapporter ble vurdert som bra.

Seks pasienter hadde ved innkomst verken epikrise eller sykepleierapport med seg. Av disse kom fire hjemmefra og to fra andre sykehjem.

DISKUSJON

Vår pilotundersøkelse viser at mangelfull informasjon ved innkomst i sykehjem er hyppig. 48 prosent av pasientene hadde ingen eller meget mangelfulle epikriser. Avvik mellom skriftlig informasjon og den aktuelle medisineringsfantese i 20 prosent av tilfellene. Legene vurderte kvaliteten av pleierapportene generelt som bedre enn epikrisene.

At informasjonsutveksling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er mangelfull eller problematisk og må styrkes, samsvarer med funn av andre forskere (10,11). Melby et al. mener at elektroniske rapporter kan bidra til å forbedre kommunikasjonen men at man «må forstå hverandres kultur og behov» for å utvikle mer skreddersydde løsninger. «Risikofylte overganger» for syke eldre pasienter fra sykehus til kommuner skyldes blant annet kommunikasjonsproblemer som «sein postgang og dårlige telefonrutiner» (11).


Bakgrunn og teoretiske referanserammer for vår undersøkelse var kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsetjenesten (7,8,12) og patient-centered care (6). Batalden og Stoltz (7) har skapt et rammeverk som kombinerer faglig kunnskap og

kunnskap om forbedringsarbeid. Målet til helsevesenet er å gi pasienter en kvalitativ høy behandling. Men for å vite hva pasienter og viderebehandlende helsepersonell (brukere) forstår med god kvalitet er det nødvendig å se på deres perspektiver.

I vår pilotundersøkelse anvender vi et utvidet brukerbegrep i motsetning til det som er vanlig i Norge. Vi anser også leger som brukere av helsevesenet fordi disse ønsker å få god informasjon fra andre helsearbeidere. Legene i pilotundersøkelsen har vurdert kvaliteten av den gitte informa-

av kvalitetsindikatorerne for spesialisthelsetjenesten. «Epikrisetid er tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra institusjonen (utskrivningsdato) til epikrisen er sendt ut elektronisk eller per post.» (16).

Tid for utsending av epikriser ble forkortet fra gjennomsnittlig 6,1 til 2,9 dager på alderspsykiatrisk avdeling ved Ullevål universitetssykehus (16). Andelen av epikriser som ble sendt utskrivningsdagen, har i denne undersøkelsen økt fra 18 prosent i 1994 til 33 prosent i 2003, det vil si at 67 prosent ikke hadde ferdig epikrise

 Mangelfull informasjon kan resultere i feilmedisinering og dermed fare for pasientene.

sjon ved innkomst av pasienter i vårt sykehjem. Kommunikasjonslinjene rundt overføring av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten er ofte ineffektive og helhetstenkingen må styrkes for å forbedre samhandling mellom de forskjellige behandlingsnivåene (11). Et viktig mål i denne sammenheng vil selvfølgelig være at nødvendig pasientinformasjon er tilgjengelig ved innkomst i sykehjem. Epikriser er viktige medisinske dokumenter og en god epikrise skal referere sykehistorie, diagnostiske utredninger og funn inkludert differensialdiagnostiske overveielser, foretatte behandlinger, laboratorieprøver, forslag til videre behandling og oppfølging (13). Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven krever at helsepersonell gir nødvendige opplysninger til annet helsepersonell, for å kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte, med mindre pasienten motsetter seg (14,15).

Epikrisetid blir brukt som en

ved utskrivning (16). Selv om det er nok en forbedring å redusere tiden før utsending av epikriser, bør epikrisen være tilgjengelig allerede ved utskrivning for å sikre en nødvendig og kvalitativ god pasientbehandling.

Kvaliteten av innkomstinformasjon ble i vår undersøkelse vurdert av legene som tok imot nye pasienter på sykehjem. Dersom grad av tilfredshet med den foreliggende innkomstinformasjonen ble registrert. Hva som oppfattes som en god epikrise varierer blant legene. Mens noen krever en fullverdig epikrise ved utskrivning, ville noen nøye seg med å få en kopi av pasientinformasjonen som inneholder aktuelle medisiner og kort informasjon om gjentatt behandling og planlagt oppfølging. Ut ifra dagens praksis og våre personlige erfaringer ville det allerede vært en forbedring dersom alle pasienter kom med en aktuell medisinliste. Allikevel foreslår vi å ikke anse en pasient

TABELL 2: Forslag til god helsefaglig informasjon ved skifte av omsorgsnivå i helsetjenesten

Minimumskrav	Viktig pasientrettet informasjon	Ideell informasjon
-Diagnoser -Aktuell medisineringsinformasjon -Nødvendig oppfølging -Sykepleier rapport	-Diagnostikk som er gjennomført -Behandling som er gjennomført -Laboratorieprøver	-Fysioterapirapport -Ergoterapirapport -Info fra andre yrkesgrupper, som sosionom, prest, ernæringsfysiolog etc. -Individuell plan til pasienten

som «ferdigbehandlet», før pasientrettet dokumentasjonsarbeid er avsluttet, det vil si at epikrisen og annen pasientinformasjon er sendt. Muligens vil dette kunne føre til at alle pasienter får med seg den nødvendige informasjon allerede ved utskrivning.

I en spørreskjemaundersøkelse fra 2004 om epikriser fra sykehus, fylt ut av 1637 norske fastleger, var 55 prosent tilfredse med informasjon om pasienter med oppfølgingsbehov. Cirka 50 prosent av legene tok ofte kontakt med sykehus på grunn av at epikriser kom for sent, 15 prosent på grunn av mangelfull informasjon (17).

Pasienter i sykehjem trenger tverrfaglig behandling, pleie og omsorg. Derfor burde innkomstinformasjonen til sykehjem ideelt sett også inneholde informasjon fra alle involverte yrkesgrupper (lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og eventuelt andre psykososiale yrkesgrupper).

Ifølge Paulsen og Grimsmo (18) finnes det «tre ulike elementer i dokumentasjon og informasjonsformidling fra sykehuset til omsorgstjenesten i forbindelse med utskrivninger:

- Det å gi et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag om pasientens tilstand og funksjonsnivå.
- Det å anbefale bestemte forholdsregler i forhold til pasientens problem på et medisinsk og pleiefaglig grunnlag.
- Det å gi konkrete anvisninger av det tilbudet pasienten bør ha.»

Det var utelukkende leger som vurderte medfølgende skriftlig, medisinsk informasjon. Det er påfallende at 80 prosent av sykepleierapportene havnet i de to øverste kategoriene «bra» og «mangelfull på noen områder». Grunnen til dette kan muligens være at sykepleierapporter ofte er velstrukturerte og dekker de viktigste områder. Legene i vår studie brukte ofte sykepleierapporten som informasjonskilde når pasientene ikke hadde med seg en epikrise ved innkomst. I 33 prosent fantes det ved innkomst på sykehjem verken en foreløpig eller endelig epikrise. I disse situasjoner er det utelukkende pleierapporten som gir leger nødvendig helsefaglig informasjon. Derimot manglet det i vårt materiale både epikrise og sykepleierapport i 6 prosent av tilfellene.

Et interessant funn er at epikriser fra sykehjem ble relativt hyppig inndelt i de to beste kategoriene. Årsak til dette er mest sannsynlig kunnskap om feltet sykehjemsmedisin, det vil si at en sykehjemslege skriver mer om det som er viktig å vite på sykehjem. Men funnene gir ikke grunnlag nok til å vise tydelige forskjeller mellom de tre omsorgsnivåer.

Kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten er mangelfull og korrekt informasjon om pasienters legemiddelbruk er vanskelig tilgjengelig. Epikriser fra sykehus har ofte lang ventetid og fungerer dårlig som informasjonskilde om legemiddelbruk. En kvalitativ studie

med semistrukturerte intervju av leger og legesekretærer har vist at dette fører til at pasientsikkerheten rundt medisineringsinformasjon ikke er tilfredsstillende (19). Ifølge Bakken er det behov for forbedring av informasjonsoverføring av kommunikasjon rundt legemiddelbruk ved skifte av omsorgsnivå (19). Sykepleier i Bergen opplever ineffektive kommunikasjonslinjer mellom sykehus og kommunehelsetjenesten (11).

75 prosent av akuttpatientene i en svensk undersøkelse gjennomført ved Karolinska Universitetssjukhuset hadde flere medisiner enn det som var ført i journalen. Ifølge journalen hadde pasientene gjennomsnittlig sju medisiner mens apoteklisten viste ni medisiner (5). Våre data viser derimot avvik i 20 prosent av tilfellene. Selv om dette virker noe bedre, betyr det at hver femte pasient er utsatt for potensiell feilmedisinering og skade.

Kvaliteten av nødvendig informasjon legene imellom er mangelfull og kan til og med utgjøre en potensiell fare for eldre pasienter (20). Disse funnene fra Garåsen og Johnsen støttes av vår undersøkelse. Det er stort behov og potensial for forbedring av samarbeid mellom forskjellige helsenivåer i Norge. Man må vite hvilke informasjoner de ulike helsepersonellgrupper trenger (10). Vår undersøkelse er en problembeskrivelse og analyse som utgangspunkt for å forbedre informasjonsflyt i framtida. Vårt forslag for god informasjon ved

skifte av omsorgsnivå vises i tabell 2. Det bygger på vår erfaring, brainstorming av leger og gjennomgang av litteraturen. Kvalitetshjulet, det såkalte PDSA-hjulet for kvalitetsforbedringsarbeid består av fire hovedtrinn: 1. Plan (planlegge), 2. Do (utføre), 3. Study (kontrollere/evaluere) og 4. Act (handle/korrigere/lære) (11). Ved bruk av kvalitetshjulet i forbedringsarbeid om informasjonsflyt i helsevesenet bør man i framtiden, på grunnlag av våre funn, iverksette tiltak som for eksempel en konkret tilbakemelding på kvalitet av den mottatte informasjonen, eventuelt supplert med egne ønsker om hva man egentlig har behov for å vite. Virkningen av et slikt tiltak bør deretter evalueres og rutinevis eventuelt korrigeres og standardiseres.

En mulig svakhet ved vår undersøkelse er at den er gjennomført som en stikkprøve på bare ett sykehjem i Bergen, og

at legene vurderte «kvaliteten» av innkomstpapirene individuelt og subjektivt. En lignende metode med subjektiv kvalitetsvurdering av leger ble brukt i studien av Lønning et al. (9). Våre funn samsvarer med funn fra andre undersøkelser hvor manglende innkomstinformasjon som problem i varierende grad i helsevesen har blitt beskrevet (5,11,18,19,20). Vi antar derfor at det er grunn til å tro at hovedtrekkene i våre funn kan generaliseres til andre sykehjem, mens omfanget av mangelfull og dårlig informasjon som følger med pasienter som innlegges på norske sykehjem vil kunne variere.

KONKLUSJON

En av fem pasienter hadde feilaktig dokumentasjon om medisinerings ved innkomst. Mangelfull informasjon ved innkomst i sykehjem er hyppig og kan føre til usikkerhet og feilbehandling av denne sårbare pasientgruppen.

Derfor er riktige opplysninger om medisinerings sentralt for å sikre god pasientbehandling. Skriftlig informasjon (epikrise, medisinsliste) om pasientens helsestatus, medisinerings og nødvendig oppfølging må være ferdig ved utskrivning og burde følge med pasienten ved overflytting mellom forskjellige omsorgsnivå. Nødvendig informasjon bør foreligge ved innkomst i sykehjem og omfatte diagnoser, behandling, aktuell medisinerings og foreslått oppfølging. Framtidige studier om forbedringsarbeid vil kunne teste effekten av en standardisert tilbakemelding med ønsker om nødvendig pasientinformasjon til henvisende leger.

Mange takk til kollegene på Bergen Røde Kors Sykehjem for innspill, diskusjoner for studietart og hjelp med å samle inn data.

Les kommentaren på side 313 >>

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Eldre i Norge. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1999.
2. Hofseth C. Pasientkartlegging ved Bergen Røde Kors Sykehjem. Sintef-rapport nr. STF78 A034507. Sintef Unimed, Oslo, 2003.
3. Bollig G, Husebø BS, Husebø S: Vakt-tjeneste for leger på sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2008;128:2722-4.
4. Engedal K, Haugen PK. Lærebok demens. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Oslo, 2004.
5. Oskarsson P, Odar-Cedertlöf I, Bergendal A, Hentschke M, Asker-Hagelberg C, Fryckstedt J, et al. Stora skillnader mellan läkemedel uthämtade från apoteket och uppgifter om läkemedelsbehandling vid innskrivning på medicinsk akuttvårdsavdelning – en pilotstudie. Stockholm: Svenska Läkaresällskapets handlingar Hygiea. 2007;116:72.
6. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. JAMA 1996;275:152-6.
7. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test

changes in daily work. Jt Comm J Qual Improv 1993; 19: 424-447.

8. Schreiner A. Kvalitetsforbedringsmetodikk. Oppstartseminar 14.11.07, Kvalitetskommuneprogrammet. <http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Vedlegg/KOMM/Kvalitetskommuner/kvalitetsforbedringsmetodikk.pdf> [31.05.2010]
9. Lønning KJ, Kongshavn T, Husebye E. Kvaliteten på henvisninger fra fastleger til medisinsk poliklinikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2009;129:1868-1869.
10. Melby L, Heelesø R, Wibe T. Elektronisk utskrivningsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2010;130:1037-1039.
11. Danielsen BV, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. Sykepleien forskning 2010;5:28-34.
12. Schreiner A. «Forbedringsarbeid i praksis» – Hefte til bruk i Gjennombruddsprosjektet og i andre forbedringsprosjekter. Oslo: Ullevål universitetssykehus, 2004.
13. Steinsvoll PS. Er epikriser viktige medisinske dokumenter? Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:2999-3000.
14. LOV 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasi-

entrettigheter (pasientrettighetsloven). www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftdrens?/usr/www/lovdata/all/hl-19990702-063.html [Nedlastet 13.02.2009]

15. LOV 1999-07-02 nr. 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html [13.02.2009]
16. Moksnes KM. Kan epikrisetiden forkortes? Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:2380-2381.
17. Kværner kJ, Tjerbo T, Botten G, Aasland OG. Epikrisen som samhandlingsverktøy. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:2815-2817.
18. Paulsen B, Grimsmo A. God vilje – dårlig verktøy. Sintef-rapport nr. Sintef A7877. Sintef, Oslo, 2008.
19. Bakken K, Larsen E, Lindberg PC, Hjortdahl P. Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127:1766-1769.
20. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Services Research 2007;7:133.



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

Epikrise og pleierapport må følge pasienten

› Mangelfull informasjon om pasienten kan føre til feilmedisinering.



Av Lise Einhaug
Sykepleier
Rana kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen «Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem» belyser en svakhet ved helsevesenet som de aller fleste vil kjenne igjen i praksis. Det kommer fram gjennom undersøkelsen at 48 prosent av pasientene manglet nødvendig informasjon ved innkomst. Denne undersøkelsen ble gjort ved et sykehjem i Bergen og andre plasser trenger det ikke være like høy andel som mangler medisinsk informasjon. Men dette er et forbedringspotensial og noe alle som jobber innenfor helsevesenet bør ta med seg videre.

For å sikre god behandling og pleie er det avgjørende at epikriser og pleierapporter følger med pasienten. Det kommer fram av artikkelen at mange sykehjemspasienter har flere aktuelle diagnoser og at en stor del av disse har en demenssykdom. For disse pasientene vil

det være vanskelig å gjøre rede for diagnoser og medisiner som brukes fast og ved behov. Min erfaring er at disse pasientene sikres godt ved flytting til institusjon etter at Rana kommune opprettet differensiert tilbud til pasienter med demenssykdom. I korte trekk går dette ut på at tilbudet er lagt opp etter Barthel ADL, en tiltakskjede som følger pasientene. Disse pasientene skal være utredet og ha en demensdiagnose. Det vil si at fastlegen kommer på banen og må sikre rett diagnose og sende epikrisen videre for at pasienten skal få fast plass i sykehjem.

I de aller fleste overflyttinger fra sykehjem følger det med godt utfylte papirer. Dette gjenspeiler seg også i undersøkelsen hvor det kom fram at pleierapportene fra sykehjem er bedre enn pleierapportene fra sykehus. Artikkelen har betydning for praksisfeltet. Det er avgjørende for å sikre kontinuiteten i syke-

pleien og pasientbehandlingen at pleierapporter og epikriser er godt utfylt og at disse følger med pasienten. Etter min mening er pleierapporter viktig for å sikre kvaliteten på sykepleien som gis til pasienten og for å unngå tvil og feilbehandling.

Artikkelen belyser også at det er mangelfulle opplysninger i forhold til medisiner som pasienten bruker. Dette har jeg heldigvis liten erfaring med i min praksis. Men det er en tankevekker når pleierpersonalet ikke vet hvilke medisiner pasienten står på. Dette kan føre til feilmedisinering og i verste fall unødvendig innleggelse på sykehus.

Jeg mener det er viktig å sette fokus på kvaliteten av epikriser og pleierapporter for å få fram hvor betydningsfulle disse er for den praktiske hverdagen.

Les artikkelen på side 304



Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen gir innblikk i hvordan kvinner i risikogruppe for arvelig bryst- og eggstokkreft opplevde konsekvensene av profylaktisk fjerning av eggstokkene for å forebygge kreft.

Mer om forfatterne:

Marie Kvamme Mæland er syke-

pleier/cand. polit og arbeider som høyskolelektor ved videreutdanning i kreftsykepleie, institutt for videre – og etterutdanning, Betanien diakonale høyskole. Lars Fredrik Engebretsen, er seksjons-overlege v/ Senter for medisinsk genetik og molekylærmedisin, Haukeland Universitetssykehus

og professor ved UiB. Frode F. Jacobsen er professor v/ Betanien diakonale høyskole, institutt for videre – og etterutdanning og forskningsleder for Senter for omsorgsforskning Vest, Høgskolen i Bergen.

Kontaktperson:

marie.kvamme@betanien.no



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Studiens bakgrunn: Kvinner som har høy arvelig risiko for kreft i eggstokkene blir tilbudt profylaktisk fjerning av disse.

Hensikt med studien: Hensikten med studien var å beskrive hvordan kvinner med usikker genetisk status erfarer livet etter å ha fjernet eggstokkene før menopausen.

Metode: En kvalitativ tilnærming fundert på en fenomenologisk filosofi ble valgt. Data ble samlet inn

ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervjuer. Et hensiktsmessig utvalg som besto av 14 kvinner fra Vestlandet med angitt risiko for utvikling av bryst/ eggstokkreft ble rekruttert. Intervjuene ble gjennomført i 2007 og 2008.

Hovedresultat: Selv om kvinnene ble satt på erstatningsbehandling med hormoner (HRT) etter at eggstokkene ble fjernet beskrev noen at inngrepet fikk konsekvenser for parforhold med hensyn til

seksualitet, som nedsatt libido. Andre beskrev uttalt fysisk tretthet som varte tre måneder etter inngrepet.

Konklusjon: Studien gir kunnskap om konsekvenser kvinnene erfarte og en ambivalens i forhold til å ha fjernet eggstokkene forebyggende. Det er viktig at helsearbeidere tar denne kunnskapen i betraktning når kvinner med antatt genetisk risiko informeres om ettervirkninger av inngrepet.

» Kvinneres erfaringer med fjerning av eggstokkene for å forebygge arvelig bryst- og eggstokkreft

Forfatter: Marie Kvamme Mæland,
Lars Fredrik Engebretsen og Frode F.
Jacobsen

NØKKELORD

- Familie
- Kreft
- Gynekologi

INTRODUKSJON

Eggstokkreft er en av de ti hyppigste kreftformene blant kvinner i Norge og i 2006 ble det registrert 447 nye tilfeller (1). Arvelig form for kreft utgjør cirka 10 prosent av tilfellene. Livstidsrisiko for eggstokkreft er cirka 40 prosent for arvelig kreft ved feil i det tumorundertrykkende genet «Breast cancer type 1» (BRCA1), og cirka 18 prosent ved feil i genet BRCA2. Dette er gener som produserer proteiner som reparerer skader i deoksyribonukleinsyre (DNA). Til sammenligning er risiko for eggstokkreft for kvinner generelt i befolkningen 1,7 prosent. Gjennomsnittsalder for

debut av arvelig eggstokkreft i BRCA1 er 50–55 år og cirka 60 år i BRCA2 (2).

Gynekologer tilbyr erstatningsbehandling med hormoner (HRT) som østrogen, progesteron og testosteron etter forebyggende fjerning av eggstokkene. Frem til 2006 ble kvinner anbefalt forebyggende fjerning av eggstokkene dersom de hadde en familiehistorie som gjorde det sannsynlig at vedkommende kvinne kunne være bærer av genfeil i BRCA (eventuelt et annet ikke beskrevet gen) selv om genfeil ikke hadde latt seg påvise ved genetiske tester. I dag har medisinsk praksis endret seg, og genetikere er blitt mer restriktive med å henvise til profylaktisk fjerning av eggstokkene i familier hvor genfeil ikke er blitt påvist (3). Dette skyldes blant annet utvikling av molekylærbiologisk teknologi som gjør det mulig å tilby flere molekylærgenetiske undersøkelser før det tas stilling til om det er indikasjon for å fjerne eggstokkene. Ved påvist

genfeil i BRCA1 og BRCA2 anbefales forebyggende fjerning av eggstokkene. Det begrunnes med at livstidsrisiko for utvikling av eggstokkreft ved genfeil i BRCA1 ligger på 15–65 prosent og ved genfeil i BRCA2 på 11–20 prosent dersom kvinnen beholder eggstokkene (2, 3). I tillegg har forskning vist at bilateral profylaktisk salpingo-ooforektomi reduserer risiko for brystkreft med cirka 50 prosent og risiko for utvikling av eggstokkreft med 80–95 prosent (4, 5).

Kvinner som får fjernet eggstokkene, går rett over i menopausen. Dette kan resultere i plager som humørsvingninger, svettetokter, tørre slimhinner, nedsatt sexlyst og osteoporosetendens (2, 6, 7, 8). Premenopausale kvinner som får fjernet eggstokkene får tilbud om erstatningsbehandling med hormoner. Dette er som oftest et østrogenpreparat i kombinasjon med gestagen. Imidlertid er mange kvinner redde for bivirkninger som

bruk av de ulike hormoner kan medføre, som økt risiko for utvikling av brystkreft (9). En studie har også vist at nedsatt libido var en av de vanligste årsakene disse kvinnene oppga som grunn for ikke å være seksuelt aktive (6).

Det er utført lignende kvalitative (7, 10, 11) og kvantitative studier (2, 6, 12) knyttet til høyrisikokvinner etter forebyggende inngrep. Imidlertid er det i Norge ikke tidligere gjennomført kvalitative studier i forhold til kvinner som har fjernet eggstokkene ved usikker genetisk status. Ifølge Morris (13) influerer vår kulturtilhørighet mer eller mindre bevisst vår tenkemåte, og Malterud (14) hevder at kriterier for vitenskapelighet ikke er absolute og evigvarende sannheter, men normative forutsetninger som hører hjemme i en bestemt historisk, sosial og kulturell ramme.

HENSIKT

Hensikten med studien var å beskrive konsekvenser kvinner opplever av profylaktisk fjerning av eggstokkene. Som ledd i kvalitetssikringen av arbeidet i en medisinsk genetisk avdeling var det viktig å skaffe kunnskap i forhold til norske kvinners erfaringer etter forebyggende inngrep. Ved genetisk veiledning hadde denne gruppe kvinner med antatt genetisk risiko blitt anbefalt å fjerne eggstokkene ved 40 års alder. Til sammenligning anbefales kvinner med påvist genfeil i BRCA1 eller BRCA2 forebyggende fjerning av eggstokkene ved 35–40 års alder, eller etter at et par har fått de barna de ønsker.

METODE

I den foreliggende studien

anvendes en fenomenologisk tilnærming inspirert av psykologen Armedio Giorgi (15). Fenomenologisk humanforskning handler om å studere menneskets livsverden slik det daglige liv oppleves. Individets erfaringer og opplevelser og den mening som knyttes til disse erfaringene kan beskrives som menneskets livsverden (16). Det kvalitative forskningsintervju er sjelden strengt strukturert med standardiserte spørsmål, eller helt åpent (17, 18). I studien er data innsamlet ved semistrukturerte intervjuer.

Utvalg

Forsker må ved kvalitativ metode ha et særlig skarpt blick på utvalgets egenart og den betydning dette har for overførbarehet av kunnskapen som utvikles. I en kvalitativ studie anvendes begrepet strategisk utvalg. Ifølge Malterud (19) er erfaringsbasert feltkunnskap en viktig ressurs for klinikerer når man går inn i et forskningsprosjekt som krever et strategisk utvalg.

Kvinner mellom 38 og 50 år med usikker genetisk status veiledet ved en medisinsk genetisk avdeling som tilhørte en risikogruppe i forhold til arvelig form for bryst- og eggstokkreft. Kvinnene måtte ha fjernet eggstokkene minst ett år før intervjuet fant sted.

Fra medisinskgenetisk avdeling hvor genetisk veiledning hadde funnet sted ble det sendt ut skriftlig forespørsel til 31 kvinner som oppfylte inklusjonskriteriene. Et brev med påminnelse om studien ble sendt en gang til dem som ikke hadde svart på første henvendelse. 15 kvinner ga skriftlig samtykke til å delta, en av disse falt fra. Gjennomsnittlig alder

ved intervjutidspunkt var 49 år. Gjennomsnittlig alder ved forebyggende inngrep var 44,5 år. Eldste kvinne ved intervjutidspunkt var 57 år gammel, yngste kvinne (to kvinner) var 39 år gammel. Eldste kvinne ved profylaktisk inngrep var 54 år, yngste kvinne ved profylaktisk inngrep var 37 år gammel.

Datainnsamling

Førsteforfatter gjennomførte intervjuene i 2007 og 2008. Et individuelt, semistrukturert forskningsintervju hvor man hadde tillatelse fra kvinnene til å bruke båndopptaker under samtalen, ble anvendt. Som forberedelse til intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide. Temaer for intervjuguiden omhandlet erfaringer kvinnen hadde i etterkant av å ha fjernet eggstokkene, hvordan det var å stå på erstatningsbehandling med hormoner og erfaringer knyttet til informasjon og veiledning som ble gitt før forebyggende inngrep.

Gjennomføring

Ved oppstart av hvert intervju ble hensikten med studien repetert, samt informasjon om intervjuers bakgrunn som sykepleier og genetisk veileder. Anonymisering av data i ettertid og sletting av lydopptakene ble understreket. Intervjuene fant sted i kvinnens hjem eller på egnet kontor og varte i gjennomsnitt en time.

Studien er godkjent av Regional etisk komité (REK) Vest og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Deltakerne ble forespurt per brev som inneholdt informasjonskriv og skriftlig samtykkeklæring for deltakelse. I brevet fremkom det at kvinnen på et hvilket som helst tidspunkt

kunne trekke seg fra studien.

Samtaler vedrørende sensitive forhold stiller krav til intervjuers evne til å ivareta den andre. Alle fikk oppgitt telefonnummer til medisinskgenetisk avdeling med mulighet for ny genetisk veiledning dersom de i etterkant av intervjuet kjente behov for det.

Analyse

Data ble analysert av førsteoffiser ved anvendelse av Giorgis fenomenologiske metode. Ifølge metoden må forsker være bevisst forutinntatte oppfatninger til det fenomen som studeres og i størst mulig grad stille seg åpen.

Følgende trinn ble fulgt i analysearbeidet: 1) lesning av kvinnenes beskrivelser for å få et helhetsinntrykk, 2) oppdeling av beskrivelsene i meningsenheter og 3) transformering av meningsenhetene hvor essensen i det opplevde ble analysert i lys av teori (15).

RESULTATER

Ved analyse av datamaterialet kom det frem at kvinnene særlig var opptatt av erfaringer i forhold til å stå på erstatningsbehandling med hormoner og konsekvenser profylaktisk inngrep hadde fått for parforholdet med hensyn til seksualitet. 13 av 14 levde i parforhold. Nedenfor følger sitater i forhold til de nevnte temaområder.

Erstatningsbehandling med hormoner

Flere uttalte at de ikke var forberedt på å bli så fysisk slitne etter operasjonen på tross av at de fikk HRT: «Jeg var fullstendig uforberedt på at det ville ta så lang tid, og at de hormongreiene skulle være så inngri-

pende. Det skulle jeg gjerne ha visst mer om. Når legen ville gi meg tre dager sykmelding ble det tre måneder».

En annen uttaler: «At jeg skulle bli så sliten av ingen ting ... at da jeg hadde tatt oppvasken var jeg fullstendig ferdig ... så jeg var bare helt utmattet. Men, så var det akkurat som det letnet, jeg følte det fysisk sånn, nå er det over».

En fikk god hjelp av fastlegen: «Når jeg gikk til ham forklarte han meg at jeg skulle tilvennes hormonplaster. Så sa han at kroppen skulle vende seg

monplaster i kombinasjon med hormonspiral ga uttrykk for at inngrepet ikke hadde gått utover parforholdet: «Sånn som det fungerer føler jeg meg akkurat som før og føler ikke noen forskjell i forhold til kvinnelighet eller ...»

En annen uttaler: «Jeg har ikke blitt hemmet i noe som helst».

Sitatet nedenfor representerer en annen opplevelse etter at eggstokkene ble fjernet, noe som var felles for flere som ble intervjuet: «Mange ganger har jeg sagt til meg selv at hvis jeg

Flere ga uttrykk for nedsatt libido på tross av erstatningsbehandling med hormoner.

til at en ikke produserer hormoner sånn at det kunne gå opp til tre måneder. Ja, det gikk omtrent på dagen tre måneder, det var helt merkelig».

Kvinner som brukte plaster som hormonerstatning ga uttrykk for at det var enkelt i bruk: «Det virker på en måte bare sånn mer ufarlig da».

I forhold til bruk av testosteronkrem uttalte en: «Den bruker jeg hver kveld, jeg stryker den på og det hjelper på humøret også».

En kvinne hadde tilbud om å komme til ny vurdering dersom hun følte behov for å endre eller justere dose på hormonpreparatet: «Gynekologen sa at jeg kunne ha spiralen en stund til, for den virket godt sammen med plastrene. Men hvis jeg fikk noe blødning eller noe, da måtte jeg komme ned igjen. Da kunne vi finne på noe annet, tabletter eller noe».

Opplevelse av parforhold

Flere kvinner som brukte hor-

hadde visst det jeg vet i dag, så vet jeg ikke om jeg hadde tillatt det. Men nå hadde vi kreftfaren hengende over oss. Jeg vet ikke om de er helt klar over at vi stilles på lik linje med menn i forhold til seksualitet ... når du opereres brytes jo blodtilførsel av, nerver og den fysiske følsomheten, det skulle vel være likt for oss som for mannfolk?»

I følgende uttalelse kommer det frem en ambivalens i forhold til å ha fjernet eggstokkene: «Jeg kjenner på at jeg mangler noe, noe er tatt fra meg som skulle være der. Som jeg sa om den kjønnsidentiteten. Det er ganske tøft det. For jeg har lest litt om det og ... altså livmor og eggstokker, det formidler jo noe ifra oven ... de skal jo formidle det samme ... hormoner, følsomhet, ja lyst. Jeg visste ingen ting i den tiden jeg tok operasjonen, uansett om jeg burde være kjempeglad for at jeg ikke har den risikoen lenger. Så det er klart at jeg får litt dårlig samvittighet når jeg

tenker på ... jeg må være glad for det som er gjort».

En kvinne uttaler i forhold til seksuallivet: «Jeg følte at lysten til ... det forsvant». Kvinnen ble spurt om det var andre ting hun ville nevne: «Jeg tror ikke det ... for likevel så har jeg vært frisk. Jeg har ikke hatt noen problem ... Men akkurat det der».

Noen opplevde at parforholdet var blitt bedre etter at

delt sine erfaringer om sensitive forhold i eget liv. Studien viste at erstatningsbehandling med hormoner etter profylaktisk fjerning av eggstokkene i stor grad reduserte plager i forhold til symptomer som tørre slimhinner, hetetokter og søvnproblemer, men at det kunne være behov for å endre hormonpreparat eller justere dose for å oppnå bedre symptomlindring.

Uttalelser fra kvinnene viste

” Noen opplevde at parforholdet var blitt bedre etter at eggstokkene ble fjernet.

eggstokkene ble fjernet: «For meg har det bare vært en fordel fordi jeg slapper mer av med meg selv. Jeg gikk jo hele tiden med dette her hver gang jeg fikk innkalling fra sykehuset og jeg skulle på kontroll. Så jeg gikk med menstruasjon 14 dager hver gang ... så det var fantastisk for meg å slippe akkurat den biten».

En kvinne som var 47 da hun fjernet eggstokkene sier: «På en måte så har det jo bare blitt bedre. Du trenger jo ikke å tenke prevensjon». Flere hadde levd mange år i parforholdet. Uttalelsen nedenfor viser den betydning som ble tillagt mannens holdning. Samtidig fremkommer det en ambivalens: «Mannen min har støttet meg i dette. Han er helt innforstått med det og ... ja, han har vært veldig, veldig grei. Så for ham har det vært helt greit ... etter som han har gitt uttrykk for da ... så jeg kunne forstå ... og det tror jeg er det rette».

DISKUSJON

14 kvinner med risiko for arvelig bryst- og eggstokkreft har

betydningen av god informasjon fra gynekolog for å være forberedt på symptomer som kunne komme postoperativt, som nedsatt sexlyst. Flere opplevde at de ikke hadde fått god nok informasjon preoperativt. Noen ga uttrykk for hvor slitne de opplevde seg fysisk flere måneder etter inngrepet, selv om de sto på erstatningsbehandling med hormoner. Det varierte i stor grad om kvinnen ble oppfulgt av fastlege eller gynekolog etter oppstart av HRT. I tillegg varierte informasjon vedrørende hvor lenge man skulle stå på HRT.

Forskning har vist behovet for at leger i større grad sørger for å gi realistisk og balansert informasjon om både fordeler og mulige ulemper, til høyrisiko premenopausale kvinner som vurderer å fjerne eggstokkene. Dette omfatter informasjon om ovarienes funksjon, menopause, HRT og psykososiale konsekvenser (7, 8, 11, 20) som redusert bekymring for utvikling av kreft (7, 12, 20, 21).

Noen var ambivalente i forhold til om forebyggende fjer-

ning av eggstokkene hadde gått utover parforholdet. På den ene side var de glade for at risiko for kreftutvikling var redusert, på den annen side hadde noe i seksuallivet endret seg. I et av sitatene gir eksempelvis en kvinne uttrykk for at hun tror forebyggende operasjon har vært helt greit for mannen, men hun er ikke helt sikker. Kvinner som brukte hormonplaster ga i mindre grad uttrykk for manglende sexlyst sammenlignet med kvinner som brukte tabletter som hormonerstatning. De som ga uttrykk for at de ikke angret på profylaktisk inngrep brukte også hormonplaster. Kvinner som oppga at de brukte testosteronkrem var særlig fornøyde med erstatningsbehandlingen med hormoner. Det må i denne sammenheng tas forbehold med tanke på at studien er liten. Forskning indikerer at nedsatt androgenkonsentrasjon etter profylaktisk inngrep kan være årsak til problemer i forhold til seksualitet. Dette gjelder også spørsmål som dosering av HRT og at kvinner har forstått medisinsk informasjon slik at bruk av HRT postoperativt vil gjøre at de føler seg som før operasjonen (7). Effekten av HRT for å lindre symptomer ved vanlig menopause har blitt stadfestet i flere randomiserte studier (6,20,22). Likevel kan det se ut til at HRT er mindre effektiv i de tilfeller kvinner går rett over i overgangsalder, som ved kirurgisk inngrep (7). Dette er i tråd med den foreliggende studien hvor kvinner opplevde fysisk tretthet som varte flere måneder, selv om en ble satt på hormonbehandling umiddelbart etter inngrepet.

Genetisk forskning er i rask utvikling. Molekylærgenetiske teknikker har bidratt til

at familier med usikker genetisk risiko for arvelig bryst- og eggstokkreft i dag blir tilbudt ytterligere genetiske undersøkelser før det tas stilling til om familiemedlemmer har indikasjon for risikoreduserende inngrep. Denne utvikling må sees på som svært positiv. Gruppen kvinner som ble intervjuet, har erfart flere nære familiemedlemmer med bryst- og/eller eggstokkreft og lever med en uvisshet i forhold til genetisk status. En studie (23) viser at visshet om genfeil er bedre enn uvisshet for kvinner i familier med arvelig kreft. Det å tilhøre en familie med ukjent genfeil

erfaring over flere år som genetisk veileder, men arbeidet ikke som veileder da intervjuene fant sted. Dette kan sees på som en fordel, da det er fare for at personen som intervjues «pynter» på virkeligheten dersom forsker arbeider innenfor samme arbeidsfelt som det forskes på (17). På den annen side kunne intervjuers erfaring som genetisk veileder gi økt forutsetning for forståelse for den medisinsk-genetiske bakgrunn for risikoreduserende inngrep. Førsteforfatter er utdannet sykepleier og er i samme aldersgruppe som gruppen kvinner som ble intervjuet, noe som kan

Det å fjerne eggstokker før menopause fikk for noen konsekvenser for parforholdet med hensyn til seksualitet. Flere ga uttrykk for nedsatt libido på tross av erstatningsbehandling med hormoner. Viktigheten av balansert og realistisk informasjon i forhold til konsekvenser ved forebyggende fjerning av eggstokkene kom tydelig frem.

Det har i studien fremkommet viktige brukerperspektiver som helsepersonell må ta hensyn til i møte med denne gruppe pasienter. Utvikling av molekylærgenetiske teknikker har bidratt til utvidet tilbud om genetiske tester til kvinner i familier med arvelig kreftisiko. Det vil resultere i at færre gjennomgår forebyggende fjerning av eggstokkene. De erfaringer man får tilgang til ved bruk av kvalitativ forskningsmetode kan lede til nye hypoteser, begreper og forståelsesmåter. Ifølge Malterud (14) kan det være viktigere i kvalitativ forskning å komme frem til nye spørsmål enn å besvare gamle. Hvilke erfaringer kvinner har av opplevd liv etter mer omfattende genetisk utredning ved usikker genetisk status, er et forskningsspørsmål som kan stilles i denne sammenheng.

En stor takk til kvinnene som delte sine erfaringer i studien.

Flere opplevde at de ikke hadde fått god nok informasjon preoperativt.

synes å være mer belastende enn det å ha genfeilen. En annen studie i forhold til kvinner med ukjent genetisk risiko (21) viste at å redusere angst og usikkerhet var det som ga høyest interesse for å fjerne eggstokkene.

Selv om den intervjuede gruppe kvinner var friske, kunne et inngrep som profylaktisk fjerning av eggstokkene ved 40 års alder få konsekvenser for opplevd livskvalitet. Denne gruppe kvinner får i dag tilbud om mer omfattende genetisk utredning som gir større grunnlag for medisinsk genetiker til å vurdere risikoen i familien. Vurderes risikoen som lav etter slik utvidet vurdering, vil det kunne redusere den angst som usikker genetisk status kan medføre.

Studiens styrke

Førsteforfatter som gjennomførte intervjuene har tidligere

ha bidratt til større åpenhet i forhold til eget liv sammenliknet med om en yngre person med annen yrkesbakgrunn og kjønn hadde intervjuet.

Studiens svakhet

En studie med 14 deltakere er en relativ liten studie. Det at intervjuer tidligere hadde arbeidet som genetisk veileder kan ha bidratt til at noen holdt tilbake informasjon rundt sensitive forhold. Intervjuer tilstrebet å legge til side egne forutinntatte oppfatninger, likevel kan det tenkes at problemområder som kvinner ønsket å formidle ble overhørt eller ikke lagt vekt på.

KONKLUSJON

Studien gir et bilde av de erfaringer kvinner med usikker genetisk risiko for å utvikle bryst- og eggstokkreft har etter forebyggende fjerning av eggstokkene.

Les kommentaren på side 321 >>

REFERANSER

1. **Kreftregisteret.** Institutt for populasjonsbasert kreftforskning. Tilgjengelig fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Kreftsykdommer/Eggstokkreft/> (Nedlastet 20.08.2010).
2. **Michelsen TM, Dørum A, Dahl AA.** A controlled study of mental distress and somatic complaints after risk-reducing salpingo-oophorectomy in women at risk for hereditary breast ovarian cancer. *Gynecologic Oncology* 2009;113:128-33
3. **Maehle L, Apold J, Paulsen T, Hagen B, Løvstlett K, Fiane B** et al. High Risk for Ovarian Cancer in a Prospective Series Is restricted to BRCA1/2 Mutation Carriers. *Clin Cancer Res.* 2008;14:7569-73.
4. **Domchek SM, Rebbeck TR.** Prophylactic oophorectomy in women at increased cancer risk. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007;19:27-30.
5. **Rebbeck TR, Kauff ND, Domchek SM.** Meta-analysis of Risk Reduction Estimates Associated With Risk-Reducing Salpingo-oophorectomy in BRCA1 or BRCA2 Mutation Carriers. *J Natl Cancer Inst.* 2009;101:80-7.
6. **Madalinska JB, van Beurden M, Bleiker EM, Valdimarsdottir HB, Hollenstein J, Massuger LF** et al. The Impact of Hormone Replacement Therapy on Menopausal Symptoms in Younger High-Risk Women After prophylactic Salpingo-Oophorectomy. *J Clin Oncol.* 2006; 22:3576-82.
7. **Hallowell N, Mackay J, Richards M, Gore M, Jacobs I.** High-Risk Premenopausal Women's Experiences of undergoing Prophylactic Oophorectomy: A Descriptive Study. *Genet Test.* 2004;8:148-56.
8. **Rocca WA, Bower JH, Maraganore DM, Ahlskog JE, Grossardt BR, de Andrade M** et al. Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause. *Neurology* 2007; 69:1074-83.
9. **Garber DF, Hartman A.** Prophylactic Oophorectomy and Hormone Replacement Therapy: Protection at What Price? *J Clin Oncol.* 2004; 22: 978-80.
10. **Meiser B, Tiller K, Gleeson MA, Andrews L, Robertson G, Tucker KM.** Psychological impact of prophylactic oophorectomy in women at increased risk for ovarian cancer. *Psychooncology* 2000; 9:496-03.
11. **Hallowell N.** A qualitative study of the information needs of high-risk women undergoing prophylactic oophorectomy. *Psychooncology* 2000; 9:486-95.
12. **Van Oostrom I, Meijers-Heijboer H, Lodder LN, Duivendoorn H, van Gool AR, Seynaeve C** et al. Long-term psychological impact of carrying a BRCA1/2 mutation and prophylactic surgery: a 5-year follow-up study. *J Clin Oncol.* 2003; 21:3867-74.
13. **Morris DB.** Illness and culture in the postmodern age. I Hilden P K. Risk and Late Modern Health, Socialities of a Crossed - Out Pancreas. Faculty of Medicine, University of Oslo, 2003.
14. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2002;25:2468-72.
15. **Giorgi A.** Phenomenology and Psychological Research. Duquesne University Press, 1985.
16. **Van Manen M.** Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. New York: SUNY Press / London, 1997.
17. **Fog, J.** Med samtalen som utgangspunkt. Akademisk forlag, København. 1994.
18. **Kvale, S.** Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 2001.
19. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget, Oslo. 2003.
20. **Madalinska JB, Hollenstein J, Bleiker E, van Beurden M, Valdimarsdottir HB, Massuger LF** et al. Quality of life effects of prophylactic salpingo-oophorectomy versus gynaecologic screening among women at increased risk of hereditary ovarian cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23:6890-8.
21. **Hurley KE, Millers M, Costalas JW, Gillespie D, Daly MB.** Anxiety / Uncertainty Reduction as a Motivator for Interest in Prophylactic Oophorectomy in Women with a Family History of Ovarian Cancer. *Journal of Women's Health & Gender-based medicine* 2001;10:189-99.
22. **Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, La Croix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML** et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002;288:321-33.
23. **Geirdal AØ, Reichelt JG, Dahl AA, Heimdal K, Maehle L, Stormorken A** et al. Psychological distress in women at risk of hereditary breast/ovarian or HNPCC cancers in the absence of demonstrated mutations. *Fam Cancer* 2005; 4:121-6.

Trenger individuell tilpasning

› Informasjon til kvinner før forebyggende operasjoner, og tiltak i etterkant, kan bli bedre.

Foto: Per Marius Diriksen



Av Lovise Mæhle

Overlege dr. med. Avdeling for arvelig kreft, OUS, Radiumhospitalet

I denne kvalitative studien, er kvinner i familier med forhøyet risiko for eggstokkreft intervjuet etter gjennomgått forebyggende operasjon. Forfatterne beskriver en stor bredde i kvinnenes tanker og erfaringer, og gledelig nok er det flere av kvinnene som sier at behandlinga ikke har hatt negativ effekt på parforhold og livskvalitet. Kvinner som fjerner eggstokker, skal bruke hormonsubstitusjon fram til cirka 50 års alder, og Mæland finner at noen opplever usikkerhet og behov for tilpasning av denne behandlinga.

Vi opplever i vår genetiske praksis at de fleste som får vite om en forhøyet risiko for arvelig eggstokkreft, gjør de valgene som sikrer overlevelse og god prognose. Valget er enklest for dem som får vite at de har en påvist genfeil. Mæland har intervjuet 14 kvinner med antatt forhøyet risiko for eggstokkreft, men der det ikke er påvist gen-

feil i BRCA1 eller BRCA2. Det er vår erfaring at det er vanskeligere for disse å akseptere ooforektomi, siden det er usikkert om det er nødvendig å gjøre det.

En pasient som har gjennomgått kreftbehandling kan i ettertid ha helseplager og redusert livskvalitet som et resultat av terapien. På tilsvarende måte kan kvinner med høy risiko for kreft, som behandles forebyggende, ha bivirkninger av behandlinga. Heldigvis viser både denne og andre studier at mange ikke har slike plager, og vi skal være forsiktige med å svartmale situasjonen for de som trenger forebyggende behandling. Samtidig må leger, genetiske veiledere og andre være villige til å lytte til de som trenger ekstra hjelp for eksempel til å få hormonene i balanse. Men det er også klart at det er mer enn hormoner som avgjør om parforhold fungerer godt,

og samtale med sexolog etter ooforektomi er innført som tilbud ved enkelte sykehus.

I forbindelse med genetisk veiledning anbefaler vi kvinnene å diskutere effekt av hormonbortfall med gynekologen som skal utføre inngrepet. Vi oppfordrer også til at de finner en gynekolog eller interessert allmennlege som kan hjelpe dem med å finne fram til en hormonsubstitusjon som fungerer best mulig. Individuell tilpasning er ofte nødvendig.

Vi vet fra mangeårig praksis at forebyggende fjerning av eggstokker tolereres godt av de fleste kvinner med forhøyet risiko for eggstokkreft. Det er likevel bra med påminnelse om at informasjon før inngrepet og tilbudet til kvinnene etterpå, kan bli enda bedre.

Les artikkelen på side 314





FORSKER I DIALOG

› På forum for praksisnær forskning diskuterer forskere prosjektene sine med praktikere og brukere.

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Erik M. Sundt

Doktorand Anne Kjersti Myhre har lang fartstid som helsesøster for elever ved ungdomsskolen og videregående skole. Hun erfarte at ungdom i stadig økende grad oppsøkte helsesøster på grunn av psykiske problemer, og ønsket å forske på dette.

I dag skal Myhre legge frem forskningsprosjektet sitt på forum for praksisnær forskning på Høgskolen i Hedmark hvor hun også underviser. Forumet ledes av førsteamanuensis Arild Granerud og professor Bengt G. Eriksson samt initiativtaker professor Jan Kåre Hummelvoll. Alle tre er ansatt ved Høgskolen i Hedmark.

ÅPEN ATMOFÆRE

Arild Granerud tar oss med opp i aktivitetsrommet i Kirkevegen, som tilhører avdeling for helse- og idrettsfag. Sammen med Bengt Eriksson forbereder han dagens forum. Midt i rommet står et digert langbord dekket til møtet

med kaffe, te, frukt og mineralvann.

– Vi inviterer forskere, lærere, brukere og praktikere for å presentere prosjekter og ideer til dialogbasert samarbeid, forteller Granerud.

– Halvparten av tiden brukes til fremlegg og resten til dialog. Hver gang får vi besøk av en forsker som legger frem et påbegynt forskningsprosjekt. Prosjektet skal ikke være ferdig, men presenteres som idé eller utkast. Deretter drøftes prosjektet i fellesskap og både forskere, lærere og praktikere kommer med innspill.

Et viktig poeng ved forumet er at alle skal kunne legge frem prosjekter og få en kameratslig og åpen samtale rundt disse.

– Vi har stor bredde i det som legges frem, her blir man ikke vurdert og bedømt, men prosjekter og ideer drøftes i en inkluderende atmosfære.

BRUKERMEDVIRKNING

De siste årene har brukermedvirkning blitt viktig.

– Brukerne er alltid repre-

sentert i forumet, understreker Granerud.

Det er også ansatt en bruker i 20 prosent stilling som forsker 2 ved avdelingen. Hun deltar aktivt i forskning og garanterer brukermedvirkning og -representasjon i forskning og utdanning.

– *Hva kan brukerne tilføre forskningen?*

– Et eksempel er fokusgruppeintervjuer der bruker intervjuer andre brukere. En bruker kan ha en legitimitet i en intervju-situasjon som gjør det mulig å stille helt andre spørsmål enn en forsker som ikke har brukerperspektiv, presiserer Eriksson.

Granerud og Eriksson mener at brukerne tilfører kvaliteter i selve forskningsprosessen. Brukerne tilfører synspunkter og åpner for muligheter som forskerne ikke ville fått ellers, både gjennom datainnsamling og analysen.

PRAKSISNÆRT

– Forskning innenfor psykisk helsearbeid har ikke bare et akademisk formål, den skal også



> **Forsker på ungdom og psykisk helse:** Anne Kjersti Myhre legger frem prosjekt sitt for interesserte lyttere i forum for praksisnær forskning på Elverum.

forbedre praksis og gi brukerne bedre vilkår.

Granerud trekker frem høyskolens samarbeid med Sannerud sykehus som et godt eksempel på forskning som har fått konsekvenser for praksis.

– Høyskolen har samarbeidet med Sannerud siden åttitallet. Det har ført til høyere kompetanse blant de ansatte og økt brukermedvirkning ved sykehuset.

Mål og verdier ved sykehuset og hos de ansatte får konsekvenser for brukerne. Forumet har også ført til økt metodekompetanse i praksis.

Granerud og Eriksson tror dialogbasert forskning får større gjennomslagskraft hos flere.

– Flere får eierskap til forskningen fordi de har bidratt til å forme resultatene gjennom det dialogbaserte samarbeidet.

UNGDOM OG PSYKISK HELSE

Rommet er i ferd med å fylles med folk. Klokka er ett og Gra-

nerud lukker døren inn til møterommet. Anne Kjersti Myhre tar ordet.

Myhre har valgt å ta utgangspunkt i Ungdomsunder-

” ” Flere får eierskap til forskningen.

søkelsen som ble foretatt av Folkehelse i perioden 2000–2003. I denne undersøkelsen selvrappporterer ungdom egen opplevelse av blant annet psykisk helse, smerter, røyking og alkohol. Myhre kobler undersøkelsen mot reseptbasert legemiddelregister. Og ser at en større andel av ungdommene som rapporterte psykisk uhelse i 2000 bruker psykofarmaka ti år senere.

Etter at Myhre har lagt frem prosjektet sitt får hun bred støtte fra deltakerne i forumet. Samtlige, både praktikere og brukere,

synes problemstillingen hun har valgt er viktig. En av brukerne misliker ordet «psykisk uhelse» og diskusjonen går livlig rundt bordet.

– Det er viktig å få artikulert prosjektet. Og jeg fikk en del spørsmål rundt begreper som jeg skal ta med meg videre, sier Myhre.

Møtet er over og hun synes det var nyttig å legge frem prosjektet sitt i forumet.

– Deltakerne i forumet har forskjellig ståsted, ikke alle er akademikere. Derfor er det viktig at forskningen legges frem på en måte som gjør den forståelig for alle, understreker Myhre.

Hun mener at det å legge frem forskningen på en «populærvitenskapelig måte» har flere fordeler.

– Forskingen skal jo til syvende og sist ut i praksis og brukes der. Derfor er det viktig å kunne formulere resultatene på en måte som når frem til alle, sier Myhre.

INTENSIV ETIKK

› Kristin Halvorsen har tatt doktorgrad på etiske vurderinger i behandling av intensivpasienter. Hun har funnet ut at de ansatte diskuterer for lite.

Tekst: **Navn Navnesen**

Foto: **Erik M. Sundt**

Kristin Halvorsen har tilbrakt 450 timer på intensivavdelinger ved tre forskjellige norske sykehus. Her fulgte hun intensivsykepleiere og leger i konkrete pasientsituasjoner hvor de tok beslutninger vedrørende intensivbehandling. I tillegg gjorde hun 46 dybdeintervjuer med leger og sykepleiere i intensivavdelinger.

– Pasienter som behandles i intensivavdeling er vanskelige pasienter med et komplekst sykdomsforløp, presiserer Halvorsen.

PRESTISJE Å REDDE LIV

– Et vanlig dilemma for intensivsykepleiere og leger er om behandlingen lindrer pasientens lidelse eller forlenger den.

Halvorsen forteller at det er mange som har del i behandlingen og derfor mener noe om forløpet til intensivpasienten. Blant annet anestesilegen, kirurgen, infeksjonslegen og intensivsykepleieren. Disse er ikke alltid enige om behandlingen, men denne uenigheten diskuteres sjelden åpent først i behandlingsforløpet.

– Legene drøfter rene, medisinske forhold, men det er ikke vanlig å drøfte etiske problemstillinger, sier Halvorsen.

Hun forteller at legen ved avdelingen der pasienten behandles initialt, legger mye prestisje i å redde pasienten, selv når pasientens medisinske prognose er dårlig.

– Enkelte kirurger er svært opptatt av sin egen operasjonsstatistikk. De ønsker ikke at pasientene skal dø av inngrepet og presser på for at pasientene skal intensivbehandles, selv der overlevelsesmulighetene er svært små. Det er viktig å akseptere tanken på at man ikke alltid kan redde liv, men heller bidra til å lindre lidelse og gi pasientene en verdig livsavslutning.

HVA ER BEST FOR PASIENTEN?

Halvorsen forteller at legene og sykepleierne hun intervjuet pekte på flere forhold som kunne bidra til unyttig og uverdigg intensivbehandling. For eksempel skyldfølelse og dårlig samvittighet for å «mislykkes» i behandlingen.

– Forventningene til at pasienter som legges inn på sykehus overlever er enorme, påpeker

Kristin Halvorsen

f. 1958

Utdanning: intensivsykepleier/
førstemanuensis

Arbeidssted: Lovisenberg diakonale høyskole og Høgskolen i Akershus

Halvorsen. Både fra pasienten selv, de pårørende, styresmakter og media.

– Men kravene om overlevelse kan være mot sin hensikt. Det er ikke best for pasienten når lidelsen forlenges til ingen nytte.

Hun minner om at stadig flere alvorlig syke kan behandles over lang tid.

– Et problem er at det ofte ikke er dokumentert hva pasienten selv ønsker i livets slutfase. Det er få som våger å ta denne viktige samtalen med alvorlige syke pasienter. Når det ikke er håp om bedring, hva ønsker pasienten da?

KNAPPE RESSURSER

Halvorsens informanter var også opptatt av knappe ressurser. Intensivbehandling krever avansert sykepleie og teknologi, samt faglig nærvær og styrke. Ofte mangler intensivavdelingene både senger og personale og må derfor avvise eller sette på vent pasienter som kunne hatt god nytte av behandling.

– Intensivsykepleierne fortalte om vakter der de ikke hadde tid til å gi pasienten munnstell og helgevakter hvor personer som var i ferd med å våkne ble bedøvet ned



på grunn av ressursmangel. En fortalte at pasienter som var i ferd med å våkne kunne bli plassert på rom med døende pasienter.

Både legene og sykepleierne opplevde at omsorgsrollen på intensivavdelingen var i ferd med å bli marginalisert.

Halvorsen så også på nasjonale overordnede retningslinjer for prioritering av helsetjenester, for å undersøke om disse ga noen beslutningsstøtte i vanskelige etiske beslutninger. Det gjorde de i svært liten grad. Hun fant at det å være alvorlig syk var et sterkt og overordnet behandlingsimperativ, selv med dårlige prognoser.

– Påvirkes beslutningene av økonomi?

– Nei. Selv om det står i retningslinjene at etiske vurderinger skal settes opp mot kostnader, var det ingen av dem jeg intervjuet som opplevde at kostnader ble tillagt etisk relevans.

VANSKELIGE VALG

Flere leger beskrev tydelig hvor vanskelig det var å ta beslutninger vedrørende avgrensning av intensivbehandling.

– Jeg mener legene kunne hatt

” Forventningene til at pasienter som legges inn på sykehus overlever er enorme.

mye å hente ved å drøfte disse beslutningene i en bredere tverrfaglig sammenheng.

Halvorsen oppdaget at klimaet for å diskutere beslutninger varerte mellom hver enkelt avdeling og i tillegg var svært personavhengig. Noen få leger ønsket å diskutere behandlingen, mens andre opplevde enhver uenighet som kritikk. En lege sa at han aldri lot intensivsykepleiers observasjoner og synspunkter påvirke beslutninger om å avgrense intensivbehandling.

– I de avdelingene forskningen min ble gjennomført var det liten tradisjon for å se på hvordan beslutningsprosessene om behandlingsavgrensning skal foregå, sier Halvorsen.

TROR PÅ TVERRFAGLIGHET

– De forskjellige legene ser pasienten gjennom sine ulike fagbriller. De har gjerne forskjellige perspektiver og snakker ofte ikke godt nok sammen. Jeg tror at denne man-

gelen på samtale- og diskusjonskultur ved beslutningsprosesser er med på å påvirke behandlingen negativt, og i verste fall gir økt mortalitet.

Halvorsen synes selv at dette er oppsiktsvekkende funn og mener at overordnede retningslinjer og strukturer kan bidra til å gjøre slike beslutningsprosesser mindre personavhengige. Hun mener legene kunne hatt mye å hente ved å drøfte disse beslutningene i en bredere tverrfaglig sammenheng, og trekker frem et eksempel fra et tverrfaglig møte hun deltok i.

– Ifølge anestesilege og kirurg var det ingen tegn til bedring hos den aktuelle pasienten og det ble sammenkalt til et beslutningsmøte. Alle hadde gitt opp håpet om at pasienten skulle komme seg, men sykepleier var uenig. Hun hadde oppfattet signaler og endringer hos pasienten under stell, og mente at pasienten var på bedringens vei. Dette førte til ny operasjon og pasienten ble frisk.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
TO NE MERETE NOREKVAL

Tittel: Patient-reported outcomes in women after myocardial infarction a longitudinal study of quality of life, sense of coherence and perceived positive effects

Arbeidssted: Hjerteavdelingen, Haukeland Universitets-sjukehus

Utgått fra: Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Veileder: professor Berit Rokne

Disputas: 16. oktober 2009

E-post: tone.norekval@helse-bergen.no

> **Bakgrunn:** Koronar hjertesjukdom er framleis den vanlegaste dødsårsaka blant både kvinner (22 prosent) og menn (21 prosent). Imidlertid har andelen som overlever auka betydeleg grunna både betre behandlingsmetodar og forebygging. Det er derfor mange som i dag skal leve med sin hjertesjukdom. Få studiar er gjort på kvinners opplevingar etter hjerteinfarkt.

Hensikt: Hensikten med studien

var å kartlegge korleis kvinner opplever sin livskvalitet og mestrar kvardagen etter infarkt, samt å sjå på om eigenrapportert helse og livskvalitet kan predikere nye sjukdomshendingar og død.

Metode: I alt 145 kvinner svarte på spørreskjema om livskvalitet, fysiske og psykiske helseplager, mestringskapasitet og moglege positive konsekvensar av gjennomgått hjerteinfarkt. Svara blei samanlikna med kvinner på samme alder frå normalbefolkninga. Kvinnene blei så fulgt opp i ti år.

Resultat: Kvinner med hjerteinfarkt har lågare fysisk funksjon, men opplever å ha like god livskvalitet relatert til psykiske og sosiale aspekt. Dei rapporterer engstelse og nedstemtheit, men ikkje i større grad enn andre kvinner på samme alder. Grad av mestringskapasitet, subjektive symptom og objektive sjukdomsmål bidreg til å forklare grad av eigenrapportert livskvalitet. Eit overraskande funn var at 65 prosent av kvinnene også såg noko positivt ved å ha gjennomgått hjerteinfarkt. Dette innebar at dei sette meir pris på livet, fekk helsehjelp, endra livsstil og tok meir vare på seg sjølv og andre. Saman med allerede

kjende risikofaktorar, som redusert nyre- og hjertefunksjon, var eigenvurdert helse og psykiske sider ved livskvaliteten med på å predikere fatale hendingar. Å bu åleine var ein faktor som tydeleg auka risikoen for både tidlegare død og nye sjukdomshendingar.

Konklusjon: Studien viste at salutogene og patogene prosessar foregår parallelt, og ei framtidig utfordring vil vere i større grad å bringe inn ressursfokus. Pasientrapporterte data hadde prognostisk verdi ved å predikere nye hjertehendingar og død. Pasientperspektivet bør i større grad blir innlemma i både klinisk praksis og i framtidig forskning.



Kandidat:
**INGEBORG STRØMSENG
SJETNE**

Tittel: Patient- and nurse-reported outcomes in Norwegian hospitals: associations with characteristics of the care environment

Arbeidssted: Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten

Utgått fra: Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Veileder: Bodil Ellefsen

Disputas: 21. mai, 2010

E-post: ing@nokc.no

> **Bakgrunn:** Det finnes lite dokumentasjon om sammenhengen mellom kvalitet på behandling av pasienter versus interne rammer og vilkår for helsepersonellens arbeid i norske sykehus. Internasjonal forskning har vist sammenheng mellom tjenestenes kvalitet og betingelsene som sykehusarbeidet utføres under.

Hensikt: Dette doktorgradsarbeidet studerte slike sammenhenger i norske sykehus, med vekt på sykepleietjenesten.

Metoder: I arbeidet inngikk redegjørelse for oversetting og vurdering av et spørreskjema for å måle sykepleiernes oppfatning av viktige faktorer i deres faglige arbeidsmiljø. Det ble deretter samlet inn kvantitative data fra 96 sengeposter om 1297 sykepleieres oppfatning av sine praksisvilkår, og fra avdelings-sykepleierne data om bemanning og pasientbelegg, samt organisering av arbeidet. Dataene ble brukt til å klassifisere tre ulike modeller for organisering av sykepleie på sengeposter. De tre modellene ble deretter brukt til å undersøke om sykepleiernes oppfatning av kvalitet i pasientbehandling, læringsklima, arbeidstrivsel og samarbeid med legene varierte med organisasjonsmodell alene og/eller i kombinasjon med andre kjennetegn ved postene. Sammenhengen mellom pasienterfaringer og sykehusstørrelse/universitetstilknytning ble studert i et datamateriale fra en tidligere, nasjonal undersøkelse.

Resultat: Studien påviste betydelige forskjeller mellom postene, men organisasjonsmodell alene kunne ikke forklare disse forskjellene. Andre kjennetegn, som bruk av personell fra utleiebyrå og korridorpasienter, var assosiert med sykepleiernes

vurdering av tjenestekvalitet, til dels i samspill med organisasjonsmodell. Pasienterfaringene i den nasjonale undersøkelsen var generelt svært positive, med best skår for små sykehus.

Konklusjon: Avhandlingen som helhet har vist at pasienters og sykepleieres innsidekunnskap bidrar til et utfyllende bilde av vilkårene for helsepersonellens arbeid i sykehusene.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
SIGRID WANGENSTEEN

Tittel: Nyutdannede sykepleieres vurdering av egen kompetanse, kritisk tenkning og bruk av forskning.

Arbeidssted: Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Utgått fra: Karlstads Universitet, Sverige

Veileder: Gun Nordström

Disputas: 22. oktober 2010

E-post: Sigrid.Wangensteen@hig.no

► **Bakgrunn:** Kritisk tenkning og bruk av forskning er sentrale elementer i sykepleierkompetanse.

Hensikt: Studere nyutdannede sykepleieres egenvurdering av kompetanse, kritisk tenkning og bruk av forskning, samt identifisere prediktorer for bruk av forskning og egenvurdering av kompetanse.

Metode: Kvalitativ studie med individuelle intervju (n=12) analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Kvantitativ studie der 1900 sykepleiere fra 18 syke-

pleierhøgskoler ble forespurt om deltakelse. The California Critical Thinking Disposition Inventory (CCTDI), Research Utilization Questionnaire (RUQ) og Nurse Competence Scale (NCS) ble brukt for datainnsamling. Ikke-parametrisk og parametrisk statistikk ble benyttet.

Resultat: Den første tiden som sykepleier ble opplevd som tøff, men i tilbakeblikk ville de ikke unnvært den tiden; den var så lærerik. Sykepleierne beskrev behov for støttende miljø, og de oppøvde kompetanse gjennom å mestre krevende situasjoner. Sykepleierne vurderte sin totale kompetanse som god; best for «Helping role» og dårligst for «Ensuring quality». Totalscore på CCTDI indikerte positiv disposisjon for kritisk tenkning. På CCTDI's subskalaer rapporterte de høyest verdi for intellektuell nysgjerrighet (Inquisitiveness) og lavest verdi for intellektuell ærlighet (Truth-seeking). Sykepleierne rapporterte positiv holdning til forskning, men bare 24 prosent ble klassifisert som brukere av forskning. Et støttende miljø var signifikant prediktor for bruk av forskning. Kritisk tenkning var signifikant prediktor for holdning til og bruk av forskning samt for egenvurdering av kompetanse.

Konklusjon: Kritisk tenkning som prediktor for bruk av forskning og for egenvurdering av kompetanse er viktig informasjon for sykepleierutdanning og sykepleiepraksis. Sykepleieledere og sykepleiere i sykepleierutdanning er viktige for videreutvikling av sykepleierstudenters og nyutdannede sykepleieres evne til kritisk tenkning.



Kandidat:
NINA OLSVOLD

Tittel: Ansvar og yrkesrolle.
Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus.

Arbeidssted: Lovisenberg diakonale høyskole

Utgått fra: Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn

Veileder: Anne Lise Mid-delthon

Disputas: 12. november 2010

E-post: nina.olsvold@ldh.no

> Bakgrunn: Sykepleiere må i sin arbeidshverdag balansere mellom fordringer fra pasienter, pårørende og annet helsepersonell, samtidig som de må forholde seg til sykehusets rammebetingelser, og de krav som stilles til dem som arbeidstakere i en organisasjon.

Hensikt: Å utforske den praktiske betydningen av ansvar for sykepleiere i sykehus, og videre hvordan strukturelle og relasjonelle faktorer innvirker på hvordan ansvar organiseres og gjøres i sengeposter.

Metode: Etnografisk design med deltakende observasjon i fire

sengeposter i tre sykehus, og kvalitative intervjuer med 30 sykepleiere og syv leger.

Resultat: Sykehusets temporale struktur, postenes arbeidsorganisering og arbeidsrelasjonene mellom sykepleiere og leger hadde betydning for håndteringen av ulike ansvarsforhold i postene, så vel som for hvem som følte og tok ansvar for hva. Høy grad av arbeidsdeling, samt sykehusenes turnus- og vaktordninger, svekket personkontinuiteten både i arbeidet og i ansvaret for den enkelte pasient. Rotfestede profesjonelle hierarkier og arbeidsmåter, samt ulike plassering i forhold til pasientene, ble funnet å ha innflytelse på hvordan sykepleiere og leger forholdt seg til eget og andres arbeid, og på hva de følte seg forpliktet til å ta ansvar for. Sykepleiernes ansvar i de undersøkte sengepostene kan beskrives som organisatorisk uavgrenset, i det de i tillegg til etablerte arbeidspraksiser tok ansvar for en rekke uformelt delegerte og uspesifiserte oppgaver.

Konklusjon: Sykepleieres fleksible yrkesrolle gir store gevinster for sykehusorganisasjonen, men de hierarkiske relasjonene mellom sykepleiere og leger koblet med sykepleieres uavgrensede

ansvarstaking, kan få uheldige virkninger for pasientsikkerhet og organisatorisk effektivitet, og for anerkjennelsen av sykepleieres bidrag i pasientbehandling og sykehusdrift.

SITÉR OG REFERÉR KORREKT

Feil og mangler ved sitater og referanselister i akademiske arbeider reduserer den vitenskapelige verdien.

Av Liv Wergeland Sørebye

Min gamle veileder Peter F. Hjort fortalte at når han fikk en publikasjon til gjennomlesing, startet han med referanselista. Var denne korrekt, gledet han seg til å lese arbeidet. En god referanseliste berger for kvalitet. Var referansene slurvete og ufullstendig gjengitt var han bekymret for kvaliteten på innholdet. I denne kronikken presiseres hvilke omfattende nøyaktighetsarbeid god forskning må utvise. Det er to kategorier kildefeil som forekommer 1) bibliografiske feil og 2) misforståelse og feilsitat av forskningsresultater eller faglige resonnement.

LES ORIGINALARTIKKELEN

Når man skriver en artikkel ligger ansvar for nøyaktigheten av bibliografiske henvisninger hos forfatteren(e). Forfatter(e) som leverer manus til anerkjente, vitenskapelige tidsskrift legger kanskje mer flid i bearbeidingen av referanselisten (1). Flere tidsskrift ber om at første siden på alle referanser blir sendt inn sammen med manus (2–3). Dette kan også være en kontroll av om forfatter faktisk har hatt den aktuelle refererte artikkel tilgjengelig.

Det er publisert mange artikler angående feil i referanselista (1–4), men få artikler angående feilsitering «quotation» (5–6).

«Jeg har bare lest et sammendrag av originalartikkelen, men siden det her hentet fra kreftforeningens hjemmeside så regner jeg med at studien er gjengitt riktig.» Slike og lignende uttalelser forekommer under veiledning av sykepleierstudenter som arbeider med sine bacheloroppgaver. Hvis sykepleierstudenter ønsker å bruke sekundærkilder forventer vi at de skal begrunne hvorfor og ta forbehold om korrekt gjengivelse. Det er viktig at sykepleierstudentene lærer seg kravene som stiles til vitenskapelig publisering.

Ofte gjengis tekst hvor artikkelforfatteren blir oppgitt som kilde, ved nærmere undersøkelse avsløres det at den informasjonen kom ikke fra denne kilden, men fra en tidligere sitert kilde (5).

FEILSITAT

I en nylig publisert artikkel står det «at 32 av 220 (15,5 prosent) av pasientene i sykehus var alene i

dødsøye-blikket», referansen viser til en artikkel av Sørbye & Steindal (7). Sannheten er at i den aktuelle artikkelen sto det ikke referert antall som døde alene. Artikkelen omhandlet 116 og ikke 220 pasienter. Dataene som det ble referert til var upubliserte og hentet fra et foredrag. Slike feil er ikke bare uheldige for den som skriver, men også for forfatteren(e) det refereres til. Ved å lese originalartikkelen vil slike unødvendige feilskjær unngås.

To undersøkelser viser at antallet sitatfeil i tidsskrifter varierer i gjennomsnitt fra (6,7–12,3 prosent). Sitatfeil avslørte at innholdet i den opprinnelige artikkelen ble motsagt eller var relatert til forfatterens påstand. Dårlig sitering er en refleksjon på det akademiske arbeidet til forfattere og tidsskriftet og reduserer verdien av publiserte artikler (5–6).

Forekomsten av alvorlige feil skjer i alle typer fagfelleverderte sykepleietidsskrift. Lange referanselister i artikler skrevet av en enkelt forfatter har ofte mange mindre sitatfeil. Tidsskrifter med høyt vitenskapelig nivå og rask indeksering har en tendens til å inneholde færre mindre feil (1).

FEIL I REFERANSEN

Stavefeil i forfatters navn er svært vanlig, fornavn og mellomnavn kan bli etternavn og motsatt. Om forfatterens navn er riktig skrevet eller ikke, har mindre å si for det vitenskapelige innholdet i artikkelen, men for forfatteren selv kan det få konsekvenser. I dag vurderes en forskers produktivitet etter antall indekserte artikler. For andre forskere som skal benytte forfatternavn som søkeord skaper også feilskrivning problemer. Feil eller mangler på tidsskriftstittel, volum, nummer eller årstall kan gjøre det vanskelig for den enkelte forsker å finne artikkelen (3), en feil i internettadresser kan være enda vanskeligere å nøste opp (8–9). Feil i referansen kan skape bibliografiske problemer i årevis. Et eksempel på dette ble nylig publisert i et nordisk tidsskrift. «I FNs menneskerettighetserklæring står det at et menneske har rett til ikke å dø alene.» I referanselisten var oppført The Bill and Rights, 1948. Et par tastetrykk på verdensveven, bekreftet at The Bill of Rights fra 1948 ikke inneholdt noe om de døendes rettigheter. Forfatterne har sannsynligvis ikke lest originalteksten. Likevel handlet de i god

tro. Erklæringen om de døendes rettigheter har vært i det palliative miljøet siden midt på 70-tallet.

FEIL SPRES RASKT

I 1986 utga Gyldendal Norsk forlag en oversatt versjon av *People in crisis* (10). I denne boken gjengis i 16 punkter. «Erklæringen om den døendes rettigheter, som er vedtatt av FN's Generalforsamling.» På den tiden arbeidet jeg med en rapport om livets slutt i sykehjem og ønsket å vise til disse rettighetene (11). I den aktuelle boken var ikke de døendes rettigheter oppført på referanselisten, heller ingen årstall var nevnt. En parentes fortalte at rettighetene var sitert i *American Journal of Nursing*, 1975, s. 99. Med god hjelp fra biblioteket fant jeg fram til full referanse og fikk originalartikkelen via faks (12). I 1999 la Livshjelpsutvalget fram sin innstilling (13). Her ble FN's erklæring om den døendes rettigheter «The Bill of Rights» omtalt, men uten kildehenvisning. Utvalget begynte å få spørsmål om når disse rettighetene ble vedtatt av FN og i hvilken forbindelse. Det ble søkt i ulike kanaler, men ingen kunne gi bekreftelse på at de var vedtatt i FN. Når så feilsiteringen kommer igjen i 2010, hjelper verdensveven meg. «*American Journal of Nursing*» har lagt sine tidligere artikler ut som pdf-filer, og med bibliotekets kodeord tok det bare minutter før artikkelen var på min egen PC. «The Bill of Rights» ble utviklet på en «workshop» om den dødssyke pasient og dens omsorgsperson. Dette fant sted i Michigan og ledet av Amelia J. Barbus.

Hvordan kom FN inn? Etter et enkelt nettsøk kom Lee Ann Hoffs e-post opp på skjermen, og hun bekreftet raskt at hun var rette adressat. Aktuell dokumentasjon ble oversendt til Hoff. Hun beklaget sterkt ufullstendig referanse og skriver i sin e-post. «Thank you for this additional information. I will refer this to my editor at Routledge, Taylor and Francis in New York for corrections that may be necessary for next print run.» Sannsynligvis hadde navnet «Bill of rights» gitt assosiasjoner til FNs menneskerettighetserklæring og feilen var bare blitt forplantet, uten motforestillinger.

Den digitale hverdag har på mange måter forenklet en forskers arbeid, samtidig blir feilsiteringer duplisert raskt. Gosling (6) avslutter sin artikkel med Jr. F Place sitt råd fra 1916: «To err is human, to verify is necessary.»

OPPSUMMERING

Erfaringer viser at bibliografiske feil kan reduseres. Benytt så få referanser som mulig. Ved gjennomgang av referanselista er det fornuftig å ha originalartikkelen foran seg. Da kan man samtidig sjekke at det anliggende man har referert til i teksten stemmer. Husk at de bibliografiske dataene i originalartikkelen, kan ha et annet oppsett enn i det aktuelle tidsskrift man ønsker å publisere i.

REFERANSER

1. Lok CK, Chan MT, Martinson IM. Risk factors for citation errors in peer-reviewed nursing journals. *J Adv Nurs*. 2001;34:223–9.
2. Aronsky D, Ransom J, Robinson K. Accuracy of references in five biomedical informatics journals. *J Am Med Inform Assoc*. 2005;12:225–8.
3. Unver B, Senduran M, Unver Kocak F, Gunal I, Karatosun V. Reference accuracy in four rehabilitation journals. *Clin Rehabil*. 2009;23:741–5.
4. Taylor MK. The practical effects of errors in reference lists in nursing research journals. *Nurs Res*. 1998;47:300–3.
5. Schulmeister L. Quotation and reference accuracy of three nursing journals. *Image J Nurs Sch*. 1998;30:143–6.
6. Gosling CM, Cameron M, Gibbons PF. Referencing and quotation accuracy in four manual therapy journals. *Man Ther*. 2004;9:36–40.
7. Sørbye L, Steindal S. Omsorg for døende og deres pårørende – hva har endret seg i løpet av en 30-årsperiode? *Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*. 2009;26:37–42.
8. Aronsky D, Madani S, Carnevale RJ, Duda S, Feyder MT. The prevalence and inaccessibility of Internet references in the biomedical literature at the time of publication. *J Am Med Inform Assoc*. 2007;14:232–4.
9. Oermann MH, Nordstrom CK, Ineson V, Wilmes NA. Web citations in the nursing literature: how accurate are they? *J Prof Nurs*. 2008;24:347–51.
10. Hoff LA. *Kriser å forstå og hjelpe mennesker i krise*. Oslo: Gyldendal; 1986.
11. Sørbye LW. *Respekt for livet – respekt for døden* faglige og etiske utfordringer ved livets slutt i sykehjem. Oslo: Statens institutt for folkehelse, avdeling for helsetjenesteforskning; 1988:5.
12. Whitman HH, Lukes SJ. Behavior modification for terminally ill patients. *Am J Nurs*. 1975;75:98–101.
13. *Norges offentlige utredninger*. Livshjelp – behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1999: 2.

Å SKAPE DATA FRA KVALITATIVT

Samtale er en grunnleggende og kanskje den mest gyldige form for kunnskapsutvikling vi kjenner til.

Av **Sigrun Drageset** og **Sidsel Ellingsen**

INNLEDNING

Utgangspunktet for det kvalitative forskningsintervju er samtalen (1). Både ved kvantitativ og kvalitativ forskningstilnærming er intervju en grunnleggende datainnsamlingsmetode (2,3,4,5). Søk i databasene Swemed og Cinahl i perioden: 1980–2009 viser en økende tendens til intervju som datainnsamlingsmetode både innen kvantitativ og kvalitativ forskning. Imidlertid kan denne økningen sees i sammenheng med antall tidsskrifter og et økende krav til registrering. Det er mye kvalitativ forskning innen humanvitenskapene, utgitt i bok eller monografiform, som aldri er blitt registrert eller er tilgjengelig i tidsskriftsdatabaser.

Hensikten med denne artikkelen er å tydeliggjøre intervjuprosessen, de etiske og dynamiske utfordringene i intervjusituasjonen og hvilken betydning dette har for datas gyldighet og pålitelighet. I tillegg vil vi belyse valg og utforming av intervjuguide.

VITENSKAPSTEORETISK TILNÆRMING

Forskerens kunnskapssyn har betydning for hvordan og hvilke data som innhentes og skapes (6). Creswell (7) belyser ontologi, epistemologi, verdisyn, retorikk og metode som fem ulike filosofiske antakelser forskeren må gjøre valg i forhold til ved gjennomføring av et forskningsprosjekt. Postpositivisme, konstruktivisme, diskurs og pragmatisme er fire sentrale forskningsparadigmer som på ulik måte kan representere forskerens kunnskapssyn og som er i stadig utvikling. Kvale & Brinkman (8) belyser ulike aspekt ved kunnskap som er relevant for det kvalitative intervju belyst innen forskjellige filosofiske retninger. Sentrale tilnærminger er hermeneutikk, fenomenologi og pragmatisme, i tillegg til diskurs og dialektikk.

ULIKE FORMER

Kvalitative intervju blir ofte klassifisert som enten eksplorativt (utforskende) eller deskriptivt (beskrivende) (9,10). Fontana & Fray (2) skiller mellom strukturert, semistrukturert ustrukturert (åpent), gruppe- og postmoderne intervju. Kvale & Brinkman (8) omtaler syv ulike former for forskningsintervju: 1) Datastøttende intervju ved hjelp av telefoni eller data-

teknologi hvor forsker og informant er fysisk atskilt. 2) Fokusgruppeintervju som består av en gruppe på seks til ti informanter hvor fokus er å diskutere og konkretisere et tema. Gruppen blir ledet av en moderator og/eller en forsker (2,11). 3) Faktuelle intervju hvor hensikten er å innhente faktisk informasjon om en person eller et hendelsesforløp. 4) Begreps- eller fenomenintervju som har til formål å kartlegge eller utdype nyanser eller variasjoner av et fenomen som eksempelvis håp eller omsorg. 5) Narrative intervju hvor det søkes tilgang til intervjupersonens fortelling eller historie. 6) Diskursive intervju som har fokus på å få frem forskjeller, samt hvordan sosial og politisk dominans ytrer seg i samtale. 7) Konfronterende intervju hvor det produseres mening ved å utfordre tema slik at det skapes en konflikt og maktdimensjon i intervjuet (8).

INTERVJUGUIDE

En intervju- eller temaguide er et hjelpemiddel for å holde fokus på det som utforskes, da intervju spørsmålene har til hensikt å åpne opp slik at fenomenet eller temaet blir belyst fra ulike perspektiv og vinkler. Intervjuguiden skal ta hensyn til det kvalitative intervjuets to dimensjoner: den teoretiske med hensyn til relevans for forskningsprosjektets problemstilling, samt den dynamiske for å skape en god intervjuinteraksjon (8). For å kunne stille relevante spørsmål er det nødvendig med god teoretisk kunnskap om feltet, samtidig er det viktig å være oppmerksom på distinksjon mellom teorigyldig og teoriladd intervjuguide. Ved teorigyldig intervjuguide styres intervju spørsmålene av en eller flere valgte teorier. En teoriladd intervjuguide viser til god teoretisk kunnskap om temaet, men er ikke knyttet til en bestemt teori. Når intervjuguiden blir utarbeidet er det viktig å tenke på oppbygning av intervjuet. Det er sentralt å fokusere på: hva – temaet for undersøkelsen, hvorfor – formålet med intervjuet og hvordan – intervjuteknikker, datainnhenting, transkribering og analyse. Intervju spørsmålene har gjerne en deskriptiv form med hovedsakelig hva- og hvordan-spørsmål. For mange hvorfor-spørsmål kan hemme spontanitet og fylldige beskrivelser og dreie intervjuet fra å være beskrivende til å bli forklarende og argumenterende. Intervju spørsmålene bør være korte og lette å forstå, og det er viktig at man unngår å spørre om flere ting på en gang (8,9). Ved å gjenta de viktigste ordene i sva-

FORSKNINGSINTERVJU



ret inviteres det til en fordykning i temaet. Det er ved denne fordypningen at fleksibiliteten blir synlig da man har mulighet til å løfte frem variasjoner og nyanser. Det er også viktig å spørre hvordan informanten opplevde intervjusituasjonen da det har betydning for data som skapes og bør synliggjøres.

INTERVJUSITUASJONEN

Kvalitative forskningsmetoder innebærer møter mellom mennesker fra ulike levekår, med ulike livserfaringer, normer og verdier. Relasjon og kontekst utgjør viktige elementer av den kunnskapen som utvikles (12). Konteksten er ikke uvesentlig da rommet, omgivelsene og livssituasjonen til forsker og informant vil påvirke intervjusituasjonen. Ved en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming er det et hovedpoeng at forskeren stiller seg åpen og sanselig stemt, slik at forsker lar seg berøre av det som informanten gir uttrykk for. Det er her den fenomenologiske dimensjon kommer til uttrykk. Holdningen som forsker uttrykker ved sin væremåte fargelegger toneleiet som bærer ordene, slik at samme spørsmål kan oppleves som arrogant, ironisk eller oppriktig (1,8,13). Stemmeleie fargelegger ordet, samtidig som følelsene gir adgang til en situasjonsbetydning, og kan være en viktig døråpner til vesentlige aspekter ved temaet. Samtidig må det også vises varhet og ydmykhet overfor informantens grenser (13, 14). En åpen tilnærming til tema hvor både informant og intervjuer er engasjert og blir berørt medvirker til å skape ny kunnskap. Forskerens varhet og evne til åpenhet vil ikke bare prege intervjusituasjonen, men også kvaliteten på dataene som skapes. Utdyppingen er å la informanten få tale ut og ikke bli avbrutt av forskers perspektiv, men ha en åpen innstilling og møte informantens opplevelser og erfaringer med utdypende og oppfølgende spørsmål. Det gir mulighet til økt forståelse og horisontutvidelse.

Bourdieu (15) var opptatt av å utøve en ikkevoldelig kommunikasjon i intervjusituasjonen. Det er en asymmetri mellom informant og forsker. Hvis det er tillegg er stor forskjell på sosial rang og kulturell og språklig kapital mellom informant og forsker, kan asymmetrien forsterkes og sjansen for å utøve voldelig kommunikasjon øke. Dette kan vise seg i alt fra ordene forskeren bruker, hvordan studien blir presentert, forskerens forståelse, hva som vektlegges og hva som holdes tilbake. Det er derfor viktig å tenke over om man er rette

person til å intervju den aktuelle informanten. All sosial utveksling har en effekt som kan virke som en tilfeldig forstyrrelse hvis den ikke blir reflektert over. Det er et hovedpoeng for Bourdieu å være refleksiv og metodisk klar over og aktivt prøve å minske denne asymmetrien (15).

ETISKE AVGJØRELSER

Etiske regler og teorier kan sjelden gi konkrete svar på hvilke normative valg som skal foretas i løpet av et forskningsprosjekt. De gir retningslinjer som må vurderes i forhold til prosjektets spesifikke situasjoner. Etiske avgjørelser hører ikke til i noen enkelt del av intervjuundersøkelsen, men må vurderes gjennom hele forskningsprosessen (16). Selv om informanten har gitt et skriftlig informert samtykke kan han/hun være uforberedt på spørsmålet i en intervjusituasjon (17). Vi vet ikke hvilke erfaringer et annet menneske bærer på, og heller ikke hvilke spørsmål som kan virke sensitive eller utfordrende for informanten. Hvis uventede reaksjoner utløses bør man stoppe opp, og komme tilbake til temaet når informanten ønsker det. Uansett bør man vise varhet og ydmykhet for den andres grenser.

Å finne denne balansegangen er utfordrende og det er her håndverksmessig skjønn og etiske aspekter i intervjusituasjonen blir tydelig. Konsekvensen bør vurderes med hensyn til mulig skade, og eventuelle fordeler informantene kan ha ved å delta i et forskningsprosjekt. En sentral forskningsetisk forpliktelse er at forskeren ivaretar konfidensialitet og klargjør sin egen rolle i prosjektet.

TRANSKRIBERING OG ANALYSE

Det er ikke noe skarpt skille mellom datainnhenting, transkribering og analyse ved et kvalitativt forskningsintervju (8). Den som transkriberer er underlagt mange begrensninger som er vanskelige å etterfølge. Først og fremst må man være tro mot alt som kommer opp i intervjuet, samtidig som man ikke reduserer intervjuet til kun å gjelde det som er tatt opp på bånd. Det er mye som blir formidlet i taushet, i pausene mellom ordene, i sukk og av kroppens fremtoning, som blir fraværende ved ordrett transkribering (15).

Det finnes ulike analyseformer, noen er sterkt knyttet til vitenskapsteoretiske tradisjoner og filosofiske perspektiv (18). Tre sentrale analyseformer er

meningskodning, meningsfortetning og meningsfortolkning. I praksis ser vi at disse er forbundet (3,8,19).

Uavhengig av analysemetode er det flere tolkningsnivåer som også blir betraktet som analytisk verktøy. Ifølge Kvale & Brinkman (8) og Bo Glavind (20) er det tre fortolkningsnivåer: Selvførståelsesnivået som er en sammenfatning av forskers og informants forståelse av det som blir sagt. Common sence-nivå hvor det foregår en allmenn fortolkning, som har en bredere forståelsesramme enn informantens egen. Teoretisk forståelsesnivå hvor man benytter en teoretisk ramme ved fortolkning. De fleste analyser innebærer en form for dekontekstualisering og rekontekstualisering. Ved dekontekstualisering ser man på deler av datamaterialet. Ved rekontekstualisering settes delene inn i en ny sammenheng som samtidig er tro mot den sammenhengen deler av datamaterialet ble hentet ut fra (12). Det er i denne prosessen det skapes ny kunnskap. Forskers teoretiske perspektiv, faglige og kulturelle bakgrunn er sentrale forutsetninger for fortolkninger og de spørsmål som kan stilles til datamaterialet. I analysen stilles spørsmål om de valgte teoriene er gyldig for det som man undersøker og om tolkningene følger logisk fra teorien. Dette er et uttrykk for den hermeneutiske dimensjonen.

TROVERDIGHET

Når man skal vurdere et forskningsprosjekts troverdighet, vil ulike forskningstradisjoner prege valg av begreper. I kvalitativ forskning er troverdighet det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (9,11,19). I kvantitativ forskning brukes begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Imidlertid vil man også finne de kvantitative begrepene i kvalitativ forskning. Det er da viktig å være klar over at begrepene har ulik betydning i kvalitativ og kvantitativ forskning. Mens troverdighet i kvalitativ forskning omfatter hele studien, vil validitet i kvantitativ forskning oftest omfatte behandling av datamaterialet (10). Vurderingen av troverdighet i det kvalitative forskningsintervjuet innebærer i hvilken grad forsker har frembrakt resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare. Det er glidende overganger av betydningen mellom disse begrepene, en forutsetning for å få gyldige data er at de er pålitelige (21). Det er sentralt om forskningen er relevant og har betydning. I kvalitative studier prøver man å oppfylle dette gjennom dokumentert

refleksivitet, som innebærer at forskeren har et kritisk blikk på egne ideer, rolle, bruk av metoder, møtet med informanter, tolkning og så videre. (11).

GYLDIGHET

Gyldighet peker på om man har undersøkt det man skulle undersøke (3,9,10). Gyldighet underveis i et intervju innebærer at forskeren regelmessig sjekker sin egen oppfatning med spørsmål som: «Har jeg forstått deg rett når du sier at?» Dette kan bidra til at råmaterialet i størst mulig grad representerer en felles forståelse mellom forsker og informant. I kvalitative forskningsintervjuer er forskerens kompetanse og egnethet avgjørende for data som skapes. Forskerens kompetanse refererer til den håndverksmessige kvaliteten, det vil si hvordan man har utført intervjuet, gjort nødvendige notater underveis, hvordan man har transkribert og dokumentert, begrunnet og redegjort for hva man har gjort. Uten dette er det ingen gyldighet i kvalitativ forskning. Når kontekst, intensjon og perspektiv er tydeliggjort har leseren selv mulighet til å vurdere gyldigheten (8). Andre måter å sikre gyldighet på er blant annet metodetriangulering, informantvalidering og forskervalidering (9,22,23).

Ved metodetriangulering anvendes ulike metoder for innhenting av data, eksempelvis både intervju og observasjon. Ved informantvalidering vil informanten lese igjennom det transkriberte intervjuet og/eller vurdere forskerens fortolkning. Informanten kan avdekke svakheter og dermed bidra til å styrke gyldigheten. Utfordringen er at forsker og informant kan fortolke samme materialet ulikt. Forskeren kan ikke basere seg utelukkende på informantens egen virkelighetsbeskrivelse, men må se dette i forhold til de analytiske begreper og teoretiske perspektiver som er viktige i studien. Det er problemstillingen, metoden og kvaliteten på data som avgjør hva som er relevante gyldighetsprosedyrer, og teksten blir ikke nødvendigvis mer gyldig om informanten har rettet den opp (12). Forskeren kan også diskutere materialets gyldighet med det vitenskapelige miljøet. Ved forskervalidering vil flere forskere stille ulike spørsmål til den samme teksten, og tolkningen blir derav utfordret.

Gyldighetsvurderinger kan underbygges empirisk gjennom sammenligninger av ulike data om de samme fenomenene. Datamaterialets validitet må drøftes konkret i forhold til den spesielle konteksten

der datainnsamlingen er foretatt. Forskjellene i data-materialet kan skyldes at dataene er foretatt under ulike kontekstuelle forhold, det er ikke nødvendigvis validitetsproblemer (15). Troverdigheten kan øke dersom man viser at man har lett etter bevis for det motsatte. Dette kalles «å lete etter negative tilfeller». Jo sterkere falsifiseringsbestrebelse en uttalelse har overlevd, jo mer gyldig er kunnskapen (10,12).

PÅLITELIGHET

Pålitelighet omfatter konsistens og nøyaktighet. Påliteligheten styrkes ved at alle praktiske forhold vedrørende forskningsintervju som for eksempel lydkvalitet på intervjuopptak, er nøye gjennomtenkt. Trussel mot troverdigheten kan være at forskeren har vært lite oppmerksom og slurvete i nedtegning og analyse av data. Forskeren kan forberede seg på dette ved å «lage en sti» (audit trail) som innebærer å be om en ekstern vurdering av alle relevante forhold i studien. Dette vil bidra til kriteriet om gjennomsigthet, som er et av de håndverksmessige kriteriene (10). Når forskeren presenterer sin studie skal andre også kunne følge stien forskeren har gått i studien. Forskeren kan styrke påliteligheten ved å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten og en detaljert fremstilling av fremgangsmåten under hele forskningsprosessen (10,18). Imidlertid kan for sterk fokusering på pålitelighet motvirke kreativ tenkning og variasjon (8).

Overførbarhet dreier seg om funnene har gyldighet utover utvalget, konteksten og er relevant og anvendbart i andre situasjoner. I kvalitativ forskning er overførbarhet knyttet til om man kan kjenne igjen meningen og om denne meningen gir innsikt av betydning.

KONKLUSJON

Kvalitativ forskning reiser mange etiske utfordringer spesielt i forhold til informanter i en sårbar livssituasjon. Troverdigheten i et kvalitativt forskningsintervju er knyttet til en åpen tilnærming, nøyaktighet, refleksivitet og evne til å møte dynamiske utfordringer i intervjusituasjonen. Forskers vitenskapsteoretiske ståsted, verdi og kunnskapssyn har betydning for data som skapes. Hele forskningsprosessen og det dynamiske aspekt i intervjusituasjonen må tydeliggjøres da den har stor betydning for troverdigheten.

Takk til professor Herdis Alvsvåg, Haraldsplass Diakonale høyskole, og førsteamanuensis Esther Hjälmhult, Høgskolen i Bergen, for nyttige kommentarer til utkast.

REFERANSER

1. **Fog J.** Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsintervju. Danmark: Akademisk Forlag A/S, 2001.
2. **Fontana Andrea, Frey James H.** The Interview In: Denzin K. Norman, Lincoln Yvonna S.(red) The Sage Handbook of Qualitative Research Third Edition. London: Sage Publication, 2005.
3. **Ellingsen S, Drageset S.** Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning – en introduksjon og oversikt. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning; 2008;10(3), 23–39.
4. **Drageset S, Ellingsen S, Lindstrøm T.C.** Kvantitativ tilnærming i sykepleieforskning – en diskusjon og oversikt. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning. 2008;10(4), 28–40.
5. **Drageset S, Ellingsen S.** Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. Nordisk Tidsskrift for helseforskning. 2009;5(2), 100–13.
6. **Olsen H.** Veje til kvalitativ kvalitet? Om kvalitetssikring af kvalitativ interviewforskning. Nordisk Pedagogik. 2003;3, 1–20.
7. **Creswell JW.** Qualitative inquiry research design. London: Sage Publication, 2007.
8. **Kvale S, Brinkmann S.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.
9. **Denzin N.K, Y.S.** Lincoln (red) The Sage Handbook of Qualitative Research. London: Thousands Oaks, Ca: SAGE, 2005.
10. **Polit DF, Beck C.T.** Nursing Research. Principles and Methods. 7th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins 2004.
11. **Lerdal A.** Metodekapitlet Sykepleien Forskning 2009; 4:239-241.
12. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring. Oslo: Universitetsforlaget AS, 2003.
13. **Martinsen K.** Samtalen, skjønnnet og evidensen. Oslo: Akribe, 2005.
14. **Martinsen K., Eriksson K.** Å se og å innse Om ulike former for evidens. Oslo: Akribe, 2009.
15. **Bourdieu P.** Forståelse. In: Petersen Karin Anna, Glasdam Stinne, Lorentzen Vibeke (red.) Livshistorieforskning og kvalitative interview. Danmark: Forlaget PUC, CVU Midt Vest, 2007.
16. **Brinkmann S, Kvale S.** Confronting the ethics of qualitative research. Journal of Constructions Psychology. 2005;18:57-81.
17. **Grimnes H.** Personvern i helsefaglig forskning Sykepleien Forskning 2009; 4:162-165.
18. **Giorgi A.** Sketch of a psychological phenomenological method In Phenomenology and psychological research: essays / by Christopher Aanstoots [et al.]; edited and with an introduction by Giorgi, A. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press, 1985: 9–22.
19. **Rolfe G.** Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. Journal of Advanced Nursing. 2004; 53:304-10.
20. **Bo Glavind I.** Metodisk refleksivitet I det kvalitative forskningsintervju. Tidsskrift for sykepleieforskning. 2004; 3:12-18.
21. **Roberts P, Priest H.** Reliability and validity in research. Nursing Standard, 2006; 20 (44), 41–5.
22. **Røykenes K.** Metodetriangulering – et metodisk minefelt eller berikelse av fenomener Sykepleien forskning 2008;4:224-27.
23. **Kaarbø E.** Kombinerte metoder Sykepleien forskning 2009;3:244-49.



Innhold >>

Leder: Sykepleier er mer enn bare koordinator	255
Innspill:	
Cathrine Holst: En annen vitenskap?	256
Ole Söderhamn: Hvem kan svømme under eldrebølgen?	259
Oppsummert forskning:	
Cochrane	260
Forskningsnytt	264
Forskningsartikler:	
Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. Av Berit Taraldsen Valeberg, Kristin Bjordal, Tone Rustøen	266
Kommentar: Kunnskap gir god smertebehandling. Av Tone Mari Blika	277
Veien tilbake til arbeidslivet. Flexibilitet versus byråkrati. Av Eva Bjørg Antonsen	278
Kommentar: Arbeidsliv med plass til alle. Av Anka Langeby	285
Kompetanseutvikling under press. Av Anne-Grethe Naustdal	286
Kommentar: Fagutvikling må prioriteres. Av Ann Elise Oppheim	293
Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang Av Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen Reidun Førde	294
Kommentar: Kompetanse gir mindre tvang. Av Liv Jorunn Korstad	303
Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem. Av Georg Bollig, Anette Ester og Ingunn S. Landro	304
Kommentar: Epikrise og pleierapport må følge pasienten. Av Lise Einhaug	313
Kvinnerens erfaringer med fjerning av eggstokkene for å forebygge arvelig bryst- og eggstokkreft. Av Marie Kvamme Mæland, Lars Fredrik Engebretsen og Frode F. Jacobsen	314
Kommentar: Trenger individuell tilpasning. Av Lovise Mæhle	321
Forskning i praksis: Forsker i dialog	323
Forskerintervju: Intensiv etikk	324
Nytt og nyttig:	326