

# forskning

01|11



Hjemlig på  
sykehjem

14

Ifølge Folkehelseinstituttet lider om lag 70 000 personer i Norge av demens. Ådel Bergland og Marit Kirkevold oppsummerer i denne utgaven av **Sykepleien Forskning** hva som finnes av forskning om sammenhenger mellom fysiske omgivelser og hva som fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens.



Foto: Erik M. Sundt

## REDAKSJONSKOMITÉ:



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



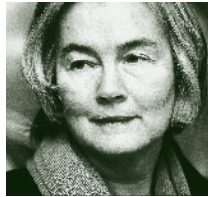
**Bård Nylund**  
Bachelorstudent i sykepleie ved Høgskolen i Oslo.



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



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



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



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



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



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



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

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



**Kristin Halvorsen,**  
Førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høgskole og Høgskolen i Akershus.

### 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@ldh.no](mailto:anners.lerdal@ldh.no)

#### Assisterende redaktører: Liv Merete Reinar

[livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no](mailto:livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no)  
**Kristin Halvorsen** [kristin.halvorsen@ldh.no](mailto:kristin.halvorsen@ldh.no)

#### Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson

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

#### Markedssjef: Ingunn Roald

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

#### Statistiker: Guri Feten

[guri.feten@aal.kommune.no](mailto:guri.feten@aal.kommune.no)

Grafisk produksjon: Dsigning/Sykepleien  
Repro og trykk: Stibo Graphic AS

#### Utgivelsesplan 2011:

24/03, 16/06, 29/09, 01/12

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

# Sykepleiere trenger kompetanse om læring og mestring

Hvor opptatt er høgskoler og universiteter av å utdanne sykepleiere til fremtidens helsevesen? I februar inviterte Helsedirektoratet, Møre og Romsdal fylkeskommune og Fylkesmannen til nasjonal frisklivskonferanse i Ålesund. En av målsettingene med konferansen var å vise hvordan helsepersonell kan bidra til bedre helsevaner gjennom god veiledning. På konferansen glimret dessverre ansatte i sykepleierutdanningen med sitt fravær.

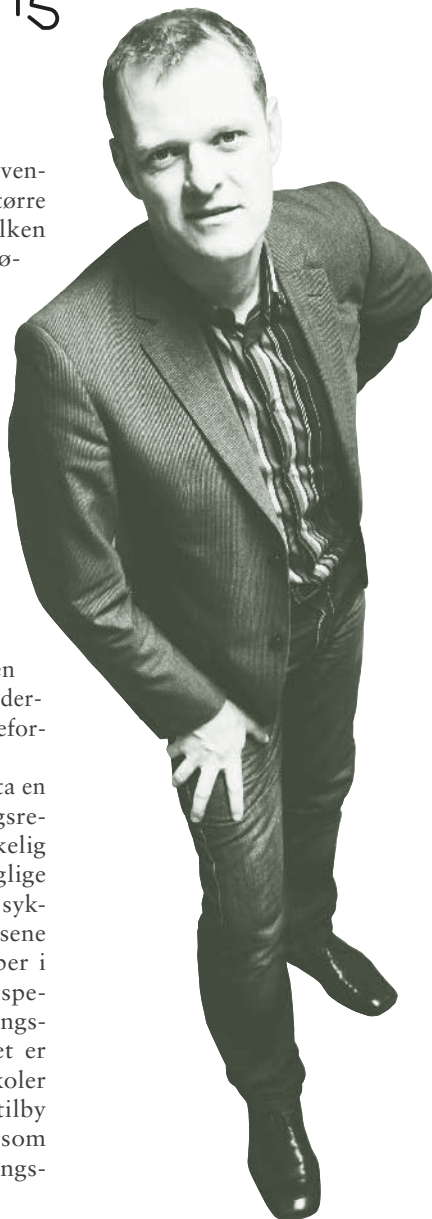
Samhandlingsreformen beskriver hvor viktig det er å forebygge livsstilssykdommer. Derfor må det utvikles lærings- og mestringstilbud til personer som har høy risiko for sykdom og for dem som har langvarige lidelser. På konferansen i Ålesund presenterte direktoratet en modell for fremtidige frisklivssentraler. Frisklivssentralene skal være kompetansesentre for veiledning av utsatte grupper, særlig når det gjelder fysisk aktivitet, kosthold og røyking. At det er mye å hente, er hevet over enhver tvil. Ifølge divisjonssjef i folkehelse Knut-Inge Klepp i Helsedirektoratet kan «opp mot 80 prosent av hjerte- og karsykdommer, slag og type-2 diabetes, samt over en tredjedel av alle krefttilfeller forebygges ved å redusere tobakksbruk, endre kosthold og være fysisk aktiv».

I dag er det cirka 60 lærings- og mestringssentra med et variert tilbud til personer med

langvarige lidelser. Det forventes at kommunene vil få et større ansvar for slike. Men hvilken rolle vil sykepleiere ta i utøvelsen av denne tjenesten?

Undervisning og veiledning er sentrale sykepleieroppgaver. Noen ganger foregår dette som samtale mellom sykepleieren og pasienten, andre ganger som et mer typisk undervisningstilbud til en gruppe pasienter. Det er tid for å stoppe opp å spørre seg om kompetansen sykepleiere tilegner seg i utdanningen møter behovet for pasientundervisning som Samhandlingsreformen etterlyser.

Hvis sykepleiere skal innta en sentral rolle i samhandlingsreformen, må de ha tilstrekkelig medisinske og sykepleiefaglige kunnskaper om spesifikke sykdommer og om konsekvensene som helseproblemene skaper i hverdagen. Videre trengs spesialkunnskaper om lærings- og mestringprosesser. Det er derfor nødvendig at høgskoler og universiteter klarer å tilby sykepleiere en utdanning som gir den nødvendige handlingskompetansen.



Redaktør

**Anners Lerdal**

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

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

*Anners Lerdal*

# Tilfeldighetenes tilværelse i Rondane

► På en topptur i Rondane ble jeg klar over at folk flest har et slapt forhold til tilfeldigheter.

På en vinterlig topptur i Rondane for et halvt liv siden oppdaget jeg til min store forferdelse at turkameraten min hadde et svært annerledes forhold til tilfeldigheter enn jeg. Begge elsket tall. Han studerte bedriftsøkonomi. Jeg studerte stokastikk. Og for dem som lurar på hva stokastikk er: Stokastikk er den eksakte læren om tilfeldigheter.

Vi hadde karet oss tusen meter opp til Storronden. Vi gikk til fots. Det var skare. Skiene lå igjen nedi dalen. Da vi skulle ned igjen, fant kameraten min en herlig renne i fjellet med dyp puddersnø.

– Jeg aker ned, sa han fryktløst.

– Er du gal? Sannsynligheten er til stede for at det kan gå fryktelig galt, svarte jeg.

– Du må ta sjanser. Ellers kommer du ikke frem, hoverte bedriftsøkonomen triumferende. Minutter senere var han nede. Om kvelden var han pikenes

helt. Selv brukte jeg flere timer på nedturen. Underveis rakk jeg mange tanker om tilfeldigheter.

Jeg lurte på om forholdet vårt til tilfeldigheter var preget av studiene våre, eller om forholdet vårt til tilfeldigheter var av en så grunnleggende art at det hadde styrt studievalgene våre.

Allerede som seksåring elsket jeg tall. Jeg leste statistisk årbok på sengekanten og var grepet av sannsynlighetstabellens vidunderlige verden. En av yndlingsbeskjeftigelsene mine var å studere den gjenstående levealderen for ulike aldersgrupper.

Skadeskutt av min stokastiske bakgrunn ville jeg maksimere sannsynligheten for å komme helskinnet ned fjellskrenten. Turkameraten min hadde en diametralt motsatt livsfilosofi. «Bedriftseiere må ta sjansen. Farer kan overvinnes. Ellers er suksessraten lik null.»

Etter min mening har folk flest et lite bevisst forhold til

tilfeldigheter, men læren om tilfeldigheter er en viktig pilar i vitenskapens verden.

En velkjent anekdote, som beskriver vitenskapsmannens forhold til tilfeldigheter, er om astronomen, statistikeren og matematikeren som så en sau gjennom vinduet på togtur gjennom Skottland. «Se, en svart sau! Alle sauene i Skottland er svarte!», sa astronomen. «Tja», sa statistikeren. «Sannsynligheten er i hvert fall til stede for at noen sauer er svarte». Matematikeren var ikke like overbevist: «Vi kan bare slå fast at det fins minst ett jorde, med minst en sau som er svart på minst en side».

Et matematisk bevis er absolutt og ubestridelig. For naturvitenskapsmannen er virkeligheten en ganske annen. I naturvitenskapen fremlegges en hypotese som skal forklare et fysisk fenomen. Hypotesen må passe med observasjonene. Og hypotesen



Foto: Ståle Skogstad

” Allerede som seksåring  
elsket jeg tall.

forsterkes hvis den også kan forutsi utfallet av eksperimenter. Til slutt kan mengden av bevis være så overveldende at hypotesen blir akseptert som naturvitenskapelig teori. Men teorien kan aldri bevises hundre prosent. Teorien vil bare være en tilnærmet sannhet.

Eller som den glimrende, britiske vitenskapsjournalisten Simon Singh påpeker i sin eminente bok, Fermats siste sats: «I naturvitenskapen er det nok at hypotesen kan bevises utover all rimelig tvil.»

Noen ganger forminskes tvilen. Andre ganger blir tvilen så stor at man må gjøre om på den naturvitenskapelige modellen. Denne tvilen kommer sjelden frem i avisspaltene.

Selv om det er langt lettere å komme med en formaning enn å etterleve den selv – og her sitter jeg beskjemmet i mitt eget glasshus – burde journalister som fremlegger forskningsresultater, ha et bevisst forhold til

hva som er eksakte resultater og hva som bare kan bevises med en viss sannsynlighet.

Forskjellen på dette illustreres elegant i boken til Simon Singh.

Tegn opp et sjakkbrett og fjern det øverste hjørnet til venstre og det nederste hjørnet til høyre. Da har du 62 felter igjen. På disse feltene skal du plassere 31 ludobrikker. Hver av dem fyller to felter.

Brikkene kan ordnes på millioner av måter. Etter et visst antall ganger kommer naturvitenskapsmannen frem til at han har et tilstrekkelig bevis for at oppgaven ikke kan løses. Men sikker blir han aldri. Selv om han konkluderer med at det ikke er mulig å løse oppgaven, må han, som Singh skriver, leve med utsiktene til at teorien hans en vakker dag kan bli kullseilet.

Matematikeren er av en helt annen lest. Han verken prøver eller feiler. Han analyserer opp-

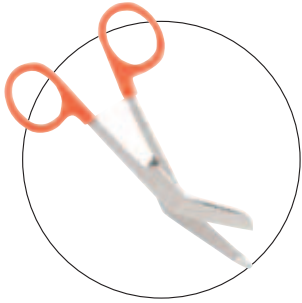
gaven med å ta et overblikk. Hver av brikkene må legges på et svart og et hvitt felt. En rask opptelling viser at brettet har 32 svarte og bare 30 hvite felter. Det mangler to hvite felter. Voila! Da er det ikke mulig å løse oppgaven.

Matematikeren kan altså med hundre prosent sikkerhet si: Denne oppgaven er ikke mulig å løse.

For matematikeren er altså sannheten eksakt. For ham er det ikke nok at en formel tilfeldigvis virker 95 av 100 ganger. Den skal virke alltid. Uansett.

Den trygge turen min ned fra Storronden ga meg en praktisk erfaring i omgangen med tilfeldigheter. Kvelden min ble tilfeldigvis grå, mens kameraten min fikk solt seg i vågehalsens lys.

Siden den gang har skepsisen min økt til nye høyder. For tiden aksepterer jeg tilfeldigvis ikke gravitasjonskraften før gravionene er påvist.



 **AKTROMMET.NO**

-nettbutikk for  
helsearbeidere



**Av May Solveig Fagermoen**

PhD, seniorforsker/førsteamanuensis II, Oslo universitetssykehus, Aker, Forsknings-senteret/Institutt for helse og samfunn, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo



# Pasientinformasjon – vi trenger mer kunnskap!

> Informasjon og opplæring av pasient og pårørende i sykehus er et ansvar sykepleiere har lang tradisjon for å ivareta.

Forskningen er omfattende og vi vet mye om hva som er viktig innhold og hvordan formidle dette. Men på grunn av disse endringene; kort innleggsestid, økt dagbehandling, korridorpatienter, manglende tid og plass for informasjon og undervisning i sykehus, vet vi likevel ikke nok. Pasienter må selv observere og håndtere symptomer, og behandle seg selv hjemme. Økt levealder innebærer flere med kroniske lidelser. I hjemmesykepleien øker antall pasienter med komplekse sykdomsbilder og sammensatte behov. Tjenestene skal gi «hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad»(1).

Det kreves kreativitet og samarbeid for å finne svare på nevnte utfordringer. Vi kan ikke kun «lene oss på» tradisjonelle metoder (2). Vi må utvikle (3) og bruke nye, eksempelvis nettbaserte, løsninger (4). Alle vil tjene på at pasienter med sine erfaringer og faglig dyktige klinikere og forskere samarbeider

der om å finne gode løsninger. Lærings- og mestringssentrene (LMS) arbeidsform er et eksempel til etterfølgelse, hvor likeverd i brukeres erfaringskunnskap og fagfolks kunnskap er grunnpilaren i samarbeidet. LMS er etablert ved de fleste sykehus. Jeg mener (og er ikke alene om det) at pasient og pårørendes læring knyttet til langvarige helseproblemer best vil ivaretas i et samarbeid mellom LMS og fagfolk i klinikk og kommunehelsetjenester.

Jeg vil nevne to utfordringer i hjemmesykepleien spesielt: 1) Hjemmesykepleiere må få utviklet spesialkompetanse på fagområder der de ofte har pasienter, for eksempel hjertesvikt og kols. 2) Det må utvikles kunnskap om pasienters og pårørendes behov for informasjon, veiledning og undervisning i hjemmesituasjonen.

Kreativt arbeid med utdanningen kan bidra til at innhold og metoder samsvarer med hjemmesykepleieres ansvar og funksjon. Utveksling av fagkompetanse

mellom spesialsykepleiere i sykehus og hjemmesykepleiere vil skape utvidet kompetanse hos begge. Her er «samarbeid på tvers» stikkordet.

Punkt 1 innebærer forskning om: a) behov for informasjon, veiledning og oppfølging for pasienter og pårørende etter tidlig sykehusutskrivning og dagbehandling, b) hvordan dette best kan ivaretas c) utprøving av metoder der telefon, sms og nettet benyttes. Slik forskning forutsetter bruk pasienter og praktikere som medforskere.

**REFERANSER:**

1. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen
2. Fagermoen, MS (2002). Pasientinformasjon – et viktig område for utviklingsarbeid og forskning. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 4 (2), 106 – 118.
3. Fagermoen, MS & Hamilton, G. (2006). Patient information at discharge – A study of a combined approach. Patient Education and Counseling (63):169-176
4. Moen, A. m.fl. (2010). Kollektiv kunnskapsbygging og digitalt likemannsarbeid: Wiki for pasientar med sjeldan diagnose. I: A. Tjora & AG Sandaunet (red.). Digitale pasienter, s. 84-100. Oslo: Gyldendal Akademisk.

# Trykkmadrasser forebygger trykksår

Trykksår eller liggesår er sår som oppstår på grunn av trykk, friksjon eller opprivende krefter mot huden over lengre tidsperioder. Spesielt utsatte områder er utstikkende beinete områder som hoftene, ankene, hælene, ørene, samt trykkpunkter nederst på ryggen nær halebeinet. Trykksår oppstår når vevet får for dårlig blodtilførsel fordi man sitter eller ligger i samme posisjon over lengre tid, ned mot 60–90 minutter. Disponerende faktorer er undervekt, overvekt, feilernæring, høy alder, nervesykdommer og diabetes. Forekomsten av trykksår varierer i forskjellige populasjoner. Data fra studier i fem europeiske land viste en prevalens på 18 prosent for alle stadier og 10 prosent dersom de mildeste stadier var ekskluderte.

Å forebygge trykksår er en sentral sykepleieoppgave. Samarbeidet for Sykepleiere i Norden har valgt ut trykksår som én av flere sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer. Denne indikatoren er aktuell for mange spesialiteter og diagnoser.

Hensikten med denne systematiske oversikten var å vurdere effekten av ulike støtteunderlag, puter, senger, madrasser og overmadrasser sammenlignet med standard puter og madrasser på forekomsten av trykksår. Hvor effektive er de forskjellige typer puter eller madrasser sammenlignet med hverandre?

## HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant totalt 52 studier.

- Studiene viste at forekomsten av trykksår kan reduseres ved bruk av trykkavlastende madrasser, puter eller saueskinnsplags
- Madrasser som alternerer trykk kan være kostnadseffektive
- Bruk av vanlige skumgummimadrasser kan øke forekomsten av trykksår

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

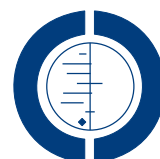
Forskere i Cochrane-samarbeidet har oppdatert en oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av ulike

typer puter, madrasser og underlag som skal forebygge trykksår. Forskerne gjorde systematiske søk i flere forskningsdatabaser, og fant 52 studier som de inkluderte i oversikten. Studiene var gjennomført i alle typer settinger.

## KILDE

McInnes E, Cullum NA, Bell-Syer SEM, Dumville JC, Jammali-Blasi A. Support surfaces for pressure ulcer prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008, Issue 4. Art. No.: CD001735. DOI: 10.1002/14651858.CD001735.pub3.

Skrevet av **Liv Merete Reinar**, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



THE COCHRANE  
COLLABORATION®



MEN MAMMA! HVIS JEG  
LEGGER MEG ALLEREDE NÅ,  
KAN JEG JO STÅ I FARE FOR  
Å UTVIKLE TRYKKSÅR!



Illustrasjon: Lene Ask

# Tverrfaglige tiltak kan hjelpe tidligere kreftpasienter tilbake til arbeid

Stadig flere personer overlever etter en kreftdiagnose. Mange klarer seg svært bra selv om de kan ha langvarige problemer som utmattelse, smerter og depresjon. Disse problemene kan føre til problemer i arbeidslivet. Personer som har overlevd en kreftdiagnose har en 1,4 ganger større risiko for å være arbeidsledige enn andre. Individene selv, familier og samfunnet deler på denne byrden.

Hensikten med denne nye oversikten var å vurdere effekten av tiltak som skulle fremme det å komme tilbake i arbeid for kreftpasienter.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant studier som hadde vurdert følgende tiltak: psykologiske tiltak, tiltak som fremmer økt fysisk aktivitet, medikamentelle/medisinske tiltak og tverrfaglige tiltak.

Studiene var generelt av lav metodisk kvalitet, og de viste at:

- Tverrfaglige tiltak som involverte både psykologiske inter-

vensjoner, veiledning, fysiske treningsprogrammer og yrkesveiledning førte til at flere kom tilbake til arbeid

- Psykologiske tiltak ikke hadde effekt på å returnere til arbeidslivet
- Fysisk treningsprogram førte ikke til at flere returnerte til arbeidslivet enn vanlig praksis
- Medikamentelle tiltak for å opprettholde funksjon ga samme resultat som mer radikale medisinske behandlinger
- Ingen av studiene fant at det var forskjell på livskvalitet mellom tiltaks- og kontrollgruppene

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskere i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over studier som har undersøkt effekten av tiltak som skulle fremme at personer som har overlevd kreftdiagnoser kommer tilbake til arbeidslivet. Forskerne gjorde systematiske søk i flere forskningsdatabaser, og fant 18 studier (14 randomiserte og fire

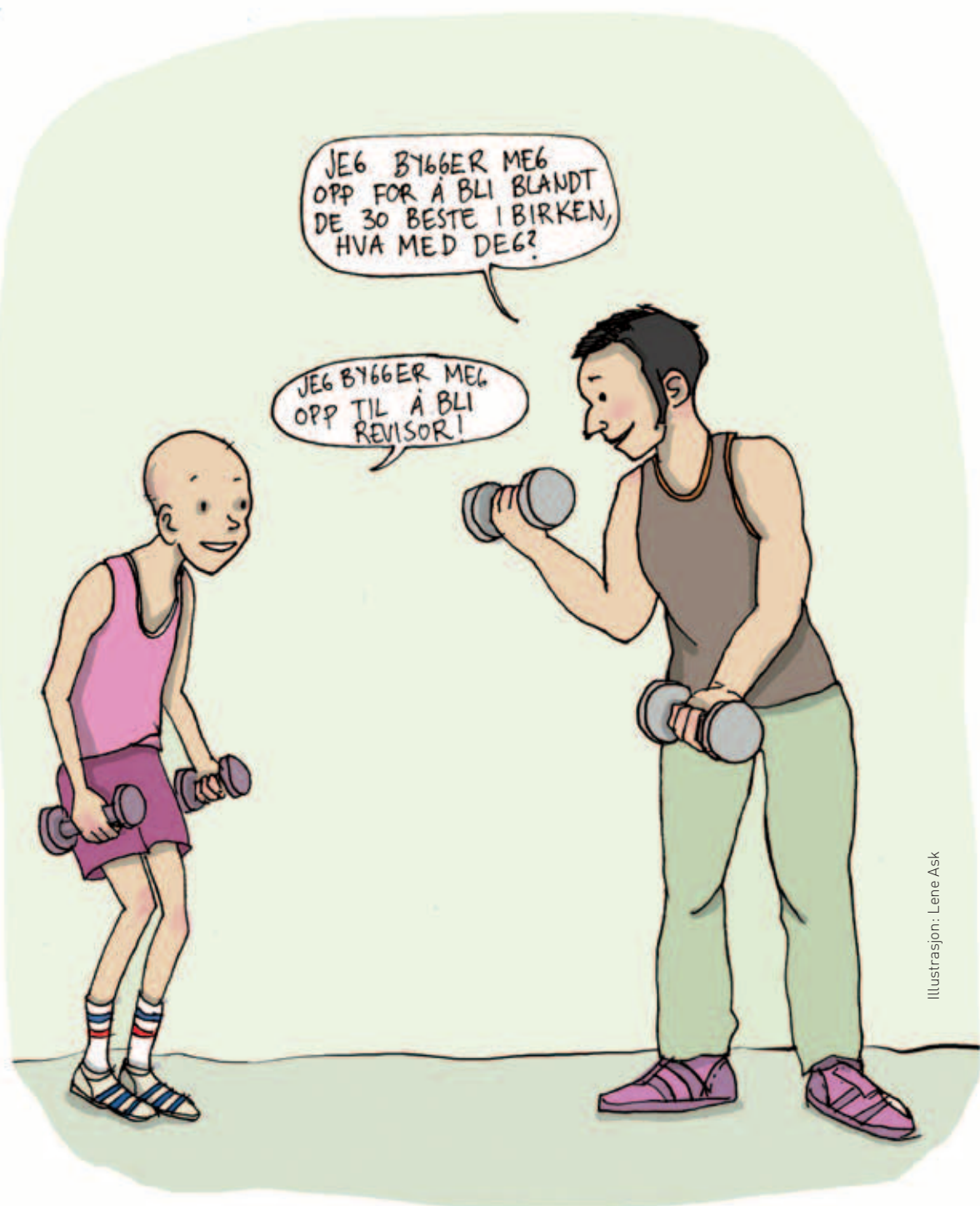
kontrollerte) med til sammen 1652 deltakere som de inkluderte i oversikten. De var utført i USA (n=7), Sverige, Nederland, Frankrike og Tyskland. Hovedvekten av deltakerne hadde hatt brystkreft eller prostatakreft.

## KILDE

de Boer AGEM, Taskila T, Tamminga SJ, Frings-Dresen MHW, Feuerstein M, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2. Art. No.: CD007569. DOI: 10.1002/14651858.CD007569.pub2.

Skrevet av Liv Merete Reinar,  
Nasjonalt kunnskapssenter  
for helsetjenesten





Illustrasjon: Lene Ask

# Forskningsnytt

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

## Samarbeid med pasienter og pårørende i livets siste fase

Det er behov for bedre prosedyrer for helsepersonells samarbeid med pasienter i livets siste fase på sykehjem, og deres pårørende.

Slik konkluderer forskerne som hadde til hensikt å undersøke samarbeidet mellom helsepersonell på sykehjem og pasienter og deres pårørende om vurderinger som handlet om behandling ved nær forestående død.

Forskerne søkte svar på problemstillingen ved hjelp av en spørreskjemaundersøkelse til helsepersonell på sykehjem i Norge. Først ble det sendt en henvendelse til lederne av sykehjemmene i

Norge (786) med spørsmål om blant annet antall pasienter og dødsfall det siste året. Av disse svarte 469 (60 prosent). Disse sykehjemmene hadde totalt 1204 sykehjemsavdelinger. Høsten 2007 gjorde forskerne en ny henvendelse til disse avdelingene, denne gangen med detaljerte spørsmål om hva som var deres praksis når pasientene var i livets siste fase. Spørsmålene omhandlet blant annet forekomst og bruk av prosedyrer om samarbeid mellom helsepersonell og pårørende, symptomhåndtering inkludert smertebehandling, de ansattes kompetanse, etiske dilemma og hvor ofte det var uenighet om livsforlengende behandling.

Blant dem som svarte hadde 58 prosent lederansvar i avdelingen, 7 prosent var ledere av sykehjemmet, 24 prosent var hjelpepleiere og 11 prosent spesialutdannet

helsepersonell. Antall plasser på sykehjemmene varierte fra fem til 211 og mellom avdelingene fra tre til 68. I løpet av året før (2006) var den gjennomsnittlige andelen av pasienter som døde 41 prosent. I studiens utvalg oppga 17 prosent at de regelmessig snakket med pasienter og pårørende om behandling i livets siste fase. Dette var mer vanlig på sykehjem med flere plasser enn dem med få, og forekom ofte i svarene til lederne på avdelingene sammenlignet med de andre respondentene. Trettifem prosent oppga at de hadde skriftlige prosedyrer for samarbeid med pårørende når pasientene var i terminal fase, og 51 prosent hadde prosedyrer for å ta seg av pårørende i tiden etter dødsfallet.

### REFERANSE

Gjerberg E, Førde R, Bjørndal A. Staff and family relationships in end-of-life nursing home care. *Nurs Ethics* 2011;18:42-53.

## Å være til stede ved dødsfall

Helsepersonell bør vise at de verdsetter pårørendes nærvær ved dødsfall på sykehus.

Dette er en av konklusjonene i en studie hvor hensikten var å utforske og forklare ektefellers erfaringer med å være til stede på sykehus når samboeren dør.

Studiens design var Grounded

theory hvor målet er å utvikle teori om et bestemt fenomen på bakgrunn av innsamling av erfaringer.

Studien ble gjennomført på et lokalsykehus hvor pårørende over 20 år til pasienter som hadde vært innlagt mer enn to dager før dødsfallet inntraff, fikk skriftlig informasjon om studien før de

forlot sykehuset. To måneder etter fikk de brev med forespørsel om å delta. Av ti kvinner og fem menn som tilfredsstilte inklusjonskriteriene og ble kontaktet, returnerte åtte kvinner i alderen 55 til 82 år svarkonvolutten med signert samtykke. Data ble innsamlet ved hjelp av intervjuer hvor for-

I denne undersøkelsen valgte forskerne å spørre helsepersonell om samarbeidet med pasienter og pårørende. Det hadde vært interessant å studere i hvilken grad erfaringene til personalet samsvarte med pårørendes erfaringer.

► 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](mailto:annners.lerdal@ldh.no)

## Oksygenbehandling av premature barn på respirator

Sykepleiernes vurderinger vedrørende tilpasning av oksygen var ufullstendige fordi de baserte seg på mangelfull informasjon eller forståelse.

Dette er konklusjonen i en studie av sykepleieres oppfatninger av egne vurderinger knyttet til premature barns oksygenbehov. Studien kartla hvilke kliniske og fysiologiske observasjoner sykepleierne oppfattet at de vurderte ut ifra.

Studiens forskningsspørsmål ble gjennomført som en survey med ett måletidspunkt. Sykepleiere med minst to års relevant erfaring som arbeidet i minst 50 prosent stilling med premature barn som fikk respiratorbehandling ved de fem universitetssykehusene i Norge (n=221), ble invitert til å delta. Av disse deltok 50 prosent (n=111). Data ble samlet inn ved hjelp av et spørreskjema som var utviklet spesielt for denne studien. Spørsmålene var relatert til hvor

ofte kunnskap om fysiologiske faktorer som hemoglobin oksygen dissosiasjonskurven Hb-O<sub>2</sub>-kurven, partialtrykk av oksygen og karbondioksid, pH, barnets kroppstemperatur, puls, blodtrykk og hemoglobininnhold i blodet inngikk i sykepleiernes vurderinger. I tillegg til enkelte faktorer knyttet til respiratorbehandling, ble sykepleierne også spurt om de gjorde kliniske observasjoner av hudfarge, respirasjonsbevegelser, auskultasjon av lungelyder og barnets samarbeid med respiratoren. Sykepleierne kunne rangere svarene fra nesten aldri til nesten alltid med fem valgmuligheter.

På spørsmål om bruk av Hb-O<sub>2</sub>-kurven svarte 17 prosent at de brukte den ofte eller nesten alltid, 26 prosent noen ganger og 53 prosent sjelden eller aldri. Bruk av Hb-O<sub>2</sub> kurven var kun assosiert med bruk av oksygenmetning, men ikke med bruk av partialtrykk til oksygen og

karbondioksid, pH i blodet eller barnets temperatur. Blant annet på bakgrunn av dette resultatet konkluderer forfatterne med at det er avstand mellom den forskningsbaserte kunnskapen på områdene og den praksisen sykepleierne selv beskriver at de utøver.

**REFERANSE:**

Solberg MT, Hansen TWR, Bjørk IT. Nursing assessment during oxygen administration in ventilated preterm infants. *Acta Paediatr* 2011;100:193-7.

Forskningsartikkelen omhandler et svært spesialisert og komplisert kunnskapsområde som er grunnleggende og viktig innenfor sykepleie til premature barn på respirator. Studien er basert på sykepleiernes egne vurderinger av sine observasjoner og vurderinger. Den reiser to viktige spørsmål om hva sykepleierne faktisk gjør av observasjoner og vurderinger, samt hvordan sykepleierne som gir respiratorbehandling til premature barn samarbeider om vurderinger og justeringer av oksygenbehandlingen med de ansvarlige legene.

KOMMENTAR

skeren brukte en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene skjedde i deltakernes hjem, varte fra 40 minutter til to timer og 20 minutter og ble tatt opp på bånd. Like etter intervjuet ble det skrevet ned notater fra intervjuet og samtalen omformet til tekst.

Hovedkategorien i funnene var «opprettholdelse av tilstedeværelse». «Å finne sin plass» – deltakerne beskrev usikkerhet

knyttet til hvordan helsepersonellet vurderte deres tilstedeværelse. «Å vite» hva som skjedde var viktig og sentralt. Det var også viktig å oppleve «støtte» fra ektefellen, familie og helsepersonell. «Å avslutte» var også sentralt – både forholdet til ektefellen, men også i forhold til sykdomsforløpet.

**REFERANSE:**

Mossin H, Landmark BT. Being pre-

sent in hospital when the patient is dying – A grounded theory study of spouses experiences. *Eur J Oncol Nurs* 2010;doi:10.1016/j.ejon.2010.11.005

KOMMENTAR



> PERSONER MED DEMENS:

# HVA FREMMER TRIVSEL OG VELVÆRE?



Foto: Erik M. Sundt





Foto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Miljøbehandling benyttes i økende grad i demensomsorgen. De fysiske omgivelsene er ett av elementene i metoden. Kunnskap om hvordan personalet kan bruke de fysiske omgivelsene i tilretteleggingen av god omsorg for personer med demens er viktig.

**Hensikt:** Undersøke hva vi vet om hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene som har betydning for funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens.

**Metode:** Systematiske søk i databasene Cinahl, Medline, PsychInfo, Cochrane og Embase ble gjennom-

ført i januar/februar 2010 og oktober 2010.

**Resultater:** Femten oversiktsartikler ble inkludert, tolv hadde fokus på «atferdsproblematikk». Fire hovedkategorier oppsummeres: Faktorer som bidrar til (1) orientering, (2) trygghet og sikkerhet, (3) personliggjøring og hjemliggjøring og (4) stimuli. Hovedfokus i artiklene er ulike former for stimulireduksjon. Få studier vektlegger bruk av positive stimuli og faktorer som kan bidra til trivsel og velvære. Tre oversiktsartikler presenterer teoretiske perspektiver, som hovedsakelig brukes for å forklare utfordrende atferd.

Kvaliteten på oversiktsartiklene og primærstudiene varierer. Mange av primærstudiene er små og for flere av tiltakene er ikke resultatene konsistente. Det vitenskapelige grunnlaget vurderes derfor som lavt.

**Konklusjon:** Litteraturgjennomgangen viser at hovedfokus har vært på faktorer i de fysiske omgivelsene som bidrar til å redusere utfordrende atferd. Det vitenskapelige grunnlaget for tiltakene innenfor demensvennlig design er svakt. Studier som fokuserer på hvordan det fysiske miljøet kan brukes for å skape trivsel og velvære for personer med demens er nødvendig.

## ENGLISH SUMMARY

**Which factors in the physical environment promote or hinder function, thriving and well-being among persons with dementia? A literature review**

**Background:** Psychosocial treatment is increasingly utilized in care of persons with dementia. Factors in the physical environment are part of this method. Knowledge about how carers can make use of the physical environment to improve dementia care quality is important.

**Objective:** Explore the state of knowledge about factors in the physical environment that impact on functioning, thriving and well-being among persons with dementia.

**Methods:** Cinahl, Medline, PsychInfo, Cochrane and Embase databases were used for systematic literature searches in January/February and October 2010.

**Results:** Fifteen review articles were included. Twelve focused on behavioural difficulties. Four main categories are summarized: factors contributing to (1) orientation, (2) safety and security, (3) personalization and homelikeness, and (4) stimulation. The main focus is stimuli reduction. Few studies emphasize use of positive stimuli and factors contributing to thriving and well-being. Three articles describe theoretical perspectives, used primarily to explain challenging behaviour.

The quality of the review articles and primary studies varies. Many of the studies are small and the results are inconsistent which makes the scientific evidence limited.

**Conclusion:** So far, the main focus has been on factors in the physical environment that reduce challenging behaviours. The scientific evidence for using physical factors in the environment to improve care is limited. Studies focusing on how the physical environment can be used to develop thriving and well-being among persons with dementia are needed.

**Key words:** dementia, health facility environment, interior design and furnishing, review



# >> Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?

Forfattere: Ådel Bergland  
og Marit Kirkevold

## NØKKEWORD

- Demens
- Miljø
- Litteraturstudie

## INNLEDNING

Miljøbehandling inngår som et viktig element i demensomsorgen og innebærer at fysiske, psykiske og sosiale faktorer i omgivelsene tilrettelegges på en slik måte at personer med demens kan fungere optimalt til tross for svikten sykdommen medfører. De fysiske omgivelsene påvirker det psykososiale miljøet fordi de tilrettelegger eller hindrer for aktiviteter, sosial interaksjon og psykologisk velvære hos personer med demens (1, 2). Målsettingen med miljøbehandling er å bedre funksjonsnivået i dagliglivet og bidra til økt livskvalitet, trivsel og velvære (3). Omgivelsene skal ikke kun være til glede, men ha en terapeutisk effekt og inngå som et ledd i omsorgen

for personer med demens (4). Ut fra et sykepleiefaglig ståsted er kunnskap om hvordan personalet kan bruke de fysiske omgivelsene i tilretteleggingen av god omsorg for personer med demens viktig.

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke hva vi vet om hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene som har betydning for trivsel, velvære og funksjon hos personer med demens.

## METODE

Litteraturstudien er basert på oversiktsartikler som oppsummerer empiriske studier av fysiske omgivelsers betydning for personer med demens. Hensikten med å sammenfatte oversiktsartikler – en «review av reviews»/«paraply-review» – er å undersøke det vitenskapelige grunnlaget for flere faktorer og bidra til å gjøre kunnskapsgrunnlaget enkelt tilgjengelig, blant annet for det kliniske feltet (5).

Systematiske søk i databasene Cinahl, Medline, PsychInfo, Cochrane og Embase ble gjennomført i januar og

februar 2010. Følgende nøkkelord ble brukt: «dementia eller Alzheimer's disease» som ble kombinert med «interior design, furnishings, nursing home design and construction, architecture, environment, health facility environment, samt «dementia friendly». Søkene ble avgrenset til review artikler, språk (engelsk, dansk, svensk og norsk) og tidsrommet 1990 til 2010. Det ble gjennomført et nytt søk i oktober 2010. Dette søket identifiserte en

### Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen belyser hva som foreligger av forskningsbasert kunnskap om miljøfaktorer som gir funksjon og trivsel for personer med demens.

**Mer om forfatterne:** Ådel Bergland er sykepleier, dr. polit og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Gruppe for eldreomsorgsforskning og Diakonhjemmet Høgskole. Marit Kirkevold er sykepleier, EdD og professor ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo. Kontakt: adel.bergland@medisin.uio.no.

ny oversiktsartikkel, som ikke ble inkludert på grunn av lav kvalitet (6).

### Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurderingen av oversiktsartiklene er basert på Kunnskapssenterets kriterier for vurdering av systematiske oversikter (tabell 1) (7). Vurderingen av artiklene ble gjort

ved hjelp av kategoriene: Møtt, uklar/delvis møtt og ikke møtt (5).

Vurderingen av det vitenskapelige grunnlaget for hver av faktorene som bidro til demensvennlige fysiske omgivelser, ble gjort på bakgrunn av Jamtvedt og medarbeideres (5) kriterier (se tabell 2). Kriteriene baseres både på kvalitetsvurdering av

oversiktsartiklene og av primærstudiene. Oversiktsartiklene med høy kvalitet inneholder vurderinger av primærstudiene som er inkludert i oversiktsartiklene.

Utvelgelsen og kvalitetsvurderingen av artiklene er gjort av førsteforfatter i nært samarbeid med andreforfatter.

### ANALYSE

Oversiktsartiklene ble lest med utgangspunkt i følgende spørsmål: Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene har betydning for personer med demens? Hvilke utfallsmål og teoretiske perspektiver (det vil si teorier og modeller som forklarer sammenheng mellom fysiske faktorer og utfall hos pasienten) beskrives? Hovedkategoriene er basert på Werezak & Morgans (1) elementer i et tilrettelagt fysisk miljø for personer med demens: Effektivt system for orientering, trygghet og sikkerhet, personliggjøring av steder og tilpasset nivå av stimuli. Underkategoriene og kategoriene for utfallsmålene er utviklet induktivt (se tabell 3).

### RESULTATER

Det første litteratursøket resulterte i 346 vitenskapelige publikasjoner. Før søkene startet var Kunnskapssenterets oppsummering «Botilbud til mennesker med demens» (8) kjent og vurdert som relevant å inkludere. Neste fase innebar å vurdere relevansen av artiklene på bakgrunn av tittel og abstrakt. Et stort antall av titlene ble vurdert til ikke å være relevante og/eller ikke være oversiktsartikler i betydning å oppsummere empiriske studier. Flere av artiklene hadde ikke abstrakt. I den grad det var mulig å finne artikkelen i full-

**TABELL 1:** Kriterier for kvalitetsvurdering av oversiktsartiklene

Spørsmål som ble stilt i kvalitetsvurderingen av oversiktsartiklene	Kriterier for vurdering av kvalitet
<ul style="list-style-type: none"> <li>Beskrives metodene som ble brukt for å finne primærstudiene?</li> <li>Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk?</li> <li>Beskrives inklusjonskriteriene for artiklene?</li> <li>Ble det sikret mot systematiske skjevheter ved utvelgelse av studiene?</li> <li>Ble kriteriene for å vurdere intern kvalitet beskrevet?</li> <li>Ble validiteten til studiene vurdert ved hjelp av relevante kriterier?</li> <li>Ble metodene som ble brukt for å sammenfatte resultatene klart beskrevet?</li> <li>Ble resultatene sammenfattet på en forsvarlig måte?</li> <li>Ble forfatternes konklusjoner underbygget med data og/eller analyse fra reviewene?</li> </ul>	<p><b>Høy kvalitet:</b> minst 7 av kriteriene var møtt</p> <p><b>Moderat kvalitet:</b> minst 4 av kriteriene var møtt</p> <p><b>Lav kvalitet:</b> færre enn fire av kriteriene var møtt</p>

**TABELL 2:** Kriterier for vurdering av vitenskapelig kvalitet på de ulike faktorene

Vitenskapelig kvalitet	Basert på
God vitenskapelig kvalitet	En eller flere oversiktsartikler av god kvalitet som er basert på minst to primærstudier av god kvalitet med sammenfallende (konsistente) resultater
Moderat vitenskapelig kvalitet	En eller flere oversiktsartikler med høy eller moderat kvalitet Basert på minst en primærstudie av høy kvalitet Basert på minst to primærstudier av moderat kvalitet med sammenfallende/konsistente resultater
Lav vitenskapelig kvalitet	En eller flere oversiktsartikler av ulik kvalitet Basert på primærstudier av moderat kvalitet Basert på inkonsistente resultater i oversiktsartiklene Basert på inkonsistente resultater i primærstudiene
Manglende vitenskapelig grunnlag ut fra oversiktsartiklene	Ingen oversiktsartikkel som inkluderer dette temaet er identifisert

tekst i UiO's elektroniske tidskrifter, ble dette gjort for å ha et bredere vurderingsgrunnlag enn bare tittelen.

Totalt 57 artikler ble vurdert som relevante for videre vurdering i fulltekst. I den første gjennomgangen ble tre duplikater tatt ut. Artikler lest i fulltekstversjon som viste seg ikke å ha fokus på personer med demens eller fysiske omgivelser, ble ekskludert. Dette førte til 41 artikler vurdert som fulltekstartikler. Litteraturlistene til alle fulltekstartiklene ble gjennomgått, åtte nye oversiktsartikler ble identifisert. Day og Calkins kapittel i *Handbook of Environmental Psychology* (4) ble hyppig referert til og derfor inkludert. Etter en grundig vurdering av de 49 artiklene ble 19 inkludert og 30 ekskludert. Eksklusjonskriteriet var at artiklene ikke oppsummerte empiriske studier systematisk. Tolv av oversiktsartiklene hadde fokus på «atferdsproblematikk» hos personer med demens. Vi inkluderte artiklene når tiltak relatert til de fysiske omgivelserne ble oppsummert og det var mulig å trekke ut empiriske studier med fokus på de fysiske omgivelserne. Av de 19 oversiktsartiklene ble ti vurdert til å ha høy kvalitet, fem hadde moderat og fire hadde lav kvalitet. Landmark og medarbeideres oppsummering ble vurdert til å være av høy kvalitet, men baseres i stor grad på oppsummeringen hos Day og medarbeidere (9), som ble vurdert til å ha moderat kvalitet. Artiklene med lav kvalitet ble ekskludert (4, 10-12). Litteraturgjennomgangen er derfor basert på 15 oversiktsartikler. Åtte av ti oversiktsartikler med høy kvalitet hadde fokus på «atferdsproblematikk».

## TEORETISKE PERSPEKTIVER

Tre av oversiktsartiklene presenterer til sammen fire teoretiske perspektiver (teorier og modeller). Hovedfokus i disse er funksjon og mestring, samt stress som kan føre til uønsket atferd, når omgivelsene ikke er tilpasset personens kognitive funksjonsnivå. De øvrige oversiktsartiklene presenterer ingen teoretiske perspektiver.

små krav kan føre til apati (8).

Hall og Buckwalters (14) modell *Progressively Lowered Stress Threshold (PLST)* fokuserer på atferd som resultat av personens evne til å tilpasse seg og mestre omgivelsene. På grunn av sykdomsutviklingen reduseres stressterskelen hos personer med demens. De blir dårligere i stand til å motta og håndtere informasjon og stimuli fra

” Mer institusjonsorientert servering som bruk av serveringsbrett, bidro til mer uro.

Lawton og Nahemow's (13) modell «ecological model of aging» fokuserer på sammenhengen mellom atferd, personens kompetanse og krav fra omgivelsene. Samspillet er optimalt og personen fungerer optimalt når kravene fra omgivelsene er tilpasset personens kompetanse. For høye krav kan skape angst og «atferdsforstyrrelser». For

omgivelsene. Når stressterskelen overskrides, får personen angst som resulterer i ulike former for utfordrende atferd.

Med utgangspunkt i Barris og medarbeideres omgivelsermodell har Corcoran og Gitlin (15) videreutviklet denne til demensomsorgen. Modellen beskriver fire hierarkiske lag som påvirker hverandre gjens-

**TABELL 3:** Oversikt over analysekategoriene

### Hovedkategorier og subkategorier for faktorene i omgivelsene

- 1: Faktorer som bidrar til orientering
  - 1a: Fysiske strukturer
  - 1b: Orienterende elementer i omgivelsene
- 2: Faktorer som bidrar til trygghet og sikkerhet
  - 2a: Visuelle virkemidler
  - 2b: Trygge områder
  - 2c: Faktorer i omgivelsene som kan redusere fall
- 3: Faktorer som bidrar til personliggjøring og hjemliggjøring
- 4: Stimuli i omgivelsene
  - 4a: Overstimulering
  - 4b: Fokuserte og tilpassede stimuli
  - 4c: Positive stimuli

### Kategorier for utfallsmålene

- Fysisk og mental funksjon
- Adferd
- Sosial funksjon
- Subjektive opplevelser (Trivsel og velvære)
- Annet

dig: Objekter i de fysiske omgivelsene, dagliglivets oppgaver, sosiale grupper og verdiene i pleiekulturen. Lagene kan tilpasses for å skape en balanse mellom omgivelsene og personens mentale og fysiske kompetanse (16).

Cohen-Mansfield (17) forklarer utfordrende atferd hos personer med demens som et resultat av at behov ikke er møtt (Unmet needs model). Atferden kan skyldes mangel på stimuli

entydig. Dette gjør det vanskelig å sammenligne studier og komme med anbefalinger. I studier hvor ulike fysiske utforminger vurderes i forhold til hverandre er utvalgene små, ofte bare en avdeling/enhet i hver kategori. Utfallsmålene fokuserer i hovedsak på beboernes funksjon: Orientering, funksjon i avdelingen, grad av sosial interaksjon og aktivitet (8, 9).

Enkel utforming fremmer mulighetene for å orientere seg

viser ikke konsistente resultater. To studier har vist at nummer på beboerrommene, bruk av fargekoder, skilt med bokstav og bildesymboler og andre orienterende elementer (klokke, tavle) bedret orienteringsevnen. Andre studier har vist at kun når skilting kombineres med realitetsorientering eller ting som dro oppmerksomheten mot skiltet, hadde det betydning for pasientenes evne til å orientere seg i avdelingen og ga mindre uro. Den formen for merking som bidro til at flest fant toalettet, var skilt med ordet toalett og piler på gulvet som viste vei til toalettet. Dette gjaldt beboere som hadde liten eller moderat kognitiv svikt/demensutvikling (8, 9, 16, 18).

Det er lite dokumentasjon for betydningen av personlige gjenstander i monter ved døren til rommet som orienterende elementer. En studie viste at personlige gjenstander bidro til noe økt gjenkjenning av rom hos beboere med moderat demens. Beboere med høyere funksjonsevne orienterte seg uten slike gjenstander, mens de ikke var til hjelp hos personer med alvorlig demens (8, 9).

” Når beboerne ble synlige for personalet fra vaktrommet, ble omfanget av direkte samhandling mellom pleiere og beboere redusert.

(understimulering), kjedsomhet og ensomhet. Omgivelser som bidrar med positive stimuli, aktivitet og sosialt samvær kan derfor redusere slik atferd.

### Utfallsmål

Tolv av oversiktsartiklene har fokus på «atferdsproblematikk». Dette innebærer at utfallsmålene fokuserer på atferd og/eller nevropsykiatriske symptomer. Hovedfokus er atferdsregulering og funksjon. Enkeltstudier har fokus på å bruke positive stimuli i miljøet, men også her er funksjon og atferdsregulering ofte målet.

### Faktorer som bidrar til orientering

Informasjon fra omgivelsene kan bidra til orientering. Seks oversiktsartikler gjennomgår den fysiske utformingen av bygningen/avdelingen og tiltak personalet kan iverksette for å gjøre det enklere å orientere seg i avdelingen (8, 9, 16, 18-20).

### Fysiske strukturer

Begrepsbruken for den fysiske utformingen av avdelinger er lite

og finne frem når det kombineres med informasjon fra omgivelsene. Gruppering av rom i mindre enheter med tilknyttede fellesrom gjør det enklere å orientere seg sammenlignet med store fellesrom plassert lenger fra beboerrommene. Avdelinger hvor beboere kommer direkte inn i fellesrom når de kommer ut av eget rom, er vist å gi bedre orienteringsevne, økt sosial interaksjon, økt fysisk aktivitet og større muligheter for å variere hvor beboerne tilbringer tiden. Lange korridorer bidrar til rastløshet og apraksi. I den hensikt å lage kortere korridorer og færre dører for beboere å forholde seg til, er ulike fysiske utforminger forsøkt. Avdelinger hvor korridoren er formet som L, H eller firkant er vist å gi bedre romorientering. Når beboerne ble synlige for personalet fra vaktrommet, ble omfanget av direkte samhandling mellom pleiere og beboere redusert (8, 9).

### Orienterende elementer

I studier av ulike orienterende elementer er utfallsmålene orientering og atferd. Bruk av skilting

### Faktorer som bidrar til trygghet og sikkerhet

Trygghet og sikkerhet kan oppnås både ved tiltak som hindrer beboere i å gå ut og tiltak som gir beboere bevegelsesfrihet i trygge tilrettelagte omgivelser. Ni oversiktsartikler oppsummerer slike faktorer (8, 9, 16-22).

### Visuelle virkemidler

I studier som involverer visuelle virkemidler er utfallsmålene atferd og atferdsregulering. Subjektive barrierer brukes for å hindre at beboere forlater avdelingen eller hindre at de går inn på rom/områder i sykehjemmet hvor de ikke skal være. De inkluderte

studiene er små (åtte til 30 pasienter) og resultatene er ikke entydige. En studie viste at striper på gulvet foran inngangsdøren ikke hadde effekt på forsøkene på å komme ut, to andre studier at det bidro til færre forsøk. I en studie førte plassering av et stort speil foran døren til reduksjon i antall forsøk på å komme ut (8, 9, 17, 18).

### Trygge områder

Tilrettelegging av trygge uteområder er et alternativ til å hindre beboere i å gå ut. Utfallsmålene i disse studiene er atferdsregulering og subjektive opplevelser. Den atferdsregulerende effekten var uklar. En studie viste at tilgang til utearealer ikke bidro til reduksjon av utfordrende atferd, en annen reduksjon av mindre alvorlige «atferdsproblemer», men ikke av alvorlige. Tilgang til utearealer førte til at beboere tilbrakte tid ute og behovet for medikamenter ble redusert. Mens beboerne oppholdt seg i hagen hadde de positive opplevelser som samtale, spill og lesing. Personalet og pårørende mente at opphold i hagen ga bedre livskvalitet og humør (8, 9, 17, 19, 20).

### Reduksjon av fall

En studie viste at faktorer i de fysiske omgivelsene utløste en liten andel (7,9 prosent) av fallene i institusjonen. Lave møbler, madrasser på gulvet og tiltak på baderommet medførte reduksjon i fall – også etter sju måneder (8).

### Personliggjøring og hjemliggjøring

Flere faktorer bidrar til personliggjøring og hjemliggjøring. Tre oversiktsartikler (8, 9, 16) oppsummerer slike faktorer. Utfallsmålene er atferd, funksjon, sykdomsutvikling og velvære.

Omgivelser med personlig

og hjemlig preg beskrives oftest som positive og institusjonspreg som negative faktorer for personer med demens, men enkelte studier «utfordrer» disse resultatene. Sammenlignet med personer med demens i tradisjonelle sykehjemsavdelinger, beholdt beboere i avdelinger med lite institusjonspreg sine motoriske funksjoner bedre, de var mindre aggressive, det var færre forsøk på å forlate avdelingen eller gå inn på andres rom. Beboerne brukte mindre beroligende midler og hadde mindre angst. Hjemlige omgivelser er også vist å gi økt sosial kontakt. Stor grad av hjemlighet er rapportert å kunne gi mer uro, eksempelvis selvheldelse, økt forvirring og dårligere ernæring (8, 9).

Å innta måltidene i «hjem- og familielignende» omgivelser inne på avdelingen hvor maten serveres ved små bord, er rapportert å føre til økt inntak av mat, bedre sosial kontakt og kommunikasjon. Mer institusjonsorientert servering som bruk av serveringsbrett, bidro til mer uro (8, 9, 16).

Private rom gir beboere muligheter for å skape personlige omgivelser og større valgfrihet om hvor de vil være. En studie viste at etter ombygging til en-rom tilbrakte beboerne mindre tid på rommet, de var mer i bevegelse, men hadde likevel mindre samvær med andre beboere. Personlig preg og private møbler på rommet er vist å bidra til økt velvære og trivsel og at beboere viste følelser bedre (8, 9). Pleiepersonalet foretrekker avdelinger som ikke er institusjonspregede (9). Et hjemlig miljø har ikke vist å ha betydning for progresjon i den kognitive svikten, funksjonsfall eller mortalitet (8).

### Stimuli i omgivelsene

Stimuli påvirker personer med

demens på ulike måter og oppsummeres i 13 oversiktsartikler (8, 9, 16-20, 22-27). Overstimulering som årsak til stress og uønsket atferd er hovedfokus. Færre studier viser konsekvenser av understimulering og hvordan stimuli kan brukes målrettet for å fremme funksjon, trivsel og velvære.

### Overstimulering

Overstimulering kan skyldes for mange og/eller uforståelig stimuli. Stimulireduksjon kan skje gjennom fysiske strukturer og/eller tilpasning av interiør, rutiner og aktiviteter. Et hovedfokus i oversiktsartiklene er tiltak for å redusere overstimulering. Utfallsmålene i de oppsummerte studiene er atferd, funksjon og livskvalitet.

Store enheter rapporteres å resultere i overstimulering, mens små oversiktlige enheter gir stimulireduksjon (8, 9). Store boenheter bidrar til negative konsekvenser med hensyn til atferd, større grad av intellektuell forverring, emosjonelle problemer og økt forbruk av medisiner og tvang (8, 9, 24).

Betydningen av stimulireduksjon gjennom små tilrettelte enheter er ikke entydig. Flytting til små enheter er vist å føre til at den kognitive funksjonen opprettholdes lenger, bedret funksjonsnivå og større grad av mobilitet. Andre studier har vist at små enheter ikke har betydning for progresjonen av den kognitive svikten. Flyttingen kan ha betydning på kort sikt, men ikke etter tre år. En studie fant redusert forekomst av katastrofereaksjoner hos personer i skjermede enheter, en annen at beboerne var mer fysisk aggressive, men de hadde også alvorligere kognitiv svikt sammenlignet med beboere i vanlige sykehjemsavdelinger (8,

9, 24). En cochrane-oversikt viste at skjermede enheter ikke reduserte «atferdsproblemer» (23). Robinson og medarbeidere (25) konkluderte med at skjermede enheter ikke reduserte vandring.

Små tilrettelagte enheter bidro positivt til livskvalitetsmål som emosjonell helse, mindre angst og depresjon. Det var mer kontakt beboere imellom, forbedring av eller forsinket reduksjon i kommunikasjonsferdigheter, mindre bruk av tvang og lavere forbruk av beroligende midler og antibiotika. Små enheter ga bedre muligheter for etablering av relasjoner med personale, samt at beboerne fikk mer tilsyn og veiledning. Personale fikk bedre oversikt og ble bedre kjent med beboerne. Små enheter kan imidlertid føre til mindre deltakelse i organiserte aktiviteter. Pårørende og personale er mer tilfredse med små enheter og pårørende opplever mindre belastninger (8, 9, 18, 20, 28).

Overstimulering kan også skyldes stimuli i avdelingen som farger, mennesker, lyder, forstyrrende atferd fra andre og/eller skremmende opplevelser på film eller TV. Korridorer og heiser fremheves som støyende områder. Bading er en situasjon som innebærer høyt stressnivå på grunn av overstimulering og/eller uforståelige stimuli og beskrives som en av de mest belastende oppgavene i omsorgen for personer med demens (8, 9, 17, 22).

Nøytrale omgivelser med hensyn til farger og design, faste rutiner og reduksjon av støy bidro til reduksjon av «atferdsforstyrrelser», færre katastrofereaksjoner, mindre bruk av medikamenter, mindre bruk av tvang, positive interaksjoner og vektøkning. Rolige miljøer bidro også til bedre orientering (8, 9).

### Fokusert og tilpasset stimuli

Stimuli kan også brukes for å fremheve gjenstander som personer med demens skal konsentrere seg om. Utfallsmålene i disse studiene er funksjon.

En liten studie viste at beboere spiste mer og var mindre urolige når det var godt lys og kontraster ved bruk av duk. Synlig og lett tilgjengelig snacks i kjøleskap med vindu førte i liten grad til at beboere forsynte seg på eget initiativ. Når toalettet var synlig fra fellesrommet hvor beboerne oppholdt seg, økte bruken av toalettet, særlig hos beboere som var kommet langt i demensutviklingen. En liten studie viste at når klesskapet var organisert slik at klærne hang i den rekkefølgen de skulle tas på, ble beboerne mer selvhjulpne. Skjerming fra andre stimuli bidro til økt konsentrasjon på oppgaven som skulle gjøres. I enheter med dårlig belysning var det vanskeligere for personer med demens å orientere seg (8, 9, 16).

### Positive stimuli

Ulike positive stimuli kan berike det fysiske miljøet for personer med demens og motvirke understimulering. Utfallsmålene fokuserer på atferd og funksjon.

I en studie gjorde pleiepersonalet bruk av naturelementer som fuglesang og bilder av natur. Dette bidro til mindre uro, verbal og fysisk utagering i forbindelse med bading. En annen studie viste at personer med demens som vandret, oppholdt seg mer i den delen av korridoren som var «beriket» med positive stimuli. Bruk av naturlyder reduserte verbal uro. Tilførsel av positive stimuli som lyd, lys og lukt i kombinasjon ga positive utslag på sosial interaksjon og egenomsorg, men ikke

kognitiv funksjon (8, 9, 16, 17, 19, 22).

Lys har vært brukt for å regulere døgnrytme og atferd hos personer med demens. Noen studier har vist at lys normaliserte døgnrytmen og reduserte «atferdsproblemer», andre ikke (8, 9, 17, 20, 26, 27). En oversikt over resultatene i hver oversiktsartikkel finnes i tabell 4 på sykepleien.no.

### DISKUSJON

Faktorene som oppsummeres omhandler både den fysiske utformingen av bygninger og avdelinger, som pleiepersonalet har liten innvirkning på, og faktorer personalet kan bruke for å tilrettelegge for beboernes funksjon og trivsel. Gjennomgangen av oversiktsartiklene indikerer at det vitenskapelige grunnlaget for tiltakene innenfor demensvennlig design er svakt (tabell 5). En stor andel av studiene er små og ofte inkluderes bare en setting (11). Flere av studiene er case-studier med kartlegging før og etter ombygging og renovering av institusjonen. Noen aspekter ved det fysiske miljøet for personer med demens kan være viktig selv om det ikke foreligger god vitenskapelig dokumentasjon, eksempelvis enerom og pene ikke-institusjonspregede omgivelser.

Feltet har flere metodiske svakheter. Det preges av definisjonsmessige uklarheter og begrepsavklaringer er nødvendig. I en litteraturgjennomgang fant Verbeek og medarbeidere (29) 11 ulike betegnelser på botilbud for personer med demens, eksempelvis skjermede enheter, gruppeboliger og «Green houses». Det er heller ingen klar angivelse av antall beboere i små og store enheter (9). Det kan bety at ulike botilbud oppsummeres og sammenlignes. Begrepene «ikke-

institusjonspreg» og «hjemlig» er ikke entydige. Hjemlig kan bety å benytte møbler av tre og stoppede møbler, ikke møbler av plast og/eller metall som gir enkel rengjøring. Det kan også bety at møblene ligner det de eldre selv ville ha eller hadde i sitt hjem, noe som varierer. I andre studier

innebærer institusjonspreg at omgivelsene er monotone, mens hjemlig preg innebærer bruk av farger og mønstre. Hjemlig preg kan også bety at beboerne har sine private møbler på rommet (10, 11).

Beboere i botilbud som sammenlignes, er ofte ulike med

hensyn til sykdomsutvikling, funksjonsnivå og grad av utfordrende atferd. Det foreligger ikke RCT-studier og det argumenteres for at det oppfattes som uetisk å gjennomføre slike (23).

I mange av studiene iverksettes flere intervensjoner samtidig og det er vanskelig å vurdere

**TABELL 5:** Oversikt over ulike faktorer og vurdering av det vitenskapelige grunnlaget for hver av faktorene

Faktorer i det fysiske miljøet	Antall studier og inkluderte deltakere	Vitenskapelig kvalitet basert på kriteriene i tabell 2
1: Faktorer som bidrar til orientering	Fysiske strukturer 5 studier N= 322 beboere N= 140 personalet N= 220 pårørende Orienterende elementer i omgivelsene 8 studier N= 167 beboere N=220 pårørende N= 140 personale	Lav vitenskapelig kvalitet basert på oversiktsartikler av ulik kvalitet og inkonsistente resultater i oversiktsartiklene og i primærstudiene.  Lav vitenskapelig kvalitet basert på oversiktsartikler av varierende kvalitet og inkonsistente resultater i oversiktsartiklene. Primærstudiene er små med moderat til lav kvalitet. (N fra 8 til 56)
2: Faktorer som bidrar til trygghet og sikkerhet	Visuelle virkemidler 11 studier N= 104 beboere Trygge områder 7 studier N= 266 beboere Faktorer i omgivelsene som kan redusere fall 2 studier N=12 eldre personer N=1 avdeling	Lav vitenskapelig kvalitet basert på oversiktsartikler av ulik kvalitet, ikke konsistente resultater med hensyn til bruk av subjektive barrierer. Primærstudiene er små. (N fra 3 til 30)  Lav vitenskapelig kvalitet basert på oversiktsartikler av ulik kvalitet og ikke konsistente resultater med hensyn til betydningen for atferd/adferdsproblemer. Få og små studier om bruk av tryggeområder. (N fra 7 til 130)  Lav vitenskapelig kvalitet ut fra få og små primærstudier.
3: Faktorer som bidrar til personliggjøring og hjemliggjøring	16 studier N= 78214 N= 43 personale 1 studie oppgir enkeltregistreringer: 3723 i 53 skjermede enheter	Lav vitenskapelig kvalitet basert på oversiktsartikler av ulik kvalitet, inkonsistente resultater med hensyn til hjemliggjøring og små studier om betydningen av personliggjøring av spiserom og beboerrom.
4: Stimuli i omgivelsene	Overstimulering 46 studier N=5485 beboere N= 53 personale 2 studier oppgir enheter: N=82 1 studie oppgir 3723 enkeltregistreringer i 53 SCU  Fokuserte og tilpassede stimuli 9 studier N=217 beboere 1 studie hvor N ikke oppgis Positive stimuli 16 studier N=342 beboere N=23 pårørende N=29 personale	Lav vitenskapelig kvalitet basert på oversiktsartikler av ulik kvalitet og inkonsistente resultater i oversiktsartiklene og primærstudierne om betydningen av skjermede enheter.  Lav vitenskapelig kvalitet basert på oversiktsartikler av ulike kvalitet. Primærstudiene om tilpasning og fokusering av stimuli er få og små. (N varierer fra 8 til 79)  Lav vitenskapelig kvalitet basert på oversiktsartikler av ulike kvalitet. Primærstudiene om bruk av positive stimuli er få og små (N varierer fra 5 til 66).

betydningen av hver enkelt faktor. Skjermede enheter begrenser stimuli, personalet er ofte spesielt utvalgt til å jobbe der og har spesialkompetanse innenfor feltet. I studier som sammenligner enerom og flersengsrom, inngår ofte andre aspekter, eksempelvis arkitektonisk utforming (9, 30-32).

Flere av tiltakene utnytter den kognitive svikten personer med demens har. Visuelle

ter. For mange, uforståelige stimuli (overstimulering) og/eller få stimuli (understimulering) kan bidra til stress, angst, utfordrende atferd eller apati. Personalet kan eksempelvis lage områder i avdelingen som er beriket med positive stimuli og aktiviteter slik at beboerne trekkes mot disse stedene og tilrettelegge trygge områder inne i avdelingen eller i sykehjemmet hvor beboerne kan bevege seg

klene har fokus på atferd og funksjon, spesielt regulering av utfordrende atferd. Av oversiktsartiklene med høy kvalitet hadde åtte fokus på «atferdsproblematikk». Det er viktig å utvikle kunnskap om hvordan de fysiske omgivelsene påvirker beboernes hverdagsliv, funksjon, trivsel og velvære og hvordan bruk av ulike steder i og utenfor sykehjem kan gi positive opplevelser og fremme trivsel og velvære. Utvikling av metoder for å kartlegge subjektive, positive utfallsmål er også nødvendig. De teoretiske perspektivene har hovedsakelig vært brukt for å forklare utfordrende atferd. De kan, etter vår oppfatning, også benyttes som fortolkningsramme for faktorer som bidrar til et godt hverdagsliv, trivsel og velvære for personer med demens.

## ” Personalet kan lage områder i avdelingen som er beriket med positive stimuli.

barrierer med striper på gulvet, speil og mørke tepper med spiralmønstre oppfattes som vellykkede hvis de hindrer beboere i å gå ut, men de kan også påføre beboerne emosjonelle belastninger som angst (33). De etiske sidene ved dette har vært problematisert (21). Jones og medarbeidere (33) påpeker at å bruke tegninger, kunstverk eller gamle gjenstander, male dører i samme farger som veggene og bruk av lys er nyere alternativer som er mindre emosjonelt belastende.

### Implikasjoner for pleiepersonalet

Med utgangspunkt i de teoretiske perspektivene og kunnskap om hvordan ulike faktorer i omgivelsene påvirker personer med demens, kan pleiepersonalet bidra til å skape et godt og variert hverdagsliv. Ulike fysiske utforminger i avdelingen og sykehjemmet gir ulike forutsetninger for dette arbeidet.

De teoretiske perspektivene (13, 14, 16, 17) understreker betydningen av å skape omgivelser og en hverdag med tilpassede og varierte stimuli og aktivite-

fritt. På denne måten kan sikkerheten og tryggheten ivaretas uten at fokuset er på barrierer som skal hindre at beboere går ut. Det er også viktig å ta hensyn til studier som rapporterer at beboere i små enheter ofte deltar mindre i organiserte aktiviteter. Dette innebærer at personalet i slike enheter har ansvar for å tilrettelegge for at beboerne kan få delta i aktiviteter som er tilpasset beboergruppen. Det kan skapes variasjon i hverdagen ved å legge aktivitetene til ulike steder i og utenfor avdelingen.

Personalet kan oppmuntre pårørende til å ta med personlige gjenstander til beboernes rom. Hjemliggjøringen av fellesarealene i sykehjemmet bør i den grad det er mulig ta utgangspunkt i diskusjoner med pårørende og eventuelt beboere. En utfordring er at hjemliggjøring er et vagt begrep og hva som oppfattes som hjemlig varierer, blant annet med sosiale forskjeller.

### Implikasjoner for videre forskning

Majoriteten av oversiktsarti-

### KONKLUSJON

Det vitenskapelige grunnlaget for faktorene som inkluderes i demensvennlig design er svakt. Fellet preges av uklar begrepsbruk. Hovedfokus i oversiktsartiklene er på tiltak for å håndtere utfordrende atferd. Færre studier fokuserer på faktorer i omgivelsene som kan fremme trivsel og velvære. Fremtidig forskning bør ha et slikt fokus. De teoretiske perspektivene har hovedsakelig vært brukt til å forklare utfordrende atferd, men kan også være retningsgivende for faktorer som kan bidra til et godt hverdagsliv, funksjon og trivsel.

Artikkelen er skrevet på oppdrag fra Undervisningssykehjemmet i Oslo, Abildsø bo- og rehabiliteringssenter. Litteraturstudien er en del av prosjektet om miljøtiltak som inngår i HelseDirektoratets «paraplyprosjekt» Demensfyrtårn.



## REFERANSER

1. Werezak LJ, Morgan DG, Werezak LJ, Morgan DG. Creating a therapeutic psychosocial environment in dementia care. A preliminary framework. *Journal of Gerontological Nursing* 2003;29:18–25.
2. Parker C, Barnes S, McKee K, Morgan K, Torrington J, Tregenza P. Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Ageing & Society* 2004;24: 941–62.
3. Wogn-Henriksen K. Det må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk! Miljøbehandling i demensomsorgen. I: Eidem Krüger RM. (red). *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Forlaget Aldring og helse, Sem. 2007: pp 18–35.
4. Day K, Calkins M. Design and dementia. I: Bechtel R, Churchman A (red). *Handbook of Environmental Psychology*. John Wiley and Sons, New York. 2002: pp 374–93.
5. Jamtvedt G, Dahm KT, Christie A, Moe RH, Haavardsholm E, Holm I, et al. Physical therapy interventions for patients with osteoarthritis of the knee: an overview of systematic reviews. *Physical Therapy* 2008;88:123–36.
6. Edgerton EA, Richie L. Improving physical environments for dementia care: making minimal changes for maximum effect. *Annals of Long Term Care* 2010;18:43–5.
7. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. *Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo. 2009.
8. Landmark B, Kirkehei I, Brurberg KG, Reinar LM. *Botilbud til mennesker med demens*. Kunnskapssenteret, Oslo. 2009.
9. Day K, Carreon D, Stump C. The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. *Gerontologist* 2000;40:397–421.
10. Calkins MP. Evidence-based long term care design. *NeuroRehabilitation* 2009;25: 145–54.
11. Calkins MP. Special care units and the environment: advances of the past decade. *Alzheimer's Care Quarterly* 2001;2:41–8.
12. Williams-Burgess C, Ugarriza D, Gabbai M. Agitation in older persons with dementia: a research synthesis. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing* 1996;3:97–107.
13. Lawton MP, Nahemow L. Ecology and the aging process. I: Eisdorfer C, Lawton MP, (red). *The psychology of adult development and aging*. Washington D.C.: American Psychological Association, 1973:619–74.
14. Hall GR, Buckwalter KC. Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing* 1987;1:399–406.
15. Corcoran M, Gitlin LN. Environmental influences on behavior of the elderly with dementia: principles for intervention in the home. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 1991;9: 5–22.
16. Gitlin LN, Liebman J, Winter L. Are environmental interventions effective in the management of Alzheimer's disease and related disorders? A synthesis of the evidence. *Alzheimer's Care Quarterly* 2003;4:85–107.
17. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2001;9: 361–81.
18. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG, et al. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry* 2005;162:1996–2021.
19. Siders C, Nelson A, Brown LM, Joseph I, Algase D, Beattie E, et al. Evidence for implementing nonpharmacological interventions for wandering. *Rehabilitation Nursing* 2004;29:195–206.
20. Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). *Neurology* 2001; 56: 1154–66.
21. Price JD, Hermans DG, Grimley Evans J. Subjective barriers to prevent wandering of cognitively impaired people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000: CD001932.
22. Opie J, Rosewarne R, O'Connor DW. The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 1999;33: 789–99.
23. Lai CK, Yeung JH, Mok V, Chi I, Lai CK, Yeung JH, et al. Special care units for dementia individuals with behavioural problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009: CD006470.
24. Zuidema S, Koopmans R, Verhey F. Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology* 2007;20:41–9.
25. Robinson L, Hutchings D, Corner L, Beyer F, Dickinson H, Vanoli A, et al. A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use: *Health Technology Assessment* 2006;10.
26. Kong EH, Evans LK, Guevara JP. Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing & Mental Health* 2009;13:512–20.
27. Kverno KS, Black BS, Nolan MT, Rabins PV. Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: A systematic literature review. *International Psychogeriatrics* 2009;21:825–43.
28. Roberts J, Browne G, Gafni A, Variieur M, Loney P, De Ruijter M. Specialized continuing care models for persons with dementia: A systematic review of the research literature. *Canadian Journal on Aging* 2000;19:106–26.
29. Verbeek H, van Rossum E, Zwakhalen SM, Kempen GI, Hamers JP. Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *International Psychogeriatrics* 2009;21:252–64.
30. Annerstedt L. An attempt to determine the impact of group living care in comparison to traditional long-term care on demented elderly patients. *Ageing-Clinical & Experimental Research* 1994;6:372–80.
31. Annerstedt L. Group-living care: an alternative for the demented elderly. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 1997;8:136–42.
32. Skea D, Lindesay J. An evaluation of two models of long-term residential care for elderly people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1996;11:233–41.
33. Jones GMM, van der Eerden WJ. Designing care environments for persons with Alzheimer's disease: visuo-perceptual considerations. *Reviews in Clinical Gerontology* 2008;18:13–37.

# Fysisk tilrettelegging er avgjørende

► Tilrettelegging av fysiske omgivelser for personer med demens har betydning for trivsel og funksjon.



**Av Grethe Berg**

Spesialergoterapeut på Avdeling for alderspsykiatri, Sykehuset Innlandet, Sanderud

I demensomsorgen har man lenge vært opptatt av betydningen av tilrettelegging av fysisk og sosialt miljø for pasienter med demens. Dette blir vurdert som viktig og avgjørende for god behandling og omsorg. I Norge har Nasjonalt kompetanseseter for aldring og helse gitt ut flere publikasjoner som omhandler dette og som gir anbefalinger om god praksis.

I min mangeårige praksis som ergoterapeut i demensomsorgen har jeg gode erfaringer og eksempler som viser at fysisk tilrettelegging har betydning for trivsel og funksjon for personer med demens.

For vel 20 år siden deltok jeg i et omorganiseringsprosjekt på en sykehjemsavdeling for pasienter med demens. Avdelingen var bygget for 25 pasienter, med ei spisestue ei oppholdsstue og et aktivitetsrom. Det var mye uro i avdelingen og personalet ønsket forandring. Fellesrommene ble

omgjort til tre dagligrom med hjemlig preg. Pasientene ble delt i tre funksjonsinndelte grupper som hver hadde daglig tilhørighet i et av dagligrommene. Personalet ble også delt i tre og hver arbeidstaker fikk ei gruppe på åtte–ni pasienter å forholde seg til. Slik gikk man fra et stort og uoversiktlig sykehjemsmiljø til et lite og mer gjenkjennelig botilbud for den enkelte pasient. Erfaringene fra omorganiseringen var god. Det ble mer ro i miljøet. Pasienten fikk mindre problematferd. Medisinbruken gikk ned. Personalet fikk en annen mulighet til å bli kjent med pasientene og gjøre dem delaktige i aktiviteter. Måltidene ble preget av ro og hygge. Trivselen økte både for pasienter og personale.

Erfaringene jeg gjorde den gangen overbeviste meg om at fysisk tilrettelegging er avgjørende for god miljøbehandling i demensomsorgen. For meg er

dette stadig et viktig tema både i faglig samarbeid på Avdeling for alderspsykiatri og i veiledning av personalgrupper på sykehjem.

Det er prisverdig at fagfeltet etterlyser dokumenterte anbefalinger for god praksis når det gjelder fysisk tilrettelegging for personer med demens. Resultatet av litteraturstudien til Ådel Bergland og Marit Kirkevold indikerer at dette er et felt det er forsket lite på. Dette bør allikevel ikke bremse planlegging og utvikling av tilrettelagte tilbud til denne pasientgruppen. Det finnes solide anbefalinger å støtte seg til fra utviklingsarbeid på dette feltet både nasjonalt og internasjonalt.

Les artikkelen på side 14





## **Ny mastergrad i klinisk sykepleie**

### **Studieretning:**

**Helsesøster, diabetes eller kardiologi**

Høgskolen i Bergen tilbyr mastergrad i klinisk sykepleie med oppstart i september 2011.

Studiet er normalt et deltidsstudium over seks semestre, deltid, som inkluderer spesialisering innen helsesøster, kardiologisk sykepleie eller diabetessykepleie.

Har du helsesøsterutdanning eller videreutdanning i kardiologisk- eller diabetessykepleie?

Ved det første opptaket av studenter til denne masterutdanningen kan du som allerede har fullført en av disse tre videreutdanningene søke innpass for 60 studiepoeng og fullføre mastergraden på tre semestre.

Søknadsfristen er 15. april 2011.

Orienteringsmøte torsdag 7. april kl. 16:00  
i Møllendalsveien 6, Høgskolen i Bergen.

Mer informasjon på [www.hib.no/studier](http://www.hib.no/studier)  
Kontaktperson: [miv@hib](mailto:miv@hib)

**OPPTAKSKONTORET:**  
Telefon 55 58 75 04  
[opptak@hib.no](mailto:opptak@hib.no)



**HØGSKOLEN I BERGEN**



## SAMMENDRAG

**Studiens bakgrunn:** Artikkelen beskriver en studie der Dementia Care Mapping (DCM) ble brukt som verktøy for utvikling av praksis i demensomsorg i en norsk sykehjemshenhet.

**Hensikt:** Målet med studien var å innhente kunnskap om de ansattes erfaringer med refleksjonsprosesser som ble igangsatt på bakgrunn av DCM og hvilken betydning dette hadde for utvikling av praksis.

**Metode:** Fokusgrupper ble brukt for å samle kvalitative data om hvilke refleksjoner som ble initiert i personalgruppen.

**Resultater:** Personalet rapporterte at tilbakemeldingen basert på DCM-kartleggingen satte i gang refleksjoner over egen praksis og bidro til nye måter å møte pasientene på. Tilbakemeldingen bidro til økt bevisstgjøring, selvrefleksjoner og refleksjoner i fellesskap. De la særlig vekt på at de positive eksemplene

som ble trukket frem i tilbakemeldingen, ga økt oppmerksomhet mot viktigheten av sensitivitet for pasientenes individuelle behov.

**Konklusjon:** DCM kan være en nyttig metode for utvikling av demensomsorg gjennom økt bevisstgjøring og refleksjoner over egen praksis hos personalet. Dette avhenger imidlertid av at det skapes møtesteder der personalet kan reflektere i fellesskap samt av kartleggerens evne til å gi konstruktiv tilbakemelding.

## ENGLISH SUMMARY

### Dementia Care Mapping – a possibility for reflections and development

**Background:** This article describes a study using Dementia Care Mapping (DCM) to develop practice in dementia care in a Norwegian nursing home.

**Objective:** The aim of the study was to collect information on the care staffs' experiences of reflections initiated by DCM and how this influenced their practical work.

**Method:** Qualitative focus group

interviews were used to collect information about the staffs' reflections initiated by the method.

**Results:** The staff reported that the feedback based on DCM helped them to reflect on their own practice and develop new strategies in meeting the patients. The feedback increased their consciousness, self-reflection and reflections in the group. They especially pointed out the positive examples that were described in the feedback session as a useful way to get awareness of the importance of being

sensitive to the patients' needs.

**Conclusion:** DCM may be a useful method in developing dementia care by initiating consciousness and reflections in the nursing staff on their own practice. This depends on the possibility to create meeting points for the staff to cheer reflections and the dementia care mapper's capacity to give constructive feedback.

**Key words:** dementia care mapping, nursing home, reflections on practice, staff training, focus group.

# >> Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling

Forfatter: Anne Marie Mork Rokstad  
og Solfrid Vatne

## NØKKELOORD:

- Demens
- Evaluering
- Sykehjem
- Sykepleie
- Pasient
- Praksisstudie
- Fokusgruppe

## INTRODUKSJON

Artikkelen er basert på en studie der Dementia Care Mapping (DCM) ble introdusert som metode i en sykehjemsenhet med sikte på å utvikle relasjonell kompetanse hos personalet i miljøbehandling til personer med demens.

DCM er et kartleggingsverktøy for evaluering og bevisstgjøring og en strukturert prosess for å utvikle personsentrert demensomsorg (1–3). Metoden innebærer observasjoner av pasientenes atferd og aktiviteter samt grad av velvære og trivsel. Eksempler på positiv og negativ omsorgspraksis identifiseres og beskrives. Observasjonene mel-

des tilbake til personalgruppen og danner grunnlag for individuelle behandlingsplaner og tiltak for gruppen av pasienter. I denne studien ble det foretatt to DCM-kartlegginger med tre måneders mellomrom med påfølgende tilbakemelding og refleksjon i personalgruppen (3). Denne artikkelen fokuserer på ansattes erfaringer med refleksjonsprosesser som ble igangsatt på bakgrunn av DCM og på hvilken betydning dette hadde for utvikling av praksis.

## TEORETISK REFERANSERAMME

I foreliggende forskning på pleie- og omsorg til personer med demens (4) understrekes at pleierens innsikt i muligheter for forbedring danner grunnlag for varig effekt i betydningen av at pleieren behandler pasienten annerledes. Tidligere studier av DCM-metoden brukt i utviklingsprosjekter har vist klare kvalitetsforbedringer (5), høyere grad av trivsel hos pasienter i sykehjem og dagsenter (6) og reduksjon i tilfeller av negativ omsorgspraksis (7). En nyere

randomisert kontrollert studie viser at systematisk bruk av DCM blant annet reduserte forekomst av agitasjon hos pasientene (8). Det er holdpunkter for at DCM kan si noe om kvaliteten på omsorgen og brukes som redskap for praksisforbedring (9). Innvendinger har gått på at metoden er ressurs- og tidkrevende, og studier som utdypet DCMs innvirkning på personalet etterlyses (10). Vi finner lite forskning knyttet til metoder for utvikling av prak-

### Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen er en kvalitativ studie som viser erfaringer ved bruk av systematisk metode for utvikling av praksis i demensomsorgen innhentet i fokusgruppeintervjuer.

### Mer om forfatterne

Anne Marie Mork Rokstad er sykepleier, har master i helse og sosialfag, og er stipendiat ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Solfrid Vatne er sykepleier, PhD og førsteamanuensis, og rektor ved Høgskolen i Molde. Kontakt: anne.marie.rokstad@aldringoghelse.no

siskunnskap i demensomsorgen, som for eksempel er basert på refleksjon over praksis.

Helsefaglig praksis utøves ifølge Nordtvedt og Grimen, i spenningsfeltet mellom sensibilitet og refleksjon. Refleksjon, fordi behandling, rehabilitering og pleie krever fagkunnskap og begrunnelse. Sensibilitet fordi helsefaglig praksis også forutsetter forståelsen av pasientens subjektivitet, det vil si hans eller hennes egenopplevelse av sykdom og helseproblemer (11). Schön (12) vektlegger nødvendigheten av refleksjon-i-handling og refleksjon-over-handling for utvikling av kunnskap i

ner over egen praksis, og fører dette eventuelt til utvikling av praksis?

### DESIGN OG METODE

Studien foregikk i en sykehjemsenhet og har et beskrivende design der fokusgruppeintervjuer ble brukt som metode for datasamling (se figur 1). I forkant av intervjuene ble det med tre måneders mellomrom gjennomført DCM-kartlegginger over to fortløpende dager à seks timer, med påfølgende tilbakemelding til personalet. DCM-prosessen fungerte på denne måten som en intervensjon i studien (3).

- Hvordan kan refleksjon i handling og refleksjon over handling påvirke utviklingen av praksiskunnskap?

Intervjuene ble tatt opp på lyd-bånd og transkribert. I analysen av data fra fokusgruppeintervjuene er det tatt utgangspunkt i Kvaales (13) trinn for analyse av kvalitative intervjuer. Personene beskriver sin livsverden (trinn 1), de oppdaterer selv nye ting (trinn 2) og intervjuer kondenserer og fortolker (trinn 3) gjennom løpende tolkning og oppklarende spørsmål. De tre første trinnene i analysemodellen skjer i selve intervjusituasjonen. I den videre analyseprosessen ble teksten fortolket gjennom strukturering og meningsanalyse (trinn 4). På bakgrunn av forskningsspørsmålet ble teksten fra de transkriberte intervjuene kodet i følgende tema: (a) uttrykk for refleksjon over egen praksis, (b) type refleksjoner med underkodene, bevisstgjøring, selvrefleksjon og refleksjon i fellesskap, (c) refleksjonenes innhold med underkodene, opplevelse av bekreftelse, positiv vinkling og øket trygghet og (d) arenaer for refleksjon. Refleksjoner som kom til uttrykk i første fokusintervju, ble sammenlignet med andre intervjuer. Prosjektbeskrivelsen ble forelagt REK som ga sin tilslutning til at prosjektet

” Hvis vi tas på alvor, tar vi også pasientene på alvor.

handling. Behovet for refleksjon-i-handling dukker opp når velkjente rutiner fører til uventede resultater. Refleksjon-over-handling, innebærer at en i ro og mak i etterkant av man situasjon revurderer hendelser og egne handlinger.

Artikkelen presenterer personalets refleksjoner rundt DCM-prosessen slik de uttrykte det i fokusgruppeintervjuer basert på følgende forskningsspørsmål: På hvilken måte påvirker DCM-prosessen personalets refleksjo-

Utvalget besto av personale som var direkte involvert i prosessen og var sammensatt av en sykepleier og tre hjelpepleiere. En semistrukturert intervjuguide ble brukt. I utforming av spørsmålene tok man utgangspunkt i Schöns teori om refleksjon. Eksempel på spørsmål som ble stilt var:

- I hvilken grad har DCM hatt konsekvenser for måten dere møter pasientene på?
- Hva legger dere i å reflektere over handling?

**FIGUR 1:** Studiens design og metoder

#### Fase I

Intervensjon 14.–16.mars: DCM-kartlegging over 2 dager à 6 timer med påfølgende tilbakemelding til personalet

Fokusgruppeintervju 28. mars



#### Fase II

Intervensjon 5.–8. juni: DCM-kartlegging over 2 dager à 6 timer med påfølgende tilbakemelding til personalet

Fokusgruppeintervju 20. juni

kunne gjennomføres, og studien ble meldt til NSD.

### **FUNN**

Funnene er basert på personalets uttrykk for DCM-metodens innvirkning på deres refleksjoner rundt relasjonen til pasientene i den praktiske utøvelsen av arbeidet. De er strukturert etter kodene utledet i analyseprosessen.

#### **Uttrykk for refleksjon over egen praksis**

Funnene viser at alle hadde tanker om i hvilken grad DCM-prosessen hadde igangsatt refleksjoner hos dem. For eksempel sa alle at prosessen hadde gitt økt bevissthet om egen atferd i møte og samhandling med pasientene. En beskrev det slik: «Det er så greit når du blir bevisstgjort for da kan du prøve å gjøre noe med det».

Det ble gitt uttrykk for ulike syn i personalgruppen i forhold til på hvilken måte DCM-prosessen medvirket til økt selvrefleksjon: «Jeg reflekterer mye for meg selv – det er jeg faktisk ganske avhengig av ... jeg tenker over ting – grunner på ting».

En annen deltaker benyttet også selvrefleksjon, men understreket at refleksjon i fellesskap er viktig for å utvide eget perspektiv: «Jeg har hatt en bevisstgjøring i meg selv, men vi har fått reflektert altfor lite – for meg foregår refleksjon mellom to personer. Man kan selvfølgelig reflektere med seg selv, men jeg synes ikke det blir det samme som å dele med andre for da får man ikke den tilbakemeldingen utenfra som jeg føler jeg må ha for å korrigere meg. Hvis jeg skal korrigere meg selv, da er det ikke sikkert det blir reelt».

Deltakeren setter her ord

på at selvrefleksjon alene kan gi begrenset utbytte i forhold til endring. Videre gir hun et eksempel på en praksissituasjon hvor hun reflekterer på

må også bli bekreftet. Hvis vi tas på alvor, tar vi også pasientene på alvor. Feedback er utrolig viktig for at arbeidet skal være meningsfylt».

### **” Å verdsette pasientene krever at man selv blir verdsatt.**

egen hånd under samhandling med pasienten. Hun føler likevel behov for å dele opplevelsen med andre for å videreutvikle egen praksis.

«På kveldsvakta opplevde pasienten tydeligvis at hun skulle være vertinne, og det var mye forvirring og uro. Da sto jeg midt oppe i det. Hva gjør jeg nå? Jeg måtte ta stilling. Da vinglet jeg hit og dit – det var veldig vanskelig, men jeg vil ikke si at jeg reflekterte – jeg var bare ute etter å finne ut hva som var best der og da. Jeg greide ikke å bestemme meg og samtidig greide jeg ikke å roe henne, så jeg måtte hele tiden ta stilling til hva gjør jeg? Etterpå hadde jeg gjerne ønsket å reflektere med noen, da kunne jeg fått informasjon om hvordan dette virket utenfra – det tenker jeg på som en slags erfaringsutveksling».

Her beskrives en dilemma-situasjon, hvor selvrefleksjon ikke oppfattes som refleksjon, men som «vingling». Det var vanskelig å bestemme seg for hva som ville være best å gjøre. Hun mener refleksjon som en type erfaringsutveksling kunne ha gitt henne viktige innspill i avgjørelsesprosessen.

#### **Refleksjonens innhold**

Flere uttrykte at tilbakemeldingen medførte en refleksjon som bekreftet deres egen oppfatning av praksis: « ... vi er opptatt av å bekrefte pasientene, men vi

Personalet ga altså uttrykk for et behov for å bli sett og anerkjent som utøver av en komplisert praksis. De ønsket også at tilbakemelding på DCM-kartleggingen medførte refleksjoner sammen med kartleggeren. Det at tilbakemeldingen var omfattende, basert på detaljerte observasjoner og kom fra en person utenfor egen institusjon, ble vektlagt som viktig med hensyn til opplevelse av anerkjennelse og bekreftelse. Det å verdsette pasientene krever at man selv blir verdsatt.

Videre trakk personalet frem nytten og opplevelsen av positiv vinkling på tilbakemeldingene. «På meg virker den positive tilbakemeldingen slik at jeg kanskje går litt i meg selv og bekrefter det på en måte. Jeg kan jo føle meg usikker på måten jeg går frem på og da tenker jeg på hva som ble sagt og da føler meg tryggere».

Flere ga uttrykk for at de var usikre på egne valg. Positive tilbakemeldinger førte til at man gikk i seg selv og bekreftet seg selv. Dette ga økt trygghet for senere valg og prioriteringer. En av deltakerne fremhevet at økt trygghet i personalgruppen kom pasientene til gode: «Det blir jo bedre for pasientene når vi blir tryggere. Når vi blir mer sikre på at det er riktig det vi gjør, så blir det jo bedre for dem».

En annen ga et eksempel på hvordan DCM-prosessen hadde

ført til at hun følte seg sikrere på hvordan hun skulle prioritere bruk av egen tid på bakgrunn av økt bevissthet om å tone seg inn på pasientens tempo og rytme: «Jeg er blitt mer bevisst på rytmen til pasienten, og at hvis jeg skal oppnå noe så må jeg følge den. Jeg kan ikke forvente at pasienten skal følge meg. Jeg har jo tenkt på det før også, men har blitt mye mer bevisst det nå, og jeg tar meg mer tid til det».

Her gis det uttrykk for at det har skjedd en bevisstgjøring i forhold til samhandlingen med pasientene, noe som innebar økt sensibilitet i situasjonen. Pleieren hadde også tidligere reflektert over dette, men fikk nå et mer aktivt forhold til innstilling og forsøkte å endre egen atferd i møtet med pasienter.

### Arenaer for refleksjon

Personalet kom gjentatte ganger inn på behovet for å avsette tid til å dele tilbakemeldingene og reflektere i fellesskap. Gjennom fellesmøter kunne man oppnå en felles forståelse av hvordan bruke informasjonen i det videre arbeidet. Prioritering av tilstedeværelse med pasientene var bakgrunnen for at hele personalgruppen bare kunne samles en gang hver sjetten uke. Dette førte til at ansatte som

Ansatte følte ansvar for å viderefremme kunnskapen de hadde utviklet, men syntes dette var vanskelig fordi de manglet et system for dette. Informantene uttrykte at dersom man skal vektlegge praksisutvikling, er det viktig at alle ansatte deltar for å oppnå den samme innsikten.

### DISKUSJON

Studien viser at DCM-kartleggingene satte i gang både spontane og systematiske refleksjoner i personalgruppen. Deltakerne beskrev en prosess med økt bevisstgjøring, som igjen dannet grunnlag for diskusjoner dem imellom. Det dreide seg om at forhold ved egen praksis ble gjenstand for felles refleksjon. De beskrev hvordan de brukte refleksjonen direkte i vurderingen av egne og andres samhandling med pasientene. Dette skapte trygghet i egen praksis, men også endring. Behovet for mer avsatt tid til felles refleksjon ble imidlertid sterkt understreket. Med utgangspunkt i data fra intervjuene, vil vi drøfte noen sentrale funn fra studien.

### Økt refleksjon og sensibilitet

For deltakere i denne studien førte tilbakemeldingen etter DCM-kartleggingen blant annet til at de gikk i seg selv og

illustrerer hvordan helsefagutøveren både må ha evnen til sensibilitet og refleksjon i utøvelsen av faget (11). Hun var blitt bevisst på pasientens tempo og rytme gjennom refleksjon, men i den enkelte samhandlings-situasjon måtte hun bruke sin sensibilitet for nettopp å fange opp pasientens subjektive situasjon. Hun beskrev en endring i egen bevissthet i forhold til måten hun møtte pasientene og deres behov på. DCM-prosessen hadde gitt henne trygghet gjennom at eksempler på positiv omsorgspraksis ble løftet frem i tilbakemeldingen. Sensibilitet for pasientens behov i samhandlingen, ble gjort tilgjengelig for refleksjon og felles erfaringsgrunnlag for personalgruppen.

### Selvrefleksjon styrkes ved samrefleksjon

Personalgruppen hadde i utgangspunktet ulike syn på hvorvidt refleksjon var avhengig av at erfaringer ble delt i etterkant av en situasjon, eller om refleksjon kunne foregå i en selv under samhandling med pasient. Dette beskriver Schön (12) refleksjon-over-handling og refleksjon-i-handling.

Noen av informantene beskriver at de aktivt reflekterte over egne handlingsvalg og begrunnelse for disse valgene. Behovet for refleksjon i etterkant av en situasjon med innspill fra andre ble likevel fremhevet. En annen forteller om en samhandlingssituasjon med utprøving av nye tilnærminger underveis, som en refleksjon preget av vinging i et forsøk på nødvendig tilpasning og utprøving av alternativer i situasjonen. Erfaringsutveksling kunne ha bekreftet hva som var god handling.

Både Molander (14) og

” Det blir jo bedre for pasientene når vi blir tryggere.

ikke var direkte med i DCM-prosessen, ble lite involvert i prosessen: «Det å finne tid til å snakke om det for hele personalet tror jeg hadde vært litt viktig – det kan bli større forståelse da. De andre er for lite involvert rett og slett.»

bekreftet overfor seg selv at de hadde valgt en tilnærming som ga et positivt utbytte for pasienten. Dette skapte økt sensibilitet i den videre samhandling med pasientene. Eksempelet fra personalet som beskrev behovet for å tilpasse seg pasientens tempo,



Habermas (15) er kritiske til Schöns teori om refleksjon-i-handling. Molander mener refleksjon over handling må skje ved at man tar et skritt tilbake og tenker over hva man gjør for å få nødvendig perspektiv og overblikk. Habermas understreker behovet for å reflektere over ulike handlingsalternativer i diskurs med andre for å løserive seg fra vaner og oppfatninger man tar for gitt. Han mener dialog med seg selv har begrenset verdi med hensyn til å endre perspektiv og praksis. Refleksjon synes å kreve tid, rom og distanse til situasjonen (16). Deltakerne i denne studien bekreftet dette. De ga uttrykk for at systematiske observasjoner og tilbakemelding fra en utenforstående, med mulighet til felles diskusjon i etterkant, hadde initiert andre innfallsvinkler og medført endringer i praksis.

#### «Nye øyne» som ser

For å oppleve mestring er vi avhengige av bekreftelse fra våre omgivelser. Konkret tilbakemelding på utøvelse av praksis er sjelden satt i system i demensomsorgen, til tross for at viktigheten av dette fremheves. Informantene i denne studien bekrefter at det er viktig med positiv bekreftelse gitt av personer utenfor avdelingen. Kitwood (17) la opp til at positive hendelser og tendenser i samhandling mellom pasient og personale skulle vektlegges og forsterkes i DCM-prosessen. En tilbakemelding med direkte respons på egen praksis ble høyt verdsatt av deltakerne som ga uttrykk for å være svært åpne og takknemlige for tilbakemeldingen. Det er ikke alltid tilfelle. Ifølge Müller-Hergl (18) eksisterer det i de fleste institusjoner en mot-

stand mot tilbakemelding og den læring dette innebærer, som er sterkere enn viljen og evnen til endring. DCM-kartleggeren må derfor balansere sin rolle ved å utfordre personalgruppen, men samtidig forstå begrensningene som ligger i institusjonens rammebetingelser. Denne rollen

som demensomsorg er sammenfatt. DCM vil ikke alene være svaret på denne utfordringen. Kjennskap til og aksept av metodens verdigrunnlag om personsentrert omsorg er trolig en forutsetning for positiv utvikling av praksis. Personalgruppen i denne studien under-

” Refleksjon synes å kreve tid, rom og distanse til situasjonen.

krever i mindre grad vektlegging av visjoner og ideologier, men derimot evne til sammen med personalgruppen å utvikle demensomsorgen skritt for skritt basert på refleksjon og ønske om utvikling.

#### Forutsetninger for positiv utvikling

I tillegg til observasjoner og tilbakemeldinger om positive hendelser, krever DCM-metoden at observerte episoder av destruktiv samhandling beskrives. På denne institusjonen ble ikke slike negative hendelser observert. Om så var tilfelle, ville utfordringen til DCM-kartleggeren være å presentere disse hendelsene på en måte som medvirket til positiv utvikling i

streket samlet at DCM hadde gitt økt trygghet i deres praksisutøvelse.

For at DCM-metoden og dens verdigrunnlag skal bli en implementert del av en avdelings utviklingsarbeid, kreves strukturelle tilpasninger. På den måten blir den kunnskap og de erfaringer som utvikles gjort felles for hele personalgruppen. Man må sette av tid for felles refleksjon, og DCM-kartleggingen må gjentas regelmessig minimum en gang i året, slik at metoden kan bli en motor i et varig utviklingsarbeid. Kunnskap formidlet som undervisning, gir et utgangspunkt, men må videreføres for å bli en del av den utøvende praksis. Utfordringen er å omdanne

” God praksisutøvelse forutsetter evne til selvrefleksjon hos personale.

miljøet. Dette måtte skje uten at noen følte seg uthengt og stemplet som dårlige omsorgsgivere. Vi er imidlertid usikre på om DCM ville ha samme potensial for positiv utvikling i et pleiemiljø der destruktiv samhandling forekommer hyppig. Forutsetningene for positiv utvikling i en kompleks praksis

faktakunnskap om eksempelvis demens, kommunikasjon og miljøbehandling til anvendt kunnskap i praksis, ikke bare for den enkelte, men for hele personalgruppen. I DCM-metoden gjør man et seriøst forsøk på å beskrive pasientenes situasjon ved kartlegging. Denne studien viser at dette kan bidra til

videreutvikling av kunnskapsbasert praksis. Forutsetningen for at det skal skje er imidlertid, som informanter understreker, at det gis mulighet for diskusjon og refleksjon.

## KONKLUSJON

God praksisutøvelse forutsetter evne til selvrefleksjon hos personalet i form av bevissthet om egne tanker og følelser. I

intervjuene uttrykker personalet gjentatte ganger at DCM-prosessen har økt deres bevissthet, og at dette igjen har endret deres tilnærming til pasientgruppen. Refleksjon starter når tanken når bevisstheten. Bevisstgjøring er således en forutsetning for refleksjon, både over egen atferd i praksis, og for felles refleksjon i personalgruppen. Verbalisering av erfaringskun-

skap synes å være en forutsetning for endring av vaner og utvikling av praksis. DCM-metoden med kartleggers tilbakemelding kan bidra til dette, forutsatt at det legges til rette for felles møteplasser for personalet. Det er videre behov for større kontrollerte studier med bredere datasamling knyttet til effekt av DCM-prosessen både for pasientene og personalet.

## REFERANSER

- Kitwood T, Bredin K.** Charting the course of Quality care. *Journal of Dementia Care* 1994;2:22-23
- Brooker D, Surr C.** Dementia Care Mapping: Principper og Praksis. University of Bradford & Daniae. 2007
- Rokstad AMM, Vatne S.** Dementia Care Mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2009; 2:46-61
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).** Demenssykdommer. En systematisk litteraturoversikt. Norsk utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse 2006
- Brooker D, Foster N, Banner A, Payne M, Jackson L.** The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging and Mental Health* 1998; 2:60-70
- Barnett E.** A window of insight into quality of care. *Journal of Dementia Care* 1995;3:23-26
- Lintern T, Woods R, Phair L.** Training is not enough to change care practice. *Journal of Dementia Care* 2000;8:15-17
- Chenoweth L, King MT, Jeon Y-H, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, Haas M, Luscombe G.** Caring for Aged dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurology* 2009;8:317-25
- Brooker D.** Dementia Care Mapping: A review of the Research Literature. *The Gerontologist* 2005;45:11-18
- Beavis D, Simpson S, Graham I.** A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002;9:725-36
- Nordtvedt P, Grimen H.** Sensibilitet og refleksjon. *Filosofi og vitenskaps-teori for helsefag.* Oslo: Gyldendal Akademisk 2004
- Schön DA.** Educating the Reflective Practitioner. San Francisco: Jossey Bass. A. Wiley Imprint 1987
- Kvale S.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1997
- Molander B.** Kunnskap i handling. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB 1996
- Habermas J.** The theory of communicative action: reason and the realization of society [T McCarthy, Trans. Vol. 1]. Boston: Beacon Press 1984
- Vatne S.** Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost. Universitetet i Oslo 2003
- Kitwood T.** En revurdering af demens – personen kommer i første række. Frederikshavn: Dafolo Forlag 1999
- Müller-Hergl C.** The role of the «trusted stranger» in DCM feedback. *Journal of Dementia Care.* 2004; March/April:18-19

# Gir personsentrert demensomsorg

› Dementia Care Mapping hjelper helsepersonell til å se mennesket bak demenssykdommen.



## Av Geir-Tore Stensvik

Sykepleier med master i helse og sosialfag og prosjektleder, Søbstad helsehus Utviklingssenter for sykehjem Sør-Trøndelag

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen «Dementia Care Mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling» beskriver hvordan ansatte i et sykehjem fikk styrket refleksjonsevne i forhold til egen omsorgspraksis etter en gjennomgang av en DCM-kartlegging. Det blir også fremhevet at evnen til refleksjon blir styrket gjennom refleksjon i grupper.

Sykepleiere på sykehjem arbeider med en sårbar gruppe pasienter der mange har nedsatt kognitiv funksjon på grunn av demens. Personer med demens kan ha vansker med å uttrykke sine behov. Dette stiller store krav til den enkelte yrkesutøver i forhold til å møte og se sykehjemspasientens individuelle behov.

Personsentrert omsorg er et begrep som handler både om et pasientsyn og helsepersonellens holdninger til personer med demens. Det innebærer at man skal forsøke å se personen bak demenssykdommen og at man i

mindre grad har fokus på selve sykdommen og dens atferds-karakteristikk. Bakgrunnen for T. Kitwoods arbeid med personsentrert omsorg og DCM var behovet for å utvikle en ny pleiekultur i demensomsorgen. Han mener at synet på pasienten må endres fra et ensidig fokus på pasientens svikt til å vektlegge pasientens muligheter og opplevelser. Til tross for at det å leve med en demenssykdom innebærer endret funksjonsnivå på grunn av nevrobiologiske endringer, hevder Kitwood at tilstanden også er preget av personlighet, livserfaringer, helse og sosialpsykologiske faktorer.

Ut ifra min erfaring med implementering av pasientrettighetsloven kapittel 4A i sykehjem, mener jeg at DCM kan være et nyttig verktøy for å utvikle en personsentrert demensomsorg og styrke pasientrettighetene. Det nye lovkapittelet fokuserer på personsentrert omsorg ved å vektlegge at helsepersonell

skal ivareta pasientens trygghet, verdighet og integritet. Lovforarbeidene antyder at man skal vektlegge prosessen bak tiltak rettet mot pasienter som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Slike tiltak forutsetter systematisk kartlegging av omsorgspraksis og kunnskap om miljøbehandling. I tillegg kreves det at helsepersonell reflekterer over eget handlingsmønster i møte med pasienten.

Jeg mener at en kvalitetsforbedring av demensomsorgen forutsetter at personer som arbeider med ledelse og fagutvikling tar grep for å sette et fokus på personsentrert omsorg gjennom for eksempel DCM-kartlegging. Alle ansatte bør involveres og det må settes av tid til undervisning, felles refleksjon og arbeid må ha et langsiktig perspektiv.

Les artikkelen på side 28





Foto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Studiens bakgrunn:** Myndighetene oppfordrer til forskning, fagutvikling og veiledning vedrørende miljøbehandling i demensomsorgen. Det finnes cirka 66.000 personer med demens i Norge i dag og tallet er økende. Symtomer av atferdsmessige karakter er vanlig og kan ofte resultere i utfordrende atferd. Denne atferden kan føre til vanskelige situasjoner mellom pleier og pasient.

**Hensikt:** Studien undersøkte hvilken betydning Marte meo-veiledning (MM) har hatt for personalets opplevelse av mestring i vanske-

lige stellesituasjoner og hvordan personalet har vurdert verdien av metoden.

**Metode:** Det er benyttet et kvalitativt design med fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode.

**Resultater:** Resultatene av studien viser at MM kan ha positiv innvirkning på personalets mestringfølelse. Alle informantene opplevde at metoden kunne redusere opplevelsen av stress i vanskelige stellesituasjoner. Å se seg selv på film, sammen med kolleger, og få positive

tilbakemeldinger økte tryggheten og samarbeidet blant personalet. Filmveiledningen opplevdes som et tydelig og sterkt medium som førte til økt refleksjon og bevisstgjøring av personalet. Imidlertid ser vi at MM kan ha ulik betydning for ulike arbeidssteder.

**Konklusjon:** Hvert arbeidssted bør vurdere sitt eget behov for veiledning og kompetanseoppbygging for å kunne tilpasse metoder og tilnærminger. MM kan være en nyttig metode ved særskilte samspillsutfordringer.

## ENGLISH SUMMARY

### How the Marte-meo method affects the personnels' perception of coping in dementia care

**Background:** The Government encourages research, development and guidance concerning environmental therapy within dementia care. There are approximately 66,000 people in Norway who suffer from dementia and the numbers are increasing. Behavioural symptoms of psychological and psychiatric character are common and might result in challenging conduct which may create difficult situations between caregiver and patient.

**Objectives:** The aim of this article

was to study of the influence of the Marte-meo method (MM) on the caregivers' perception of coping in difficult situations and how the caregivers have assessed the significance of the method.

**Methods:** A qualitative design is used with focus group interviews for data gathering.

**Results:** The results show that MM might have a positive influence on the caregivers' perceived coping methods. All informants experienced reduced stress in difficult situations. A positive retrospective video-based assessment from actual situations enhanced

the collegiate collaboration and the feeling of security. MM was generally accepted as positive by the caregivers and as a powerful method for increased consciousness and reflection.

**Conclusions:** MM might have a varying influence on different workplaces. Each workplace should assess its own requirement for guidance and needed competence in order to adapt both methods and approaches. MM might be advantageous if used on special challenges regarding interaction.

**Key words:** Focus group, coping, supervision, dementia

# » Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen?

Forfattere: **Anette Hansen**  
og **Siri Ytrehus**

## NØKKELORD

- Fokusgrupper
- Mestring
- Veiledning
- Demens

## BAKGRUNN

I Norge finnes det cirka 66.000 personer med demens og tallet er sterkt økende (1). Myndighetene oppfordrer til forskning og fagutvikling innenfor demensområdet. Viktigheten av kompetanseheving og veiledning av personalet vektlegges (1). Atferdsmessige symptomer er så vanlig at det må anses som en del av demenssyndromet (2,3). I tillegg til psykososiale forhold kan blant annet miljø påvirke utfordrende atferd. At pasienten ikke forstår situasjonen, blir engstelig eller ikke klarer å kommunisere sine tanker og behov er noen av årsakene som kan føre til både verbal- og fysisk utagering (6).

Det kan oppstå vanskelige stellesituasjoner med utfordrende atferd i samhandlingen mellom pleier og pasient.

Disse situasjonene kan oppfattes svært krevende for begge parter (2,4,5). Å jobbe innen demensomsorgen kan være belastende, spesielt med hensyn til situasjoner ansatte opplever ikke å mestre. Personalet reagerer både følelsesmessig og atferdsmessig ulikt og takler derfor ulike hendelser forskjellig (6). Det blir viktig å ivareta personalet og sørge for at de har tilstrekkelig kunnskap om og forståelse for pasientens behov (6). I demensomsorgen brukes i dag ulike metoder for observasjon og veiledning blant annet Dementia Care Mapping (DMC) (7,8) og Marte meo-veiledning (MM) (6,9).

## MESTRING OG VEILEDNING

Mestringsbegrepet benyttes innen ulike disipliner og er et omfattende og mangfoldig begrep, som kan defineres på mange ulike måter. Lazarus og Folkman (10) legger vekt på en prosessorientert definisjon av mestring og de gjør et skille mellom selve handlingen og konsekvenser av denne.

Mestring defineres ifølge Lazarus og Folkman som: «Dynamisk endring av kognitive prosesser og oppførsel for

å møte eksterne krav og/eller nå personlige målsettinger som vurderes av den enkelte som belastende eller vanskelig» (fritt oversatt etter 10, s. 141).

Denne definisjonen gir en god basis for forståelse av mestring. Definisjonen henspiller på hva individer gjør og tenker og ikke hva individet er. Det er denne mestringsforståelsen som ligger til grunn for studien denne artikkelen bygger på.

Innen mestringsteori er egne forventninger til mestring sentralt. Det er vanlig å hevde at redsel og usikkerhet får innvirkning på mestring. Mestringsfor-

### Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at Marte meo-metoden kan bidra til at helsepersonell som jobber med personer med demens opplever mindre stress i vanskelig stellesituasjoner, samt økt trygghet og evne til samarbeid.

### Mer om forfatterne:

Anette Hansen er spesialsykepleier i aldring, eldreomsorg og demens, med master i klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud, avd. for Helsefag. Siri Ytrehus er professor ved Høgskolen i Buskerud, avd. for Helsefag Kontakt: anette.hansen@notteroy.kommune.no

ventning (self-efficacy) påvirker tanker, motivasjon og strategier og er viktige faktorer som forklarer hvor mye kraft individer bruker på ulike aktiviteter og gjøremål (11). Mestringsteorier har blant annet vært opptatt av hvordan styrke mestring for å unngå «utbrenthet» og «stress» hos helsepersonell. Usikkerhet og redsel kan påvirke evnen til å mobilisere og anvende ressurser, føre til stress og utbrenthet og dermed bli utslagsgivende for mestring (10).

Både faktorer ved individet, omgivelsene og samspillet mellom disse kan påvirke individets forventninger og opplevelsen av mestring. Individer må ha tro på og forventninger til egen mestring og denne troen kan påvirkes av andres støtte og involvering (11).

Teorier om veiledning legger nettopp vekt på at det er mulig å påvirke opplevelse av mestring (12). Begrepet veiledning brukes i mange ulike sammenhenger og er ikke entydig definert (13). En definisjon er: «Veiledning er en systematisk faglig og personlig læringsprosess hvor kunnskap, erfaring, visdom og klokhet er hjelpemidler til reflektert erkjennelse» (14, s. 22).

Innen demensforskningen relateres tidspress og håndtering av voldelige pasienter til mestring og opplevelse av stress (15). En studie som undersøkte personalets håndtering av atferdsymptomer hos personer med demens, viste at utdanning og veiledning ikke hadde innvirkning på personalets utbrenthetsnivå, men at de ansattes holdninger til å jobbe med personer med demens ble endret (16). Andre studier viser at sykepleiefaglig veiledning øker opplevelse av mestring (17,18). Systematisk klinisk veiledning

kombinert med individuell pasientomsorg kan minske personalets utbrenthet og belastning i tillegg til at jobbtilfredsheten kan øke (19).

Teorier om mestring skiller mellom opplevd mestring, forventet mestring og faktisk mestring. Faktisk eller reell mestring kan observeres av andre, mens opplevd mestring henspiller på personens egne vurderinger og opplevelser. Denne studien har fokus på opplevd mestring.

### Marte meo-veiledning

MM er en veiledningsmetode med fokus på samspill mellom personer. Metoden blir brukt innenfor en rekke felt, både nasjonalt og internasjonalt (20). Veiledningsmetoden har sitt utspring fra Maria Aarts som introduserte metoden for å studere samspill mellom foreldre og barn (20). MM stammer fra det latinske «mars martis» som oversettes med «av egen kraft». Det sentrale fokus er å oppmuntre mennesker til ved egen kraft å fremme og stimulere utviklingsprosesser. Synet som ligger til grunn for metoden er at alle mennesker har potensial til å inngå i et samspill. Vi innehar flere ressurser enn hva vår umiddelbare bevissthet frembringer. Ved å bli bevisstgjort disse ressursene kan man ta de i bruk og utvikle de. Denne «oppdagelsen» foregår i samspill med andre (21).

MM bygger på videoopptak fra samhandlingssituasjoner mellom pasient og pleier. Veileder analyserer filmen og gir veiledning på utvalgte filmsekvenser. Den ansatte som ble filmet får sammen med personalgruppen tilbakemelding om sine evner til å skape kontakt og være i dialog. Veileder ser etter samhandlingsfaktorer som er

utviklingsstøttende, det er det positive i samspillet som vektlegges. Det den enkelte har av kunnskap og forståelse utvikles for enda bedre å kunne øke det positive i samspillet (29). Det personalet ikke mestrer er ikke i fokus (22). Veileder og personalet skal se etter ressurser både hos personalet og pasienten. Når MM de senere år har blitt en veiledningsform innen demensomsorgen har fokuset blitt rettet mot «funksjonsstøttende prosesser» (21).

Metoden har ingen spesiell teoretisk forankring. Aarts vektla ikke dette (20). Idealet var at metoden skulle være enkel og tilgjengelig for alle (21). Enkelte fagpersoner har i ettertid gitt metoden en teoretisk referanseramme, i tråd med praksis og erfaring hentet fra blant annet spedbarnsforskning (23).

Bakgrunnen for at veiledningen ble igangsatt ved de avdelingene som denne studien omhandler, var at personalet opplevde det som vanskelig å hjelpe enkelte av pasientene med blant annet personlig hygiene. Det var prøvd ulike tiltak og pleierne måtte ofte være to for å få stelt enkelte pasienter. Personalet opplevde stellesituasjonen som vanskelig både for pasienten og dem selv. Veiledningen ble gjennomført to ganger, med ekstern MM-veileder (terapeut). Veileder filmet en pleier i morgenstellet, analyserte filmen, plukket ut filmsekvenser og veiledet personalgruppen på bakgrunn av dette.

Hensikten med denne artikkelen er å formidle hvilken betydning deltakelse i MM har for personalets opplevelse av mestring i vanskelige stellesituasjoner. Artikkelen baserer seg på intervjuer med persona-

let som arbeider på avdelinger hvor MM har vært gjennomført. Artikkelen vil belyse følgende problemstillinger: Hvordan opplever deltakere verdien av MM med tanke på gjennomføring av vanskelige stellsituasjoner? Og hvordan opplever deltakerne at MM har betydning for mestring i disse situasjonene?

## METODE

### Datainnsamling

Fokusgruppeintervju ble benyttet som datainnsamlingsmetode. I fokusgruppene fremkommer dataene i gruppediskusjon hvor deltakerne diskuterer og reflekterer sammen (25,26,27). Med tanke på å skulle studere de ansattes erfaringer og vurderinger av MM er det rimelig å anta at fokusgruppens dynamikk og interaksjon i større grad enn individuelle intervjuer er formålstjenlig. Metoden er særlig egnet til å skape diskusjon i gruppe og få frem synspunkter og vurderinger som ikke ville ha fremkommet ved individuelle intervjuer (25,26). Anette Hansen gjennomførte intervjuene.

Fokusgruppeintervjuene var delvis strukturerte. Intervjuguide med «åpne» spørsmål ble benyttet. I intervjuet ble det blant annet stilt spørsmål om gjennomføringen av MM, vurdering av veiledningen i forhold til vanskelige stellsituasjoner, opplevelsen av mestring og stress og vurdering av MM opp mot annen veiledning. Det ble avholdt et fokusgruppeintervju på halvannen time ved hvert av de to sykehjemmene. Intervjuene foregikk cirka et år etter at veiledningen var gjennomført. Artikkelforfatterne har selv ingen erfaring med bruk av MM.

### Utvalg

Invitasjon til deltakelse i fokus-

gruppene gikk til personale på to sykehjem som hadde gjennomført MM. Sykehjemmene var beliggende i to ulike kommuner. Forskerne ønsket fem deltakere fra hvert sykehjem. Det var flere som meldte interesse og de fem første fra hvert sykehjem ble inkludert. Fra det ene sykehjemmet deltok informanter som jobbet på en avdeling med 20 pasienter. Dette var en «blandingsavdeling», med eldre som hadde somatiske sykdommer, psykiatrisk lidelse eller demens. Fra det andre sykehjemmet deltok fire informanter fra to skjermede enheter (SE) bestående av til sammen 15 personer med demens. (SE skal ha et lite, oversiktlig fysisk miljø, få beboere og et stabilt personale med nødvendig kompetanse) (1). Alle

viste seg at gruppene i realiteten også ble fagspesifikke.

### Analyse

Intervjuene ble tatt opp på bånd og ordrett transkribert. Systematisk tekstkondensering ble anvendt i analysen (28,24). Gjennomlesing av det transkriberte materialet identifiserte en rekke temaer. Meningsbærende enheter (tekstbiter som var sentrale elementer fra temaene som utpekte seg) ble kategorisert og innholdet kondensert til kortere og konsise formuleringer. Disse meningsbærende enhetene ble skrevet ned i en matrise inndelt i 16 kategorier. Etter videre gjennomarbeid ble noen kategorier som omhandlet ulike sider av samme tema slått sammen, eksempelvis ble «grunn til del-



Ekstra utfordrende for ansatte kan det være når reaksjonene fra pasienten er negative eller voldsomme.

deltakerne herfra var sykepleiere og hadde tidligere gjennomgått ulike veilednings- og kompetansehevende tiltak i tillegg til MM.

Fra «blandingsavdelingen» besto informantene av hjelpepleiere. Hos hjelpepleierne var det stort sprik i hva den enkelte hadde fått av informasjon om metoden og mulighet for deltakelse. Hjelpepleierne hadde ikke deltatt på annen veiledning enn MM.

Informantene var fra tjue til seksti år. Noen var nyutdannet og nyansatt mens andre hadde mange års erfaring fra demensomsorgen. Sykepleierne hadde gjennomført noe mer MM enn hjelpepleierne. I utgangspunktet skulle fokusgruppene være arbeidsstedsrelaterte og ikke fagspesifikke. Det

takelse» og «informasjon» slått sammen. Dette ga en matrise med ti temaer som igjen la grunnlaget for det som til slutt ga tre hovedkategorier: «Filmveiledningen – ga ny forståelse av vanskelige stellsituasjoner», «økt samarbeid og trygghet blant personalet» og «innvirkning på stress» (28).

Under hele prosessen ble de opprinnelige intervjuene trukket frem for å ivareta helheten. Målet var ikke å teste forhåndsantakelser, men å ta utgangspunkt i teksten og så analysere stegvis fram ny forståelse, både basert på den helhetlige analysen og de meningsbærende enhetene.

### Etiske hensyn

Studien ble meldt til Norsk sam-

funnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Rekrutteringen foregikk via avdelingslederne. Informantene hadde på forhånd mottatt informasjonsskriv med beskrivelse av studien. Informantene fikk informasjon om at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg, uten å oppgi grunn. Dataene ble anonymisert og behandlet konfidensielt.

## RESULTAT

### Filmveiledningen

Felles for alle informantene var at de mente filmveiledningen hadde medført styrket oppmerksomhet i forhold til egen rolle i samhandling med pasienten. Ved å se filmen opplevde de å stå utenfor og se samhandlingen med andre øyne. Det gjorde at de så signaler, både fra pasienten og seg selv, som de ikke hadde registrert i selve situasjonen. Etter deltakelsen opplevde de at de evnet å se hva som kunne ha foranlediget pasientens reaksjoner. De fikk en bedre forståelse av pasientens reaksjonsmønster og dette førte til at informantene opplevde en positiv mestring. En fortalte at hun ofte tidligere opplevde at pasientens utagering kom som lyn fra klar himmel, men at filmen viste at det kunne være faktorer i situasjonen som hadde ført til atferden. Flere mente de så tydeligere at det ikke var dem personlig pasienten ønsket å «ta». En annen av deltakerne sa at hun ofte var engstelig og derfor ikke oppfattet situasjonen, men at filmen hjalp henne å «se» situasjonen. Hun fikk et bedre overblikk.

Det at filmen ga et blikk utenifra, som økte oppmerksomheten på signaler fra pasienten, mente de bidro til at de fikk et mer realistisk forhold til mulig-

hetene. Veiledningen kunne derfor bidra til endring i oppfatning om hva som var en vellykket samhandling med pasientene og andre kriteriene for vurdering av egen mestring. For flere hadde veiledningen bidratt til at de nå la vekt på selve samspillet med pasienten når de skulle vurdere egen innsats, og ikke bare tilbakemeldinger fra pasientene. Et godt samspill ga positiv mestringsfølelse. Særlig ga det å kunne «stå i situasjonene» uten å øke pasientens motstand en positiv følelse. Dette gjaldt imidlertid ikke alle. Enkelte mente at pasienten måtte vise en eller annen form for tilfredshet (smil, skryt til personalet eller lignende) for at de skulle oppleve positiv mestring.

Flere av sykepleierne mente filmen ga noe utover tidligere veiledning. Filmene var et tydeligere og sterkere virkemiddel. Det var særlig den økte bevisstheten på situasjonen og på foranledninger for uheldige reaksjoner hos pasientene som metoden bidro til oppmerksomhet rundt. Enkelte mente denne metoden nettopp derfor førte til mindre bruk av tvang.

### Økt samarbeid

Veiledningen førte også til økt trygghet og fellesskapsfølelse blant personalet. Flere mente at det visuelle aspektet og blikket utenifra, bidro til økt fellesskapsfølelse og refleksjon de ansatte imellom, også etter endt veiledning. Deltakerne var sammen om å se filmen og denne felles erfaringen tok de med seg videre. En av deltakerne forklarte: «Når man har sett det på film har man filmen inne i seg og spiller den av på ny». Støtten og samhandlingen økte mellom personalet og resulterte i mer bevisst nytte av å dele erfaringer.

En av informantene sa det slik: «MM fører til at vi lærer noe av hverandre under veiledningen og henter ideer. Vi står mer sammen».

En medvirkende årsak til fellesskapsfølelsen så ut til å være måten tilbakemeldingene ble gitt på. Informantene fortalte at før de deltok opplevde de det å skulle bli filmet som skremmende. I utgangspunktet ønsket ingen å bli filmet i vanskelige stellesituasjoner, selv om de følte stort behov for veiledning på dette området. Denne holdningen endret seg og etter hvert opplevde de filmingen som uproblematisk. Det var vesentlig at veileder vektla det positive i samhandlingen. De ga uttrykk for at de opplevde positiv mestring når de fikk «ros». De tape ikke ansikt overfor kollegene, fordi negative tilbakemeldinger ikke var i fokus. At veileder vektla det positive førte til trygghet i personalgruppa.

### Innvirkning på stress

Flere informanter formidlet at veiledningen kunne bidra til økt bevissthet over egen atferd i situasjonen. Dette førte til at de klarte å møte pasienten på en roligere og mer gjennomtenkt måte. De opplevde at deres ro smittet over på pasienten og pasienten ble roligere i situasjonen. Flere opplevde redusert stress ved at de følte positiv mestring i samhandlingen. De følte egen innsats som mer vellykket, de fikk til mer. Dette var felles for begge gruppene. En av informantene uttrykte: «Hvis ikke veiledningen hjalp konkret i situasjonen tok jeg det med meg og reflekterte over situasjonen for å finne løsninger og andre tilnæringsmåter, det hadde jeg ikke gjort før, da hadde jeg bare gått på».



Sykepleierne hadde før deltakelsen i MM lagt stor vekt på opplæring og annen veiledning. De opplevde i tillegg mindre tidspress i hverdagen enn hjelpepleierne. Sykepleierne mente MM bidro til positiv mestringsfølelse og dermed redusert stress i vanskelige stellesituasjoner. De opplevde at MM hadde positiv innvirkning på stress i seg selv, men flere poengterte betydningen av å kombinere den med økt fagkunnskap.

Hjelpepleierne mente at knapphet på tid var den største stressfaktoren. Når de deltok på MM hadde de opplevd økt positiv mestring. Noen mente at veiledningen kunne redusere opplevelsen av stress som hadde med tidspress å gjøre fordi den viste dem alternative måter å møte pasienten på. Dermed ble tid frigjort. Andre av hjelpepleierne mente at det var nødvendig med flere ansatte når MM skulle brukes. De var tvilende til om MM kunne være stressreducerende hva tidspress angikk. «Det hadde vært en drømmesituasjon hvis alle kunne jobbet etter denne metoden hele tiden. Men det har vi jo ikke tid og ressurser til, det er jo det som stopper det».

## DISKUSJON

Deltakerne mente filmingen økte oppmerksomheten på signaler fra pasientene og deres egen fremtoning overfor pasienten. Flere av deltakerne sa de følte de kunne stå utenfor situasjonen og se med andre øyne hva som skjedde i stellesituasjonen. De beskrev denne opplevelsen som et «utenifrablikk». De opplevde at denne økte bevisstheten førte til positiv mestrings- og fellesskapsfølelse. Økt bevissthet og «utenifrablikket» i forhold til situasjonen, beskrives også i

en studie av MM's innvirkning på samspill mellom pasient og pleier (29). En annen studie av MM og mor- barn-samspill (30) peker også i retning av at utenifrablikket skaper positiv mestring ved å gi ny forståelse og bevissthet omkring samhandlingen. Det må bemerkes at vi ikke nødvendigvis kan sette likhetstegn mellom veiledning gitt av MM-terapeut til barns foreldre og MM-terapeutens veiled-



Veileder skal framheve de positive samhandlingssituasjonene og gi positive tilbakemeldinger.

ning til utdannet helsepersonell i demensomsorgen.

I vår studie mente deltakerne at MM kunne bidra til reduksjon av stress i vanskelige stellesituasjoner. Økt bevissthet, refleksjon, mestring og fellesskapsfølelse kan fremheves som en målsetting for veiledning generelt (12). MM som visuell veiledning kan kanskje forebygge vanskelige stellesituasjoner ved at personalet reflekterer sammen og benytter sin kunnskap om pasientens og egne reaksjoner. Det ser videre ut til at økt oppmerksomhet kan bedre trykgheten i samspillsituasjonen, og derigjennom fremme bruken av hensiktsmessige mestringsstrategier. Personalgruppa blir tryggere på hverandre, noe som igjen kan gi økt mestringsopplevelse (10).

Denne studien viser at MM kan bidra til opplevelse av økt positiv mestring, også fordi deltakelse kan påvirke ansattes bedømming av egen innsats. Personer med demens kan ha redusert evne til å gi tilbakemeldinger i tråd med sosiale og kulturelle forventninger

(31). Det kan være ekstra utfordrende for ansatte kan det når reaksjonene fra pasienten er negative eller voldsomme. MM medførte at flere ansatte vektla andre signaler enn smil og skryt fra pasienten som bedømmingsgrunnlag for eget arbeid. Selve samhandlingssituasjonen og hvordan denne forløp ble gjenstand for vurdering og refleksjon. Deltakerne fikk ikke bare en bedre forståelse for selve

samhandlingssituasjonen, men også et bredere repertoar for bedømming av egen innsats og en mer realistisk vurdering av egen mestring i vanskelige stellesituasjoner.

Vi så innledningsvis at studier i demensomsorgen peker på faktorer som kan medføre en belastende arbeidssituasjon. Testads studie (32) viser at stress og belastning i direkte pasientkontakt, ikke var så fremtredende som antatt, men at det derimot var andre forhold på arbeidsplassen som påvirket negativt. Deltakerne i vår studie hadde ulik fagbakgrunn og kom fra ulike avdelinger. Sykepleierne hadde annen veiledningserfaring og vurderte MM i forhold til denne. De var mer spesifikke på hvilket utbytte veiledningen ga. Intervjuet med hjelpepleierne handlet mer om tidsressurser og travelt, og rollen MM kunne spille i den sammenhengen. Ikke alle hjelpepleierne var enige i at MM kunne redusere tidspress. En norsk studie viser til at helsepersonell opplever ressursmangel som en stor belastning (33). Andre av hjelpepleierne

mente at MM ga alternative handlingsvalg og derigjennom kunne redusere tidspresset. Resultatene gir grunn til å peke på – på lik linje med andre (7) – at mer tid i seg selv ikke trenger å være tilstrekkelig. Økte ressurser og veiledning bør kombineres.

Sykepleierne la liten vekt på tidspresproblematikken. Om dette er fordi SE er små og oversiktlige enheter med mer ressurser og en mer ensartet pasientgruppe, er vanskelig å si. Det kan også være at personalet har annen kompetanse og mer fokus på veiledning. Dette kan imidlertid være faktorer av betydning (1,35).

Studien artikkelen bygger på har hatt fokus på ansattes opplevelse av MM og hvordan veiledningen har påvirket opplevelsen av mestring. De ansatte la vekt på at metoden har gitt bedre forståelse for hendelsesforløpet. Varhet for egne og pasientenes reaksjoner og foranledningene til disse har også økt. Videofilmingen gjør at situasjonen kan inndeles i mindre hendelser. Ansatte kan kjenne igjen handlinger som gir positive reaksjoner hos pasienten og dermed forstå hvordan de best når frem med hjelp. Et bærende prinsipp ved metoden er at veileder skal framheve de positive samhandlingssituasjonene og gi positive tilbakemeldinger. Christensen (21) hevder at det å unngå fokus på negative sider ved relasjonen til pasienten, er en av styrkene ved MM. Denne tilnærmingen kan bidra til positiv mestringfølelse. Men vi kan stille spørsmål om det å bare vektlegge positiv samhandling kan føre til at dysfunksjonelle aspekter i stellesituasjonen blir videreført siden de blir oversett. Vi kan videre stille spørsmål

om metoden kan føre til at det blir mindre aksept for å ta opp problemer i stellesituasjonen hvor personalet føler redusert mestring? Dette er svært relevante spørsmål. I andre sammenhenger er det pekt på at det er behov for tilbakemeldinger og veiledning også på feil og uheldig praksis (34). Feil og en uheldig praksis, som står i motsetning til faglige standarder og ivaretagelse av pasientenes behov, kan være rotfestet i en avdeling. Dette kan være vanskelig å endre uten at denne praksisen gis spesiell oppmerksomhet.

### Begrensninger

Deltakerne var i all hovedsak positive til MM. Deltakelse var basert på selvseleksjon. Vi kan ikke se bort fra at de av personalet som sa ja til å delta var særlig positivt innstilt og ønsket å viderefremme dette. Studien viser positive virkninger av MM, men det er grunn til å stille spørsmål om det var den ekstra oppmerksomheten som bidro til dette. Videre kan man også tenke at de positive tilbakemeldingene deltakerne fikk i veiledningen var med på å farge deres oppfatning av metoden. Ville andre veiledningsmetoder og/eller mer tid gitt samme resultat?

Rekruttering foregikk via avdelingsledere ved institusjonene. Det var ikke avdelingen som skulle vurderes, men bruken av MM. Det er likevel mulig at deltakerne var forsiktige med negativ kritikk. Intervjuene tydet imidlertid ikke på dette. Deltakerne fortalte åpent om erfaringer med veiledningen.

Noen av informantene jobbet på samme arbeidsplass som artikkelforfatteren som gjennomførte fokusgruppeintervju-

ene. Hun arbeider ikke direkte sammen med pleiepersonalet, men dette kan ha innvirkning på hva de ønsket å vektlegge i intervjuet (28). Det kan ha ført til at informantene har holdt tilbake erfaringer. Forskerens inntrykk var imidlertid at deres kjennskap til henne var positivt for studien. At de kjente til henne kan ha bidratt til å skape en trygghetsfølelse og dermed gjøre det lettere å dele sine opplevelser.

### KONKLUSJON

Denne studien viser at MM kan ha positiv innvirkning på opplevelse av mestring i vanskelige stellesituasjoner. Opplevelsen av positiv mestring økte på bakgrunn av forhøyet bevissthet, økt trygghet og evne til samarbeid. Videre antyder resultatene at metoden kan bidra til senket stress i vanskelige situasjoner. Derimot er det mer usikkert om veiledningen kan føre til spart tid ved at de ansatte jobber på en annen måte.

### IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

MM kan være en verdifull metode. Det er samtidig viktig å huske på at MM ikke vil dekke alle veilednings- og kompetanseutviklingsbehov. Metoden må kombineres med veiledning og kunnskapsoppbygging om sykdommen, pasientens behov, holdningsarbeid og kunnskap om hva som er nødvendig kvalitet i omsorgen. Hvert arbeidssted bør vurdere eget behov for veiledning og kompetanseoppbygging for å kunne tilpasse metoder og tilnærminger. MM kan være en nyttig metode ved særskilte samspillsutfordringer.

### VIDERE FORSKNING

Det er behov for flere kvalitative

studier av metoden blant andre grupper for å få et bredere kunnskapsgrunnlag for vurde-

ring av metoden. Med tanke på framskaffelse av kunnskap om metodens muligheter og

begrensninger, er det viktig å studere ansatte både med positive og negative erfaringer.

## REFERANSER

**Sosial- og helsedirektoratet, Oslo 2007.** Glemsk, men ikke glemt – Om dagens situasjon og fremtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens.

**Engedal K, Haugen PK.** Lærebok demens – fakta og utfordringer. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Sem. 2004.

**Selbæk G.** Atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer ved demens. 2005. Tilgjengelig fra: [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1200402](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1200402). [Nedlastet 10.05.2008].

**Hatloy I, Alnes RE.** Positivt samspill i demensomsorga: Har rettleiing med Marte Meo-metoden effekt? Tidsskrift for norsk psykologforening. 2007;44:1363–1371.

**Ballard C, Corbett A, Chitramohan R, Aarstrand D.** Management of agitation and aggression associated with Alzheimer's disease: controversies and possible solutions. *Current opinion in psychiatry*. 2009;22:532–540.

**Rokstad AMM.** Kommunikasjon på kollisjonskurs – Når atferd blir vanskelig å mestre. Forlaget Aldring og helse, Tønsberg. 2005.

**Kirkevold Ø.** Bare vi hadde flere pleiere ... I: Kruger R.M.E. [red]. Evige utfordringer. Forlaget Aldring og helse, Tønsberg. 2006.

**Brooker D.** Dementia Care Mapping: A review of the research literature. *The gerontologist*, Washington. 2005;45:11–19.

**Hyldmo I, Nordhus IH, Hafstad R.** Marte Meo: En veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 2004;41:16–20.

**Lazarus RS, Folkman S.** Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company, New York. 1984.

**Bandura A.** Self-efficacy: the exercise of control. W.H. Freeman, New York. 1997.

**Tveiten S.** Veiledning – mer enn ord. Fagbokforlaget, Bergen. 2008.

**Skagen K.** Det historiske tilbakeblikket.

I: Skagen K. [red]. Kunnskap og handling i pedagogisk veiledning. Fagbokforlaget, Bergen. 2000.

**Teslo AL.** Mangfold i faglig veiledning – for helse- og sosialarbeidere. Universitetsforlaget, Oslo. 2006.

**Edwards D, Burnard P, Coyle D, Fothergill A, Hannigan B.** Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2000;7: 7–14.

**Visser SM, McCabe MP, Hudgson C, Buchanan G, Davison TE, George K.** Managing behavioural symptoms of dementia: Effectiveness of staff education and peer support. *Aging & mental health*. 2008;12:47–55.

**Naper Ø, Hoffart RA.** Veiledning – avgjørende for trivsel og mestring. 2000. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=482&categoryID=61>. [Nedlastet 04.05.2008].

**Begat I, Ellefsen B, Severinsson E.** Nurse's satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurse's experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of nursing management*. 2005;13:221–230.

**Brodady H, Draper B, Low LF.** Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: Strain and satisfaction with work. *Journal of advanced nursing*. 2003;44: 583–590.

**Aarts M.** Marte Meo grundbok. Aarts productions, Holland. 2005.

**Christensen SS.** Marte Meo-metoden i arbeidet med eldre. *Klinisk sygepleje*. 2004;18:65–73.

**Andersen A.E.** Metoden som kan forandre praksis – En grounded theory studie av Marte Meo terapeuter i demensomsorgen. Master of public health, (upublisert materiale). Nordiska hogskolan for folkhalsovetenskap i Gøteborg, Gøteborg. 2009.

**Lund K.** Vurdering av Marte Meo-metoden i lys av relevant teori og forskning. Det utdanningsvitenskapelige fakultet

pedagogisk forskningsinstitutt, (upublisert materiale). Universitetet i Oslo, Oslo. 2001.

**Kvale S.** Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademiske, Oslo. 2001.

**Morgan DL.** The focus group guidebook. Saga publications, London. 1998.

**Wibeck V.** Fokusgrupper; Om fokuserende gruppintervjuer som undersøkingsmetode. *Studentlitteratur*, Lund. 2000.

**Lerdal A, Karlsson B.** Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien forskning*. 2008;3:172–175.

**Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget, Oslo. 2003.

**Alnes AE, Hatloy I.** Marte Meo-veiledning i skjermet avdeling – Utdrag fra prosjektet samspill med aldersdemente. *Demens og alderspsykiatri*. 2008;12:29–31.

**Vik K, Hafting M.** Video interaction guidance offered to mothers with postnatal depression: Experiences from a pilot study. *Nordic journal of psychiatry*. 2006;60:234–138.

**Mitty E, Flores S.** Assisted living nursing practice: the language of dementia: theories and interventions. *Geriatric nursing*. 2007;28(5):283–288.

**Testad I.** Agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia – prevalence, correlates and effects of care staff training. (doktoravhandling). Universitetet i Bergen, Bergen. 2010.

**Førde R, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland OG.** Får eldreomsorgen nok ressurser? 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2006/1913-6.pdf>. [10.09.2008].

**Bjørk IT.** Practical skill development in new nurses. *Nursing Inquiry* 1999;6:34–47.

**Engedal K, Kirkevold Ø, Eek A, Nygård AM.** Makt og avmakt – Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Sem. 2002.

# Avdekker feil og uheldig praksis

› Marte meo-metoden kan hjelpe de ansatte i demensomsorgen til opplevelse av økt mestring og bedre samspill i krevende situasjoner.



**Ann Karin Tolaas Myhre**

Fagleder ved Tednebakkane Omsorgs-senter, Øygarden kommune

Det er med stor interesse jeg har lest artikkelen til Hansen og Ytrehus som har forsket på hvordan Marte meo-veiledning (MM) kan påvirke personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen. Personlig egnethet og fagkompetanse er ikke nok i møte med mennesker med nedsatt evne til å forstå omgivelsene og selv gjøre seg forstått. Gode verktøy som MM skaper felles holdninger og verdier i omsorgsfaget.

MM som metode favner bredere enn det artikkelforfatterne har avgrenset studiet til. MM oversettes med «i egen kraft» eller «ved egen hjelp» og gir økt kunnskap om å hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv og hvordan pasientens evne til mestring gjennom samhandling forstrekkes. MM bidrar til å flytte fokuset fra egen opplevelse av mestring til samhandlingen mellom to mennesker. Til tross

for at studiet retter seg mot personalets opplevelse av egen mestring konkluderes det med at fokuset flyttes fra eget jeg til samhandling.

Sykepleie kan defineres som «å se hva den syke trenger». Vi utdannes til å se «det syke» og til å iverksette tiltak slik at det syke blir friskt eller lindres. Vi har få verktøy når den syke mangler kommunikasjonsferdigheter og atferd ikke lenger kan tolkes som uttrykk for et behov. Artikkelen påpeker et viktig moment ved MM som metode – veiledningen skjer kun på det positive for å øke omfanget av disse positive handlingene. Artikkelforfatterne mener denne positive fokuseringen kan medføre at man ikke blir korrigerende på uheldig og feil praksis. Jeg vil si at MM er med på å avdekke feil og uheldig praksis og endre denne.

MM handler om å få hjelp

til å se, både den som trenger hjelp og den som hjelper. Det er en symbiose av egen atferd og andres atferd. Når man opplever at egen mestring knyttes til å utføre en oppgave mister man samhandlingsperspektivet, det oppstår motstand og tvang gjennomføres. I situasjoner der man stadig «kommer til kort» er det klart at egen opplevelse av mestring påvirkes – det er nettopp da man trenger en kollega som viser aksept og gir råd basert på egen erfaring. Slike kunnskapsbaserte organisasjoner veileder hverandre og er dynamiske når det gjelder å finne nye samhandlingsformer.

Les artikkelen på side 36





## 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



Foto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Generelle skriftlege direktiv, utarbeida av sjukeheimslegen, har vore retningsgivande for sjukepleiarane når dei skal vurdere om det skal gis behovsmedisin når legen ikkje er til stades. Det er bekymring for om variasjonen mellom og kvaliteten på slike lokale skjema går utover pasienttryggleiken.

**Formål:** Å kartlegge innhaldet på dei generelle skriftlege direktiva ved sjukeheimar i Bergen kommune, samt kvaliteten på desse.

**Metode:** Dei 33 sjukeheimane i

Bergen kommune blei bedt om å sende inn kopi av sine generelle skriftlege direktiv. Det blei deretter gjort ei innhaldsanalyse av dei innsamla direktiva ved hjelp av eit kodeskjema i SPSS.

**Resultat:** Til saman på dei 24 innsamla direktiva fanst det 39 ulike indikasjonar, og 51 ulike legemiddelsubstansar. Talet på indikasjonar på det enkelte direktiv låg i median på 11,5 (variasjon 3-17), medan talet på legemiddel hadde ein median på 13 (variasjon 3-21). For tre fjerdedelar av legemidla var både styrke og ei

klar normaldosering oppgitt. Maksimaldosering og når ein skal kontakte lege, var oppgitt for høvesvis 61 prosent og 37 prosent av legemidla.

**Konklusjon:** Fleire legemiddelval per indikasjon og uklar informasjon om styrke, dosering og når ein skal kontakte lege kan gjere det vanskeleg for sjukepleiarane å ta ei avgjerse om behovsmedisinering skal gis. Samstundes kan det setje pasienttryggleiken i fare. Ei fornying av retningslinjene, samt ei meir overordna kvalitetsbetring av direktiva anbefalast.

## ENGLISH SUMMARY

**P.r.n. medication in nursing homes – varying content, formulation and quality in administration guidelines**

**Background:** P.r.n. administration guidelines, prepared by the nursing home physician, are used by nursing home staff when the nursing home physician is not present. Concerns are expressed that patient safety can be threatened by varying quality of these guidelines.

**Objective:** To describe the content and the quality of p.r.n. administration guidelines in Bergen municipality.

**Method:** All 33 nursing homes in the municipality of Bergen were requested to send copies of their p.r.n. administration guidelines. A content analysis of the guidelines was thereafter performed using SPSS.

**Results:** The 24 p.r.n. administration guidelines contained a total of 39 indications and 51 medicines. The median number of indications for a guideline was 11.5 (range 3-17), and the median number of medicines was 13 (range 3-21). For three of four medicines, strength and a clear dosage were given. Maximal dosage and when the physician should be called upon were given for 61% and

37% of the medicines, respectively.

**Conclusion:** Several choices of medicines for each indication, and unclear information regarding strength, dosage and when to call upon the physician, can make decisions about giving p.r.n. medication difficult for nursing home staff and may threaten patients' safety. Further revision of p.r.n. administration guidelines at a managerial level is required to improve and maintain better quality.

**Key words:** Aged, medication systems, nursing homes, quality of health care, p.r.n. medication guidelines.

Behovsmedisinering i sjukeheimar:

# >> Store ulikskapar i innhald, utforming og kvalitet på dei generelle skriftlege direktiva

Forfattere: Lillian Mo Andreassen,  
Kjell Hermann Halvorsen  
og Anne Gerd Granås

## NØKKELORD

- Eldre
- Kvalitet
- Legemidler
- Medisinhåndtering
- Sykehjem.

## BAKGRUNN OG FORMÅL

Betne legemiddelbruk i befolkninga er sett mykje fokus på i seinare år, blant anna gjennom Stortingsmelding nr. 18 (2004–2005, Legemiddelmeldinga) kor det blir understreka at uheldige konsekvensar på bakgrunn av feilaktig legemiddelbruk er mange, både for den enkelte pasient og for samfunnet (1). Ei nyleg publisert studie viser at uhensiktsmessig legemiddelbruk er eit kjent legemiddelrelatert problem i sjukeheimar (2). Same studie viser problem knytt til sjukepleiarar og anna helsepersonell sin administrasjon av legemiddel. Ein erkjenner at feil førekjem i alle ledd av legemiddelhandteringa, og at dei mest utsette pasientane er eldre menneske og ofte dei som bur i sjukeheim (1 s. 25). Vi kjenner derimot ikkje til at behovsmedisinering er undersøkt spesifikt i høve til dette.

Behovsmedisinering er bruk av legemiddel ved forbigåande plager eller ved forverring av allereie diagnostiserte tilstandar hjå ein pasient. Behovsmedisinering er ein del av legemiddelhandteringa, då denne i følge § 3b) i Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, skal forståast som «enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er rekviert til det er utdelt» (3). I praksis tyder dette alle oppgåver som omhandlar legemiddel, frå det er bestemt kva legemiddel pasienten skal få, til han eller ho faktisk har fått det. Uheldige hendingar knytt til legemiddelhandtering utgjer om lag 27 prosent av alle meldingar til Meldesentralen (4). Det er rimeleg å anta at ein del av desse meldingane gjeld behovsmedisinering. Det finst likevel ikkje eigne tal for dette og litteraturgrunnlaget for både bruk og administrasjon av behovslegemiddel er tynt både nasjonalt og internasjonalt.

Australske studier har vist at middel mot forstopping, smertestillande og beroligande er dei gruppene av legemiddel som oftast blir føreskrive og gitt som behovslegemiddel, men kor mykje og kor ofte ein gir behovslegemiddel er ulik frå sjukeheim til sjukeheim (5-7). Utdelinga av

behovslegemiddel er ei oppgåve som er forbunde med samansette og komplekse avgjersleprosessar hjå sjukepleiarane. Til dømes spelar erfaringsgrunnlag og tryggleiksaspektet i høve til både pasientar, legemiddel og prosedyrar ei stor rolle i vurderinga (8), og det er rapportert ulik praksis rundt avgjersleprosessen for, samt administrasjonen av, behovslegemiddel (9). Det kan vere vanskeleg både for legar og sjukepleiarar å vurdere kva som ligg til grunn for pasientens symptom, og om desse skal behandlast ved å gi eit legemiddel, særskilt dersom pasienten

### Hva tilfører denne artikkelen?

Spreinga i kvalitet og omfang på skriftlege direktiv for behovsmedisinering i sjukeheimar, tydeliggjer behovet for ei revidering av disse både når det gjeld innhald og utforming.

### Mer om forfatterne:

Lillian Mo Andreassen har master i farmasi og er doktorgradsstipendiat ved senter for farmasi, Universitetet i Bergen. Artikkelen er basert på hennar masteroppgåve. Kjell Hermann Halvorsen er cand. pharm og doktorgradsstipendiat ved Forskningsgruppe for allmennmedisin, Universitetet i Bergen. Anne Gerd Granås, cand.pharm og PhD, er tilsett som førsteamanuensis ved Senter for farmasi, Universitetet i Bergen. Kontakt: lillian.andreassen@isf.uib.no

er eit eldre menneske med ei form for kognitiv svikt.

Behovslegemiddel kan og bør helst vere tilpassa den einskilde pasient, ved å stå oppført under «ved behov» eller «eventuelt» på legemiddelkortet. I tillegg nyttast generelle skriftlege direktiv, ei skriftleg tilleggsprosedyre for generell ordinasjon av legemiddel for mindre alvorlege plager, når legen ikkje er tilstades (10). Desse brukast av sjukepleiarane i situasjonar kor legemiddelbehandling blir vurdert som nødvendig, og kor legemiddel ikkje er oppført på pasienten sitt legemiddelkort. Det er den enkelte sjukeheimslege som har vore ansvarleg for å utarbeide direktiva, sjølv om den tidlegare forskrifta om legemiddelhandtering gir somme retningslinjer for kva desse bør innehalde (11). Direktiva blir såleis ei lokal prosedyre, og vil kunne variere i utforming og innhald frå sjukeheim til sjukeheim.

I 2008 kom ny forskrift om legemiddelhandtering for verksemder og helsepersonell som yter helsehjelp (3). Fram til då har dei generelle direktiva i følgje tidlegare forskrift vore retningsgivande for sjukepleiarane når dei skal vurdere om det skal gis behovsmedisin når legen ikkje er til stades i sjukeheimen (11). Både lover og forskrifter har i seinare år bevega seg frå ei detaljregulering imot såkalla funksjonskrav (12 s. 257) og har større tolkingsrom enn regelverket dei erstattar. Den nye forskrifta for legemiddelhandtering nemner dermed ikkje generelle skriftlege direktiv og kva desse bør innehalde spesifikt. Men den slår fast i § 4b) at verksemdsleiar skal «etablere og oppdatere skriftlege prosedyrer for legemiddelhandtering». Vidare skal, i følgje § 7, 1. ledd «istandgjøring og utdeling av legemiddel til pasient skje på grunnlag av ordinering

gjort av lege eller annet helsepersonell med rekvireringsrett til pasient og i samsvar med virksomhetens skriftlege prosedyrer» (3). I sjukeheimar med få legebesøk i veka, vil såleis generelle skriftlege direktiv framleis vere viktige i høve til behovsmedisinering.

Generelle skriftlege direktiv er òg viktige i høve til Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og tilhøyrande forskrift. Verksemda, i dette tilfellet sjukeheimen, pliktar å ha nødvendige og oppdaterte prosedyrar for å førebyggja svikt i helsetenesta (13, 14). Både lovverket og dei lokale prosedyrane, i dette tilfellet generelle skriftlege direktiv, har såleis vore viktige tiltak som skal minske risikoen for svikt innan legemiddelhandteringa. Helsetilsynet uttrykker likevel bekymring for at lokale prosedyrar og skjema er så mange og forskjellige, at dei snarare kan føre til endå fleire misforståingar og feil (4). Dei generelle skriftlege

direktiva er først og fremst eit verktøy for sjukepleiarane innanfor behovsmedisineringa, og det er viktig at dei er utvitydige og brukarvenlege.

Både den nye forskrifta og legemiddelmeldinga slår fast at farmasøytar kan nyttast som rådgjevarar i utarbeidinga og kvalitetssikringa av prosedyrane innanfor legemiddelhandteringa (1, 3). Ei av dei viktigaste oppgåvene til farmasøyten er å bidra til rettast mogleg legemiddelbruk i befolkninga, og utvida bruk av farmasøytar i helsetenesta er eit av satsingsområda til Helsedepartementet. Vi ønska derfor å undersøke innhaldet og kvaliteten på dei generelle skriftlege direktiva for sjukeheimar i Bergen kommune.

I retningslinjene til Bergen kommune er det omtala at direktiva bør innehalde følgjande: indikasjon, preparat, dose og forholdsreglar (10). Formålet med studien var å undersøke om

**TABELL 1:** Førekomst av indikasjonar på dei generelle skriftlege direktiva og tilhøyrande presentar frå 24 sjukeheimar i Bergen kommune (N=260).

Indikasjon	Frekvens	Prosent
Smerte	23	8,8
Kvalme	23	8,8
Forstopping	20	7,7
Søvnvanskar	20	7,7
Feber	18	6,9
Kramper/epilepsi	15	5,8
Uro/angst	11	4,2
Hoste	10	3,9
Lungeødem	8	3,1
Halsbrann	7	2,7
Diaré	7	2,7
Tung pust	7	2,7
Sterke smerter	7	2,7
Andre (26 indikasjonar)	84	32,3
<b>Totalt</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>



dei generelle skriftlege direktiva var utforma i tråd med retningslinjene, samt å studere eventuelle forskjellar mellom dei ulike sjukeheimane innanfor kommunen.

## MATERIALE OG METODE

Alle dei 33 sjukeheimane i Bergen kommune blei per brev og seinare per telefon, bedt om å sende inn kopi av sine generelle skriftlege direktiv. Brevet var stila til den enkelte sjukeheim, og det blei opplyst om bakgrunnen til prosjektet og spesifikt kva sjukeheimane skulle bidra med. Deltakinga i prosjektet var frivillig.

Ei deskriptiv innhaldsanalyse av dei innsamla direktiva blei gjennomført, på bakgrunn av Bergen kommune sine retningslinjer, samt nokre egne kriterium. Følgjande blei registrert:

- Indikasjoner og tilhøyrande preparat (legemiddelsubstansar)
- Styrke
- Normal- og maksimaldosering.
- Om/når ein skulle kontakte lege
- Datering og gyldigheitsperiode.
- Namn og underskrift til ansvarleg lege

Vi nytta SPSS versjon 15.0. Ein kji-kvadrattest blei nytta for å undersøke om variablane maksimaldosering og legekontakt var uavhengige av kvarandre. Preparata blei klassifisert etter WHO's anatomiske, terapeutiske og kjemiske system for klassifisering av legemiddel (ATC-systemet) (15).

Prosjektet blei gjort i samarbeid med Sjukehusapoteka Vest, som er leigd inn av Bergen kommune til å kvalitetssikre legemiddelhandteringa ved sjukeheimane. Ingen av forskarane er tilknytt dette arbeidet til dagleg. Tilsette ved Sjukehusapoteka Vest, samt faggruppa for sjukeheimslegar i Bergen kommune fekk presentert resultatane av studien då denne var avslutta.

## RESULTAT

Totalt blei direktiv frå 26 sjukeheimar (responsrate 78 prosent) innsamla, kor 24 av desse blei inkludert i analysen. Dei to utelatne viste seg å ikkje vere generelle skriftlege direktiv, men ei liste over akuttmedisinske tiltak, samt eit handskrive notat om at ei generell skriftleg prosedyre ikkje

fanst ved den aktuelle sjukeheimen. Dei 24 inkluderte sjukeheimane utgjør 1479 av totalt 2173 faste langtids plassar (16).

## Indikasjoner

Kvart direktiv hadde i median 11,5 indikasjoner (variasjon 3–17), medan det til saman på dei 24 generelle direktiva fanst 39 ulike indikasjoner. Indikasjonane smerte og kvalme førekom på 23 av 24 direktiv. Deretter følgde forstopping og søvnnvanskar, som fanst på 83 prosent av direktiva, og feber som fanst på 75 prosent. Det er sju indikasjoner som utgjør halvparten av det samla talet på indikasjoner for alle direktiva, medan 13 indikasjoner utgjør to tredjedelar (tabell 1). Seks av indikasjonane fanst berre på eit direktiv.

## Legemiddel

Til saman på dei analyserte generelle skriftlege direktiva fanst det 51 forskjellige legemiddelsubstansar (ATC-nivå 5). Medianen for sjukeheimane var 13 legemiddelsubstansar på det enkelte direktiv (variasjon 3–21). Ti av legemiddelsubstansane fanst på 13 eller fleire av direktiva og utgjør 59 prosent av alle legemiddelsubstansane samla (tabell 2). Atten av legemidla førekom berre på eit direktiv.

ATC-gruppene analgetika (N02) og psykoleptika (N05) var like store og utgjorde samla 37 prosent av alle legemiddelsubstansar. Middel mot funksjonelle gastrointestinale lidningar (A03) og laksantia (A06) følgde etter med høvesvis 16 prosent og 14 prosent. Legemiddel innanfor desse fire ATC-gruppene utgjør til saman to tredjedelar av legemidla på direktiva.

## Styrke og dosering

For dei dei legemidla som stod

**TABELL 2:** Førekosten av legemiddelsubstansar på dei generelle skriftlege direktiva (N=301).

Legemiddelsubstans	Frekvens	Prosent
Metoklopramid	24	8,0
Paracetamol	24	8,0
Zopiclone	19	6,3
Glyseroltrinitrat	18	6,0
Oksygen*	18	6,0
Diazepam	17	5,6
Furosemid	16	5,3
Bisakodyl	14	4,7
Morfin	14	4,7
Oxazepam	13	4,3
Andre (41 legemiddelsubstansar)	124	41,2
Totalt	301	100,0

\* Oksygen er ikkje eit legemiddel, men ein medisinsk gass. Denne førekom så ofte at vi valde å ta den med.

oppført på direktiva som berre fanst i ein styrke, vart styrke sett til å vere «ikkje relevant». Denne kategorien høver for 58 prosent av legemidla på direktiva. Der det er viktig at styrken er oppgitt, fanst opplysning om dette for 73 prosent av legemidla (tabell 3). For 74 prosent av legemidla på direktiva var en klar dosering oppgitt, medan for 12 prosent av legemidla var denne uklare.

Med uklare dosering meinast at det er rom for tolking av kor mykje legemiddel ein faktisk kan gi til pasienten. Eit døme på dette kan vere «1–2 Paralgin forte 3–4 gonger dagleg», medan eit døme på ei klar dosering kan vere «Ved forstopping: 10 ml laktulose morgon og kveld». Maksimal dosering, oftast oppgitt som kor mykje ein kan gi pasienten av eit legemiddel i løpet av eitt døgn eller før ein må kontakte lege, var oppgitt for 61 prosent av legemidla. Vidare var det 37 prosent av legemidla på dei generelle skriftlege direktiva som hadde oppgitt når ein skal ta kontakt med lege. Det var ikkje nokon samanheng mellom at legekon-

takt var oppgitt når maksimal dose var utelate ( $p = 0,064$ ).

### Datering og legeunderskrift

Berre to av dei innsamla direktiva mangla dato, men til gjengjeld var to tredjedelar to år eller eldre. Over 60 prosent av direktiva mangla informasjon om kor lenge dei var gyldige. 79 prosent hadde påført namnet på legen som var ansvarleg for utarbeidinga, medan halvparten hadde òg påført legen sin signatur.

### DRØFTING

#### Indikasjoner

Vi fann ingen konsensus mellom direktiva for korleis ein definerte same indikasjon. Til dømes blei brystmerter også omtala som lungeødem og tung pust, og visa versa. Det same gjeld for indikasjonar som angst, uro og plutslege åtferdsendingar. Då desse indikasjonane i mange tilfelle bør behandlast ulikt, er det viktig at dei generelle skriftlege direktiva greier å få fram desse skilnadane. Usher et al drøfter at forskjellige helseprofesjonar kan tillegge medisinske uttrykk ulike meinin-

gar, noko som igjen kan føre til ulik medisinerings av same tilstand (9). Uklare oppfatningar av indikasjonar på dei generelle skriftlege direktiva vil med andre ord kunne redusere tryggleiken for sjukepleiarane rundt bruken av direktiva, samt auke risikoen for legemiddelrelaterte problem bland pasientane. Samstundes stiller vi spørsmål ved fleire av indikasjonane, og om dei bør finnast på dei generelle skriftlege direktiva. Døme på dette er indikasjonar som lågt og høgt blodsukker, epilepsi og kjent hjertekrampe. Desse bør i utgangspunktet inn under behovsmedisinering på den enkelte pasient sitt legemiddelkort. Utfordringane rundt dette er i stor grad bestemt av legedekninga ved sjukeheimen.

Legetenesta ved den enkelte sjukeheim er forskjellig organisert – til dømes har nokre tilgang på lege store delar av døgeret, medan andre berre har dette ein gong i veka (17). Talet på legetimar per pasient vil dermed vere forskjellig, og dette kan innverke på føreskrivinga av både faste legemiddel og behovslegemiddel (18). Færre legetimar gjer at legen ikkje i like stor grad kan følgje opp nyoppstytte behov hjå pasientane, og fleire indikasjonar kan bli sett opp på dei generelle skriftlege direktiva for å bøte på dette. Samstundes kan dette bli problematisk då pasienten kanskje ikkje får legemiddel sjølv om han treng det, og i nokre tilfelle kan legen velje å setje ein pasient på legemidlet fast for å sikre at det blir gitt (8).

### LEGEMIDDEL, STYRKE OG DOSERING

Variasjonen i talet på legemiddel på det enkelte direktiv følgjer variasjonen i talet på indikasjonar, medan det totale talet på legemiddelsubstansar er noko høgare enn det totale talet for

**TABELL 3:** Prosentvis førekost av angitt styrke, dosering, maksimal dosering og legekontakt for alle legemidla på dei generelle skriftlege direktiva.

	Rangering	Prosent
Styrke N=399*	Ja	31
	Nei	11
	Ikkje relevant	58
Dosering N=399*	Ja	74
	Nei	14
	Uklar	12
Maksimal dosering N=260**	Ja	58
	Nei	39
	Uklar	3
Legekontakt N=260**	Ja	37
	Nei	63

\* Legemiddelsubstansar (ATC-nivå 5).

\*\* Registrert sams for alle legemidla under ein gitt indikasjon.

indikasjonar. Dette skuldast fleire legemiddelalternativ ved nokre indikasjonar. I tillegg er ulike salsnamn, formuleringar og styrkar oppgitt, samt at doseringa er uklar for fleire av desse. Til dømes kan ein ved ein av sjukeheimane velje om ein skal gi diazepam, eit beroligande legemiddel, som tablettar (Vival) eller rektalvæske (Stesolid) ved uro hjå pasienten. Vidare er doseringa tydeleg oppgeven for administrering av rektalvæske – «2 ml Stesolid 2,5 mg/ml gis rektalt, kan gjentas etter 15 minutt før ein kontaktar lege». For administrering av tablettar blir vurderinga meir utfordrande: «2 mg–5 mg per os, kan gjentas etter 4–6 timar».

Med fleire legemiddel å velje blant, samt det høge talet på indikasjonar, aukar kravet til kunnskapar hjå sjukepleiarane. Dersom indikasjonane og doseringsinformasjonen i tillegg ikkje er eintydige, vil somme sjukepleiarar kvi seg for å gi behovslegemiddel i det heile (8). Sjølv om nokre legemiddel berre finst i ei styrke, bør denne likevel oppjevast for å gjere det til en vane at styrke alltid skal sjekkast før administrering.

### Datering og legeunderskrift

Bergen kommune sine retningslinjer for legemiddelhandtering seier at generelle skriftlege direktiv skal revurderast årleg og at kor lenge dei er gyldige må vere påført (10). Fleirparten av direktiva avviker dermed frå denne anbefalinga på begge punkt. Eit problem med gamle direktiv er at dei kan innehalde legemiddel som ikkje finst lenger, til dømes Tuxi hostemikstur og Primperan kvalmestillande tablettar. Begge desse blei avregistrert i høvesvis 2007 og 2006. Det er ikkje nødvendigvis openbert for sjukepleiarane kva som er alternativet, og dei skal heller

ikkje påleggast ansvaret for å vurdere dette.

Nyare dato på direktiva gjer òg at sjukepleiarane kan vere tryggare på at legen har vurdert indikasjonar, legemiddel og dosering på direktivet i høve til dei pasientane som no bur i sjukeheimen. Informasjon om kva lege som har utarbeida og godkjent direktivet bidrar til å ansvarsgjere den aktuelle legen, både med tanke på revisering og at den informasjonen som er gitt er korrekt.

### Implikasjonar for sjukepleiepraksis

Vi meiner at dei generelle direktiva har ein rettmessig plass i sjukeheimane. Eit direktiv av god kvalitet vil vere eit bidrag til rettare legemiddelbruk i sjukeheimen, samt eit nyttig arbeidsverktøy for sjukepleiarane når legen ikkje er tilstades. I høve til Bergen kommune sine retningslinjer for kva dei generelle skriftlege direktiva bør innehalde, var det derimot fleire av direktiva som ikkje oppfylte kriterier til fulle.

Klargjering av indikasjonar og avgrensing i talet på legemiddel er viktig for å hjelpe sjukepleiarane å velje rett type legemiddel for pasienten. Til dømes vil berre eitt valhøve for kvar indikasjon støtte sjukepleiarane si avgjerse samt auke tryggleiken for pasientane. Å unnlate og oppgjeve styrke blir først problematisk når eit legemiddel finst i fleire styrkar, men kan samstundes vere ei kjelde til undring hjå dei som skal administrere legemidlet.

I tillegg må informasjon om dosering og når ein skal kontakte lege vere på plass og vere så klar som mogleg. Maksimaldosering er viktig å ha med då det sikrar at pasienten korkje blir under- eller overdosert. Ved manglande effekt etter maksimal dosering vil ein òg kunne forstå at ein bør varsle lege

eller setje inn andre tiltak. Ved å ha med klar informasjon om når ein skal kontakte lege, sikrar ein pasientane best høve til å få rett behandling. Samstundes vil dette klargjere for sjukepleiarane når legen skal kontaktast ved eventuell terapivikt. Både sjukepleiarar og legar meiner at det er viktig at det finnast klare og tydelege retningslinjer for korleis ein skal bruke direktivet, for at det skal tene sitt formål – å vere ein «tryggleiksventil» i legemiddelhandteringa (8).

Det kan vera ein god idé med den nye forskrifta frå 2008 på plass (3), at verksemdsleiar vurderer retningslinjene. Farmasøytar har gjerne ei rådgjevarrolle for fleire sjukeheimar innanfor same kommune, og tileignar seg kunnskap på tvers av desse. Farmasøytar med desse erfaringane kan nyttast som ein ressurs for å utarbeide generelle skriftlege direktiv som inneheld det beste frå dei ulike sjukeheimane. Innspel frå eit slikt samarbeid er viktig for å gi betre arbeidsverktøy for sjukepleiarane, slik at dei kan handtere behovsmedisinering best mogleg.

Bergen kommune har gjennom mange år støtta forskning i sjukeheimar kor ein har fått fram kunnskap om manglar innan omsorg (19), kvalitet (20) og legemiddelbehandling (21). Men, god forskning må følgjast opp av implementering. Vår studie gjev nokre viktige innspel til korleis en del av legemiddelbehandlinga kan kvalitetsbetrast.

### Styrker og avgrensingar med studien

Studien har ein responsrate på 78 prosent, noko som gir eit godt grunnlag for samanlikning av dei generelle skriftlege direktiva. Spreiinga i sjukeheimstorleiken i Bergen kommune tilseier at

resultata kan vere representative for andre sjukeheimar i landet. Retningslinjene frå kommunen om kva direktiva bør innehalde er ganske generelle, særskilt om ein samanliknar dei med krava i tidlegare forskrift om legemiddelhandtering (11). Dette er med på å styrke validiteten av kode-skjemaet vi utvikla og brukte. Sjølv kodinga blei ikkje vurdert av andre enn forskargruppa. Men korkje sjukeheimslegane eller farmasøytane som fekk presentert resultata frå studien ga tilbake-meldingar på at variablane eller måla vi hadde brukt ikkje var dekkande. Ein del blei overraska over dei negative resultata, då det er lagt mykje arbeid i å betre direktiva. Samstundes var begge faggruppene positive til å bruke arbeidet som ei støtte i utviklinga

av betre retningslinjer og direktiv i framtida.

Av 33 sjukeheimar i Bergen kommune, svarte fire at dei ikkje hadde direktiv, tre svarte ikkje, og to bidrag blei forkasta då dei ikkje var direktiv. For dei resterande 24 direktiva hadde vi ingen måte å sikre at siste godkjente versjon var den som kom oss i hende. Vi ser det likevel som svært lite sannsynleg at sjukeheimane skulle sende oss noko som dei ikkje brukte på det aktuelle tidspunktet.

Tidlegare studiar har konkludert med at sjukeheimen i seg sjølv er det som innverkar mest på bruken av behovsmedisinering (6, 7, 22). Vi har ikkje i denne studien sett på om det er tilhøve ved den enkelte sjukeheim som direkte påverkar innhald, utforming og kvalitet på direktiva. Vi har heller

ikkje sett på kva som faktisk gis av behovslegemiddel. Ei vidareføring av denne studien vil være ei kartlegging av dette.

## KONKLUSJON

Vi meiner at eit direktiv med for mange indikasjonar eller legemiddel ikkje er av det gode. Sjølv om direktivet skal ta høgde for pasientsamansetninga på sjukeheimen, må det ikkje omfatte så mange indikasjonar og legemiddel at pasienttryggleika kjem i fare. Spreiinga i kvalitet og omfang tydeliggjer behovet for ei revidering av både innhald og utforming av generelle skriftlege direktiv i sjukeheimar.

*Takk til Hanne T. Fauskanger, Avdeling for farmasøytiske tenester, Sjukehusapoteka Vest og sjukeheimane i Bergen som bidrog i studien.*

## LITTERATURLISTE

- Helsedepartementet.** Stortingsmelding nr. 18/2004-2005. Rett kurs mot riktigare legemiddelbruk (Legemiddel-meldinga). 2005.
- Halvorsen KH, Ruths S, Granas AG et al.** Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scand J Prim Health Care* 2010; 28: 82-8.
- Forskrift om legemiddelhandtering.** Forskrift av 3. april 2008, nr. 320 Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2008.
- Helsetilsynet.** Tilsynsmelding 2007. Oslo, 2008.
- Snowdon J, Day S, Baker W.** Audits of medication use in Sydney nursing homes. *Age Ageing* 2006; 35: 403-8.
- Stokes JA, Purdie DM, Roberts MS.** Factors influencing PRN medication use in nursing homes. *Pharmacy World & Science* 2004; 26: 148-54.
- Roberts MS, King M, Stokes JA et al.** Medication prescribing and administration in nursing homes. *Age Ageing* 1998; 27: 385-92.
- Andreassen LM.** Helsepersonells erfaringer, tankar og haldningar til behovsmedisinering i sjukeheimar. Masteroppgåve Senter for farmasi, Universitetet i Bergen, 2009.
- Usher K, Lindsay D, Sellen J.** Mental

health nurses > PRN psychotropic medication administration practices. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8: 383-90.

**10. Bergen kommune.** Retningslinje for legemiddelhandtering i sykehjem i Bergen kommune. BKDOK-2004-00640.04. Bergen 2006.

**11. Forskrift om legemiddelforsyning i helsetjenesten.** Forskrift av 18. november 1987, nr. 1153 Forskrift om legemiddelforsyningen mv. i den kommunale helsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 1987.

**12. Bakken K, Granås AG.** Samfunnsfarmasi: legemiddelbruk og farmasøytisk profesjonsutøvelse. Fagbokforlaget, Bergen, 2010.

**13. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.** Lov av 30. mars 1984 nr. 15 Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 1984.

**14. Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten.** Forskrift av 20. desember 2002, nr. 1731 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2002.

**15. WHO.** The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System with Defined Daily Doses (ATC/DDD). <http://www.who.int/classifications/atcddd/en/> (30.12.2008)

**16. Avdeling for Farmasøytiske Tjenester (AFT).** Geografisk fordeling av syke- og aldershjemsplasser i Bergen pr. 31.12.07. Bergen 2008.

**17. Waaler HM, Nilsen J.** Nasjonalt geriatrisjiprogram. Legetjenester i sykehjem: en nasjonal kartlegging 1999: et prosjekt gjennomført på oppdrag av Statens helse-tilsyn og planlagt og finansiert av Nasjonalt geriatrisjiprogram [kap. 670 post 62]. Oslo: Statens helse-tilsyn, 1999.

**18. Kersten H, Ruths S, Wyller TB.** Farmakoterapi i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129: 1732-5.

**19. Husebø BS, Husebø S.** Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1352-4.

**20. Nygaard HA, Jarland M.** Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 730-7.

**21. Ruths S, Straand J, Nygaard HA.** Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 176-80.

**22. Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B et al.** Resident characteristics and organizational factors influencing the quality of drug use in Swedish nursing homes. *Soc Sci & Med* 1998; 47: 961-71.

Les kommentaren på side 53 >>

# Behovsmedisinering krever klare prosedyrer

> Ulike prosedyrer kan sette kvaliteten i forhold til rett medisinering av den enkelte pasient i fare.

Foto: Holland Foto



**Av Irene Imingen**

Avdelingsleder og fagutviklingssykepleier, Ottestad Sykehjem, Utviklingssenter for sykehjem i Hedmark

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen handler om bruk av behovsmedisinering på sykehjem, etter generelle skriftlige prosedyrer. Det dreier seg altså ikke om de medikamentene som den enkelte pasient har på sitt medisinkort som fast medisin eller under eventuelt, men medikamenter jeg som sykepleier kan gi etter bestemte indikasjoner uten at legen har ordinert dette på forhånd.

Ved sykehjem er det vanlig og ha prosedyrer på slik eventuell medisinering som kan brukes ved akutt oppståtte behov, når lege ikke er til stede. Ved mitt sykehjem har vi også en slik prosedyre, og den er nylig revidert og godkjent for ett år. Det var interessant å lese artikkelen og sammenligne med vår nylig godkjente prosedyre.

Artikkelen peker på flere problemstillinger knyttet til selve prosedyren for behovsmedisinering: Ulike indikasjo-

ner, flere legemidler til samme indikasjon, uklare styrker og doseringer. Uklare prosedyrer kan være en fare for kvaliteten i forhold til rett medisinering av den enkelte pasient. Når prosedyren gir sykepleieren flere valgmuligheter i forhold til samme indikasjon kan dette føre til usikkerhet om hva som er korrekt medikament eller dosering. Dermed er det fare for at pasienten blir feilmedisinert. Det er også slik at den enkelte pasient må vurderes individuelt i forhold til samme indikasjon. Spesielt ser vi dette hos pasienter med kognitiv svikt. Her er min erfaring at det gis mye beroligende medikamenter ved for eksempel uro, mens årsaken til uroen kan være smerter. Bruk av behovsmedisinering krever at man kjenner pasientene godt. Ved sykehjem vet vi at sykepleierdekningen varierer, i tillegg til at man gjerne har bakvakt ved

andre avdelinger. En klar og ryddig prosedyre vil derfor være betryggende for den sykepleieren som har vakt.

Ved Ottestad Sykehjem benytter vi prosedyren for behovsmedisinering i enkelte tilfeller. Men i stor grad skriver legene på den enkelte pasients medisinkort, for å kvalitetssikre ordineringsen. Enkelte ganger er det behov for å gi pasienten medisin som ikke står på denne listen, da er prosedyre for behovsmedisinering nyttig for den ansvarlige sykepleieren. Hvis det er gitt et medikament som pasienten til vanlig ikke står på skal tilsynslegen kontaktes så snart som mulig, og senest ved neste legevisitt. Det er viktig av vi som sykepleiere ikke får et ansvar vi ikke skal ha.

Les artikkelen på side 46





Foto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Informasjonskompetanse er nødvendig for at sykepleiere og sykepleierstudenter skal kunne arbeide kunnskapsbasert. Forskning viser at det er lettest å utvikle denne kompetansen når opplæringen tar utgangspunkt i klinisk praksis. Et sykehus og en høyskole utviklet et felles prosjekt for å øke sykepleieres og 3.-årsstudenters informasjonskompetanse. Erfaringer fra sykepleierens kliniske hverdag var utgangspunktet for valget av tema og arbeidet med å

finne og vurdere informasjonen.

**Hensikt:** å undersøke sykepleieres og sykepleierstudenters informasjonskompetanse etter deltakelse i et opplæringsprosjekt.

**Metode:** Metoden er en casestudie. Data ble innhentet ved spørreskjema, fokusgruppeintervju og rapporter. Utvalget var elleve deltakere fordelt på to grupper. En gruppe besto av tre sykepleiere og to studenter, den andre

av fire sykepleiere og to studenter.

**Resultater:** I analysen antydes det at deltakerne ble tryggere på å formulere problemstillinger, å ta i bruk elektroniske oppslagsverk, og fikk økt kjennskap til søkestrategien PICO og bruken av sjekklister.

**Konklusjon:** Deltakernes informasjonskompetanse når det gjelder å finne og å vurdere informasjon, synes økt i løpet av prosjektperioden.

## ENGLISH SUMMARY

### Enhancing the information literacy of nurses and nursing students

**Background:** If nurses and nursing students are to deliver evidence-based practice, they need to be able to identify relevant research and assess its quality and relevance. Recent research indicates that this competence is most easily acquired in the setting of clinical practice. A nursing college and a teaching hospital developed a joint project designed to increase the information competency of nurses and 3rd-year nursing students.

The choice of clinical questions was based on everyday problems encountered by nurses.

**Objective:** Examine the information competency of participants after the project.

**Methods:** Case study where data were collected by a questionnaire, by a focus group interview and by reports from the participating groups. The cohort consisted of eleven participants from two different departments, divided into two groups. One group consisted of three

nurses and two students, the other of four nurses and two students.

**Results:** The participants became more confident in designing clinical questions and in use of electronic databases. They also reported an increased familiarity with the search strategy PICO and standardized checklists.

**Conclusion:** The information competency of the participants appeared to be improved after the project period.

**Key words:** evidence-based nursing, hospital, education

# >> Økt informasjonskompetanse hos sykepleiere og studenter

Forfattere: Liv Thorhild Undheim, Else Marie Smestad Wisløff, Elisabeth Ruud Rønning

## NØKKELOD

- Kunnskapsbasert sykepleie
- Sykehus
- Utdanning

## BAKGRUNN

Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer fremhever at sykepleiepraksis skal være kunnskapsbasert (kunnskapsbasert praksis, KBP), her brukt synonymt med evidensbasert praksis (EBP) (1). Det vil si at sykepleien baserer seg på kritisk vurdert forskning og sykepleierens erfaringskunnskap i tillegg til brukerens skjønn, verdier og preferanser (2). Sykepleiere har ansvaret for å ta i bruk den beste kunnskap innenfor en akselererende forskningsaktivitet (3). For å finne forskningsresultater må man søke blant informasjon med forskjellig kvalitet. KBP forutsetter informasjonskompetanse som innebærer å bli klar over behovet for informasjon, finne informasjonen, vurdere den, integrere den i praksis og evaluere virkningen (4). Problemstillingen for studien er: Hvordan er sykepleieres og sykepleiestudenters informasjons-

kompetanse etter deltakelse i et prosjekt? Forskningsspørsmålene tar utgangspunkt i de tre første trinnene definert i informasjonskompetanse (4):

- Hvordan ble deltakerne klar over behovet for mer informasjon?
- Hvordan fant deltakerne informasjon?
- Hvordan ble informasjonen vurdert?

## MULIG HINDER

Studier bekrefter at sykepleiere opplever ulike hindre for å arbeide kunnskapsbasert (5-7). Det største hinderet synes å være knyttet til hvordan forholdene er tilrettelagt på arbeidsplassen. Noen eksempler er liten tid avsatt til å lese forskning, manglende tilgang til internett og at det er få kompetente veiledere. Manglende kunnskap om og ferdigheter i å finne og vurdere forskning er et nytt hinder (8, 9), samt motstand mot forandring og at språket er vanskelig (7, 10-12). Ferdigheten i å vurdere forskningsresultater kritisk er avgjørende og utfordrende (13, 14). Jutel (14) kaller dette redskaper for praksis. En evalueringstudie relatert til vurdering av kliniske studier viser at både sykepleiere og sykepleierstudenter ser på vurdering av forskning og utviklingsarbeid

som det minst viktige og vanskeligste området (15). Nok en evalueringstudie viser at sykepleierstudenter opplever at utdanningen i liten grad knytter den vitenskapsteoretiske undervisningen opp imot praksisstudier (16). Ordene forskning og vitenskapsteori kan virke både truende, kjedelig og irrelevant (17).

## HVA KAN GJØRES?

Forskning peker på at undervisning av helsepersonell i KBP som er knyttet til klinikken, gir

### Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen viser at sykepleiere og -studenter ble bedre til å finne og vurdere informasjon etter å ha fått opplæring.

### Mer om forfatterne

Liv Thorhild Undheim er sykepleier med hovedfag helsefag fra Universitetet i Oslo og høgskolelektor. Else Marie Smestad Wisløff er sykepleier med embetseksamen fra Universitetet i Oslo og førstelektor. Begge er ansatt ved Diakonhjemmet høgskole, Avdeling for sykepleie. Elisabeth Ruud Rønning er sykepleier, har embetseksamen fra Universitetet i Oslo, er fag- og forskningssykepleier ved Diakonhjemmet Sykehus. Kontaktinfo: undheim@diakonhjemmet.no.

et større utbytte enn frittstående undervisning (18). Nært samarbeid med bibliotekar er gunstig (19, 20). Utbyttet av opplæringen synes også å ha en sammenheng med hvorvidt deltakerne oppfattet den som relevant for utøvelsen av yrkesrollen (21). Landers (22) fremhever bruken av læringsaktiviteter som bidrar til integrering av teori og praksis. Det skjer gjennom praksis og refleksjon over praksis sammen med andre (23, 24). For å gjøre undervisningen praksisnær anbefales det at sykepleiehøyskoler og det kliniske felt samarbeider mer både om utvikling og utveksling av kunnskap (16). Til tross for økende interesse for mer informasjonskompetanse i sykepleierutdanningen, er det langt fram (21, 25). Kritisk vurdering innebærer å avklare en studies styrker og svakheter ved systematisk evaluering, ofte ved bruk av et rammeverk (15, 16). Slike rammeverk er utformet som sjekklister og tilpasset ulike forskningsdesign (1, 15). Vi har kun funnet to studier om norske

sykepleierstudenters informasjonskompetanse (26, 27). En studie viser svært mangelfull informasjonskompetanse ved studiestart (26). Den andre viser at 3. års studenter mangler kompetanse i å vurdere helsepublikasjoners vitenskapelighet (27). Det finnes ulike beskrivelser av undervisningsprogram for enten sykepleiere eller studenter, som knytter an til kliniske erfaringer, ikke bare frittstående kurs (28-30). Vi fant ett prosjekt der sykepleiere og studenter sammen finner og vurderer forskning for å belyse kliniske spørsmål (31-32).

På bakgrunn av at det er behov for ytterligere kunnskap om og er få studier der både sykepleiere og sykepleierstudenters informasjonskompetanse kan utvikles i tilknytning til klinisk praksis, kom et fire måneders prosjekt mellom sykehus og høyskole i stand. Hensikten med studien er å beskrive hvordan sykepleieres og sykepleierstudenters informasjonskompetanse var etter prosjektdeltakelsen.

## METODE





### Utvalg

På rekrutteringstidspunktet ble 37 sykepleiere på psykiatrisk avdeling og 106 sykepleiere på medisinsk avdeling forespurt via sine ledere om å delta. Førte studenter i 3. studieår ble invitert muntlig i klasserom. Fire studenter og sju sykepleiere meldte seg frivillig (N=11). To grupper ble dannet med to studenter i hver. Det var tre sykepleiere i den ene og fire i den andre.

### Framgangsmåten

Prosjektet startet med en fagdag og avsluttet med en fagdag der gruppene presenterte sine skriftlige rapporter. I mellomperioden fikk gruppene veiledning. Se figur 1. Deltakerne avsatte sju dager, sykepleierne ble frikjøpt. Innholdet i undervisningen omfattet: KBP og trinnene i informasjonskompetanse, kjernespørsmål innen helseforskning og dertil egnede studiedesign, og hvordan finne søkeord ved hjelp av søkestrategien PICO. PICO er en engelsk

**FIGUR 1:** Flytskjema for prosjektet

Datamateriale	Intervensjonen og rammer		
Spørreskjema ved start	Første fagdag: Lærebok utdelt (1). Korte dialogforelesinger om å finne og vurdere forskning: formulere søkbare kliniske spørsmål, søkestrategien PICO, de helsefaglige kjernespørreundersøkelsene og design, vurdere forskningsartikler ved hjelp av sjekklister, ARR, NNT, N og p-verdier, primærstudier, systematiske oversikter og retningslinjer, IMRAD (1). Gruppene dannet. De disponerte fem dager mellom første og siste dag.		  R E F L E K S J O N  
		Refleksjon over kliniske tema for problemstilling i grupper	
	To veiledninger med forfatterne	Formulering av problemstillinger	
	½ dag veiledning med bibliotekar	Fant søkeord. Litteratursøk i sykehusets bibliotek	
	To veiledninger med forfatterne	Vurderte litteraturen ved hjelp av sjekklister	
		Skrev rapporter	
Spørreskjema ved slutt	Siste fagdag	Presentasjon av rapporter	
Fokusgruppeintervju ved slutt			
Vurdere rapportene			



forkortelse der P står for population eller problem, I for intervention, C for comparison og O for outcome (2). Ulike typer forskningsartikler og deres pålitelighet og kritisk vurdering ved hjelp av sjekklister ble presentert (2). Figur 1 viser flytskjema for prosjektet.

Casestudie ble valgt (33). Datagrunnlaget ble hentet fra spørreskjema, fokusgruppeintervju og rapporter skrevet av de to gruppene. Se figur 1.

### Spørreskjema

Spørreskjemaet besto av påstander om egen informasjonskompetanse som deltakerne skulle ta stilling til ved oppstart og avslutning av prosjektet. Svaralternativene var formulert som en Likertskala og gradert fra 1 til 5 (34). Sterkt uenig ga 1 i score, uenig 2, usikker 3, enig 4 og absolutt enig 5 score. Spørsmålene ble formulert slik at jo høyere poeng på hvert svar, jo høyere kompetanse innen det aktuelle området. Spørreskjemaet inneholdt tolv spørsmål, fire av disse hadde relevans for artikkelens problemstilling: 1) Jeg er trygg på å formulere kliniske problemstillinger i avdelingen. 2) Jeg er kjent med betegnelsen PICO. 3) Jeg bruker elektroniske oppslagsverk når jeg står overfor kliniske problemstillinger (utover Google). 4) Jeg kjenner sjekklister som brukes til å vurdere forskning (2).

En deltaker leverte bare ett spørreskjema. Ti sett med spørreskjema ble analysert. Det ble regnet ut en gjennomsnittskår for ti sett med spørreskjema, på hvert av de fire spørsmålene.

### Fokusgruppeintervju

Siste dag i prosjektet benyttet vi et halvannen times fokusgruppe-

intervju (35). Én deltaker hadde meldt forfall og en annen måtte gå før fokusgruppeintervjuet fant sted. Vi benyttet en halvstrukturert intervjuguide med vektlegging på forskningsspørsmålene (36). Intervjuet ble tatt opp på bånd og transkribert. Fokusgruppeintervjuene ble analysert ved å lytte til lydfilet og å lese transkripsjonen med diskusjoner om meningsfortetning og meningskategorisering (36).

### Rapportene

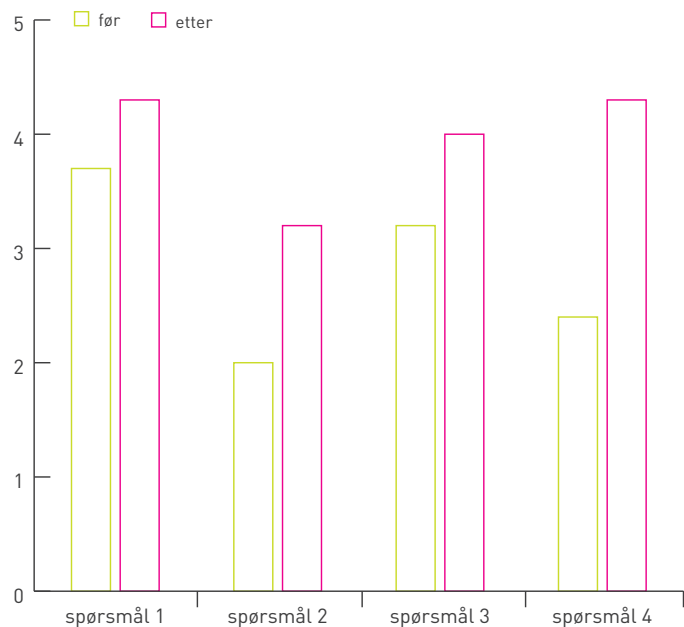
Hver gruppe skrev en rapport hvor kriteriene var å skrive en problemstilling de ønsket å finne forskning om, hvilke søkeord de

benyttet og hvordan de vurderte forskningen de fant. Rapportene ble presentert siste fagdag og siden lest med henblikk på hvordan kriteriene var oppfylt. Senere kom forfatterne sammen for å validere hverandres tolkninger.

### ETISKE OVERVEIELSER

Prosjektet ble meldt til og anbefalt av sykehusets personvernombud før forskning og databehandleravtale ble inngått. Avdelingssjefer og dekan ga tillatelse til å inkludere henholdsvis sykepleiere og 3. studieårs studenter. Skriftlig informert samtykke ble innhentet. Spørreskjema som

**FIGUR 2:** Resultatene fra spørreskjema



Gjennomsnittsscore for de ti prosjektdeltakerne på hvert av de fire spørsmålene, før og etter gjennomføring av prosjektet. Sp.1: Jeg er trygg på å formulere kliniske problemstillinger i avdelingen. Sp. 2: Jeg er kjent med betegnelsen PICO. Sp. 3: Jeg bruker elektroniske oppslagsverk når jeg står overfor kliniske problemstillinger. Sp. 4: Jeg kjenner sjekklister som brukes til å vurdere forskning. 1= sterkt uenig, 2 = uenig, 3 = usikker, 4 = enig, 5 = absolutt enig.

ble delt ut, ble gitt nummer og anonymisert ved at listen som koblet nummer og respondent ble oppbevart av en tredje part.

### PRESENTASJON AV FUNNENE

Funnene er ordnet etter forskningsspørsmålene. Når det er mulig å skille studentenes svar fra sykepleiernes gjøres dette. Figur 2 viser en oversikt av svarene fra spørreskjemaet.

### HVORDAN BLE DELTAKERNE KLAR OVER BEHOVET FOR INFORMASJON?

Første dag i prosjektet fikk gruppene i oppgave å definere et tema fra sin avdeling. Studentene hadde ikke begynt i sine praksisstudier ved oppstart av prosjektet. Sykepleierne foreslo derfor tema. «Studentene var blanke på tema i forhold til oss som hadde vært i avdelingen i mange år. De kunne med fordel ha vært litt i avdelingen før prosjektet startet og fått en oversikt over det som rører seg», uttalte en sykepleier i intervjuet. «At dere valgte tema var helt greit», svarer en student. Det var en bred enighet om fordelene med å ha erfaring fra praksis for å kunne oppdage behovet for mer informasjon. Gruppene problemstillinger ble: Hvordan kan sykepleieren forebygge at eldre pasienter faller under sykehusinnleggelse? Og: Hvordan kan sykepleieren øke sin kompetanse til å utføre riktig vurdering av selvmordsfaren?

### HVORDAN FANT DELTAKERNE INFORMASJON?

En oppdagelse var mengden av tilgjengelig informasjon. Det ble sagt: «Det finnes bare så masse forskning som man kan få tak i og lære noe av gjennom å ta i bruk disse databasene». Flere sa at det var krevende å lære å bruke databasene, og at mye gjensto å

lære. En uttrykte utfordringen slik: Men det er en god følelse å ha kommet igjennom nåløyet med å klare å finne og vurdere forskning». Det største hinderet var vansken med å finne relevante artikler i mengden. På spørsmål om det var nok med bare tema når man skulle søke etter forskning, mente noen at det holdt med nøkkelordene; fall, eldre og sykehus, for så «å finpusse på problemstillingen etterpå». En bibliotekar ga opplæring og hjelp til å søke i elektroniske databaser. Spørreskjemaene viste at deltakerne var blitt tryggere på å lage problemstillinger. I rapportene beskrev begge gruppene hvilke søkeord og kombinasjoner av disse som de hadde brukt. En gruppe skrev at Swemed ble benyttet for å oversette søkeordene til engelsk og at de hadde brukt PICO-strategien. Dette bekreftes også i spørreskjemaene. I rapportene framgikk det at begge gruppene brukte Medline og en gruppe brukte Cochrane Library i tillegg. Ifølge spørreskjemaet økte bruken av elektroniske oppslagsverk når deltakerne sto overfor kliniske problemstillinger.

### HVORDAN BLE INFORMASJONEN VURDERT?

Ifølge intervjuet hadde sjekklister bidratt til at mange av deltakerne hadde lært å stille seg kritiske til publisert faglitteratur. «Sjekklister er til kjempehjelp», uttalte en, «fordi å finne er lett, men å vurdere er vanskelig». Det kom fram at deltakerne var lite vant med å stille seg kritisk til forskningsresultater. Noe som eksemplifiserer dette var: «Før har jeg bare lest ting og tenkt at det er sikkert greit». I intervjuet ble det diskutert at det var vanskelig å vurdere forskning. En mente at i vurderingen av en artikkel lå også vurderingen av kilden. «Har ikke

funnet den i et ukeblad, er blitt bevisst på type artikkel. Vet nå hva jeg kan stole på ... det er en forskjell fra før, en ny tenkning. Men har nå lært å bli kritisk, spørre meg selv om det jeg leser er holdbart». Om verdien av å bruke sjekklister sa en: «Sjekklister er et verktøy for livet». Spørreskjema bekreftet at kjennskap til sjekklister var økt.

Deltakerne var blitt mer bevisst på viktigheten av å vurdere hva slags type informasjon de fant og hvilken kvalitet den hadde og relevansen for problemstillingen deres. Et sitat som belyser dette er: «Først når en artikkel er blitt skummet litt sånn at den ser bra ut leser jeg innholdet». Andre holdpunkter for å vurdere holdbarheten av artikler som ble pekt på var å sjekke abstraktet, se om problemstillingen var klar, vurdere utvalget og se om tidsskriftet var anerkjent. En etterlyste mer kunnskap om statistikk. Et sitat som belyste dette var: «I systematiske oversiktsartikler er det diamanter (som angir konfidensintervall). Når den ligger på 0,8, hvor pålitelige er resultatene da?» Deltakerne mente at vanskelig engelsk var en hindring, men en oversettespenn hadde vært til uvurderlig hjelp. En av rapportene viste eksplisitt at artiklene ble vurdert ved hjelp av sjekklister tilpasset studiens design, selv om ikke alle spørsmålene i sjekklisten ble besvart. I begge rapportene refereres det til artiklene de hadde funnet, hensikten med artiklene og forskningsresultatene. De skilte mellom fagartikler, originalartikler, systematiske oversiktsartikler og retningslinjer. Noen deltakere fant artikler som var i strid med deres egne erfaringer. I diskusjonen kom det fram hvor utfordrede og viktig det var å la erfaring prøves mot ny kunnskap.

## DISKUSJON

### Hvordan deltakerne ble klar over behovet for informasjon

Fall som tilleggstraume hos eldre og pålitelig kartlegging av økt selvmordsfare, var aktuelle utfordringer. Selv om studentene ikke hadde vært i de aktuelle avdelingene før prosjektet, støttet de valgene av tema med utgangspunkt i sykepleiernes erfaringer. Man kan tenke seg at det er mer motivende å finne forskning som enten bekrefter sykepleiepraksis eller kan bidra til å forbedre den, framfor å arbeide med utgangspunkt i et vilkårlig tema presentert i et klasserom. Dette stemmer med studier om økt utbytte av opplæring som tar utgangspunkt i virkelige problemstillinger (20, 23-26). Et mulig utbytte av å reflektere over de kliniske problemstillingene sammen, kan være at teori og praksis ble integrert (26-28).

### Hvordan deltakerne fant informasjonen

Intervjuene beskriver at deltakerne oppdaget hvor mye forskning som er tilgjengelig på elektroniske databaser. Spørreskjemaene viste naturlig nok en økning i bruk av elektroniske oppslagsverk. Publiseringen av nye forskningsartikler er stor, men kvaliteten er varierende. Deltakerne viste at de ble klar over dette og uttrykte en viss kompetanse i å lete i databaser. I første omgang er det ønskelig at sykepleiere så vel som studenter skal bli kompetente brukere av forskning. Det å finne de beste forskningsresultatene er derfor helt essensielt. Ved prosjektstart var deltakerne ganske trygge på å formulere kliniske problemstillinger. Derimot hadde de liten kjennskap til søkestrategien PICO. PICO er beskrevet og anbefalt som en måte å effektivisere litteratursøk på i medisinsk sammenheng allerede fra 1993 (37), og

senere i anerkjent sykepleielitteratur (38). Deltakerne lærte å bruke PICO og vurderte den som et godt verktøy. Vinje (39) fremhever i sin doktoravhandling at når de ytre betingelser ikke er lagt til rette for å realisere offentlig gode hensikter, kan dette disponere for symptomer på utbrenthet. Kunnskapsbasert praksis er en slik god hensikt. Deltakerne i vårt prosjekt ble gitt tid, tilgang til Internett, kompetente veiledere og de fikk et nært samarbeid med bibliotekar. Annen forskning bekrefter at disse faktorene er viktige (5-7).

### Hvordan ble informasjonen vurdert?

Ved prosjektstart hadde deltakerne stor tillit til fagstoffet de leste og de hadde ikke den samme kritiske holdningen som ved avslutningen av prosjektet. Mange sykepleiere er lite kritiske til informasjon ifølge Jutel (14). En gjengs oppfatning er at det er vanskelig å vurdere forskningsresultater (13-14). Det uttrykte også deltakerne. Men det var stor begeistring over å bruke sjekklister som et hjelpemiddel til å vurdere forskning. Spørsmålet er imidlertid hvordan deltakerne brukte sjekklisene. Det er nærliggende å tro at disse ble brukt på en teknisk måte ved å sjekke hver artikkel opp imot konkrete kriterier i sjekklisten. En slik vurdering kan bli utilstrekkelig når det gjelder å konkludere om hvilken verdi en forskningsartikkel har (14). Til tross for dette er det svært tilfredsstillende at deltakerne brukte sjekklisene for å vurdere forskningen systematisk. I tillegg kom det fram at bruken av sjekklisene førte til en oppdagelse av at det var viktig å stille seg kritisk til det de leste og at de fikk et økt behov for å lære mer om forskning. Deltakerne mente at både det vitenskape-

lige og engelske språket var en utfordring, noe som er i samsvar med tidligere studier (7, 10-12). En digital oversettelsespenn ble anbefalt av en av deltakerne for å forenkle lesing av engelske artikler.

### STUDIENS BEGRENSNINGER

Datagrunnlaget var fra tre ulike kilder. Ved å kombinere disse validerte vi funnene. I fokusgruppeintervjuet var det frafall av to deltakere fra samme gruppe. Vi antar at fokusgruppeintervjuet derfor ikke ble like representativt for denne gruppen som for den andre. Deltakernes kjennskap til forfatterne kan ha påvirket deres svar i intervjuet. Spørreskjemaet var utarbeidet av forfatterne og ikke validert på forhånd. Listen som knyttet koder på spørreskjemaene til navn, ble destruert av 3. person for tidlig ved en feil. Det var derfor umulig å skille mellom sykepleiere og studenter og mellom gruppene. Vi mistet en god del data ved ikke å skrive notater fra veiledningen i gruppene. Studiens generaliserbarhet er lav grunnet utvalgets størrelse.

### KONKLUSJON

Funnene tyder på at intervusjonen synes å ha ført til økt kompetanse i å finne og vurdere forskning både for sykepleiere og studenter. Prosjektet krevde sju arbeidsdager per deltaker, hvilket er en relativt begrenset satsning. To fagdager og ti veiledningstimer med to veiledere var også overkommelig ressursbruk. I ettertid antar vi imidlertid at en veileder hadde vært nok. Rekrutteringen av sykepleiere var overraskende vanskelig. Det er mulig at prosjektet ble opplevd som en ekstra arbeidsoppgave, eller for tidkrevende.

Forslag til videre studier kunne

vært å gjøre intervusjonen i et større utvalg. I fokusgruppeintervjuet diskuterte deltakerne ulike utfordringer med å implementere

ny kunnskap i avdelingen. Dette kan være et aktuelt fokus i en senere studie.

*Takk til fagavdelingen i Norsk*

*Sykepleierforbund som ga deltakerne arbeidsboken Å arbeide og undervise kunnskapsbasert (1) for den var i salg.*

## REFERANSER

- Norsk Sykepleierforbund.** Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN'S etiske regler. Oslo: Norsk sykepleierforbund; 2007.
- Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM.** Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2007.
- Nasjonal helseplan 2007–1010. Sect. kap. 6 (2006–2007).
- Tanner A, Pierce S, Pravickoff D.** Moving the nursing information agenda forward. Computers, Informatics, Nursing. 2004;22:300–2.
- Hommelstad J, Ruland CM.** Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use. AORN Journal. 2004;79:621–34.
- Andersson N, Jylli L, Kajermo KN, Klang B.** Nurses in paediatric care – self-reported professional self and perceived research utilization. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2007;21:426–33.
- Brown CE, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D.** Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. Journal of Advanced Nursing. 2009;65:371–81.
- Mott B, Nolan J, Zarb N, Arnison V, Chan R, Codner T, Casey T, Jenkins B, Ulrych G, Blackburn C, Glanfield L, Halcomb E, Davidson PM.** Clinical nurses' knowledge of evidence-based practice: constructing a framework to evaluate a multifaceted intervention for implementing EBP. Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession. 2005;19:96–104.
- Segesten K.** Evidence-based educational strategies for evidence-based nursing – a literature overview. Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden. 2004;24:44–7.
- Sheriff S, Chaney S.** Teaching strategies. Active participation in a research study: a teaching strategy. Nurse Educator. 2006;31:53–6.
- Nylund B.** Studentforskeren. Sykepleien Forskning. 2009;17.
- Kajermo KN.** Research utilisation in nursing practice: barriers and facilitators. Stockholm: Karolinska Institutet 2004.
- Cheek J, Doskatsch I.** Information literacy: a resource for nurses as lifelong learners. Nurse Education Today. 1998;18:243–50.
- Jutel A.** Beyond evidence-based nursing: tools for practice. Journal of Nursing Management. 2008;16:417–21.
- Löfmark A, Thorell-Ekstrand I.** Evaluation by Nurses and Students of a New Assessment Form for Clinical Nursing Education. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2000;14:89–96.
- Espelund V, Indrehus O.** Evaluation of students' satisfaction with nursing education in Norway. Journal of Advanced Nursing. 2003;42:226–36.
- Kessenich CR, Guyatt GH, DiCenso A.** Teaching nursing students evidence-based nursing. Nurse Educator. 1997;22:25–9.
- Coomarasamy A, Khan KS.** What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. British Medical Journal. 2004;329:1017–9.
- Schulte SJ.** Integrating information literacy into an online undergraduate nursing informatics course: the librarian's role in the design and teaching of the course. Medical Reference Services Quarterly. 2008; 27:158–72.
- Morgan PD, Fogel J, Hicks P, Wright L, Tyler I.** Strategic enhancement of nursing students information literacy skills: interdisciplinary perspectives. ABNF Journal. 2007;18:40–5.
- Bradley P, Nordheim L, Innvær S, Thompson C.** A systematic review of qualitative literature on educational interventions for evidence-based practice. Learning in Health & Social Care. 2005;4:89–109.
- Landers MG.** The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. Journal of Advanced Nursing. 2000;32:1550–6.
- Gulbrandsen A, Forslin J.** Helhetlig læring: veier til utvikling hos voksne i utdanning og arbeidsliv. [Oslo]: Tano Aschehoug; 1997.
- Thomson MA.** Closing the gap between nursing research and practice. Evidence Based Nursing. 1998 January 1998;1:7–8.
- Ciliska D.** Evidence-based nursing: how far have we come? What's next? Evidence Based Nursing. 2006 April 2006;9:38–40.
- Jacobsen H.** Mer enn et tastetrykk unna: sykepleierstudenter mangler informasjonskompetanse. Tidsskriftet Sykepleien. 2005;93:62–3.
- Solberg J, Pettersen S.** «Amerikanske forskere har rapportert» Sykepleierstudenters evne til å etterlyse vitenskapelig informasjon. Tidsskriftet Sykepleien. 2004;92:59–61.
- Rosenfeld P, Salazar-Riera N, Vieira D.** Piloting an information literacy program for staff nurses: lessons learned. Computers, Informatics, Nursing. 2002;20:236–43.
- Trangbæk A, Bønlokke M, Kobow E, Frederiksen K.** Development of nursing students' information literacy in clinical placement. Klinisk Sygepleje. 2008;22:67–77.
- Mattila L, Eriksson E.** Nursing students learning to utilize nursing research in clinical practice. Nurse Education Today. 2007;27:568–76.
- Helgesen R.** Forskning i bruk. Sykepleien. 2007;95:58–9.
- Graverholt B, Nortvedt MW, Ruud L.** Evalueringsrapport «kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis». Bergen: Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis 2007 Contract.
- Ramian K.** Casestudiet i praksis. Århus: Academica; 2007.
- Grønmo S.** Samfunnsvitenskapelige metoder. Bergen: Fagbokforl.; 2004.
- Lerdal A, Karlsson B.** Fokusgruppeintervju brukes i økende grad i kliniske forskningsstudier innen helsefag. Sykepleien Forskning. 2008;3:172–5.
- Kvale S.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1997.
- Oxman A, Sackett D, Guyatt G.** Users' guides to the medical literature. I. How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada. JAMA. 1993;270:2093–5.
- Melynk BM, Fineout-Overholt E.** Evidence-based practice in nursing & health care: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- Vinje HF.** Thriving despite adversity: job engagement and self-care among community nurses. Bergen: Department of Education and Health Promotion, Faculty of Psychology, University of Bergen; 2007.

# Vi må lære å søke etter kunnskap

› Informasjonskompetansen blant lærere varierer.

Foto: Erik M. Sundt



**Av Jonas Wøien Olsen**  
Student

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Hvis den moderne sykepleiens mål er å legitimere informasjonskompetanse og validere kunnskapsbasert sykepleie, trenger vi sykepleiere med god kunnskap i erfaringsbasert-, forskningsbasert- og brukerkunnskap. Skal kunnskapsbasert praksis (KBP) legitimeres som faglig verktøy må lærere forstå formålet med den, og sykepleie som et akademisk respektert fag vil bestå.

Undersøkelsen til Undheim m.fl. er fra 2003 og jeg tør påstå at studenter har blitt bedre til å vurdere forskning. Dette på grunn av den teknologiske utviklingen som har gjort oss stadig mer avhengig av internett og pc. Jeg må videre si at det er litt vanskelig å kjenne seg helt igjen i undersøkelsen.

Artikkelforfatterne hevder at studien vurderer sykepleiere og studenters informasjonskompetanse hver for seg, men de har ikke gjort et tydelig skille mellom studenter og sykepleiere i resultatdelen og diskusjonen. Det vil være naturlig å tro at det er en

forskjell mellom disse to gruppene. Spørsmålenes relevans kan også diskuteres fordi studentene ennå ikke var kommet ut i den aktuelle praksis og på grunn av den eksisterende forskjellen i erfaring mellom sykepleier og student.

Jeg er 3. årsstudent og mener informasjonskompetanse og Kunnskapsbasert praksis har alt for liten plass i studiehverdagen. Min erfaring er at det er varierende kunnskap om informasjonskompetanse blant lærerne. Lærerne bruker ofte case når de underviser. Mange lærere er godt faglig oppdatert, men har undervist i lang tid uten selv å ha vært i praksis. Slik kan caseundervisning gi et urealistisk bilde av hva som møter studenten i praksis. Årsaken til at denne undervisningsformen ikke er attraktiv er at den oppleves «for» teoretisk og praksisfjern. Undervisningen er basert på at man bruker søkeord som bygger på temaer få studenter har interesse for eller kunnskap om.

Høyskole og praksissted bør derfor samarbeide om å belyse kliniske problemstillinger både for student og lærer.

Behovet for mer informasjon i praksis blir tydelig for meg når jeg reagerer på praksis, og når jeg observerer forskjeller mellom teori og hva sykepleiere faktisk gjør i praksis. Behovet for egen informasjonskompetanse oppstår når praksisveileder finner søkeord tilfeldig og overlater til studenten å fortsette med søket ut ifra det spesielle temaet de ønsker informasjon om.

Når jeg skal søke etter informasjon i praksis benytter jeg meg som regel av kolleger eller veiledere på praksisstedet, altså fagpersonell som er avhengig av og vant til å søke etter informasjon og kunnskap. Jeg vurderer først og fremst informasjonen etter kredibilitet: hvor stort avvik eksisterer mellom teori og praksis.

Les artikkelen på side 54





Foto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Studiens bakgrunn:** Stortinget har vedtatt at alle landets distriktspsykiatriske sentre (DPS) innen 2008 skal opprette ambulante akutteam for personer over 18 år. Teamene skal bidra til økt tilgjengelighet, rask hjelp og økt brukerinvolvering i tjenestetilbudet.

**Hensikt:** Å kartlegge antallet etablerte ambulante akutteam i Norge i januar 2010, samt de mest sentrale arbeidsmåtene i teamene.

**Metode:** Materialet ble samlet inn gjennom en telefonkartlegging til alle landets distriktspsykiatriske sentre i januar 2010.

**Resultater:** 51 av landets distriktspsykiatriske sentre har team (n=76). Av de 25 som ikke har vil seks etablere team i løpet av 2010. Det er stor grad av variasjon i tjenestetilbud og arbeidsmåter. De fleste teamene har åpningstid bare på dagtid med noen utvidelser på kvelder og i helger. De fleste team disponerer krisesenger,

samarbeider aktivt med pårørende, drar hjem til brukere og tar direkte imot henvendelser.

**Konklusjon:** De helsepolitiske målsettingene som er vedtatt i relasjon til opprettelsen av ambulante akutteam er bare delvis innfridd. En tredjedel av landets DPS'er har ennå ikke etablert slike team. For å realisere de helsepolitiske og faglig målsettingene kan en faglig veileder for «best practice» utredes, utprøves og evalueres.

## ENGLISH SUMMARY

### Crisis Resolution Home Treatment Teams in Community Mental Health Centres – a survey.

**Background:** A government resolution in 2008 set a target for all community mental health centres to implement crisis resolution home treatment teams for the adult population. The objective of the teams were to provide availability and access, improved quality and better use of resources and expanded user involvement in mental health crisis services.

**Objective:** A survey over the establishment of Crisis Resolution Home Treatment Teams in Norway in

January 2010, and some of the central practices in the teams.

**Methods:** The material collected from all community mental health centres in Norway in January 2010 through a telephone survey.

**Results:** Fifty-one of the community mental health centres in Norway have implemented teams (n:76). Out of the 25 centres without teams established, 6 plan to do so in 2010. There is comprehensive variation in service organization and clinical practice. Most teams offer services only during the daytime with some extension to afternoons and weekends. Most teams have crisis

beds, emphasize collaboration with family members, meet patients at home and accept referrals directly (without referrals from GP).

**Conclusion:** It is questionable to which extent the health-political target of introducing crisis resolution home treatment teams is fulfilled. Still, 25% of the Community Mental Health Centres have not established the teams. Best practice guidelines for crisis resolution home treatment teams are strongly recommended for implementation and evaluation.

**Key words:** mental health care, crisis resolution teams, home treatment, mental health crisis, survey.

En kartleggingsstudie:

# >> Ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre

Forfattere **Bengt Karlsson,**  
**Marit Borg og Hege Sjølie**

## NØKKELORD

- Psykisk helse
- Psykisk lidelse
- Krise
- Kartlegging

## BAKGRUNN

I de senere år har modeller for ambulante tjenester blitt etablert i psykisk helsevern, der hensikten er å tilby lokalbasert hjelp i folks nærmiljø. Dette gjelder krisehåndtering, rehabilitering og langtidsoppfølging (1,2). Ambulante akutteam er et slikt tilbud. Stortinget har vedtatt at alle landets distriktpsikiatriske sentre skal opprette slike team innen utgangen av 2008 (3,4). Teamenes primære målgruppe er voksne personer over 18 år som opplever en akutt psykisk krise og ber om hjelp fra teamet. Det kan være mennesker i akutte kriser som opplever suicidalitet, psykisk smerte og kaos samt familie- og sosiale problemer. Teamene skal skape et mer helhetlig og tilgjengelig behandlingstilbud

som ivaretar pasienters opplevelse av integritet og selvfølelse (3). Nye samarbeidsformer skal utvikles i pasienters lokalmiljø med særlig vekt på en kontekstuell forståelse av psykisk krise og hjemmebehandling. For utdypende lesning om arbeidsformer i ambulante akutteam, se (5,6). Opptappingsplanen for psykisk helse (7) ble vedtatt av et enstemmig Storting og gjaldt for perioden 1998 til 2009. Opptappingsplanen innebar en sterk økning av offentlige bevilgninger til psykiske helsetjenester. Like viktig var politikernes påpekning av å utvikle humane tjenester både i form og innhold. Stortinget vedtok et syn på mennesket og psykisk helse som skal være styrende for all virksomhet i arbeidet med psykisk helse. Det skulle legges til grunn et helhetlig menneskesyn hvor alle sider spiller inn inkludert personens psykiske helse. Det er en person i kontekst som erfarer psykisk uhelse, og det viser seg på flere områder enn bare det biologiske eller det sosiale.

Artikkelforfatterne arbeider i forskningsprosjektet «Krisehåndtering og hjemmebe-

handling i lokalbasert psykisk helsearbeid». Prosjektets hovedmål er å utforske forståelser og arbeidsmetoder i et nyetablert team, samt pasienterfaringer med psykisk krise og med teamets tjenester (5). Gjennom tre delstudier utvikles forskningsbasert kunnskap om kriseerfaringer, kriseintervensjon og hjemmebehandling. Kravene til kvalitet i psykisk helsetjenester har nødvendiggjort behovet for utvikling av flere og bedre tilpassede forskningsbaserte evalueringstudier (8,9). Særlig pekes det på behovet for å måle effekten av nye modeller

### Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at det er betydelige forskjeller på hvorvidt distriktpsikiatriske sentre i Norge, i tråd med Stortingets vedtak, har etablert ambulante akutteam for personer over 18 år.

### Mer om forfatterne

Bengt Karlsson er psykiatrisk sykepleier, dr.polit H. Professor, Marit Borg er ergoterapeut, PhD og professor. Hege Sjølie er cand. polit. Alle er ansatt ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag. Kontakt: [bengt.karlsson@hibu.no](mailto:bengt.karlsson@hibu.no)

for akutte tjenester, med vekt på bedre behandling av psykiske kriser (1,2). Det var ingen faglig høring eller gjennomførte prosesser med kunnskapsstatus, forut for beslutningen i 2005 om å etablere ambulante akutteam ved alle landets distriktspsykiatriske sentre innen 2008 (1,2). I helsepolitiske føringer

ringen av ambulante akutteam i Norge og sentrale elementer i deres faglige profiler og arbeidsmåter.

#### METODE

##### Materiale

Materialet består av systematisk innhentet informasjon om ambulante akutteam som er eta-

samlingen forgikk i uke 4 (25.–29. januar) i 2010 og syv forskere var knyttet til prosjektet «Krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalbasert psykisk helsearbeid». En felles prosedyre for telefonintervjuet var utarbeidet. Informantene var enten teamleder, fagperson, eller merkantilt ansatt i teamet eller ved det distriktspsykiatriske senteret. Svarprosenten var 100 prosent. Tre resultatområder ble identifisert: tilgjengelighet av ambulante akuttjenester, forekomst og bruk av krisesenger og muligheter for ambulant arbeid, og mobilisering av familie- og nettverk.

#### RESULTATER

I 2006 var det 76 distriktspsykiatriske sentre i landet (11), og i 2010 har dette tallet økt til 79. Ved gjennomføring av telefonstudien er det totalt 79 distriktspsykiatriske sentre som kunne ha opprettet ambulante akutteam. Telefonintervjuene viser at tre distriktspsykiatriske sentre har samordnet organiseringen av ambulante akutteam med et annet distriktspsykiatrisk senter. Dette medfører at det totale antallet informanter i denne undersøkelsen er 76. Det totale antallet distriktspsykiatriske sentre som har opprettet ambulante akutteam er 51, mens 25 ikke har opprettet team enda (N=51). Av de 25 som ikke har opprettet team, er det seks distriktspsykiatriske sentre som planlegger oppstart av ambulante akutteam i løpet av 2010.

#### Tilgjengelighet

I denne studien omhandler tilgjengelighet både tidspunkt på døgnet teamet kan kontaktes og hvem som kan kontakte det. Undersøkelsen skiller mellom åpningstider på hverdager og

## ” Krisesenger representerer forskjellige former for tilbud om innleggelse.

(3) defineres det fem sentrale mål i utviklingen av tjenestetilbudet: 1. Bedre tilgjengelighet og lik tilgang uavhengig av bosted, 2. Bedret kvalitet og lik behandling uavhengig av bosted, 3. Bedret samhandling og kontinuitet i akuttjenestene, 4. Bedre ressursutnyttelse og 5. Brukervennlige tjenester ved geografisk nærhet og brukerinvolvering i egen behandling.

#### HENSIKT

Erfaringskonferanser i 2008 og 2009, for de den gang etablerte ambulante akutteamene, dokumenterte at det var usikkerhet både i forhold til hva som var god praksis innen fagområdet og til antallet team som faktisk var etablert. Konferansene viste stor variasjon når det gjaldt faglig profil og arbeidsmåter knyttet til tilgjengelighet, bemanning, arbeidsoppgaver, åpningstider, samarbeid med kommunehelse-

blert ved distriktspsykiatriske sentre i Norge. Informasjonen som ble etterspurt er knyttet til følgende områder; hvorvidt det er etablert ambulante akutteam eller ikke, gjeldende opptaksområder, teamets åpningstider, aktuelle bakvaktordninger, hvor fagpersonene vanligvis møter brukere, tilgjengelighet til krisesenger, samarbeid med pårørende og henvisningsrutiner. Der det er opprettet team ble dato for dette etterspurt. Videre er tidspunkt for planlagt opprettelse av ambulante akutteam dokumentert der dette foreligger.

#### Metode

Studien ble utført ved telefonintervju til samtlige distriktspsykiatriske sentre i Norge. Telefonintervju ble valgt som metode for å gjennomføre kartleggingsundersøkelsen raskt, sammen med ønsket om

## ” Pasienters pårørende skal i så stor grad som mulig inviteres inn i behandlingssamarbeidet.

tjenesten og disponering av krisesenger. Hensikten med denne studien er å kartlegge og systematisere kunnskap om etable-

en høy svarprosent. Et strukturert spørreskjema med seks lukkede hovedspørsmål ligger til grunn for studien. Datainn-



i helg og høytider. Alle de 51 teamene har åpent på dagtid hverdager. Av disse er det 21 team som i tillegg har åpent på kveld hverdager. Videre har ett av teamene tilbud om natten, altså «24/7» slik anbefalingen fra Sosial- og helsedirektoratet tilsier (3). Når det gjelder åpningstider i helg og høytider svarer 21 team at de har åpent i helger og høytider, mens 30 opplyser at de ikke har det. Det samlede bildet av åpningstider viser at tre team har åpent på dagtid hele uken, altså inklusive helg og høytider. 27 team har åpent på dagtid men ikke i helg og høytider. 17 team opplyser at de har åpent dag og kveld på hverdager og i helg og høytider. Tre team har åpent dag og kveld på hverdager, men ikke i helg og høytider. Ett team har åpent 24 timer i døgnet både hverdag, helg og høytider. Hovedvekten i materialet ligger på team som har åpent dag og kveld på hverdager, men ikke i helg og høytider (27) og team som har åpent dag og kveld både hverdag, helg og høytider (17). Samlet utgjør disse to gruppene 44 team. På spørsmål om de har en bakvaksordning når teamet ikke er tilgjengelig svarer 31 team at det har de, mens 20 team ikke har det.

Henvvisning til ambulant akutteam kan enten gjøres ved direkte henvvisning eller ved henvvisning fra offentlig instans. Direkte henvvisning innebærer i denne sammenheng at enhver kan kontakte teamet ved bekymring. Dersom det skulle vise seg å være behov for det, så innhentes henvvisning fra offentlig instans i etterkant. Henvendelsen kan da komme fra bruker, pårørende eller andre instanser. I alt 34 team tar imot direkte henvisninger,

mens 17 team krever henvvisning fra offentlig instans. Det som refereres til som offentlig instans kan da være fastlege, legevakt eller annen psykisk helsetjeneste.

### Krisesenger

En del av teamene disponerer på ulike måter krisesenger. Krisesenger representerer forskjellige former for tilbud om innleggelse. Det kan handle om krisesenger i en post ved det distriktspsykiatriske senteret, som bare teamet disponerer til innleggelse for pasienter de vurderer har behov for døgntilbud. Det vil si at sengene ikke benyttes dersom teamet ikke har behov for dem. Andre steder kan teamet ha avtale med en post om at brukere som er til behandling hos teamet, skal



Det at teamet skal arbeide ambulant innebærer at de skal reise hjem til pasienten.

prioriteres og legges raskt inn på posten dersom teamet ber om det. Av teamene er det 33 team som oppgir å disponere krisesenger, mens 18 team ikke disponerer slike. Antall krisesenger som disponeres ligger mellom en og åtte. I det samlede materialet er det ni team som disponerer to senger hver, og to team disponerer syv og åtte senger. Antallet varierer sterkt. Gjennomsnittlig disponerer teamene tre krisesenger hver. Hovedvekten av teamene, 21 stykker, disponerer mellom en og fire krisesenger hver. Et av spørsmålene omhandler hvor ofte teamet bruker krisesengene de disponerer. 12 team oppgir at krisesengene brukes daglig, ti oppgir at de brukes ukentlig, ti svarer månedlig og ett team svarer ikke på dette spørsmålet.

### Ambulant nettverksorientering

To sentrale helsepolitiske føringer for de ambulante akutteamene er at de skal arbeide nettverksorientert og ambulant (3). Det å jobbe nettverksorientert innebærer at pasienters pårørende i så stor grad som mulig skal inviteres inn i behandlingssamarbeidet. Samarbeidet med pårørende blir kartlagt ved spørsmål om teamet ofte samarbeider med pårørende, og om hvorvidt pårørende var med i siste samtale. Her svarer 38 team at de samarbeider hyppig med pårørende, 11 team svarer at de av og til samarbeider med pårørende, mens to team svarer at de sjelden gjør det. På oppfølgings spørsmål om hvorvidt pårørende var til stede i siste

samtale er det 23 team som svarer ja og 28 team som svarer nei.

Det at teamet skal arbeide ambulant innebærer at de skal reise hjem til pasienten og møte ham eller henne på vedkommendes hjemmearena. Erfaringskonferansene for de ambulante akutteamene i 2008 og 2009 har vist at dette praktiseres svært ulikt. Enkelte team har en faglig forståelse om at det er viktig å møte pasientene hjemme og har dette som sin vanlige behandlingsform. Andre team arbeider primært i teamets kontorer eller base. Det er betydelig variasjon i hvorvidt teamene i hovedsak gjør sine vurderinger og ivaretar behandlingstilbudet på teamets base, hjemme hos pasienten eller andre steder som måtte egne seg. På spørsmål om hvor teamet møter pasienten hyp-

pigst svarer 31 team hjemme hos pasienten og 20 team svarer på teamets base.

## DISKUSJON

Ved inngangen til 2010 er det to tredjedeler av landets distriktspsykiatriske sentre som har opprettet ambulante akutteam. Stortinget vedtok i 2005 at det 76 slike team skulle vært etablert ved utgangen av 2008.

## ” Studien viser at de fleste teamene kun arbeider på dagtid.

Ved undersøkelsestidspunktet er det fortsatt 25 distriktspsykiatriske sentre som har valgt ikke å etablere slike team. Det er noen forhold vi mener det er viktig å drøfte i tilknytning til dette. For det første ønsker vi å peke på noen sammenhenger som kan forklare variasjonen i opprettelse av ambulante akutteam i Norge. For det andre er det interessant å diskutere om teamenes arbeidsform faktisk bidrar til økt tilgjengelighet for pasientene slik intensjonen med ambulante akutteam ble beskrevet. For det tredje mener vi det har betydning å reflektere over hvordan ønsket om utvidede ambulante tjeneste og større involvering av pårørende, er ivaretatt.

Vedrørende variasjonen i opprettelse av akutteam kan en mulig forklaring være Stortingets mangelfulle begrunnelse og forankring i faglig og

implementering og utvikling av teamene. Det er med rette blitt etterspurt forskning og vitenskapelig dokumentasjon av effekten av ambulante akutteam. Både i hvilken grad teamenes arbeidsformer har medvirket til å redusere innleggelser i sykehus, og bedret kvaliteten ved ambulante akutteam for pasientene (1,2,12). Noen internasjonale

studier peker særlig på det forhold at teamenes gatekeeping-funksjon er avgjørende når en skal evaluere en mulig reduksjon av innleggelser og bedret tjenestekvalitet (13,14). Gatekeeping-funksjonen betyr at ingen pasienter får tilbud om innleggelse uten at de har vært vurdert av et ambulante akutteam. Modeller som innebærer en vei inn til akutteam er svært avgjørende i forhold til bruken av innleggelser og ønsket om reduksjon av disse (13,14).

Funnene i vår studie kaster også lys over en vesentlig side hva utvikling og implementering av nye tjenestetilbud i praksis angår. Det kan være grunn til å spørre seg om «bottom-up» eller «top-down» er den mest egnede strategi for tjenesteutvikling og endringsprosesser. Er tjenesteutviklingens vilkår best ivaretatt gjennom vedtak i

felt føler seg forpliktet til å virkeliggjøre demokratisk fattede vedtak? Undersøkelsens resultat viser at en tredjedel av landets distriktspsykiatriske sentre fortsatt ikke har etterfulgt Stortingets vedtak om etablering av ambulante akutteam. Dette kan betraktes som uttrykk for et demokratisk underskudd i psykisk helsefeltet – at et Stortingetsvedtak nødvendigvis ikke trenger å bli etterfulgt. På den annen side kan de distriktspsykiatriske sentres valg forstås som en rettmessig faglig skepsis mot å implementere et nytt tjenestetilbud som savner vitenskapelig begrunnelse. Det har ved flere anledninger blitt reist spørsmål ved hvorvidt de ambulante akutteamene kan forsvarer faglig i forhold til de oppgaver de skal løse ved å møte personer i psykisk krise (1,2,12). Ved å legge en systematisk vitenskapelig kunnskapssammenstilling til grunn for innføring av ambulante akutteam, kunne man muligens sikret større tillit til implementering av de samme teamene. På den måten kunne man oppnådd større lojalitet til det demokratiske fattede vedtak.

En sentral målsetting med ambulante akutteam er økt tilgjengelighet av tjenester for innbyggere som opplever psykiske kriser. Det har også vært understreket ivaretagelse av likeverdig behandling av samme tilstand uavhengig av bosted i landet. Studien viser at de fleste teamene kun arbeider på dagtid. Noen få har utvidet åpningstid til kveld og i helger. Bare ett team har døgnåpent alle dager i uken. Siden ordningen med ambulante akutteam i stor grad er inspirert fra Storbritannia og Finland, er det interessant å sammenligne med noen forhold

## ” Det er stor variasjon i de etablerte teamenes profil og arbeidsmåter.

vitenskapelig kunnskapsstatus. Denne mangelfullheten kan ha bidratt til både faglig skepsis og motstand når det gjelder

Stortinget som skal være direkte styrende for praksis? I hvilken grad er det viktig å undersøke og belyse hvorvidt det kliniske

ved deres praksis. I begge land er det vektlagt en tilgjengelighet på 24 timer i døgnet hele uken (13,14). Et grunnleggende prinsipp er døgnåpne tilbud og gate-keepingfunksjonen som beskrevet over. Vår studie viser at godt over halvparten av teamene (31) har bakvaksordning utenom åpningstid. Når det gjelder hvor hjelpen gis, er det 31 team som fremholder at de primært treffer brukere hjemme. Internasjonale studier (6,13,14) viser at den primære samarbeidsarena er brukerens hjem, og at hjemmebehandling er et sentralt begrep i akuttbehandling. Våre funn kan bidra til en diskusjon om hvorvidt den norske utgaven av ambulante akutteam faktisk bidrar til økt tilgjengelighet og lik tilgang til tjenester uavhengig av bosted. Så langt kan det synes som at teamene gir en økt tilgjengelighet i tjenestetilbudet primært på dagtid, og at tilbudet på kveld og i helger variere med det respektive distriktpsykiatriske senterets akutte tjenestetilbud. Funnene viser også stor variasjon i hvorvidt begrepet ambulant innebærer at teamet drar hjem til personer i krise eller om det er personen(e) som kommer til teamet. Et interessant aspekt ved funnene er også hvem det er som fastsetter hvor man skal møtes. Målsettingen om økt tilgjengelighet for en person i krise, kan innebære at vedkommende ikke er i stand til å reise noe sted eller vil ha det best med å få hjelp hjemme. Retten til medbestemmelse i valg av sted og tidspunkt for møtet med teamet kan ha stor betydning for krisehåndteringen. Et annet område der studien synliggjør fleksibilitet i tilgjengelighet, er at hovedtyngden av teamene tar i mot henvendelser uten krav om

henvisning fra fastlege, legevakt eller andre kommunale helse-tjenester.

Det tredje området vi er opptatt av er hvordan intensjonene om mer ambulant tjeneste og større involvering av familie og nettverk er ivaretatt. Studien viser at to tredjedeler av teamene samarbeider hyppig med pårørende. Funnene er viktige etter som en sentral målsetting med de ambulante akutteamene er å arbeide i et familie- og nettverksperspektiv (3,5,6). Siktemålet er både økt tilgjengelighet og metodisk fleksibilitet, men også ønsket

teamenes profil og arbeidsmåter. Det bør vurderes hvorvidt man skal utvikle retningslinjer for «Best practice» for tjenestetilbudet i teamene eller om man skal akseptere forskjellige og tenke på det som en styrke gjennom kontekstuell tillempling. Videre ser vi stort behov for styrking av forskning innen de ambulante akutteams fagprofiler og arbeidsmåter med særlig vekt på komparative studier knyttet til målsettingene med tjenestetilbudet. En slik forskningstilnærming bør sees i lys av internasjonale studier og forskning, og man bør involvere



En sentral målsetting med ambulante akutteam er økt tilgjengelighet av tjenester for innbyggere som opplever psykiske kriser.

om økt bruker- og pårørende-medvirkning i behandlingssamarbeidet. Kombinasjonen av å møte familien i hjemmet og økt brukerinvolvering sikter mot en samarbeidsarena karakterisert av trygghet, forutsigbarhet og en optimalisert dialog (5,6). Slik kan samarbeidet bidra til å fremme mobiliseringen av ressurser hos personen i krise og nettverket hvor målet er å kunne mestre den aktuelle krisesituasjonen sammen med teamet. Et annet spørsmål er selvsagt om pasienter og pårørende selv i de kliniske situasjoner opplever at de blir sett og hørt og har reell mulighet til medbestemmelse i behandlingsplanlegging.

#### KONKLUSJON

Studien viser at det er betydelige forskjeller på hvorvidt de distriktpsykiatriske sentrene har etablert ambulante akutteam for personer over 18 år. Det er også stor variasjon i de etablerte

klinikere, brukere og pårørende i forskningsutformingen.

Stian Biong, Marthe Eklund, Reidun Stenersen og Monika Gullslett har alle bidratt i design- og datautviklingen av studien.

Denne artikkelen er et resultat av forskningsprosjektet Krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalbasert psykisk helsearbeid (KHHB). Prosjektleder er professor Suzie Kim og professorene Marit Borg og Bengt Karlsson er forskningsledere. Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd i perioden 2007 til 2011. Vi takker ansatte i Vestre Viken HF, Klinikk for psykisk helse og rus, medlemmer av Mental Helse Buskerud og medlemmer av Landsforening for pårørende innen psykiatri i Buskerud for deres deltakelse i og ulike bidrag til forskningsprosjektet.

## REFERANSER

1. **Bergerud T, Møller P, Larsen F, Veenstra M, Ruud T.** Krisepost ved distriktpsikiatriske senter reduserer ikke akuttinnleggelse i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1973-6.
2. **Kolbjørnsrud O, Larsen F, Elbert G, Ruud T.** Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akutt plasser ved sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1991-4.
3. **Sosial- og helsedirektoratet.** «Du er kommet til rett sted ...». Ambulante akutttjenester ved distriktpsikiatriske sentre. Rapport 03/2006, IS-1358, Oslo, 2006.
4. **Ot.prp. nr. 1. (2004-2005).** Statsbudsjettet for budsjettåret 2005.
5. **Karlsson B, Borg M, Kim HS.** From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. Nursing Inquiry 2008;15(3): 206-215.
6. **Johnson S, Needle J, Bindman, JP, Thornicroft G.** Crisis resolution and home treatment in mental health. University Press, London; Cambridge. 2008.
7. **Det Kongelige Sosial- og helsedepartement.** Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. St prp nr 63 (1997-98). 1998.
8. **Fretheim A.** Flere og bedre evalueringer av helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1972.
9. **Pettersen B, Johnsen R.** Legers oppfatning av samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 565-8.
10. **Wenstøp, F.** Statistikk og dataanalyse. Universitetsforlaget, Oslo. 2002.
11. **Sosial- og helsedirektoratet.** DPS i Norge. Psykisk Magasin; november 2006.
12. **Glover G, Arts A, & Babu KS.** Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. British Journal of Psychiatry 2006; 189, 441-445.
13. **Johnson S.** Crisis resolution and intensive home treatment teams. Psychiatry 2007; 6:8, 339-342.
14. **Seikkula, J, Aaltonen, J, Alakare, B, Haarankangas, K, Keränen, J. & Lethinen, V.** Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case studies. Psychotherapy Research 2006; 16 (2), 214-228.

Les kommentaren på side 69 >>

## Les flere anmeldelser på nett



- Alle bokanmeldelser i Sykepleien legges også ut på nett.
- Let og les i vårt bokarkiv på [www.sykepleien.no](http://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.

# Tilbudet må tilpasses lokale forhold

› Antallet brukere det akutte teamet skal betjene, avstander og hvilke andre tilbud som finnes i området, er av vesentlig betydning.

Foto: Erik M. Sundt



**Av Hanne-Tone Haugan**

Psykiatrisk sykepleier, enhetsleder ved Alna DPS, Rehabiliteringsenheten

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen til Karlsson m.fl. ga meg som kliniker i Oslo, oversikt over og status på opprettelse av akutt ambulante team rundt i landet. Det er interessant at teamene er organisert på veldig forskjellig måte med hensyn til åpningstider, organisering og antall ansatte.

Stortinget har vedtatt at akutt ambulante team skulle opprettes ved alle landets distriktpsykiatriske sentre (DPS) innen 2008. Teamene skulle blant annet bidra til økt tilgjengelighet og rask hjelp til brukere av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern.

Når 25 av landets 76 distriktpsykiatriske sentre høsten 2010 fortsatt ikke har etablert akutt ambulante team er ikke målet nådd. Jeg synes det er synd, for dermed er verken tilgjengeligheten bedret eller lik for alle. I tillegg krever 17 av de akutte ambulante teamene at brukerne har en henvielse. Da undrer jeg meg om hvor akutte teamene kan fungere og i hvilken grad tilgjengeligheten er bedret.

Mange brukere og pårørende som trenger hjelp fra tjenestetilbudene i psykisk helsevern, opplever og gir uttrykk for at terskelen til spesialistbehandling er høy.

Jeg traff for kort tid tilbake en pasient som hadde overveid å hoppe fra 13. etasje. Han hadde imidlertid kjennskap til det akutte ambulante teamet tilknyttet hans distriktpsykiatriske senter og henvendte seg direkte dit. Resultatet var rask spesialistvurdering med påfølgende innleggelse i psykiatrisk avdeling. Det å vite at det eksisterer et team med lav terskel for vurdering er forutsigbart og trygghetsskapende, både for pasienter, pårørende og behandlere.

I studiens konklusjon vises det til at det er stor variasjon i de etablerte teamenes profil og arbeidsmåter. Der foreslår forfatterne at det bør vurderes hvorvidt man skal utvikle retningslinjer for «Best practice» for tjenestetilbudet i teamene, eller om man skal akseptere forskjellene.

Jeg spør meg hvor hensiktsmessig det er med en veileder i «Best practice». Etter mitt skjønn må utformingen av tilbudet tilpasses lokale forhold. Jeg tror ikke det er hensiktsmessig at utformingen av tjenestetilbudet i teamene er det samme i Tana som i Bergen. For eksempel hvor mange personer de ulike teamene skal betjene, avstander, andre tilbud til pasienter med psykiske plager og fagfolk i området er av vesentlig betydning.

Studien påpeker manglende forskning og vitenskapelig dokumentasjon av effekten av AAT, og ser behovet for å styrke dette. Og videre – at forskning bør involvere klinikere, brukere og pårørende i forskningsutformingen. Det er av like stor betydning at disse aktører også involveres dersom veileder for «Best practice» skal utredes.

Les artikkelen på side 62





Foto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Hvert år opplever rundt 4000 barn i Norge å bli pårørende når en i nær familie, ofte mor eller far, får kreft. Kreftsykdom hos en av foreldrene kan være en påkjenning for barn og ungdom ved trusselen om tap og ved de endringer i familiens roller og hverdagsliv som følger med sykdom og behandling. Fra januar 2010 er barns selvstendige rett til informasjon styrket gjennom endringer i Helsepersonelloven.

**Hensikt:** Målet med denne litteraturstudien er å gjennomgå eksis-

terende forskning som utdyper og konkretiserer barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft.

**Metode:** Det ble søkt systematisk etter relevant forskningslitteratur i følgende kilder; Joanna Briggs Institute, Evidence Based Nursing, PsycInfo, Medline, Cinahl og Svemed+.

**Resultat:** Til sammen ble 11 enkeltstudier og en oversiktsartikkel inkludert. Studiene synliggjør informasjonsbehovet hos barn og

ungdom innenfor seks områder; barnets forståelse, informasjonens innhold, omfang, timing, informasjonskilder og gjensidig beskyttelse.

**Konklusjon:** Studiene viser at foreldrene er barnas viktigste informasjonskilde. Barn ønsker ærlig og konkret informasjon om sykdom og behandling, inklusiv prognostisk informasjon. Resultatene korresponderer med de nye lovbestemmelsene og føringene som gis i tilhørende rundskriv.

## ENGLISH SUMMARY

**Children's and adolescents' information needs when mum or dad develops cancer – a review of the literature**

**Background:** Every year, about 4,000 children in Norway experiences a family member, often one of the parents, developing cancer. Cancer in a parent can be stressful for children and youngsters because of the threat of loss and changes in family roles and everyday life following the disease and treatment. From January 2010, children's independent right to receive information is strengthened by changes in the Norwegian

Regulations for Health Personnel.

**Objective:** The aim of this study is to review existing research that elaborates and specifies children's and adolescents' information needs when mum or dad develops cancer.

**Methods:** A systematic search for relevant research literature was conducted in the following databases; Joanna Briggs Institute, Evidence-Based Nursing, PsycInfo, Medline, Cinahl and Svemed+.

**Results:** A total of eleven single studies and one review article was included. The studies highlight the

information needs of children and youth within six domains; the child's understanding, the content, timing and extent of the information, sources of information and mutual protection.

**Conclusion:** The studies suggest that the parents are children's most important source of information. Children want honest and specific information about the disease and treatment, including prognostic information. The results correspond with the new regulations and guidelines provided.

**Key words:** Neoplasms, child, adolescent, information, communication.

# >> Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft

Forfattere: **Berit Hofset Larsen**  
og **Monica Wammen Nortvedt**

## NØKKELORD

- Kreft
- Barn
- Ungdom
- Pårørende
- Informasjon

## INTRODUKSJON

Ifølge kreftforeningen opplever rundt 4 000 barn under 18 år i Norge hvert år at en i nær familie får kreft (1). I mange av tilfellene er det en av foreldrene som blir syk. Selv om stadig flere blir friske, eller lever lenge med sin sykdom, er en usikkerhet kommet inn i familiens og barnets verden. Behandlingen kan være langvarig og plagsom, og dessuten innebære perioder med atskillelse på grunn av sykehusinnleggelse. Barn lever i et tett avhengighetsforhold til sine foreldre. Kreftsykdom hos mor eller far kan skape psykososialt stress hos barn og ungdom på grunn av frykt for å miste den som er syk (2), og de endringer i familiens roller, samhandling og hverdagsliv som sykdom og behandling medfører (2,3). Tid-

ligere studier har vist at barn i en slik situasjon opplever et økt omsorgsbehov samtidig som de voksnes omsorgsevne reduseres (4). Ifølge Benner & Wrubel er det å gi og motta omsorg, det som gir tilværelsen mening. De beskriver stress som sammenbrudd i mening, forståelse og normal funksjon (5). Barnets mestringsevne er ifølge deres teori blant annet knyttet til muligheten for å opparbeide ny forståelse. Mye tyder på at informasjon kan redusere stress, og gi økt opplevelse av mestring og kontroll (6,7). De siste årene har det vært et økende fokus på at også barna har behov for informasjon når en nær voksen får kreft. I praksis viser det seg at både foreldre og helsepersonell strever med hvordan man skal møte dette behovet. Mange ønsker råd og veiledning av helsepersonell om hvordan de skal snakke med barna og ungdommene sine (3). Tilbudet som gis til disse familiene i dag kan være fragmentert, og i liten grad satt i system (1). Barns opplevelse av trygghet, tilfredshet og tilstrekkelig omsorg er sterkt knyttet til foreldrenes livssituasjon. Ifølge Helse- og omsorgsdepartemen-

tet må målet være at foreldrene selv, uavhengig av helsetilstand og så langt det lar seg gjøre, ivaretar omsorgen for sine barn og at helsetjenesten bidrar til dette (8).

Fra januar 2010 har barn i Norge fått en styrket rettsstilling som pårørende. Helsepersonell oven ny § 10a lyder; «Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nød-

### Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen viser at barn av kreftpasienter har behov for ærlig og konkret informasjon om foreldrenes sykdom og konsekvenser, og at det beste er om informasjonen blir gitt av foreldrene.

### Mer om forfatter:

Berit Hofset Larsen er klinisk spesialist i sykepleie med videreutdanning i kreftsyrkepleie. Hun er ansatt som spesialsykepleier med fagansvar, Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet og leder i Forum for barn og ungdom som pårørende OUS, Rikshospitalet-Radiumhospitalet. Monica Wammen Nortvedt er intensivsykepleier, professor og leder Senter for Kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Kontakt: berit.hofset.larsen@oslo-universitetssykehus.

vendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand»(1). Den som yter helsehjelp skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn, samtale med pasienten om barnets behov for informasjon eller oppfølging og tilby informasjon og veiledning. I mai 2010 ga Helsedirektoratet ut et rundskriv som omhandler de nye lovbestemmelsene og gir utfyllende kommentarer til hvordan disse skal iverksettes (9). Hensikten med denne litteraturstudien er å styrke helsepersonells handlingskompetanse innen dette området slik at de kan bistå foreldre i å ivareta omsorgen for sine barn. Vi ønsker også å diskutere om Helsedirektoratets anbefalinger i rundskrivet er i tråd med nyere forskning.

Målet med denne litteraturstudien er å gjennomgå eksisterende forskning som utdyper og konkretiserer barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft.

## METODE

Litteratursøk ble gjennomført i februar 2010 etter forskning som beskriver barns og ungdoms informasjonsbehov ved kreftsykdom hos mor eller far, først og fremst ut fra barnets perspektiv, men også fra foreldrenes. Søkene ble gjort i følgende databaser; Joanna Briggs Institute, Evidence Based Nursing, PsycInfo, Medline, Svemed+ og Cinahl. Denne problemstilling etter spør pasient og pårørendes opplevelse og vil derfor i utgangspunktet best kunne besvares ved kvalitative studier. Søket ble imidlertid ikke begrenset til type studie. Det var

ønskelig å inkludere mest mulig oppsummert forskning i tillegg til aktuelle enkeltstudier.

Det ble tilstrebet så lik fremgangsmåte som mulig i de ulike databasene, og følgende emneord ble benyttet; neoplasms, child, adolescent, communication, patient education/client education og information. Hvert emneord ble søkt for seg, og siden kombinert på følgende måte; (exp Communication/) or (exp Patient Education as Topic)/(exp Client Education/) or (patient education\*.mp) or (information\*.mp). Søkesettet ble så kombinert med resultatlisten fra exp Neoplasms/ med bindeordet «AND» for å spisse og målrette søket. I Medline ble søket i tillegg kombinert med emneordet exp Parent-Child-Relations/ med bindeordet «AND». Til slutt ble søket begrenset til aldersgruppen 0–18 år. I Svemed+ ble emneordet «Child of Impaired Parents» inkludert i søket. I Joanna Briggs Institute ble tekstordene cancer, communication og children&youth brukt og kombinert på denne måten; LSU ((CANCER)) AND (LSU ((CHILDREN & YOUTH)) AND LSU ((COMMUNICA-

TION)). Tilsvarende søkestrategi ble valgt i Evidence Based Nursing. Søket ble begrenset til skandinavisk og engelskspråklig litteratur. Vi begrenset søket til studier publisert etter 1998 for å fokusere på nyere forskning. Søket ble kvalitetssikret av bibliotekar ved Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet.

Titlene og sammendragene ble lest og vurdert i forhold til relevans av førsteforfatter. Kriteriene for utvelgelsen av artiklene var at de omhandlet informasjon til barn og ungdom opp til 18 år om kreftsykdom hos en av foreldrene.

Forskning på mindreårige har alltid etiske implikasjoner (10), og særlig når barna er i en sårbar livssituasjon. I de inkluderte studiene er dette tatt hensyn til ved at det er innhentet samtykke fra foreldre og barn.

## RESULTAT

Resultatene fra litteratursøket er fremstilt i tabell 1.

Til sammen ble 11 enkeltstudier og en oversiktsartikkel inkludert. Alle studiene hadde kvalitativt studiedesign. De fleste brukte semistrukturerte individuelle intervjuer som datainnsamlingsmetode (se tabell 2).

**TABELL 1:** Oversikt over antall treff etter litteratursøk

Database/ Tidsskrift	Antall treff	Antall leste sammendrag	Antall inkluderte
Joanna Briggs	2	0	0
Medline	120	28	5
PsycInfo	43 (0-12 år)	5	3
	42(13-17år)	7	3
Cinahl	132 (6-12 år)	18	1
	167 (13-18)	9	2
Svemed+	11	5	1
Evidence Based Nursing	126	2	1



En studie brukte i tillegg fokusgruppeintervju (18), en brukte spørreskjema og fokusgrupper (16), og en lot barna velge om de ville intervjues individuelt eller sammen med søsken (20). I to av studiene var den syke

forelderen eneste informasjonskilde (21, 22). Fem av studiene hadde kun intervjuet barna (11, 14, 16, 18, 20), og fire hadde intervjuet både foreldre og barn (12, 13, 15, 17). I to av studiene ble både den syke og den

friske forelderen intervjuet (13, 15), mens en studie kun hadde intervjuet den friske (12). Antall intervjuede varierte fra 7–68. Oversiktsartikkelen (19) oppsummerer 52 enkeltstudier om hvordan kreftsykdom hos en av

**TABELL 2:** Inkluderte artikler

Forfatter/ Publikasjonsår	Land	Studiedesign	Datasamling	Data- størrelse	Deltakere
Finch A, Gibson F. (2009) (11)	England	Kvalitativ Fortolkende Fenomenologisk	Semistrukturerte intervjuer individuelt	7	Tenåringsbarn, 14–18 år, av kreftpasienter, 4–12 mnd etter diagnose
Forrest G, Plumb C, Ziebland S, Stein A. (2009) (12)	England	Kvalitativ	Semistrukturerte intervjuer individuelt	57	Fedre hvis partner har nydiagnostisert brystkreft(26) og deres barn, 6–18 år (31)
Kennedy VL, Lloyd-Williams M. (2008) (13)	England	Kvalitativ	Semistrukturerte intervjuer individuelt	28	Barn, over 7 år, av pasienter med avansert kreft (11) den syke forelderen (10), den friske forelderen (7)
Bugge KE, Helseth S, Darbyshire Ph. (2008) (14)	Norge	Kvalitativ	Dybdeintervjuer individuelt	12	Barn, 6–16 år, av pasienter med uheldbredelig kreft
Thastum M, Johansen MB, Gubba L, Olesen BL, Romer G. (2008) (15)	Danmark	Kvalitativ	Semistrukturerte intervjuer individuelt	21+ (9 fam)	Foreldre med kreft, ulike sykdomsfaser, den friske forelderen og deres barn, 8–15 år, (21)
Ensy T, Dyregrov K, Landmark B. (2008) (16)	Norge	Kvantitativ Kvalitativ Fortolkende fenomenologisk	Spørreskjema Fokusgrupper	78 11	Barn av foreldre med kreft (58) eller som hadde mistet en forelder i kreft(20). 6–18 år. 42 J/36 G.
Forrest G, Plumb C, Ziebland S, Stein A. (2006)(17)	England	Kvalitativ	Semistrukturerte intervjuer individuelt	68	Mødre med nydiagnostisert brystkreft (37) og deres barn, 6–18 år, (31)
Kristjanson LJ, Chalmers KI, Woodgate R.(2004) (18)	Canada	Kvalitativ	Semistrukturerte Intervjuer (27) Fokusgrupper (8)	31	Tenåringsbarn, 12–20 år, av kvinner med brystkreft i ulike sykdomsfaser
Visser A, Huizinga GA, van der Graaf WTA, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JEHM. (2004) (19)	Nederland	Oversikts- artikkel	Litteraturstudie	52 studier	Studier publisert jan 1980–mars 2004 som omhandler emosjonell, sosial, adferd, kognitiv og fysisk funksjon hos barn av foreldre diagnostisert med kreft
Hilton A, Gustavson K. (2002)(20)	Canada	Kvalitativ	Semistrukturerte intervjuer indivi- duelt eller søsken sammen	11	Barn, 7–21 år, av kvinner med brystkreft behandlet med kjemoterapi siste 2 år
Shands ME, Lewis FM, Zahlis EH.(2000) (21)	USA	Kvalitativ beskrivende	Semistrukturerte intervjuer	19	Mødre med brystkreft med til sammen 30 barn i skolealder, 7–12 år
Barnes J, Kroll L, Bruke O, Lee J, Jones A, Stein A. (2000) (22)	England	Kvalitativ	Semistrukturerte intervjuer individuelt	32	Mødre med brystkreft med til sammen 56 barn i skolealder, median alder 12 år

foreldrene innvirker på barna og familien. Studiene hadde ulike forskningsdesign og fokus. Ikke alle handlet primært om barnas informasjonsbehov, men vi fant allikevel at artikkelen hadde verdifulle bidrag til vårt spørsmål. Fire av enkeltstudiene var inkludert i oversiktsartikkelen. Vi har valgt å inkludere dem også fordi de gir utdypende informasjon. De fleste studiene er gjort på barn av brystkreftpasienter.

I det følgende vil vi presentere resultatene fra studiene ut fra seks aspekter ved barns informasjonsbehov. Ut ifra de inkluderte studiene syntes disse aspektene å være av særlig betydning; barnets forståelse, informasjonens innhold, omfang, timing, informasjonskilder og gjensidig beskyttelse.

## BARNAS INFORMASJONSBEHOV

### Barnets forståelse

Det varierte hvor mye barna hadde fått med seg av den syke forelderens situasjon, men mange hadde mistanke om at noe var alvorlig galt før de ble fortalt om sykdommen (17, 20, 22). Barn i alle aldre var gode til å observere endringer i forelderens helse (17, 22) og til å trekke

mens livstruende natur (11, 17, 20, 21). En del av forestillingene barna hadde var likevel uriktige eller preget av misforståelser (17). Informasjonen barna fikk var tidvis mangelfull. Noen ganger ble informasjonen formidlet på en lite hensiktsmessig måte, for eksempel når barnet var helt uforberedt (15, 17, 19).

Barnas forståelse og reaksjoner hang sammen med alder og modenhet (19), tidligere erfaringer (21), hva andre fortalte dem og hvordan, hva de leste og hørte og hvilke ord som ble brukt (19, 20). Ord som leukemi, klump eller tumor ble for eksempel ikke nødvendigvis assosiert med kreft (11, 17). Tenåringer var ofte mer oppmerksomme på konsekvensene av sykdom og behandling enn yngre barn (19). Barnets oppfatning av sykdommens alvorlighetsgrad, belastning og prognose så ut til å ha større innvirkning på barnas emosjonelle problemer enn objektive sykdomskarakteristikk (19).

### Informasjonens innhold

Alle studiene viste at noe av det barna var mest opptatt av var om forelderens kom til å overleve. Mange ønsket prog-

endringer i den sykes utseende, humør, energinivå og atferd slik at de var forberedt (12, 13, 14, 18). Svært detaljert informasjon på cellenivå kunne være vanskelig for de minste å forstå (17). Mange var forvirret når det gjaldt årsaken til sykdommen (14, 19, 20). Små barn kunne tro at kreft var smittsomt (14), mens andre var bekymret for egen helserisiko på grunn av arvelighet (13, 14, 18).

Barna ønsket å vite hva de kunne vente seg og hva som ville skje med dem og familien (14, 16). Små barn opplevde atskillelse som følge av hospitalisering særlig belastende (15, 17). Enkelte var engstelige for besøk på sykehuset (11, 14), og noen ble skremt av sterke inntrykk som synet av blod eller medisinsk utstyr (17). Mange mente det kunne hjelpe hvis de var forberedt (12, 17).

Noen barn var bekymret for hvordan sykdommen skulle påvirke foreldrenes evne til å fortsette sine familieroller (11, 18, 19). Mange opplevde tap av normale aktiviteter og redusert kontakt med jevnaldrende som en belastning (19). Det var ikke uvanlig at barna hadde skyldfølelse for manglende innlevelse og ønske om å fortsette sitt eget liv (19). Noen kunne også føle ansvar for kreftsykdommen og humørforandringer hos foreldrene (18, 19). En del hadde vanskelig for å forstå seg selv, og opplevde det som god hjelp å få kunnskap om egne reaksjoner, mestringmuligheter (14, 18) og tilgjengelig støtte (13, 14, 16). Noen tenåringer understreket viktigheten av håp uansett alvorligheten av sykdommen (18). En del satte også pris på informasjon om hva som var forventet av dem, og hvordan de kunne hjelpe (14, 18).

## ” Barn ønsker å bli involvert ifra starten når det skjer endringer

slutninger om begge foreldrenes emosjonelle tilstand ut fra endringer i atferd, kroppsholdning, ansiktsuttrykk og atmosfæren i hjemmet (15, 22). Ved manglende informasjon konstruerte barna sine egne forklaringer (17). Mange hadde mer forkunnskaper om kreft enn foreldrene var klar over (17), og de var ofte oppmerksom på kreftsykdom-

nostisk informasjon selv om det kunne gjøre vondt (14, 17, 18). Flere hadde konkrete spørsmål om døden, som når det kunne inntreffe og om det kunne skje plutselig (13, 14). De fleste ønsket ærlig og konkret informasjon om forelderens sykdom og behandling (12, 13, 14, 15, 17, 19). De ønsket å få vite om bivirkninger og forventede

### Informasjonens omfang

Å bestemme hvor mye man skulle si til barna, var vanskelig for mange foreldre (12, 17, 19, 21, 22). Manglende informasjon kunne føre til misforståelser og bekymring (17, 19, 21), mens for stor informasjonsmengde kunne bidra til forvirring, særlig hvis den ikke var tilpasset barnets modenhet (15, 20, 21). Generelt kunne det se ut som barns ønske om informasjon økte med stigende alder (17). Noen ønsket full åpenhet (15). Andre prøvde å begrense informasjonsmengden, og ville at foreldrene skulle si informasjonen for dem (13, 21).

### Timing

Behovet for informasjon varierte med ulike faser av sykdommen (13). De aller fleste ønsket å bli inkludert fra starten (12, 14, 15, 17, 22). Mange opplevde behovet størst rett etter diagnosen og ved endringer i forelderens tilstand, behandlingsopplegg eller prognose. En kritisk tid for mange var ved tilbakefall (13, 14, 18). Tenåringene i en studie satte pris på familiemedlemmer og helsepersonell som var sensitive for deres beredskap til å ta i mot informasjon (18). Kommunikasjon om kreftdiagnosen ble av mange unge sett på som en prosess (11, 18). De syntes å fortolke og gi mening til kreftsykdommen etter hvert som de merket dens innvirkning på deres daglige liv. Behovet for informasjon og støtte var større når forelderen ble sykere (18).

### Informasjonskilder

For de fleste var foreldrene deres viktigste informasjonskilde (11, 12, 13, 18). Noen ønsket også å snakke med helsepersonell eller andre utenfor familien (12, 13). De satte pris på å kunne stille

spørsmål til noen som hadde kunnskap om sykdommen (17, 18, 20) og hvordan det er å være i en familie når en av foreldrene har kreft (14). Noen opplevde at informasjon gitt på tomannshånd var lettere å motta og forstå (18). Besøk på

barna ikke turte å fortelle om sine følelser, bekymringer og spørsmål fordi de var redd for å uroe foreldrene, eller usikre på hvordan de skulle gjøre det (12, 13, 14). Særlig eldre barn og ungdom holdt tilbake egne problemer for å beskytte foreldrene

## ” ” Mange hadde mer forkunnskaper om kreft enn foreldrene var klar over.

sykehuset bidro til økt kunnskap og avmystifisering dersom barnet var forberedt og forholdene tilrettelagt (15, 17, 21, 22). Flere ønsket tilgang til skriftlig materiale tilpasset unge (11, 13). Bruk av bilder og filmer kunne også være til god hjelp (20). Eldre barn og ungdommer var ofte mer aktive til å søke informasjon på egen hånd, for eksempel på internett, og mange hadde ønsket anbefalinger om pålitelige websider (11, 13, 17, 20). Mange var interessert i hvordan andre taklet situasjonen og ønsket å lære av det (17). Samtalegrupper med jevnaldrende var for mange en kilde til økt kunnskap og forståelse, og en hjelp til å sette ord på egne bekymringer (14, 16, 18). Det bidro også til økt åpenhet i familien (14, 16). Chatteforum ble foretrukket av noen, fordi det ga tilgang til andres erfaringer samtidig som man kunne være anonym (13).

### Gjensidig beskyttelse

Selv om foreldrene hadde tro på åpen kommunikasjon, holdt de ofte tilbake informasjon. Dette gjorde de enten fordi de trodde barna ikke ville forstå, fordi de selv manglet kunnskap, de ville beskytte barna eller de var redd for spørsmål om mulig død (12, 13, 19, 20, 21, 22). Det viste seg også at mange av

(14). Denne gjensidige beskyttelsen kunne være en barriere for åpen kommunikasjon om emosjonelle temaer i familien (12, 13, 14, 16).

### DISKUSJON

Ut ifra de inkluderte studiene kan man oppsummere resultatene innenfor seks tema. Disse går igjen når barn og foreldre beskriver barnas informasjonsbehov. 1) Barnets forståelse: Ved mangel på informasjon konstruerer barna sine egne forklaringer som kan være preget av misforståelser. 2) Informasjonens innhold: Barna er opp tatt av om foreldrene kommer til å overleve. 3) Omfang: Det kan tyde på at barns informasjonsbehov er større ved stigende alder. 4) Timing: Barn ønsker å bli involvert ifra starten når det skjer endringer. 5) Informasjonskilder: Foreldrene er barnas viktigste informasjonskilde. 6) Gjensidig beskyttelse: Foreldre holder tilbake informasjon og barn holder tilbake bekymringer for å beskytte den andre.

I rundskrevet fra Helsedirektoratet (9) står det at barn kan ha behov for: «adekvat informasjon om sykdomssituasjonen til forelderen, forklaring av eventuell diagnose samt forklaring av symptomer, hva som har forårsaket sykdommen eller

tilstanden, hva slags behandling som gis, hvordan forelderen blir ivarettatt, hvor lenge behandlingen varer, hvordan tilstanden påvirker forelderen, barnet og familiens situasjon, muligheter for besøk og hvordan det skal foregå» (s. 12).

Rundskrivnet henviser ikke til forskning, men resultatene fra litteraturgjennomgangen bekrefter og utdyper anbefalingene som her gis. Noe som ikke uttrykkes eksplisitt i rundskrivnet, men som studiene avdekker er at barn av kreftpasienter også er opptatt av spørsmål om prognose. Dette kan oppfattes som et uttrykk for barns behov for å være forberedt og kunne ta aktivt del i å planlegge livet sitt. Emerence (ti år) sa det slik i en film produsert av Kreftforeningen; «Jeg har lyst til å vite hvor lenge det er til pappa dør på grunn av at – hvis det er tre år til, da er det ikke sånn at jeg vil være sammen med han veldig ofte, men hvis det er tre måneder, da har jeg lyst til å være med han veldig mye og bry meg om han» (23). Informasjonsønsket kunne likevel være preget av ambivalens ved å søke full åpenhet, og samtidig ville ha forsikring om at alt ville gå bra (13).

I tillegg til informasjon om den syke, sier rundskrivnet at barn trenger informasjon om sin egen situasjon (9): «Barnet må vite at det selv blir tatt vare på, og av hvem, hva som er normale reaksjoner hos barn når voksne har et alvorlig helseproblem, at den voksne tilstand ikke er barnets skyld, at barnet ikke kan hjelpe den syke med å bli frisk, at barnet har lov til å ha det bra og fortsette med aktiviteter som er bra for barnet ... Barnet må få vite hvem som vet om familiens situasjon, og hvem barnet

kan snakke med om det som er vanskelig» (s. 12).

Dette korresponderer med resultatene fra litteraturgjennomgangen. Studiene viser imidlertid også at barn av kreftpasienter kan trenge avklaring om egen helserisiko, samt informasjon om hvordan de kan hjelpe (13, 14, 18). Mange ønsker å være til nytte, men kan være redd for å gjøre feil (19). Det å få bidra kan styrke barnets opplevelse av tilhørighet og kompetanse så sant oppgavene står i forhold til barnets kapasitet (7).

Studiene understreker viktigheten av at informasjonen tilpasses den enkeltes behov. Dette innebærer også respekt for barnets eventuelle ønske om å begrense informasjon (18, 21). Hensikten med informasjonen må være å hjelpe barnet til å skape forståelse, mening og forutsigbarhet samt redusere stress og bekymringer (5). «Informasjonsdumping» kan bidra til økt frykt dersom det ikke tas hensyn til barnets beredthet (21). En god regel kan derfor være å informere om helheten først, og detaljene etter hvert i dialog og samspill med barnet. Barnet bør heller ikke ha mer informasjon enn omsorgspersonene fordi det kan være en belastning å være informasjonskilde for andre (9).

Det at barnets oppfatning av sykdommen synes å ha større betydning enn objektive sykdomskarakteristikker (19) taler for å lytte til hva barnet selv tenker om situasjonen, ta utgangspunkt i det og gi tilpasset informasjon ut fra behov, alder og modenhet. Studiene viste imidlertid at kommunikasjon om kreftsykdommen ofte var enveis, og preget av et ensidig fokus på medisinsk informasjon (15). Veiledning kan bidra

til at foreldrene også hjelper barna sine til «å forstå seg selv og lære hvordan de kan takle vanskelige og forvirrende følelser, tanker og reaksjoner» (14). De nye lovbestemmelsene pålegger helsepersonell å tilby dette. Derimot gis det ikke anledning til å gå utenom taushetsplikten. Høringssvarene fra fagmiljøene i Norge viser relativt stor enighet om at det ville være uklokt, da det lett kunne virke uheldig inn på samspillet i familien og på til-litsforholdet mellom pasient og helsepersonell (1).

Det er behov for økt systematikk i tilbudet til disse familiene og kompetansehevede tiltak blant helsepersonell. Endringer i Spesialisthelsetjenesteloven ny § 3–7 pålegger helseforetakene å ha barneansvarlig personell som skal ha et særlig ansvar for å koordinere dette arbeidet (9).

Siden dette er kvalitative studier belyser de ulike perspektiv, og til sammen får man en bedre innsikt i barns og ungdoms informasjonsbehov. Svakheter med denne litteraturstudien kan være at vi bare har med nyere forskning. Det er mulig at det finnes aktuelle studier publisert før 1998. I tillegg kan det være en svakhet at utvelgelsen av de aktuelle studiene bare er gjort av en person. Mange av pasientene i de inkluderte studiene er kvinner med brystkreft, noe som kan representere en skjevhet i forhold til andre kreftdiagnoser. Studiene har dessuten relativt få informanter, og de sier lite om de minste barnas informasjonsbehov (<6 år). Funnene kan således ikke regnes som overførbare til alle barn med kreftsyke foreldre. Allikevel kan de gi verdifull innsikt i informasjonsbehov hos barn og ungdom. Alle studiene er utført i vestlige land, og videre

forkning bør også inkludere barn fra andre kulturer, særlig med tanke på et økende flerkulturelt samfunn.

## KONKLUSJON

Litteraturgjennomgangen tyder på at barn av kreftpasienter har behov for ærlig og konk-

ret informasjon om sykdom og behandling, samt hvordan dette vil påvirke hverdagslivet og fremtiden. Foreldrene er barnas viktigste informasjonskilde. Dette er viktig kunnskap for helsepersonell slik at de kan bistå foreldre i å ivareta informasjonsbehovet hos sine barn.

*Vi vil gjerne få takke styringsgruppen for implementering av kunnskapsbasert praksis ved Oslo Universitetssykehus – Radiumhospitalet ved leder Marie Bruheim og prosjektgruppen ved Kjersti Stokke for å ha initiert og lagt til rette for dette arbeidet.*

## LITTERATUR

1. **Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.** Ot.prp. nr. 84 (2008-2009). Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av barn som pårørende) 2009
2. **Rosbjerg RS, Thastum M.** Psykologisk trivsel hos barn af forældre med kræft. En oversigt over forskning. Omsorg 2005;22: 7–12.
3. **Værholm R.** Informasjon til barn og unge i sorg relatert til foreldrenes kreftdiagnose. Omsorg 2005;22(4): 49–52.
4. **Bugge KE.** Hvordan støtte familier i sorg? I: Kirkevold M og Ekern KS. (red). Familien i sykepleiefaget. Oslo: Gyldendal, 2001:87-107.
5. **Benner P, Wrubel J.** The primacy of caring. Stress and Coping in Health and Illness. California: Addison-Wesley Publishing Company, 1989.
6. **Dyregrov A.** Barn og traumer. Bergen: Sigma forlag, 1998.
7. **Sommerschild H.** Mestring som styrende begrep. I: Gjærum B, Grøholt B, Sommerschild H. (red). Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Oslo: Tano Aschehoug, 1998.
8. **Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.** «Forslag til endring av Helsepersonelloven mv. for å styrke rettsstillingen til barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade». Høringsnotat fra Helse- og

Omsorgedepartementet, 2008.

9. **Helsedirektoratet.** Rundskriv. Barn som pårørende. Oslo, 2010. www.shdir.no
10. **Helseth S, Slettebø Å.** Research involving Children: Some ethical issues. Nursing Ethics 2004;11:298-308.
11. **Finch A, Gibson F.** How do young people find out about their parent's cancer diagnosis: A phenomenological study. European Journal of Oncology Nursing 2009;13:213-22.
12. **Forrest G, Plumb C, Ziebland S, Stein A.** Breast cancer in young families: a qualitative interview study of fathers and their role and communication with their children following the diagnosis of maternal breastcancer. Psycho-Oncology 2009;18:96-103.
13. **Kennedy VL, Lloyd-Williams M.** Information and communication when a parent has advanced cancer. Journal of Affective disorders 2008;114:149-55.
14. **Bugge KE, Helseth S, Darbyshire Ph.** Children's experiences of a family support program when their parent has incurable cancer. Cancer Nursing 2008;31(6): 426-34.
15. **Thastum M, Johansen MB, Gubba L, Olesen BL, Romer G.** Coping, social relations and communication: A qualitative exploratory study of children of parents with cancer. Clinical Child Psychology and Psychiatry 2008;13(1): 123-38.
16. **Ensbj T, Dyregrov K, Landmark B.** Å treffe andre som virkelig forstår. Syke-

pleien Forskning 2008;3:118-27.

17. **Forrest G, Plumb C, Ziebland S, Stein A.** Breast cancer in the family – children's perceptions of Their mother's cancer and its initial treatment; qualitative study. BMJ 2006;332:998-1003.
18. **Kristjanson LJ, Chalmers KI, Woodgate R.** Information and support needs of adolescent children of women with breastcancer. Oncology Nursing Forum 2004; 31: 111-19
19. **Visser A, Huizinga GA, van der Graaf WTA, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JEHM.** The impact of parental cancer in children and the family: A review of the literature. Cancer Treatment reviews 2004;30:683-94.
20. **Hilton A, Gustavson K.** Shielding and being shielded: Children's perspective on coping with their mother's cancer and chemotherapy. Can Oncol Nurs J 2002;2:198-206.
21. **Shands ME, Lewis FM, Zahlis EH.** Mother and child interactions about the mother's breast cancer: An interview study. Oncology Nursing Forum 2000;27:77-85.
22. **Barnes J, Kroll L, Bruke O, Lee J, Jones A, Stein A.** Qualitative interview study of communication between parents and children about maternal breast cancer. Western Journal of medicine 2000; 173(6): 385-88.
23. **Grønnsdal EG.** Min far er på video – når noen i familien er syk av kreft. En film for og av barn. Kreftforeningen 2005.

## 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](mailto:forskning@sykepleien.no).

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

# Barn trenger tilpasset informasjon

› Det er viktig at barns informasjonsbehov når foreldrene får kreft forankres i avdelingens kultur og rutiner.



**Av Marianne Gjertsen**

Høgskolelektor og faglig leiar ved vidareutdanning i Lindrande behandling, Høgskolen i Sogn og Fjordane

Artikkelen om barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft viser at tilpasset informasjon er viktig for å dempe psykososialt stress hos barn. Den forteller oss også hva, hvordan og når man bør snakke med barn og unge om foreldres kreftsykdom. Særlig synes jeg det var nyttig å lese om barns behov for hjelp til å takle egen situasjon og egne reaksjoner. Vår plikt til å samtale med pasientene om barns behov for oppfølging og informasjon trekkes også frem, og da er fokus først og fremst å ruste foreldrene til selv å takle forelderrollen.

Jeg har erfaringsbakgrunn som lærer på bachelor i sykepleie, hvor jeg blant annet har fulgt opp studenter i praksis på en kreftavdeling. Jeg har også intervjuet kreftpasienter i palliativ fase i eget masterprosjekt. På begge disse arenaene har jeg erfart at vi som helsepersonell er for lite bevisste på pasien-

tenes behov for råd og støtte i forhold til dette tema. Fokus i vårt daglige arbeid med pasientene er først og fremst de fysiske symptomene og oppfølging av medisinsk behandling. Tiltak rettet mot psykososiale behov er ofte tilfeldige og avhengig av den enkelte sykepleiers motivasjon og kompetanse. Dette handler ikke først og fremst om at sykepleiere ikke ønsker å hjelpe den syke med slike behov, men hvilken kultur som er gjeldende i avdelingen.

For å kvalitetssikre oppfølging av barns informasjonsbehov skriver forfatterne at det må lages rutiner. Jeg har stor tro på bruk av sjekklister, slik vi i dag bruker ESAS-skjema. Både rutiner og verdier må forankres i ledelsen for at sykepleier skal kunne prioritere tid til dette. Forfatterne fremhever og betydningen av kunnskap og kompetanse. Jeg tror at sykepleier må være trygg på sin kunnskap for

å våge å samtale med foreldre og barn om dette tema. Vi er redde for å si feil, si for mye – og dermed sier vi for lite. Artikkelen gir nyttige innspill til både hva man skal si, når og hvordan, men jeg tror sykepleiere i praksis trenger mer opplæring for å føle at de mestrer denne oppgaven.

Til sist har jeg et ønske om at sykepleiere i praksis også vil informere foreldre med unge voksne og voksne barn. Denne artikkelen definerer barn og ungdom fra 0 til 18 år. Egen masterstudie viser at foreldre har samme behov for råd og støtte når barna er unge voksne og voksne. Også i praksis har jeg erfart dette, sist pratet jeg med en kvinne på 80 år som var bekymret for hvordan det ville gå med hennes ugifte sønn når hun ikke lenger kunne være der for ham.

Les artikkelen på side 70





Foto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Barn på respirator utsettes for en rekke smertefulle prosedyrer, som kan være uheldig for helbredelse og medføre uønskede senvirkninger.

**Hensikt:** Å beskrive sykepleiere og legers vurdering og praksis i forbindelse med smertelindring og sedasjon ved barneintensiv avdeling (BINT).

**Metode:** En deskriptiv studie med spørreundersøkelse ble utført før og etter implementering av Comfort Scale (CS) i 2004 og 2007.

Fokus var personalets holdninger og praksis til smertelindring og sedering i forbindelse med prosedyrer hos barn på respirator (0–3 år).

**Resultater:** Intubering, drensinleggelse og dremsfjerning ble rangert som de mest smertefulle prosedyrene. Respondentene mente at analgetika burde brukes oftere enn de trodde praksis var, både i 2004 og 2007, og at det burde gis analgetika oftest ved de samme 9 prosedyrene som ble rangert som mest smertefulle.

Sammenlignet med 2004 mente personalet i 2007 at ved 11 av 12 prosedyrer var smertelindring og sedasjon gjennom hele forløpet mer adekvat.

**Konklusjon:** Analgetika, sedasjon og lindrende tiltak gis ikke alltid i samsvar med de prosedyrene som vurderes som mest smertefulle eller slik man mener de burde brukes. Studien viser en tendens til at personalet oppfatter smertelindring og sedering som mer adekvat gjennom hele forløpet i 2007, sammenlignet med 2004.

## ENGLISH SUMMARY

**Comfort Scale as a pain and sedation assessment tool in mechanically ventilated children, – a survey among PICU clinicians**

**Background:** Mechanically ventilated children experience several painful procedures that may delay the healing process and cause sequels.

**Purpose:** To describe clinicians' assessments and practice related to pain treatment and sedation in paediatric intensive care unit (PICU).

**Method:** A descriptive study focusing on clinicians' attitudes and

practice related to procedural pain and sedation among mechanically ventilated children (years 0–3) was conducted before and after implementation of the Comfort Scale (CS) in 2004 and 2007.

**Results:** Intubation, drainage and drainage removal were ranked as the most painful procedures. The clinicians' opinions, in both 2004 and 2007, were that analgesics and sedatives should be used more often than they thought happened in actual practice. Pain treatment should generally be performed according to procedures that were ranked as most painful. In 11 out

of 12 procedures, pain treatment and sedation was reported to be more adequate in 2007 compared to results from 2004.

**Conclusion:** The study indicated a trend that pain treatment and sedative interventions do not correspond to reported painful procedures, or the way clinicians think they should act. Nurses and physicians tend to perceive more adequate pain treatment and sedation during patients' total PICU stay in 2007 versus 2004.

**Key word:** pain, assessment, procedural, relief, sedation, Comfort Scale, critical ill, child, ventilator.



# >> Vurdering av smertelindring og sedasjon hos barn på respirator ved hjelp av Comfort Scale

Forfattere: Kari Sørensen  
og Hilde Wøien

## NØKKELORD

- Smerte
- Prosedyre
- Barn
- Respirator

## INNLEDNING

Kritisk syke barn på respirator blir utsatt for en rekke smertefulle prosedyrer. Studier viser at nyfødte på intensivavdeling opplever gjennomsnittlig 16 smertefulle prosedyrer daglig, ofte uten effektiv smertebehandling eller systematisk vurdering av smerte (1;2). Gjentatte smertefulle prosedyrer på små barn kan føre til psykiske problemer (3), og studier viser til en mulig sammenheng mellom akutte og kroniske smerter (4;5). Analgetika og sedativer må doseres individuelt, fordi for store mengder kan føre til respirasjonsdepresjon, forlenget respirortid og abstinensproblematikk ved nedtrapping (6). Optimal smertelindring og sedering er beskrevet som et nivå der barnet er lett å vekke, fri fra smerte og angst og der det tolererer ulike prosedyrer (7;8).

Personalet må ha kunnskap om hvordan små barn formidler smerte og ubehag, for å gjøre best mulige vurderinger som fører til riktige tiltak (9;10).

Smertevurdering av intuberte småbarn (0–3 år) er en klinisk utfordring. For våkne barn helt ned i tre–fire års alder, finnes valide verktøy for selvrapping av smerte (13;14). Vurderingen av smerte og sedasjonsbehov hos preverbale barn (0–3 år) baserer seg på personalets observasjon av barnets atferd. Fysiologiske parametre som puls, BT og respirasjon er uspesifikke variabler og lite korrelert med smertefulle hendelser (11;15). Society of Critical Care Medicine's (SCCM) anbefaler regelmessig vurdering av smertelindring og sedasjon ved bruk av valide verktøy (16). Skriftlige protokoller og valide vurderingsverktøy kan føre til raskere og riktigere intervensjon (7;10;17). Det er påvist at systematisk smertevurdering fører til bedre sedasjonspraksis og bruk av analgetika og ikke-opioider i forbindelse med smertefulle prosedyrer (6;18).

Erfaringer fra vår barneintensivavdeling (BINT) var at bruk av analgetika, sedativer og ulike ikke-medikamentelle tiltak var

tilfeldig, og dokumentasjonen mangelfull. I løpet av de siste 20 årene er det utviklet valide verktøy, som Comfort Scale (CS) til systematisk vurdering og dokumentasjon av smerte, sedasjon og ubehag hos nyfødte og kritisk syke barn (11;12). Men slike verktøy var ikke tatt i bruk ved BINT. Hensikten med forestående studie var å beskrive sykepleiere og legers vurdering av smerte, sedasjon og lindrende metoder ved ulike prosedyrer etter implementering av CS.

### Hva tilfører denne artikkelen?

Kritisk syke barn på respirator blir utsatt for en rekke smertefulle prosedyrer. Studien viser at lindrende tiltak ikke alltid brukes slik man mener de burde brukes, ellers slik forskningsbasert kunnskap foreslår.

### Mer om forfatterne:

Kari Sørensen er intensivsykepleier og mastergradsstudent i klinisk sykepleievitenskap ved HiO. Hun er klinisk spesialist i intensivsykepleie med ferdypning i bedømming av smerte og ubehag hos barn på respirator. Hilde Wøien er intensivsykepleier og doktorgradsstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, UiO. Kontakt: kari.sorensen@rikshospitalet.no

Vi ønsket å få besvart følgende problemstillinger:

- Hvor smertefulle og/eller plagsomme vurderer sykepleiere og leger ved barneintensiv noen vanlige prosedyrer til å være?
- Samsvarer vurderingene med de smertelindrings- og sedasjonstiltak sykepleiere og leger tror blir benyttet med de tiltak de mente burde vært benyttet?
- Er det en forskjell mellom sykepleiernes og legenes holdninger og oppfatninger av praksis før og etter implementering?

**METODE**

**Design og utvalg**


Det ble utført en deskriptiv studie med spørreundersøkelse før og etter implementering av CS, med et bekvemlighetsutvalg av alle leger og sykepleiere ved BINT. Spørreundersøkelsen fokuserte på

personalets holdninger og praksis til smertelindring, sedering og lindrende tiltak i forbindelse med 12 vanlige prosedyrer hos barn (0–3 år) på respirator. Undersøkelsen ble foretatt i 2004 før oppstart av implementering, og i 2007 etter at alle hadde fått opplæring i CS. Det ble utdelt 54 spørreskjemaer i 2004 og 60 i 2007. Endringer ble undersøkt på gruppenivå.

**Utvikling av spørreskjemaet**

Spørreskjemaet er basert på en studie der legers og sykepleieres behandling av prosedyresmerte hos nyfødte ble kartlagt (26). Porters spørreskjema omtaler analgesi og sedasjon under ett. Fordi vi ønsket å studere hvordan sykepleiere og leger vurderte barnets behov under gitte forhold, valgte vi å skille mellom analgesi og sedasjon. I tillegg

valgte vi en tredje variabel; bruk av ikke-medikamentell lindring, Fra Porter sitt skjema var ni prosedyrer relevante. Det ble lagt til tre prosedyrer som ofte utføres ved Barneintensiv. Spørreskjemaet besto av seks hovedspørsmål. På spørsmålene der respondentene skulle angi grad av tiltak til hver prosedyre, ble de bedt om å vurdere hvordan de trodde tiltakene ble utført versus hvordan tiltakene burde utføres, i forhold til smertelindrende-, sederende- og lindrende tiltak. Spørsmålene hadde fem svarkategorier på en Likert-skala. Alle spørsmål ga mulighet for kommentarer. Demografiske data ble kartlagt. Store deler av Porters skjema ble ansett som godt egnet for denne studiens formål, selv om skjemaet ikke var validert. Det modifiserte skjemaet

<b>COMFORT SCALE</b>			
<p><b>VÅKENHET</b></p> <p>SOVER DYPT 1</p> <p>SOVER LETT 2</p> <p>SØVING 3</p> <p>VÅKEN OG OPPMERKSOM 4</p> <p>VÅKEN OG OPPJAGET 5</p>	<p><b>RESPIRATORISK RESPONS</b></p> <p>INGEN HOSTE OG INGEN SPONTAN RESPIRASJON 1</p> <p>SPONTAN RESPIRASJON MED LITEN ELLER INGEN BETYDNING FOR VENTILERINGEN 2</p> <p>HØSTER AV OG TIL ELLER YTER MOTSTAND MOT RESPIRATOREN 3</p> <p>PUSTER AKTIVT IMOT RESPIRATOREN ELLER HOSTER OFTE 4</p> <p>KJEMPER IMOT RESPIRATOREN, HOSTER ELLER HAR LUFTHUNGER 5</p>	<p><b>ANSIKTUTTRYKK/SPENNING</b></p> <p>ANSIKTSMUSKLENE ER TOTALT AVSLAPPET 1</p> <p>NORMAL MUSKELTONUS I ANSIKTET – INGEN SYNLIGE MUSKELSPENNINGER 2</p> <p>SYNLIGE SPENNINGER I ENKELTE ANSIKTMUSKLER 3</p> <p>SYNLIGE SPENNINGER I ALLE ANSIKTMUSKLENE 4</p> <p>ANSIKTSMUSKLENE ER FORDREID OG BARNET LAGER GRIMASER 5</p>	
<p><b>ROLIGHET/AGITASJON</b></p> <p>ROLIG 1</p> <p>LITT ENGSTELIG 2</p> <p>ENGSTELIG 3</p> <p>SVÆRT ENGSTELIG 4</p> <p>PANISK 5</p>	<p><b>ALTERNATIVT: GRÅT</b></p> <p>PUSTER ROLIG, INGEN GRÅT 1</p> <p>SUTRER ELLER SMÅGRÅTER AV OG TIL 2</p> <p>KLYNKER/JAMRER KONTINJERLIG 3</p> <p>GRÅTER 4</p> <p>SRIKKER 5</p>	<p><b>MUSKELTONUS</b></p> <p>TOTALT AVSLAPPET MUSKULATUR – INGEN MUSKELTONUS 1</p> <p>REDUSERT MUSKELTONUS – MINDRE MOTSTAND ENN NORMALT 2</p> <p>NORMAL MUSKELTONUS 3</p> <p>ØKT MUSKELTONUS OG FLEKSJON I FINGRE OG TÆR 4</p> <p>EKSTREM MUSKEL RIGIDITET OG FLEKSJON I FINGRE OG TÆR 5</p>	
<p><b>FYSISK BEVEGELSE</b></p> <p>INGEN BEVEGELSER 1</p> <p>AV OG TIL SVAKE ELLER SMÅ BEVEGELSER 2</p> <p>REGELMESSIGE, SMÅ, ROLIGE BEVEGELSER 3</p> <p>LIVLIGE BEVEGELSER BEGRENSET TIL EKSTREMITETER 4</p> <p>LIVLIGE BEVEGELSER INKLUDERT HODE OG KROPP 5</p>	<p><b>NUMERISK SKALA</b></p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>INGEN SMERTE <span style="float: right;">VERST TENKELIG SMERTE</span></p>		

ble pilottestet på to uavhengige sykepleiere, og medførte ingen strukturelle eller innholdsmessige endringer.

### Implementering av Comfort Scale

Comfort Scale (CS) ble utviklet for å registrere stress hos barn på respirator (10;19). Senere har CS vist seg å være et valid instrument for vurdering av sedasjon (10;20–23) og postoperativ smertebehandling (23;24). CS har også vist seg å være et godt verktøy for å måle endringer i atferd hos nyfødte i forbindelse med prosedyresmerte (25). Det ble derfor vurdert av prosjektgruppen ved BINT til å være et meget godt egnet verktøy for vurdering av intuberte småbarn (0–3 år).

Prosjektgruppen besto av seks spesialsykepleiere fra BINT og smerteseksjonen, samt fagutviklings- og forskningssykepleier ved Intensivseksjonen. Gruppen fikk tillatelse til å oversette den modifiserte validerte nederlandske versjonen av opphavsmannen til originalversjon og utvikler av den nederlandske versjonen. I tillegg til selve CS ble instrumentets detaljerte forklaring oversatt. Metoden frem- og tilbakeoversetting ble benyttet (27). Prosjektgruppen oversatte CS og detaljert forklaring til norsk, deretter tilbakeoversatte en anestesilege med engelsk som morsmål CS til engelsk. På bakgrunn av den engelske tilbakeoversettelsen ble prosjektgruppen enige om den endelige norske versjonen av CS (Se vedlegg 1).

Sykepleiepersonalet fikk teoretisk og praktisk innføring i bruken av CS. CS er et verktøy for indirekte vurdering av smerte og sedasjon, som baserer seg på observasjon av barnets atferd (våkenhet, ro/uro, respirato-

risk respons eller gråt, fysiske bevegelser, ansiktsgrimaser og muskeltonus). Den originale amerikanske versjonen inneholder også to fysiologiske parametre; BT og Puls (10;19). I den nederlandske versjonen ble de fjernet i samsvar med studier som viste begrenset verdi av puls og BT som mål på smerte (11;24). Hver variabel deles i en sekspunkts skala fra 1 til 5, der 5 betegner høyeste grad av stress/plager.

Ved en CS-vurdering observerer sykepleier barnet i to minutter og skårer fra 1 til 5 i de seks ulike kategoriene. Muskeltonus vurderes ved å bevege barnets arm eller ben på slutten av observasjonstiden. CS gir en minimumsskår på 6 og en maksimumsskår på 30. En skår  $\leq 10$  tyder på oversedering og en skår  $\geq 23$  tyder på undersedering. En skår  $\geq 17$  kan tyde på smerte, ubehag og/eller stress. (21;24) CS vurderes sammen med sykepleieskåring av smerteintensitet ved hjelp av en numerisk rangeringsskala fra 0 til 10 (NRS). Totalvurderingen av barnets tilstand, kan si noe om årsak til høye/lave verdier.

### Reliabilitet

Prosjektgruppen reliabilitetstestet instrumentet innad, og deretter på hele sykepleiegruppen. Hver ansatt ble klarert når tilfredsstillende samsvar med ekspertgruppen var oppnådd. Statistikkprogrammet SAS versjon 9.1.3. ble benyttet i reliabilitetstesting og grensen for samsvar ble satt til vektet kappa  $\geq 0,6$  på de 6 parametrene som vurderte atferd. NRS-skår hadde strengere krav til samsvar der Spearman's rho ble satt til  $\geq 0,8$ . Signifikansnivået ble satt til  $p \leq 0,05$ . Hver ansatt utførte inntil 20 skåringer sammen med ekspert for å oppnå akseptabelt

**TABELL 1:** Demografiske data

	2004 n=32	2007 n=34
<b>Kjønn</b>		
Menn	3	3
Kvinner	28	28
Totalt	31	31
Ant missing	1	3
<b>Alder</b>		
25–35 år	14	7
36–45 år	12	14
46–55 år	4	11
Totalt	32	32
Ant missing	0	2
<b>Utdanning</b>		
lege m/spesialutdanning	3	5
sykepleier m/spesialutdanning	24	27
sykepleier m/spesialutdanning	4	0
Totalt	31	32
Ant missing	1	2
<b>Erfaring m/barn på respirator</b>		
<1 år	7	1
1–3 år	3	5
3–5 år	6	3
>5 år	14	22
Totalt	30	31
Ant missing	0	0
<b>Erfaring m/voksne pasienter</b>		
<1 år	5	2
1–3 år	3	3
3–5 år	3	1
>5 år	10	8
Totalt	21	14

samsvar, noe som strakk seg over halvannet år i tid. Implementeringen av CS ble avsluttet når alle sykepleierne var klarert, i oktober 2007.

### Dataanalyse

Statistiske analyser av spørreskjemaundersøkelsen ble utført med Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 15.0. Deskriptiv statistikk ble anvendt i analysen. Kjikvadrat-tester ble anvendt for å vise sammenheng mellom kategoriske variabler i 2004 og 2007. En p-verdi  $\leq 0,05$  ble oppfattet som statistisk signifikant. På grunn av få menn og få leger blant respondentene valgte vi ikke å

sammenligne kjønn og profesjon. Endringene fra 2004 til 2007 ble analysert på gruppenivå.

### Etiske vurderinger

Gjennomføringen av studien ble godkjent av intensivavdelingens ledelse, og vurdert som et kvalitetsforbedrende tiltak. Hele personalet fikk skriftlig informasjon om studiens hensikt og frivillig deltakelse med mulighet for å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt. Siden hensikten var å

få et bilde av avdelingens praksis, ble det presisert at enkelt svar ikke ville bli diskutert spesielt. Skjemaene ble kodet for eventuelle purringer. Retur av spørreskjema ble ansett som informert samtykke, og alle svar ble anonymisert, konfidensielt behandlet og lagret forsvarlig.

### RESULTATER

Svarprosenten ble 59,3 i 2004 og 56,6 i 2007. Tabell 1 viser en tendens til høyere alder, utdanning og erfaring med barn på respirator blant personalet i 2007, men ingen av forskjellene var signifikante.

**TABELL 2:** Personalets vurdering av gjennomsnittlig (mean) smerteintensitet og standardavvik (SD) ved ulike prosedyrer hos barn på respirator i 2004 sammenlignet med 2007

Prosedyre	2004		2007	
	Mean	SD	Mean	SD
Intubering	2,8	1,1	3,2	0,9
Drensinnleggelse	3,1	1,0	3,4	0,9
Fjerning av dren	3,1	0,7	3,1	0,7
Tracealsuging	2,1	0,7	2,3	0,6
Intramuskulær injeksjon	2,2	0,7	2,4	0,7
Innleggelse av perifer venekanyle	2,4	0,7	2,5	0,7
Hælstikk	2,9	0,6	2,9	0,8
Venøs blodprøve	2,3	0,7	2,2	0,7
Arteriestikk	2,7	0,6	2,8	0,8
Veiing	1,3	0,8	1,2	0,7
Røntgen us	1,1	0,6	1,4	0,7
Stell	1,0	0,7	1,2	0,7

0 = ingen smerte, 1 = svak smerte, 2 = moderat smerte, 3 = sterk smerte og 4 = meget sterk smerte

**TABELL 3:** Signifikante forskjeller mellom personalets oppfatning av hvor ofte de trodde sedasjon ble brukt i 2004 sammenlignet med 2007

Prosedyre	Forskjell 2004 og 2007
Hælstikk	p = 0,04*
Arteriestikk	p = 0,05*
Veiing	p = 0,006*
Røntgen	P = 0,003*

Kategorier: aldri, sjelden, ofte, vanligvis, alltid  
\*Kjikvadrat test

### Smerteintensitet ved ulike prosedyrer

På en skala fra 0–4, der 0 er ingen smerte og 4 er meget sterk smerte, ble intubering, dremsinnleggelse og drensfjerning rangert som de mest smertefulle, tett fulgt av hælstikk og innleggelse av arteriekanyler (tabell 2). Flere kommenterte at stell, røntgen og veiing er prosedyrer som hos noen barn vil være smertefulle, avhengig av sykdom og tilkobling til utstyr.

### Bruk av analgetika

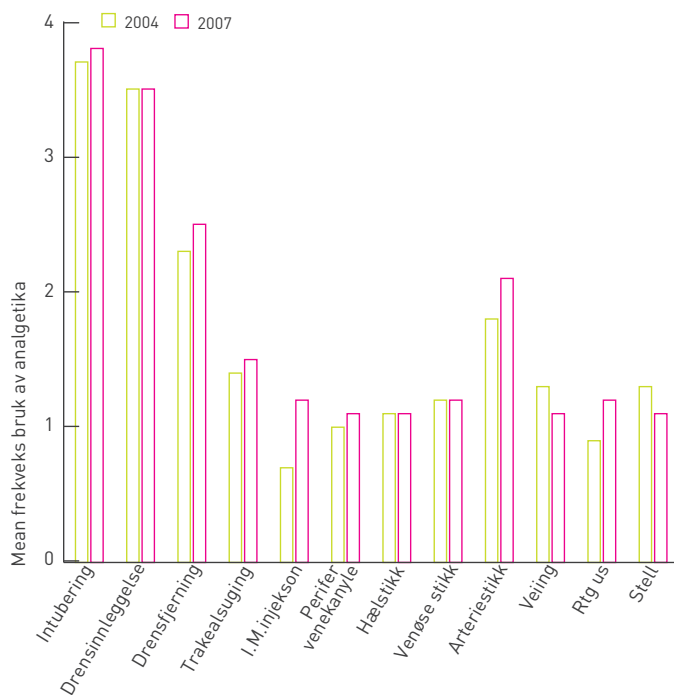
Ved tre av 12 prosedyrer (2004), og ved fire av 12 prosedyrer (2007) trodde sykepleiere og leger at analgetika ble brukt ofte, vanligvis eller alltid. Kjikvadrat-test viste signifikante forskjeller når det gjaldt prosedyrene IM-injeksjoner (p=0,017) og røntgenundersøkelser (p=0,030).

Respondentene mente at analgetika burde brukes oftere enn det de trodde praksis var, både i 2004 og 2007.

### Bruk av sedasjon

Respondentene svarte at de mente sedasjon ble oftere brukt

**FIGUR 1:** Hvor ofte tror personalet det brukes analgetika ved de ulike prosedyrene – forskjeller 2004 til 2007?



0= aldri, 1= sjelden, 2= ofte, 3=vanligvis, 4= alltid

i 2007 enn 2004. De trodde sedasjon ble brukt ofte, vanligvis eller alltid ved intubering, dremsinnleggelse og dremsfjerning, samt arteriestikk i 2007. Ved fire prosedyrer var det signifikante forskjeller.

Respondentene mente sedasjon burde benyttes vanligvis eller alltid, ved intubering, dremsinnleggelse og dremsfjerning – uendret resultat fra 2004 til 2007.

#### Bruk av lindrende tiltak

Personalet mente at lindrende tiltak ble brukt ofte, vanligvis eller alltid ved alle prosedyrer unntatt intubering og dremsinnleggelse. Bruk av lindrende tiltak ble rangert til sjeldnere fra

2004 til 2007 ved alle prosedyrer, men forskjellene var ikke signifikante. Respondentene mente lindrende tiltak burde brukes ofte eller vanligvis ved alle prosedyrer, men resultatene viste en nedgang fra 2004 til 2007. Ved røntgen og stell var forskjellene signifikante, henholdsvis  $p=0,025$  og  $p=0,018$ .

Ved 11 av 12 prosedyrer mente personalet at smertelindring og sedasjon gjennom hele forløpet oftere var adekvat i 2007 sammenlignet med 2004. Forskjellen var signifikant ( $p = 0,005$ ) når det gjaldt prosedyren arteriestikk.

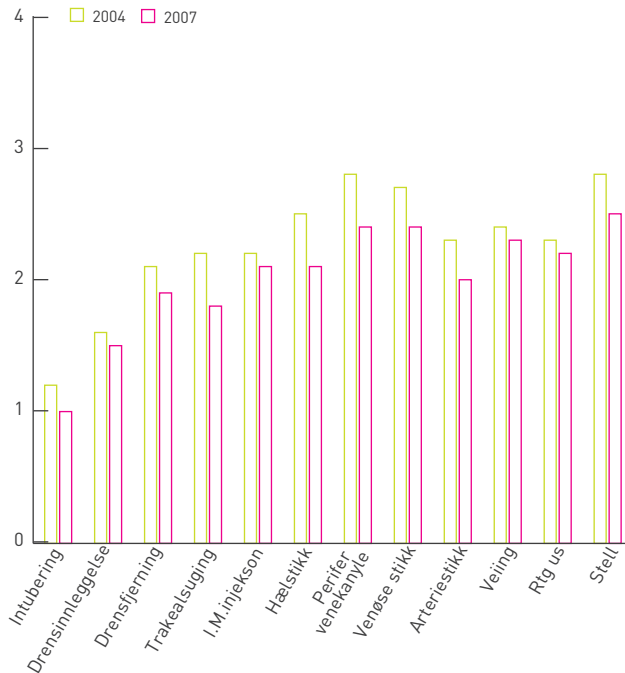
Undersøkelsen viste at det var lite diskusjon eller uenighet mellom faggruppene i forhold til

smertelindrings- og sederingsregimet til respiratorbarna (null-tre år). Flere har bemerket i tekst at det er ofte diskusjoner, men sjelden uenighet. Det var en tendens til mindre uenighet når det gjaldt de mest smertefulle prosedyrene fra 2004 til 2007, mens noe mer uenighet når det gjaldt mindre smertefulle prosedyrer, samt hælstikk. Forskjellene var ikke signifikante.

#### DISKUSJON

Implementering av CS var en tre år lang prosess med grundig opplæring, implementering og oppfølging av daglige skåringer. Implementering av evidensbasert kunnskap til praksis gir utfordringer og er tidkrevende

**FIGUR 2:** Hvor ofte tror personalet det brukes lindrende tiltak ved de ulike prosedyrene – forskjeller 2004 til 2007?



0= aldri, 1= sjelden, 2= ofte, 3=vanligvis, 4= alltid

(28). Personalets smertelindrings- og sederingsfokus viste seg både i form av skåringshyppighet med CS, og ut ifra svar på spørreskjemaet før og etter implementering av CS.

De prosedyrene personalet ved BINT mente var mest smertefulle, samsvarer med det voksne intensivpasienter har rapportert (6;15). Voksne rapporterer også trakealsuging og leiendring som noen av de mest smertefulle prosedyrene (ibid.). Respondentene i denne undersøkelsen mente dette ikke var tilfelle hos barn. En grunn kan være at stell (leiendring) er lettere og raskere å utføre hos barn enn hos voksne og derfor kan oppfattes som mindre smer-

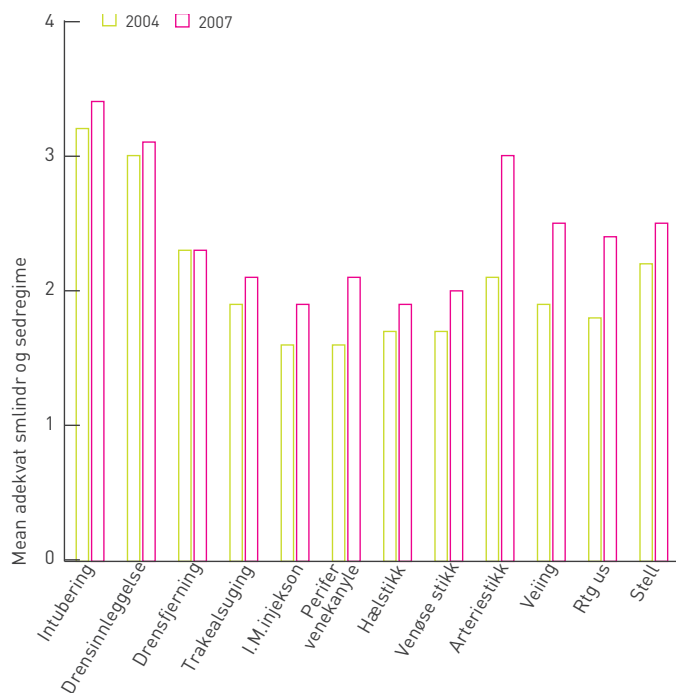
tefullt. På den annen side er trakealsuging og stell prosedyrer som foregår ofte. Betydningen av god observasjon med tanke på smerte eller ubehag under disse prosedyrene, må derfor ikke undervurderes.

Undersøkelsen viser at respondentene mente analgetika burde brukes oftere enn det de trodde ble brukt. Dokumentasjon av kritisk syke barns smerteopplevelse er begrenset, men en studie viser at 44 prosent av barn som husket detaljer fra PICU, husket at de hadde hatt smerter (8). Ved prosedyrene suging, veiing, røntgen og stell hadde flere kommentert at tiltak vil være avhengig av barnets reaksjon, noe som viste at per-

sonalet var opptatt av å vurdere barnet under den enkelte prosedyre.

I forbindelse med stikkeprosedyrer svarte respondentene at de trodde det sjelden ble brukt analgetika til tross for at de rangerte smertene til å være sterke, og at de mente analgetika burde brukes ofte. Stikk blir gjentatt mange ganger i løpet av et sykehusopphold. Prosedyrer vil ta lengre tid hos barn som er blitt «stikkredde», og i enkelte tilfeller være umulig å gjennomføre uten narkose. Bruk av lokalanestesi, som EMLA, bør etter vår oppfatning vurderes til intensivbarn, som i tilpassede doser også kan benyttes til små barn (29;30). Mulige farer ved

**FIGUR 3:** Sammenligning av personalets opplevelse av adekvat smertelindring og sedasjon gjennom hele barnets opphold ved BINT i 2004 og 2007



0= aldri, 1= sjelden, 2= ofte, 3=vanligvis, 4= alltid

gjentatte smertestimuli er godt dokumentert (3;31;32), men resultatene i vår studie kan tyde på at denne kunnskapen fortsatt ikke har endret praksis på dette området. Hælstikk er fortsatt vanlig ved flere norske sykehus og andre steder det tas blodprøver av små barn. Optimal smertelindring ved hælstikk er ikke dokumentert. Systematiske oversiktsartikler konkluderer med at venestikk utført av trent personale anbefales, da det er mindre smertefullt og medfører færre stikk (29;33). Endring i rutiner krever mer enn kunnskap, som for eksempel opplæring i å stikke venøst.

Drensfjerning var en av prosedyrene respondentene mente

var svært smertefullt og som det burde gis oftere analgetika ved enn det de trodde ble gjort. Retningslinjer for prosedyresmerte hos nyfødte anbefaler å applisere EMLA ved drenninnstikkstedet før tillegg av opioider (29). Ellers finnes det lite konkret forskning på effekt av ulike tiltak. Vår erfaring er at det ofte benyttes sedasjon i tillegg til analgetika ved drennprosedyrer, noe som kanskje er å foretrekke om barnet er svært lite, allerede sedert eller intubert. Men dette vil medføre krav til overvåking. Om barnet er våkent og i stand til å motta god forberedelse som gir trygghet og kontroll, kan ulike ikke-medikamentelle tiltak i tillegg til

analgesi i mange tilfeller gjøre sedasjon unødvendig.

Personalet trodde sedasjon ble mer brukt i 2007 enn 2004 og at det burde brukes mer. Sedasjon kan synes som en relevant løsning i øyeblikket, for at barnet skal ligge rolig og samarbeide ved ulike prosedyrer. Hensikten med sedasjon i forbindelse med prosedyrer hos barn er generelt å lindre angst, smerte og redusere uønskede bevegelser, med fare for dislokasjon av tuber og invasivt utstyr (14). Medikamentene som brukes til sedasjon har imidlertid negative effekter som tap av kontroll og «hukommelse», toleranseutvikling, abstinens ved avvenning, hypotensjon,

og forlenget respiratortid (34). Nyere retningslinjer og studier peker på betydningen av god og regelmessig vurdering av sedasjonsnivået sammen med god smertelindring (14;29;35), i tillegg til å benytte ikke-medikamentelle metoder der dette er mulig. Ut fra det vi vet så langt, skulle det altså ikke være noen

i avdelingen. Det er rimelig å anta at personalet følte seg tryggere på vurderingene de gjorde ved å ha et vurderingsverktøy å støtte seg på, men flere studier må til for å dokumentere effekten av CS. Undersøkelsen viser at det heller ikke var store uenigheter eller diskusjoner mellom leger og sykepleiere når

signifikante. For øvrig er spørreskjema som metode begrenset som informasjonskilde. Spørsmål kan misforstås og viktige nyanser fanges ikke alltid opp. Fordi implementeringen av CS har tatt lang tid, har prosjektgruppen blitt ledet av flere personer med ulik kapasitet og kompetanse. Vi mener imidlertid at studien har gitt et realistisk bilde av praksis.



## Personalet må ha kunnskap om hvordan små barn formidler smerte og ubehag.

gode grunner som støtter økt bruk av sedasjon ved prosedyrer.

Respondentene kommenterte at de ved noen prosedyrer hadde mulighet til å bruke ulike lindrende metoder på en effektiv måte. Flere studier viser at ikke-medikamentelle metoder har dokumentert effekt ved prosedyresmerte og få negative konsekvenser (29;30;36;37). Resultatene våre, kan imidlertid tyde på at de brukes mindre i 2007 enn 2004. Kan det være at kunnskap om ikke-medikamentelle metoder drukner i et intensivmiljø preget av økende bruk av teknisk utstyr og medikamenter? Det å støtte, avlede, gi sukkervann eller lignende, krever ofte en ekstra person til stede og har et økonomisk aspekt som også må vurderes. Generelt mangler det fortsatt evidensbasert kunnskap om effekten av vanlige benyttede tiltak ved prosedyrerelatert smerte hos barn, både medikamentelle og ikke-medikamentelle (36).

Personalet mente at smertelindrings- og sederingsregimet var mer adekvat i 2007 enn 2004. Forskjellen kan ha en sammenheng med økt bevissthet og fokus på smerter og sedering

det gjaldt barns behov for analgetika, sedativer og lindrende tiltak. Diskusjonene som ble referert til kan ha bidratt til at eventuell uenighet ble oppklart gjennom kommunikasjon.

### Begrensninger ved studien.

Til tross for at studien hadde støtte fra avdelingsledelsen og at nøkkelpersoner fikk avsatt tid til reliabilitetstesting og oppfølging i bruken av CS, tok det lang tid før majoriteten av personalet utførte daglige CS-skåringer. Det er vanskelig å vurdere om dette gjenspeiler en generell motstand mot bruk av vurderingsverktøy eller om det kun representerer en langsom prosess. Svarprosenten i spørreundersøkelsen ansees som akseptabel, men vi vet lite om hva de som ikke svarte representerte. Noe av tregheten kan skyldes mangel på lett tilgjengelig dokumentasjonsmulighet. Etter innføring av elektronisk pasientjournal i 2009 har flere uttalt at de skårer med CS mer regelmessig.

I 2007 hadde respondentene lengre erfaring med barn på respirator og alle hadde spesialutdannelse. Dette kan ha hatt betydning for resultatene, selv om ikke forskjellene var

### KONKLUSJON

Studien gir ikke sikkert svar på om implementering av Comfort Scale har endret praksis i forhold til smertelindring og sedering ved prosedyrer hos barn på respirator. Analgetika, sedasjon og lindrende tiltak gis imidlertid ikke alltid i samsvar med de prosedyrene som vurderes som mest smertefulle eller slik man mener de burde brukes, ellers slik forskningsbasert kunnskap foreslår. Årsaken bør studeres nærmere. Studien viser en tendens til at personalet oppfatter smertelindring og sedering som mer adekvat gjennom hele forløpet i 2007, sammenlignet med 2004. Etter at vurderingsverktøyet Comfort Scale nå er implementert, er veien åpen for videre studier som kan vise effekten av og systematisk vurdere kritisk syke barns behov for smertelindring og sedasjon.

*Takk til hele «Comfortscale gruppen» ved Barneintensiv for lang innsats, og stor takk til avdelingsledelsen og undervisningssykepleier ved Barneintensiv for tilrettelegging av tid, oppfølging og oppmuntring til prosjektet. Senter for Pasientmedvirkning og sykepleieforskning bidro til skriveveiledning for KS ved artikkelskrivekurs vår 2009. Takk også for støtte fra smerteseksjonen.*



## REFERANSER

1. Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA* 2008;300:60-70.
2. Lago P, Guadagni A, Merazzi D, Ancora G, Bellieni CV, Cavazza A. Pain management in the neonatal intensive care unit: a national survey in Italy. *Paediatr Anaesth* 2005;15:925-31.
3. Porter FL, Grunau RE, Anand KJ. Long-term effects of pain in infants. *J Dev Behav Pediatr* 1999;20:253-61.
4. Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology* 2000;93:1123-33.
5. Rathmell JP, Wu CL, Sinatra RS, Balantyne JC, Ginsberg B, Gordon DB, et al. Acute post-surgical pain management: a critical appraisal of current practice, December 2-4, 2005. *Reg Anesth Pain Med* 2006;31:1-42.
6. Payen JF, Chanques G, Mantz J, Hercule C, Auriant I, Leguillou JL, et al. Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: a prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology* 2007;106:687-95.
7. Alexander E, Carnevale FA, Razack S. Evaluation of a sedation protocol for intubated critically ill children. *Intensive Crit Care Nurs* 2002;18:292-301.
8. Playfor SD, Thomas DA, Choonara I, I. Recall following paediatric intensive care. *Paediatr Anaesth* 2000;10:703-4.
9. De JB, Cook D, ppere-De-Vecchi C, Guyatt G, Meade M, Outin H. Using and understanding sedation scoring systems: a systematic review. *Intensive Care Med* 2000; 26:275-85.
10. Marx CM, Smith PG, Lowrie LH, Hamlett KW, Ambuel B, Yamashita TS, et al. Optimal sedation of mechanically ventilated pediatric critical care patients. *Crit Care Med* 1994; 22:163-70.
11. von Baeyer CL, Spagrud LJ. Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain* 2007; 127:140-50.
12. Stevens B. Acute pain Management in Infants in the Neonatal IntensiveCare Unit. In: Finley GA, McGrath PJ, editors. *Acute and procedure pain in infants and children*. Seattle: IASP Press; 2001. p. 101-28.
13. Stinson JN, Kavanagh T, Yamada J, Gill N, Stevens B. Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. *Pain* 2006; 125:143-57.
14. Playfor SD. Analgesia and sedation in critically ill children. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2008; 93:87-92.
15. Siffleet J, Young J, Nikoletti S, Shaw T. Patients' self-report of procedural pain in the intensive care unit. *J Clin Nurs* 2007;16:2142-8.
16. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med* 2002; 30:119-41.
17. Lubisch N, Roskos R, Sattler SM. Improving outcomes in pediatric procedural sedation. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008; 34:192-5.
18. Payen JF, Bosson J, Chanques G, Mantz J, Labarere J. Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA study. *Anesthesiology* 2009; 111:1308-16.
19. Ambuel B, Hamlett KW, Marx CM, Blumer JL. Assessing distress in pediatric intensive care environments: the COMFORT scale. *J Pediatr Psychol* 1992; 17:95-109.
20. el-Khatib MF, Chatburn RL, Potts DL, Blumer JL, Smith PG. Mechanical ventilators optimized for pediatric use decrease work of breathing and oxygen consumption during pressure-support ventilation. *Crit Care Med* 1994; 22:1942-8.
21. Ista E, van DM, Tibboel D, de HM. Assessment of sedation levels in pediatric intensive care patients can be improved by using the COMFORT «behavior» scale. *Pediatr Crit Care Med* 2005; 6:58-63.
22. Reed MD, Yamashita TS, Marx CM, Myers CM, Blumer JL. A pharmacokinetically based propofol dosing strategy for sedation of the critically ill, mechanically ventilated pediatric patient. *Crit Care Med* 1996; 24:1473-81.
23. Johansson M, Kokinsky E. The COMFORT behavioural scale and the modified FLACC scale in paediatric intensive care. *Nurs Crit Care* 2009; 14:122-30.
24. van DM, de Boer JB, Koot HM, Tibboel D, Passchier J, Duivenvoorden HJ. The reliability and validity of the COMFORT scale as a postoperative pain instrument in 0 to 3-year-old infants. *Pain* 2000; 84:367-77.
25. Blauer T, Gerstmann D. A simultaneous comparison of three neonatal pain scales during common NICU procedures. *Clin J Pain* 1998; 14:39-47.
26. Porter FL, Wolf CM, Gold J, Lots-off D, Miller JP. Pain and pain management in newborn infants: a survey of physicians and nurses. *Pediatrics* 1997; 100:626-32.
27. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005; 8:94-104.
28. Wallin L. Knowledge translation and implementation research in nursing. *Int J Nurs Stud* 2009; 46:576-87.
29. Lago P, Garetti E, Merazzi D, Pie-ragostini L, Ancora G, Pirelli A, et al. Guidelines for procedural pain in the newborn. *Acta Paediatr* 2009; 98:932-9.
30. Anand KJ, Johnston CC, Oberlander TF, Taddio A, Lehr VT, Walco GA. Analgesia and local anesthesia during invasive procedures in the neonate. *Clin Ther* 2005; 27:844-76.
31. Taddio A, Katz J, Ilersich AL, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet* 1997 1;349:599-603.
32. Diseth TH. Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: a longitudinal follow-up. *Dev Psychopathol* 2006;18:233-51.
33. Shah V, Ohlsson A. Venepuncture versus heel lance for blood sampling in term neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; CD001452.
34. Playfor SD, Thomas DA, Choonara I, Jarvis A. Quality of sedation during mechanical ventilation. *Paediatr Anaesth* 2000;10:195-9.
35. Playfor S, Jenkins I, Boyles C, Choonara I, Davies G, Haywood T, et al. Consensus guidelines on sedation and analgesia in critically ill children. *Intensive Care Med* 2006; 32:1125-36.
36. Stinson J, Yamada J, Dickson A, Lamba J, Stevens B. Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. *Pain Res Manag* 2008; 13:51-7.

# Opplever unødig smerte

› Kartleggingsverktøy kan hjelpe



**Av Kari Raaum Hovde**  
Spesialsykepleier til barn,  
OUS, Utdanningscenteret

Artikkelen beskriver sykepleieres og legers vurdering av smerte, sedasjon og lindrende metoder ved ulike prosedyrer før og etter implementering av Comfort Scale (CS) på en barneintensivavdeling. Spørreundersøkelsen fokuserte på personalets holdninger og praksis knyttet til vanlige prosedyrer hos barn i alderen null–tre år som ligger på respirator. Studien konkluderer med at det ikke gis noe sikkert svar på hvorvidt innføring av CS har endret praksis, men at analgetika, sedasjon og lindrende tiltak ikke alltid gis i samsvar med de prosedyrene som vurderes som mest smertefulle, eller slik personalet mener at de burde brukes.

Til tross for at barns smerte i de aller fleste tilfeller kan lindres, opplever barn fortsatt unødvendig smerte når de er innlagt i sykehus. Det er helsepersonells ansvar at barn ikke opplever unødig stress og smerte

når de er innlagt i sykehus, og derfor et meget viktig tema å sette fokus på. Min praksiserfaring tilsier at smertebehandlingen til dels fungerer tilfeldig, avhengig av den enkelte leges og sykepleiers kunnskaper om og holdninger til barns smerte. Kunnskap om hvordan ulike analgetika og sedativer virker er varierende, hvordan den enkelte tolker barns smerteatferd er forskjellig og dokumentasjonen tilfeldig.

Denne artikkelen er viktig for alle som arbeider med kritisk syke barn. Å ha et kartleggingsverktøy tilgjengelig vil hjelpe helsepersonell til å vurdere barns smerte og stressnivå på en mer samstemt måte. Med det mener jeg at samme parametere legges til grunn når smerte og stressnivå vurderes. Det i seg selv, samt å få fokus på smertebehandling, kan endre praksis til det bedre. Å dokumentere CS-score, eksempel-

vis på intensivkurven, vil også danne et viktig grunnlag for å lage et adekvat behandlingsopplegg for den enkelte pasient. At sykepleiere og leger får bedret kompetanse i forhold til når barnet trenger sedativer og når det trenger analgetika er viktig.

Studien viser at det fortsatt er «en vei å gå». Undervisning på fagdager, veiledning i praksis av sykepleiere med spesialkompetanse innen feltet, tverrfaglige smertegrupper, utarbeidede prosedyrer eller retningslinjer og veiledningsgrupper der holdninger til stress og smerte kan diskuteres, er verktøy for å forbedre praksis.

Les artikkelen på side 80



# DOKTORAVHANDLING



**Kandidat:**  
**INGE JOA**

**Tittel:** The Importance of Information Campaigns in the Early detection of Psychosis. A historical comparison study

**Arbeidssted:** Regionalt nettverk for klinisk psykoseforskning Helse Vest, Stavanger Universitetssjukehus

**Utgått fra:** Universitetet i Bergen, Det Medisinske odontologiske fakultet, Institutt for klinisk medisin

**Veileder:** Professor Tor Ketil Larsen, UiB

**Disputas:** 30. april 2010

**E-post:** ijo@sus.no

> **Bakgrunn:** Psykoselidelser generelt og schizofreni spesielt er blant de mest alvorlige psykiske lidelsene. Ofte med debut i ungdomsalderen. Mange pasienter har ved første behandlingskontakt utviklet

alvorlige symptomer og omfattende funksjonssvikt. Risikoen for et alvorlig forløp øker med lengden av ubehandlet sykdom. Tidlig Intervensjon ved Psykose (TIPS) prosjektet (1997–2000) viste at det var mulig å forkorte varigheten av ubehandlet psykose (ubehandlet sykdom) ved hjelp av tidlig oppdagelses (lavterskel) team, samt informasjonskampanjer. Det har vært begrenset kunnskap om hva som er virksomme og nødvendige faktorer i et slikt tidlig oppdagelsesprogram.

**Hensikt:** Å undersøke effekten av informasjonskampanjer på varighet av ubehandlet psykose. Studien har undersøkt om lavterskel oppdagelsesteam har vært tilstrekkelige for å redusere varighet av ubehandlet psykose, eller om også informasjonskampanjer har vært en nødvendighet.

**Metode:** I studien er pasienter som fikk en psykoselidelse for første

gang fra Sør-Rogaland sammenlignet i to tidsperioder; 1997–2000 med utstrakt bruk av informasjonskampanjer og 2002–2004 der slike informasjonskampanjer var redusert til et minimum.

**Resultat:** Da informasjonskampanjene ble redusert gikk varighet av ubehandlet psykose opp til 15 uker (median) sammenlignet med fem uker (median) i perioden der man hadde informasjonskampanjer. Andre viktige funn i avhandlingen er at ungdommene i undersøkelsen (< 19 år) har lengre varighet av ubehandlet psykose.

**Konklusjon:** Studien har vist at godt planlagte kampanjer som retter seg mot den generelle befolkning og utvalgte grupper, og som gjentas regelmessig, er en nødvendig forutsetning for å oppdage pasienter i tidlig sykdomsfase. Det er viktig å forbedre våre tidligoppdagelsesstrategier for den yngste målgruppen.

## HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no). Retningslinjer for utforming av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider: [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).

Av Gunilla Dored

E-post: [bejmert-dored@telia.com](mailto:bejmert-dored@telia.com)  
 Yrke: Spesialistlege i psykiatri,  
 konsultlege Domstolsverket, Sverige



## Et faglig blikk på empati

› Helsepersonells evne til empati og etisk holdning er et interessant og viktig område.

Litteraturen jeg henviser til i denne artikkelen viser at det er nødvendig med ytterligere forskning på dette temaet. Det er viktig at fremtidig forskning belyser ulike sider ved empati og etisk holdning på en måte som kan være interessant både i et forsknings- og utdanningsperspektiv.

Etter 30 års erfaring som lege i Sverige og Norge har jeg gjort meg noen refleksjoner rundt empatibegrepet og den betydning empati og medfølelse har for medisinsk behandling, et svært interessant fagområde slik jeg ser det.

### MØTE MED PASIENTEN

Hva handler empati, det vil si medfølelse med pasienter om? Den populærvitenskapelige boken «Tillsammans» av professor Åsa Nilssonne og psykolog Anna Käver (1) har hjulpet meg til å besvare dette spørsmålet. Her gjør forfatterne en enkel symbolsk sammenligning: Å ha empati med et medmenneske er å «gå i det andre menneskets tårn og se utsikten derfra, og så går

man tilbake til sitt eget tårn og gjør det man synes er greit (vedtak)».

Mine antakelser er at hvis pasienten opplever møtet med helsepersonellet som positivt er det større sjanse for at man får informasjon som er viktig for den medisinske vurderingen. Hvis pasienten derimot opplever møtet som negativt kan det være vanskelig for vedkommende å snakke åpent og da får man kanskje ikke denne informasjonen. Det er ikke alltid enkelt å snakke om sykdom, selv om dette selvsagt er personavhengig. Jeg tror det kan være vanskeligere å snakke om redsel for å være smittet av hiv eller at man hører stemmer i hodet, enn om brystmerter. De norske sosiologene Dag Album og Steinar Westin har vist (2) at ulike sykdommer har forskjellig status blant leger og medisinstudenter. Det gir for eksempel høyere status å arbeide med pasienter som har brystmerter og trenger torakskirurgi, enn å arbeide med pasienter som har angst og psykiske lidelser. Dette kan

påvirke møtet mellom pasienter og helsepersonell.

### STIGMA OG FORDOMMER

Empatiforskningen kan bidra til å øke forståelsen for pasientens medisinske problemer. Det kan være vanskelig for pasienten å bli møtt med stigma og fordommer. Et negativt møte kan påføre dem angst og krever «psykologisk energi» og tid. Min erfaring tilsier at det fortsatt er store stigmaproblemer knyttet til psykisk sykdom.

Bruk av empati handler ikke bare om å få informasjon fra pasienten, men også om at pasienten skal føle at han eller hun møter forståelse og respekt. Det er også viktig at pasienten forstår «vedtaket», det vil si behandlingen, og at behandler og pasient har en best mulig allianse i dette. Det kan bli uryddig hvis pasienten er usikker på behandlingen. Pasienten kan for eksempel bli usikker dersom han eller hun ikke forstår hva som skjer («Skal jeg på røntgen nå, hva skjer der og hvorfor fikk jeg denne tabletten?»).



## Hva handler empati, det vil si medfølelse med pasienter om?

At helsearbeideren formidler realistisk håp har også betydning for hvordan behandlingen forløper. En svensk undersøkelse av fysioterapeut Pia Thomee med kolleger har vist at hvis en pasient har tro på seg selv etter ett benbrudd, så øker muligheten for en bedre rehabilitering (3).

Det ligger psykologisk energi i empati og formidling av håp. Dette viser også at man må være ydmyk når det gjelder ortopediens fagkunnskap og resultatet av en operasjon, men at resultatet kan bli bedre hvis pasienten tror på seg selv.

### MAKTFORHOLD

Fokus på empati og anvendelse av «tårnmodellen» kan også hjelpe helsepersonell med å forstå at pasienten er i sitt eget «tårn» og at det finnes to «tårn». Sykepleieren på ortopedien som går mye i fjellet kan for eksempel støtte og formidle håp til pasienten som akkurat har begynt å gå etter et benbrudd. Rehabilitering er en «trapp» med forskjellige faser. Det gjelder å se rehabilitering ut ifra den fasen pasienten befinner seg i.

Sykdom er også forbundet med maktforhold og hierarki mellom pasient og behandler. Å ha empati og «gå i tårn» kan kanskje øke erkjennelsen av at pasienter har «fagkunnskap om egen sykdom og forstår den». I dag har pasienter foreninger og kan søke kunnskap på internett, noe som ikke var mulig for 30 år siden. Jeg synes dette er greit.

For helsepersonell handler det om å kombinere fagkunnskap og empati. Disse størrelsene er gjensidig avhengige av hverandre.

Arbeidsmiljøet er også viktig for at møtet mellom helsepersonell og pasienter skal fungere godt. For mye stress kan påvirke helsearbeidernes mulighet til å ta seg nok tid og føre til at møtet med pasientene oppleves som et ork. Dette er selvfølgelig ikke bra. I det følgende gir jeg en oversikt over noen avhandlinger om empati som er skrevet i de senere årene for å understreke empatibegrepets betydning innenfor forskningen.

### ETISK KOMPETANSE

I en ny avhandling «Empathy in medicine. A philosophical hermeneutic reflection», Universitetet i Oslo (4) beskriver lege Reidar Pedersen såkalte «missing links» i litteraturen når det gjelder utvikling av empati i medisinsk utdanning. Pedersen ser nærmere på begreper som empati og moralsk vurderingsevne, biomedisinsk fagkunnskap og vurderingsevne, vitenskap og paradigmer og den personlige, sosiale og historiske bakgrunnen til den som tar utdanningen. Pedersen spør om ikke disse begrepene bør knyttes bedre sammen i fremtidig medisinsk utdanning og utvikling, slik at man kan oppnå bedre resultater. Han viser at økningen i evnen til empati, som det kan være behov for i løpet av utdanningen av helsearbeidere, er mindre enn ønsket.

To artikler i den svenske Läkartidningen uttrykker tilsvarende interesse for å utvikle den etiske kompetansen og evnen til empati hos medisinstudenter. Artiklene har titlene «Att utveckla etisk kompetens – går det?» (5) og «Studenter behöver få träna etik under klinisk praktik» (6). Det er med andre ord flere som har fattet interesse for disse behovene.

Psykolog Jakob Håkansson Eklund ved Mälardalens högskola har startet et empatiserende (www.emphaty.se) og har gjort flere undersøkelser i forbindelse med sin avhandling. Blant annet har han studert hvordan evnen til empati påvirkes av informasjonen vi får om en pasient før vi møter ham eller henne. Ifølge denne undersøkelsen kan det for eksempel være en større utfordring å forstå og føle empati for en kriminell pasient enn for en pasient som er et offer (7).

### ETNOKULTURELL EMPATI

Håkansson Eklund har også observert at vår evne til empati påvirkes positivt når vi har hatt lignende psykologiske erfaringer i vårt eget liv (8). Kanskje trenger det ikke å være en ulempe for den som arbeider i psykiatrien, å ha hatt en depresjon selv? Selvfølgelig er det også mye annet som kan påvirke evnen til empati.

Psykolog Chato Rasoal har skrevet en avhandling om etnokulturell empati, det vil si hvordan vi føler empati med mennesker med en annen etnisk



## Følelser smitter.

bakgrunn (9). Han undersøker 365 studenter under forskjellige typer medisinsk utdanning (lege, psykolog, sosialarbeider, sykepleier) og deres evne til empati. Såkalt grunnempati (basic empathy) måles i denne undersøkelsen med instrumentet Interpersonal Reactivity Index-IRI (Davis 1983), og det som kalles etnokulturell empati måles med Scale of Ethnocultural Empathy-SEE (Wang et al., 2003).

Når Rasool sammenligner og vurderer fakta, det vil si svarene fra de to spørreskjemaene, ser han en betydelig sammenheng mellom grunnempati og etnokulturell empati (overlapping). Hvis en student har stor evne til empati ifølge IRI-skalaen, er sannsynligheten stor for at han også har stor evne til etnokulturell empati ifølge SEE-skalaen. Rasool ser en noe større evne til empati hos psykologi- og sosialarbeiderstudenter, men er ydmyk og usikker med hensyn til resultatenes signifikans ettersom det er små forskjeller og små grupper. Han ønsker generelt mer forskning på området.

### PASIENTENS OPPLEVELSE

I forskningen som er presentert i denne artikkelen så langt, har man målt evnen til empati hos forskjellige helsearbeidere og studenter, men pasientenes opplevelse av å bli møtt med empati er ikke målt. I fremtidig forskning vil det derfor være svært interessant å måle

pasientenes opplevelse av å ha bli møtt med empati og knytte dette sammen med resultatene man har oppnådd i undersøkelser der man med ulike skalaer har målt evnen til empati hos helsepersonell.

I en studie av sykepleier Sandra Pennbrant er også pasientenes og de pårørendes opplevelse av møtet med legen målt (10). Hun har intervjuet leger, eldre pasienter og pårørende. Samtalene er tatt opp og deretter analysert. Man har kodet samtalene og delt dem inn i temaer for å analysere innholdet. Analysen av innholdet i intervjuene og vurdering av dialogene viser at legenes møter med eldre pasienter og pårørende ikke har vært så gode. En mulig årsak til dette kan ifølge forfatteren være hierarki og at pasienter og pårørende opplever maktforhold som gjør at de ikke får den dialogen eller det møte med legen som de ønsker. Forfatteren skriver også at 20 pasienter er intervjuet, og man må selvfølgelig vurdere ytterligere forskning med flere pasienter i fremtiden. En mulig årsak som forfatteren også vurderer, er at legen har dårlig tid og er stresset. Det har vært store innsparinger i det svenske helsevesenet i mange år. Disse resultatene er bekymringsverdige og viser hvor viktig empatiforskningen er. De viser også at arbeidsmiljøet er viktig. Når pasienter opplever møtet med helsepersonell slik som i Sandra Pennbrants undersøkelse,

kan den medisinske behandlingen påvirkes negativt og det er viktig at pasienter får en trygg og sikker behandling.

### PÅRØRENDE SOM RESSURS

Også sykepleier Lena-Mari Sjöblom har på samme måte intervjuet pasienter, pårørende og helsepersonell (vernepleier og sykepleier). I denne avhandlingen ønsket hun å vurdere situasjonen som pårørende til pasienter med psykisk sykdom er i. Etter innholdsanalyse kom hun fram til at de pårørende ofte er i en situasjon der de opplever mye stress, ettersom de er bekymret for den som er syk. I flere tilfeller (16 pårørende og 20 ansatte er intervjuet) gir pårørende og pasienter uttrykk for at de ønsker å bli ivaretatt bedre og få mulighet til flere møter. Samtidig må taushetsplikten naturligvis overholdes. Denne forskningen viser at pårørende kan være en ressurs som kan brukes og møtes på en bedre måte. Helsepersonell kan få viktig informasjon om sykdommen fra de pårørende, og ettersom psykisk sykdom er stigmatisert i samfunnet er det også spesielt viktig at pårørende til psykisk syke får støtte slik at de kan håndtere sin egen situasjon.

Empati og etisk holdning er også et fagområde innenfor den neurobiologiske forskningen, og forskning om speilnevronenes betydning for evnen til empati er et fagområde i utvikling. En gruppe som arbeider sammen med professor Giacomo Riz-

## ” ” Å lytte til pårørende kan gi bedre resultater.

zolatti i Parma har med dyreforsøk vist at når en ape ser en annen ape spise frukt reagerer nevronene på tilsvarende måte som når den selv spiser frukten (12). Følelser smitter. Ivan Pavlov fikk Nobelprisen i 1904. Hans forskning har hatt stor betydning for forståelsen av hvordan vi lærer oss noe nytt. Kanskje kan forskning på speilnevroner også lære oss noe nytt og hjelpe oss til å forstå at mennesker er forskjellige.

### OPPSUMMERING

Forskning på helsepersonells og studenters evne til empati og betydningen denne evnen har vist seg å ha for den medisinske behandlingen av pasienter, viser at dette er et viktig fagområde med hensyn til fremtidig medisinsk behandling og utvikling.

Pedersens beskrivelse av «mis-

sing links» i faglitteratur om empati åpner opp for ny utdanningslitteratur. For eksempel litteratur som knytter resultatene av biologisk forskning om speilnevroner til den kliniske erfaringen om hvordan man møter pasienter og pårørende på en tilfredsstillende måte.

Det er også viktig at man i fremtidig forskning knytter pasienters og pårørendes erfaring til behandlingsresultatet. Allerede i dag interesserer man seg for hvordan pasienters tro på seg selv kan gi bedre medisinske resultater. Å lytte til pårørende kan gi bedre resultater. Stigmatiseringen knyttet til psykisk sykdom gjør det spesielt viktig å se nærmere på hvordan empati kommer til uttrykk i møtet mellom helsepersonell og pårørende. Det er viktig å se nærmere på hvilken status

forskjellige sykdommer har i samfunnet og hvordan denne statusen påvirkes av mediene. Slik informasjon kan hjelpe oss til å iverksette tiltak for å ivareta mennesker med lavstatussykdommer og stigmatiserte sykdommer bedre, for eksempel pasienter med psykisk sykdom. Det er også viktig og se om det skjer forandringer med hensyn til sykdommenes status i framtiden. Også arbeidsmiljøet kan påvirke måten pasienter blir møtt på, et annet felt som sikkert også blir et viktig forskningsområde i framtiden.

Å forske videre på helsepersonells evne til empati og rollen empati spiller, bør spille en rolle i helsearbeidernes utdanning. Dette blir garantert en spennende utfordring som kan bety mye for den fremtidige medisinske utviklingen.

### REFERANSER

1. Kåver, A. og Nilsson, Å.: Tillsammans 2007. Natur och kultur
2. Album, D.; Westin, S.: Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. Soc. Sci. Med. 2008;66:182-188.
3. Thomee, P.; Währborg, P.; Børjesson, M.; Thomee, R.; Eriksson, B.; Karlsson, J.: Att tro på sig själv-grund för lyckad rehabilitering. Läkartidningen 2009;32:1975-1977
4. Pedersen, R.: Empathy in medicine. A philosophical hermeneutic reflection. Faculty of Medicine. Universitetet i Oslo, 2010.
5. Ågård, A og Løfmark R.: Att utveckla etisk kompetens-går det? Läkartidningen 2009;52:3507-3509.

6. Ågård, A.; Lynøe, N.; Nilstun, N. og Sallin, K.: Studenter behøver få träna etik under klinisk praktik. Läkartidningen 2009;52:3503-3506.
7. Håkansson Eklund, J.; Batson, C.D.; Chermok, V.L.; Hoyt, J.L. og Ortiz, B.G.: An Additional Antecedent of Empathic Concern: Valuing the Welfare of the Person in Need. J of Personality and Social Psychology 2007;93:65-74.
8. Eklund, J.; Andersson-Stråberg, T. og Hansen E.M.: «I've also experienced loss and fear»: Effects of prior similar experience on empathy. Scand J of psychology 2008;50:65-69.
9. Rasool, C.: Etnocultural Empathy. Measurement, psychometric properties and differences between students in health

- care education programmes. Linköping University, Department of Behavioural Sciences and Learning, 2009.
10. Pennbrant, S.: Äldre patienters, närståendes och läkares erfarenheter av mötet dem emellan. En studie inom sjukhusvård med ett sociokulturellt perspektiv. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Sahlgrenska akademien. Göteborgs Universitet, 2009.
  11. Sjöblom, L.-M.: Närstående i den psykiatriska vården. En kvalitativ studie om erfarenheter av närståendes delaktighet. Mittuniversitetet MID Sweden University, 2010.
  12. Nilzen, R.: Teorin om spegelneuron förklarar förmågan till empati 2008;32:2193-2195.

# FLYTENDE GRENSER

› – Sykepleiere i sykehus må stadig håndtere ting de formelt sett ikke har kompetanse til.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Erik M. Sundt**

Nina Olsvold er utdannet sykepleier og sosiolog og jobber som førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høgskole. Hennes praktiske erfaring som sykepleier er kort; hun jobbet som sykepleier mens hun tok hovedfag i sosiologi. I denne perioden opplevde hun det som senere skulle bli utgangspunktet for en doktortrad ved institutt for helse og samfunn, ved Universitetet i Oslo.

## ANSVARSOVERSKUDD

– Som sykepleier i sykehus opplevde jeg et overveldende ansvar. Jeg følte jeg alltid hadde mer ansvar en jeg klarte å håndtere. Dette mener jeg er betegnende for sykepleieres yrkesrolle i en sykehuspost; et nærmest konstant ansvarsoverskudd.

Sosiologen Olsvold interesserer seg for sosiale strukturer. Det bærer avhandlingen preg av. Hun har utforsket den praktiske

betydningen av ansvar for sykepleiere i sykehus.

– Jeg har sett på hvordan sykepleiere «gjør» ansvar i sengeposter, og hvordan strukturelle og relasjonelle faktorer innvirker på hvem som opplever og tar ansvar for hva.

Avhandlingen er basert på en kvalitativ studie der observasjoner av hverdagens arbeid og dybdeintervju med 30 sykepleiere og sju leger sto sentralt. Olsvold fant at manglende kontinuitet i hverdagens arbeid og i ansvaret for pasientene, førte til fragmentering av kunnskapen om pasientene og vanskelige samarbeidsforhold. Særlig mener hun at samarbeidet mellom leger og sykepleier ikke fungerer optimalt.

## HIERARKISK

– Det er stor oppgaveavhengighet mellom leger og sykepleiere. Dette krever en større grad av åpen kommunikasjon og reflektert samarbeid mellom disse to profesjonene enn det som er en realitet.

## Nina Olsvold

**Utdanning:** Sykepleier, PhD med. hovedfag i sosiologi  
**Arbeidssted:** Lovisenberg diakonale høgskole

Olsvold fant at leger opptrer som om sykepleiere ikke har en egen faglig agenda med tilhørende ansvarsområder.

– Arbeidsmåtene og arbeidsrelasjonene i sykehus er svært vanskelige å endre, og forholdet mellom sykepleiere og leger er fremdeles veldig hierarkisk, påpeker hun.

Olsvold fant også at sykepleiere og leger i vanlige sengeposter ikke oppfatter hverandre som kolleger.

– Leger og sykepleiere spiser sjelden lunsj sammen og deler ikke pauserom. De har også sjelden felles personalmøter.

Dette mener hun er negativt.

– Uformelt samvær kan bidra til å styrke det profesjonelle samarbeidet, mener Olsvold.

## PRAKTISK ANSVAR

– Sykepleiers yrkesrolle har gjennomgått en sterk utvikling i takt med teknologiseringen og utviklingen i sykehus generelt. Sykepleier tar for eksempel over stadig flere medisinske oppgaver. Slike oppgaver gjør at de ofte





kunne trenge leger å spille på, men det har de ikke i tilstrekkelig grad, påpeker hun.

– Sykepleiere i sykehus må stadig håndtere ting de formelt sett ikke har kompetanse til. Dette kan i verste fall gå ut over pasientsikkerheten.

Leger har ofte ansvar for å ivareta funksjoner på tvers av poster og er lite til stede ved den enkelte post utover visitten. Dette, i tillegg til sykepleiernes turnus og legenes vaktordninger, bidrar til at det blir lite kontinuitet i samarbeidet mellom leger og sykepleiere.

– Legene har det formelle pasientansvaret, men sykepleierne utfører mye av den praktiske pasientbehandlingen. Da er det problematisk at yrkesgruppene kommuniserer dårlig.

Hun gestikulerer ivrig.

– I et sykehus vil det alltid være mange uspesifikke oppgaver. Oppgaver som oppstår akutt, som ikke er fordelt eller nedtegnet i prosedyrer. Rett og slett fordi det alltid vil være mange gjøremål som ingen kan

” – Leger og sykepleiere spiser sjelden lunsj sammen og deler ikke pauserom.

forutse før de må håndteres der og da: Folk som blir akutt syke, pårørende i krise og en mengde med praktiske småting. Jeg ville finne ut hvordan disse uspesifikke arbeidsoppgavene ble håndtert, forteller hun.

#### KONTINUITET VIKTIG

– Sykepleiere befinner seg i sentrum av begivenhetene knyttet til pasientbehandlingen, og de er således sentrale aktører i utforming av sykehusenes behandlingskontekster. Ved å bruke sin relasjonelle kompetanse på en helhetlig måte fremmer de effektiv drift av sykehuset. For eksempel er sykepleiers ansvar lite avgrenset, derfor blir det gjerne til at sykepleier påtar seg mange av de akutte og uforutsette arbeidsoppgavene. Hvis man spør en sykepleier om det er noen oppgaver de ikke føler de har ansvar for, så svarer de nei.

– Lokal kunnskap, kontinuitet og erfaring er imidlertid viktige forutsetninger for å ta et utvidet ansvar. Bruk av deltidstillinger, vikarer, og ekstravakter gir manglende kontinuitet, noe som igjen undergraver folks mulighet til å ta ansvar for de uspesifiserte oppgavene.

– Når to avdelinger slås sammen eller en avdeling flyttes fra Aker til Ullevål for eksempel, kan viktig lokal kunnskap gå tapt. Den vil det ta lang tid å bygge opp igjen.

– *Og hva skal til for å oppnå god organisering av arbeidsoppgavene i et sykehus?*

– At de ansatte etablerer gode relasjoner seg i mellom, stabilitet, lokal kunnskap og blikk for helheten. Og at previsitten som et tverrfaglig samarbeidsmøte mellom leger og sykepleiere tematiseres og gjøres til gjenstand for refleksjon allerede i utdanningen.

# KONKLUSJONEN

Avslutningen på en vitenskapelig artikkel bør gi leseren noe å tenke på – noe å ta med seg videre.

Av **Anners Lerdal**

Etter å ha diskutert studiens funn i forhold til tidligere forskningsresultater nærmer artikkelen seg en avslutning. Kvaliteten på avslutningen kan ha mye å si for hvordan vi forstår hele studien. Hvis studien generelt er interessant, men forfatteren til slutt ikke klarer å sette dette inn i en sammenheng kan leseren sitte igjen med et dårlig totalinntrykk, og spørre seg om det faktisk hadde en hensikt å gjennomføre studien.

## HVA SÅ?

Det siste avsnittet i den vitenskapelige artikkelen angir «Hva så?». Hvilke slutninger kan vi trekke på bakgrunn av premissene som er presentert og diskutert? Slutningene kan gjelde flere områder. Noen tidsskrift ønsker ikke en egen «konklusjon», men kun en avrunding av diskusjonen hvor man fortolker funnene. Vær observant på at konsekvensene man oppgir fullt ut må være underbygget av studiens funn.

## OMRÅDER FOR KONKLUSJONEN

Hva innholdet i konklusjonen blir og hvor bastant forfatteren velger å være avhenger naturligvis av studiens karakter, funnenes soliditet og hva som finnes av tidligere forskning som underbygger studien. Innen sykepleieforskning kan det være naturlig å beskrive hvilken betydning studien har for utøvelse av klinisk praksis, råd om anvendelse av bestemte forskningsmetoder eller forskningsdesign, eller for teoriutvikling. Hvis funnene i studien ikke avdekker forventede sammenhenger, kan dette skyldes målemetoder, forhold ved utvalget eller utvalgets sammensetning. Hvis dette er sannsynlig, kan det være aktuelt å gi råd til andre som vil gjøre liknende studier om hvordan fallgruvene kan unngås.

## EKSPERTRÅD

Etter at en studie er gjennomført, sitter forskeren ofte inne med ekspertinnsikt og oversikt over forsk-

ningsfronten på området. For andre forskere kan det derfor være svært interessant å få kvalifiserte råd og kunnskap om viktige problemstillinger som forskningen til nå ikke har.

## VÆR NØKTERN

Selv om studien viser til klare funn, er det muligheter for at disse skyldes tilfeldigheter eller svakheter i forskningsopplegget. Det er derfor viktig å ikke være for bastant eller overvurdere viktigheten av funnene. Spesielt er det nødvendig å være restriktiv med råd om endring av klinisk praksis. Slike råd bygger vanligvis på en gjennomgang av flere studier hvor kvaliteten på studiene er systematisk vurdert av en erfaren forskergruppe.

## NYE STUDIER

Hvis man har studert en svært viktig problemstilling, kan det være aktuelt å anbefale andre å gjennomføre samme studieopplegg (replikasjonsstudie). Hensikten med en slik studie kan være å se om sammenhengene man har avdekket (eller ikke avdekket) også finnes i et nytt datamateriale.

## FALLGRUVE

Konklusjon uten substansielt innhold er ikke særlig interessant. Ikke så rent sjelden konkluderer manuskripter med at: «det trengs mer forskning». Uten å fortelle leseren mer spesifikt hva det trengs mer forskning om samt sette dette inn i en sammenheng, har et slikt generelt utsagn liten verdi. Om studien ellers har vært spennende vil det fungere som om luften går ut av ballongen.

## REFERANSER

**Nylenna M.** Publisere & presentere, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008.  
**Polit D, Beck CT.** 2008 Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8. ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.



## Contents >>

Editorial: Nurses need knowledge about learning and mastering .....	3
<b>Contributions:</b>	
Yngve Vogt: A life of chance in Rondane .....	4
<b>Solveig Fagermoen: Patient information – We need more knowledge!</b> .....	<b>7</b>
<b>Summarised research:</b>	
Cochrane .....	8
Research news .....	12
<b>Research articles:</b>	
<b>What factors in the physical environment inhibit and promote function, well-being and wellness in people with dementia? By Ådel Bergland and Marit Kirkevold</b> .....	<b>14</b>
Comment: Physical facilitation is essential. By Grethe Berg .....	26
Dementia care mapping – an opportunity for reflection and development. By Anne Marie Mork Rokstad and Solfrid Vatne .....	28
Comment: Providing person-centred dementia care. By Geir-Tore Stensvik .....	35
How does Marte Meo guidance affect the staff's experience of self-mastering in dementia care? By Anette Hansen and Siri Ytrehus .....	36
Comment: Revealing mistakes and bad practices. By Ann Karin Tolaas Myhre .....	44
Need-oriented medicating in nursing homes: Great differences in content, design and quality of the general written directives. By Lillian Mo Andreassen, Kjell Hermann Halvorsen and Anne Gerd Granås .....	46
Comment: Need-oriented medicating requires clear procedures By irene Imingen .....	53
Increasing information literacy for nurses and students. By Liv Thorhild Undheim, Else Marie Smestad Wisløff, Elisabeth Ruud Rønning .....	54
Comment: We must learn to search for knowledge. By Jonas Wøien Olsen .....	61
Ambulant medical teams at regional psychiatric centres. By Bengt Karlsson, Marit Borg and Hege Sjølie .....	62
Comment: Services must be adapted to local conditions. By Hannah-Tone Haugan .....	69
<b>Children and young people's information needs when a parent gets cancer.</b> <b>By Berit Hofset Larsen and Monica Wammen Nortvedt</b> .....	<b>70</b>
Comment: Children need adapted information. By Marianne Gjertsen .....	79
Assessment of pain relief and sedation in children on mechanical ventilation using the Comfort Scale. By Kari Sørensen and Hilde Wøien .....	80
Comment: Experiencing unnecessary pain. By Kari Raaum Hovde .....	90
<b>Op-ed: A scientific look at empathy.</b> By Gunilla Dored .....	92
<b>Research Interview: Blurring lines</b> .....	96
<b>New and useful:</b> .....	98



28



46



80

## Innhold >>

Leder: Sykepleiere trenger kompetanse om læring og mestring .....	3
<b>Innspill:</b>	
Yngve Vogt: Tilfeldighetenes tilværelse i Rondane .....	4
Solveig Fagermoen: Pasientinformasjon – vi trenger mer kunnskap! .....	7
<b>Oppsummert forskning:</b>	
Cochrane .....	8
Forskningsnytt .....	12
<b>Forskningsartikler:</b>	
Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? Av Ådel Bergland og Marit Kirkevold .....	14
Kommentar: Fysisk tilrettelegging er avgjørende. Av Grethe Berg .....	26
<b>Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling.</b> Av Anne Marie Mork Rokstad og Solfrid Vatne .....	28
Kommentar: Gir personsentrert demensomsorg. Av Geir-Tore Stensvik .....	35
Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen? Av Anette Hansen og Siri Ytrehus .....	36
Kommentar: Avdekker feil og uheldig praksis. Av Ann Karin Tolaas Myhre .....	44
<b>Behovsmedisinering i sjukeheimar: Store ulikskapar i innhald, utforming og kvalitet på dei generelle skriftlege direktiva.</b> Av Lillian Mo Andreassen, Kjell Hermann Halvorsen og Anne Gerd Granås .....	46
Kommentar: Behovsmedisinering krever klare prosedyrer. Av Irene Imingen .....	53
Økt informasjonskompetanse hos sykepleiere og studenter. Av Liv Thorhild Undheim, Else Marie Smestad Wisløff, Elisabeth Ruud Rønning .....	54
Kommentar: Vi må lære å søke etter kunnskap. Av Jonas Wøien Olsen .....	61
Ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre. Av Bengt Karlsson, Marit Borg og Hege Sjølie .....	62
Kommentar: Tilbudet må tilpasses lokale forhold. Av Hanne-Tone Haugan .....	69
Barn og unges informasjonsbehov når mor eller far får kreft. Av Berit Hofset Larsen and Monica Wammen Nortvedt .....	70
Kommentar: Barn trenger tilpasset informasjon. Av Marianne Gjertsen .....	79
<b>Vurdering av smertelindring og sedasjon hos barn på respirator ved hjelp av Comfort Scale.</b> Av Kari Sørensen og Hilde Wøien .....	80
Kommentar: Opplever unødig smerte. Av Kari Raalum Hovde .....	90
<b>Kronikk:</b> Et faglig blick på empati. Av Gunilla Dored .....	92
<b>Forskerintervju:</b> Flytende grenser .....	96
<b>Nytt og nyttig:</b> .....	98