

forskning

02|11



Bakterier
på operasjonstua

114

Vi blir stadig minnet på hvor skadelige bakterier kan være og hvor viktig det er å forebygge smittespredning. For å avdekke kilder av bakterier som innebærer risiko for pasienter, er det viktig å ta regelmessige mikrobiologiske prøver. Studien til førsteamanuensis Augusta Irene Kvam mfl., i denne utgaven av **Sykepleien Forskning**, viste at det var flere mikrober på medisinsk utstyr som ble lagret inne på operasjonsstuene enn på utstyr lagret utenfor stuene. Funnene av sykdomsfremkallende bakterier var i hovedsak hvite stafylokokker.



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

Assisterende redaktører: Liv Merete Reinar

livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no
Kristin Halvorsen kristin.halvorsen@ldh.no

Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson

susanne.dietrichson@sykepleien.no

Markedssjef: Ingunn Roald

ingunn.roald@sykepleien.no

Statistiker: Guri Feten

guri.feten@aal.kommune.no

Grafisk produksjon: **Sykepleien**
Repro og trykk: **Stibo Graphic AS**

Utgivelsesplan 2011:

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

Hva er god forskning?

Aftenposten har nylig hatt et oppslag som sammenlignet høyskolene og universitetenes forskningsproduksjon og gjennomslagskraften i forskningen deres. Tallene viste at mens produksjonen de senere år har økt mer i høyskolesektoren enn hos universitetene, hadde forskningen ved universitetene større gjennomslagskraft. Det er imidlertid grunn til å spørre seg om dette er hele sannheten?

Beregningene tok utgangspunkt i Fagerbergutvalgets nye utredning av hva som er god måloppnåelse i offentlig finansiert forskning (1). Utvalget foreslår opprettelse av et forskningsbarometer som kan brukes til å vurdere norske forskningsmiljøer. Den ene indikatoren i barometeret omhandler produktivitet. Dette måles allerede i dag i form av antall publikasjonspoeng. Fra og med i år registreres publikasjonspoengene for alle norske forskningsmiljøer i databasen Current Research Information System in Norway (Cristin).

En annen foreslått indikator er indikator for « ... kvalitet, bruk og innflytelse» (1, s. 110). Indeksen består av antall registrerte siteringer i siteringsdatabasen ISI Web of Science. For at en publikasjon skal bli inkludert må tidsskriftet den publiseres i være tatt opp i ISI-databasen. Noen fag og disipliner har høyere andel tidsskrifter registrert i denne databasen enn andre. Denne skjevheten medfører at forskergrupper med mange publikasjoner i tidsskrift registrert i ISI-databasen blir vurdert som gode, mens forskning fra fagfelt med få tidsskrift i databasen blir oppfattet som

dårlig. Dette kan gi uheldig utslag for sykepleievitenskap som har relativt få tidsskrift med i ISI-databasen sammenlignet med for eksempel medisinske. Konsekvensen kan bli at forskning innen sykepleievitenskap slår ut som dårlig kvalitet i det foreslåtte indikatorsystemet.

Tilsvarende problem kan også oppstå hvis ulike sektorer har ulike hensikter med forskningen. Universiteter som i stor grad driver grunnforskning og forskning for forskere vil naturlig få flere siteringer enn høyskolesektoren som i større grad driver anvendt forskning rettet mot forbedring av praksis. Hvis antall siteringer brukes som eneste kvalitetsmål vil forskningen ved høyskolene kunne komme uforholdsmessig dårligere ut enn universitetene. I den endelige utarbeidelsen av et nytt vurderingssystem er det derfor viktig at forskningsbarometeret tar hensyn til mangfoldet i forskningen, at forskning har ulike formål. Det er viktig at forskningens betydning av behandling og pasienter og utdanning av helsepersonell, gir uttelling.

REFERANSE

1. Norges offentlige utredninger. Et åpnere forskningssystem (Fagerbergutvalget). NOU 2011:6. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, seksjon for statens trykking, 2011. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nouer/2011/nou-2011-6.html?id=641690>



Redaktør

Anners Lerdal

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

Grunnstoffet tillit

> It is impossible to go through life without trust, that is to be imprisoned in the worst cell of all – oneself. (Graham Greene)

Jeg vil i denne artikkelen fortolke helsetjenestens «Gudestoff» – det prinsipp som holder pasienter og behandlere sammen: Tillit.

HVA ER TILLIT?

Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er å stole på. Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller til et system, makt til å handle på mine vegne, til mitt beste.

HVORFOR TRENGER VI TILLIT?

Syke mennesker har et særlig behov for tillit fordi sykdom innebærer et tap av tillit til kroppen, funksjonsevnen og fremtiden. Tapet av selvtillit forsterker behovet for å stole på andre, blant dem hjelperen. Bli nå med på et møte i Tillitens rom sammenlignet med i Angstens rom:

- I Tillitens rom vil pasienten legge fram sitt egentlige ærend, også når dette er følsomt og pinlig. Angstens rom er fullt av masker og koder.
- I Tillitens rom rår tålmodighet. Hjelperen kan bruke Tiden som diagnostisk og terapeutisk middel. I Angstens rom høres et taust rop om: Handling nå!

- I Tillitens rom er hjelperen som legemiddel til stede. I Angstens rom er molekylene alene uten den helbredende kraft fra tillit, tro og håp.
- I Tillitens rom har hjelperen frihet til å skreddersy tjenestene til denne enestående pasienten, i denne spesielle livssituasjonen, på denne underlige onsdagen. I Angstens rom vil klinisk praksis bli standardisert av pasientretigheter, internkontrollsystemer, evidencebaserte programmer, frykt for klage og erstatning.
- I Tillitens rom vil hjelperen bli tilgitt. I Angstens rom blir hun eller han anklaget for den samme feil.
- I Tillitens rom trives hjelperen. I Angstens rom brenner hjelperen ut.

HVA BLIR TILLIT SKAPT AV?

Dette er kildene til tillit i klinisk arbeid:

- Moralsk integritet
- Den personlige hjelper
- Å dele makt
- Å bry seg
- Ikke å love for mye
- Kyndighet

MORALSK INTEGRITET

Selve definisjonen av tillit krever

at du er trygg på at den som får din tillit vil handle til det beste for deg. Men da må hjelperen være uavhengig av andre interesser, det være seg kommersielle krefter eller byråkratiske systemer.

DEN PERSONLIGE HJELPEREN

Den gode hjelper vier seg til personen – til det underlige og uberegnelige vesen vi kaller mennesket. Mens mange er dobbelt blindet av objektivitet og vitenskap, forsøker den gode hjelperens øyne å finne pasientens øyne og skape, sagt med Martin Buber: «et møte mellom et Jeg og et Du». Når en diagnose lander i et menneske, oppstår en ny sykdom. Hver gang oppstår en ny sykdom formet av dette menneskets historie, karakter, livssituasjon og framtidshåp. Derfor blir hver person syk på sin måte.

Å DELE MAK

For den gode hjelper er pasienten et menneske du skal nærme deg med ydmykhet, respekt og likeverdighet. Den gode hjelper erfarer at der finnes kun en ekspert på pasientens sykdomsopplevelse, på pasientens frykt, håp, kroppslige fornemmelser

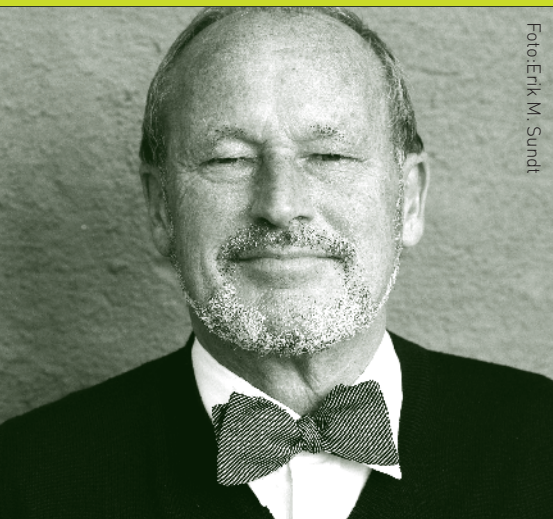


Foto: Erik M. Sundt

” Hver person blir syk på sin måte.

og sosiale påvirkninger: Pasienten selv. Klok behandling krever at de to ekspertene; den faglige ekspert og eksperten på meg og mitt liv, møtes, utveksler kunnskap og deler makt.

Å BRY SEG

Tillit styrkes av personlig hjelp og maktfordeling. Men hvis terapeuten er personlig og deler makt med kaldt blod, på en kunstig og kalkulert måte, kan tilliten svinne. En opplevelse av ekte interesse, endog medfølelse, det engelskmennene kaller «moderated love», er en sikker kilde til tillit. Asbjørn Aarnes framhever, inspirert av Levinas, hvor viktig «det gode ønske for nesten» er: «Det er noe som kalles effektiv hjelp, og den kan ikke unnværes, men den er ikke i seg selv tilstrekkelig. Det gode ønske for nesten gjenoppretter hans integritet, løfter ham over inngrepet å bli hjulpet.»

IKKE Å LOVE FOR MYE

Å bry seg betyr ikke å være hjelper uten grenser. Tillit bygges like solid av nei som av ja. Tillit følger av klare grenser, grenser for pasientens forventninger, grenser for terapeutens muligheter.

KYNDIGHET

Moralske kvaliteter og personlige egenskaper er vesentlige for tillit, men de må ikke skygglegge profesjonell kompetanse. Pasienten veksler først og fremst tillit med forventet kyndighet. For å fortjene tillit må behandleren kunne sitt fag. Og denne kunnskapen bør ikke være for privat. Kunnskapen bør hentes fra en faglig fellesbank hvor innskuddene så lang råd er kommer fra forskning.

HELBREDERENS MAKT

Et vakkert bevis på tillitens vesentlighet finner vi i arverekkefølgen til tradisjonelle helbredere i Etiopia. Landsbyens medisinmann er alltid en mann. Den høye posisjonen følger slekten. Sønn går i lære hos far, som han gjorde hos sin far. Hvem av de ofte mange sønnene som skal få æren og kallet, er ikke tilfeldig. Medisinmannen observerer sine sønner nøye gjennom barndom og ungdom, gransker deres personlighet, setter dem på små og store moralske prøver, og velger til slutt ut den sønnen som har den edleste karakteren. Blant opptakskriteriene er: Ærlighet, ydmykhet, innlevelsesevne, bry

seg om andre, trofasthet mot tradisjoner og fellesskap. Disse egenskapene er valgt fordi de skaper Helbredersens viktigste ressurs: Tillit.

REFERANSER

- Fugelli P. 0-visjonen. Essays om helse og frihet. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
- Goodwin JS. Chaos, and the limits of modern medicine. JAMA 1997; 279: 1399-1400.
- Grimen H. Tillit og makt – tre sammenhengar. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3617-9.
- Grimen H. Hva er tillit? Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
- Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? Milbank Quarterly 2001; 79: 613-39.
- Johansen A. Talerens troverdighet. Oslo: Universitetsforlaget, 2002.
- Luhmann N. Trust and power. New York: John Wiley & Sons, 1979.
- Seligman AB. The problem of trust. Princeton: Princeton University Press, 1997.
- Shortell SM, Waters TM, Clarke KWB, Budetti PP. Physicians as double agents. Maintaining trust in an era of multiple accountabilities. JAMA 1998; 280: 1102-08.
- Skrabaneck P. The death of humane medicine and the rise of coercive healthism. Suffolk: Crowley Esmonde, 1994.
- Syse A, Førde R, Førde OH, red. Medisinske feil. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
- Aarnes A, Bjørnstad H. Ut av fatning. Oslo: Aschehoug, 2001.



Har du tatt doktorgrad?

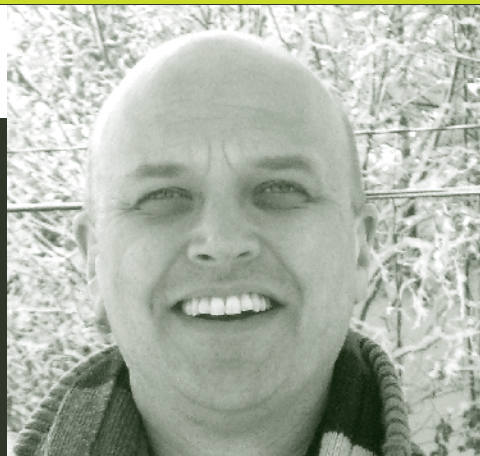
Sykepleien Forskning publiserer nye doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Som et ledd i å formidle forskningsarbeider og forskerkompetanse blant sykepleiere ønsker vi å publisere sammendrag også av tidligere avlagte doktorgrader på våre nye nettsider.

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

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

Av Anders Johan W. Andersen

Sykepleier og førstelektor,
Universitetet i Agder



Se det enkelte menneske

> Ulikheten mellom mennesker synes å komme i bakgrunnen når kunnskap skal implementeres i praksis.

«Likesom ingen hendelse og ingen form er helt identisk med en annen, er det heller ingen som er helt forskjellig fra alle andre. Naturens samspill er preget av stor omtanke. Hvis våre ansikter ikke hadde vært så like, hadde vi ikke kunnet skjelne mennesket fra dyret; og hvis de ikke hadde vært så ulike, hadde vi ikke kunnet skjelne det ene menneske fra det annet. Alle ting henger sammen ved en eller annen likhet, men alle eksempler halter.»

Dette skriver Michel de Montaigne i 1587. Menneskets historie har etter den tid vært preget av enorme teknologiske og vitenskapelige nyvinninger. Mange sykdommer og lidelser som på den tiden var invalidiserende og endog dødelige, kan i dag i med enkelhet behandles. I kjølvannet til fremveksten av moderne naturvitenskap finner vi både innsikter og hjelpemidler som har gjort livet til de fleste

mennesker både lengre og bedre. Ingen tvil om det. Mange av disse uvurderlige nyvinningene er nettopp utviklet på grunn av antakelser om menneskelig likhet, og ambisjoner om universalisme.

Det er likevel grunn til å minne om Montaignes formuleringer om det sammenvevde og nyanserte forholdet mellom menneskelig likhet og ulikhet. Det er en grense for hvor langt likheten er treffende. Ulikheten mellom oss mennesker synes å få mindre og mindre plass når kunnskapen skal implementeres i praksis. Vi mennesker blir i økende grad presset inn i trange og standardiserte former. Også sykepleiere øker likhetspresset gjennom de såkalte sykepleiediagnosene. Hensikten er kanskje god, men konsekvensene av en slik tvingende praksis er ikke god. Det er klare grenser for hvor treffende en slik kunnskap

er når vi har med enkeltpersoner å gjøre. Det får fort mer preg av kunnskapsmessige tvangstanker enn av faglighet enn si kjærlighet.

Det er også lenge siden Horkheimer og Adorno viste at våre ambisjoner om å erstatte overtro og myter med fornuft og vitenskap har feilet. Det som skulle være til hjelp for å forstå både oss selv og verden omkring, blir i seg selv styrende og retningsgivende. Systemene og diagnosene får en verdi i seg selv. På den måten bidrar kunnskapen til konformitet mer enn frigjøring og bærer i seg undertrykkelsesmekanismer som opprettholder maktstrukturer og øker faren for at omsorgen føres over i sin motsetning. Det er gamle innsikter som både er bedre formulert og begrunnet av andre. Hva er det som gjør at vi ikke klarer å anerkjenne denne kunnskapen?

Tiltak for å øke fysisk aktivitet i

Mangfoldige strategier brukes rundt om i verden for å øke den fysiske formen i befolkningen. Men om disse tiltakene faktisk fører fram og gir bedringer på befolkningsnivå er usikkert.

Inaktivitet disponerer for dårligere helse. Regelmessig fysisk aktivitet kan redusere risikoen for kronisk sykdom og øke personlig helse og velvære. Mangel på fysisk aktivitet er vanlig og det er et økende helseproblem. Inaktivitet skyldes ikke bare personlig motivasjon. Myndigheter i mange land prøver derfor å takle denne komplekse utfordringen ved hjelp av informasjons-, adferds- og miljøtiltak eller programmer.

Aktuelle tiltak kan for eksempel være kampanjer i massemedia, reklame, informasjonsbrosjyrer, internettsider, lokalbaserte tiltak, personlig rådgiving, tiltak på arbeidsplasser og tilrettelegging av infrastrukturer for fysisk aktivitet som gang- og sykkelveier. Hensikten med denne nye systematiske oversikten var å evaluere effekten av lokalbaserte sammensatte strategier for fysisk aktivitet.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Eksempler på tiltak som ble inkludert i denne oversikten er «10 000 skritt per dag», bruke websider for å sette personlige mål, pedometer, loggbøker, rådgiving, lokale treningsgrupper og tiltak rettet mot særlig inaktive grupper.

Ingen av studiene viste tydelig at lokalbaserte sammensatte

strategier fører til økt fysisk aktivitet hos lokalbefolkningen. Noen studier viste noe positiv

effekt, men oppsummert kan det ikke trekkes noen klare konklusjoner. Forskerne klarte ikke



befolkningen

å finne ut hvilke komponenter i programmene som var mer virksomme enn andre.

Det trengs flere godt utformete og robuste studier. Disse studiene bør fokusere på kvaliteten av

hvordan og hvor ofte man måler fysisk aktivitet og hvordan man velger tiltaks- og kontrollgrupper.



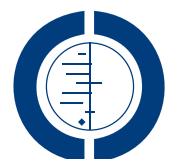
HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et forskerteam fant 25 studier hvor man brukte flerkomponente, lokalbaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet. De aller fleste studiene var kontrollerte før- og etter-studier. De var utført i USA (9), Australia (2), Europa (8) og lavinntektsland (6). To norske studier ble inkludert (Finnmark 2003, Romsås 2006). Studier inkludert i oversikten skulle måle fysisk aktivitet i studiepopulasjonen på en eller annen måte. Forskerne klarte ikke å finne ut hvilke kombinasjoner i programmene som var mer virksomme enn andre.

KILDE

Baker PRA, Francis DP, Soares J, Weightman AL, Foster C. Community wide interventions for increasing physical activity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 4. Art. No.: CD008366. DOI:1002/14651858.CD008366.pub2.

Skrevet av Liv Merete Reinar,
Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Sykepleiere kan gjøre legeoppgaver i primærhelsetjenesten

I mange land har man prøvd ut å flytte en del oppgaver fra lege til sykepleier i primærhelsetjenesten. Hensikten er å redusere arbeidsbyrden for leger (eller kompensere for legemangel) og å gjøre tjenesten mer effektiv. Forventningen er at sykepleiere som erstatter leger kan gi tjenester av like høy kvalitet med reduserte kostnader. Sykepleierne («nurse practitioners», «clinical nurse specialists», «advanced practice nurses», «practice nurses», «health visitors») jobber på legekantor eller legesentre eller poliklinikker (ikke skadelegvakt).

Hensikten med denne oversikten var å vurdere effekten av at sykepleiere erstatter lege i noen konsultasjoner i primærhelsetjenesten.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant studier som hadde vurdert effekten av å bruke godt kvalifiserte spesialsykepleiere i stedet for lege ved:

- første konsultasjon på legekantor samt ved oppfølgingsbesøk
- første kontakt ved akutte problemer
- oppfølging av personer med kroniske sykdommer

Studiene viste at:

- for helseutfall var kvaliteten på konsultasjonene lik for leger og sykepleiere
- sykepleiere brukte lengre tid på konsultasjonene

- sykepleierne informerte pasientene mer
- sykepleierne tilbød flere oppfølgingskonsultasjoner
- sykepleierne forordnet noe flere prøver
- pasientene var mer tilfreds med sykepleierkonsultasjonene (målt i fem studier)
- det er ikke klart om tilbudet reduserer legenes arbeidsbyrde

Funnene tyder på at godt kvalifiserte sykepleiere kan tilby tjenester av høy kvalitet og at det gir like god helseeffekt for pasientene. Legenes arbeidsbyrde endret seg ikke. Det kan skyldes at sykepleiere fyller et tidligere udekket behov hos pasientene eller at sykepleiere henviser og øker etterspørsel etter flere tjenester. Konklusjonene må tolkes med forsiktighet ettersom bare én av studiene hadde nok styrke til å vise effekt på helseutfall. Oppfølgingstiden var generelt bare opp til ett år.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

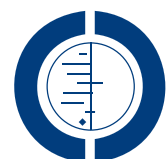
Forskere i Cochrane-samarbeidet har laget en oversikt over studier som har undersøkt effekten av å erstatte lege med sykepleier. Forskerne gjorde systematiske søk i flere forskningsdatabaser, og fant 16 studier. Studiene hadde generelt lav dokumentasjonsstyrke. I fem

av studiene hadde sykepleierne ansvar for første møte med pasienter som trengte «konsultasjon samme dag». I syv studier hadde sykepleierne ansvar for første møte med alle pasienter. I fire studier hadde sykepleierne ansvar for oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. Denne oversikten har et aktuelt fokus i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen i Norge, men er ikke helt oppdatert.

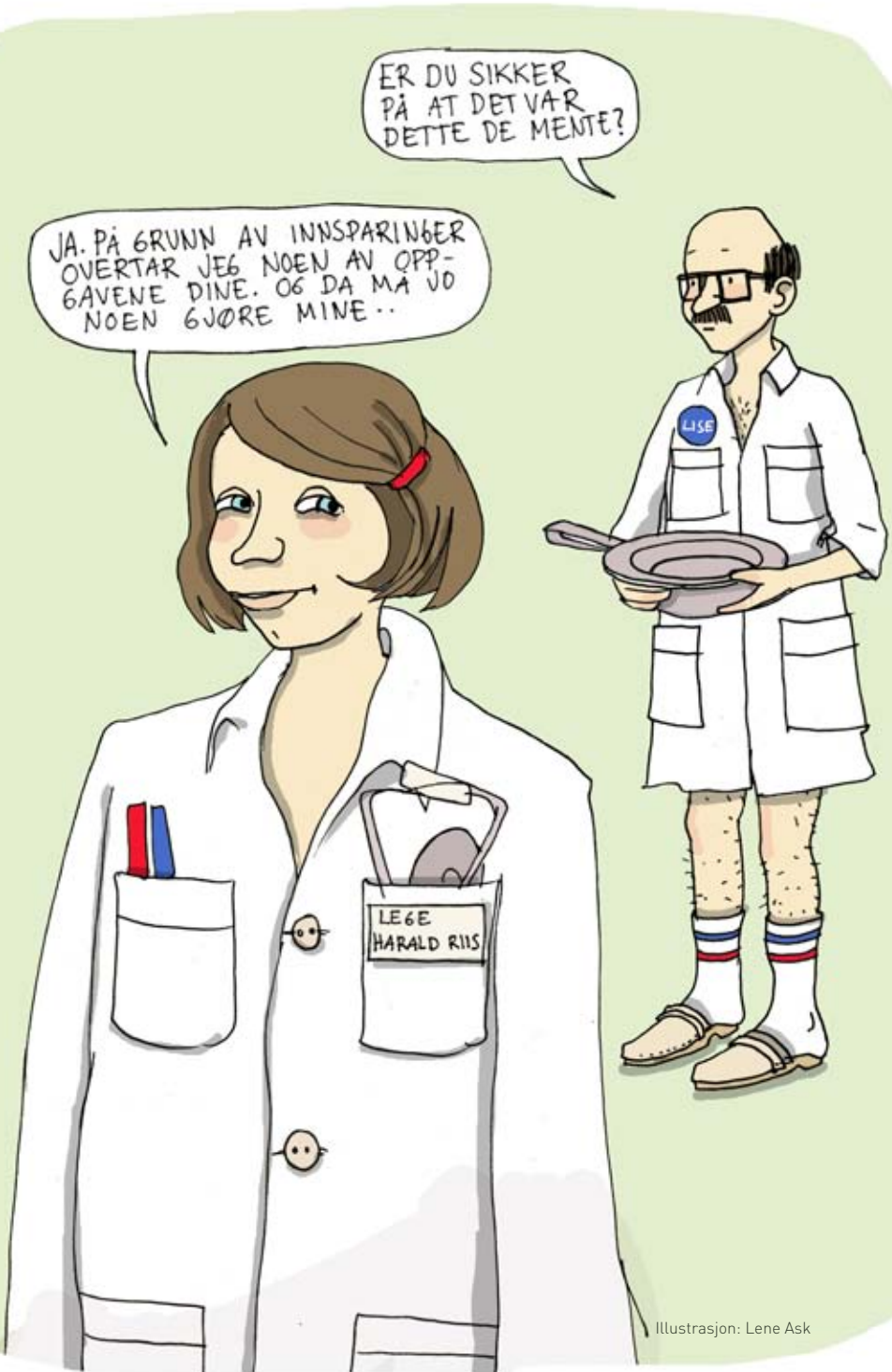
KILDE

Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.

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



THE COCHRANE
COLLABORATION®



Forskningsnytt

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

Sykepleiere reagerte med empati

Da pasienter med kroniske smerter viste tegn på negative følelser, responderte sykepleierne på disse.

Tre forskere evaluerte kommunikasjonen under konsultasjoner mellom pasienter med kroniske smerte og sykepleiere på en smerteklinikk. Hensikten var å beskrive og studere sykepleieres umiddel-

bare respons på negative følelser uttrykt hos pasienter med fibromyalgi. Metoden for datainnsamling var observasjon av konsultasjoner ved bruk av videoopptak. Pasienter ble rekruttert etter hvert som de ble henvist til en smerteklinikk. Femtiåtte pasientkonsultasjoner fordelt på fem sykepleiere inngikk i studien.

Videoopptakene ble analysert ved hjelp av Verona Coding Definitions of Emotional Sequences. Analysemetoden skiller mellom «bekymring» som er et klart uttrykk for en ubehagelig følelse som er uttrykt verbalt og «hint»: en verbal eller ikke-verbal antydning om en ubehagelig følelse som det forventes at helsearbeideren forholder seg til. Antall bekymringer og hint ble kodet ut fra et utviklet begrepshierarki for ulike følelsesmessige uttrykk.

Totalt reagerte sykepleierne 801 ganger på 210 bekymringer og 591

hint om negative følelser. Studien fant at 12 prosent av sykepleiernes responser ikke samsvarer med pasientens perspektiv, for eksempel i form av at sykepleierne overså at pasientene uttrykte negative følelser. Sykepleierne reagerte på 76 prosent av pasientenes bekymringer eller hint med en implisitt eller eksplisitt anerkjennelse av følelsene. I disse tilfellene fikk ikke pasientene hjelp av sykepleierne til å identifisere den spesielle følelsen. Sykepleierne reagerte oftere på pasientenes bekymringer enn på deres hint.

REFERANSE

Eide H, Sibbern T, Johannessen T. Empathic accuracy of nurses' immediate responses to fibromyalgia patients' expressions of negative emotions: an evaluation using interaction analysis. *J Adv Nurs* 2011;67:1242-53.

KOMMENTAR

Forfatterne henviser til litteratur som antyder at undertrykte følelser kan medføre stress og at hvis pasienter får hjelp til å uttrykke følelser kan dette bidra til velvære. Samtidig antar vi også at avledning kan bidra til smertelindring. I henhold til studien har sykepleier ikke respondert på pasientens perspektiv dersom hun avleder pasientens negative følelser. Dette eksemplet viser at analyse av pasient-sykepleierkommunikasjon er komplisert. Man bør være forsiktig med å generalisere funnene basert på fem sykepleiere.

Erfaringer med å lese egen journal

Pasientene håpet på mer gjensidighet i utvekslingen av informasjon og kunnskap om sin helsetilstand.

Dette fant forskerne da de undersøkte pasienters erfaringer med å be om kopi av egen journal. Sytten pasienter som hadde bedt om å få kopi av egen journal ved medisinske avdelinger ved to norske universitetssykehus deltok i studien. Data ble samlet inn

ved hjelp av kvalitative intervjuer i perioden mai 2008 og april 2009. Pasientene var mellom 28 og 67 år og var innlagt for ulike sykdomstilstander. En av deltakerne var mann. Andelen som ba om kopi av egen journal i studieperioden var lavere enn 1 prosent.

Gjennom analysen kom forskerne frem til to hovedkategorier: «å ha en form for kontroll» og «ikke å føle seg respektert».

Å lese egen journal var en måte å ta medansvar for egen helse på. Dette var også basert på manglende tillit hos pasientene til at helsepersonell ivaretok deres interesser på en tilfredsstillende måte. Når pasientene hadde lest egen journal var de også i stand til å videreføre informasjon mellom helsearbeidere både innen sykehuset og med annet helsepersonell. Noen var også bekymret for

> 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

Mental helse hos personer med omsorgsansvar

Nevrotisme og type sykdom hadde betydning for pårørendes mentale helse og opplevelse av omsorgsbyrde.

Samboere til personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) eller demens som bodde i eget hjem ble studert med henblikk på faktorer som var relatert til deres mentale helse og opplevde omsorgsbyrde.

Gjennom en tverrsnittsstudie som sammenlignet pårørende til KOLS og pårørende til personer med demens, ble problemstillingen undersøkt i et utvalg av 206 deltakere. Dette utgjorde 80 prosent av dem som ble spurt om å delta. Forskerne hentet først inn informert samtykke fra personene med KOLS eller demens. Deretter ble pårørende som ønsket å delta forespurt og bedt om å gi skriftlig samtykke. Data ble innhentet ved hjelp av en rekke spørreskjema. Personlighetsfaktorer ble målt ved

hjelp av spørreskjemaet Eysenck Personality Questionnaire og Locus of Control of Behaviour. Omsorgsbyrde ble målt med Relative Stress scale og mental helse ved hjelp av General Health Questionnaire.

Studien viste at pårørende til personer med KOLS hadde mer stabil og bedre mental helse enn pårørende til personer med demens. Pårørende til personer med demens opplevde større omsorgsbyrde enn gruppen pårørende til personer med KOLS. Kvinnelige pårørende rapporterte flere somatiske symptomer, høyere angst og mer søvnløshet enn mennene.

REFERANSE

Nordtug B, Krokstad S, Holen A. Personality features, caring burden and mental health of cohabitants of partners with chronic obstructive pulmonary disease or dementia. *Aging Ment Health* 2011;15:318–26.

I fremtidens helsevesen forventer man knapphet på helsearbeidere. Dette kan resultere i at pårørende vil ta et større ansvar for sine syke nærmeste. For å få kunnskap om hva det innebærer å være pårørende til noen som er alvorlig syke er det viktig med forskning på dette området.

KOMMENTAR

at viktig informasjon ikke ville bli brakt videre av helsepersonellet til andre behandlere som trengte denne. Noen ønsket også å kontrollere at opplysningen i journalen var riktig. De fleste pasientene erfarte at informasjonen i egen journal var korrekt, objektiv og ukontroversiell. Andre fortalte at de ikke opplevde seg respektert etter at de hadde lest journalen. Dette dreide seg om at plagene

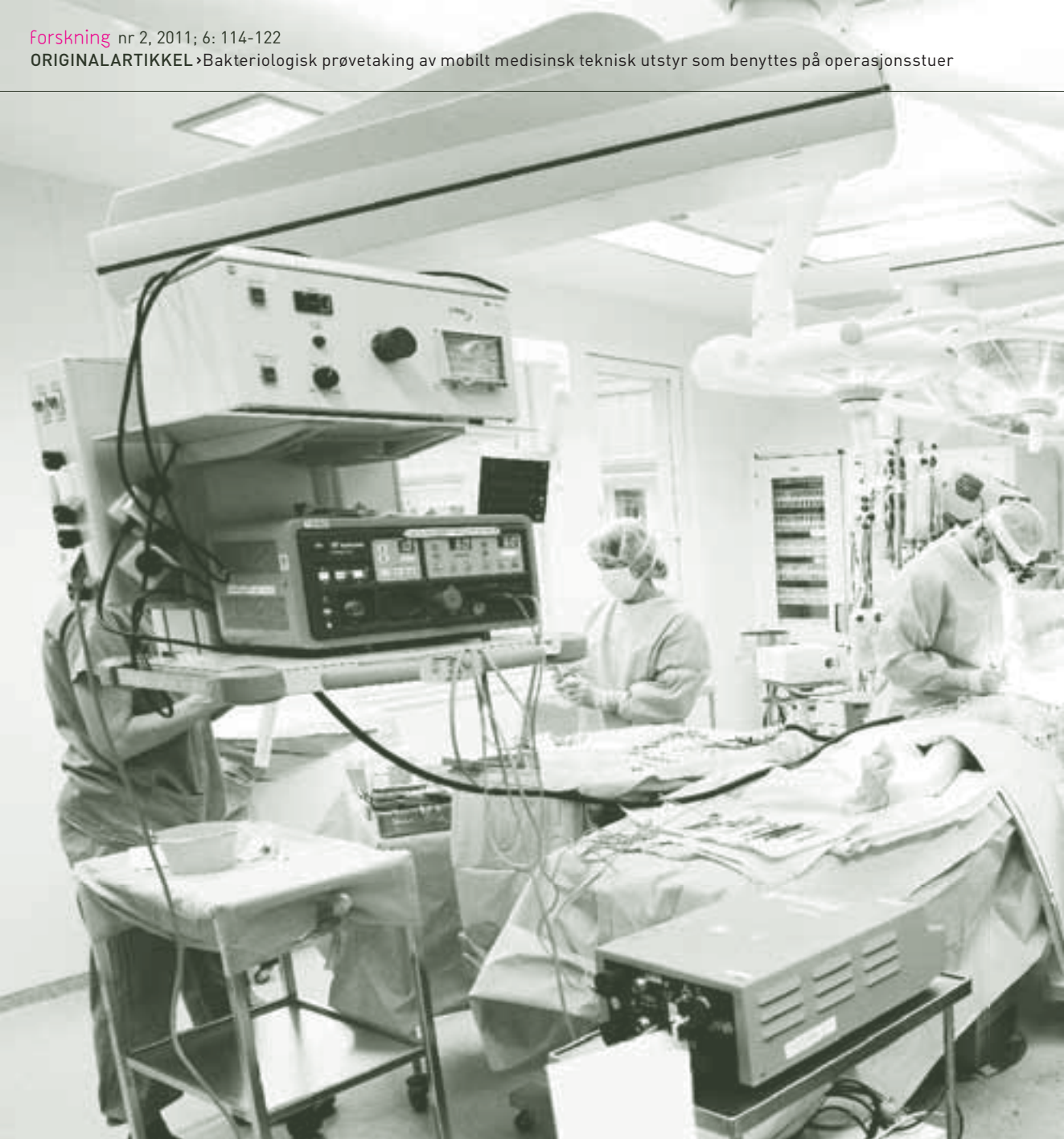
de hadde fortalt om ikke ble tatt alvorlig og at helsepersonellet ikke hadde vært direkte og fortalt hvordan de vurderte pasienten, men likevel skrev dette i journalen.

REFERANSE

Wibe T, Hellesø R, Slaughter L, Ekstedt M. Lay people's experiences with reading their medical record. *Soc Sci Med* 2011;72:1570–3.

Pasientens kunnskap om blant annet symptomer og andre forhold er nødvendig for å gjennomføre god og kunnskapsbasert behandling. Studien understreker viktigheten av at dokumentasjonen helsepersonell gjør i pasientenes journal er av høy kvalitet og at kommunikasjonen med pasientene er god.

KOMMENTAR

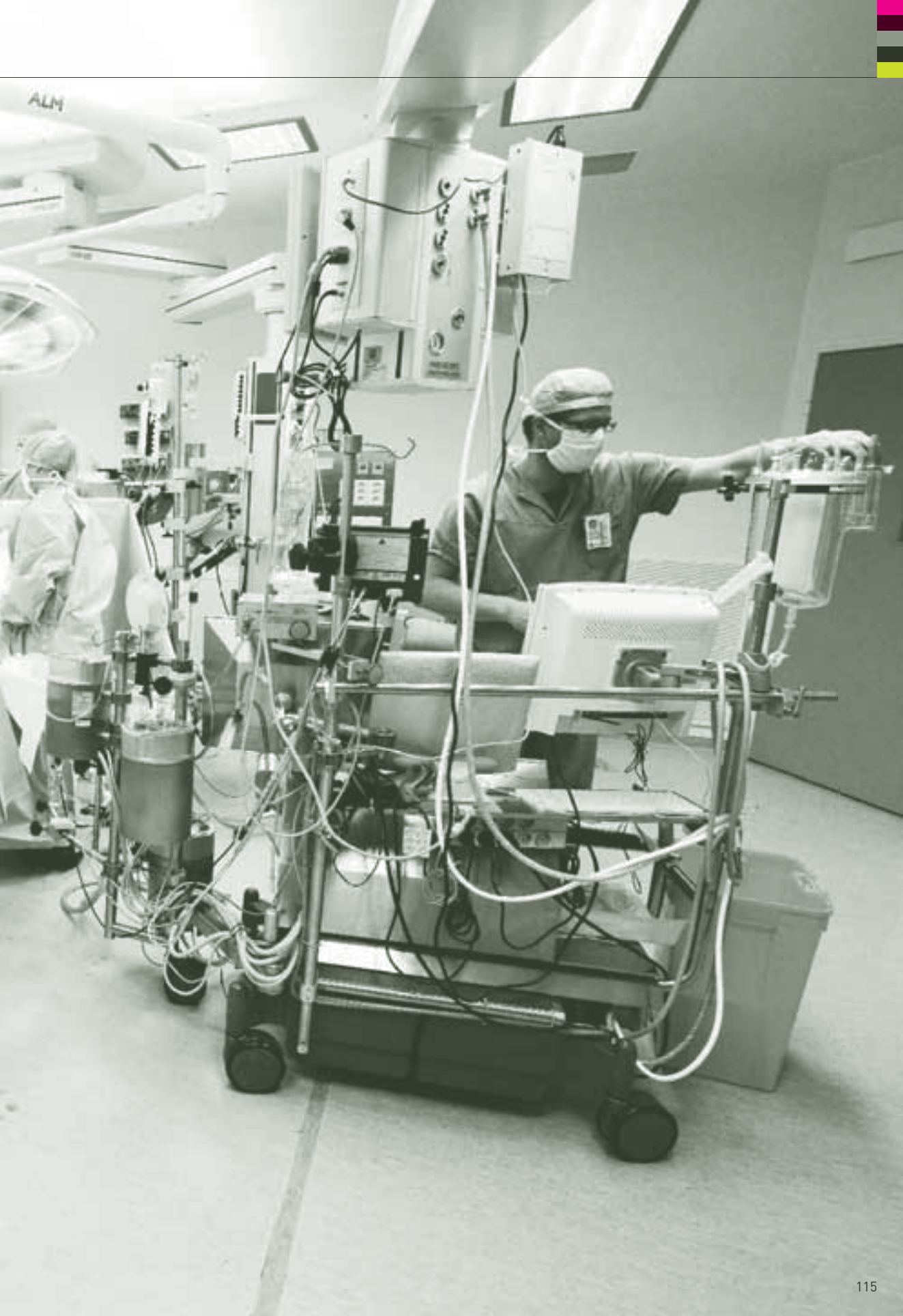


> MEDISINSK UTSTYR:

BAKTERIOLOGISK PRØVETAKING



Foto: Erik M. Sundt



ALN

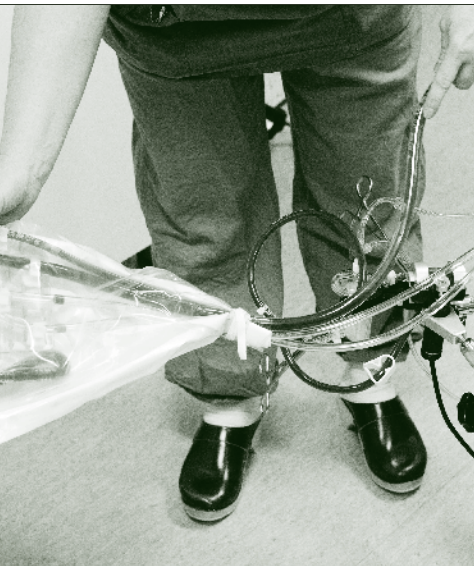


Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Mellom 6–10 prosent av pasientene ved norske sykehus får sykehusinfeksjon, det vil si 60 000–100 000 tilfeller hvert år. Dette kan få store konsekvenser både for den berørte pasienten og samfunnsøkonomisk. Et sentralt tiltak for å unngå at smitteoverføring skjer, er å tilstrebe at utstyr som blir brukt i arbeidet med pasienter på sykehus, har færrest mulig sykdomsfremkallende mikrober.

Hensikt: Målet med studien var å undersøke om mobilt medisinsk teknisk utstyr som står lagret i korridor har større forekomst av mikrober enn utstyr som blir stående inne på operasjonsstuene mellom hver gang de

brukes. I tillegg skulle man måle om det var ulik grad av infisering på ulike punkter og høydenivå av apparatene.

Metode: En prospektiv, deskriptiv studie med registrering og måling av ulik grad av infisering på ulike punkter og høydenivå av medisinsk teknisk utstyr. Prøvetakingen ble utført fortløpende i løpet av fem uker, og til sammen ble det tatt 400 prøver.

Resultat: Mikrobetall målt på utstyr lagret utenfor stuen viste en tendens til å være lavere enn på utstyr oppbevart inne på stuen. Mengde oppvekst var størst fra prøver tatt av flater lengst ned mot gulvnivå og på

baksiden av apparatene. Prøver som ble tatt fra av/på brytere viste liten grad av bakterieoppvekst. Resultatet fra prøvene tatt av det mobile utstyret viste generelt liten forekomst av bakterier.

Konklusjon: Resultatene oppfordrer til en bevisstgjøring rundt rengjøring og plassering av mobilt medisinsk teknisk utstyr og tilbehør. Det er viktig at det med jevne tidsintervall foretas en slik prøvetaking. Ved de fleste sykehus finnes ikke slike rutiner. Vi mener at denne studien har bidratt til litt mer kunnskap om kontaminering av mobilt medisinteknisk utstyr brukt ved kirurgiske inngrep.

ENGLISH SUMMARY

Bacterial investigations of mobile electro-medical equipment used in operating rooms

Background: Between 6 and 10 % of the patients at Norwegian hospitals, or between 60,000 and 100,000 are getting nosocomial infection. This could have significant consequences for the individual patient as well as for the health economy in general. An important measure to minimize contamination is to reduce the number of pathogenic micro-organisms on equipment used in patient-orientated activity at the hospitals.

Purpose: The purpose of this investigation was to study whether mobile electro-medical equipment stored in the hospital corridor contained

more micro-organisms than similar equipment which had been stored in the operating rooms (OR) when not in use. In addition, we wanted to investigate whether bacterial contamination varied on different locations at the equipment, including various levels from the floor.

Method: This is a prospective study which included recording of bacterial contamination at various locations on electro-medical equipment, including different levels from the floor. The tests were taken consecutively during a five-week period from 27 October 2008 and, altogether, 400 bacterial cultures were made.

Result: There was a tendency that the number of micro-organisms on

equipment stored outside the OR was lower than on similar equipment stored inside the OR. Contamination was highest at the level closest to the floor and on the back side of the equipment. Samples from the on/off switches showed only minimal contamination. In general, the bacterial contamination of mobile electro-medical equipment was low.

Conclusion: The results indicate that one should be more conscious about cleaning and storage of mobile medical equipment. It seems justified to conduct bacterial investigations with certain time intervals. Most hospitals do not have such routines today. The investigation has provided knowledge about bacterial contamination of electro-medical equipment used during surgical procedures.

» Bakteriologisk prøvetaking av mobilt medisinsk teknisk utstyr som benyttes på operasjonsstuer

Forfattere: **Augusta Irene Kvam, Jenny Aasland, Jan Gunnar Skogås og Anne Karin Wik**

NØKKEWORD

- Operasjon
- Medisinsk-teknisk utstyr
- Bakterie

BAKGRUNN

Nosokomiale infeksjoner (sykehusinfeksjoner) er et stort problem (1). Mellom 6–10 prosent av pasientene ved norske sykehus får sykehusinfeksjon, det vil si 60 000–100 000 tilfeller hvert år (1). Dette kan medføre store konsekvenser både for den berørte pasienten og samfunnsøkonomien. For pasienten kan det føre til komplikasjoner og forlenget sykehusopphold, i enkelte tilfelle uførhet og i verste fall død (1,2). Sykehusinfeksjoner koster det norske samfunnet mellom 500–1000 millioner kroner årlig (1). Et sentralt tiltak for å bryte smitteveier er å sørge for at utstyr som blir brukt i arbeidet med pasienter på sykehus, er fritt for sykdomsfremkallende mikrober

(3). De fire hyppigste sykehusinfeksjonene er postoperative sårinfeksjoner, urinveisinfeksjoner, lungebetennelser og infeksjoner i blodbanen (3,4). Forebygging av nosokomiale infeksjoner er derfor viktig (2,3,5).

I dagens operasjonsstuer blir det benyttet mye medisinsk teknisk utstyr som kan bli kontaminert av mikrober. Bare den delen av utstyret som er i kontakt med operasjonsfeltet blir sterilisert før bruk. Det øvrige pasientnære utstyret blir vasket eller desinfisert mellom operasjonene (1,5). Apparatens utforming, plassering av apparater i rack (fig. 1) samt brytere, håndtak og ledninger vanskeliggjør vanlig rengjøring. Samtidig bør ikke utstyret utsettes for mye fuktighet. Utstyret kommer som regel i direkte eller indirekte i kontakt med organisk materiale og potensielle smittestoff i forbindelse med operasjoner. Dette kan medføre smittefare for pasienter og personell dersom det ikke er tilstrekkelig rengjort (1). Etter rengjøring blir apparater enten stående inne på operasjonsstuen, plassert i korridor eller på lager. Ut fra hygi-

enemessige aspekter, anbefales det ikke å lagre unødvendig utstyr inne på en operasjonsstue (1). Utstyr som oppbevares utenfor stuen, blir ikke vasket eller desinfisert før neste gang de benyttes. Eventuelle mikroorganismer på slike apparater kan dermed bli værende på utstyret.

Hva tilfører denne artikkelen?

Funnene i artikkelen viser at mobilt medisinsk teknisk utstyr oppbevart i korridor, ikke var mer utsatt for bakterier enn tilsvarende stasjonært utstyr. Undersøkelsen viste også at mengde bakterieoppvekst var størst fra prøver tatt av flater nederst mot gulvnivå og på baksiden av apparatene.

Mer om forfatterne:

Augusta Irene Kvam er 1.-amanuensis og bioingeniør og ansatt ved Bioingeniørutdanningen, Høgskolen i Sør-Trøndelag. Jenny Aasland er hygienesykepleier og MSc ved St. Olavs Hospital, Seksjon for sykehushygiene. Jan Gunnar Skogås er daglig leder og Anne Karin Wik er operasjonssykepleier begge arbeider i Fremtidens operasjonsrom. Kontakt: augusta.kvam@hist.no

Det tilstrebes at medisinsk teknisk utstyr som skal brukes ved kirurgiske inngrep er mest mulig fri for mikrober. Derfor bør ikke lagerrom brukes som kontor/ oppholdsrom eller være et lager for urene artikler (1). Studier viser at det blir samlet mest støv ned mot gulvnivå. Støvet kan virvles opp under operasjoner og medføre en viss smittefare (6). Mikroorganismer i støv ned mot gulvet har ikke hygienemessig så store konsekvenser som kontaminerte punkter som berøres med hender mens utstyret er i bruk. Slike steder er mer potensiell smittekilde der bakterier kan overføres til personell og pasienter.

Kolonisering av mikroorganismer på apparater plassert i operasjonsrom, korridorer eller andre lagringsplasser, vil stort sett være forårsaket av luftbåren smitte fra mennesker (7). Hudpartikler som utskilles fra både personalet og pasienter, kan inneholde bakterier som kan sedimentere på apparater. De vanligste hudbakterier er hvite stafylokokker, difteroider og propionbakterier, men også gule stafylokokker kan forekomme. *Staphylococcus aureus* (gule stafylokokker), *Escherichia coli* og ulike typer *Klebsiella* er de vanligste bakterier som identifiseres ved sykehusinfeksjoner. Hvite stafylokokker regnes ikke som spesielt patogene, men ved for eksempel protesekirurgi og hos pasienter med nedsatt immunforsvar kan disse være årsak til sykehusinfeksjon (1,8).

Det stilles strenge krav til ventilasjonen i en operasjonsstue (4,9). Det skal være overtrykk inne i operasjonsstuen i forhold til tilstøtende rom. Det er viktig å tilstrebe lavest mulig mikrobetall i luften (10). Statens helsetilsyn har anbefalt verdier for

mikroforekomst i luft benevnt med Colony Forming Units (CFU) /m³, som beskriver antall mikrobebærende partikler /1000 l luft. Bakterietall i luft angis i CFU /m³ mens på flater angis dette i CFU/cm² (9). Anbefalt renhet for luft i stuer med spesiell infeksjonsfølsom kirurgi som for eksempel protesekirurgi og nevrokirurgi er mindre enn 10 CFU/m³. I stuer med generell kirurgi anbefales mindre enn 100 CFU/m³. Statens helsetilsyn gir ingen anbefalinger i forhold til temperatur, luftfuktighet og antall luftskiftninger per time i operasjonsrom (1,11). Ulike faktorer kan ha betydning for luftkvaliteten og mikrobetall i operasjonsstuer. Dette påvirkes først og fremst av antall perso-

ner til stede, deres bekledding og aktivitet (10,12,13,14). I tillegg vil plassering av operasjonsbord, instrumentbord og annet utstyr i forhold til ventilasjon være viktig (6). Alle disse faktorene kan også påvirke luftmålinger som utføres (9,12).

Det er stort fokus på luftkvalitet med hensyn til mikrobiologisk forekomst, derimot er mikrobiologisk prøvetaking av medisinsk utstyr lite beskrevet. I det norske lovverket beskrives ingen krav til renhet på flater i operasjonsstuer eller på overflater på medisinsk teknisk utstyr. De retningslinjer som finnes, er krav for renhet i matindustrien, der renhet på flater er fastsatt (14,16). Dette benevnes som CFU/cm² der < 1 CFU/cm² =

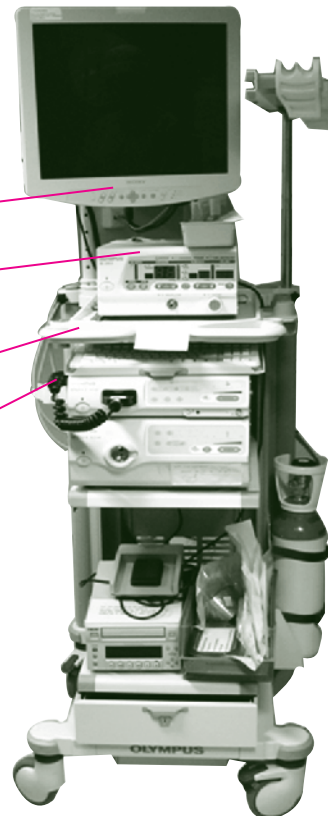
FIGUR 1: Endoskopirack med skisse over prøvetakingspunkter

Prøve 1, flate, agar

Prøve 2, flate, agar

Prøve 3, håndtak, pinne

Prøve 4, kontakt, pinne



eksellent, 2–10 CFU/cm² = god, 11–100 CFU/cm² = overflaten må rengjøres straks, > 100 CFU/cm² = produksjonen stoppes.

Kartlegging av mikrobiologisk kontaminasjon på mobilt medisinsk teknisk utstyr og på overflater i operasjonsarealer vil derfor være viktig med tanke på infeksjonsforebyggende tiltak i sykehus, og det vil bidra til å øke kunnskapen rundt temaet, noe som gjør dette studiet relevant.

Hensikten med dette prosjektet var å undersøke om mobilt medisinsk teknisk utstyr som står lagret i korridor, har større forekomst av mikrober enn utstyr som blir stående inne på operasjonsstuene mellom hver gang det brukes. I tillegg skulle det måles om det var ulik kontaminasjon på ulike punkter og høydenivå av apparatene.

MATERIALE OG METODE

Dette var en prospektiv, deskriptiv studie der det ble tatt mikrobiologiske prøver av til sammen åtte enheter med mobilt medisinsk teknisk utstyr som benyttes ved kirurgiske inngrep. Enhetene flyttes mellom de forskjellige operasjonsstuene eller lagringsplasser, alt etter behov.

Utstyret som det ble tatt prøver av, er videre i denne studien benevnt med nummer fra 1–8 (se tabell 1): Tre ultralydgeneratorer (nr. 1, 2, 3), tre endoskopirack (nr. 4, 5, 8), og to diatermiapparat (av ulik utforming) (nr. 6 og 7). Apparat 1, 2 og 3 er sammenlignbare med hensyn til prøvetakingspunkter og oppbevaringssted. Det samme gjelder apparat 4, 5 og 8, samt apparat 6 og 7.

På hver av de åtte enhetene, ble det for hver prøvetaking tatt fem mikrobiologiske punktprøver. Det ble tatt prøver to ganger per uke, kontinuerlig i fem

uker, totalt 400 prøver. Dager for prøvetaking var fastsatt på forhånd og prøvetakingene ble utført kl. 07.00, før daglig aktivitet hadde startet. Alle prøver ble tatt og undersøkt av en og samme person. For å kvalitetssikre at prøver ble tatt fra samme plass ved hver måling, ble bilder av apparatene med markerte prøvepunkter benyttet. På alle apparatene ble prøvepunktene

” Resultatene viste mer oppvekst fra prøver fra baksiden av apparatene enn fra forsiden.

fordelt på en slik måte at resultatene fra de åtte enhetene kunne sammenlignes (fig. 1). Avstanden fra gulv til prøvetakingspunkt ble beskrevet som øvre og nedre nivå. Nedre nivå ble i dette studiet definert som under 30 cm og øvre flater definert som over dette nivået. Fra øvre flater på apparat 1, 2 og 3 ble det tatt prøver fra både fremre og bakre del av apparatet. Forflytning og brukshyppighet av hvert apparat ble registrert i prøvetakingsperioden.

Metoder som ble brukt til prøvetaking i dette prosjektet var Count-Tactagar og bomullspinner (Plain Swabs F150CA, Sterilin®). Count-Tactagar (BIOMÉRIEUX®) er små agarskåler med diameter på 55 mm. Agarflaten settes ned på prøveområdet med et lett trykk i 10 sekunder og deretter settes lokket på (10). Agaren inneholder nødvendige næringsstoffer for forventet bakterie- og soppfunn. I tillegg har den fire nøytraliserende agens som inaktiverer eventuelle rester av desinfiserende stoffer på overflater som skal testes. Prøver tatt med denne type agar er en kvantita-

tiv metode, der antall kolonier (CFU/cm²) som vokser opp vil være et mål på renhetsgraden på testet flate. Denne agaren er anbefalt brukt for å sjekke kritiske kontrollpunkter ved etablering eller oppdatering av rutiner for mikrobiell overflatekontroll i sykehus, industri med mer. Count-Tactagar er hensiktsmessig metode på glatte flater.

På ujevne underlag som på

brytere, håndtak og kontakter ble bomullspinner benyttet. Sterile bomullspinner ble på forhånd fuktet med sterilt vann og strøket kontinuerlig fram og tilbake på prøvetakingsstedet. Materialet på pinnen ble deretter avsatt direkte på en blodagar ved å stryke pinnen jevnt utover dyrkningsagaren. Dyrkningsagarer fra begge prøvetakingsmetoder ble satt i plastpose i varmeskap hvor de ble dyrket i 30 °C i tre døgn, deretter i romtemperatur i fire døgn før oppveksten av bakterier ble registrert. På hver av de åtte enhetene ble det på hver prøverunde tatt tre prøver med agarskåler og to prøver med bomullspinne. Dataene ble satt inn i Microsoft Excel, og det ble utført deskriptive frekvensanalyser.

RESULTATER

Resultatene fra de mikrobiologiske prøvene tatt av det medisinske tekniske utstyret som ble benyttet på operasjonsstuene, viste generelt sparsom oppvekst av bakterier. På de fleste prøver ble det funnet ulike typer hvite stafylokokker. I noen prøver

TABELL 1: Bakterievekst ved prøvetaking av medisinsk teknisk utstyr, oppgitt i median (range). Oppvekst på flater er angitt i CFU/cm². Oppvekst på håndtak/brytere er angitt i antall kolonier * bakside av apparat

Oppbevarings- sted	Prøve tatt fra	Øvre flater front på apparater	Øvre flater bakkant på apparater	Nedre flater Front på apparater	Betjenings- panel (Lokkerte flater)	Håndtak	Kontakt	Brytere/sluff
Mellomlag Korridor	Nr.1 Ultralyd Generator	18 (8-39)	19 (7-60)	38 (18-58)		4 (1-30)		3 (0-6)
	Nr.2 Ultralydgenerat- or	13 (2-37)	27 (9-60)	22 (3-110)		2 (0-45)		1 (0-11)
	Nr.3 Ultralydgenerat- or	15 (1-100)	16 (3-25)	30 (6-84)		1 (0-12)		0 (0-9)
	Nr.4 Endoskopirack	5 (0-30)		23 (9-200)	1 (0-3)	1 (0-30)	3 (0-60)	
	Nr.5 Endoskopirack	15 (7-35)		23 (6-45)	1 (0-18)	4 (1-29)	1 (0-5)	
På operasjonsstuen	Nr.6 Diatemi	4 (0-13)		29 (18-90)	2 (0-15)		3 (0-17)	3 (0-15)
	Nr.7 Diatemi	16 (0-33)		43 (32-94)	3 (0-6)		1 (0-8)	1 (0-13)
	Nr.8 Endoskopirack	23 (4-65)	43 (0-72) *	41 (22-67)		0 (0-25)		3 (0-50)

Øvre flater > 30 cm fra gulvlinje
Nedre flater < 30 cm fra gulvlinje
Lokkerte flater > 30 cm fra gulvlinje
Betjeningspaneler - Håndtak/Brytere/Kontak

var det sparsomt med ulike typer støvbakterier, for eksempel *Bacillus subtilis*. For prøvetaking med Count-Tactagar viste resultatene verdier fra 0 til 200 CFU cm². For prøvetaking med bomullspinner viste resultatene verdier fra 0 til 60 kolonier (tabell 1). Tabell 1 viser de 5 prøvetakningspunktene for hvert apparat.

Det var vesentlig større oppvekst fra flater nært gulvnivå enn høyere oppe på apparatene

(tabell 2). Størst oppvekst ble funnet fra prøver tatt fra flate på baksiden av apparat nr. 8, der det også fantes synlig støv. Der var det en gjennomsnittlig oppvekst på 85 CFU/cm². Av prøver tatt fra punkter som av/på brytere, var det sparsomt forekomst. Fra flater på apparatene, der ledninger lå kveilet opp (bakre del av apparatet) når apparatet ikke var i bruk, viste resultatene noe større oppvekst enn fra flater der det sjelden

blir lagt ledninger (fremre del av apparatet) (tabell 1).

Prøver fra utstyr som ble lagret i korridor eller mellomlager, viste en tendens til mindre oppvekst enn fra utstyr som var plassert inne på stuen. Opplysninger om apparatenes forflytninger ble innhentet underveis, men ikke alt ble registrert. De registreringene som ble gjort, viste hvor apparatene i hovedsak sto lagret og hvor mange ganger de hadde vært i bruk i målepe-

rioden. Apparat nr. 1, 2, 3, 4 og 5 var ved de fleste prøvetakinger plassert i korridor eller mellomlager (tabell 1, øvre ramme). Apparat nr. 6, 7 og 8 var for det meste stasjonert på operasjonsstuen (tabell 1, nedre ramme).

I og med at det ble benyttet to ulike prøvetakingsmetoder, er måleverdiene gruppert med forskjellige fargekoder ut fra metoden som er benyttet (tabell 1, 2). Resultatene er fremstilt i median. I tabellen er resultatene der agarskåler er benyttet oppgitt i antall CFU cm², og der bomullspinner er benyttet er mengden oppgitt i antall kolonier.

Mikrobetall målt på utstyr lagret utenfor stuen, viste en tendens til å være lavere enn på utstyr oppbevart inne på stuen. Mengden oppvekst var størst fra prøver tatt av flater lengst ned mot gulvnivå og på baksiden av apparatene. Prøver som ble tatt fra av/på brytere viste liten grad av bakterieoppvekst. Resultatet fra prøvene tatt av det mobile utstyret viste generelt liten forekomst av bakterier.

DISKUSJON

Resultatet fra prøvene viste generell liten forekomst av bakterier. Selv om registreringen av bevegelsene av apparatene ikke ble optimalt gjennomført, mener

vi ut ifra det som ble registret, å kunne se et mønster i forflytningene av apparatene sett i forhold til måleresultatene. Resultatene viste at mobilt medisinsk teknisk utstyr oppbevart i korridor ikke var mer utsatt for bakteriologisk kontaminasjon enn tilsvarende stasjonært utstyr. Dette kan kanskje forklares med at apparatene som var lagret på mellomlager eller korridor viste seg å være relativt godt beskyttet. Disse områdene var tilbaketruk-

ket for bevegelse, vil dette resultere i at det blir mer tungvint å flytte utstyr for å foreta rengjøring på alle sider av apparatene.

Resultatene viste mer oppvekst fra prøver fra baksiden av apparatene enn fra forsiden. Det ansees som uheldig at det er store funn selv om det er bakpå apparatene. Mikroorganismer i støvlaget vil lett kunne virvles opp i luften ved høy aktivitet og medføre fare for smittespredning. Resultatene viste



Prøvene viste generell liten forekomst av bakterier.

ket fra aktivitet som medfører stort nedslag av mikroorganismer. Mellomlager eller korridor ble ikke brukt til lager for urene artikler, noe som kan forsvare lagringsplassene som gode nok. Prøver tatt fra utstyr som ble stående på stuen hadde en tendens til større oppvekst. Årsaker til dette kan være at aktiviteten inne på operasjonsstuen er høyere enn i mellomlager eller korridor, med flere personer til stede. I tillegg er arealet mer begrenset. Dette kan føre til flere bakterier i lufta som kan forurense utstyret. Samtidig er det en mulighet at utstyr som skal kjøres ut av stuen etter bruk, blir bedre rengjort. På stuer med liten plass

også liten forekomst av bakterier på brytere og håndtak, noe som kan være et resultat av god og disiplinert håndhygiene av brukerne, eller at rengjøringsrutinene på disse punktene er tilfredsstillende. Rengjøring på brytere og knapper er svært viktig med hensyn til spredning av bakterier og infeksjonsrisiko, da bakterier lett overføres ved berøring og indirekte kontaktsmitte.

Etter bruk er det på enkelte apparater, av mangel på mer egnede plasser, mest hensiktsmessig å plassere oppkveilede ledninger og annet utstyr på flater oppå apparatet. På tross av at det er i strid med hygieniske prinsipper. Prøvene tatt fra disse punktene, viste også at det var større oppvekst der ledninger hadde ligget på øvre flate (bakre del) enn der (fremre del) det ikke hadde ligget ledninger. At resultatene viste gjennomgående lavere mikrobefunn fra prøver tatt fra høyere nivå, var som forventet ut ifra tidligere studier (12).

Luftkvaliteten kan være med på å påvirke mikrobeforekomst på medisinsk teknisk utstyr,

TABELL 2: Mengde oppvekst ved mikrobiologiske prøver tatt fra ulike nivå og prøvetakingsplasser ved av mobilt medisinsk teknisk utstyr. * Oppvekst fra bomullspinne er angitt i antall kolonier (mean/median/range), de øvrige fra agar i CFU/cm²

Mengde oppvekst	Mean	Median	Range
Øvre flater, agar (11 prøvepunkt)	17	16	1 – 100
Nedre flater, agar (9 prøvepunkt)	38	30	0 – 200
Betjeningspanel på loddrette flate, agar (4 prøvepunkt)	3	1	0 – 18
Håndtak, brytere, pinne (16 prøvepunkt)	4*	2	0 – 60*

men det ble ikke tatt luftprøver i dette studiet. Prøvetaking ble utført før operasjonsstuer og apparater ble benyttet de aktuelle dager. Annen type aktivitet fra forrige prøvetaking ble ikke registrert, derfor er det vanskelig å si noe om hvorvidt aktivitet kan ha påført apparatet forurensing.

Dyrkningsresultatene fra de ulike prøvene, var hovedsakelig ulike typer hvite stafylokokker. Disse funnene i seg selv er ikke spesielle patogene bakterier. Men de viser at smitte via medisinsk teknisk utstyr er meget aktuelt. Det er i dette prosjektet hovedsakelig fokusert på bakteriell kontaminasjon, så mulige andre mikroorganismer er ikke undersøkt.

Metoden som ble benyttet for prøvetaking, ble valgt ut fra muligheten til å etablere en gjennomførbar metode som var enkel å reproducere. Prøvetakingen ga mulighet til å se grad av bakteriell kontaminasjon og forekomst av ulike typer bakterier. Agarmetoden ga nøyaktige CFU/m², mens prøvetaking med

bomullspinne ikke er en kvantitativ metode. Metoden er ikke så lett å standardisere når det gjelder prøvearealet og prøvemengden som dyrkes. Da alle prøvetakinger ble gjennomført av samme person og det ble utført relativt mange prøvetakinger, vurderes resultatet fra de to metodene som sammenlignbare.

For å redusere antall postoperative infeksjoner i sykehus er det viktig at kontaminering av utstyr reduseres både i den operative fasen og at utstyr som brukes ved kirurgiske inngrep er minst mulig belastet med bakterier (1). Økt kunnskap om risikofaktorer i forhold til postoperative sårinfeksjoner er viktig, noe som kan gi helsepersonell mulighet til å redusere infeksjonsforekomsten (12).

KONKLUSJON

Mobilt medisinsk teknisk utstyr oppbevart i korridor, var ikke mer utsatt for bakteriologisk kontaminasjon enn tilsvarende stasjonært utstyr. Dette kan ha betydning for valg av oppbe-

varingssted for medisinteknikk utstyr i en operasjonsavdeling.

Mengde oppvekst var størst fra prøver tatt av flater nederst mot gulvnivå og på baksiden av apparatene. Prøver som ble tatt fra av/på knapper samt betjeningspanel viste liten grad av bakterieoppvekst.

Resultatet fra prøvene tatt av det mobile utstyret viste generelt liten forekomst av bakterier. Funnene av patogene bakterier var i hovedsak hvite stafylokokker som ikke regnes som spesielt patogene i denne sammenheng.

Resultatene oppfordrer til en bevisstgjøring rundt rengjøring og plassering av mobilt medisinsk teknisk utstyr og dens tilbehør. Det viser også at det er viktig at det med jevne tidsintervall foretas en slik prøvetaking. Ved de fleste sykehus finnes ikke slike rutiner. Vi mener med denne studien å ha tilført litt mer kunnskap om kontaminering av mobilt medisinteknikk utstyr brukt ved kirurgiske inngrep, noe som også kan komme pasientene til gode. Videre forskning på dette området vil være nyttig.

REFERANSER

1. Andersen B.M. Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus. Mikrober og smitteveier. Ullevål universitetssykehus HF, 2008.
2. Nasjonal ROS – og beredskapsanalyse innen helse. Delrapport. Safetec på oppdrag fra: Sosial- og helsedirektoratet, 2. mai 2005. Tilgjengelig fra: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00003/Delrapport_biologisk_3153a.doc
3. Helse- og omsorgsdepartementet: Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006.
4. Rettleier til forskrift om smittevern i helsetjenesta. Smittevern 15. Nasjonalt folkehelseinstitutt, juni 2006.
5. Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012). Helse- og omsorgsdepartementet, 2008. Til-

gjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Nasjonal%20strategi%20infeksjoner-antibiotikaresistens.pdf>

6. Kvam A, Jacobsen T. Bakteriefloora fra gulv til pasient? Sykepleien. 2002 90 [20]: 39–41
7. Schøyen R. Mikroorganismer og sykdom, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2004.
8. Hovig B, Lystad A. Infeksjonssykdommer – epidemiologi, mikrobiologi og smittevern, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2001.
9. Statens helsetilsyn. Retningslinjer for mikrobiologisk kontroll av luft i rom hvor det foretas operative inngrep og større invasive prosedyrer (operasjonsrom). Rundskriv-1K-02/97. Saksnr.97/31.18.04.1997.
10. Ventilasjon av operasjonsstuer.

Sintef rapport 78A014005. 08052001

11. Manual Count-Tact agar (CT). For the monitoring of biocontamination of surfaces in hospital and industrial environments. BioMerieux, 08470 E-GB-2004/05.
12. Att förebygga vårdrelaterade infektioner – et kunnskapsunderlag. Societalstyrelsen i Sverige. Edita Västra Aros. ISBN:91-85482-14-5/2006.
13. Brattheim B, Kvam A. Kartlegging av mikrobiologisk kontaminasjon på operasjonsstuer. FoU-prosjekt. Høgskolen i Sør-Trøndelag (HIST) og St. Olavs Hospital. Prosjektrapport 2008.
14. Kvam A, Brattheim B, Vutudal V. Bakterienivået i lufta i "Fremtidens operasjonsrom" Bioingeniøren 8.2008;6-10.

Les kommentaren på side 123 >>

Hygienetiltak tar tid

› Økt antall operasjoner gjør det vanskelig å opprettholde god hygiene.



Av Marit Glende Johnsen

Leder, Operasjonsavdelingen
Lovisenberg Diakonale Sykehus

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Store summer blir brukt for å redusere postoperative sårinfeksjoner; både til spesielle ventilasjonsanlegg og annet dyrt materiell som benyttes til å opprettholde hygieniske prinsipper. Studien viser at vi fortsatt har noe å hente ved hjelp av våre rengjøringsprosedyrer og hvordan vårt utstyr behandles og organiseres.

Artikkelen viser at det er mer bakterier på utstyr som står inne på operasjonsstuen enn på det utstyret som er oppbevart utenfor. Dette kan virke rart, men det stemmer godt overens med prinsippet om at så lite som mulig utstyr skal være inne på stuen. Mobilt utstyr som ikke skal benyttes under den enkelte operasjon bør kjøres ut av operasjonsrommet.

Studien fant klart mer oppvekst på endoskopi-racken som sto stasjonert på stuen. En mulig forklaring kan være at den muligens er hyppigere i bruk enn den

på korridor. Utstyr montert i rack er generelt en utfordring når det gjelder renhold. Slikt utstyr er en ansamling med varmeproduerende apparater som tiltrekkes av støv. Utstyret har mange flater og knapper som betjenes under inngrep og lange ledninger kveilet opp i bakkant vanskelig-gjør rengjøring.

Forfatter bemerker relativt lite oppvekst på brytere på apparatur. Det kan være vanskelig å dyrke frem bakterier på denne måten. De personer som betjener denne type apparaturen har begrenset nærkontakt med pasienten og burde derfor utgjøre en liten risiko for kontaminering. Anestesiapparatet er mer utsatt. Anestesi-personell som håndterer apparatur samtidig med forurensete svelgtuber og sonder skal ha godt innøvde rutiner for å kunne mestre korrekt hanskebruk i en hektisk situasjon.

Ved operasjonsavdelinger opplever man et økt krav om å

operere flere pasienter i løpet av dagen. Da er det «skiftetiden» man fokuserer på. Spørsmålet er hvor liten tid kan det gå mellom «pasient ut og pasient inn» og samtidig gjennomføre gode nok hygienetiltak? Det er vesentlig at renholdspersonalet får støtte til å utføre jobben sin forskriftsmessig i disse travle minutter mellom operasjonene.

Kvalitetsarbeid innebærer blant annet at man utarbeider av rutiner, implementering av disse, evaluering av virksomhet og iverksetting av eventuelle endringer. Rapporter som dokumenterer forekomst av bakterier på apparater og utstyr som brukes på operasjonsstuer og sykehus for øvrig er nyttige for å identifisere smittekjeder. Jeg imøteser gjerne flere artikler på dette praksisfeltet.

Les artikkelen på side114





Bakgrunn: Mange med Kronisk Obstruktiv Lungesykdom (KOLS) har økt risiko for underernæring. Ved innleggelse på sykehus med forverring av KOLS har pasientene ofte akutt respirasjonssvikt. De dårligste får akuttbehandling med Non Invasiv Ventilasjonsstøtte (NIV). Det finnes lite forskning omkring ernæringsstatus og vekttnap for pasienter med svært alvorlig KOLS og vi fant ingen ernæringsforskning for dem som maskebehandles i en akutt fase på sykehus.

Hensikt: Kartlegge ernæringsstatus til pasienter med KOLS som innlegges med akutt sykdomsforverring. Kartlegge vektutvikling i løpet av sykehus-

oppholdet også for NIV-gruppen og de med alvorlig/svært alvorlig KOLS.

Metode: Deskriptiv studie av samtykkende pasienter som ble innlagt med KOLS-forverring i løpet av ett år. Resultatmål inkluderer prospektivt innsamlete data på antall måltider hjemme, KMI, inntakst- og utreisevekt.

Resultat: Av 93 pasienter innlagt i studieperioden deltok 50 (54 %). Tretten (14 %) pasienter ble ekskludert på grunn av manglende vekt. I studieutvalget (n=50) innlegges 28 (56 %) med ernæringsmessig risiko, og 19 (38 %) med undervekt. Underernæring ved

inntakst er relatert til svært alvorlig KOLS ($p=0,03$). Hvert liggedøgn på sykehus øker sjansen for vekttnap >2 % av pasientens vekt med 80% NIV-behandling utgjør en stor risiko for vekttnap første tre dager. Dersom behandlingen fortsetter over tre dager minsker risiko for vekttnap.

Konklusjon: Rutiner for ernærings-screening av alle KOLS-pasienter må implementeres slik at målrettet behandling av underernæring kan starte. I oppstartsfasen av NIV-behandling er pasientene utsatt for vekttnap. I tillegg bør alle undervektige og normalvektige KOLS-pasienter følges opp.

Is Non-Invasive Ventilation associated with increased risk of weight loss for patients hospitalised with acute COPD exacerbations?

Background: People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) have increased risk of nutritional depletion. Exacerbations often lead to respiratory failure and are the main reason for acute hospitalisation with COPD. The sickest get acute treatment with Non-Invasive Ventilation (NIV). Little research regarding nutritional status and weight loss has been found for those patients admitted to hospital with exacerbations and severe COPD and

those that need acute NIV treatment.

Objectives: To map nutritional status for COPD patients admitted to hospital with acute exacerbation. Record weight development during hospitalisation including patients with severe COPD and the need for acute NIV.

Method: A one-year descriptive study including all consenting COPD patients admitted with exacerbations. Outcome measures include prospective data collection regarding number of meals in the home, body mass index (BMI), weight at admission and discharge.

Results: Of 93 admissions during the study year, 50 (54%) participated. 13 patients were excluded because of the missing data on weight. In the study population (n=50), 28 (56%) have nutritional risk at admission and 19 (38%) are underweight. Nutritional depletion at admission is related to severe COPD ($p=0.03$). Each day of a stay in the hospital increases the risk of weight loss >2% of admission weight with 80%. NIV treatment is a risk factor for weight loss during the first three days of treatment. If the treatment continues beyond three days, the risk of weight loss decreases.

» Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt i sykehus?

Forfattere: Haldis Østerås, Monika Aasbjørg og Lise Tuset Gustad

NØKKELORD

- Ernæring
- Lungesykdom
- Kartlegging

BAKGRUNN

Kronisk Obstruktiv Lungesykdom (KOLS) er en samlebetegnelse for kroniske lungesykdommer som fører til hindret luftstrøm. Utpust krever aktivt muskellarbeid. Undergruppene av KOLS er kronisk bronkitt og emfysem. For mange er KOLS endestadiet av astma (1).

En tredjedel av alle med KOLS, og opp til 96 prosent av innlagte pasienter med alvorlig/svært alvorlig KOLS, karakteriseres som underernærte (2). Underernæringen skyldes økt energibehov og/eller redusert energiinntak (3). Økt pustearbeid forbruker mer energi (3;4). Økt systemisk inflammasjon og slimproduksjon forhøyer også energibehovet (3;5). Pasienter med forverring av KOLS som får dekt 140 prosent av basalbehov første fire dager av et sykehusopphold, kan opprettholde energibalanse, og nedbryting av muskulatur forhindres eller reverseres (6).

Aktivitet kan også beskytte mot underernæring, da det gir anabol effekt (7). Mange KOLS-syke har liten innsikt i sitt økte energibehov, og dermed risiko for underernæring (8).

Redusert energiinntak kan skyldes symptombildet ved KOLS-forverring med økende åndenød, slimproduksjon og hoste (1), som gjør det problematisk å spise og drikke tilstrekkelig (9;10). Økt systemisk inflammatorisk respons er trolig årsak til reduksjon av det appetittstimulerende hormonet leptin, noe som reduserer matlyst og øker vekttap (11).

I tillegg får mange bivirkninger av medikamenter som kan påvirke matinntaket, slik som sopp, munntørrehet, kvalme. Hypoksi kan direkte redusere sultfølelse og appetitt (12). Store måltid reduserer lungenes funksjonskapasitet, og pusteproblemene øker (3). Pustemønstret påvirkes av tygging og svelging, og pasienten unnlater å spise eller drikke. Kronisk munn-pusting kan forandre smakssansen og dermed matlysten (3). Det er vist større tendens til underernæring hos KOLS-syke som røyker (13) og for de med konstant unormalt mye luft i lungene som ikke bidrar til bedre gassutveksling (hyperinflasjon) (14;15).

Vekttap er spesielt uheldig for

pasienter med avansert KOLS (14;16) da de er i ernæringsmessig risiko både ved normalvekt og undervekt (17). Lav kroppsmasseindeks (KMI) påvirker sykkelighet og levetid hos pasienter med KOLS (15). Det kan føre til tap av muskelmasse, kroppsfett og respirasjonsmuskelstyrke. Resultatet er at pasientene ikke orker å være fysisk aktive (3;14). Lav KMI er relatert til tidlig død (3;18;19), nedsatt immunforsvar og redu-

Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at det er viktig med ernæringsmessig oppfølging av KOLS-pasienter som legges inn på sykehus med akutt forverring for noninvasiv ventilasjonsstøtte. Pasienter som er undervektige eller normalvektige ved innleggelse er utsatt for underernæring under sykehusoppholdet.

Mer om forfatterne: Haldis Østerås er intensivsykepleier og sykepleiefaglig veileder. Monika Aasbjørg, er lungesykepleier. Begge er ansatt ved medisin A, lungeseksjonen, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF. Lise Tuset Gustad er fag og forskningssykepleier ved Medisinsk klinikk, Sykehuset Levanger Helse Nord-Trøndelag HF. Kontakt: lise.gustad@hnt.no

sert livskvalitet i form av fatigue og depresjon (9). Konsekvensene av underernæring fører dessuten til flere sykehusinnleggelses, økt behov for hjemmetjenester og hyppige legebesøk (20).

Pasienter som innlegges på sykehus med alvorlig KOLS-forverring får behandling med NIV dersom respiratorisk acidose ($\text{pH} < 7,36$ og $\text{pCO}_2 > 6,3$) fortsetter etter oppstart av standard medikamenter (21). Pasientens kliniske tilstand vurderes også. Hurtig overfladisk respirasjon og magebevegelser som går inn ved innpust og ut ved utpust er tegn på truende utmatting som kan reverseres ved NIV (21).

NIV gir respirasjonsstøtte på pasientens egenrespirasjon via luft gitt med overtrykk på en tilpasset nese/munn-maske. Kreftene som trengs for å fylle lungene med luft reduseres. Dersom NIV har effekt, vil pasienten slippe av etter hvert. Respirasjons- og puls-frekvens reduseres i løpet av de to første timene. Blodgassene norma-

liseres med en langsom øking av pO_2 og reduksjon av pCO_2 (1;22). Sykepleieren må hjelpe pasienten med å ta av maske for å spise eller drikke. Åndenød kan øke når respirasjonsstøtten frakobles. Nok tid og nok pust til å tygge maten kan være en utfordring (23). Pasienter som maskebehandles har stort behov for sykepleie. Ernæringsutfordringene er en av mange som må avhjelpes dersom behandlingen skal bli vellykket.

Ofte er gruppene med svært alvorlig KOLS og behov for NIV (24) ekskludert i ernæringsstudier. Økt kunnskap om underernæring til disse pasientgruppene vil hjelpe sykepleieren til å bedre ernærings-tiltak. Som en del av en større observasjonsstudie på pasienter med KOLS innlagt ved et lokalsykehus ønsket vi å:

- Kartlegge ernæringsstatus (KMI) ved innkomst og utreise, inkludert pasienter med svært alvorlig KOLS og behov for NIV.

- Undersøke hva som karakteriserer pasientene som er underernært og/eller i ernæringsmessig risiko når de innlegges i sykehus og hvilke konsekvenser underernæring får for lengde på sykehusopphold.
- Kartlegge vekt tap under NIV-behandling. Sammenligne med dem som ikke har behov for NIV.

METODE

Studien benyttet deskriptivt design med prospektiv innsamling av pasientdata fra innkomst til utreise. Datasamlingen varte ett år. Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Regional Etisk Komité.

Uvalg

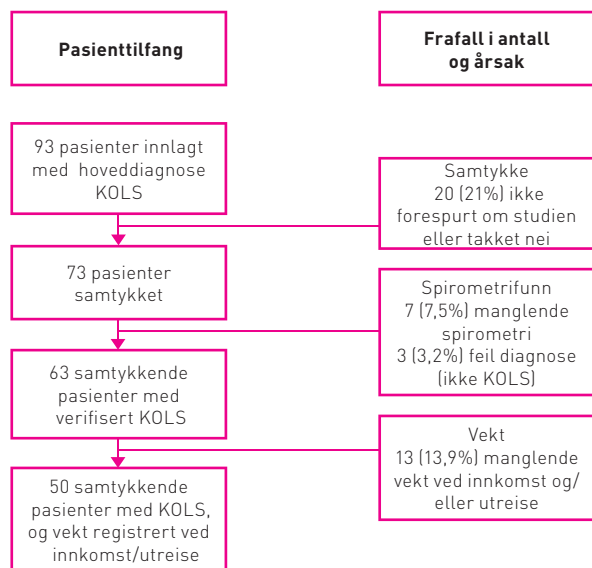
I løpet av studieåret ble 93 pasienter innlagt med hoveddiagnose KOLS-forverring, mens 50 er inkludert. Figur 1 «Rekruttering» viser årsak til frafall. Pasientene ga skriftlig informert samtykke, og kunne trekke seg fra studien når de ønsket. Mange pasienter innlegges flere ganger per år, og de ble invitert til å delta ved hver innleggelse. Det ble totalt registrert 132 opphold dette året. Vi valgte ut ett opphold for hver pasient der det var registrert vekt ved innkomst og utreise. Pasienter som ikke fikk verifisert diagnosen KOLS ved spirometri, ikke kunne samarbeide og som hadde malign konkurrerende sykdom ble ekskludert.

Studieutvalget ble naturlig delt i to grupper; atten pasienter (36 prosent) hadde medisinske kriterier som utløste oppstart NIV-behandling (NIV-gruppen), resten utgjør Gruppe 2.

Datasamling i studiemiljøet

Pasientene akuttinnlegges ved lungemedisinsk sengepost eller på hjerteovervåkingen, avhengig

FIGUR 1: Rekruttering



TABELL 1: Oversikt over datainnsamling

Registreringsskjema 1 (alle pasienter med verifisert KOLS: n=50)	Registreringsskjema 2 (pasienter som behandles med NIV: n=18)
Demografiske data*	Ved hvilken avdeling ble behandlingen gitt?
Alvorlighetsgrad KOLS/ røykevaner*	Nivå på ventilasjonsstøtten
Blodgassverdier/ respirasjonsfrekvens	Behandlingslengde NIV
Høyde (stående fra siste spirometri)	Energiregistrering 3 første døgn
Vekt innkomst/ utreise	Matlyst*
Antall måltider hjemmesituasjon*	

* Egenrapporterte data fra pasient eller pårørende nedtegnet i protokoll av sykepleier. Alle data ikke merket med * er innhentet av sykepleier fra hovedkurve og observasjonskurve.

av pasientens behov for behandling og observasjon. De fleste hadde luftveisinfeksjon og fikk antibiotika. Alle fikk standard behandling med oksygen, glukokorticoider og inhalasjonsmedikamenter.

Studien benyttet to registreringsskjema (se tabell 1) som ble gjennomgått av statistiker for å avgjøre egnethet. Skjemaene ble testet for forståelse på sju sykepleiere.

Registreringsskjemaene fyltes ut av sykepleier som hadde ansvar for pasienten, og registrering ble derfor gjort av mange sykepleiere. Skjema 1 ble fylt ut innkomstdag og utreisedag. Skjema 2 ble utfylt fra behandlingsstart NIV og deretter daglig så lenge behandlingen varte. Pasientene har alvorlig pustebesvær ved ankomst og deres tilstand avgjorde tidspunkt for spørsmål. Vi har i ettertid sjekket at overføring av data fra pasientens kurver er riktig.

Diagnoseverktøy

Spirometri måler lungefunksjon og grad av luftveisobstruksjon

(25). Spirometri er tatt poliklinisk i stabil sykdomsfase. Lunge-medisiner vurderte spirometri og klassifiserte alvorlighetsgrad som 1. Mild, 2. Moderat, 3. Alvorlig og 4. Svært alvorlig KOLS (25).

Screening av ernæringsstatus og vektendring under oppholdet. Kroppsmasseindeks (KMI) er et øyeblikksbilde av vekt/ høyde i kvadratmeter. KMI er en enkel ernæringsstatus i praksisfeltet (26). Studietilvalgets gjennomsnittsalder er over 70 og grenseverdi for KMI-klasser ble valgt deretter; undervekt = $KMI < 20$, normalvekt = $KMI 20 - 24,9$, moderat overvekt = $KMI \geq 25 - 30$ og overvekt $KMI > 30$ (20).

- Stående høyde ble målt uten sko til nærmeste halve cm på fastmontert målestav før spirometri. Data er fra nyeste spirometri.
- Vekt: Pasienten ble veid i sykehusskjorte og truse til nærmeste 0,1 kg før frokost dagen etter innkomst og utreisedag. Samme vekt ble brukt hver gang.
- Vektendring: kg; differanse

utreisevekt – innkomstvekt, prosent: (vekt-differanse/innkomstvekt) $\times 100$. Alvorlig vekt-tap under sykehusoppholdet ble satt til >2 prosent (27).

Analysér

Alle analyser er utført med statistikkprogrammet SPSS 15.0. Valg av analyser er gjort sammen med statistiker. Utvalgets karakteristika ble summert med deskriptiv statistikk. Sammenligninger mellom NIV-gruppen og Gruppe 2 ble gjort med Kjikvadrattest og Mann-Whitney. Begge er velegnet til å finne om variabler er uavhengige eller like på tvers av grupper (28). Kjikvadrattest er egnet for kategoriske variabler, mens Mann-Whitney også er egnet for intervallvariabler. Kjikvadrattest er ikke velegnet når antallet observasjoner i hver kategori blir for lav. Mann-Whitney kan rangere ulikheter i middelverdi og spredning når antallet observasjoner er få og normalitet i dataspredning ikke kan antas (28).

Logistisk regresjon ble brukt for å se på enkelte variabelers sammenheng (målt ved odd ratio) med lav KMI eller vektnedgang. Parvis t-test ble benyttet for å teste endring mellom innkomstvekt og utreisevekt. Parvis t-test ser på endringer i gjennomsnittsverdi og er egnet ved små utvalg (28). Signifikansnivået (p) ble satt til 0,05 på alle tester.

RESULTAT

I studietilvalget ($n=50$) var det 28 (56 prosent) menn og 22 (44 prosent) kvinner. Gjennomsnittsalder var 73 år, spredningen 53–89 år. Hovedvekten (78 prosent) hadde avansert grad av KOLS. Tretten (26 prosent) var røykere, bare to hadde aldri røykt (se tabell 2).

Tabell 2 viser statistiske forskjeller på variablene blodgass, hvor NIV-gruppen har høyere

nivå av CO₂ og lavere nivå av pH i blodet. NIV-gruppen har også lengre liggetid både per sykehusopphold og per år.

Ernæring, ernæringsstatus og vektapp

De fleste (72 prosent) spiste tre måltider hjemme, men mange hadde også fire måltider (26 prosent). Spredning i KMI ved innkomst var 12,5–44,8 mens KMI i gjennomsnitt var 24. 19 pasienter (38 prosent) var undervektig ved innkomst på sykehuset, og ni (18 prosent) var normalvektige, til sammen 28 (56 prosent) i ernæringsmessig risiko. Ernæringsmessig risiko ved innkomst

var assosiert med KOLS grad 4 (p=0,03; OR=8,7; 95 prosent CI 1,3– 51). Røykernes gjennomsnittlige innkomstvekt var ti kilo lettere enn ikke-røykerne, men dette nådde ikke statistisk signifikans (p=0,1; t= - 1,6; 95 prosent CI - 24 - 2,3). Ernæringsstatus ved innkomst var statistisk lik for NIV-gruppen og gruppe 2 (se tabell 3).

Totalt 28 pasienter (56 prosent) hadde vektapp under sykehusoppholdet. Den pasienten som gikk ned mest tapte 6,6 kg, mens største vektoppgang var 6,3 kg. NIV-gruppen hadde større tendens til mer alvorlig vektapp (se tabell 3).

Vektapp er mest alvorlig for

de med undervekt og normalvekt (14), og tabell 4 viser detaljer for vekt og vektendringer for de ulike KMI-klassene. Den personen som gikk ned flest antall kilo under oppholdet var undervektig ved innkomst, og den undervektige gruppen hadde flest med vektnedgang (p=0,09).

Logistisk regresjon ble brukt på variabler som kan tenkes å forklare alvorlig vektapp (se tabell 5). En odd ratio over 1 betyr økt sjans for alvorlig vektapp (hver tittel øker sjansen 10 prosent). Hvert liggedøgn på sykehus øker dermed sjansen for alvorlig vektapp med 80 prosent (p=0,017). En odd ratio under 1 betyr redusert sjans for vektapp (hver tittel minker sjansen 10 prosent). Hver dag utover tre dager med NIV-behandling minker sjansen for vektapp med 60 prosent. Alle som behandles med NIV tre dager eller mindre mister vekt. Ingen andre parameter har statistisk sammenheng med vektapp.

Økt sannsynlighet for et langt sykehusopphold, definert som lengre enn 14 dager, er forbundet med lav innkomstvekt (p=0,019) og lav KMI (p=0,009) for pasienter i studieutvalget (n=50). NIV-behandling gir også langt sykehusopphold (p=0,003).

DISKUSJON

Av 93 innlagte pasienter med KOLS-forverring måtte 13 (14 prosent) ekskluderes på grunn av manglende vekt. Studiemiljøet har tilgjengelig stol og sengevekt, så selv de dårligste pasientene kunne vært veid dersom dette hadde vært en prioritert oppgave. Det er anbefalt å veie samt å utregne KMI som en del av standard oppfølging for KOLS-pasienter (29). At en så stor andel av KOLS-pasienter mangler innkomstvekt viser at rutiner for dette ikke var innarbeidet i studiemiljøet. Etter

TABELL 2: Deskriptive sammenligninger mellom NIV gruppen og Gruppe 2

Funn	NIV-gruppen (n=18)	Gruppe 2 (n=32)	p-verdi
<u>Alder</u>			p=0,7a
Min-max	60-86	53-89	
Gjennomsnitt (SD)	71,4 (7,8)	72 (8,4)	
Median	72	73	
<u>Kjønn</u>	10♀(55%)	12♀(37,5 %)	p= 0,2b
<u>Røykere</u>	6 (33%)	7 (22 %)	p=0,4b
<u>Grad av KOLS</u>			p=0,2a
Stadium 1 og 2 (mild/moderat)	2 (11 %)	9 (28 %)	
Stadium 3 og 4 (alvorlig/svært alvor)	16 (89 %)	23 (72 %)	
<u>Respirasjonsfrekvens</u>			p=0,6b
> 24/minutt	13 (72 %)	21 (66 %)	
<u>Blodgass - pH</u>			p=0,01a
pH < 7,35	10 (56 %)	7 (22 %)	
<u>Blodgass - pH²</u>			p=0,000a
p CO ₂ > 6,3	15 (83 %)	7 (22 %)	
<u>Lengde på sykehusopphold</u>			p=0,000b
Min-max	5-46	2-54	
Gjennomsnitt (SD)	18,8 (10,3)	10,4 (9,3)	
Median	17	8	
<u>Total liggetid sykehus siste 12 mnd</u>			p=0,03a
Min-max	11-79	6-135	
Gjennomsnitt (SD)	45,8 (18,8)	34,1 (27)	
Median	50	27	

a Mann Whitney test, b Kjikvadrat-test

TABELL 3: Ernæringsstatus ved inntøst, og utvikling under sykehusoppholdet

	NIV (n=18)	Gruppe 2 (n=32)	p-verdi
<u>Måltid pr dag i hjemmesituasjon</u>			p=0,4a
Ikke besvart	1 (6 %)	3 (9 %)	
2	0 (0 %)	1 (3 %)	
3	14 (77 %)	19 (60 %)	
4	3 (17 %)	9 (28 %)	
<u>KMI ved inntøst</u>			p=0,5a
Min-max	15 - 33,5	12,5 - 44	
Gjennomsnitt (SD)	22,7 (5,1)	24,2 (6,9)	
Median	23,2	24,9	
<u>KMI-kategori ved inntøst</u>			p=0,7a
Undervektig	7 (39 %)	12 (37 %)	
Normalvektig	3 (17 %)	6 (19 %)	
Moderat overvekt	7 (39 %)	8 (25 %)	
Overvektig	1 (5 %)	6 (19 %)	
<u>Inntøstvekt spredning i kg</u>	40,2-106,0	27,9-145,0	p=0,4a
<u>Vektendring i sykehus</u>			
Gjennomsnitt inntøstvekt kg (SD)	66 (17)	71,5 (23)	p=0,4c
Gjennomsnitt utreisevekt kg (SD)	64,9 (17)	71,3 (23)	p=0,3c
Mean difference kg (repetert t test p)	0,9 (0,113)	0,2 (0,673)	p=0,3c
<u>Antall med vektnedgang</u>	12 (67 %)	15 (47 %)	p=0,2b
<u>Prosentuelt vekt tap >2%</u>	9 (56 %)	7 (44 %)	p=0,04b

a Mann Whitney test, b Kjikvadrat-test, c parvis T-test

TABELL 4: Vekt og vektendringer for KMI klasse 1-4

KMI klasse	Inntøst-vekt kg	Vektendring kg	n med vekt tap i kg	n med vekt tap over 2%	Parvis t-test inn-ut vekt p (95%KI)
1 (n=19)					
Min-max	27,9-66,9	-6,6 - +4,8	11 (57%)	6 (32,5%)	0,3 [-0,7 - +2,1]
Mean (SD)	54,3	-0,5 (2,5)			
2 (n=9)					
Min-max	61,4-86	-4,8 - +6,3	5 (55%)	3 (33%)	0,8 [-3,1 - +2,5]
Mean (SD)	69,7 (7,9)	0,4 (3,5)			
3 (n=15)					
Min-max	61-100	-3,3 - +5,6	5 (33%)	5 (33%)	0,2 [-0,4 - +1,7]
Mean (SD)	78 (10,5)	-0,8 (2,6)			
4 (n=7)					
Min-max	78,2-145	-2,9 - +0,7	2 (28%)	2 (28%)	0,2 [-0,4 - +2,1]
Mean (SD)	101 (21,9)	-0,9 (1,2)			
Mann Whitney test mellom klasser			0,09	0,9	

studien har vi implementert prosedyrer hvor alle pasienter med KOLS skal veies ved inntøst. Vekten skal registreres i malen «God ernæringspraksis» i elektronisk pasientjournal. Malen benytter screeningverktøyet NRS 2002 som er anbefalt i sykehus (20). Malen regner ut pasientens KMI samt avgjør om pasienten trenger ernæringsoppfølging. Ernæringscreening ved innleggelse i sykehus er avgjørende for å kartlegge pasientenes ernæringsstatus, og ut fra det igangsette hensiktsmessige tiltak (30). Tidlig identifisering av ernæringsmessig risiko gjør det mulig å iverksette tiltak før underernæring oppstår (30).

Ved inntøst er NIV-gruppen og Gruppe 2 ulik i blodgassverdier. Nivået av pH og pCO² kan avgjøre hvilke pasienter som skal behandles med NIV (21). Dette er derfor en naturlig ulikhet mellom gruppene. Likheter mellom gruppene var imidlertid ellers stor, og gjorde det forsvarlig å kjøre noe statistikk samlet for hele utvalget samt kjøre sammenlignende tester mellom gruppene.

Ved sykehusinnleggelsen var 28 pasienter (56 prosent) undervektig eller i ernæringsmessig risiko (definert som KMI < 25). Tendens til underernæring er sammenlignbar med andre studier av pasienter som innlegges på sykehus med KOLS-forverring (2). Undervekt er vist å øke behov for innleggelse i sykehus for pasienter med avansert KOLS (31). Dette kan være en medvirkende årsak til den store andelen av pasienter med ernæringsmessig risiko. Studietilvalget er i hovedsak eldre, noe som flere studier har vist at utgjør en selvstendig ernæringsmessig risiko (17).

Lav inntøstvekt har statistisk sammenheng med KOLS grad 4, noe som også andre studier har vist (32). Ved grad 4 er pustear-

TABELL 5: Variablers sammenheng med alvorlig vekt nedgang (>2%)

Parameter testet mot alvorlig vekt nedgang	p	Odds-ratio	95% KI
Kjønn (n=50)	0,2	0,5	0,1 - 1,6
Alder (n=50)	0,3	1,0	0,9 - 1,2
KMI (n=50)	0,8	0,9	0,9 - 1,1
KOLS grad (n=50)	0,9	1,9	0,4 - 9,5
Høy pH (n=50)	0,5	0,8	0,5 - 1,1
Røyk (n=50)	0,4	1,8	0,4 - 7,7
Liggetid Sykehus (n=50)	0,017	1,8	1,02 - 1,2*
Liggetid NIV (n=18)	0,09	0,4	0,1 - 0,2*

*=justert for alder og kjønn

beidet økt betydelig, noe som kan gi hypermetabolsk og hyperkatabolske effekter (32). Selv om undervekt slik virker som å være en del av endestadiet i KOLS, er det anbefalt å gi ernæringsterapi for å opprettholde ideal kroppsvekt (25).

Ingen andre faktorer viste statistisk sammenheng med lav inntakstvekt, selv ikke røyking. Røykernes gjennomsnittstvekt er likevel ti kilo lettere enn ikke-røykerne. Dersom studieutvalget hadde vært større tror vi røykernes tendens til lavere vekt hadde nådd statistisk signifikans, i tråd med hva andre studier har vist (13).

Pasientene oppga antall måltid i hjemmet ved ankomst. Ingen av pasientene fulgte anbefalinger om at pasienter med alvorlig KOLS bør spise seks mindre og nærings-tette måltider per dag (30). Seks små næringsstette måltider per dag kan redusere problemet som store måltid gir: full magesekk, redusert lungekapasitet og tungpust (30). Trettiseks (72 prosent) oppga at de spiste tre hovedmåltider daglig i hjemmesituasjonen, og 12 (24

prosent) spiste fire hovedmåltider. Sykepleiere bør informere pasient, pårørende og kommunehelsetjenesten om at diagnosen KOLS gir endrete ernæringsmessige behov. For få måltider i normalsituasjon kan være en medvirkende årsak til at mange kommer inn med ernæringsmessig risiko.

De overvektige pasientene hadde liten tendens til vekt nedgang under sykehusoppholdet. Dette kan skyldes at deres høyere energireserver beskytter mot vekt tap (24). Overvekt (KMI>25) er en positiv prognostisk faktor ved KOLS (33). Overlevelse øker for denne gruppen dersom vekt holdes stabil (16). Ved forverring av KOLS er det derfor et viktig prinsipp ikke å gå ned i vekt, uansett førvekt (34).

De undervektige pasientene går mest ned i vekt under sykehusoppholdet. Lungefunksjon (FEV1) reduseres i takt med vekt tap i disse KMI-gruppene (16). Fallende KMI er også proporsjonal med økt dødelighet hos pasienter med avansert KOLS-sykdom (16;24). Det er derfor uheldig at 12 pasienter (24 prosent) i grup-

pen med ernæringsmessig risiko går ned i vekt. Også på sykehuset byr seks måltider om dagen på praktiske utfordringer, da vi har rutiner hvor pasienten får servert fire hovedmåltid i døgnet. Vi har muligheter for å legge inn spesialbestillinger som for eksempel proteinrik kost, næringsrik kost og ønskekost, men det blir ofte opp til den enkelte sykepleier å iverksette slike tiltak. Ofte er pasientens matlyst redusert ved innleggelse, og det kan være vanskelig for pasienten å spise på grunn av pusten. Det anbefales å gi salbutamol-inhalasjon før måltid for å bedre slimproblematikk og åpne tette luftveier (6;35). Ved tungpust foretrekker noen næringsdrikker, i stedet for eller i tillegg til maten. Mens andre igjen ikke liker næringsdrikker. Pasientene har krav på blå resept på ernæringsdrikker ved sykdomsrelatert underernæring (20;35). Likedan kan være lurt å oppmuntre pasientene til å hvile seg før de spiser. De bør spise maten sakte. Hvis de får behandling med oksygen, bør de bruke det ved måltid (30). Vi har ikke data på pasientenes matinntak, forbruk av næringsdrikker, andel som fikk blåresept på næringsdrikker eller rutiner for oksygen og Salbutamol før måltid.

Hverken NIV-pasientene eller Gruppe 2 går ned i kilo når man ser på hele gruppen samlet. Tabell 3 viser at gjennomsnittlig utreisevekt for NIV-gruppen er 1,1 kg lavere enn inntakstvekt, og NIV-gruppens tendens til å gå ned mer enn 2 prosent i vekt er statistisk større enn gruppe 2. Det er derfor belegg for å si at flere i NIV-gruppen er utsatt for underernæring under sykehusoppholdet.

Særlig utsatt for vekt nedgang er NIV-gruppen de første tre dagene med NIV-behandling, hvor alle går ned i vekt. Ved oppstart av NIV vil de fleste pasi-

entene bruke kreftene sine på å mestre, og bli trygg på behandlingen (36). Når pasientene får en maske over munnen så er det mange som får klaustrofobi og panikk. De som er kjent med behandlingsformen, mestrer behandlingen lettere. Når de føler seg trygge, og får til å slappe av med masken på, sovner de fleste. Å ta av seg masken for å spise og drikke kan være utfordrende da det kan føles tyngre for pasientene å puste selv (23). Pasientene føler seg ofte veldig uttørket i munnen når de bruker maska, det er derfor viktig at de får hjelp til å drikke. Å avlaste for anstrengelser, og tilrettelegge måltidet, eventuelt hjelpe til god sittestilling er viktige tiltak. Erfaringsmessig blir det opp til den enkelte sykepleier å gi ernæringsstilskudd når maska frakobles, likeså å gi informasjon om viktigheten av ernæring. I denne perioden er de avhengige av å få servert små og hyppige måltider med forsterket protein- og karbohydratinnhold (14). Dersom pasientene spiser lite bør sondeernæring vurderes for å unngå vektnedgang. Kunnskap om forebygging av aspirasjonspneumoni ved overtrykksventilasjon på maske må da være på plass (14). Noen fagmiljøer i Norge bruker også parenteral ernæring første dager ved NIV. Vi har ikke data på sonde eller intravenøs ernæring i studien.

Ved NIV-behandling over tre dager ser det ut som at hver dag med behandling øker prognosen for vektstabilisering og vektoppgang. Langtids NIV-behandling har vist positiv effekt på ernæringsstilstand også i studier av hjemmebehandling (14;15).

Lav KMI ved ankomst øker sannsynligheten for langt sykehusopphold, noe også andre studier har vist (37). De som får behandling med NIV har økt liggetid i

vår studie, mens andre studier har funnet kortere liggetid med tidlig initiering av NIV (38). Vi har ikke forsøkt å finne ut av om vi initierer NIV senere enn det som er tilfelle i andre studier. Liggetid på sykehuset øker også sjansen for alvorlig vektnedgang. Andre studier har vist at ved å øke energi- og proteininntak under sykehusopp-

deltakere, spesielt i gruppen som behandles med NIV. Funnene i studien støttes av andre studier på KOLS-pasienter og underernæring, og kan antas likevel å gi et inntrykk av ernæringsutfordringene.

Aktivitet har anabol effekt, og studier har vist at KOLS-pasienter bør trene for å nyttiggjøre seg ernæringsstilskudd (7).

” De overvektige pasientene hadde liten tendens til vektnedgang under sykehusoppholdet.

hold ved KOLS-forverring kan vekt holdes stabil eller øke (39). Studietilsettingen har altså ikke et tilfredsstillende ernæringsfokus enda. Det å få i KOLS-pasienter nok mat er en tidkrevende og kompleks oppgave som innebærer at pasientene må bli gjort trygge ved dyspné og ofte også må mates. Sykepleierne i studietilsettingen opplever ofte at de ikke har tid til å gjennomføre ernæring på en tilfredsstillende måte ut ifra pasientenes individuelle behov (40). Dette er et ledelsesproblem hvor forsvarlig bemanning for å opprettholde pasientenes basale behov må argumenteres inn selv om nedskjæringer er mantra.

STUDIENS BEGRENSNINGER

En av årsakene til stort frafall av studiedeltakere var at sykepleierne oppfattet registreringsskjemaene som arbeidsomme å fylle ut. Skjemaene burde vært testet for arbeidsmengde før studieperioden startet (41). Påliteligheten påvirkes av at datainnsamling er gjort av forskjellige sykepleiere i to avdelinger, gjennom et år. Det var spesielt i ferier, helg og høytider hvor rekruttering og datasamling var problematisk. Vi tror likevel ikke at det er noen systematisk skjevhet i de pasientene som ble ekskludert.

Studien hadde et lite antall

gjøre seg ernæringsstilskudd (7). Ved en akutt forverring av KOLS kan pasientenes aktivitetsnivå være svært begrenset av åndenød (42). Data på Barthel ADL-indeks som kunne vist hvilke aktiviteter pasienten klarer uten hjelp (43) er dessverre bare registrert for NIV-pasientene, og vi vet derfor ikke effekten av aktivitet eller inaktivitet på ernæringsstatus.

KONKLUSJON

Studien har ført til et stort arbeid for å forbedre rutineene rundt screening av ernæringsmessig risiko og behandling av underernæring for KOLS-pasientene. Vi samarbeider nå med kjøkkenet på sykehuset for å se hvordan vi kan tilby seks små, næringstette måltid om dagen. Vi jobber med å se på forsvarlig bemanning og skriving av avvik dersom sykepleiere ikke opplever å ha tilfredsstillende tid til å hjelpe pasientene med mat. Ernæringsutfordringene er også tatt opp i leder og fagnettverk hvor representanter fra kommunehelsetjenesten og sykehus deltar.

Takk til Helse Midt Norge for økonomisk støtte. Takk til sykepleierne ved avdelingene som bidro til innsamling av datamaterialet. Takk til FoU-avdelingen ved Sykehuset Levanger for hjelp til å analysere datamaterialet.

Særskilt takk til: Grete Bratberg, Erling Jermstad, Ulla Romild, Liv Vikan, Hege Haugdahl, Thor Naustdal og Cecilie Røli.

REFERANSER

1. **Giæver P.** Kronisk obstruktiv Lungesykdom. Lungesykdommer 2 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2002.
2. **Odenrants S, Ehnfors M, Ehrenberg A.** Nutritional status and patient characteristics for hospitalised older patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs* 2008; 17:1771-8.
3. **Schols A, Wouters E.** Nutritional abnormalities and supplementation in chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med* 2000; 21:753-62.
4. **Danaohe M, Rogers RM, Wilson DO, Pennock BE.** Oxygen Consumption of the respiratory muscles in normal and in malnourished patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140:385-91.
5. **Hugli O, Schulz Y, Fiiling JW.** The daily energy expenditure in stable chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153:294-300.
6. **Thorsdottir I, Gunnarsdottir, Eriksen B.** Screening method evaluated by nutritional status measurements can be used to detect malnourishment in chronic obstructive pulmonary disease. *J Am Diet Assoc* 2001; 101:648-54.
7. **Franssen FM, Broekhuizen R, Janssen PH, Wouters EF, Schols A.** Effects of whole-body exercise training on body composition and functional capacity in normal-weight patients with COPD. *Chest* 2004; 125:2021-8.
8. **Brug J, Schols A, Mesters I.** Dietary change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns* 2004;52:249-57.
9. **Barnett M.** Improving nursing management of nutrition in COPD patients. *Journal of Community Nursing* 2009;23:32-8.
10. **Vermeeren MA, Creutzberg EC, Schols AM, Postma DS, Pieters WR, Roldaan AC, et al.** Prevalence of nutritional depletion in a large out-patient population of patients with COPD. *Respir Med* 2006;100:1349-55.
11. **Schols A.** Nutrition in chronic obstructive pulmonary disease. *Curr Opin Pulm Med* 2000;6:110-5.
12. **Creutzberg E, Schols AM, Bothmer-Quaedvlieg FC, Wouters EF.** Prevalence of an elevated resting energy expenditure in patients with chronic obstructive pulmonary disease in relation to body composition and lung function. *Eur J Clin Nutr* 1998;52:396-401.
13. **Karadag F, Karul AB, Cildag O, Altun C, Gurgey O.** Determinants of BMI in patients with COPD. *Respirology* 2004;70-5.
14. **Ambrosino N, Clini E.** Long-term mechanical ventilation and nutrition. *Respir Med* 2004; 98:413-20.
15. **Budweiser S, Heinemann F, Meyer K, Wild P, Pfeifer M.** Weight gain in cachectic COPD patients receiving noninvasive positive-pressure ventilation. *Respir Care* 2006;51:126-32.
16. **Prescott E, Almdal T, Mikkelsen KL, Tofteng CL, Vestbo J, Lange P.** Prognostic value of weight change in chronic obstructive pulmonary disease: results from the Copenhagen city heart study. *Eur Respir J* 2002;20:539-44.
17. **Stratton RJ, Elia M.** A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clinical Nutrition Supplements*, 2007;2:5-23.
18. **Ferreira I, Brooks D, Lacasse Y, Goldstein R, White J.** Nutritional supplementation for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005.
19. **Førtil L.** Nutritional status and dietary support in candidates for lung transplantation. *Scandinavian Respir J* 2001;11:21.
20. **HelseDirektoratet.** Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Report No: IS- 1580. Oslo: 2009.
21. **Elliott MW.** Noninvasive ventilation in acute exacerbations of COPD. *Eur Respir Rev* 2005;14:39-42.
22. **Bauman KA, Hyzy RC.** Noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure in adults. *UpToDate* 17 3 2009.
23. **Elliott MW.** Non-invasive ventilation for acute respiratory disease. *Br Med Bull* 2004;72:83-97.
24. **Landbo C, Prescott E, Lange P, Vestbo J, Almdal TP.** Prognostic value of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:1856-61.
25. **Global initiative for chronic obstructive lung disease.** The GOLD report. 2008.
26. **Folkhelseinstituttet.** Kroppsmasseindeks og helse. 2008.
27. **Sjøen RJ.** Sykepleierens ernæringsbok. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
28. **www.statisticssolutions.com.** Lastet ned 25- 10- 2010.
29. **Den norske lægeforenings strategigruppe for KOLS.** Veileder til diagnose, behandling og forebygging av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Norsk utgave av Global Initiativ for COPD til praktisk bruk for leger og annet helsepersonell. 2002.
30. **Registered nurses' association of Ontario.** Nursing best practice guidelines program: Nursing care of dyspnea: the 6th vital sign in individuals with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 2005.
31. **Wouters EF.** Management of severe COPD. *The Lancet* 2004;364:883-94.
32. **Schols AM, Soeters PB, Mostert R, Saris WH, Wouters EF.** Energy balance in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am Rev Respir Dis* 1991;143:1248-52.
33. **Hallin A, Gudmundsson G, Ulrik CS, Nieminen MM, Gislason T, Lindberg E, et al.** Nutritional status and long-term mortality in hospitalised patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respir Med* 2007;101:1954-60.
34. **Almaås H, Rønning L, Wilberg.** Sykepleie til pasienter med forstyrrelse i lungefunksjonen. I: Almås H: Klinisk sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag; 2001.
35. **Budweiser S, Jørres R, Pfeifer M.** Treatment of respiratory failure in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2008;3:605-18.
36. **Torheim HO.** Korleis meistre maska? Pasientopplevingar og sjukepleieerfaringar ved BIPAP-maskebehandling ved akutt KOLS-exacerbasjonar. Utfordringar i praksis. Institutt for samfunnsmedisinske fag: Universitetet i Bergen; 2007.
37. **Pichard C, Kyle UG, Morabia A, Perrier A, Vermeulen B, Unger A.** Nutritional assessment: lean body mass depletion at hospital admission is associated with an increased length of stay. *Am J Clin Nutr* 2004;79:613-8.
38. **Celikel T, Sungar M, Ceyhan B, Karakurt S.** Comparison of noninvasive positive pressure ventilation with standard medical therapy in hypercapnic acute respiratory failure. *Chest* 1998;114:1636-42.
39. **Vermeeren MA, Wouters EF, Geraerts-Keeris AJ, Schols AM.** Nutritional support in patients with chronic obstructive pulmonary disease during hospitalization for an acute exacerbation; a randomized controlled feasibility trial. *Clin Nutr* 2004;23:1184-92.
40. **Haugdahl H.** Faglig forsvarlighet i sykepleietjenesten. Upublisert undersøkelse 2008.
41. **Polit DF, Beck CT.** Nursing research - generating and assessing evidence for nursing practice. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
42. **Lomberg K, Bjørn A, Dahl R, Kirkevold M.** Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. *J Adv Nurs* 2005;50:262-71.
43. **Legeforeningen.** Barthel ADL indeks. 2010.

Kan gi kortere behandlingstid

› Sykepleier må påse at KOLS-pasienter får oppfylt sitt daglige kaloribehov.



Av Lisbet Narvestad Grenager

Fagutviklingssykepleier, Intensivseksjonen, Akershus universitetssykehus HF

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Funnene viser at pasienter med alvorlig KOLS som er normalvektig eller undervektig, er utsatt for vektnedgang av varierende grad ved oppstartsfasen av NIV-behandling. Av den grunn vil de være ytterligere i fare for økt sykkelighet, redusert livskvalitet og kortere levetid. Gruppen som var overvektig gikk lite ned i vekt ved NIV-behandling. Dette viser at det er nødvendig å screene ernæringsstatusen til pasienter med alvorlig KOLS som legges inn på sykehus, slik at vekttap og underernæring kan forebygges og pasientene opprettholder sin livskvalitet.

Pasienter med alvorlig KOLS er allerede marginale respiratorisk, og en akutt forverring av sykdommen vil kreve det de har av krefter til økt respirasjonsarbeid på bekostning av ernæring, allerede i hjemmet. Så når de legges inn for behandling på sykehus er det stor sannsynlighet for at de allerede har et betyde-

lig vekttap som ikke fanges opp. Derfor er det viktig at pasientens ernæringsstatus screenes for hver innleggelse, for å kunne følge med på vektutviklingen.

Ernæring er et tema som stadig er i fokus, og man legger særlig vekt på at pasienten skal spise selv. Min erfaring er at pasienter med alvorlig KOLS som NIV-behandles, ofte er for dårlige til å spise. Da er det sykepleierens ansvar, eventuelt i samarbeid med ernæringsfysiolog og eller lege, å tilrettelegge for at pasienten får oppfylt sitt daglige kalori-behov, enteralt eller parenteralt, i den akutte fasen. Dette vil kunne bremse den katabole fasen som pasienten er i, og hindre et videre tap av respirasjonsmuskler. Det kan også korte ned på behandlingstiden for NIV.

Min erfaring fra praksis er at tidlig oppstart med enteral eller parenteral ernæring til disse pasientene, ofte ikke er et tema. Det har vært lite kunnskap om

ernæringens betydning og det faktiske ernæringsbehovet for denne pasientgruppen, noe artikkelforfatterne også påpeker. Jeg har hatt undervisning om dette temaet på min arbeidsplass. Det har ført til at sykepleierne er blitt mer bevisste på, og har fått mer kunnskap om, denne gruppens ernæringsbehov. Veien videre bør være å vurdere implementering av screeningverktøy for å kunne utarbeide gode systemer for målrettet behandling.

Artikkelen henvender seg til alle som jobber med denne pasientgruppen på forskjellige nivåer, gjerne gjennom et tverrfaglig samarbeid. Stadig flere får diagnosen KOLS. Å begrense vekt-nedgang hos disse pasientene ved et bedre ernæringstilbud, er et tema som blir mer og mer relevant i fremover.

Les artikkelen på side 124





Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn og hensikt: Hensikten med denne studien er å evaluere en modell for opplæring av fasilitatorer til selv å drive refleksjonsgrupper på egen arbeidsplass, samt å få indikasjoner på hvor nyttig refleksjonsgrupper oppleves for dem som deltar i disse. Opplæringen var basert på en «Train-the-trainer modell».

Metode: Materialet er i hovedsak basert på data fra dem som deltok i opplæringsprogrammet, en kombinasjon av kvalitative data innhentet midtveis i opplæringsprogrammet og

data fra en spørreundersøkelse som ble sendt deltakerne da programmet var avsluttet. Dette materialet er supplert med data fra en spørreundersøkelse som ble sendt til de som deltok i lokale refleksjonsgrupper.

Resultater: Nesten alle som deltok i opplæringsprogrammet startet egne refleksjonsgrupper og drev disse i cirka et halvt år. De fleste opplevde rollen som fasilitator både som faglig lærerikt og som kilde til mestringsopplevelser, samtidig som det representerte noen utfordringer. Både fasilitatorer og deltakere

i refleksjonsgruppene erfarte at det å delta i slike grupper bidro til økt mestring av krevende arbeidssituasjoner, samtidig som det hadde positive virkninger for arbeidsmiljøet.

Konklusjon: Resultatene tyder på at dette kan være en god modell for spredning av kompetanse i pleie- og omsorgssektoren, men skal dette bli en robust modell for etablering og spredning av lokale refleksjonsgrupper, bør imidlertid fasilitatoropplæringen styrkes med vekt på rolleutforming og etablering av lokale nettverk.

ENGLISH SUMMARY

«Train-the-trainer» – reflection groups in the care sector?

Background and purpose: The purpose of this study was to evaluate a model for training facilitators in managing reflection groups, and at the same time get information of how useful reflection groups were experienced by the participants. The training was based on a «Train-the-trainer».

Methods: The material is mainly based on data from those who participated in the training programme, a combination of qualitative data collected midway through the training

programme and data from a survey that was sent to participants when the programme was completed. The material is supplemented with data from a survey that was sent to those who participated in local reflection groups.

Results: Almost everyone who participated in the training programme started their own reflection group and ran them for about half a year. Most facilitators experienced this as a kind of professionalization and as a source of mastery, while it also represented some challenges. Both facilitators and participants in the reflection groups reported that

to take part in the reflection group contributed to improved mastery of demanding working situations, while at the same time affecting the working environment in a positive way.

Conclusion: The results indicate that this may be a good model for the spread of competence in the care sector. However, if this is to be a robust model for dissemination of reflection groups, training should be strengthened, by increasing awareness of the challenges of being a facilitator, supporting them in their role. **Keywords:** nursing homes, reflection groups, dissemination of skills, «train-the-trainer»

>> «Train the trainer» – refleksjonsgrupper i pleie- og omsorgssektoren

Forfattere: Elisabeth Gjerberg og
Nina Amble

NØKKELORD

- Sykehjem
- Samarbeid
- Veiledning

INNLEDNING

For å bedre kvaliteten på tjenestene i pleie- og omsorgssektoren har det gjennom flere år vært en målsetting å sikre og øke kompetansen hos de ansatte (1–2). Læring og kompetanseheving kan skje ved etter- og videreutdanning, ved lokale opplærings tiltak, og ved veiledning. Arbeidsoppgavene i denne sektoren representerer en rekke utfordringer det ikke finnes oppskrift på hvordan skal løses, og god mestring av denne type arbeid forutsetter refleksjon over egen praksis (3). Samtidig har vi erfart at dette er en sterkt handlingsorientert og handlingsintensiv tjeneste hvor rom for refleksjon ofte er mangelfull. I denne artikkelen beskriver vi en modell for spredning av refleksjonsgrupper og opplæring av fasilitatorer i å drive lokale refleksjonsgrupper.

Fra 2005 har vi på oppdrag fra Helsedirektoratet arbeidet med et forsknings- og utviklingsprosjekt med hensikt å bidra til kompetanseutvikling og økt mestring av det daglige pleie- og omsorgsarbeidet.

Mens vi i de to første fasene av prosjektet var opptatt av å utvikle og prøve ut en modell for refleksjon som virkemiddel for bedre mestring (4–6), har vi i den siste fasen vært opptatt av hvordan vi kan spre bruk av modellen. Ved å prøve ut opplæring og veiledning av ansatte som selv ønsker å drive lokale refleksjonsgrupper, ønsket vi å se om dette var en virksom modell for å spre etablering av refleksjonsgrupper. Samtidig ønsket vi å høste mer erfaring både med det å lede refleksjonsgrupper og å delta i disse. For det første var vi opptatt av om de som deltok i opplæringsprogrammet faktisk startet egne refleksjonsgrupper og hvordan de utformet rollen sin. Implisitt ligger spørsmål om opplæringsprogrammet gir adekvat opplæring og støtte til de som skal drive slike grupper, men det handler også om strukturelle forhold knyttet til ledelse og praktisk gjennomførbarhet. For det andre ønsket vi å få indikasjon på hvor nyttig refleksjonsgruppen oppleves for deltakerne; påvirkes egen praksis, og har det betydning for arbeidsmiljøet eller kollegiale forhold?

REFERANSERAMME

Vi har tidligere beskrevet utviklingen av prosjektets første faser i lys av teorier om organisatorisk læring, der vi kombinerer selvrefleksjon med kollektiv reflek-

sjon i grupper av ansatte (4–5). Denne form for kollektiv refleksjon, «reflection-on-action» (7–8), handler om å lære med og av hverandre, basert på en strukturert, men assosiativ form for dialog (9–10). Fokus for refleksjonen er adferd i selvopplevde, loggførte situasjoner (6). Målet er en mulig endring av adferd som vil øke opplevelse av mestring og handlingskompetanse. I teorien skal slik kognitiv bearbeidelse utvikle nye mentale handlingsguider (11), en beredskap som gir større sannsynlighet for at villet endring av adferd finner sted, en forbindelse fra «reflection-on-action» til «reflection-in-action». Slik etableres et bredere repertoar av adferd, og derved opplevelse av mestring og autonomi (12). Denne type refleksjonsgrupper kan også sees

Hva tilfører denne artikkelen?

Det er artikkel nr. 2 om samme prosjekt. Første artikkel sto i SF 2009:36-24. Studien indikerer at det å reflektere over egen praksis på en systematisk måte både kan bidra til endring av egen praksis og være positivt for arbeidsmiljøet.

Mer om forfatter:

Elisabeth Gjerberg er dr.polit. i sosiologi og seniorforsker. Nina Amble er organisasjonspsykolog. Begge er ansatt ved Arbeidsforskningsinstituttet. Kontakt: elisabeth.gjerberg@medisin.uio.no

i lys av sosial læringsteori med fokus på praksisfellesskap som læringsarena (13–14). Wenger definerer praksisfellesskap som: «groups of people who share a concern or a passion for something they do and learn how to do it better as they interact regularly» (14). Læring sees her som en medvirkningsbasert prosess der refleksjon over egen praksis er sentralt. Vi har valgt en modell der refleksjonsgrupper som læringsarena ledes av en-to fasilitatorer. Her beskriver vi fasilitatorrollen, og den modell for opplæring av fasilitatorene som vi knytter an til.

FASILITATORROLLEN

Begrepet fasilitere brukes av flere disipliner og innen forskjellige områder, blant annet i forbindelse med implementering av evidensbasert kunnskap (15), praksisutvikling (16), klinisk undervisning (17), problembasert læring (10), kvalitetsforbedring (18) og tverrfaglig samarbeid (19). Begrepet betyr rett oversatt «å gjøre noe lettere». Foreliggende litteratur viser til at begrepet fra 1960-tallet særlig er knyttet til Rogers arbeid innenfor læring og læringsteori (20). I analyser av begrepet viser både Cross (21), Burrows (22) og Simmons (23) at begrepet defineres noe forskjellig, og at hensikten med å bruke fasilitator har variert. Flere ser det å fasilitere som en bevisst, dynamisk prosess som muliggjør endring. Med bakgrunn i kritisk gjennomgang av litteraturen oppsummerer Burrows (22) at det å fasilitere kjennetegnes ved: 1) Genuin gjensidig respekt, betinget av at fasilitator er i stand til å skape et åpent læringsmiljø der deltakerne kan dele erfaringer, tanker og følelser. 2) Utvikling av et læringsfellesskap basert på medvirkningsbasert læring. 3) En proaktiv, målorientert prosess der fasilitator oppmuntrer deltakerne

til å gå inn i situasjoner som drøftes. 4) Bruk av kritisk refleksjon. Dette krever at fasilitator klarer å etablere et trygt miljø der deltakerne kan gjøre egne erfaringer til

” Å være fasilitator ble opplevd som lærerikt, det bidro til mestringsopplevelser.

gjenstand for refleksjon sammen med andre. Fasilitator tar i bruk måter å spørre og diskutere på som gjør deltakerne i stand til å stille spørsmål ved egen og andres antakelser, holdninger og adferd.

Forutsetningene for å etablere og gjennomføre slike læreprosesser, handler både om rammebetingelser som gjør det mulig å delta i lærings- og utviklingsarbeid og fasilitators kompetanse og legitimitet. Fasilitator må ha evne til å skape et klima med fokus på gruppedeltakernes læring, ha fleksibilitet til å hankses med deltakernes innspill, og kunne svare på deres behov i gruppesituasjonen uten å frata dem kontroll over egen læring (23–24). Hun må kunne engasjere deltakerne i en refleksiv dialog rundt egne erfaringer. Og selv om hun skal bidra med sin erfaringskunnskap, skal hun ikke fremheve eget syn. Det innebærer både aktiv lytting og bruk av «høyere ordens» spørsmål (25), det vil si spørsmål som går ut over faktainformasjon, og kan bidra til analyse og syntese fra diskusjonen (26) – et metablikk.

Fasilitator innehar en annen rolle enn gruppedeltakerne, en rolle basert på tillit og legitimitet som viktig forutsetninger for ledelse generelt (27). En slik rolle har også en grenseregulerende funksjon (ibid.). Det vil si at den ivaretar forholdet til resten av organisasjonen, for eksempel ved å følge opp temaer eller utfordringer som kommer opp

i refleksjonsgruppen. Dette er i tråd med Wengers beskrivelse av «brokers» (13), der ledelsen i praksisfellesskap formidler erfaringer videre inn i organisasjonen

for å få til endringer av praksis. Hvordan man utvikler fasilitatorkompetansen, og utfordringer ved rollen, er imidlertid lite beskrevet i ovennevnte litteratur.

OPPLÆRINGSMODELL

«Train the trainer» (TTT) er en opplæringsmodell der man identifiserer potensielle «trenere» eller fasilitatorer som har tilknytning til det aktuelle feltet. Fasilitatorene gis opplæring og instruksjon som gjør dem i stand til å lære opp og trene andre (28–29). Målsettingen er å lære opp engasjerte fagmedarbeidere som kan lede lokal kompetanseutvikling i utvalgte temaer. Det er vanlig å starte med en arbeidskonferanse over en til to dager der man gjennomgår både det faglige innholdet som skal videreformidles og måter å gjøre dette på. Etter en periode med lokal opplæring i egen virksomhet, arrangeres det en oppsummeringskonferanse der fasilitatorenes erfaringer formidles og diskuteres. Noen arrangerer også en eller flere telefonkonferanser mellom fasilitatorene, der de underveis i prosjektet utveksler erfaringer (28). Det er vanlig at «trenere» får utdelt en «manual» med opplæringsmaterieell som dels er knyttet til det faglige innholdet, dels til metoder for formidling.

Train-the-trainer modellen brukes på tvers av felt, blant annet innenfor «end-of-life care» (30–31), i opplæring innenfor geriatri (28, 32), beredskap (29) og pro-

sjeftledelse (33). En styrke ved modellen er at den gir mulighet for spredning; ved å lære opp lokale «trenere» blir man ikke avhengig av eksperter utenfra, noe som gir mulighet for et bærekraftig system (29).

Til forskjell fra mye annen bruk av metoden i helsetjenesten, tar ikke vår modell sikte på å formidle konkret kunnskap og kompetanse innen bestemte fagområder. Gjennom rollespill er målet å utvikle kompetanse i å fasilitere refleksjon som en strukturert dialog rundt egen yrkesutøvelse (4–6).

Opplæring av fasilitatorer

Via fylkesmennene i tre fylker ble virksomheter i seks kommuner invitert til å delta i et opplæringsprogram. 13 virksomheter sa ja til å delta med en eller flere medarbeidere. Fasilitatoropplæringen omfattet en oppstartssamling, en midtveissamling og en avsluttende samling. Forutsetningen for å delta var at virksomheten de var ansatt i hadde konkrete planer om å starte refleksjonsgruppe. Før oppstartssamlingen (varighet seks–sju timer) hadde deltakerne lest håndboken (6), og fått i oppgave å fylle ut en situasjonslogg fra en egenopplevd arbeidsepisode, som utgangspunkt for rollespill i grupper. Alle fikk prøve seg, både med å legge fram en episode og på å være fasilitator. Vår rolle var å gå mellom gruppene, lytte, kommentere og veilede der de sto fast. Midtveissamling hadde kortere varighet, og ble lagt på et tidspunkt da alle hadde fått erfaring med selv å drive refleksjonsgruppe. Hensikten var å dele erfaringer og få råd for videre framdrift. Avslutningssamlingen ble avholdt da alle enten var i eller gjennom en avsluttende fase, for å få deres samlede erfaring med det å lede refleksjonsarbeid.

METODE OG MATERIALE

Evalueringen er basert på en kombinasjon av kvalitative og kvantitative data og omfatter tre deler:

1) Erfaringer innhentet midtveis i opplæringsprogrammet: På midtveissamlingene hadde vi først en åpen erfaringsutveksling, der alle fikk noen minutter til å si noe om sine erfaringer. Avslutningsvis fikk deltakerne et skjema med seks åpne spørsmål om erfaringene med å starte og drive refleksjonsgrupper. Svarene ble levert ved avslutning av samlingen.

2) Et spørreskjema ble sendt til fasilitatorene i etterkant av prosjektet, med spørsmål knyttet både til erfaringer med opplæringen, og hvordan de har opplevd å etablere og drifte en refleksjonsgruppe, 28 spørsmål med både lukkede og åpne svaralternativer.

3) Et spørreskjema med 13 spørsmål, utdelt via fasilitatorene til de som hadde deltatt i refleksjonsgruppene. Svarene ble sendt oss anonymt i ferdigfrankert svarkonvolutt.

Analyse

Resultatene fra spørreundersøkelsen er i hovedsak beskrevet med deskriptiv statistikk. Analyse av svar på de åpne spørsmålene foregikk ved først å skrive ut svarene slik de ble skrevet inn i spørreskjemaet. Disse ble lest av forfatterne og beskrevet i «konsentrert» form i teksten eller ved sitater som ble funnet å være representative (34), i illustrasjon av svar på spørsmål med lukkede svaralternativer. Analysen av materialet er i tillegg influert av erfaringer underveis i prosessen; samtaler med fasilitatorene, spørsmål de stilte og våre observasjoner av rollespill og diskusjoner i gruppene.

MATERIALE – DEL 1

38 fasilitatorer deltok i opplæringsprogrammet. 33 av

deltakerne deltok på midtveissamlingene, og hadde i gjennomsnitt gjennomført fire refleksjonsmøter hver (variasjon tre–seks møter). Materialet er basert på svarene på de åpne spørsmålene.

MATERIALE – DEL 2

31 besvarte spørreskjemaet som ble sendt ut etter avslutningssamlingene, det vil si en svarprosent på 81 prosent. 62 prosent av fasilitatorene var sykepleiere, 24 prosent hjelpepleiere og 14 prosent hadde annen bakgrunn. Halvparten jobbet i sykehjem og vel en femdel i hjemmesykepleien. De resterende jobbet i bo- og servicesenter eller en integrert pleie- og omsorgstjeneste.

MATERIALE – DEL 3

Fasilitatorene etablerte 20 grupper med 100 deltakere, som etter gruppene var avsluttet mottok et enkelt spørreskjema. 50 prosent svarte. Vel halvparten (53 prosent) av respondentene var hjelpepleiere, 20 prosent var sykepleiere og de resterende var henholdsvis omsorgsarbeidere og vernepleiere. I gjennomsnitt hadde de ni års ansettelse på nåværende arbeidsplass, med cirka 17 års arbeidserfaring fra helsetjenesten.

HVA FANT VI?

90 prosent av fasilitatorene hadde startet refleksjonsgruppe sammen med en kollega, der de hadde byttet på å ha hovedansvaret. Samtlige hadde gjennomført en periode (cirka et halvt år) med refleksjonsgrupper. De hadde i gjennomsnitt hatt ni møter (spredning fire–12 møter). Antall deltakere i gruppene varierte fra fem til åtte. Møtene hadde i gjennomsnitt hatt en varighet på 1,7 timer (spredning en til to timer).

Fasilitatoropplæringen

To tredeler av respondentene

TABELL 1: Vurdering av tidsrammen for de ulike samlingene. Prosent.

	Det ble brukt for mye tid	Det ble brukt passe mye tid	Det ble for liten tid
Oppstartssamling (n=31)	7	84	10
Midtveissamling (n=30)	7	90	3
Avslutning (n=24)	4	79	17

hadde deltatt på alle samlingene, de resterende hadde deltatt på to av tre samlinger. I spørreundersøkelsen til fasilitatorene ble det stilt syv spørsmål knyttet til erfaringene med henholdsvis oppstarts-, midtveis- og avslutningssamlingene, med størst vekt på deres opplevelse av oppstartssamlingen. Cirka fire femdelere av respondentene sa seg «helt enig» i at oppstartssamlingen ga god forståelse for betydningen av å drive refleksjonsgrupper på arbeidsplassen. 71 prosent sa seg «helt enig» i påstanden om at oppstartssamlingen ga lyst og mot til å starte refleksjonsgruppe i egen virksomhet. Et stort flertall av fasilitatorene mente det ble brukt «passe mye tid» på samlingene, se tabell 1.

Selv om langt de fleste mente det ble brukt «passe» tid på samlingene, ga halvparten i et åpent spørsmål uttrykk for at vi kunne ha brukt noe mer tid, først og fremst til veiledning på det å drive egne grupper: «Skulle kanskje få prøvd oss litt mer på egne case, lengre tid på gruppearbeid». «Skulle brukt mer tid på videre

oppfølging, med tanke på å starte opp nye grupper. Dere kunne tatt kontakt med våre ledere». Det siste sitatet tangerer det flere av respondentene var opptatt av – at prosjektet krevde bedre forankring hos ledelsen i egen organisasjon for å bli bærekraftig. Dette kommer vi tilbake til i diskusjonen.

Egen refleksjonsgruppe

Dette avsnittet er dels basert på kvalitative data fra midtveissamlingen og dels på data fra spørreskjemaet sendt i etterkant av programmet: Hva hadde gått bra, hva hadde vært vanskelig og hvordan hadde de klart å utforme rollen sin?

Etableringsfasen

De aller fleste hadde opplevd en positiv startfase både med henhold til rekruttering, oppmøte, og å få folk til å legge fram saker. Men for noen hadde det innledningsvis vært vanskelig å rekruttere gruppedeltakere og å få folk til å møte, men dette hadde bedret seg. Andre meldte om problemer med å få deltakerne til å melde fra

om at de ikke kunne delta. Dette skapte spesielt problemer der vedkommende skulle legge fram case: «Noe frafall som ikke var meldt på forhånd – blant annet av den som skulle legge fram».

For å bøte på dette foreslo de blant annet en tydeligere forpliktelse til å gi beskjed, men også at de selv burde ha ett eller flere case i «bakhånd» som kunne diskuteres ved frafall. Erfaringene med frafall var mer fremtredende på midtveisevalueringen enn avslutningsvis.

Forholdet mellom refleksjonsgruppen og resten av teamet eller posten hadde også vært en utfordring for noen: «Noen av dem som er igjen på arbeidsplassen opplever at det blir travelt for dem når vi går – og noen av de i gruppa føler at det er vanskelig å gå fra i en travel hverdag». Følelsen av dårlig samvittighet ved å gå fra avdelingen, var en kontinuerlig utfordring, men noe mindre framtrædende i den avsluttende evalueringen.

Å være fasilitator

I den avsluttende evalueringen ble deltakerne bedt om å krysse av på tre spørsmål som dreide som om hvordan det hadde vært å lede en refleksjonsgruppe, se tabell 2.

Slik tabellen viser, opplevde flertallet at lederoppgaven hadde vært faglig lærerik, samtidig som det hadde gitt en personlig mestringsopplevelse. For bedre å få tak i innholdet i erfaringene, stilte vi både midtveis og avslutningsvis tre åpne spørsmål om hva de hadde mestret bra og mindre bra, og hvilke utfordringer de hadde møtt i rollen som fasilitator. På begge tidspunkt mente de fleste at de hadde vært gode til å få alle til å delta og til å skape en trygg atmosfære: «Passet på at alle deltok i diskusjonen». Dette var noe mer uttalt ved avslutningen enn

TABELL 2: Hvor riktig er følgende påstander for dine erfaringer med å lede en slik gruppe? Prosent

	Helt riktig	Nokså riktig	Litt riktig
Det har vært faglig lærerik (n=31)	74	26	
Det har gitt en personlig mestringsopplevelse (n=31)	65	36	
Det har vært personlig krevende (n=31)	42	39	19

midtveis i løpet, og resultatene indikerer at det å lede gruppa hadde vært en utviklingsprosess, med gradvis økende trygghet i rollen: «Føler meg trygg. Blitt bedre på å lede gruppa etter hvert». Og: «Tryggere på meg selv som leder av en gruppe». Men som tabell 2 viser, hadde fasilitatorrollen for noen også vært personlig krevende. På begge tidspunkt viser svarene at utfordringene først og fremst var knyttet til:

- selv å bli revet med, det vil si å gå inn diskusjonen og glemme at man også skal lede
- å holde folk på sporet, det vil si holde tråden i diskusjonen

Følgende sitater er typiske for hvordan de beskriver egen rolle: «Vanskelig å finne min plass, ønsker å reflektere mer enn jeg skal som fasilitator? Savnet mer info om hva dette går ut på», «Kunne lett bli dratt med i diskusjonen som aktivt medlem». Og: «Mestret mindre bra at jeg ble for deltakende med egne erfaringer, synspunkter, ble for engasjert i diskusjonen noen ganger». Problemer med å holde refleksjonen på sporet dreide seg først og fremst om å trekke inn igjen diskusjonen når den skled ut. Slike svar var fremtredende både midtveis og avslutningsvis: «Vi har snakket oss bort noen ganger». Og: «Å fange folk inn igjen etter et sidespor. Ble god på det litt ut i møtene». Sitatene illustrerer at utfordringene i lederrollen på forskjellig måte er knyttet til grensetting; dels å sette grenser for seg selv og sitt eget engasjement, dels å sette grenser for andre når refleksjonen flyter ut. Men fasilitatorrollen har av og til også en annen type «grenseregulerende» funksjon som dreier seg om å bringe erfaringer fra refleksjonsgruppene videre til andre nivåer i organi-

sasjonen. Det kan dreie seg om organisatoriske utfordringer som kommer opp i refleksjonsgruppen. Men det kan også handle om akkumulert erfaring med gjentatte utfordringer gruppedeltakerne bringer inn i refleksjonsgruppen, og som fasilitator ser krever tiltak på et organisatorisk plan. Da er det nødvendig å bringe utfordringene videre i organisasjonen for å finne en løsning, slik følgende sitat illustrerer: «Vi skal til høsten ha internundervisning i grensetting, da dette er vanskelig på flere poster i avdelingen». Hvilken «nytte» har ansatte hatt av å delta i refleksjonsgrupper? De som deltok i refleksjonsgruppene ble spurt om sine erfaringer med dette, se tabell 3.

Foruten å oppleve deltakelse i refleksjonsgrupper som faglig lærerikt, indikerer resultatene at dette også kan påvirke hvordan man håndterer utfordringer i arbeidssituasjonen, først og fremst relatert til saker som de selv presenterte for gruppen. I tillegg mente flertallet av gruppedeltakerne at refleksjonsgruppen hadde bidratt positivt til arbeidsmiljøet på den måten at de var blitt bedre kjent med hvordan andre jobbet, og det var blitt lettere å be om hjelp. Også fasilitatorene ble bedt om å vurdere hvilke ring-

virkninger refleksjonsgruppen hadde hatt for deltakerne og for arbeidsmiljøet, se tabell 4. Selv om svaralternativene på spørsmålene til henholdsvis gruppedeltakere og fasilitatorer var noe forskjellige, bekreftes deltakernes erfaringer i store trekk av fasilitatorene. Flertallet mente at refleksjonsarbeidet hadde bidratt til at gruppedeltakerne i «stor» eller «noen» grad hadde klart å endre adferd.

Videreføring

Cirka halvparten av fasilitatorene svarte at de hadde konkrete planer om å starte en ny gruppe. Cirka en fjerdedel svarte at andre skulle fortsette med slik gruppevirksomhet. Cirka en femtedel svarte at dette foreløpig ikke var avklart. 94 prosent av gruppedeltakerne svarte «ja» på spørsmål om de ville anbefale andre å delta i refleksjonsgrupper, 6 prosent var usikre.

DISKUSJON

Fasilitatoropplæringen bidro til at det ble startet 20 refleksjonsgrupper. Å være fasilitator ble opplevd som lærerikt og det bidro til personlige mestringsopplevelser, samtidig som det bød på utfordringer. Dette handler både om rolleforståelse og strukturell støtte. Resultatene indikerer at det

TABELL 3: Hvor riktig er følgende påstander for din erfaring med å delta i refleksjonsgruppe? Prosent

	Helt riktig	Nokså riktig	Litt riktig	Ikke riktig
Det har vært faglig lærerikt (n=47)	64	28	9	
Det har bidratt til bedre mestring av de situasjoner jeg har tatt opp i gruppen (n=49)	51	33	16	
Det har bidratt til at jeg gradvis har endret måten å jobbe på (n=49)	20	27	41	12
Det har bidratt til at jeg har blitt mer kjent med hvordan andre jobber (n=49)	55	31	14	
Det er lettere å be om hjelp (n=47)	40	30	21	9

å reflektere over egen praksis på en systematisk måte både kan bidra til endring av egen praksis og være positivt for arbeidsmiljøet. Skal man si noe mer sikkert om effekt av slike tiltak, kreves imidlertid et annet forskningsdesign.

Studien har også andre begrensninger som bidrar til at resultatene må tolkes med varsomhet. Selv om en høy andel fasilitatorer svarte, er materialet lite. Det er imidlertid en styrke at vi har spurt både fasilitatorene og de som deltok i refleksjonsgruppene. Svarprosenten blant disse er imidlertid lav, og vi vet ikke om de som besvarte undersøkelsen avvek systematisk fra dem som ikke svarte. Den videre diskusjon er knyttet til henholdsvis opplæringen og utfordringer ved fasilitatorrollen.

FASILITATORROLLEN

Resultatene indikerer at utforming av fasilitatorrollen har vært en prosess; de fleste synes å ha utviklet en rolle preget av økende trygghet. Mange, særlig i startfasen, har problemer med å strukturere diskusjonen, holde tråden og bringe de andre tilbake til det som er fokus for refleksjonen. Dette tror vi både handler om manglende erfaring med å være fasilitator og at de har en dobbeltrolle. De skal lede refleksjonsarbeidet, samtidig er de en del av pleiergruppen. Gruppene er tverrfaglige, og lederrollen kan

kanskje være spesielt utfordrende for de fasilitatorene som har lavere plassering i det tradisjonelle faghierarkiet.

Opplevelsen av at diskusjonen «sklir» ut kan også handle om manglende erfaring med å stille spørsmål for å utdype situasjonen som det reflekteres over. Skal fasilitator bidra til at det skjer en konstruktiv refleksjon må hun ha trygghet og evne til å stille spørsmål som kan klargjøre og utdype de situasjoner som tas opp til diskusjon.

Resultatene tyder på at «ledelse i par» har vært en styrke – det gjør det lettere å passe på at alle kommer til orde og at refleksjonen holder seg på sporet. Samtidig gir det mulighet til å utveksle erfaringer i etterkant. Det kan også ha gjort det lettere å starte grupper og gå inn i en ny rolle, støtte hverandre, ta ansvar og utfordringer sammen. Dette gir mulighet for læring og mestring. Forutsetningen er imidlertid at man er trygge på hverandre, åpne på styrker og svakheter, med mulighet for å spille komplementære roller.

Det må beregnes tid til rekruttering, oppfølging og informasjon, også til de som ikke skal delta. Dette kan forebygge negative reaksjoner i resten av praksisfellesskapet og dårlig samvittighet hos dem som deltar. Undervurdering av dette blir lett barrierer for å lykkes både i selve refleksjonsarbeidet og med hensyn til å

implementere eventuelle endringer på bakgrunn av det man jobber med i refleksjonsgruppene. Fasilitator blir derved et bindeledd til resten av organisasjonen, (13), og innehar således en type grenseregulerende funksjon (27).

OPPLÆRINGEN

I dette prosjektet har vi overført erfaringer med TTT-modellen (28, 30–32) til etablering av refleksjonsgrupper i pleie- og omsorgssektoren. At alle fasilitatorene startet egne grupper etter første samling, er trolig knyttet til det faktum at vi i invitasjonen la vekt på at det skulle foreligge planer for etablering av lokale grupper, samt at opplæringsprogrammet skapte lyst og mot. Tidligere studier har vist at en viktig hindring for spredning er at fasilitatorene ikke raskt følger opp med å etablere egen virksomhet (35). I tillegg forelå det en enkel håndbok (6), som ga en struktur de kunne lenes seg til når de startet egne refleksjonsgrupper. Planlegging i forkant betyr også en forankring i ledelsen, noe som er en forutsetning for å lykkes. Det ble gitt uttrykk for at støtte, interesse og oppfølging fra ledelsen er viktig for lysten til å fortsette med refleksjonsgrupper.

Noen savnet oppfølging utover samlingene. Dette handler om utrygghet på egen rolle og behov for mer trening, ikke minst når det gjelder å stille de «gode» spørsmålene. Å holde diskusjonen «på sporet» handler kanskje nettopp om usikkerhet med henhold til hvordan man kan stille spørsmål som bringer refleksjonen framover. Vi ser at dette kan få større plass i opplæringsprogrammet. I tillegg bør det etableres et nettverk av fasilitatorer innenfor geografiske områder, som kan tjene som en et forum for trening på egen rolle og utveksling av erfaringer

TABELL 4: Synes du at det å delta i refleksjonsgruppa har hatt noen ringvirkninger for arbeidsmiljøet? Prosent

Fasilitatorenes vurdering:	I stor grad	I noen grad	I liten grad
De er bedre på å gi hverandre støtte når problemer oppstår (n=30)	77	23	
De har større forståelse for andres arbeidssituasjon (n=30)	63	37	
Det er lettere for dem å be om hjelp (n=29)	45	55	

(10). Tidligere studier har vist at slike nettverk er viktig i oppfølgingen av fasilitatorene, både for at de skal starte og fortsette egen virksomhet (10, 29). Et nettverk vil trolig bidra til større grad av videreføring, fordi man da samtidig forplikter seg overfor kolleger som står i de samme utfordringene som en selv. Selv om flertallet av dem som deltok i prosjektet hadde planer om videre gruppevirksom-

het utover den perioden vi fulgte dem, vet vi ikke hvor mange som faktisk har startet opp med flere grupper. En slik oppfølging ville trolig gitt oss mer informasjon om styrker og svakheter ved modellen.

KONKLUSJON

Refleksjon som praksis, som en organisert del av moderne omsorgsarbeid, er et tiltak som

kan øke mestring og bidra positivt til arbeidsmiljøet. Det ivaretar utvikling av kunnskap og mulighetene til å lære av hverandre i det vi har kalt en lærende organisasjon (4). Vår erfaring tilsier at det å lede refleksjonsgrupper forutsetter tilførsel av noe kompetanse og trening, og kanskje også etablering av lokale nettverk, for at dette skal bli en bærekraftig virksomhet i organisasjonen.

REFERANSER

- Helsedirektoratet.** Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003–2006. Oslo, 2002.
- Helsedirektoratet.** Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003–2006. Rekruttering for bedre kvalitet. Oslo, 2008.
- Teslo AL.** Mangfold i faglig veiledning. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
- Gjerberg E, Amble N.** Pleieomsorgssektoren som lærende organisasjon. Sykepleien forskning. 2009;36–42.
- Amble N, Gjerberg E.** Refleksjon som praksis i arbeid med mennesker – om utvikling av nye organisasjonsformer ved bruk av interaktiv forskning. Tidsskrift for arbeidsliv. 2009;11:73–87.
- Amble N, Gjerberg E.** Hjerte, hode, hender. Et refleksjonsverktøy for mestring i pleie- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet, editor. Oslo: Helsedirektoratet, 2007.
- Schön DA.** The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action. London: Avebury. The Academic Publishing Group; 1983, 1991.
- Eikeland O.** Historical Transformation of the Private-Public Relationship, and Current Work Life Developments. I: Berg AM, Eikeland O, editors. Labour, Education & Society. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH; 2008.
- Osterman KF, Kottkamp RB.** Reflective practice for educators: improving schooling through professional development. Newbury Park, CA.: Corwin Press, 1993.
- Johnston AK, Tinning RS.** Meeting the challenge of problem-based learning: developing the facilitators. Nurse Education Today. [doi: DOI: 10.1054/ nedt.2000.0526]. 2001;21:161–9.
- Bandura A.** Self-Efficacy. The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company, 1997.
- Amble N.** Når smilet er arbeid. Om bærekraft og rytme i arbeid med mennesker. Tidsskrift for Arbeidsliv. 2010;12:17.
- Wenger E.** Communities of practice. Learning, Meaning, and Identity. Brown EJS, editor. Cambridge: Cambridge Uni-

versity Press; 1998.

- Wenger E.** Communities of practice, a brief introduction 2006 16.08.2010): Available from: http://www.ewenger.com/theory/communities_of_practice_intro.htm.
- Harvey G, Loftus-Hills A, Rycroft-Malone J, Titchen A, Kitson A, McCormack B, et al.** Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. Journal of Advanced Nursing. 2002;37:577–88..
- McCormack B, Wright J.** Achieving dignified care for older people through practice development: A systematic approach. Nursing Times Research. 1999;4:340–52.
- Lambert V, Glacken M.** Clinical education facilitators: a literature review. Journal of Clinical Nursing. 2005;14:664–7318.
- Nagykaldi Z, Mold JW, Aspy CB.** Practice facilitators: A Review of the Literature. Family Medicine. 2005;37:581–88.
- Helgesen HC, Slåtten M, Sortland B, Vikjord KS.** Fasilitering som pedagogisk praksis i Ekspert i team In: Fyhn H, editor. Kreativ tverrfaglighet Teori og praksis. Trondheim: Tapir forlag; 2009. p. 117–33.
- Rogers C.** Freedom to Learn for the 80's. . Columbus, Ohio: C.E. Merill 1983.
- Cross KD.** An analysis of the concept facilitation. Nursing Education Today. 1996;16:350–55.
- Burrows DE.** Facilitation: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 1997;25:396–404.
- Simmons M.** «Facilitation» of practice development: a concept analysis. Practice Development in Health Care. [Research and review]. 2004;36–52.
- Casey D.** Managing learning in organizations. Philadelphia: Open University Press; 1993.
- Bloom B.** Taxonomy of Educational Objectives: The classification of educational goals Bloom B, editor. New York: McKay Co. Inc; 1956.
- Profetto-McGrath J, Smith KB, Day RA.** The questioning skills of tutors and students in a context based baccalaureate nursing program. Nurs Education Today. 2004;24:363–72

27. Sørhaug T. Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.

28. Connell CM, Holmes SB, Voelkl JE, Bakalar HR. Providing Dementia Outreach Education to Rural Communities: Lessons Learned From a Train-the-Trainer Program. Journal of Applied Gerontology. 2002;21:294–313.

29. Orfaly RA, Frances JC, Campbell P, Whittemore B, Joly B, Koh H. Train-the-trainer as an educational model in public health preparedness. Journal of Public Health Management & Practice. 2005;11:S123.

30. Ersek M, Kraybill BM, Hansen NR. Evaluation of a Train-the-Trainer program to enhance hospice and palliative care in nursing homes. Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association. 2006;8:42–49.

31. Stratton GA, Katz S, Bergen MR, Hal-lenbeck J. Faculty Development in End-of-Life Care: Evaluation of a National Train-the-Trainer Program. Academic Medicine. 2006;81:1000–7

32. Levine SA, Brett B, Robinson BE, Stratos GA, Lascher SM, Granville L, et al. Practicing Physician Education in Geriatrics: Lessons Learned from a Train-the-Trainer Model. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55:1281–1286.

33. Bess CA, LaHaye C, O'Brien CM. CE Tests: Train-the-Trainer Project Meets Organization's Strategic Initiative for Retention and Continuous Learning. Journal for Nurses in Staff Development. 2003;19:128–9.

34. Kvale S. Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing. . London: SAGE Publications; 1996.

35. Hahn EJ, Noland MP, Rayens MK, Christie DM. Efficacy of Training and Fidelity of Implementation of the Life Skills Training Program. Journal of School Health. 2002;72:282–7.

Les kommentaren på side 142 >>

Lettere å be om hjelp

› Refleksjonsgrupper er viktig i et yrke med stort arbeidspress.

Foto: Lise Skjærassen, Just Photo



Av Unni Karset Broen
Soneleder, Distrikt vest sone 1

«Train the trainer» er en opplæringsmodell der gruppeledere lærer å trene de engasjerte fagmedarbeiderne på sin egen arbeidsplass. Målet med modellen er å lære de ansatte å mestre ulike situasjoner de opplever som vanskelige gjennom å endre praksis. Lederne av refleksjonsgruppene, her kalt fasilitatorer, får opplæring i å lede lokal kompetanseutvikling. Fasilitatorene trenes i å lede gruppen. Her skal deltakerne få tid til å komme fram med sine erfaringer basert på loggføring av situasjoner de har opplevd som vanskelige. Lederne fikk utdelt en håndbok som hjalp dem med å strukturere refleksjonen og loggføringen. Forutsetningene for å skape gode læreprosesser er at fasilitator har evnen til å skape et klima med fokus på gruppedeltakernes innspill uten å frata dem kontroll over egen læring.

Jeg synes dette er veldig smart. Alle som jobber med mennesker møter situasjoner som skaper et innvendig stress og en følelse av ikke å mestre enkelte situasjoner. Ved å sette seg ned i en refleksjonsgruppe med fire til fem personer man kjenner fra egen arbeidsplass skapes det trygghet. Fasilitatoren må klare å etablere et trygt miljø der deltakerne kan gjøre egne erfaringer til gjenstand for refleksjon. Det burde være mulig i et arbeidsmiljø der alle kjenner hverandre og er fortrolig med arbeidsoppgavene. Jeg har min bakgrunn i hjemmesykepleien der det som oftest er liten tid for refleksjon. De ansatte står gjerne alene i vanskelige situasjoner de må finne en løsning på der og da. Alle kan ha en håndbok på arbeidsplassen hvor de kan gjøre notater når de havner i situasjoner de synes er vanskelig å takle.

Disse notatene tar de med seg i refleksjonsgruppen der de har god tid til å snakke igjennom situasjonen og finne alternative måter å løse den på. Det som er fint med denne modellen er at fasilitator spør og diskuterer på en slik måte at deltakerne blir i stand til å stille spørsmål ved egen eller andres antakelser, holdninger eller adferd.

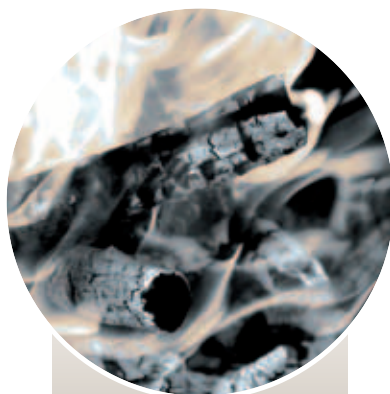
Modellen ser ut til å være veldig positiv for arbeidsmiljøet. Personalgruppen blir bedre kjent med hva kollegaene tenker og de synes det er lettere å be om hjelp. Det er bra for samarbeidet i et yrke med stort arbeidspress.

Les artikkelen på side 134





ungdomskilde



varmekilde



næringskilde



kunnskapskilde

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

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



Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Artikkelen retter søkelyset på yrkesrelatert stress blant ansatte i de hjemmebaserte tjenestene.

Hensikt: Formålet var å kartlegge hvilke faktorer helsearbeidere mente kunne føre til en opplevelse av yrkesrelatert stress, samt hvilke mestringsstrategier ansatte benyttet seg av i møte med denne opplevelsen.

Metode: Studien bygger på data fra sykepleiere og hjelpepleiere i hjem-

mebaserte tjenester i Østfold. Data ble samlet inn ved hjelp av intervjuer der ansatte fortalte og besvarte spørsmål om tidligere situasjoner, der man hadde opplevd yrkesrelatert stress.

Resultater: Begge yrkesgruppene rapporterte om at opplevelsen av ansvar og en opplevelse av redusert kvalitet i arbeidet var viktige stressfaktorer. I tillegg benyttet begge yrkesgruppene seg av problem- og emosjonsorienterte strategier for å

mestre opplevelsen av stress. Studien viste også at ansatte, på grunn av juridiske bestemmelser i taushetsplikten, ikke fikk bearbeidet stressfylte situasjoner i nære relasjoner utenfor arbeidsplassen.

Konklusjon: Taushetsplikten er en viktig faktor ved mestringsstrategier av yrkesrelatert stress, noe som i liten grad er presentert ved tidligere forskning, og som av den bør grunn studeres nærmere ved fremtidige arbeidslivsstudier.

ENGLISH SUMMARY

Background: The focus of this paper is occupational stress among employees in primary health care enterprises.

Objective: The aim was to investigate occupational stressors that result in occupational stress, and employees' coping strategies used on incidents of occupational stress.

Methods: The paper is based on data collected from auxiliary nurses and registered nurses in primary health care enterprises in Østfold. Data was compiled through intervi-

ews where employees reported and answered questions in relation to previous experiences of occupational stress at work.

Results: Both occupational groups reported that occupational stress occurs because of the employees' perception of responsibility and decrease in how they felt about the quality of their work. Additionally, both occupational groups make use of problem-oriented and emotion-oriented strategies in order to cope with occupational stress. Finally, professional secrecy

obstructed employees from gaining support outside the organisation, i.e., from family and friends.

Conclusion: Professional secrecy is important in relation to occupational stress, and is poorly explored in previous working life studies. Therefore, the impact of professional secrecy on working life should be further investigated in future studies of occupational stress.

Key words: primary health care, occupational stress, qualitative study, survey

>> Yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester

Forfatter: Jörg W. Kirchoff

NØKKELORD

- Hjemmesykepleie
- Stress
- Kvalitativ studie
- Intervju

INNLEDNING

Yrkesrelatert stress defineres i flere studier som et produkt av forholdet mellom kravene arbeidstakeren møter under yrkesutøvelsen og dens ressurser til å mestre kravene. Yrkesrelatert stress har vist seg å være av betydning for arbeidstakerens arbeidsvilkår og helse (1, 2, 3). Definisjonen samsvarer med generell teori om stress, men knytter opplevelsen og mestringsen av stress til arbeidsplassen som kontekst (4). Arbeidsplassen i denne artikkelen er de hjemmebaserte tjenestene i kommunehelsetjenesten, der ulike yrkesgrupper hadde som oppgave å ivareta brukernes rett til nødvendig helsehjelp.

Artikkelens fokus er dermed årsaker og mestringsen av yrkesrelatert stress blant sykepleiere og hjelpepleiere i de hjemmebaserte tjenestene. Spørsmålene vi ønsker å besvare er hvilke forhold ved arbeidet i de hjemme-

baserte tjenestene som bidrar til yrkesrelatert stress, samt hvilke strategier ansatte tok i bruk for å mestre stress.

Årsaker

Tidligere studier viser til ulike årsaker og fremhever blant annet at; organisatoriske faktorer, økt psykisk og fysisk arbeidsbelastning, samt motstridende forventninger til yrkesrollen, hører til hovedårsakene til yrkesrelatert stress i helsesektoren. Til de organisatoriske faktorene hører for eksempel omorganiseringer og forholdet til ledelsen på arbeidsplassen (5, 6, 7, 8), mens økt ansvar, utskjelling fra pasienter, opplevelsen av tidspress og konflikter på arbeidsplassen er knyttet til psykiske arbeidsbelastninger (5, 9, 10, 11, 12).

I tillegg er det kjent at mange opplever den fysiske arbeidsbelastningen i helsesektoren som svært belastende (13). Denne belastningen er samtidig ulikt fordelt mellom yrkesgruppene, og norske studier har vist at hjelpepleierne i større grad er utsatt for et fysisk krevende arbeid enn sykepleierne, mens sykepleierne i større grad er utsatt for psykiske påkjenninger (1, 11, 14).

Videre har rollestress, det vil

si at ansatte møter flere uforenlige krav, samt uklare forventninger til yrkesrollen, vist seg å være av betydning for opplevelsen av yrkesrelatert stress (7, 16). Uklare forventninger kan blant annet føre til en vedvarende usikkerhet omkring arbeidets omfang og innhold, og i neste omgang resultere i utbrenthet (5). I denne sammenhengen er det interessant at det finnes indikasjon for at rollestress kan ha større betydning enn tidsfaktoren, det vil si opplevelsen av å ha tilstrekkelig med tid til arbeidet. Sørensen, Dahl-Jørgensen og Skogstad finner for eksempel ingen signifikant effekt på opplevelsen av yrkesrelatert stress når man

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen undersøker yrkesrelatert stress blant sykepleiere og hjelpepleiere i hjemmebaserte tjenester. Begge yrkesgrupper opplevde ansvar og redusert kvalitet i arbeidet som stressfaktorer.

Mer om forfatter:

Jörg W. Kirchoff er anestesisykepleier med Ph.D. og ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag.
Kontakt: jorg.kirchoff@hiof.no.

kontrollerer for tidsfaktoren (13). Derimot fant de at rollestress, graden av kontroll over eget arbeid og den fysiske arbeidsbelastningen hadde signifikant betydning.

Mestringsstrategier

Forskning på mestring av yrkesrelatert stress viser at arbeidstakerne tyr til ulike mestringsstrategier i arbeidslivet (16). Man skiller blant annet mellom interindividuelle strategier, der ansatte benytter seg av relasjonene til nær familie og kolleger, og intraindividuelle mestringsstrategier, der man retter fokuset på sine egne ressurser (3, 17).

I tillegg skiller man mellom problem- og emosjonsfokusede mestringsstrategier, der arbeidstakeren ved problemfokusede mestringsstrategier tar utgangspunkt i årsakene til yrkesrelatert stress og forsøker å redusere eller unngå dem (5, 16). Et økende sykefravær i arbeidslivet kan av den grunn være en indikasjon på problemfokusede mestringsstrategier i arbeidslivet, der fraværet fører

til ulike mestringsstrategier (19). I en oversiktsartikkel nevnes blant annet problemfokusede mestringsstrategier og sosial støtte hos kolleger som de hyppigst forekommende strategier for mestring blant sykepleiere (20). Dermed ser sykepleiere ut til å ta i bruk flere av de ovennevnte strategiene.

Gjennomgangen av tidligere forskning viser dermed at yrkesrelatert stress er et kjent fenomen i helsesektoren, og at det forekommer forskjeller mellom yrkesgrupper. Spørsmålene vi ønsker å besvare er hvilke forhold ved arbeidet i de hjemmebaserte tjenestene som bidrar til yrkesrelatert stress, samt hvilke strategier ansatte tok i bruk i møte med stressfylte situasjoner.

METODE

Artikkelen bygger på data fra et prosjektarbeid i femte semester av sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold høsten 2009, der en gruppe studenter ved sykepleierutdanningen gjennomførte et forskningsprosjekt, og der forfatteren av denne

under yrkesutøvelsen. Det vil si at vi gjorde en sammenlignende studie av ansattes opplevelser ved hjelp av kvalitative data (21). Historiene kunne dermed bidra med data for å sammenligne med tidligere funn, samt være gjenstand for mer åpne analyser.

De ansattes historier ble samlet inn ved hjelp av individuelle intervjuer under studentenes praksisperiode i de hjemmebaserte tjenestene høsten 2009, der seks av studentene i prosjektgruppen valgte ut hver sin respondent på praksisstedet. Intervjuene foregikk på studentenes praksissted og hadde en gjennomsnittlig varighet på 20–30 minutter. Utgangspunktet for intervjuene var en selvopplevd historie fra respondenten, der man hadde hatt en opplevelse av stress under utøvelsen av arbeidet. Deretter ble historien fulgt opp med spørsmål omkring hvilke forhold respondenten opplevde som utløsende til denne opplevelsen, hvilke tiltak man satte i verk for å håndtere situasjonen, samt om tiltaket var representativt for lignende hendelser.

Hovedkriteriet for utvelgelsen var at respondenten hadde en stillingsandel over 50 prosent og jobbet med pasienter, det vil si utøvde nødvendig helsehjelp. I tillegg ønsket vi en spredning i yrkeserfaringen blant de ansatte for å øke sannsynligheten for variasjoner i årsaker og mestringsstrategier av yrkesrelatert stress. Med utgangspunkt i kriteriene gjorde studentene et tilfeldig utvalg av ansatte på sitt praksissted.

Denne fremgangsmåten førte til et utvalg på seks respondenter. Det vil si tre sykepleiere og tre hjelpepleiere fra fem virksomheter som tilbød hjemme-

” Det som kan gjøre meg stresset er når andre kolleger er stresset.

til en unngåelse av stressorer (2, 16). Ved emosjonsfokusede mestringsstrategier vil arbeidstakeren jobbe med å mestre konsekvensene av yrkesrelatert stress, blant annet ved å søke sosial støtte hos andre (5, 16, 18).

Tidligere undersøkelser har dessuten vist at formell yrkesbakgrunn har betydning for forekomsten av de ulike mestringsstrategier, der ansatte med høyere utdanning i større grad rapporterer om problemfoku-

artikkelen var veileder.

Forskningen på yrkesrelatert stress som er presentert innledningsvis gir rom for videre operasjonalisering og utforming av måleinstrumenter til innsamling av kvantitative data, for eksempel spørreskjema. Samtidig ville denne fremgangsmåten hindret oss i å avdekke nye forhold ved fenomenet. Av den grunn valgte vi å kartlegge årsaker og mestring av yrkesrelatert stress ved hjelp av selvopplevede historier knyttet til stressfylte situasjoner

baserte tjenester til brukerne i fire kommuner i Østfold. Yrkeserfaringen mellom de ansatte var fordelt slik at hjelpepleierne i utvalget hadde en yrkeserfaring på henholdsvis to, fem og 16 år, mens sykepleierne i utvalget hadde en yrkeserfaring på henholdsvis <ett, to og seks år.

For å oppfylle Retningslinjer for behandling av personopplysninger i studentoppgaver (22) ved Høgskolen i Østfold, ble intervjuene transkribert og anonymisert av studenten som utførte intervjuet, slik at dataene utelukkende besto av anonymiserte tekster. I tillegg var deltakelsen i studien basert på informert frivillig samtykke, der respondentene ble muntlig og skriftlig informert om undersøkelsens formål og håndteringen av datamaterialet, og at respondentene når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen dersom de ønsket det.

Analysen av de kvalitative dataene foregikk i første omgang ved en selektiv koding av de transkriberte tekstene, der funn fra tidligere forskning som blant annet rollestress og sosial støtte ble brukt for å systematisere og sammenligne data. Deretter ble datamaterialet analysert ved hjelp av åpen koding, det vil si en teori uavhengig av kategorisering av data, for å identifisere forhold som ikke er omtalt i litteraturen (23, 24).

RESULTAT

Årsaker

Studien avdekket ingen større forskjeller i årsaker til yrkesrelatert stress mellom yrkesgruppene. Samtidig vurderte yrkesgruppene årsaksfaktorene ulikt ved at faktorene hadde ulik grad av betydning for yrkesgruppene.

Sykepleierne, for eksem-

pel, oppga opplevelsen av økt ansvar gjennomgående oftere som årsak til yrkesrelatert stress enn hjelpepleierne. Fortellingen nedenfor illustrerer sykepleieres opplevelse av ansvar som stressfaktor.

Intervjuer: «Kan du fortelle om en konkret situasjon der du følte at du ble stresset?»

” Følelsen av ikke å strekke til er forferdelig. Det er ikke positivt stress.

Sykepleier: «Jeg jobba som vakttsykepleier en kveld. Når man går som vakttsykepleier på kveld har man ansvar for hele hjemmesykepleien i dette området, og i tillegg har man lister med egne pasienter man skal gå til. Jeg måtte ta ansvaret for innleggelses, akutte telefoner, alarmer og hvis det skjedde noen annet.»

Opplevelsen av ansvar under utøvelsen av sykepleie var en stressfaktor i seg selv som følge av at man utførte arbeidet alene, men ble ytterligere forsterket når man ikke var kjent med pasientene og ble tillagt et ekstra ansvar, for eksempel ved ansvarsvakter. Ved ansvarsvakter måtte sykepleierne mestre akutte situasjoner, og der vurderingene deres hadde større konsekvenser enn ved det ordinære arbeidet. Selv om også hjelpepleierne oppga at opplevelsen av ansvar kunne bidra til stressfylte situasjoner, nevnte denne yrkesgruppen oftere kollegialt stress, det vil si en oppjaget stemning blant arbeidskolleger, som årsak.

Intervjuer: «Kan du fortelle om en konkret situasjon der du følte at du ble stresset?»

Hjelpepleier: «Det som jeg merker kan gjøre meg stresset,

er når andre kollegaer er stresset. Noen stresser seg opp mer enn andre, særlig om det er mye å gjøre eller at en pasient kommer hjem fra sykehuset – da merker jeg at også jeg kan bli litt stresset av at de er stresset.»

Det kollegiale stresset var i all hovedsak knyttet til uforutsette endringer i arbeidsopp-

gavene, det vil si nye oppgaver eller flere oppgaver, som følge av sykdom i personalet eller nye pasienter på listene. Det interessante er at økningen i arbeidsoppgavene i seg selv ikke ble nevnt som årsak til yrkesrelatert stress av hjelpepleierne, men at omgivelsens reaksjon på endringene ble en tilleggsbelastning og dermed utløste yrkesrelatert stress. Det utelukker ikke nødvendigvis at et økt omfang av oppgaver er betydningsløst, men at arbeidsomfanget modifieres av andre faktorer, deriblant kollegialt stress.

Begge yrkesgruppene var enige om at en opplevelse av redusert kvalitet på pleien hadde stor betydning. Denne opplevelsen oppsto når de utførte et arbeid som ikke samsvarte med deres egen forståelse og definisjon av god helsehjelp.

Intervjuer: «Kan du fortelle om en konkret situasjon der du følte at du ble stresset?»

Sykepleier: «En dag rakk jeg nesten ikke å gjøre ferdig lista. Kom da for sent til alle pasientene utover kvelden, jeg følte veldig på det og at jeg måtte unnskyldte meg til alle. De fleste er veldig forståelsesfulle, mens andre ikke. Følelsen av ikke å strekke til er forferdelig. Det er

ikke positivt stress. Folk sitter og venter på deg, og jeg følte at jeg absolutt ikke strakk til.»

Hjelpepleier: «Det var en dag jeg jobba kvelden. Det var fulle lister, og mye å gjøre. Skulle inn til en gammel dame og levere tabletter. Kom inn, og der satt ho og hadde veldig behov for å prate. Det er en veldig ensom dame det her. Jeg hadde jo veldig dårlig tid, så satt meg lissom aldri ned. Prøvde å vise at jeg brydde meg, vet jo hvor alene ho er. Prøvde så godt jeg kunne, føler jeg, men jeg måtte jo lissom videre ... følte at jeg nesten avbrøt ho vet du. Så hvor skuffa og lei seg ho ble når jeg sa at jeg måtte gå videre ... Det var kjipt ...»

Under intervjuene nevnte de ansatte at særlig opplevelsen av tidspress og krav om effektivisering bidro til at man enkelte ganger utsatte arbeidsoppgaver eller måtte redusere kvaliteten i helsehjelpen. Denne opplevde reduksjonen på kvalitet var først og fremst knyttet til deres idealbilde av god helsehjelp, fremfor kravet om faglig forsvarlighet. Eksempelvis nevnte flere at «alle fikk sitt», men at man ikke alltid fikk utført den jobben man ønsket. Spenningen mellom brukernes, organisasjonens og egne forventninger til arbeidet indikerer dermed at rollestress var en viktig utløsende årsak for både hjelpepleiere og sykepleiere, og samsvarer med tidligere funn (15).

Mestring

Begge yrkesgrupper nevnte at arbeidsgiveren hadde et ansvar for arbeidsmiljøet og stress på arbeidsplassen, men tok i all hovedsak selv ansvaret for mestringen av yrkesrelatert stress. Strategiene deres omfattet både problem- og emosjonsfokuserte

mestringsstrategier, der kunnskap og erfaring hadde betydning for den problemorienterte mestringen. Mens den sosiale støtten i kollegiet var knyttet til både problem- og emosjonsfokuserte strategier.

” Stress gjør ting verre. Både for meg selv, og for dem jeg hjelper.

Både sykepleiere og hjelpepleiere oppga kunnskap og erfaring som viktige ressurser for å mestre stressfylte situasjoner, ved at de bidro til intraindividuelle, problemorienterte strategier. Samtidig indikerer svarene et skille mellom yrkesgruppene. Sykepleierne henviste til både kunnskap basert på utdanningen og tidligere erfaringer, mens hjelpepleierne utelukkende henviste til tidligere erfaringer.

Intervjuer: «Hva gjorde du i den aktuelle situasjonen du nettopp har fortalt om?»

Sykepleier: «Etter å ha snakket med pårørende, tenkte jeg: det her kan jeg. Det her har jeg lært på skolen, og skal nå gjøre det i praksis. Var engstelig siden jeg ikke kjente brukeren. Tenkte: Pust godt. Snakket med pårørende først, forklarte for dem at jeg ikke hadde vært der. Pårørende fortalte hva brukeren hadde vært gjennom. Gikk så inn til pasienten, og var veldig klar på at jeg måtte forholde meg rolig. Stilte henne noen spørsmål, om blant annet smerter. Ringte til slutt ambulanse, da det var nødvendig. Tenker generelt at jeg må ta det med ro, det går ikke fortere om jeg stresser. Stress gjør ting verre. Både for meg selv, og for dem jeg hjelper. Men det er ikke alltid like enkelt.»

Sitatet illustrer hvordan syke-

pleierens kunnskap fikk betydning for mestringen av selve situasjonen, samt at kunnskap om stress førte til en kognitiv bearbeidelse av stressopplevelsen. I tillegg fortalte sykepleierne at kunnskapen var en

viktig faktor for å rettferdiggjøre prioriteringen av pasientene ved økt arbeidsbelastning, og dermed gjenvinne kontrollen over arbeidet.

Til tross for at også hjelpepleierne henviste til omprioriteringer og omorganiseringer av arbeidsdagen som en mestringsstrategi, bygget deres strategi i større grad på tidligere erfaringer i arbeidet, noe som er illustrert ved følgende utsagn.

Hjelpepleier: «Man vet hvilke oppgaver man kan skyve litt på, for eksempel hva må jeg ta før lunsj, hva kan jeg ta etterpå. Dette lærer man ut ifra erfaring, og den erfaringen gjør at man mestrer det.»

I de tilfeller der denne erfaringen ble opplevd som utilstrekkelig henviste de til teamansvarlig (sykepleier) eller nødnummeret 113 som mulige løsninger, noe som underbygger betydningen av tidlige erfaringer ved problemorienterte strategier blant hjelpepleiere.

I tillegg til kunnskap og tidligere erfaringer fremhevet begge yrkesgruppene betydningen av sosial støtte, det vil si samtaler, støtte og diskusjoner med andre ansatte i virksomheten. Denne støtten bidro både til en problem- og emosjonsorientert mestring blant ansatte, der faglige diskusjoner av situasjoner i møte med pasienter bidro til

faglige innspill og veiledning, samt positive bekreftelser av kolleger.

Et interessant funn er at selv om ansatte ville fått emosjonell støtte i nære relasjoner utenfor arbeidsplassen, var det en bevisst holdning om å avstå fra å prate med ektefeller eller nære venner. Årsaken til dette var at taushetsplikten ikke ga rom for å bearbeide stress i nære relasjoner utenfor arbeidsplassen. Dette ga spesielt en av sykepleierne i studien uttrykk for.

Intervjuer: «Har familie, kollegaer eller venner noen sentral rolle i forhold til å håndtere stress?»

Sykepleier: «Det hjelper absolutt å snakke om det i etterkant av situasjoner. Hos kollegaer kan man si det meste, de kjenner til personen. Og man får gjerne bekreftelse på om det man gjorde var riktig, eller om man kunne gjort det annerledes. Med familie og venner synes jeg det begrenser seg, siden jeg har taushetsplikt.»

Sitatet viser hvordan kollegene i virksomheten var de eneste aktørene man kunne benytte seg for henholdsvis problem- og/eller emosjonsorienterte mestringsstrategier ved interindividuelle strategier. Den juridiske barrieren mellom arbeidet og andre sosiale kontekster, førte til at det kollegiale samhold var den eneste legitime arena for bearbeidelsen av yrkesrelatert stress. Av den grunn hadde denne arenaen stor betydning for alle ansatte i de hjemmebaserte tjenestene.

DISKUSJON

Funnene i denne studien er, som følge av prosjektarbeidets rammer, basert på et lite utvalg ansatte i de hjemmebaserte tjenestene. Av den grunn muligjor

designet hverken generaliseringer på hele populasjonen eller metning, i form av uttømmende data vedrørende fenomenet yrkesrelatert stress. Med andre ord har designet først og fremst ført til et begrenset omfang av data i denne studien. Samtidig har datagrunnlaget vært tilstrekkelig til å sammenligne de ansattes opplevelser med tidligere forskning, samt å komme frem til ny kunnskap om yrkesrelatert stress i de hjemmebaserte tjenestene.

Våre data viser for det første at det er få forskjeller mellom sykepleiere og hjelpepleiere i vår studie, med hensyn til årsaker og mestringsstrategier av yrkesrelatert stress. Begge yrkesgrupper opplevde ansvaret i yrkesutøvelsen og rollestress som viktige stressfaktorer, og håndterte stressfylte situasjoner gjennom både problem- og emosjonsorientert mestring. Dette samsvarer i stor grad med tidligere studier når vi sammenligner våre funn (5,7,16,20).

I tillegg til at studien styrker tidligere funn, presenterer den en ny faktor som kan knyttes til mestrings av yrkesrelatert stress, det vil si taushetspliktens betydning. Gjennomgangen av nyere forskning i etterkant av studien viser at dette er et lite utforsket område, men at taushetsplikt både skaper hindringer i bearbeidelsen av yrkesrelatert stress og har en negativ effekt på arbeidstakernes helse (25, 26).

Denne studien viser hvordan taushetsplikten utgjør en strukturell faktor av betydning for arbeidsplassen som arena for mestring. Ved å etablere en juridisk barriere mellom arbeidet og opplevelser knyttet til arbeidet på arbeidsplassen og arbeidstakerens andre sosiale

arenaer, svekkes dens muligheter til å mestre arbeidsrelaterte problemer utenfor arbeidsplassen. Tidligere studier har vist at arenaer utenfor arbeidsplassen er viktig for å mestre på arbeidsplassen, og man kan av den grunn diskutere hvilke konsekvenser mangelen på andre arenaer får for ansatte i helsesektoren (3, 18).

Den mest åpenbare konsekvensen er at begrensningen i bruken av nære relasjoner utenfor arbeidsplassen øker arbeidsplassens betydning for mestrings av yrkesrelatert stress. Når arbeidstakeren ikke kan søke hjelp utenfor arbeidsplassen for å redusere sin opplevelse av stress, får styrken og kvaliteten på kollegaenes sosiale støtte enda større betydning for arbeidstakeren. Dette berører først og fremst opplevelser knyttet til arbeid med pasienter, siden taushetsplikten er utarbeidet for å hindre at informasjon om pasienter ikke kommer på avveier. Samtidig vil usikkerhet knyttet til innholdet og rekkevidden i taushetsplikten kunne føre til at ansatte, i frykt for å bryte denne juridiske regelen, blir restriktive og holder tilbake informasjon knyttet til arbeidet ved arbeidsplassen. Det finnes med andre ord mange problemstillinger knyttet til forholdet mellom taushetsplikten og yrkesrelatert stress som det vil være verdt å forske videre på.

KONKLUSJON

I vår studie presenterer vi hvordan et utvalg sykepleiere og hjelpepleiere i de hjemmebaserte tjenestene opplever og mestrer stressfylte situasjoner på arbeidsplassen, og der våre funn først og fremst samsvarer med tidligere studier. Respondentene refererte i overveiende

grad til de sammen faktorene som var med på å utløse opplevelsen stress, og der opplevelsen av ansvar og motsetningsfylte forventninger til arbeidet var mest fremtredende. I tillegg benyttet begge yrkesgruppene seg av både problem- og emosjonsorienterte strategier for å mestre opplevelsen av yrkesrelatert stress.

Betydningen av taushetsplikt

for forholdet mellom opplevelse og mestring av yrkesrelatert stress er lite utforsket i tidligere arbeidslivsstudier og fortjener mer oppmerksomhet. Forholdet bør utforskes nærmere, med hensyn til å beskrive omfanget, betydningen og konsekvensene av en begrenset tilgang på arenaer for mestre yrkesrelatert stress som ansatt i de hjemmebaserte tjenestene.

Takk til: Mona L. Aslaksen, Jeanette Buvik, Marianne Bøe, Kine G. Lindberg, Malin Charlotte S Hansen, Maren Sofie Koppang og Inger-Lise Stene. Dere tok imot utfordringen og var villig til å yte en ekstra innsats under praksisperioden høsten 2009 som studenter ved Høgskolen i Østfold, og bidro dermed til datagrunnlaget som denne artikkelen bygger på.

REFERANSER

1. Andersen RK, Eidset I. Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten: Nullpunktsundersøkelsen i forbindelse med kampanjen Rett Hjem. Rapport Opinion, Oslo. 2003.
 2. Saksvik, PØ, Dahl-Jørgensen C, Mo TO. Fravær som mestringsstrategi for bedre helse? Tidsskrift for samfunnsforskning, 2002;1:3-29.
 3. Stacciarini JR, Tröccoli BT. Occupational stress and constructive thinking: health and job satisfaction. Journal of Advanced Nursing, 2004;46:480-7.
 4. Lazarus, RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer. 1984
 5. Payne N. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. Journal of Advanced Nursing, 2001;33:396-405.
 6. Su SF, Boore J, Jenkins M, Liu PE, Yang MJ. Nurses' perceptions of environmental pressure in relation to their occupational stress. Journal of Clinical Nursing, 2009;18:3172-80.
 7. Kalseth B, Midttun L, Paulsen B, Nygård L. Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill. Sintef Helse, Helsetjenesteforskning, Trondheim. 2004.
 8. Laamanen R, Broms U, Happola A, Brommels M. Changes in the Work and Motivation of Staff Delivering Home Care Services in Finland. Public Health Nursing, 1999; 16:60-71.
 9. Boswell CA. Work Stress and Job Satisfaction for the Community Health Nurse. Journal of Community Health Nursing, 1992;9:221-7.
 10. Lee I, Wang H. Perceived occupational stress and related factors in public health nurses. Journal of Nursing Research, 2002;10:253-60.

11. Næss S, Wærnes K. Arbeidssituasjonen i hjemmebasert omsorg. Senter for samfunnsforskning; Notat 102, Bergen. 1994.
 12. Rout U. Stress amongst district nurses: a Preliminary investigation. Journal of Clinical Nursing, 2000;9:303-9.
 13. Sørensen B A, Dahl-Jørgensen C, Skogstad A. Arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren - En kunnskapsoversikt med forslag til modellforsøk Arbeidsforskningsinstituttet, Rapport 6/98, Oslo. 1998.
 14. Næss S, Wærnes K. Mer byråkrati mindre tillit. I: Daatland S O. (red). Halve live - Artikler om aldring og livsløp. Fagbokforlaget, Bergen. 2008.
 15. Peiro JM, Gonzales-Roma V, Tordera N, Manas M A. Does role stress predict burnout over time among health care professionals? Psychology and Health, 2001;16:511-25.
 16. Coyle D. An explanation of the coping strategies used by Community Psychiatric Nurses in Wales. Nursing and Health Science, 2000;2:59-67.
 17. Kinman G, Jones F. Lay representations of workplace stress: What do people really mean when they say they are stressed? Work & Stress, 2005;19:101-20.
 18. LaRocco JM, House JS, French JRP. Social Support, Occupational stress, and Health. Journal of Health & Social Behaviour, 1980;21:202-18.
 19. Golubic R, Milosevic M, Knezevic B, Mustajbegovic J. Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. Journal of Advanced Nursing, 2009;65:2056-66.
 20. Parik P, Taukari A, Bhattacharya T. Occupational Stress and Coping among Nurses. Journal of Health Management, 2004;6:115-27.

21. Danermark B, Ekström M, Jakobsen L, Karlsson J C. Att förklara samhället. Studentlitteratur, Lund. 2003.
 22. Høgskolen i Østfold. Retningslinjer for behandling av personopplysninger i studentoppgaver. Høgskolen i Østfold - avdeling for helse- og sosialfag, Utarbeidet i samråd med personvernombudet. 2007.
 23. Glaser BG. Theoretical Sensitivity. The Sociology Press, Mill Valley, California. 1978.
 24. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. Sage publications, Thousand Oaks. 1994.
 25. Løvseth LT, Aasland OG. Confidentiality as a Barrier to Social Support: A cross-Sectional Study of Norwegian Emergency and Human Service Worker. International Journal of Stress Management, 2010;3:214-31.
 26. Løvseth LT, Aasland OG, Fridner A, Jonsdottir LS, Marini M, Linaker OM. Confidentiality and Physicians' health. A cross-sectional Study of University Hospital Physicians in Four European Cities (the HOUPE-study). Journal of Occupational Health, 2010;52:263-71.

Støtte fra kolleger minsker stress

> Faglige diskusjoner er avgjørende for stressmestring.

Foto: Nathan W. Lediard



Av Siri Vullum
Hjemmetjenesten,
Surnadal kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Denne artikkelen setter søke-lyset på årsaker og mestring av yrkesrelatert stress blant sykepleiere og hjelpepleiere i hjemmebaserte tjenester. Hovedårsakene til yrkesrelatert stress i helsesektoren har i tidligere studier vist seg å være: organisatoriske faktorer, økt fysisk og psykisk arbeidsbelastning og motstridende forventninger til yrkesrollen.

Når det gjelder fysisk og psykisk arbeidsbelastning er min erfaring etter 20 års praksis i hjemmebaserte tjenester at den fysiske arbeidsbelastningen har blitt mindre, men at den psykiske har blitt større. At den fysiske arbeidsbelastningen har blitt mindre henger blant annet sammen med at bruken og tilgjengeligheten av tekniske hjelpemidler har blitt bedre. At den psykiske arbeidsbelastningen har blitt større kan ha mange årsaker. Men som vi ser på vår arbeidsplass har antall pasienter med rus og psykiatri økt.

Vi føler vi har for lite kompetanse på dette området, og kan komme opp i situasjoner vi føler vi ikke mestrer bra nok. Dette fører igjen til usikkerhet og stress. I hjemmebaserte tjenester må man håndtere de fleste situasjoner man kommer opp i alene, man har ikke kollegaer man kan rådføre seg og samarbeide med. I hvert fall ikke i like stor grad som på en institusjon.

Det siste punktet i artikkelen som var nevnt som hovedårsak til yrkesrelatert stress var motstridende forventninger til yrkesrollen. Vi har forventninger fra mange hold, blant annet fra pasienten selv, pårørende, arbeidsgiver og ikke minst våre egne forventninger til oss selv. Alle disse forventningene fra så mange hold er det umulig å oppfylle. Hvor stresset man blir kan være veldig individuelt. Hvilken utdannelse man har spiller inn, yrkeserfaring og hvor dyktig man er til å prioritere arbeidsoppgaver. Som mennesketyper

er vi også forskjellige, noen blir stresset av mye ansvar, mens andre liker det.

Som artikkelen også viser er vår erfaring at støtte og diskusjoner med kollega er viktig for stressmestring. Det å diskutere pasientsituasjoner med kollegaer er helt avgjørende for hvordan vi håndterer stress. Vi er avhengig av bekreftelse og tilbakemeldinger på det vi har gjort både fra kollegaer og ledere. Det å ha en synlig og tilstedeværende leder er veldig viktig.

Artikkelen setter også søke-lyset på taushetsplikten i forhold til stressmestring. Vi er på en måte avhengig av å «legge bak oss» jobben når vi drar hjem, for taushetsplikten gir oss ikke rom for å diskutere opplevde situasjoner med familie og venner på samme måte som andre yrkesgrupper.

Les artikkelen på side 144





Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Studiens bakgrunn: Aktiv omsorg ligger implisitt i de seneste norske reformer og beskrives av WHO som en viktig forutsetning for fremtidens omsorgsutfordringer.

Hensikt: På bakgrunn av erfaringer fra et fagutviklingsprosjekt gjennomført ved to sykehjem, er hensikten med denne studien å utvikle kunnskap om hvordan større faglig bredde, med medvirkning av ergoterapi og fysioterapi, kan bidra til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere.

Metode: I en kvalitativt beskrivende

design ble data innhentet ved gruppediskusjoner og intervju, for å fremskaffe erfaringer fra et strategisk utvalg som hadde vært aktivt involvert i utviklingsprosjektet.

Resultat: Erfaringene fra studien viser at større faglig bredde er nødvendig, og nytten av terapikompetansen ble ansett som betydningsfull for å oppnå mer aktiv omsorg. Dagliglivet på sykehjemsavdelingene preges av pleierutiner og lite tverrfaglig samarbeid mellom faggrupper. Informantene uttalte imidlertid at ved gode rutiner

og en bevisst utnyttelse av eksisterende ressurser, kunne man realisere mer aktiv omsorg.

Konklusjon: Studien viste at på tross av et unisont ønske om mer aktiv omsorg ved samarbeid gjennom dialog og møtepunkter, var erfaringene at tidspress og en rådende monofaglig kultur ikke innbød til tverrfaglig samarbeid. Kompetansen til ergoterapeuter og fysioterapeuter blir lite etterspurt og dårlig utnyttet i utviklingen av mer aktiv omsorg for beboerne ved sykehjemmene.

ENGLISH SUMMARY

A wider multidisciplinary as a contribution to a more active ageing of nursing home residents

Background: Active ageing is implemented in the latest Norwegian reforms and is described by the World Health Organisation (WHO) as an important condition for the future's care needs.

Objective: Based on the experiences from a professional development project, conducted at two nursing homes, the aim of this study was to develop knowledge of how a multidisciplinary collaboration, with an

assistance of occupational therapy and physiotherapy, can contribute to a more active ageing of nursing home residents.

Methods: In a qualitative descriptive design, data was obtained in group discussions and interviews, to gain experience from a strategic sample of people who had been actively involved in the project.

Results: Experiences from this study suggest that wider multidisciplinary collaboration may be necessary to develop a more active ageing. Daily life in these nursing departments is

characterized by nursing routines, and little interdisciplinary collaboration. The informants expressed how utilization of existing resources.

Conclusion: The study showed how a unified desire to achieve a more active ageing by cooperation through dialogue and meeting points, was difficult to realize due to time pressure and a dominating nursing culture.

Key words: collaboration, care restructuring, active ageing, quality of life

» Større faglig bredde bidrar til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere

Forfattere: Klara Jakobsen og
Randi Granbo

NØKKELORD

- Samarbeid
- Omstilling
- Omsorg
- Livskvalitet

INTRODUKSJON

Aktiv omsorg er en av myndighetenes strategier for å møte fremtidens omsorgsutfordringer (1, 2, 3). På tross av gode intensjoner lever imidlertid de fleste beboere på dagens sykehjem et svært lite aktivt liv. Så vel pårørende som pleie- og omsorgspersonale uttrykker ønske om en mer aktiv tilværelse for sykehjemsbeboerne (4). For å møte disse forventninger har man gjennom et utviklingsprosjekt ønsket å få mer kunnskap om hvordan medvirkning av ergoterapi og fysioterapi, kunne bidra til å realisere målet om en mer aktiv omsorg på sykehjem.

Aktiv omsorg eller «Active ageing» beskrives av Verdens helseorganisasjon (5) som prosessen som bidrar til optimalisering av helse, deltakelse

og sikkerhet, hvor formålet er opprettholdelse av livskvalitet også i eldre år. Den norske helsepolitikken har i de senere årene vektlagt effektivitet og kvalitet i tilbudet, og en styrking av pasientenes rettigheter (6). Forskning viser at man må skreddersy tiltak på sykehjem for å møte den enkeltes aktivitetsbehov (7). Dersom man ikke etterspør beboernes egne preferanser, kan det lett føre til depresjoner og sosial isolasjon (8). Aktiv omsorg retter oppmerksomheten mot individuell mestring, uansett funksjonsnivå. Dersom omsorgen ikke innrettes i tråd med brukerens funksjon, men ansvaret for mange daglige gjøremål overtas av andre, leder omsorgen til passivitet og økt hjelpeavhengighet (6). Aktiv omsorg underbygger troen på at meningsfulle hverdagsaktiviteter gir en positiv helseeffekt både fysisk og mentalt (9). Forskning viser at dette også bidrar til et mer betydningsfullt sosialt liv (5, 10). Dersom helse- og omsorgspersonell søker å øke beboernes positive samhandling med andre, bedres i tillegg sykehjemsbeboerens mentale helse (11). Evaluering

viser imidlertid at dagens eldreomsorg styres mot en prioritering av medisinske oppgaver (4). Dette er en trend innen norsk helsevesen hvor aktivitetene organiseres i tråd med New Public Management-ideologien (12, 13). En annen årsak til en slik prioritering kan være at dagens sykehjemsbeboere er langt mer skrøpelige enn tidligere (14) eller at helsepersonell ikke aktivt nok leter etter helsefremmende ressurser hos den enkelte (15).

Faglig samarbeid kan by på utfordringer, siden mange som mener at de samarbeider tverr-

Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at en større faglig bredde kan være et viktig tiltak for å oppnå mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere.

Mer om forfatterne:

Klara Jakobsen er førstelektor og ansatt ved Høgskolen i Sør-Trøndelag ved Program for Ergoterapeututdanning. Randi Granbo er høgskolelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Program for fysioterapeututdanning og fagkoordinator i Trondheim kommune. Kontakt: klara.jakobsen@hist.no

faglig, egentlig jobber enfaglig side om side, et samarbeid som beskrives som flerfaglighet (16). Flerfaglighet er en samarbeidsform hvor den enkelte fagperson hver for seg tar ansvar for

fokuserer på ferdigheter som opprettholder dagligaktivitetene (18, 19, 20, 21, 22). Økt selvbestemmelse til beboere på geriatriske institusjoner, fører til økt tilfredshet, endring i

rapport deltok. Terapeutene var tilknyttet avdelingene en halv dag per uke. I denne kommunen er terapeutene ikke tilsatt ved sykehjemmene, men terapitjenester tildeles gjennom henvisninger etter behov slik som for hjemmeboende. Prosjektledelsen besto av sykehjemsledelsen og høyskoleansatte.

” Det skal ikke så mye til for at beboerne kan delta i meningsfulle, daglige aktiviteter.

å utføre sine deloppgaver. Ved flerfaglighet mangler en dialog mellom faggruppene der hensikten er å utveksle fagkunnskap og aktuelle innfallsvinkler. I motsetning til flerfaglighet krever tverrfaglighet en dialog og interaktiv involvering faggruppene imellom. For eksempel ved at ulike fagpersoner samles og, på bakgrunn av sin faglige kompetanse, kan foreslå ulike løsninger på ett og samme problem. Når det råder ulike oppfatninger på en arbeidsarena om hva tverrfaglig samarbeid er, kan dette lett føre til konflikter (16). Sykepleieren bør ha en nøkkelrolle i det tverrfaglige samarbeidet i sykehjem. Ifølge Hauge (17) gir døgnkontinuerlig tilstedeværelse sykepleieren mulighet for å tilrettelegge for tverrfaglige samarbeid, både gjennom utnyttelse av tilgjengelig kompetanse og ved å etterspørre andres kompetanse og vurderinger. Situasjoner hvor en profesjon tar en overordnet og premissgivende posisjon, beskrives imidlertid som monofaglig samarbeid. Konsekvensen kan bli dårlig utnyttelse av annen ekspertise og fagkompetanse (16).

Forskning viser at terapeutkompetansen spiller en viktig rolle på sykehjem, gjennom tilrettelegging av tiltak for å maksimere beboernes funksjonsnivå mentalt og fysisk, samt ved å

daglige rutiner samt større deltagelse i sosiale aktiviteter (23, 24). Foruten økt fysisk funksjon hos eldre med demens, vil øvelsetrening kunne bedre kognitiv funksjon hos denne gruppen (19). Dersom man oppnår endring i funksjonell status, kan dette igjen innvirke positivt på beboerens andre funksjoner (25). Pleie- og omsorgspersonells manglende kjennskap til hvilke tilbud terapeutgruppene kan bidra med (24, 26) kan imidlertid føre til underforbruk av disse tjenestene (27, 28). Ergoterapi og fysioterapi har positiv effekt for beboerne, og mer ressurser til terapitjenester kan i tillegg redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester (25, 26).

Hensikten med utviklingsprosjektet var å fremskaffe kunnskap om hvordan større faglig bredde, med medvirkning av ergoterapi og fysioterapi, kunne bidra til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. Målet med denne artikkelen er å utdype hvordan personer med ulik fagbakgrunn erfarte dette samarbeidet.

METODE

Denne studien beskriver første del av utviklingsarbeidet, hvor pleie- og omsorgspersonell ved to sykehjemsavdelinger, to aktivitører ansatt ved sykehjemmene, samt en ergo- og fysio-

For å fremskaffe erfaringer fra deltakerne i prosjektet, ble en kvalitativt beskrivende design valgt med fokusgrupper og individuelle intervju som datainnsamlingsmetoder (29, 30). To fokusgrupper med henholdsvis tre og fire deltakere ble gjennomført etter knapt et år. En sykepleier og tre hjelpepleiere deltok i den ene fokusgruppen og to sykepleiere og aktivitør i den andre. Utvalget var strategisk (30), og fagansvarlig sykepleier ved de to avdelingene sto for utvelgelsen på bakgrunn av informantenes involvering og engasjement i prosjektet. Individuelle intervjuer ble gjennomført med begge terapeutene. Fokusgruppene og de individuelle intervjuene ble gjennomført av prosjektlederene på skjermete rom på sykehjemmene og varte fra en til to timer. Informantene ble på forhånd informert om frivillig deltagelse og ivaretagelse av anonymitet. Vi innhentet muntlig samtykke om lydopptak og om at deltakerens erfaringer ville bli anvendt i skriftlig rapport og artikler. Prosjektskissen samt informasjonsskriv om prosjektet ble lagt frem for leder av Regional Etisk Forskningskomité som anså prosjektet som et kvalitetsutviklingsprosjekt. Vi måtte derfor ikke legge frem prosjektet for komiteen. Prosjektet ble dessuten innmeldt og godkjent av personverneombudet.

Samtlig intervju ble styrt

av semistrukturerte spørsmålsstillinger nedtegnet i en intervjuguide. Spørsmål til fokusgruppene var knyttet til informantenes erfaringer gjennom prosjektet; eventuelle endringer av rutiner og tiltak, samt hvorvidt beboernes ressurser ble mer vektlagt. I tillegg diskuterte deltakerne sine erfaringer med større faglig bredde i avdelingene. Vi la ett og ett spørsmål frem for deltakerne til diskusjon, og de utdypet hverandres synspunkter og fremmet egne meninger på utsagn de oppfattet annerledes (29). Terapeutene beskrev sine erfaringer med samarbeidet og hvordan de hadde opplevd at deres fagkompetanse ble mottatt blant avdelingspersonalet.

Informasjonen fra datainnsamlingen ble nedskrevet direkte fra lydbandet og nøye gjennomlest. Analysen av samtlige intervju ble gjennomført inspirert av Grounded theory (31). Meningsinnholdet i råmaterialet ble først studert i sin helhet. Ved et vekselspill mellom den innsamlete teksten og vår kunnskap på området ble teksten merket med nøkkelord. Deretter kategoriserte vi emner som tydeliggjorde likheter i datamaterialet i aktuelle enheter som relevante beskrivelser av situasjonen slik den ble fremført av informantene (32). Vi diskuterte også resultatet med kolleger med faglig kunnskap på området.

RESULTAT

Da informantene beskrev sine erfaringer fra første del av prosjektet, skilte tre temaer seg ut som betydningsfulle for mer aktiv omsorg gjennom større faglig bredde:

1. Ønske om samarbeid
2. Terapeutenes faglige bidrag

3. Aktiv omsorg gjennom hverdagens gjøremål

ØNSKE OM SAMARBEID

Avdelingspersonalet ønsket at terapeutene skulle utføre oppgaver som utstyrsutprøving og bestilling. Men for at terapeutenes kompetanse skulle komme til nytte, uttrykte informantene at samarbeidet måtte settes i system: «Vi må ha en bevissthet om dette når de (terapeutene) er her ... for avdelingen er stor altså ... og en rekker ikke så mye» (sykepleier).

Avdelingspersonalets tidligere samarbeid med terapeuter i kommunen hadde ikke bare gitt positive erfaringer: «Det verste er de terapeutene som kommer innom (etter henvisning) og etter en halv time legger igjen lappen med instruksjon og går. Det er forferdelig dårlig samarbeid. De kunne ha brukt mer tid på å vise personalet og gjøre avtaler slik at vi fikk sett hvordan vi kunne gjøre øvelsene. For det er greit å lage en plakat over senga – men det er ikke nok».

Alle informantene uttrykte behov for felles møtepunkter, og avdelingspersonalet ønsket at terapeutene kunne ha en fast avdelingstilknytning. Når terapeutene deltok på morgenmøter, var erfaringen at tiltak ble diskutert og avklart. Slik ble dialogen fremholdt som svært betydningsfull for samarbeidet: «Dialogen er kjempeviktig, og den har vi manglet. Det er frustrerende å gå til avdelingen å føle at – fordi rammene ikke er så klare – at en går i blinde iblant. For det er jo viktig at en har med personalet på tiltakene for at det skal bli bra. Eller så starter vi opp med ting – og så snart vi er ute av bildet, vil det bare dø – ikke sant? Derfor er

faste møtepunkter viktig for utveksling av informasjon begge veier. Det vil være lettere å få i gang rutiner da (terapeut)».

Alle faggruppene ønsket mer samarbeid. Daglige rutiner opptok imidlertid så mye av tiden til avdelingspersonalet at enkelte uttrykte bekymring for at samarbeid med terapeutene kunne gi merarbeid. Samarbeid knyttet til praktiske gjøremål som morgenstell og måltider ble likevel fremhevet som ønskelig: «Det er lettere å gi og motta tips når man er med – enn når man bare forteller. Når du har vært gjennom det selv et par ganger, så lærer du å se andre lignende ting. Kanskje greier du også å formidle det til andre (kolleger) (avdelingspersonale)».

Avdelingspersonalet ønsket mer samarbeid i den daglige omsorgen for beboerne, selv om de opplevde hverdagen som travel. De mente dette ville gi gevinster for beboerne og samtidig bidra til ny kunnskap, som lettet arbeidshverdagen.

TERAPEUTENES BIDRAG

Ergoterapeuten og fysioterapeuten jobbet sammen som et team. De opplevde støtte i hverandre og utfylte hverandres kompetanse med ulik tilnærming til beboernes behov. Ergoterapeuten vektla primært praktiske, daglige aktiviteter som stimulerte beboernes fysiske og mentale funksjoner, mens fysioterapeuten i større grad vektla vedlikehold av kroppslige funksjoner. Terapeutene opplevde en halv dag i avdelingen som begrensende, og årsaken til at de ikke kunne igangsette tiltak som krevde daglig tilstedeværelse.

Tiltak terapeutene utførte var treningsgruppe for utvalgte beboere, tilpasning av sittestil-

linger, utprøving av tekniske hjelpemidler samt utvikling og utprøving av et skjema for aktivitetskartlegging av beboerne. Aktivitetsregistreringen ga nyttig informasjon om beboernes funksjon og interesser knyttet til daglige aktiviteter. Når terapeutene var i avdelingen, gjorde de ofte oppdagelser av forhold som lett kunne forbedres gjennom deres bidrag: «Det har jo blitt naturlig at det er mye hjelpemidler. Men der ser vi også samtidig et utrolig behov. Bare vi går rundt på avdelingen ser vi at det er nesten sjokkerende hvor dårlig enkelte sitter, – og hvilke tilpasninger som skulle vært gjort der. Det er så enkle

som skulle til. Aktiv omsorg er ikke «noe vi skal gjøre når alle er ferdige med sitt – vi blir aldri ferdige – Vi har åpent 24 timer i døgnet (sykepleier)».

En informant sa at det kreves tid og tilstedeværelse sammen med beboeren, skal man oppdage den enkeltes ressurser: «Tenk – i dag tok hun vaskekluten selv og vasket seg under armene». Man fremhevet også betydningen av at slike opplysninger ble rapportert til kolleger for at det skulle bli fanget opp og videreført. Det ville krevd en ekstra innsats av personalet å motivere beboerne til å ta i bruk ressursene sine, noe som nødvendigvis ikke var forven-

ter; kjente huslige aktiviteter kan være motiverende: «En ting som er populært hos oss det er å brette vaskekluter på fredagene. Og så er det faktisk også noe ferdighetsmessig i dette – at en ivaretar en funksjon. Det er kjempeartig. Da syns de at de gjør noe nyttig. Så er det dét lille sosiale – og så får de kaffe etterpå. De liker det – et gammelt husarbeid (avdelingspersonale)».

Resultatet viser at informantene oppdager ubrukte ressurser både hos beboerne og blant ansatte, et potensial som kunne vært realisert til mer aktiv omsorg i sykehjemsavdelingens dagligliv. For å fremme mer aktiv omsorg fremhevet informantene betydningen av gode rutiner og bevissthet om å utnytte eksisterende ressurser, samt å være lojal mot de bestemmelser som blir tatt.

” Studien avdekker en ambivalens blant informantene når det gjelder tverrfaglig samarbeid.

ting som skal til (terapeut)».

Avdelingspersonalet fremhevet også nytten av terapeutens kompetanse: «Det å ha dem i avdelinga slik at vi kan få råd når det er noe vi lurer på – her har de jo vært behjelpelig». Personalet ønsket i tillegg at terapeutene kunne bidra med en holdningsendring blant personalet som kunne føre til bedre utnyttelse av beboernes ressurser.

AKTIV OMSORG I HVERDAGEN

Samtlige fremhevet betydningen av mer aktiv omsorg, selv om avdelingspersonalet var splittet i synet på om det kunne gjennomføres innenfor eksisterende personalressurser. Noen mente at flere gjøremål ikke kunne gjennomføres uten økt bemanning, mens andre framholdt at en bedre struktur på arbeidsdagen og større bevissthet, var det

tet. Andre rutiner ble av mange oppfattet som viktigere: «Går heller og lager middag – dekker bord ... Ja for da er det enklere å notere at vi har gjort det: Redd fire senger, dekket middagsbordet!»

Igangsetting av frokostgrupper for utvalgte beboere bidro til sosial og mental stimulering. Flere av informantene merket seg en entusiasme blant beboerne som deltok. «De eldre koser seg rundt matbordet, og sier: «Vi gleder oss hele uka, savner å kunne smøre maten selv. – Åh når jeg kommer ned skal jeg ha masse smør på brødskena», sier de. De får selv velge hvilket pålegg de vil ha. Jeg spør om det er noe pålegg de savner, eller noe som skal byttes ut. De er med på å bestemme (aktivitør)».

Det skal ikke så mye til for at beboerne kan delta i meningsfulle, daglige aktivite-

DISKUSJON

Denne studien viser at aktiv omsorg i en sykehjemsavdeling gjennom større faglig bredde kan være utfordrende. Mange eldre har sykehjemmet som sitt hjem i lang tid, og god pleiekompetanse er avgjørende for beboeres dagligliv (17). Nasjonale føringer og forskning viser imidlertid at for å opprettholde fysisk, sosial og mental funksjon, kreves en bredere faglig tilnærming (2, 5, 11).

I likhet med andre studier (4, 14) viser også resultatet fra denne studien at dagliglivet i en sykehjemsavdeling preges av rutiner som primært ivaretar fysiske pleiebehov. Dette kan skyldes at desto skrøpeligere beboeren er, jo vanskeligere kan det være å få øye på den enkelte beboers ressurser (14, 15). Da kan ekstra tid og oppmerksomhet være viktig, slik en

av informantene uttrykte, og gi mulighet for oppdagelse av helsefremmende ressurser (15).

Når man tilstreber mer aktiv omsorg, kan utfordringene tilskrives ytre rammer og tildelte ressurser, slik noen informanter uttrykker. Men utfordringene kan også forklares med en sykehjemskultur hvor personalet har relativt lik kompetanse og tilnærming, slik annen forskning også viser (23).

Faste rutiner er nødvendig for å dekke grunnleggende fysiske behov hos beboerne (17), og bidrar dessuten til organisering av personalets arbeidsdag. Det var vanskelig å finne et felles møtepunkt for faggruppene, noe som kan antyde at ønsket om samarbeid for mer aktiv omsorg likevel ikke ble ansett som viktig nok for alle. Fagsammensetningen på sykehjem hvor sykepleiefaget er dominerende, kan virke hemmende for andre faggruppers bidrag (16). Erfaringene viser at avdelingspersonalet i liten grad involverte seg i tiltak initiert av terapeutene og/eller aktiviteten og vice versa. Dette viser eksempler på flerfaglig samarbeid (16); avdelingspersonalet har sine faste oppgaver og rutiner, og terapeutene setter i gang med egne tiltak når de oppdager udekkete behov hos beboerne.

Alle informantene savner felles møteplasser for dialog og informasjonsutveksling, noe som anses som nødvendig for et tverrfaglig samarbeid (16). Terapeutene uttrykker at det er vanskelig å finne rollen sin i det de oppfatter som en travel sykehjemsavdeling uten slike møtepunkter. Studien avdekker en ambivalens blant informantene når det gjelder tverrfaglig samarbeid. Avdelingspersonalet uttrykker engstelse for merar-

beid, men ser samtidig at det kan være nyttig å lære av andre faggrupper. Det å bruke tid på tverrfaglig samarbeid kan, som andre studier viser (25, 27), på sikt være tidsbesparende for personalet og av stor betydning for ivaretagelse av beboernes grunnleggende behov (10, 19, 20, 21, 22). Forskning viser at videreføring av monofaglig samarbeid, hvor hovedvekten av ressurser benyttes til pleie, kan føre til passivisering og rask forvitring av både fysisk og mental funksjon (6, 12).

Forskning viser at aktiv omsorg har positiv helseeffekt når man velger meningsfulle aktivitetstilbud med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og interesser (9). Erfaring fra frokostgruppene, hvor beboerne uttrykker glede over sosialt samvær og medbestemmelse, er i tråd med det andre studier viser. Man utvikler økt vitalitet og bedre mental helse gjennom bekreftelse av egenverd samt tilrettelegging for god samhandling mellom beboerne (11, 20).

Når aktiviteter som å brette vaskekluter eller å ha ansvaret for stell av planter (7) oppleves som meningsfulle dagligaktiviteter, kreves ikke store omlegginger av rutinene. Da kan holdningsendring, slik noen informanter uttrykker, og endring av fagsammensetningen være like viktig som tilførsel av flere ressurser.

I et helsevesen som organiseres i tråd med en New Public Management ideologi, hvor måloppnåelse og budsjettkontroll vektlegges (13), kan det vurderes som viktigere å rapportere antall gjøremål, som å dekke bord og re senger, slik informantene beskriver, framfor å bruke tid på aktiviteter med beboerne, gjøremål som

ikke så lett lar seg telle.

Når man initierer samarbeid med terapeutene gjennom henvisninger til enkeltbeboere, som i de omtalte kommune, kan også organiseringen være til hinder for godt tverrfaglig samarbeid. I tillegg kan ressursknapphet og strenge prioriteringer i de kommunale tjenestene føre til lang ventetid på terapitjenester for sykehjemsbeboerne, noe forskning viser kan lede til en høyere henvisningsterskel og underforbruk av terapitjenester. (10, 28).

KONKLUSJON

Erfaringene fra denne studien viser at en større faglig bredde kan være et viktig skritt for å oppnå mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. Til tross for et unisont ønske om mer aktiv omsorg og samarbeid gjennom dialog og møtepunkter, viste erfaringene at opplevd tidspres og en monofaglig pleiekultur var rådende, en situasjon som ikke innbød til tverrfaglig samarbeid. Dersom dette gir et riktig bilde av dagens pleie- og omsorgstjenester, kan det være en av årsakene til at kompetansen til ergoterapeuter og fysioterapeuter i liten grad blir etterspurt, og dermed dårlig utnyttet for å nå målet om mer aktiv omsorg. På denne bakgrunn kan det være realistisk å stille spørsmål ved behovet for en standardisering av fagsammensetningen på sykehjem.

Takk til Høgskolen i Sør-Trøndelag og Trondheim kommune for økonomisk støtte til gjennomføring av studien. Takk også til informantene for viktige innspill i prosessen.

REFERANSER

1. **Lovdata.** Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. <http://www.lovdata.no/før/sf/ho/xo-20030627-0792.html> (5.06.2010).
2. **St.meld. nr. 25 (2005-2006)** Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
3. **Lovdata.** Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) Fastsatt ved kgl.res. 12. november 2010 med hjemmel i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3a og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) § 4-6. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=sf/sf/sf-20101112-1426.html>.
4. **Næss S.** Ikke helt etter planen. Dokumentasjonsrapport om hjelpe-trengende eldres erfaringer før og etter Handlungsplan for eldreomsorg. Bergen; Rokkansenteret, Rapport nr. 1, 2003.
5. **WHO.** Active ageing. A policy framework. 2005 Tilgjengelig fra <http://www.euro.who.int/ageing/> (5.06.2010)
6. **Helgøy H.** Active ageing and the Norwegian health care system. Bergen; Steinar Rokkan senteret, Working paper 13, 2005.
7. **Anderson-Hanley C, Meshberg SR, Marsh MA.** The effects of a control-enhancing intervention for nursing home residents: cognition and locus of control as moderators. *Palliative Support Care* 2003; 1: 111-20.
8. **Choi NG, Wyllie RJ, Ransom S.** Risk Factors and Intervention Programs for Depression in Nursing Home Residents: Nursing Home Staff Interview Findings. *Journal of gerontological social work.* 2008; 52:668-85.
9. **Clark F, Azen S P, Zemke R, Jackson J, Carlson M, Mandel D.** Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults A randomized Controlled Trial. *Journal of American Medical Association,* 1997; 278: 1321-2/6.
10. **DeBoer ME, Leemrijse CJ, Van den Ende CHM, Ribbe MW, Dekker J.** The availability of allied health care in nursing homes. *Disability and Rehabilitation* 2007; 29:665-70.
11. **Dragset J, Eide GE, Nygaard HA, Bondevik M, Nortvedt MW, Natvig GK.** The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents. – A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2008; 46: 65-75.
12. **Dahle R, Thorsen K. (red.)** Velferds-tjenester i endring. Når politikk blir praksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2004
13. **Ingstad, K.** Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter. *Vård i Norden* 2010;96:14-1/7.
14. **Granbo R, Helbostad JL.** Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse? *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 15, 2006; 126: 1934-3/6 .
15. **Brodtkorb K.** Stellet – Mulighetens arena. I M Kirkevold, K Brodtkorb, A H Ranhoff Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
16. **Lauvås K., Lauvås P.** Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
17. **Hauge S.** Sykepleie i sykehjem. I M Kirkevold, K Brodtkorb, A H Ranhoff Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
18. **Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.** Betydningen av personellkompetanse for å bedre sosial deltakelse og aktivitet for brukere av kommunale hjemmetjenester. Rapport nr. 13/2009.
19. **Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ.** The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2004; 85:1694-704.
20. **Glass T, deLeon CM, Marottoli RA, Berkman LF.** Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal* 1999; 319:478-83.
21. **Sackley CM, Wade DT, Mant D, Atkinson JC, Yudkin P, Cardoso K, Levin S, Blanchard LV, Reed K.** Cluster randomised pilot controlled trial of an occupational therapy. Intervention for residents with stroke in UK care homes. *Stroke;* 006; 37:2336-41.
22. **Sackley CM, van den Berg M, Lett K, Patel S, Hollands K, Wright CC, Hoppitt TJ.** Effects of a physiotherapy and occupational therapy intervention on mobility and activity in care homes residents: a cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal,* Online first 2009; 339: b3123
23. **Andersen M, Runge U, Hoff M, Puggard L.** Perceived autonomy and activity choices among physically disabled older people in nursing home settings: a randomized trial. *Journal of Aging and Health* 2009; 8:1133-58.
24. **Barkay A, Tabak N.** Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a public institution. *International Journal of Nursing Practice.* 2002; 8:198-209.
25. **Przybylski BR, Dumont ED, Watkins ME, Warren SA, Beaulne P, Lier DA.** Outcomes of enhanced physical and occupational therapy service in a nursing home setting. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 1996; 77:554-61.
26. **Sackley CM, Atkinson JC, Walker MF.** Occupational therapy in nursing and residential care settings: a description of a randomised controlled trial intervention. *British Journal of Occupational Therapy* 2004; 67:104-10.
27. **Buchanan RJ, Wang S, Martin RA, Hyunsu J.** Utilization of rehabilitation therapies by nursing home residents with MS at admission. *NeuroRehabilitation.* 2006; 21:223-32.
28. **Barodawala S, Kesavan S, Young J.** A survey of physiotherapy and occupational therapy provision in UK nursing homes. *Clinical Rehabilitation* 2001; 15:607-10.
29. **Barbour RS, Kitzinger J. (Eds)** Developing focus group research: politics, theory and practice. London: Sage, 1999.
30. **Madriz E.** Focus groups in feminist research. In *Handbook of qualitative research:* Denzin NK, Lincoln YS. (Eds.) Thousand Oaks: Sage, 2000.
31. **Bryant A, Charmaz K. (Eds.)** The SAGE handbook of grounded theory. Los Angeles: Sage, 2007.
32. **Thagaard T.** Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget, 2010.

De ansatte må engasjere seg

> Aktiv omsorg krever at pleierne setter seg inn i beboernes individuelle behov.



Av Trine Pettersen

Avdelingssykepleier, Hamar kommune, Finsalsenteret, avdeling C

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Aktiv omsorg hos personer med demens som har opphold på en tilrettelagt enhet er avgjørende for at den enkelte skal kunne oppleve mestring og livsglede. Aktivitet, både i fellesskap og individuelt, er av stor betydning. I en sykehjemsavdeling vil dette avhenge av at det faste personalet i avdelingen er engasjerte i den enkelte pasient, og har gjort en nøye kartlegging av pasientenes interesser. I tillegg må man observere pasientene før, underveis og i etterkant av aktiviteten, både individuelt og i gruppe.

Det kan være en utfordring og se alle slik at hver enkelt får et aktivitetstilbud som er riktig tilpasset. Man risikerer at de som ikke ønsker eller bør være med på felles samlinger, eller at de som er anonyme i en sykehjemsavdeling, ikke får et tilstrekkelig tilbud.

Som avdelingssykepleier

ved en tilrettelagt enhet har jeg erfart at den enkelte ansattes evner til å tenke individuelt og kreativt er sentralt for at vi skal lykkes med aktiv omsorg. De individuelle egenskapene til den enkelte ansatte har mye å si i dette arbeidet, uavhengig av profesjon. De ansatte trenger også kompetansehevende tiltak innenfor området, som for eksempel kurs, hospitering, ekskursjoner med mer.

I Hamar kommune baserer man aktivitet i sykehjemsavdelingen i all hovedsak på fast pleiepersonale, det vil si sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Ergoterapeut kan bidra som støtteperson i forhold til hjelpemidler, og fysioterapeut med gjenopptrening. Dersom man skulle utnyttet disse faggruppene maksimalt måtte de ha vært en del av personalressursene i sykehjemsavdelingen. Men personalrammene i syke-

hjemsavdelinger er gjerne gitt, og behovet for pleiepersonale vil prioriteres foran ergoterapeuter og fysioterapeuter innenfor disse rammene.

Det kan være store forskjeller mellom ulike sykehjemsavdelinger i en kommune. Det varierer fra store geriatriske somatiske avdelinger til mindre palliative avdelinger, skjermete enheter, tilrettede enheter og så videre. I den tilrettede enheten hvor jeg er avdelingssykepleier har pleiepersonalet ansvaret for ulike aktiviteter. Dette er i hovedsak organisert gjennom en ukentlig aktivitetsplan som en engasjert og dyktig hjelpepleier setter opp. Her ansvarliggjøres det enkelte personalet i forhold til de ulike aktivitetene.

Les artikkelen på side 152





Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Økende medisinsk og teknologisk utvikling gir store utfordringer til dagens helsepersonell. Forskning innenfor pleie og behandling øker og det stilles store krav om at denne forskningen skal komme pasientene til gode. Ny viten og økte krav til kompetanse gjør at helsepersonell må holde seg faglig oppdatert og jobbe kunnskapsbasert. Det er fortsatt store utfordringer knyttet til å implementere kunnskapsbasert praksis.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvilke

strategier som er effektive når man skal implementere kunnskapsbasert praksis i sykehus.

Metode: Litteraturstudie. Søkene ble gjort i januar 2010 i følgende databaser: Cochrane Library, Cochrane Effective Practice and Organisation and Care Group (EPOC), Medline, Pubmed og Cinahl.

Resultat: Våre funn er basert på 11 studier. Tre av studiene er systematiske oversiktsartikler fra Cochrane Library, og åtte er enkeltstudier. Vi har valgt å oppsummere disse i fire

hovedområder som til dels er overlappende: Betydning av barrierer, ressurser, kompetansebygging / fagutvikling og ledelse.

Konklusjon: Intervensjoner rettet mot ledelse og organisatoriske infrastrukturer, samt tiltak mot kartlagte barrierer synes å ha en betydning for å lykkes med implementering av kunnskapsbasert praksis. Helsepersonells evne til å kunne lese og forstå forskning er viktig. De ansatte må involveres og kunne se nytten av forskningen i praksis.

ENGLISH SUMMARY

Implementing evidence-based practice in hospital – what strategies are effective?

Background: Inclining medical and technological development generates large challenges for current health professionals. Research within nursing and treatment is rising. New knowledge and rising demands forces health professionals to stay updated within the field, and use evidence-based practice. However, there are still large challenges to address in order to implement evidence-based practice.

Objective: The purpose with this

literature study is to find out what strategies to use when implementing evidence-based practice at a hospital.

Methods: Literature study. The search was done in January 2010 in the following databases: Cochrane Library, Cochrane Effective Practice and Organization and Care Group, (EPOC), Medline, Pubmed and Cinahl.

Results: Our article is based on 11 studies. Three of the studies are reviews from Cochrane Library, and eight are single studies. We have chosen to summarize these in four main elements: mapping of barriers, resources, proficiency development/

profession development, and management.

Conclusion: Interventions directed towards management and organised infrastructures, as well as mapping of barriers seems to be decisive factors to success when implementing evidence-based practice. The health professionals' ability to read and understand science and research is important. The employees must be involved and be able to see the usefulness of the research in practice.

Key words: evidence-based nursing, implementation, staff development / professional competence

>> Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus?

Forfattere: Gunn K. Sandvik,
Kjersti Stokke og Monica W. Nortvedt

NØKKELORD

- Kunnskapsbasert sykepleie
- Forskning
- Praksis
- Litteraturstudie

Helsetjenesten stilles overfor stadig større krav til kvalitet og forskning. Pasientene har mer kunnskap og innflytelse enn noen gang. De forventer den beste behandling og pleie, og krever at det skal være høy kvalitet på helsetjenesten. Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon (1). Organisasjonene må vise fleksibilitet og det må legges til rette for implementering av den nye kunnskapen. Det er derfor aktuelt å se nærmere på forskning om implementering for å kunne velge noen effektive strategier.

Helsepersonell har varierende grad av kompetanse om kunnskapsbasert praksis (KBP). Til tross for økt fokus på KBP, er

implementeringsdelen en utfordring for sykepleiere i de fleste institusjoner (2). Studier fra USA viser at selv om de fleste sykepleiere aksepterer forskningens betydning, er det et fåtall som anvender denne kunnskapen i praksis. Kun 15 prosent av sykepleierne konstaterer at de leser forskningslitteratur (3). Å implementere kunnskapsbasert praksis kan være en krevende prosess, og mange faktorer påvirker om man lykkes eller ikke. Å implementere KBP bør gjøres ved en systematisk tilnærming og basert på eksisterende forskning om implementering (2).

Det finnes ingen allmenn implementeringsstrategi når man skal innføre kunnskapsbasert praksis i en organisasjon. Hensikten med denne litteraturstudien er å få en oversikt over hvilke strategier som kan være effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus eller i sammenlignbare helseinstitusjoner.

METODE

Vi valgte søkeord som var relevante for vår problemstilling. Vi brukte SveMed+ til å finne de engelske MESH-terminene. Littera-

tursøket ble utført sammen med bibliotekar i januar 2010. Det ble foretatt kombinasjonssøk på de samme ordstillingene i Cochran Library, Medline, Pubmed og Cinahl. Søkeordene som ble brukt var (evidence based medicine OR evidence based practice OR evidence based nursing OR evidence based) AND (research utilization OR knowledge trans-

Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus forutsetter helsepersonell som kan forstå og lese forskning samt at ledelsen er resultatorientert og positiv til tiltaket.

Mer om forfatter:

Gunn K. Sandvik er enhetsleder på sengepost ved Oslo Universitetssykehus, Klinikk for kreft og kirurgi, Avdeling for kreft. Kjersti Stokke er kreftsykepleier og prosjektleder ved Klinikk for kreft og kirurgi, Avdeling for kreft, og mastergradsstudent ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Monica W. Nortvedt er professor og leder ved Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis. Kontakt:gunn.kristin.sandvik@radiumhospitalet.no

TABELL 1: Oversikt over antall relevante og inkluderte artikler

Database	Treff	Relevante	Inkluderte
Cochrane Library	12	4	3
MedLine	251	69	6
CINAHL	227	20	4
Implementation Science	Håndsök	7	2

for OR professional practice OR practice guidelines OR «diffusion of innovation» OR intervention OR facilitate OR Implement*). I tillegg til disse databasesøkene, foretok vi et håndstøk i tidsskriftet: «Implementation Science». Dette tidsskriftet er aktuelt for temaer som omfatter implementering og helsetjenesteforskning.

Titler og abstrakter ble lest av første og andre forfatter. Inklusjonskriteriene var at tittel eller abstrakt kunne knyttes til implementering av kunnskapsbasert praksis og undersøkelsen måtte være gjort i sykehus eller sammenlignbare helseinstitusjoner. Artiklene måtte være publisert etter 1995, og bare studier som var formidlet på engelsk eller på et skandinavisk språk ble inkludert. Vi søkte i første rekke etter oppsummert forskning i form av systematiske oversikter. Enkeltstudier som ikke var med i de inkluderte oversiktene, ble inkludert og ikke begrenset til design. Tabell 1 gir en oversikt over antall treff og inkluderte studier.

RESULTAT

Det ble inkludert 11 studier i litteraturoversikten. Av disse var tre oversiktsartikler og åtte enkeltstudier (tabell 2). Resultatet fra disse studiene viste at ulike faktorer bidrar til å fremme helsearbeideres bruk av forskning og kunnskapsbasert praksis i klinikken. Vi har valgt å dele disse inn

i fire hovedområder som til dels er overlappende: Betydning av barrierer, tilgjengelige ressurser, kompetansebygging/fagutvikling og ledelse.

Betydningen av barrierer

Oversiktsartikkelen til Cheater og Baker (4) inkluderte 15 randomiserte kontrollerte studier (RCT) gjort på helsepersonell. Forfatterne så på skreddersydde tiltak rettet mot identifiserte barrierer for endring. Studiene viste at tiltak rettet mot identifiserte barrierer kan forbedre pasientbehandlingen og pasienttilfredsheten. Kartlegging av barrierer og tiltak rettet mot disse kan være hensiktsmessig ved implementering av kunnskapsbasert praksis (4). Ut ifra de inkluderte studiene kunne man ikke vite om alle barrierer var inkludert og man kunne ikke konkludere hvilke barrierer som var de viktigste (4).

Tilgjengelige ressurser

Tre av enkeltstudiene som brukte tverrsnittsdesign fremhevet at man må rette oppmerksomheten på de ressursene man har og eventuelt mangler (5,6,7). Ressursene som hadde betydning ifølge disse studiene var tid (5,6,7), tilgang til datamaskiner med databaser, tidsskrifter og lærebøker (5), hjelp fra bibliotekarer (7) og økonomiske ressurser (7). Det innebærer å anskaffe utstyr, utvikle webbaserte internettres-

surser og opprette stillinger for «champions», som er eksperter i å fremme implementeringen av KBP. I tillegg viste resultatene til en kvalitativ studie (8) at det var av betydning for implementeringen at det ble satt av strategiske midler til gjennomføringen.

Kompetansebygging

Flere av tverrsnittsstudiene beskrev betydningen av å tilrettelegge for kompetanseheving av helsepersonell (5,6,9,10). Det kreves utdanningsprogram og påfølgende muligheter for å utvikle ferdigheter til å finne, analysere og implementere forskning (6). Videre var et positivt arbeidsmiljø som er mottakelig for endring en nødvendighet for implementering av forskning i praksis. Det var også viktig at personalet hadde tro på verdien KBP har for pasientene (6,10). Dette støttes også av tverrsnittstudien til Gale og Schaffer som skriver at endringen til en KBP blir lettere ved å synliggjøre fordelene for pasientene og sykepleierne (5).

Spørreundersøkelsen til Wallin et al. (7) sammenlignet to grupper sykepleiere, der den ene vedvarende arbeidet med kvalitetsforbedring og den andre ikke. Å være opptatt av fag, fagutvikling og å være med i forskningsprosjekt ble høyt rangert som fremmede faktorer for å arbeide kunnskapsbasert. Spørreundersøkelsen til Egerod og Hansen (9) konkluderte med at bruk av kliniske retningslinjer i det daglige arbeidet var en velegnet måte å veilede sykepleiere i å arbeide kunnskapsbasert på.

Ledelse

Cochranes Effective Practice and Organisation of Care groups systematiske oversikt (11) så på hvilke faktorer ved organisato-

TABELL 2: : Matrise over inkluderte studier

Forfatter (Publ.år)/ Tittel/land	Studiedesign og metode	Studiestørrelse	Resultater
Cheater F et al. (2009)/	Systematisk oversiktsartikkel Kvantitativ / kvalitativ	15 studier inkludert	Studiene viser at tiltak rettet mot identifiserte barrierer kan forbedre praksis. Det er vanskelig å si om alle barrierer er kartlagt og om det er barrierer på individ eller organisasjonsnivå som er mest fremtredende. Det påpekes likevel at lokale barrierer bør kartlegges.
Doumit G et al. (2009)/	Systematisk oversiktsartikkel RCT- studier	12 studier inkludert	Opinionsledere kan være effektive for implementeringsprosessen. Opinionsledere som ble identifisert av personalet hadde større påvirkning enn opinionsledere som var forutbestemt. Mer kunnskap om innflytelsen til opinionsledere etterspørres.
Foxcroft D & Cole N (2009)/	Systematisk oversiktsartikkel Retrospective case study design (alle 7 inkluderte studier)	I utgangspunktet var det ingen studier som møtte inklusjonskriteriene. Etter at inklusjonskriteriene ble endret ble 7 studier inkludert	Infrastrukturer har betydning, men det er vanskelig å si hva som er den beste intervensjonen for å implementere KBP. Det er nødvendig med mer forskning der man prøver ut ulike implementeringsstrategier.
Egerod I & Hansen G M (2005)/Danmark	Kvantitativ/ Tverrsnittsdesign. Spørreskjema	Spørreskjema ble sendt til 33 avdelings- sykepleiere og 51 kliniske sykepleiere., fordelt på 28 avdelinger på danske sykehus. 81% svar	Kliniske sykepleiere som blir kontinuerlig utdannet får økt status.KBP basert på bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer forbedrer den faglige kvalitet og gjør at sykepleiere arbeider forskningsbasert.
French B (2005)/England	Kvalitativ Observasjonsstudie	3 grupper satt sammen fra ulike organisasjoner. Antall deltakere varierte fra 11–25 i hver gruppe. De hadde 3 møter over 4 mnd.	Det er viktig : - å ha kompetanse i å anvende forskning i praksis. - å få frem verdiene, preferansene og arbeidsmetodene til interessentene. - å identifisere organisatorisk struktur og ledelse. - å utdanne de som skal ha spesielle roller i implementeringsfasen til en KBP. - at sykepleiere som arbeider med å utvikle retningslinjer får støtte fra ledelsen.
Gale B V & Schaffer M A (2009)/USA	Kvantitativ Spørreskjema	Et ikke randomisert utvalg av kliniske sykepleiere og sykepleieleidere, fra 8 akuttmottak 72 kliniske sykepleiere og 20 sykepleieleidere deltok 21,5 % svar: 41 % av lederne og 7,5 % av kliniske sykepleiere	Det er nødvendig å sette av tid til å lære opp sykepleiere i anvendelse av KBP. Fordelene for pasientpleien må synliggjøres. Det er en forutsetning å ha tilgang til databaser og tidskrifter. Ledere må støtte de ansatte i å arbeide kunnskapsbasert. Det er nødvendig å involvere lederne for å få til en vellykket implementering. Ansatte bør delta i diskusjonen, planleggingen, prosjekteringen, gjennomføringen og evaluering av implementeringen.
Hommelstad J & Ruland C M (2004)/Norge	Tverrsnittsstudie Spørreundersøkelse	159 operasjonssykepleiere 51% svar	De miljømessige barrierer viser seg å være dominerende. De mest beskrevne barrierene: -er at litteraturen ikke er lett tilgjengelig -er mangel på tid -er mangel på støtte fra legene -er mangel på egnede lokaler -at det er vanskelig å forstå forskningslitteratur

Forfatter (Publ.år)/ Tittel/Land	Studiedesign og metode	Studiestørrelse	Resultater
Nagy S et al.(2001) / Australia	Kvalitativ/ Kvantitativ Intervju/ Spørre- skjema	12 sykepleiere ble intervjuet 816 sykepleiere svarte på spørre- skjema 65% svar	Det identifiseres 6 faktorer som sykepleiere anser nødvendig for utviklingen av KBP. 1. Organisasjonen , arbeidsmiljø og ledelse må være støttende til KBP 2. Sykepleiere må forstå verdien av KBP for pasientpleien 3. En KBP krever ferdigheter i lesing og vurdering av forskning 4. Det må finnes klinisk relevant forskning 5. Det kreves kjennskap til forskningsspråk og statistikk 6. Det kreves beskyttet tid til å arbeide med KBP
Novak D, Dooley S & Clark R (2008)/USA Kvalitativ	Kvalitativ Individuelle intervju og fokusgrup- pediskusjon	9 personer ble intervjuet. Etter intervjuet deltok 7 av de 9 i fokusgrup- pediskusjon Alle 9 fikk anledning til å komme med tanker og ideer som oppfølging til intervju og fokusgruppe, skriftlig og anonymt.	For å få til en KBP anbefales det å: - bygge et miljø på postplan med tverrfaglige team som generer «Bestpraksis» initiativer - etablere Web-baserte internetressurser - ha forskningstilretteleggere (Champions) til å skape en best- praksis kultur - utvikle en klar forståelse av nåværende praksis og grad av beredskap for endring - ha dialog med personalet for å registrere graden av engasjement og samle inn gode ideer - vurdere i hvilken grad sykepleiere har eierfor- hold og tar ansvar for å oppdatere klinisk praksis, gitt de konkurrerende krav til daglig arbeid. - etablere anerkjennelse og belønningssystem for gjennomføring av kliniske kunnskapsbaserte prosjekter - sette av strategiske midler til gjennomføring
Stelter C B et al.(2009) / USA	Kvalitativ/ Kvantitativ- Tverrsnitts- design. Intervju; individuell + fokus/ Spørre- skjema/ Feltstudie - observa- sjon/ Dokumen- tasjonsana- lyse	To forskjellige sykehus i USA ble valgt ut for å se på motsetninger. Et «rolle- modellsykehus» som har implementert KBP i større skala, og et «nybegyn- nersykehus» som er tidlig i fasen i å integre KBP. Fokus på fagområdet sykepleie og sykepleiere: Antall fokusintervju: 9+5 (antall delta- gere 27 + 14) Antall intervju m ledere: 30+29 (antall deltagere: 26 + 28) Gruppeobservasjoner: 8 grupper (5+3) 90 deltakere(74+16) KBP dokumenter ble identifisert. Spørreundersøkelse av kliniske syke- pleiere. Svar: 34% + 20% Spørreundersøkelse av ledere. Svar: 56% + 50%	For å få til en KBP anbefales det å: - ha nøkkelpersoner som leder endringsarbeidet - skape et miljø som er mottagelig for KBP. - identifisere motstand i organisasjonen. - stimulere til et aktivt engasjement fra formelle og uformelle ledere på alle nivå av organisasjonen - et stimulerende miljø for nøkkelpersoner som leder endringene - ha en stor andel av sykepleiere med høyere utdanning og sykepleiere / ledere med kompe- tanse innen KBP - ha eksplisitt støtte fra toppledelsen i organisa- sjonen som bør ha en strategisk visjon og ikke et sporadisk og periodevis engasjement - utvikle en strategisk plan for implementerings- prosessen
Wallin L, et al. (2003)/Sverige	Kvantitativ Spørreun- dersøkelse	154 sykepleiere	For å få til en KBP anbefales det å: - øremerke tid - utdanne og kurse personalet i anvendelse av forskning - ha tilgang til nødvendige databaser/tidsskrift - få hjelp fra bibliotekar ved litteratursøk - være med i forskningsprosjekt

risk infrastruktur som fremmet implementering av kunnskapsbasert praksis. Organisatorisk infrastruktur kunne ifølge forfatterne være handlingsplan og verdigrunnlag, arbeidsmønster, forskning og fagutviklingsprogram, kliniske utviklingsprogram/stige med mer. Studiene fikk frem betydningen av organisatorisk infrastruktur ved implementering av KBP og viktigheten av å evaluere prosjekter nøye og bruke robuste studiedesign.

Oversiktsartikkelen til Doumit og Gattellari (12) inkluderte 12 RCT-studier. Forfatterne så på om bruk av rollemodeller (opinionsledere) hadde effekt for å bedre klinisk praksis og pasientbehandling. Fire av studiene sammenlignet bruk av rollemodeller alene mot en ikke intervensjon kontrollgruppe. I åtte av studiene sammenlignet de bruk av rollemodeller med andre intervensjoner som audit og feedback, forelesninger/undervisning og utlevering av informasjonsmaterieill. Det ble konkludert med at bruk av rollemodeller kan være effektivt for å fremme ønskelig adferd.

Den kvalitative studien til French (13) fremhevet at det ikke var nok å lære sykepleiere å håndtere informasjonen, men at de også måtte få redskaper til å implementere forskningsresultatene til egen praksis. Studien påpekte også at spesielt leger påvirker hvilke tiltak sykepleierne iverksetter i sitt praktiske arbeid. Videre hadde organisering av klinikken og ledelsesstruktur betydning. De foreslo derfor at man identifiserer organisasjonens kompleksitet og ledelsesstruktur for å legge til rette for implementering. Støtte fra ledelsen var en sentral faktor som ble presisert i flere av studi-

ene (5,6,8,10,13).

Den kvalitative studien til Novak, Doodley og Clark (8) konkluderte med at det å bygge en «grasroteffekt» på postplan med tverrfaglige team kan ha betydning for implementeringen. De fremhevet videre betydningen av å begynne oppbyggingen av arbeidet i den kliniske virksomheten med vedvarende organisatorisk støtte.

DISKUSJON

Ut ifra de inkluderte studiene i denne oversikten er det vanskelig å gi noen klare føringer. Det er få studier som har sett på effekt av tiltak for implementering av KBP. Flere av studiene er små med lite robust design. Det går likevel igjen at tiltak rettet mot lokale barrierer, kartlegging av ressurser, kompetanseheving og

ritet til å endre praksis og utilstrekkelig kompetanse til å lese og vurdere forskningslitteratur.

Mangel på samarbeid med legene oppgis også som en barriere for å jobbe kunnskapsbasert. Sykepleierne støtter seg ofte til hva legene anbefaler (13). Å kunne diskutere kunnskapsgrunnlaget for våre avgjørelser i klinisk praksis vil kunne styrke sykepleieutøvelsen. Ved at sykepleierne har denne kompetansen vil sykepleiefaget bli mer synliggjort og kunnskapsbasert.

Ressurser

Å legge til rette for og gi tid til at sykepleiere lærer seg KBP samt får mulighet til å endre praksis er av betydning (5,6,7). Når man planlegger å innføre en praksis som er kunnskapsbasert, må man sørge for tilgang til data-

” For at sykepleiere skal kunne se nytten av forskning i praksis er det en fordel at forskningen er klinisk orientert.

ledelse har betydning.

Barrierer

Vi kan ut fra resultatene av de inkluderte studiene si at det er av betydning å identifisere lokale barrierer og at det er viktig å sette inn tiltak på flere ulike nivå. Barrierene kan kartlegges gjennom for eksempel intervju, spørreskjema, fokusgrupper med mer.

I Norge har man gjort en kartleggingsstudie av barrierer blant operasjonssykepleiere (14). Resultatene fra denne studien samsvarer med resultater fra internasjonale studier (4,5,6), som viser at viktige barrierer for bruk av forskningskunnskap kan være liten tid til implementering av ny kunnskap, mangel på auto-

baser og tidsskrifter. Disse gir bakgrunnskunnskap og hjelper oss til å svare på spørsmål knyttet til endring i praksis. I tillegg må man sette av tidsressurser til gjennomføringen (5). Den økende tilgangen til internett på arbeidsplassene og den nasjonale satsningen på fri tilgang til Helsebiblioteket gir helsepersonell gode muligheter til å kunne søke etter relevant forskning, og få adgang til systematiske oversikter og artikler i fulltekst. Både i opplæringsfasen og i gjennomføringsfasen er bibliotekarer en viktig ressurs for å kunne søke etter relevante studier (7). Studiene viser også at man trenger økonomiske ressurser for å anskaffe utstyr, utvikle webbaserte internettressurser og opprette stillinger eller utvikle

ressurspersoner i KPB (7,8).

Kompetanse

For å kunne implementere KBP i en organisasjon må man utdanne personalet og øke deres ferdigheter og kompetanse innenfor dette feltet. Ferdigheter i å stille fokuserte spørsmål, søke etter forskning og kritisk vurdere forskning har betydning for å kunne jobbe kunnskapsbasert. Dette øker også sykepleiernes evne til å påvirke i organisasjonen, noe som igjen er av betydning for å implementere KBP. Ferdigheter i litteratursøk handler om å kunne bygge opp en effektiv søkestrategi og finne relevant litteratur som man kan stole på (5,6,10,13).

Å tilegne seg ferdigheter i kritisk vurdering av forskning

enkelte pasientsituasjon. Dette kan gi de ansatte mulighet til å praktisere en kunnskapsbasert praksis, uten å ha inngående kompetanse i den kunnskapsbaserte praktiske prosessen (1). Dette kan være en god strategi på kort sikt for å fremme kunnskapsbasert praksis. På lengre sikt er det likevel viktig at kliniske sykepleiere har denne kompetansen slik at det kan foregå en kontinuerlig fagutvikling.

Ledelse

Kunnskapsbasert praksis må utvikles i samarbeid med de som styrer de organisatoriske ressursene. Sammen med behovet for bedre ferdigheter i KBP blant sykepleiere er det behov for at lederne har nødvendig

å etablere anerkjennelse – og belønningssystemer i organisasjonen for å gjennomføre kunnskapsbaserte prosjekter. De mener også det er viktig å skape oppmerksomhet rundt eksempler på bedre pasientomsorg. Wallin et al. (7) påpeker at ledere bør skape forutsetninger og rutiner for feedback på individuelt, gruppe- og organisasjonsnivå.

Anstrengelser for å endre en organisasjon til å implementere KBP, krever et proaktivt ekte engasjement av formelle og uformelle ledere på alle nivå i organisasjonen (10).

Det kan diskuteres om resultatene fra de inkluderte studiene kan generaliseres til norske forhold. Flere av studiene er utført i USA og Australia, der helsetjenesten er bygget annerledes opp. Noen av studiene er imidlertid fra Skandinavia og resultatene er ganske sammenfallende. Det er imidlertid viktig at vi i fremtiden implementerer KBP på en systematisk måte som kan evalueres og generere ny kunnskap på området.

KONKLUSJON

Forskning på implementering viser at intervensjoner rettet mot ledelse og organisatoriske infrastrukturer, samt tiltak mot lokale barrierer synes å ha betydning for å lykkes. Funnene fremhever videre betydningen av å inneha tilstrekkelig kompetanse til å kunne lese og forstå forskning. For at sykepleiere skal kunne se nytten av forskning i praksis er det en fordel at forskningen er klinisk orientert og har betydning for pasientpleien. For å fremme bruken av kunnskapsbasert praksis vektlegges i tillegg positive og resultatorienterte ledere.

” ” Pasientene har mer kunnskap og innflytelse enn noen gang.

er utfordrende for mange sykepleiere. Det er nødvendig med opplæring og trening. Disse studiene forteller lite om hvordan man rent praktisk skal organisere kompetansehevingen, og det er behov for mer forskning på dette feltet. Man kan diskutere om alle sykepleiere i en institusjon trenger inngående kunnskap om KBP. Det vil i tilfelle være et stort økonomisk løft. Alternativt kan man utdanne det Novak et al. og Wallin et al. kaller for «champions» eller ressurspersoner i klinikken (7,8).

Sykehus bør ha retningslinjer, prosedyrer, beste praksis og anbefalinger av høy kvalitet som inkluderer forskningsresultater. Disse bør brukes av de ansatte slik at de kan ta velinformerte avgjørelser i den

kompetanse og trening innen endringsledelse. Å implementere KBP handler i stor grad om endringsledelse (6). Å involvere lederne på de ulike nivåene innenfor organisasjon kan gjøre dem til viktige pådrivere for en vellykket implementering (5).

For å skape delaktighet er det viktig at sykepleierne deltar i diskusjonene, planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av praksis (5). Ifølge studien til Nagy et al. (8) bør ledelsen demonstrere sin støtte åpenlyst og skape et miljø hvor sykepleiere blir oppmuntret til aktivt å være med i beslutningsprosesser. Gale og Scaffier differensierer hvordan støtten gis til de som er uerfarne og erfarne i sykepleiefaget (5).

Novak, Doodley og Clark (8) viser til at det kan være nyttig

Vi ønsker å takke styringsgruppen for implementering av kunnskapsbasert praksis ved styreleder Marie Bruheim, helsefaglig rådgiver, Oslo Universitetssykehus, Radiumhos-

pitalet for å være initiativtaker og pådriver for implementeringsprosjektet. Takk også for samarbeidet med senteret for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Til slutt en stor

takk til assisterende avdelings- sykepleier Sigri H. Winterbo som har tatt ansvar for drift av sengeposten slik at det har vært mulig å frigjøre tid til å skrive denne artikkelen.

REFERANSE

1. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinar LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund 2007.
2. Granger BB. Organizational readiness for evidence-based practice. *Journal of Nursing Administration* 2008;29:91–7.
3. Wallace MC, Shorten, Russell KG. Paving the way: Stepping stones to evidence-based nursing. *International Journal of Nursing Practice* 1997;3:147–52.
4. Cheater F, Baker R, Gillies C et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
5. Gale BV, Schaffer MA. Organizational readiness for evidence-based practice.

- Journal of Nursing Administration* 2009;39:91–7.
6. Nagy S, Lumby J, McKinley S, Macfarlane C. Nurses' belief about the conditions that hinder or support evidence-based nursing. *International Journal of Nursing Practice* 2001;7:314–21.
 7. Wallin LA, Bostrøm M, Wikblad K, Ewald U. Sustaining ability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 2003;41:509–18.
 8. Novak D, Doodley, Clark R. Best practices: understanding nurses perspectives. *Journal of Nursing Administration* 2008;38:448–53.
 9. Egerod I, Hansen GM. Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. *Journal of Advanced Nursing* 2005;51:465–73.
 10. Stetler CB, Ritchie JA, Rycroft-Malone J, Schultz AA, Charns MP. Insti-

- tutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change. *Implementation Science* 2009;4:1–19
11. Foxcroft D, Cole N. Organisational infrastructures to promote evidence based nursing practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3.
 12. Doumit G, Gattellari M, Grimshaw J, O'Brien MA. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1.
 13. French B. Contextual factors influencing research use in nursing. *Views on Evidence-Based Nursing* 2005;2:172–83.
 14. Hommelstad J, Ruland CM. Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use. *AORN Journal* 2004;79:621–634.

Krever motivert ledelse

› Det er behov for konkrete eksempler på hvordan man kan gjennomføre kunnskapsbasert praksis.



Av Ellen-Anne Alvin

Sykepleiefaglig rådgiver, Klinikk for medisin, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Litteraturstudien til Sandvik og medarbeidere beskriver viktige elementer for implementering av kunnskapsbasert praksis (KBP). Resultatene av studien deles inn i fire hovedområder: Betydningen av barrierer, tilgjengelige ressurser, fagutvikling og ledelse. Å sikre at sykepleiere tar faglige avgjørelser basert på systematisk innhenting av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i gitte situasjoner er viktig. Det vil ha betydning for pasientens behandling, videre oppfølging og samhandling. Erfaringer fra praksis viser at sykepleierne ønsker å ha muligheten til å fordype seg i et tema og vurdere egen praksis, men at det ikke er godt nok tilrettelagt for dette.

Studien beskriver særlig to elementer som er viktig for implementeringen: Tilgjengelige ressurser og ledelse. For at KBP skal bli en del av hverdagen er

det viktig at dette er godt tilrettelagt i en enhet. Dermed blir ledelsesaspektet en viktig strategi. Å innføre KBP krever velvilje og motivasjon hos ledere.

Det kan være ulike modeller for å implementere KBP. Fra egen praksis har vi erfaring med innføring av «Kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis». Denne modellen har fokus på bruk av forskning i vurdering av egen praksis. Et av de viktigste aspektene for å lykkes med implementeringen var nettopp ledelsesforankring. Som artikkelen beskriver har lederne en viktig rolle i organisering og tilrettelegging av nødvendige ressurser.

Artikkelen fremhever videre betydningen av at sykepleiere innehar tilstrekkelig kompetanse til å kunne lese og forstå forskning. Dette forutsetter opplæring og trening i å søke etter og kritisk vurdere aktuell forskning. For at forskningen skal oppleves

nyttig er det viktig at den er klinisk orientert og har betydning for pasientpleien. Dette stemmer overens med egen erfaring. I «Kliniske fagringer» resulterte arbeidet i utarbeidelse av pasientprosedyrer og veiledende behandlingsplaner.

De fire hovedområdene som beskrives i studien er kjent fra egen praksis. For å gå i gang med implementeringen av KBP savner man konkrete eksempler på hvordan dette praktisk kan gjennomføres. Vi støtter artikkelens oppfordring om at det bør forskes videre på dette området.

Takk til Sykepleiefaglig rådgiver ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, Tove Mosvold for gode innspill.

Les artikkelen på side 160





Sykepleien vant designpris

Sykepleien vant pris for beste design i Fagpresseprisen 2011.

Juryens la vekt på god mal og solid gjennomføring i sin begrunnelse. Den norske Fagpresses foreningen har ca 230 medlemsblader.

Sykepleien fikk også hederlig omtale i kategorien markedspris.



Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Sammenhengen mellom psykiske lidelser og rusmisbruk er godt dokumentert, men psykiatriske avdelinger har tradisjonelt fraskrevet seg ansvaret for pasienter med dobbeltdiagnose. Med rusreformen fikk rusmiddelmisbrukere pasientrettigheter på linje med alle andre pasienter, og reformen skulle bidra til å gi bedre tjenester og behandlingsresultater.

Hensikt: Å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger har erfart sin kliniske

hverdag etter rusreformen.

Metode: Studien har et deskriptivt og eksplorative design. Datainnsamlingen ble gjennomført i 2009 ved hjelp av fokusgruppeintervju med fire deltakere. Lyddoptak av intervjuet ble transkribert i sin helhet og analysert i tråd med en fenomenologisk hermeneutisk metode.

Funn: Etter rusreformen har deltakerne erfart et økt fokus på rus, større pågang av pasienter som bruker rusmidler, samt at pasientgruppa

ble bedre ivaretatt i de psykiatriske avdelingene. Samtidig opplevde de egen kunnskap i forhold til pasientgruppa som mangelfull, og mente i tillegg at kompetanseheving i forhold til rus ble nedprioritert. Mangel på behandlingsplasser, tid og personell var faktorer som bidro til en opplevelse av ikke å kunne gi pasientgruppen et tilfredsstillende tilbud.

Konklusjon: Endringene sykepleierne har erfart kan tolkes som en opplevelse av ikke å strekke til, hverken på system- eller individnivå.

ENGLISH SUMMARY

Changes for nurses after the reform of health services for people living with substance abuse

Background: The correlation between mental illness and substance abuse is well documented. Traditionally, psychiatric wards have disclaimed the responsibility concerning patients who suffer from dual diagnosis. The substance abuse reform was meant to give people living with substance abuse the same rights as all other patients, and to contribute to better services and therapeutic results.

Objective: To contribute to increased knowledge on how nurses in psychi-

atric wards have experienced their practice following the reform.

Methods: The study has a descriptive and explorative design. Data were collected in 2009 by focus group interviews of four individuals. The recorded interview was transcribed verbatim, and analysed using a phenomenological hermeneutic approach.

Findings: After the reform, the participants have experienced an increased focus concerning substance abuse, an influx of in-patients using substances and an improvement of dual diagnosis services in psychiatric wards. At the same time, they experi-

enced a lack of knowledge regarding dual diagnosed patients, and claimed that competence elevation was downgraded. The lack of available services, time and personnel are all factors that contributed to a feeling of not being able to offer satisfactory services.

Conclusion: The changes the participants have experienced can be interpreted as a feeling of not being able to offer a satisfactory service, both as an individual and as part of a system.

Key words: nursing, health care, mental health, substance abuse, focus group, qualitative study

» Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen

Forfattere: Knut Tore Sælør og Stian Biong

NØKKELORD

- Sykepleie
- Helsetjeneste
- Psykisk helse
- Rusmiddel
- Fokusgrupper
- Kvalitativ studie

INTRODUKSJON

Med rusreformen, som ble endelig iverksatt 1. januar 2004, overtok spesialisthelsetjenesten ansvaret for rusbehandling. Samtidig fikk rusmiddelmisbrukere pasientrettigheter på linje med andre pasienter. Reformen beskrives som betydelig, og skal bidra til å gi bedre tjenester og behandlingsresultater (1).

At psykiske lidelser og rusmisbruk ofte forekommer samtidig er godt dokumentert (2-5). Landheim, Bakken og Vaglum fant at 41 prosent av rusmiddelmisbrukere i rusmiddelbehandling tidligere hadde mottatt behandling i psykisk helsevern (6). Fra psykisk helsevern er det funnet udekket behov for rusbehandling hos 51 prosent av pasientene som sliter med rusmiddelmisbruk i tillegg til sin psykiske lidelse (7). Samtidig har psykiatriske avdelinger ofte fraskrevet seg ansvaret for denne pasientgruppen. Pasientene

har tilsynelatende ikke fått et tilfredsstillende tilbud hverken i russektoren eller psykiatrien, og har vært kasteballer mellom to separate systemer (3,8- 11).

I rusreformen pekes det på behovet for å styrke døgnbehandlingstilbudet til gruppen i det psykiske helsevernet. Samtidig skal reformen bidra til å redusere ansvarsfraskrivelse og gråsoneproblematikk, og man peker på behovet for å øke det faglige nivået i behandlingen (1).

Teoretisk referanseramme

Sammenhengen mellom alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk synes veldokumentert (3). Behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose har likevel i liten grad tatt utgangspunkt i kunnskap man har fra feltet (2). Samtidig har det vist seg vanskelig å dokumentere hvorvidt ett tiltak har bedre effekt enn andre (12). Mueser, Noordsy, Drake, og Fox (4) er blant dem som tar til orde for et integrert behandlingssystem, og hevder denne tilnærmingen kan eliminere ulempene ved sekvensiell (å behandle den ene lidelsen før den andre) eller parallell behandling (rusproblemet og den psykiske lidelsen behandles parallelt hos ulike behandlere). I stedet adresserer samme behandlere eller behandlingsteam begge tilstandene samtidig, og forståelsen av hvordan den psykiske

lidelsen og rusmisbruket påvirker hverandre står sentralt. Forfatterne understreker at integrert behandling bare vil være effektiv dersom den omfatter behandlingskomponentene integrasjon, mangfoldighet, aktivt oppsøkende tiltak, reduisering av negative konsekvenser, langsiktighet, motivasjonsbasert behandling og ulike psykoterapeutiske behandlingstilbud. Også Evjen, Boe Kieland og Øiern (3) argumenterer for integrert behandling, og presiserer i likhet med ovennevnte forfattere at denne må nyanseres i forhold til hvilke psykiske lidelser det gjelder. Tidligere studier i

Hva tilfører denne artikkelen?

Studien kan tyde på at sykepleiere opplever at de yter et bedre tilbud til pasienter med dobbeltdiagnose etter rusreformen. Samtidig har de fått oppgaver de ikke opplever seg faglig rustet til å løse.

Mer om forfatterne:

Knut Tore Sælør er sykepleier med mastergrad i klinisk helsearbeid. Han arbeider som spesialsykepleier ved Utredningsseksjon for Unge, Psykiatrisk avdeling, Lier, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF. Stian Biong er sykepleier med doktorgrad i folkehelsevitenskap og ansatt som førstemanuensis ved avdeling for helsefag, Høgskolen i Buskerud. Kontakt: knut.tore.saelor@vestreviken.no

Norge av behandlingsforløp hos personer med rusmisbruk og psykisk lidelse har også vist at behandlingen må være sammensatt av mange komponenter og tilpasses den enkeltes behov (13).

Det som i artikkelen omtales som «rusreformen» består i realiteten av to Odelstingsproposisjoner (1,14). Her omtales disse for enkelthets skyld i entall. Med psykiatriske avdelinger menes ulike døgnposter på spesialisthelsetjenestenivå. Klinisk hverdag refererer til det arbeidet som til daglig utføres av sykepleiere i tverrfaglige team i ulike psykiatriske avdelinger. Dette inkluderer samhandling med pasienter, andre faggrupper og samarbeidspartnere utenfor sykehusavdelingene. Begrepet dobbelt diagnose er som regel brukt der pasienten har en alvorlig psykisk lidelse kombinert med et omfattende rusmisbruk (3). Betegnelsen er til dels omstridt (3,15-18), men er valgt fordi den sammenfaller med terminologien som oftest benyttes i spesialisthelsetjenesten.

Flere evalueringer, undersøkelser og tilsyn er gjennomført i den hensikt å vurdere om målsettingene i reformen er innfridd (19-21). Videre er reformen hyppig omtalt i faglitteratur og offentlige publikasjoner. På tross av dette finner vi gjennom litteratursøk lite forskning som behandler sykepleieres opplevelse av hvordan rusreformen påvirker deres kliniske hverdag. Både som premissleverandører og fagutøvere utgjør sykepleierne en viktig del av dagens tverrfaglige helsevesen. Skal samarbeid, kompetanse og holdninger bedres må alle aktører inkluderes. Hensikten med studien er derfor å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger erfarer sin kliniske hverdag etter rusreformen. For å belyse

problemstillingen er følgende forskningsspørsmål utarbeidet: Hvordan opplever sykepleiere i psykiatriske avdelinger at deres kliniske hverdag har endret seg etter rusreformen?

METODE

Bruk av kvalitative metoder er hensiktsmessig der problemstillingen er sammensatt og med et mangfold av potensielle svar (22). Samtidig brukes kvalitative studier ofte i den hensikt å øke oppmerksomheten og forståelsen av et fenomen som fra før er lite utforsket (23). Da problemstillingen i liten grad er beskrevet tidligere fikk studien et deskriptivt og eksplorerende design.

Utvalg

For å ivareta en god gruppedynamikk (22,24) ble sykepleiere som i størst mulig grad hadde samme arbeidsoppgaver og ansvarsområde i avdelingene invitert til å delta. I tillegg måtte eventuelle deltakere ha jobbet ved psykiatriske avdelinger lenge nok til å ha erfart hvilken påvirkning rusreformen hadde hatt i egen klinisk hverdag.

I utgangspunktet meldte seks deltakere seg til studien. På kort varsel måtte to melde avbud. Av hensyn til de andre deltakerne ble datainnsamlingen gjennomført som planlagt. De fire deltakerne besto av én kvinne og tre menn. De hadde arbeidserfaring som strakk seg fra året før reformen ble iverksatt, til 25 års erfaring fra psykiatriske avdelinger. Da intervjuet ble gjennomført var de ansatt ved tre ulike sykehusavdelinger på et sykehus i østlandsområdet. For å sikre deltakerne konfidensialitet beskrives ikke ytterligere karakteristikker.

Etiske overveielser

Studien ble meldt til Person-

vernombudet for forskning, og godkjent 01.04.09. Deretter ble det aktuelle sykehus kontaktet. I samråd med avdelingsledere presenterte en av forfatterne (KTS) studien for mulige deltakere, samtidig som et informasjonsskriv ble distribuert ved de aktuelle avdelingene. Tre av deltakerne meldte sin interesse gjennom kontaktpersoner ved avdelingene. Den fjerde tok kontakt via e-postadressen i informasjonsskrivet.

Deltakerne sikres konfidensialitet ved at sitater eller uttalelser ikke kan knyttes til bakgrunnsinformasjon. Data er oppbevart og slettet i henhold til personvernombudets retningslinjer. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke ved starten av datainnsamlingen, og deltakerne var kjent med at de til enhver tid kunne trekke seg fra prosjektet uten negative konsekvenser. Etter gjennomføringen av datainnsamlingen ble deltakerne oppfordret til å ta kontakt dersom de skulle ha behov for dette.

Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av et engangs fokusgruppeintervju (heretter kalt intervjuet) med KTS som moderator. Metoden ble valgt fordi den er egnet til å gi mye materiale der hensikten er å undersøke felles erfaringer. Gruppeprosessen bidrar til å få fram nyanser og bredde i dataene, men dette forutsetter en aktiv og åpen moderator som ivaretar deltakerne og sørger for at alle kommer til orde (22,24).

For å få fram deltakernes subjektive opplevelser og bidra til god gruppedynamikk ble intervjuet innledet med studiens forskningsspørsmål som åpnings-spørsmål. Moderator tilrettela deretter for en gruppediskusjon gjennom å stille oppfølgende og

utdypende spørsmål, og ved å henvende seg til alle deltakerne. Samtidig var det moderators oppgave å fokusere intervjuet (25). På forhånd var stikkordene samarbeid, kompetanse og holdninger notert som mulige oppfølgings-tema. Intervjuet ble tatt opp på lydband.

Analyse

Lydopptaket av intervjuet ble transkribert i sin helhet og analysert i tråd med en fenomenologisk hermeneutisk metode (26). Metoden tar utgangspunkt i Ricoeur's fortolkningsteori (27). Målsettingen er å utarbeide en helhetsforståelse av meningen i datamaterialet gjennom en analyse i tre trinn.

Innledningsvis formuleres forsteinntrykket av teksten – den naive forståelsen. Denne skal i størst mulig grad være fri for egne fortolkninger og benytte et fenomenologisk språk nærmest mulig deltakernes eget. Den naive forståelsen leder veien videre i arbeidet, og skal valideres av temaene som utarbeides i trinn to. I trinn to, den strukturelle analysen, blir meningsbærende enheter i teksten markert. Dette kan være en del av en setning, en setning,

flere setninger eller et avsnitt som uttrykker kun én mening. Disse blir først kondensert og så kategorisert i undertema. Undertemaene blir nærmere vurdert og abstrahert i temaer. I trinn tre uttrykkes en helhetlig forståelse av temaene i relasjon til hele teksten. Analyseprosessen harmonerer godt med beskrivelsen av den hermeneutiske spiral, der man pendler mellom helhet, del og ny helhet (28).

FUNN

Naiv forståelse

Deltakerne beskrev økt fokus på rusmisbruk i avdelingene etter at reformen ble iverksatt. Det var flere pasienter med rusmisbruk innlagt enn tidligere, og noen deltakere sa de hadde fått bedre rutiner rundt håndtering av rusbruk, og i større grad enn før møtte pasientene med respekt. Enkelte opplevde at dette gikk på bekostning av pasienter som ikke var rusmisbrukere, blant annet ved at behandlingsplasser hadde gått tapt ved opprettelsen av nye avdelinger for pasienter med dobbeltdiagnose. Deltakerne beskrev at nye ressurser ikke ble tilført, men flyttet fra et sted til et annet. Dessuten mente delta-

kerne at de ikke hadde nok alternative tilbud å erstatte rusbruk med, for eksempel tilstrekkelig med aktiviteter. De hadde også måttet omstille seg i forhold til å tenke mer langsiktig i forhold til pasientene. Dette opplevde de som utfordrende på grunn av tidspress. Flere beskrev at de opplevde behandlingen som lite sammenhengende. Dette mente de skyldes for få behandlingsplasser både på sykehuset og i kommunene. Deltakerne beskrev egen kompetanse på området som mangelfull, og ønsket å lære mer. Samtidig mente de at kompetanseutvikling i forhold til rusmisbruk ble nedprioritert, noe de tilskrev lokal ledelse.

Strukturell analyse

Den strukturelle analysen resulterte i fire tema (se eksempler i tabell 1).

Bedre ivaretatt

Flere av deltakerne opplevde at pasienter med dobbeltdiagnose ble bedre ivaretatt på psykiatriske avdelinger nå enn før reformen. Det ble blant annet pekt på at pasientgruppa hadde fått flere rettigheter, samt at kunnskap og rutiner rundt rus-

TABELL 1: Eksempler fra den strukturelle analysen (trinn to).

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Undertema	Tema
Der også så skorter det jo litt på vår kunnskap, da. Hva slags oppfølging er det mest riktig å tilby? Han kommer ut i kommunen og når ikke de heller sitter inne med siste viten så kan det jo bli litt, om ikke tilfeldig, så i hvert fall ... dårlig, altså av lite kompetanse.	Dårlig tilbud henger sammen med mangel på kunnskap og lite kompetanse om riktig oppfølging både i sykehuset og i kommunen.	Mangel på relevant kompetanse.	Usikkerhet om hvordan man skal tilby helhetlig behandling.
De kursene som jeg har deltatt på, de har jeg fått gjennom kontakter ute, ikke gjennom min egen avdeling. De kursene som jeg blir tilbudt, de er sånne ... tradisjonelle. Implementeringa av rus i psykisk helse, den er fremdeles ikke helt oppe og går, det er litt for mye gamle ting i veggene til at vi slipper helt taket.	Kontakter ute informerer om kurs som oppleves som relevante. Kurs som tilbys gjennom avdelingen erfares som for tradisjonelle. Nye utfordringer møtes på gamle måter. Implementering av rus betyr å slippe taket i det gamle.	Ansattes egen vurdering av behov for kompetanse og ny kunnskap nedprioriteres.	Å være lite verdsatt.

problematikk hadde blitt bedre. Også holdningene opplevdes som endret etter reformen: «Jeg ser at vi møter folk med mye større grad av respekt, vi har akseptert at dette er en del av vår hverdag ... vi ser at tilbakemeldingene fra pasientene er bedre enn før. Vi er på vei mot et bedre, holistisk syn på den pasientgruppa.»

Mangel på ressurser

I dette tema inngikk beskrivelser av mangel på behandlingsplasser, tid og personell som hinder i behandlingen. På tross av ulikheter mellom disse tre faktorene, har de til felles å bli erfart som mangler på systemnivå. Særlig så det ut til at mangelen på behandlingsplasser opptok deltakerne, noe de opplevde kunne gi brudd i behandlingskjeden: «Vi må be dem om det mest håpløse i verden; å dra hjem å vente. Det er tre måneders ventetid. Det er jo det samme som, ikke bare tilbakefall ... da står du der.»

Tidspress og fokus på effektivitet ble også opplevd som utfordrende: «Du får ikke avdekka hva som er psykiatri, og hva som er russymptomer på den korte tida et sånt opphold er, så det er stort sett bare rusen vi ser.»

Helhetlig behandling

Utfordringer knyttet til hvilken behandling man skal tilby pasientgruppa var noe alle deltakerne hadde erfart, og var sammen med forrige tema det som tok mest plass i fokusgruppa: «Det er for dårlig kunnskap om hvordan man skal hjelpe de med rus, rett og slett». En av deltakerne mente at man for lett tyr til medisiner i møte med angst og depresjon, og flere trakk frem aktiviteter som en viktig del av behandlingstilbudet. Samtidig beskrev flere utfordringer i behandlingsrelasjonen: «Jeg vet ikke om folk vegrer seg

på grunn av pasientrettigheter eller hva, men man lar dem rett og slett sove for mye noen ganger.» Den kanskje tydeligste og mest grunnleggende usikkerheten vedrørende behandlingstilbudet kom til uttrykk slik: «Jeg vet ikke om vi er egnet engang jeg, som system, for å ivareta deres behov. Kanskje vi kan komme inn når de har fått dem nyktre? De har fremdeles en tilleggslidelse som er psykisk helse, og så må vi ta det derfra.»

Lite verdsatt

Følelsen av å være lite verdsatt var noe deltakerne hadde opplevd: «Vi må bryne oss på gamle tradisjoner fremdeles. Fremdeles er den beste sykepleieren den som tar psykisk helse». Samtidig var opplevelsen av å bryne seg på gamle tradisjoner noe de også beskrev på vegne av pasientgruppa. Når begge perspektivene inkluderes i samme tema er det fordi deltakerne argumenterte for at de hang sammen. I diskusjonen rundt nedprioritering av ruskompetanse uttalte en av deltakerne: «Jeg tror det handler mye om holdninger ... fremdeles er det holdninger som regjerer, til den pasientgruppa. Fordi det er en annen måte å jobbe på, det er andre utfordringer, og det er andre typer verdier og verdigrunnlag. Man må på en måte akseptere andre menneskers måte å leve på.»

Helhetsforståelse

Med bakgrunn i egen forforståelse, forskningsspørsmålet, den naive forståelsen og de ulike temaene fra den strukturelle analysen ble følgende helhetsforståelse av tekstens innhold formulert: Rusreform – nye utfordringer, og en opplevelse av ikke å strekke til.

DISKUSJON

Hensikten med studien er å bidra

til økt kunnskap om hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger erfarer sin kliniske hverdag etter rusreformen.

Uavhengig av syn på organisering av behandlingstilbudet er det slik at samtlige deltakere har opplevelser knyttet til usikkerhet eller uenighet rundt hvordan man kan tilby adekvat behandling til pasienter med dobbeltdiagnose, og hva den bør inneholde. Skretting (9) påpeker nettopp at organisatoriske endringer i tjenestetilbudet ikke gjør noe med mangelen på ruskompetanse i psykisk helsevern. En strukturreform blir ikke automatisk en innholdsreform. Empirien i vår studie tyder på at holdningen til pasientgruppa er positivt endret, til tross for at deltakerne opplevde å ha for dårlig kunnskap om rusmisbruk. Relevant kompetanseutvikling på området ble nedprioritert, noe deltakerne satt i sammenheng med at holdningene til pasientgruppa fortsatt må forbedres. Beskrivelser av mangel på kompetanse og behov for opplæring kan vi finne både i norsk (29) og internasjonal litteratur (5,30). Vi tror ledere i større grad må erkjenne hvilke faglige, ressursmessige og holdningsmessige utfordringer pasienter med dobbeltdiagnose representerer for sykepleiere. Det ser ut til å være behov for mer målrettet arbeid for å gi sykepleiere den kompetansen de mener de trenger. Men det er også nødvendig å gi dem en opplevelse av at kunnskap knyttet til rusmisbruk er verdsatt.

Deltakernes beskrivelser av egen klinisk hverdag samsvarte i stor grad med utfordringene tilknyttet pasienter med dobbeltdiagnose som gjennom en årrekke har vært presentert i offentlige publikasjoner (18,31-33). Dette var noe av det som overrasket oss i analysen av empirien. Stikk-

ordene samarbeid, kompetanse og holdninger, som hadde blitt notert til diskusjon før gjennomføringen av intervjuet, ble uoppfordret brakt på banen i intervjuet av deltakerne. Empirien tyder på at behandling av pasienter med dobbeltdiagnose fortsatt ser ut til å by på særlige utfordringer for sykepleiere i psykiatriske avdelinger.

Helse- og omsorgsdepartementet slo i 2001 fast at basiskravene til kvalitetssikring bør være de samme i psykisk helsevern som

deltakerne i vår studie. I disse dager er nye nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med en samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse i ferd med å bli slutført. Retningslinjene skal bidra til oppklaring og trygghet for helsepersonell, pasienter og pårørende: «Ruslidelser og psykiske lidelser henger ofte sammen. Derfor skal tjenesteytere ha god kunnskap om begge tilstander. Utredningen og diagnostiseringen skal gjøres ved hjelp av standardiserte verktøy,

pasientgruppa? Skal man lykkes må retningslinjene forplikte og engasjere på alle nivå. Sykepleiere må få anledning til å bli kjent med og diskutere dokumentet, og ikke minst må ledere gi anledning til å følge det opp. Slik kan retningslinjene kanskje bidra til å redusere opplevelsen av ikke å strekke til i utfordringene knyttet til behandling av pasienter med dobbeltdiagnose.

Metodologiske overveielser

Studiens styrke er å belyse sykepleieres erfaringer fra klinisk hverdag etter rusreformen, noe som tidligere ikke har vært gjenstand for noen systematisk undersøkelse. Dette bidrar til å gjøre funnene relevante.

Samtidig har studien flere begrensninger. Vi kunne presentert et bredere teoretisk perspektiv. Det er heller ikke grunn til å hevde at ett fokusgruppeintervju med fire deltakere representerer hverdagen til samtlige sykepleiere på psykiatriske avdelinger. Flere deltakere, fra flere sykehus, eller bruk av flerstegsfokusgruppeintervju, ville ha gitt mer data. Etter å ha gjennomført datainnsamlingen antok vi likevel at vi hadde nok materiale til å besvare forskningsspørsmålet. Dessuten hadde deltakerne, med sine erfaringer fra ulike psykiatriske avdelinger, innblikk i en kultur og hverdag som berører flere enn deltakerne selv. Med utgangspunkt i studiens vitenskapsteoretiske antakelser vil funnenes overførbarhet til syvende og sist være opp til den enkelte leser å vurdere.

KONKLUSJON

Veien fra vedtak om rusreform til endringer i den kliniske hverdagen for sykepleierne i psykiatriske avdelinger synes lang. Deltakerne opplevde likevel at de yter et bedre tilbud til pasienter

” Det er for dårlig kunnskap om hvordan man skal hjelpe de med rus, rett og slett.

i institusjoner for rusmiddelmissbrukere (10). Men rusreformen (1,14) sier lite om hva innholdet i behandlingen bør være, eller hvordan den bør organiseres. Moen påpeker (34), med utgangspunkt i legers erfaringer, at på tross av strengere krav til kvalitetssikring har rusreformen i liten grad ført til enighet om behandlingen av rusavhengighet. Dette ser ut til å være en beskrivelse som også passer for deltakerne i vår studie. Å tilby integrert behandling er én måte å ivareta pasientgruppen i psykiatriske avdelinger på. Dette forutsetter kjennskap til prinsippene for en slik organisering av behandlingen, samt kunnskap om ulike tilnærminger som kan passe den enkelte (13). Skal man lykkes med dette må også ledere ha et ønske om å integrere rusbehandling i tilbudet på psykiatriske avdelinger, og man må gi tilbud om opplæring (4,35).

En litteraturstudie hevder at det nå er på tide med handling, og ikke retorikk, i forbindelse med den aktuelle pasientgruppa (36). Dette er et poeng som ser ut til å være relevant også for

og den psykiske lidelsen og ruslidelsen skal behandles helhetlig og individuelt» (37). Det ser ut til at hverken en stortingsmelding (18), et rundskriv (10) eller rusreform (1,14) har gitt deltakerne i vår studie tilfredsstillende svar på hvordan et integrert behandlingstilbud til pasienter med dobbeltdiagnose bør se ut. Kanskje er det for ambisiøst å forvente at retningslinjer skal gjøre det? Det kan se ut til at faglige og ideologiske motsetninger uansett gjør det vanskelig å komme til enighet omkring hvordan et behandlingstilbud til pasientgruppen bør og skal være utformet.

Nye retningslinjer resulterer neppe i flere behandlingsplasser, bedre tid eller mer personell. Likevel kan man håpe at retningslinjene bidrar til å skape et tydeligere innhold i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose, og sier noe om hvilke tilnærminger det kan være fruktbart å velge i møte med den enkelte. Kanskje kan resultatet bli at kompetanseutvikling i større grad prioriteres, og at sykepleiere etter hvert føler seg mer kompetente i møte med

med dobbeltdiagnose etter rusreformen. Samtidig har de fått oppgaver de ikke opplever seg faglig rustet til å løse, og mener det mangler ressurser for å kunne gi tilfredsstillende hjelp til pasientgrupper. Resultatet av endringene

kan forstås som en opplevelse av ikke å strekke til, hverken på system- eller individnivå. Studiens implikasjon er å peke på behovet for en grundig diskusjon av kunnskapsgrunnlaget og det faglige og ideologiske grunnsynet i behand-

ling av pasienter med dobbeltdiagnose i avdelingene.

Vi ønsker å takke sykepleierne som gjennom sin deltakelse gjorde det mulig å gjennomføre studien.

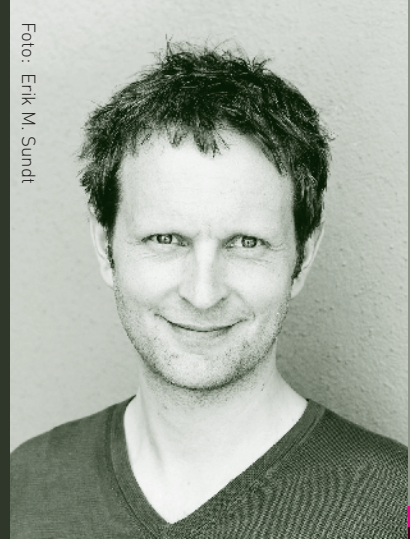
REFERANSER

- Sosialdepartementet.** Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere). Ot.prp. nr. 3 (2002-2003). 2003.
- Ringen, PA.** Substance use in psychotic disorder. Use patterns and relation to clinical and cognitive characteristics in schizophrenia and bipolar disorder. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2008.
- Evjen R, Boe Kielland K, Øiern T.** Dobbel opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
- Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L.** Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
- Rassool, Hussein (Red.).** Dual Diagnosis Nursing. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2006.
- Landheim AS, Bakken K, Vaglum P.** Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. Norsk Epidemiologi 2002;12:309-18.
- Gråwe RW, Ruud T.** Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Oslo: Sintef Helse, 2006.
- Kunnskapscenteret.** Dobbeltdiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling. Rapport nr 25-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsestjenesten, 2008.
- Skretting A.** Fra klient til pasient. Vil den norske rusreformen gi rusmiddelmissbrukere et bedre behandlingstilbud? Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift 2005;22:125-40.
- Helse- og omsorgsdepartementet.** Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmissbruk. Rundskriv, 1-36/2001. 2001.
- Askey, Jane.** Dual diagnosis: a challenging therapeutic issue of our time. Drugs and Alcohol Today 2007;7(4): 33-9
- Cleary M, Hunt GE, Matheson SL, Sigfried N, Walter G.** Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD001088. DOI: 0.1002/14651858.CD001088.pub2.
- Vaglum P.** Psychopathology and Substance Abuse: Clinical Lessons from six Norwegian Studies. Psychiatric Fennica 1996;27:55-67.
- Sosialdepartementet.** Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan). Ot.prp.nr. 54 (2002-2003). 2003.
- Rusbehandling Midt-Norge.** Rus/psykiatriproblematikk: Hvordan sikre god behandling, samhandling og kompetanse i spesialisthelsetjenesten Helse Midt-Norge? Stjørdal: Rusbehandling Midt-Norge, 2005.
- Todd J, Green G, Harrison M, Ikuesan BA, Self C, Baldacchino A, Sherwood S.** Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: some methodological issues. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2004;11:48-54.
- Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L.** Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. Psychiatric Services 2001;52:469-76.
- Sosial- og helsedepartementet.** Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. St.meld. nr. 25 (1996-1997). 1997.
- Lie T, Nesvåg S.** Evaluering av rusreformen. Rapport IRIS – 2006/227. Stavanger: International Research Institute of Stavanger, 2007.
- Lie T.** Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune. Rapport IRIS – 2006/228. Stavanger: International Research Institute of Stavanger, 2007.
- Helsetilsynet.** Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Rapport fra Helsetilsynet 2/2007.
- Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Polit DF, Beck CT.** Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- Kitzinger J.** Qualitative Research: Introducing focus groups. British Medical Journal 1995; 311:299-302.
- Kvale S, Brinkmann S.** Interview. Introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels forlag, 2009.
- Lindseth A, Norberg A.** A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2004;18:145-53.
- Ricoeur P.** Fortolkningsteori. København: Vintens Forlag, 1979.
- Thornquist E.** Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.
- Cappelen TP.** Psykisk helsevern: dobbeltdiagnosepasienter – en interessant målgruppe for sykepleiere! Tidsskriftet sykepleien 2004;92:34-8.
- Hughes E, Wanigaratne S, Gournay K, Johnson S, Thornicroft G, Finch E, Marshall J, Smith N.** Training in dual diagnosis interventions (the COMO Study): Randomised controlled trial. BMC Psychiatry 2008;8 (12) <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/12>
- Norges offentlige utredninger.** Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005:3. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste, 2005.
- Sosial- og helsedirektoratet.** ... OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsestjenesten (2005-2015). Veileder IS-1162. 2005.
- Helse- og omsorgsdepartementet.** Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). 2009.
- Moen SH.** Behandling av rusmiddelavhengighet sett i lys av rusreformen 2004 – en gjøkkunge i helsevesenet? Hovedoppgave. Bergen: Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, 2008.
- Brunette MF, Asher D, Whitley R, Lutz WJ, Wieder, BL, Jones, AM, McHugo, GJ.** Implementation of Integrated Dual Disorders Treatment: A Qualitative Analysis of Facilitators and Barriers. Psychiatric Services 2008;59:989-95.
- Edward KL, Munro I.** Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. International Journal of Nursing Practice 2009;15:74-9.
- Helsedirektoratet.** Psykisk 0409. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.

Kjennskap til rusfeltet gir bedre behandling

› Gjennom rusreformen har psykisk helsevern gjennomgått endringer som har utfordret praksis, holdninger og innhold.

Foto: Erik M. Sundt



Av Jørgen Strand

Avdelingssykepleier, psykiatrisk inn-takspost, Lovisenberg Diakonale sykehus

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen beskriver at sykepleiere i psykiatriske avdelinger er usikre på egen kompetanse og om behandlingsinnhold og -kjede møter brukerens behov. Samtidig sier sykepleierne at de opplever at det er skjedd positiv endring i form av bedre rutiner og at pasientene møtes med større grad av respekt.

På akuttpsykiatriske avdelinger, som jeg kjenner, skal ikke rus være den avgjørende faktor for om pasienten gis et tilbud eller ikke. Sykepleierne er opptatt av å bli godt kjent med rusbildet, fordi det ofte har relevans for diagnostikk, innholdet i og valg av videre behandling. Vi ønsker å snakke med pasientene om hvordan de opplever sitt rusbruk, noe jeg ser på som en betydelig endring fra tidligere. Før ble pasienten kanskje møtt med tilnærmet fordømmelse og avvising av noe som er en sentral del av deres liv, og også av deres psykiske helse. I dag kan sykepleiere bedre se nyanser ved pasientenes rusbruk, hva de opplever som positivt og

negativt med rus. Dette åpner for dialog fremfor u hensiktsmessig grensesetting.

Ved vår avdeling har vi mye kunnskap om helsemessige konsekvenser av rus i et psykiatrisk perspektiv. Samtidig ser vi at det er avdelinger som er flinkere til å hjelpe rusmisbrukere til å ta tak i og endre sitt misbruk av rusmidler. I dette perspektivet kan innleggelse på akuttpsykiatrisk avdeling bidra til at pasienten raskere kommer til enheter som er mer skolerte og erfarne i det å jobbe med rusproblematikk over tid. Hjelpemidlet kunne vært flinkere til å få til gode overganger fra psykiatriske avdelinger og til rusbehandlingsinstitusjoner. Lang ventetid kan slite på pasientens motivasjon, og på de pårørende. Dette mener jeg bør prioriteres videre.

Opplevelsen av at det ikke tilbys nok aktiviteter som kan erstatte rusbehovet kommer frem i undersøkelsen. Dette kjenner jeg igjen fra egen klinisk erfaring, men samtidig er dette en utfor-

dring for alle pasientgruppene. Hverdagen er travel med mange uforutsette hendelser og press på økonomi. Aktivitetstilbudene reduseres for alle innlagte.

Etter reformen skal rusmisbrukere bli møtt og vurdert på lik linje med andre som har behov for psykiatrisk behandling. Jeg mener dette har medført at viljen til og behovet for kompetanseheving har vært stor, men det er mye etterslep som skal hentes inn. Psykisk helsevern prioriterer fagutvikling og forskningsmidler til denne grenen av fagfeltet og jeg mener mange avdelinger har løftet sin kompetanse om rus, misbruk og behandling av misbruk. Samtidig vet jeg også at de ulike helseforetakene prioriterer midler til fagutvikling og forskning, som skal forbedre behandlingen av pasienter med dobbeldiagnoseproblematikk, forskjellig.

Les artikkelen på side 170





Foto: Colourbox

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Det er usikkert om sammenhengen mellom livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt er like sterk hos personer med demens som hos dem uten demens.

Hensikt: Å undersøke sammenhengen mellom livskvalitet, depressive symptomer, funksjonssvikt og grad av demens.

Metode: Opplysninger om 223 pasienter med demens i sykehjem ble innhentet gjennom intervju av pasientenes primærpleiere. Livskvalitet

ble kartlagt med Quality of life in late stage dementia scale (QUALID), symptomer på depresjon med Cornell skala, funksjonsevne med Lawtons ADL skala og grad av demens med Klinisk demensvurdering.

Resultater: Korrelasjonsanalyser viste at livskvalitet var signifikant assosiert til depressive symptomer, grad av demens og tap av funksjonsevne. Spearman's korrelasjon varierte mellom 0,37 og 0,53. En trinnavis lineær regresjonsanalyse viste at fire av fem subskalaer i Cornell ska-

laen, affekt-, adferds-, retardasjon – og syklisk subskala var signifikant assosiert med QUALID-skåren. Den fysiske sub skalaen var det ikke fordi sub skalaene retardasjon og fysisk korrelerte sterkt. Tap av funksjonsevne og grad av demens var også signifikant relatert til redusert livskvalitet.

Konklusjon: Livskvalitet hos personer med demens påvirkes av depresjonssymptomer, spesielt kjerne-symptomer for depressiv lidelse, og funksjonsnivå.

ENGLISH SUMMARY

Quality of life, depressive symptoms and impairment in people with dementia

Background: It is uncertain whether the association between quality of life, the symptoms of depression and impairment of daily living activities is as strong in people with dementia, as in those without dementia.

Objective: To investigate the association between quality of life, the symptoms of depression, impairment of daily living activities and dementia.

Methods: Information about 223 nursing home patients with dementia was collected through interviews with the primary caregivers. Quality

of life was examined using the Quality of Life in Late Stage Dementia (QUALID) scale; symptoms of depression were examined using the Cornell scale; impairment of daily living activities was examined using Lawton's Physical Self-Maintenance Scale (PSMS); and the degree of dementia was examined using the Clinical Dementia Rating scale.

Results: Correlation analysis showed that reduced quality of life was significantly associated with depressive symptoms, functional impairment and dementia. A stepwise linear regression analysis showed that four of Cornell's five sub scales: the mood, behavioural, retardation and cyclic subscales

were significantly associated with QUALID. The physical sub scale was not associated with quality of life in the regression analysis because retardation and physical sub scales correlated highly. Impairment of activities of daily living and degree of dementia are significantly associated to reduced quality of life.

Conclusion: Quality of life in people with dementia is associated with symptoms of depression, especially the core symptoms of depression and level of impairment of activities of daily living.

Key words: quality of life, symptoms of depression, impairment of activities in daily living, dementia.

» Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens

Forfattere: Marit Mjørud, Knut Engedal, Maria Lage Barca, Siri Ytrehus

NØKKELORD

- Livskvalitet
- Depresjon
- Demens
- Kvantitativ studie
- Tverrsnittstudie

INTRODUKSJON

I denne studien har vi sett på hvordan depressive symptomer og funksjonssvikt virker inn på livskvalitet hos personer med demens.

Livskvalitet er et multidimensjonalt begrep som inneholder både subjektive og objektive verdier (1-6), men det er en persons subjektive tolkning av en objektiv opplevelse som virkelig definerer hva livskvalitet er (7). Ulike faktorer påvirker livskvalitet hos personer med demens (8-12), blant annet får de utover i sykdommen problemer med å uttrykke tanker og følelser, og hukommelsen reduseres (13). Dette reduserer personens egen mulighet til selv å beskrive hvordan livet oppleves. Det er derfor viktig at de som arbeider med personer med demens i syke-

hjem har kompetanse om hva som kan påvirke livskvaliteten til denne pasientgruppen (14).

Mange studier viser at det er sammenheng mellom depresjon og livskvalitet (15-17). Det er imidlertid usikkert om sammenhengen mellom depressive symptomer og livskvalitet er like sterk hos personer med demens som hos dem med normal kognisjon. Det er flere grunner til dette. Depresjon hos personer med demens kan forårsakes av patologiske endringer i hjernen på grunn av demensutvikling (18-20). I tillegg kan den kliniske manifestasjonen av depresjon ved demens være annerledes enn hos dem uten demens. Depressive symptomer som angst, irritabilitet, agitasjon og manglende glede og motivasjon til å delta i aktiviteter er hyppig forekommende hos personer med demens (18, 21-24). De typiske depressive symptomene som følelse av håpløshet og skyldfølelse er mindre til stede (19, 25). Dette kan blant annet skyldes at pasienter med demens, særlig av moderat til alvorlig grad, har problemer med abstrakt tenkning, hukommelse og språkforståelse. På grunn av disse problemene er

det også vanskelig å vurdere livskvalitet hos denne gruppen (9, 26).

Det er videre usikkert i hvor stor grad svikt i evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter virker inn på livskvalitet hos personer med demens. Flere studier har funnet at det ikke er sammenheng mellom livskvalitet og grad av funksjonssvikt

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelens hovedfunn viser at depressive symptomer og grad av funksjonssvikt påvirker livskvalitet hos personer med demens.

Mer om forfatterne:

Marit Mjørud er sykepleier, mester i klinisk helsearbeid og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Knut Engedal er psykiater og professor ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, geriatrisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, avdeling Ullevål. Maria L. Barca er psykiater og postdoktor stipendiat ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, geriatrisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, avdeling Ullevål. Siri Ytrehus er professor ved avdeling for helsefag, Høyskolen i Buskerud. Kontakt: marit.mjorud@aldringoghelse.no.

blant personer med demens (10, 16, 27), mens andre studier finner at det er en sammenheng (6, 11, 28). I de ulike studiene ser man en tendens til at det oftere er sammenheng mellom funksjonsnivå og livskvalitet hos personer med demens når en annen enn pasienten gir informasjon. Denne sammenheng ser man ikke i like stor grad dersom informasjon om livskvalitet og funksjonssvikt er selvrapporert (8, 26, 29). Problemstillingen om sammenheng mellom livskvalitet hos personer med demens og depressive symptomer, funksjonssvikt og grad av demens er fortsatt aktuell. Ifølge dette er hensikten med studien er å undersøke om livskvalitet hos personer med demens er påvirket av depressive symptomer, grad av svikt i evnen til å utføre aktiviteter i dagliglivet (activities in daily living, ADL) og grad av demens.

METODE

Pasientene

I denne undersøkelsen er data fra 223 sykehjemspasienter med demens inkludert. Utvalgskriteriene for deltakelse var at pasientene hadde hatt fast opphold i sykehjem, hadde bodd der i minst fire uker og at det forelå samtykke til å delta.

Deltakerne var undersøkt tidligere i tre ulike tverrsnittsundersøkelser: I studie A ble Cornell skala testet for reliabilitet og validitet i norske sykehjem og sykehus. Fra denne studien inkluderte vi 29 pasienter fra ett sykehjem (30). Fra studie B inkluderte vi 84 pasienter fra to sykehjem som var med i et prosjekt i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (Mjørud et al, upublisert). Fra studie C inkluderte vi 110 pasienter fra syv sykehjem

(Røen I, 2009) (31) som var med i prosjekt i regi av Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehuset Innlandet. Alle data ble samlet inn mellom 2008 og 2009.

Datainnsamlingen

To forskningssykepleiere som hadde fått opplæring og trening i bruk av skalaene som ble benyttet i datainnsamlingen intervjuet pasientens primærpleiere for utfylling av skalaene. Følgende skalaer, som beskriver pasientene ble benyttet:

Quality of life in late stage dementia scale (QUALID) (9) måler livskvalitet hos personer med demens. Den består av 11 ledd, som alle beskriver en type observerbar adferd. Pasientens primærpleier blir bedt om å vurdere pasientens adferd på de 11 leddene den siste uken. Hvert ledd har fem svaralternativer, fra sjelden til mesteparten av dagen. Minimum skåre er 11 poeng, som indikerer god livskvalitet. Maksimum skår er 55 poeng, som indikerer dårlig livskvalitet. QUALID er oversatt til både svensk og norsk etter standard prosedyre med frem- og tilbakeoversettelse, og har vist seg å være et pålitelig verktøy (31, 32).

Clinical Dementia Rating Scale/Klinisk Demens Vurdering (CDR/KDV) (33) er et graderingsverktøy for demens. Seks områder kartlegges: hukommelse, orienteringsevne, problemløsning, samfunnsaktiviteter, hjemmemiljø og personlig omsorg. Leddene skåres fra 0-3, hvor 0 er helt frisk, 0,5 er mulig svikt, 1 er mild, 2 moderat og 3 alvorlig svikt. Demens ble definert som en skåre på KDV på 1 eller høyere. Andre studier i sykehjem

viser at det er høyt samsvar mellom klinisk demensdiagnose og en KDV-skåre på 1 og høyere (34). Totalskåren er som for de seks kategoriene 0, 0,5, 1, 2 og 3 og indikere ingen kognitiv svikt, mulig demens, mild, moderat og alvorlig grad av demens. Man kan også regne ut totalskåren som da vil variere fra 0 til 18. Ifølge flere tidligere undersøkelser er det høygradig korrelasjon (Pearson r 0,9) mellom den kategoriske skåren og totalskåren (15, (35)). I vår studie var Spearman's rho 0,91 mellom KDV kategorisk skåre og totalskåren.

Cornell scale for depression in dementia (Cornell) (36) er den mest brukte skalaen til vurdering av depressive symptomer hos personer med demens. Skalaen består av 19 ledd. Det er tre mulige svarverdier, 0, 1 og 2 avhengig av hvor ofte symptomene er til stede. Det er også et fjerde alternativ der skåring ikke er mulig. Skåringen baseres på symptomer og tegn på depresjon som har vært til stede de siste to ukene, og det er pasientens primærpleier som blir bedt om å angi grad av depressive symptomer. Minimumskåren er 0 poeng, som indikerer ingen depressive symptomer. Maksimumskåren er 38 poeng som indikerer alvorlig grad av depresjon. Grenseverdi for depressiv lidelse er ifølge en stor og solid norsk undersøkelse 8 poeng (30). På basis av Barca og medarbeideres faktoranalyse av skalaen er det definert fem subskalaer (19). Disse subskalaene er: affekt subskala (selvmordstanker, pessimisme, dårlig selvtillit, tristhet, angst og vrangforestillinger) og fire ikke-afekt subskalaer kalt fysisk subskala (reduert appetitt, vekttap, tap av energi og tap

av interesser), syklisk subskala (hyppige oppvåkninger i løpet av natten, vanskeligheter med å sovne og tidligere morgenoppvåkninger enn vanlig), retardasjons subskala (retarderte bevegelser, manglende evne til å glede seg og tap av interesser) og adferds subskala (døgnvariasjoner i humøret, irritabilitet og agitasjon). Cornellskalaen registrerer også symptomet «uttalte kroppslige plager». Dette symptomet tilhørte ingen av de fem subskalaene (19).

Med en grenseverdi for depresjon på 8 poeng er skalaens sensitivitet for å avdekke en depressiv lidelse ifølge ICD-10-kriteriene 68 prosent og spesifisitet 74 prosent ifølge Barca og medarbeidere (30).

Physical self-maintenance scale (PSMS) (37) er en seksleddet skala som kartlegger pasientens funksjonsevne i personlige aktiviteter i dagliglivet (P-ADL). Det er basisfunksjoner som kartlegges, som fungering i spisesituasjoner, ved egenpleie og fysisk bevegelse. Hvert av punktene skåres fra 1-5, jo høyere skåre, jo lavere funksjonsevne. Minimumsskåre er 6 og maksimumsskåre er 30. Fra journalen ble informasjon om pasienten kjønn og alder hentet.

ETIKK

Alle tre studiene er godkjent av Regional etisk komité for helsefaglig forskning i Helse Sør-Øst (REK Helse sør øst). I denne sammenstillingen ble kun anonyme data benyttet og REK ga sin godkjenning til dette. Informert samtykke ble innhentet i de opprinnelige studiene, enten fra pasienten eller fra nærmeste pårørende i de tilfellene pasienten ikke hadde samtykkekompetanse.

STATISTIKK

Data ble analysert ved bruk av statistisk program for sosial forskning (SPSS), versjon 16. Variablene, QUALID sum skåre, Cornell sum skåre, KDV, P-ADL, alder og kjønn ble undersøkt for normal- og skjjevfordeling, gjennomsnittsverdier, standardavvik og median. Vi undersøkte distribusjon av de kontinuerlige variablene, QUALID sum skåre, KDV, P-ADL og Cornell sum skåre, med histogrammer, box-plots og Q-Q plots. Skårene for KDV og P-ADL var normalfordelte, og skårene for Cornell sum skåre og QUALID

sum skåre korrelerte høygradig brukte vi ikke Cornell sum skåre som uavhengig variabel, men skårene på de fem ulike sub skalaene, hvor korrelasjonen med QUALID var fra 0,11 til 0,53. I tillegg ble kjønn, alder, KDV totalskår og P-ADL skåre benyttet som uavhengige variabler. Flere av forklaringsvariablene korrelerte høyt med hverandre og av den grunn utførte vi en trinnvis regresjonsanalyse. Vi utførte denne både framlengs og baklengs og gjorde det både manuelt og lot SPSS-programmet styre analysen. Resultatene ble de samme.

Ettersom skårene på QUA-



Sammenhengen mellom livskvalitet og grad av demens påvirkes av pasientenes funksjonsevne.

sum skåre var nesten normalfordelte. For korrelasjonsanalyser brukte vi derfor Spearman's rho. Vi utførte først en korrelasjonsanalyse mellom QUALID sum skåre, Cornell sum skåre, KDV totalskår, P-ADL skåre og alder. KDV totalskår ble brukt for å få større spredning i materialet. Korrelasjonsanalysen mellom QUALID sum skåre, Cornell sum skåre, KDV totalskår, P-ADL skåre og alder viste en høy korrelasjon mellom QUALID sum skåre og Cornell totalsum (Spearman's rho 0,64). Vi utførte derfor nye korrelasjonsanalyser (Spearman's rho), mellom Cornells fem subskalaer og QUALID sum skåre.

Det neste steget i analyseplanen var å utføre en trinnvis multipl lineær regresjonsanalyse med QUALID sum skåre som avhengig variabel. Fordi Cornell sum skåre og QUALID

LID og Cornell var nesten normalfordelte og med Cooks distansen under 1 og hverken box-plots eller Q-Q plots var avvikende, så vi det ikke som nødvendig å logaritmisere noen av skårene til bruk i regresjonsanalysen.

RESULTATER

Karakteristika for de 223 pasientene er gjengitt for hele gruppen og separat for hver gruppe (A-C) i tabell 1. I alt var 156 (70 prosent) kvinner og gjennomsnittsalderen var 85 år (7,4 SD). Av alle skåret 60 (28 prosent) 1 på KDV, 87 (39 prosent) 2 på KDV og 76 (33 prosent) 3 på KDV. Gjennomsnittlig QUALID skåre var 20,1 (SD 7,16). Gjennomsnittlig Cornell skåre var 6,4 (SD 5,75) og gjennomsnittlig P-ADL skåre var 16,8 (SD 5,0). Resultatene for korrelasjonsanalysene er vist i tabell 2 og

TABELL 1: Karakteristika av de tre pasientutvalgene

	TOTAL N= 223	Utvalg A N= 29	Utvalg B N= 84	Utvalg C N= 110
ALDER (SD)	85 (7,4)	87,7 (6,6)	84,2 (7,6)	85 (7,3)
KVINNER, N (%)	156 (70%)	24 (83%)	60 (70%)	72 (65%)
KDV 1	60	8	24	28
2	87	9	42	36
3	76	12	18	46
CORNELL (SD)	6,4 (5,75)	9,1 (6,3)	5,4 (5,2)	5,4 (4,5)
QUALID (SD)	20,1 (7,16)	24,3 (8,5)	18,7 (6,0)	21,4 (7,3)
P-ADL (SD)	16,8 (5,0)	18,3 (3,9)	16,3 (5,2)	19,6 (5,5)

Utvalg A = Cornell valideringsstudie, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
 Utvalg B = Utviklingsprogram for miljøbehandling, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
 Utvalg C = Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet
 KDV 1 = mild grad av demens
 KDV 2 = moderat grad av demens
 KDV 3 = alvorlig grad av demens

TABELL 2: Korrelasjoner (Spearman's rho) mellom QUALID sumskåre, KDV totalskåre, Cornell sumskåre og P-ADL skåre, kjønn og alder.

	QUALID sumskåre	Cornell sumskåre	P-ADL skåre	KDV totalskåre	ALDER
QUALID sumskåre	1.000	.640**	.480**	.365**	-.178**
Cornell sumskåre	.640**	1.000	.269**	.261**	-.043
P-ADL skåre	.480**	.269**	1.000	.639**	.073
KDV totalskåre	.365**	.261**	.639**	1.000	.109
ALDER	-.178**	-.043	.073	.109	1.000

** signifikant på 0,01 nivå (2-sidet).

*signifikant på 0,05 nivå (2-sidet).

tabell 3. I tabell 4 har vi gjengitt resultatene for det siste trinnet i den trinnvise (baklengs) multiple lineære regresjonsanalysen. Når både KDV og P-ADL skåre ble inkludert i regresjonsanalysen samtidig, mistet variabelen KDV sin signifikans som forkla-

ringsvariabel, noe som tyder på samvariasjon (tabell 3) mellom de to variablene. Det samme skjedde når vi inkluderte både Cornell fysisk- og retardasjon subskala. På grunn av sterk samvariasjon (tabell 3) mistet fysisk subskala sin signifikans

som forklaringsvariabel for QUALID sum skåre.

DISKUSJON

Hovedresultatet av analysene viser at depressive symptomer og grad av funksjonssvikt påvirker livskvalitet hos personer med demens. Grad av demens gjør det også, men sammenheng mellom livskvalitet og grad av demens påvirkes av pasientenes funksjonsevne.

Våre resultater samsvarer med flere andre studier, som indikerer at personer med demens med mange depressive symptomer har dårligere livskvalitet (5, 8, 10, 12, 15, 16) enn dem uten depresjon. Resultatene indikerer også at livskvalitet målt med QUALID i høy grad faktisk måler grad av depresjonssymptomer. Men en høy Cornell sum skåre betyr ikke nødvendigvis at personen med demens har en depressiv lidelse. Cornellskalaens gyldighet er kun middels god, muligens fordi demens- og depresjonssymptomer overlapper.

Både korrelasjonsanalysen og den trinnvise multiple lineære regresjonsanalysen viser at det er affekt (beta 0,33) og adferd (beta 0,29) subskalene for depresjon, ved siden av funksjonssvikt (P-ADL) som påvirker QUALID mest. «Affekt subskalaen» inneholder typiske kjernesymptomer på depresjon som tristhet, pessimisme, selvmordstanker og dårlig selvtillit. «Retardasjon subskalaen» er også signifikant assosiert (beta 0,18) til redusert livskvalitet målt med QUALID. Denne subskalaen inneholder symptomene «tap av interesser» og «manglende evne til å glede seg», to klassiske symptomer som sees ved en depressiv lidelse. Det kan

TABELL 3: Korrelasjoner (Spearman's rho) mellom QUALID sumskåre, KDV totalskåre, P-ADL skåre og Cornell subskala skårer.

	QUALID sumskåre	KDV totalskåre	P-ADL skåre	Cornell affekt	Cornell fysisk	Cornell sykklisk	Cornell retardasjon	Cornell atferd
QUALID sumskåre	1,000	0,365**	0,480**	0,446**	0,374**	0,110	0,498**	0,530**
KDV totalskåre	0,365**	1,000	0,639**	-0,007	0,168*	0,106	0,346**	0,265**
P-ADL skåre	0,480**	0,639**	1,000	0,012	0,186**	0,020	0,368**	0,193**
Cornell affekt	0,446**	-0,007	0,012	1,000	0,208**	0,265**	0,233**	0,402**
Cornell fysisk	0,374**	0,168*	0,186**	0,208**	1,000	0,293**	0,573**	0,79**
Cornell sykklisk	0,110	0,106	0,020	0,265**	0,293**	1,000	0,327**	0,216**
Cornell retardasjon	0,498**	0,346**	0,368**	0,233**	0,573**	0,327**	1,000	0,333**
Cornell atferd	0,530**	0,265**	0,193**	0,402**	0,279**	0,216**	0,333**	1,000

** signifikant på 0,01 nivå (2-sided).

*signifikant på 0,05 nivå (2-sided).

bety at redusert livskvalitet hos personer med demens er assosiert med en depressiv lidelse. «Adferds subskalaen» inneholder symptomer som er knyttet til kognitiv svikt og demenssykdom. Symptomene kan være uttrykk for urolig adferd hos personer med demens, og ses ofte når personen ikke forstår sine omgivelser. Flere studier finner likevel at irritabilitet er et vanlig symptom på depresjon hos personer med demens (18, 20). Våre funn støtter derfor opp under de nye foreslåtte kriteriene for depresjon ved demens, «the provisional criteria for depression in Alzheimer's disease» der irritabilitet regnes som et symptom på depresjon (38). Det kan imidlertid diskuteres om sammenhengen mellom adferd, affekt og livskvalitet i våre funn gir en riktig beskrivelse av hvordan personen med demens selv opplever sin situasjon. Selv om flere proxybaserte studier finner en signifikant sammenheng mellom adferd og livskvalitet, ser man i studier

hvor personen med demens selv har gitt opplysninger om sin livskvalitet, at denne sammenhengen minsker eller forsvinner (29, 39, 40). Dette kan ha sammenheng med redusert innsikt i egen situasjon, men kan også være et uttrykk for at adferd som pleiepersonell opplever som problematisk, ikke er det for personen med demens (8, 41).

Den sykliske subskalaen korrelerer ikke med hverken QUALID eller KDV i korrelasjonsanalysen og i den trinnvise regresjonsanalysen, justert for de andre variablene, er den negativt assosiert med QUALID skåren, jo færre symptomer jo høyere skåre på QUALID, det vil si dårligere livskvalitet. Dette kan virke noe underlig fordi det er nærliggende å tro

TABELL 4: Sammenhengen mellom QUALID og mulige forklaringsvariabler - Resultater fra siste trinn i en trinnvis (baklengs) multipl lineær regresjonsanalyse.

	QUALID totalskåre	
	Standardisert beta	p-verdi
(Konstant)		0,000
P-ADL sum	0,328	0,000
Cornell affekt	0,327	0,000
Cornell sykklisk	-0,124	0,004
Cornell retardasjon	0,239	0,000
Cornell atferd	0,292	0,000
Justert forklart varians		59,3 %

at god søvn er bra for god livskvalitet. En forklaring på den manglende sammenhengen med livskvalitet (tabell 3) kan være at søvnforstyrrelser forårsakes av somatisk sykdom (19). Den manglende korrelasjonen med KDV kan bety at de sykliske symptomene heller ikke har noe med demens å gjøre, noe som styrker antakelsen om at det kan være somatiske plager som forstyrrer søvnen. Den

den trinnvise regresjonsanalysen. Dette betyr at pasientens funksjonsevne er en viktig faktor for livskvalitet hos personer med demens. Funnet er i overensstemmelse med tidligere studier (6, 11, 15, 44), og er ikke overraskende. Tap av egenomsorgsevne og autonomi er faktorer som man ut fra «common senses» forstår influerer på en persons livskvalitet.

Flere studier viser at perso-

den manglende sammenhengen mellom livskvalitet og grad av demens når vi justerer for pasientenes funksjonsevne. Mer enn 70 prosent hadde moderat eller alvorlig grad av demens. Denne gruppen pasienter har ofte store kommunikasjons- og hukommelsesproblemer, og er vanskelig å vurdere. De trenger hjelp til å uttrykke sine tanker og følelser, og pleierne må tolke uttrykkene deres (46, 47). Det kan føre til feilvurderinger.

Studien har noen svakheter. Bruk av pleiepersonell som informanter og ikke pasientene selv, er selvfølgelig en svakhet ettersom livskvalitet i prinsippet er en subjektiv opplevelse. Men, det byr på store metodiske problemer å måle livskvalitet hos personer med moderat til alvorlig grad av demens ved å intervju personene selv på grunn av omfattende kognitiv svikt. Proxybasert informasjon er derfor nødvendig for å undersøke denne pasientgruppen. Imidlertid vet vi at det fins en tendens til at ulike forklaringsvariabler og livskvalitet er mer assosiert til hverandre ved å bruke proxybaserte data, sammenlignet med selvrappotering. Det kan skyldes at pleiere skårer ut fra egen oppfatning av pasientens liv, ikke hvordan pasienten selv opplever livet sitt (17, 26, 39, 43, 48). På den måten kan vi få et noe fordreid bilde av pasientens virkelighet.

Andre svakheter med studien er de ulike måter å registrere demens hos alle pasientene. Kun i en av de tre studiene som analyserne bygger på, ble pasientene diagnostisert med hensyn til en demenssykdom. Imidlertid vet vi at det fins et sterkt samsvar mellom KVD-skåre på 1 og høyere og diagnosen demens blant pasienter i sykehjem (34,

” Symptomer som kan oppfattes som uttrykk for demens, kan være uttrykk for en depressiv lidelse.

fysiske subskalaen, som korrelerer med QUALID skåren i korrelasjonsanalysen blir ikke signifikant i den trinnvise regresjonsanalysen. Det betyr ikke at symptomene i den fysiske subskalaen ikke har betydning for livskvalitet, men at en annen variabel som samvarierer med den fysiske subskalaen «går foran» i regresjonsanalysen. Dette er subskalaen retardasjon, som korrelerer høyt med den fysiske subskalaen; Spearman's rho 0,57.

I våre analyser er kjønn ikke signifikant korrelert med livskvalitet. Dette er i samsvar med andre studier (5, 8, 17). Sammenhengen mellom alder og livskvalitet er uklar i vår studie. Flere studier finner ikke sammenheng mellom alder og livskvalitet (5, 42, 43), mens andre studier har funnet en signifikant sammenheng mellom alder og livskvalitet (16).

I korrelasjonsanalysen er P-ADL skåre og KDV totalsum statistisk signifikant assosiert til QUALID skåre, mens kun P-ADL skåre er signifikant assosiert til livskvalitetsmålet i

ner med demens kan ha god livskvalitet uavhengig av grad av demens (10, 16, 27, 40, 45). Våre resultater er derfor i samsvar med annen forskning. Hoe (2009) finner at grad av kognisjon henger sammen med livskvalitet. I den studien forklares dog sammenhengen med at det er opplevelsen av sykdommens progresjon som forverrer livskvaliteten og ikke reduksjonen i kognisjon (17). Hos personer med moderat grad av demens finner Hurt (2010) bedre livskvalitet hos personer med redusert innsikt i egen situasjon (12), noe som støtter funnene til Hoe og medarbeidere. Antakelig er det slik at flere faktorer som individets tilpassingsevne, personlighet, innsikt i egen situasjon og tidligere mestringsstrategier og funksjonsevne (vår studie) avgjør hvordan livskvaliteten påvirkes av demenssykdommen (27). Det kjente ordtaket om at «det er ikke hvordan man har det, men hvordan man tar det», får dermed støtte. Lav representasjon av pasienter med alvorlig grad av demens kan ikke forklare

49). Ettersom vi finner en sterk sammenheng mellom livskvalitet og kjernesymptomene for en depressiv lidelse, hadde det også vært en fordel om pasientene hadde vært diagnostisert med hensyn til en depresjonsdiagnose. Dette ble dessverre ikke gjort. Det kan også diskuteres om Cornell kan brukes til å måle depressive symptomer hos denne skrøpelige pasientgruppen eller om den måler demenssymptomer (19, 50). I mangel av et annet skjema, er det likevel Cornell som brukes i de fleste studier.

Endelig vil vi også peke på at de inkluderte pasientene i studien ikke er tilfeldig utvalgte, noe som gjør at vi ikke med sikkerhet kan si at resultatene er representative for sykehjemsbeboerne i Norge. Styrken med studien er bruk av validerte evalueringsskjema. Alle skjemaene som ble brukt i denne studien har vært brukt i mange nasjonale og internasjonale studier, og alle er validert for norske forhold.

KONKLUSJON

Funnene i denne studien gjelder

kun for de sykehjemmene vi har studert. Vi har brukt data fra ti ulike sykehjem, men utvalget er ikke representativt. Livskvalitet hos personer med demens påvirkes av symptomer for depressiv lidelse og funksjonsnivå. Mange symptomer som kan oppfattes som uttrykk for demens, kan være uttrykk for en depressiv lidelse og må møtes som det. Pleiere i sykehjem bør være oppmerksomme på de vanlige depressive symptomene ved en demenssykdom, slik at pasientene kan få riktig behandling.

REFERANSER

1. Ettema TP, Dröes RM, Lange J, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. A review of quality of life instruments used in dementia. *Quality of Life Research* 2005;14:675-86.
2. Brooker D. What makes life worth living? *Aging & mental health* 2008;12:525-7.
3. Clark PG. Autonomy, Personal empowerment and Quality of life in long-term care. *the Journal of applied Gerontology* 1988;7:279-97.
4. Harrison C. Personhood, Dementia and the integrity of a life. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement* 1993;12:428-40.
5. Menne HL, Judge KS, Whitlatch CJ. Predictors of quality of life for individuals with dementia: implications for intervention. *Dementia* 2009;8:543-60.
6. Moyle W, McAllister M, Venturato L, Adams T. Quality of life and dementia. *The voice of the person with dementia. Dementia* 2007;6:175-91.
7. Brod M, Stewart AL, Sands L. Conceptualization of Quality of Life in dementia. *Journal of Mental Health* 1999;5:7-19.
8. Banerjee S, Samsi K, Charles DP, Alvir J, Treglia M. What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. [review article]. 2009;24:15-24.
9. Weiner MF, Martin-Cook K, Svet-

- lik DA, Saine K, Foster B, Fontaine CS. The Quality of life in Late-stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2000;114-6.
10. Selwood A, Thorgrimsen L, Orrell M. Quality of life in dementia. A one year follow up. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;232-7.
11. Ballard C, O'Brien J, James I, Mynt P, Lana M, Potkins D, et al. Quality of life for people with dementia living in Residential and nursing home care: the impact of performance on Activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics* 2001;13:93-106.
12. Hurt CS, Banerjee S, Tunnard C, Whitehead DL, Tzolaki M, Mecocci P, et al. Insight, cognition and quality of life in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2010;81:331-6.
13. Engedal K, Haugen PK. Demensfakta og utfordringer. 3 ed. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse; 2004.
14. SHDir aP. Glemsk, men ikke glem! om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. In: Helsedirektoratet So, editor. Oslo: Oslo forlagstrykkeri AS; 2007.
15. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *J Ment Health Aging* 1999;5:21-32.
16. Banerjee S, Smith SC, Lamping DL, Harwood RH, Foley B, Smith P, et al. Quality of life in dementia: more than

- just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77:146-8.
17. Hoe J, Hancock G, Livingston G, Woods B, Challis D, Orrell M. Changes in the Quality of life of people with dementia living in care homes. *Alzheimer Disease and associated disorders* 2009;23:285-90.
18. Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006.
19. Barca ML, Selbæk G, Laks J, Engedal K. The pattern of depressive symptoms and factor analysis of the Cornell scale among patients in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:1058-65.
20. Verkaik R, Francke AL, Meijel Bv, Ribbe MW, Bensing JM. Comorbid Depression in Dementia on Psychogeriatric nursing home Wards: Which Symptoms are Prominent? *The American journal of Geriatric Psychiatry* 2009;17:565-73.
21. Rozzini R, Boffelli S, Franzoni S. Prevalence and predictors of depressive symptoms in a nursing home. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996;11:629-34.
22. Ames D. Depressive disorders among elderly people in long-term institutional care. *Aust N Z J Psychiatry* 1993;27:379-91.
23. Anstey KJ, Von Sanden C, Sargent-

- Cox K, Luszcz MA.** Prevalence and risk factors for depression in a longitudinal, population-based study including individuals in the community and residential care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:497-505.
- 24. Jongenelis K, Pot AM, Eissis AM.** Depression among older nursing home patients. A review. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2003;34:52-9.
- 25. Rosenberg PB, Lyketsos CG.** Depression in Alzheimer disease. In: Evans DL CD, Lewis L, editor. *The Physicians guide to depression & bipolar disorders: The McGraw-Hill*; 2006. p. 303-32.
- 26. Cahill S, Begley E, Topo P, Saarikalle K, Macijauskiene J, Budraitiene A, et al.** I know where this is going and I know it won't go back: Hearing the individual's voice in dementia quality of life assessments. *Dementia* 2004;3:313-30.
- 27. Lyketsos CG, Gonzales-Salvador T, Chin JJ, Baker A.** A follow-up study of change in quality of life among persons with dementia residing in a long-term care facility. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:275-81.
- 28. Hoe J, Hancock G, Livingston G, M. O.** Quality of life of people with dementia in residential care homes. *Br J Psychiatry* 2006 May; 188:460-4.
- 29. Kolanowski A, Hoffman L, Hofer SM.** Concordance of self-report and informant assessment of emotional well-being in nursing home residents with dementia. *The Journals of Gerontology* 2007;62B:20-7.
- 30. Barca ML, Engedal K, Selbæk G,** the cornell study group. A reliability and validity study of the Cornell Scale among elderly inpatients, using various clinical criteria. *Dementia and Geriatric Cognitive disorders* 2010;29:438-47.
- 31. Røen I.** Livskvalitet hos personer med demens. Oversettelse og testing av reliabilitet og validitet av den norske versjonen av « Quality of Life in Late-Stage dementia (QUALID) scale». [Master oppgave]. In press 2009.
- 32. Falk H, Persson LO, Wijk H.** A psychometric evaluation of a Swedish version of the Quality of life in Late-stage dementia (QUALID) scale. *International Psychogeriatrics* 2007;19:1040-50.
- 33. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL.** A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982;140:566-72.
- 34. Engedal K, PK. Haugen.** The prevalence of dementia in a sample of elderly Norwegians. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993;8:565-70.
- 35. Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbæk G.** A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *J Affect Disord* 2009.
- 36. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA.** Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988;23:271-84.
- 37. Lawton MP, Brody EM.** Assessment of older people: self -maintaining and instrumental activities of daily living. *J Gerontologist* 1969;9:179-86.
- 38. Olin JT, Katz I, Meyers BS, Schneider LS, Lebowitz BD.** Provisional Diagnostic Criteria for Depression of Alzheimer Disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:129-41.
- 39. Kane RL, Rosalie AK, Bershady B, Degenholtz H, Kling K, Totten A, et al.** Proxy sources for information on nursing home residents quality of life. *The Journals of Gerontology* 2005;60B:318-25.
- 40. J. H, Hancock G, Livingston G, Orrell M.** Quality of life of people with dementia in residential care homes. *Br J Psychiatry* 2006 May; 188:460-4.
- 41. Snow AL, Graham DP, Molinari VA.** Factors affecting Deficit awareness in persons with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive disorders* 2005;20:133-9.
- 42. Fuh J, Wang S.** Assessing quality of life in Taiwanese patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:103-7.
- 43. Ready RE, Ott BR, Grace J.** Patient versus informant perspectives of quality of life in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:256-65.
- 44. Barca ML, Selbæk G, Laks J, Engedal K.** Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008.
- 45. Hoe J, Katona C, Roch B, Livingston G.** Use of the QOL-AD for measuring quality of life in people with severe dementia- the LASER-AD study. *Age & Ageing* 2005;34:130-5.
- 46. Volicer L, Camberg L, Hurley AC, Ashley J, Woods P, Ooi WL, et al.** Dimensions of decreased psychological well-being in Advanced Dementia. *Alzheimer Disease and associated disorders* 1999;13:192-201.
- 47. Bourbonnais A, Ducharme F.** The meaning of screams in older people living with dementia in a nursing home. *International Psychogeriatrics* 2010.
- 48. Novella JL, Jochum C, Jolly D, Morrone I, Ankri J, Bureau F, et al.** Agreement between patients' and proxies' reports of quality of life in Alzheimer's disease. *Quality of Life Research* 2001;10:443-52.
- 49. Nygaard HA, Ruths S.** Missing the diagnosis: senile dementia in patients admitted to nursing homes. *Scand J Primary Health care* 2003;21:148-52.
- 50. Kurlowicz LH, Evans LK, Strumpf NE, Maislin G.** A psychometric evaluation of the cornell scale for depression in dementia in a frail, nursing home population. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:600-8.

Depresjoner må avdekkes

› Viktig, men ikke overraskende funn.



Av Anne-Pernille Rudi

Anne-Pernille Rudi
Spesialsykepleier, Orkerød Sykehjem, Moss

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Min erfaring er at fokuset i den kliniske demensomsorgen i altfor stor grad er rettet mot praktiske og problematiske forhold. Det er derfor gledelig at Mjørud m.fl. setter pasientenes livskvalitet på dagsorden.

Artikkelen viser blant annet at grad av funksjonssvikt virker inn på livskvaliteten til personer med demens. Dette er viktig kunnskap som praksisfeltet kan dra nytte av. Alle ansatte kan gå inn med tiltak, ofte med relativt enkle grep.

Artikkelen beskriver også at depresjonssymptomer påvirker livskvaliteten hos personer med demens i sykehjem. Selv om dette ikke er overraskende, er det et viktig funn som jeg ønsker å dvele spesielt ved. Funnet understreker betydningen av å avdekke depressive symptomer hos personer med demens. Det framgår av artikkelen at disse kan fortone seg annerledes enn hos personer som ikke har en demenssykdom. Dette gjør det ofte vanskelig å

forstå at det vi ser i praksis, faktisk kan dreie seg om en depresjon. Når vi møter den agiterte, rastløse damen eller den ropende, urolige mannen, har vi kanskje heller en tilbøyelighet til å forklare adferden som utslag av demenssykdommen per se. Dette får naturlig nok behandlingsmessige følger, og som artikkelen viser får det også konsekvenser for den enkeltes livskvalitet.

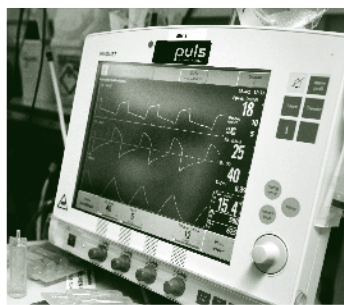
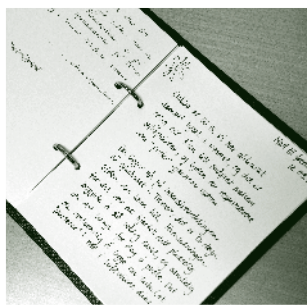
Artikkelen viser også at måleinstrumenter kan avdekke depresjon hos personer med langtkommen demens. Dette er spennende funn som, slik jeg ser det, kan bidra til å utvikle vår praksis på sykehjemmet. Inntil nå har vi hovedsakelig benyttet Cornells depresjonsskala. Artikkelforfatterne hevder at denne bare er «middels god» fordi demens- og depresjonssymptomer til dels kan overlape hverandre. Resultatene i studien indikerer imidlertid at QUALID, i tillegg til å måle pasientenes livskvalitet, også i stor grad

sier noe om depresjonssymptomer hos personer med demens. Vi har begrenset erfaring med QUALID på sykehjemmet, men ovennevnte funn aktualiserer etter mitt skjønn spørsmålet om en mer utstrakt bruk av dette instrumentet. Ved å sette fokus på livskvalitet, og samtidig bidra til å avdekke depressive symptomer, er det lett å se at vi kan få en vesentlig tilleggsgevinst. I praksis vil jeg tro at vi kan nyttiggjøre oss både Cornell og QUALID, men at vi i stor grad bør overveie hvilket verktøy som til enhver tid er mest tjenlig og hensiktsmessig.

Personer med demens har ofte vansker med å formidle hvordan de har det. Det er derfor avslutningsvis viktig å understreke at det er helt avgjørende at ansatte i sykehjem blir gjort kjent med de funnene som artikkelen presenterer. Dette poengterer også artikkelforfatterne.

Les artikkelen på side 178





HAR KARTLAGT BRUK AV DAGBOK

› To sykepleieforskere ved Universitet i Tromsø har bidratt til å sette dagbøker på intensiv på agendaen, både i Nord-Norge og andre steder i verden.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Ingun A. Mæhlum**

Bak hvite forheng på intensivavdelingen på Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, ligger respiratorpasientene på rekke og rad. Hvite og grønne drakter haster bortover gangen. Ved hver seng står et arbeidsbord med pc, måleapparater og en blå bok; dagboken. Disse dagbøkene føres av intensivsykepleier og beskriver hva som skjer rundt og med pasienten under oppholdet på intensiv.

– Dagbøkene som føres for intensivpasienter må ikke forveksles med journalen, understreker Sissel Storli, førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø.

FINNER MENING

Storli har forsket på pasienterfaringer og på bruken av dagbøker på intensivavdelinger i mange år. Hun leder en gruppe som i disse dager er i ferd med å avslutte et arbeid med nasjonale anbefalinger om bruken av dagbøker på norske intensivavdelinger.

Mandatet kommer fra NSF's

faggruppe for intensivsykepleiere. Arbeidet ble igangsatt etter en studie publisert i 2010 som kartla virksomheten i Norge.

– Dagbøkene skal hjelpe pasienter til å bedre kunne forstå og finne mening i opplevelser de har under et intensivopphold, forteller Ranveig Lind.

Lind er i permisjon fra jobben som seksjonsleder på intensivavdelingen på UNN for å ta doktorgrad på pårørendes erfaringer ved behandlingsavslutning.

Dagbøkene oppsto på begynnelsen av 90-tallet, som spredte kladdebokforsøk. Pioneravdelingen i Norge var intensivavdelingen på Ullevål sykehus. Storli intervjuet tre pasienter i 1995 om deres erfaringer på intensiv og i 1996 startet hun og Lind opp et forsøksprosjekt med dagbøker på intensivavdelingen i Tromsø, med interne midler.

FORSKER I KLINIKKEN

– På 2000-tallet fant man ut mer om hva pasienten opplever mens han eller hun ligger på intensivavdeling, forklarer Storli.

– Det viste seg at disse erfaringer

gene kan være følelsesmessig veldig sterke og at de kan resultere i posttraumatisk stressyndrom, depresjon og angst. Med dagbøkene ønsker vi å hjelpe pasienten til å leve videre med minnene fra intensivoppholdet og kanskje tilføre dem mening, sier Lind.

Hun mener prosjektet er et godt eksempel på at forskning og praksis kan dra positive vekslers på hverandres virkefelt.

– Behovet for forskning manifesterer seg gjerne først i klinikken, mener Storli

– Sykepleiere får føle problemstillinger på kroppen i møte med pasienter og pårørende.

FORSKJELLIG PRAKSIS

Dagbokprosjektet Storli og Lind startet opp på UNN ble evaluert i 1999 og innført i klinikken i 2000. Men dagbokskrivningen har vært praktisert svært forskjellig fra avdeling til avdeling og fra sykepleier til sykepleier.

– På Ullevål var de opptatt av å skrive objektive tekster med praktisk informasjon. Vi hadde en annen, mer «subjektiv» vinkling. Vi gikk et skritt lenger i



> **Forsker på dagbok:** Ranveig Lind (f.v.) og Sissel Storli tok initiativ til at dagbok ble innført på intensivavdelingen på Tromsø universitetssykehus.

å rette teksten mot noe vi tenkte kunne være pasientens egne opplevelser, forteller Lind.

– Vi har vært opptatt av å skape kontinuitet i pasientens livstråd, supplerer Storli.

– I mange tilfeller har dagbøkene ført til at brikkene faller på plass for pasienten. Brokkevise minner kan få en forklaring og inngå i en større sammenheng slik at pasientene forstår mer av det de selv har vært utsatt for under intensivoppholdet. Men dagbok bør også følges opp av et samtaletilbud fra avdelingen.

POSITIV EFFEKT

Den nasjonale kartleggingen Storli har deltatt i viser at 31 intensivavdelinger bruker dagbøker.

– Det vil si cirka halvparten av norske intensivavdelinger, forteller hun.

Forskning viser at praksisen med dagbøker har positiv effekt og kan bidra til at pasienten får det bedre etter et intensivopphold.

– Drømmer og opplevelser

” Dagbokskrivningen reiser mange spørsmål av juridisk og etisk karakter.

pasienten har hatt under oppholdet på intensiv viser seg ofte å ha sitt utspring i reelle hendelser og ting i omgivelsene. Å lese dagboken kan være oppklarende og forebygge posttraumatisk stressyndrom hos pasienten, forteller Lind

– Men dagbokskrivningen reiser mange spørsmål av juridisk og etisk karakter som viser et behov for regulering på et nasjonalt nivå. Behovet for felles anbefalinger både i Norge og internasjonalt har gradvis trengt seg på, forklarer Storli.

BRUKER BILDER

– I Sverige, for eksempel, har familien fått delta i skrivingen, mens i Norge ser man på dagboken som et personlig, men profesjonelt dokument, sier hun.

Også bruken av bilder i dagbøkene varierer.

– Her i Tromsø har vi hatt en tradisjon for å avbilde pasienten når de gjør et fremskritt, påpeker Lind.

– Men enkelte pasienter ønsker også å se bilder som ikke bare er positive og viser bedring, sier Storli.

– Noen steder sverger man til elektronisk dagbok, mens andre foretrekker penn og papir. Også ordlyden varierer. Men de fleste er enige om at en personlig, men profesjonell tone er det beste for pasienten.

Kartleggingen Storli har deltatt i viser at de fleste avdelinger fokuserer på kvalitetssikring av tekster og bilder, men at det mange steder likevel ikke var godt nok.

– Anbefalingene skal snart ut på høring og publiseres til høsten. Akkurat nå er jeg veldig spent på hvordan de blir mottatt, sier Storli.

SAMFUNNSENGASJERT BOKORM

› Torunn Hamran liker å sitte for seg selv og jobbe, men synes det er en gave å bli dratt ut av hulen sin for å undervise studenter.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Ingun A. Mæhlum**

I tillegg til at hun har en halv stilling som professor på Universitetet i Tromsø er Hamran faglig leder av Senter for omsorgsforskning Nord-Norge.

– Jeg er nysgjerrig og liker å lete etter sammenhenger og se mønstre. Å forske er kreativt. Jeg trives med vekslingen mellom tilbaketreking og det å møte studenter. Som kvalitativ forsker må man tåle å stå i kaos. Jeg føler meg privilegert. Jeg jobber mye, men jeg liker det, smiler hun.

I tillegg til å forske er Hamran glad i å lese skjønnlitteratur.

– Skjønnlitteratur har en stor plass i livet mitt og jeg er med i et leseselskap. Jeg er også opptatt av det litterære i det jeg selv skriver, det skal være godt å lese.

SER STORE LINJER

Hamrans forskningsarbeid gjenspeiler hennes sterke interesse for sykepleie og sykdom i et samfunns- og historisk perspektiv.

– Jeg har alltid vært interessert

i de samfunnsmessige sidene av faget og for forebyggende arbeid, forteller hun.

Hamran er opptatt av forholdet mellom praksis, politikk og samfunn og synes det sterke fokuset på den relasjonelle delen av sykepleien har en slagside.

– Forholdet mellom sykepleieren og pasienten er jo veldig sentralt i faget, men det er viktig at samfunnsperspektivet ikke blir glemt, presiserer hun.

– Jeg tror at bare på den måten kan man forstå endringer.

– *Betyr det at du ser på sykepleie i et fugleperspektiv?*

– Ja, jeg befatter meg med store strukturer. Pleiekulturer, politiske og praktiske føringer. Men jeg er også svært glad i detaljer, det må være konkret og håndfast. Jeg er en empirisk forsker, slår hun fast.

SYKDOM I NORD-NORGE

Hamran har skrevet og vært medforfatter for flere fagbøker. Selv trekker hun frem «Sykdom: Nord-Norge før 1940» som sitt største og kanskje viktigste arbeid. Boka er skrevet i sam-

arbeid med førsteamanuensis Ingunn Elstad.

– Vi brukte ti år på dette arbeidet, forteller Hamran.

Ikke minst fordi boka hviler på et omfattende og grundig arbeid med kilder.

– Vi reiste rundt og begravde oss i arkiver; foreningsmateriale, folkeminnemateriale, offentlige dokumenter og brev. Det tok mye tid, men var utrolig spennende.

– Boka sier noe om hvor komplisert forholdet mellom politikk og virkelighet kan være. Politikkerne lager reformer som implementeres på løpende bånd, men blir resultatet slik det opprinnelig var tenkt? Nei, faktisk nokså sjelden, tror hun.

– Lokale interesser står ofte i et motsetningsforhold til den sentrale politikken. Det er ikke et en-til-en-forhold mellom implementering og praksis. Prosessen avhenger av lokale, økonomiske forhold og personlige interesser. Det gjelder jo også i dag.

TUBERKULOSE

I «Sykdom: Nord-Norge før 1940» beskriver Hamran og

Torunn Hamran

Utdanning: Helseøster, samfunnsviter og professor
Arbeidssted: Institutt for helse og omsorg, Universitetet i Tromsø og Senter for Omsorgsforskning, Nord-Norge



Elstad hvordan sykdom griper inn i dagliglivet og forårsaker nye samfunnsstrukturer.

– Sykdom utfordrer samfunnet på en måte som gjør at man organiserer seg. Tuberkulosen forsterket dette, forteller Hamran.

– Tuberkulosens herjinger i Norge førte til at folk i by og bygd engasjerte seg, dannet foreninger og bygget institusjoner. Kvinnene spilte en viktig rolle her. De startet foreninger og samlet inn penger gjennom håndarbeid og ved å arrangere fester. Pengene ble brukt til å ansette en sykepleier i bygda og til å bygge sanatorier og pleiehjem. Folk var også opptatt av at sykepleieren var faglært, presiserer hun.

Det lokale foreningslivet eksisterte blant kvinner lenge før det ble dannet nasjonale foreninger.

– De nasjonale foreningene rekrutterte medlemmer fra de lokale foreningene. Det frivillige arbeidet var viktig i denne sammenhengen og hjelp og solidaritet var et viktig perspektiv i det frivillige arbeidet.

“ Det er viktig at samfunnsperspektivet ikke blir glemt.

HELSEVESENET DANNES

– Jeg synes det er spennende å studere hvordan helsevesenet har vokst frem, hvordan det ble organisert, hvorfor det ble som det ble, sier Hamran.

– På bygda eksisterte det gjerne én institusjon og det var gamlehjemmet. Dette fungerte som et samlingssted. Hit kom folk for å få råd og hjelp til små og store plager og bekymringer. Sykepleier og jordmor hadde viktige funksjoner i lokalsamfunnet i hele den perioden vi har studert. De hjalp de fleste med det meste, forteller hun.

De lokale institusjoner ble realisert med kvinneforeningene som sentrale aktører, til tross for at Nasjonalforeningen var sterkt imot at kvinner skulle ha noen innflytelse i institusjonene.

– Kvinneforeningene bidro til å bygge lokale institusjoner selv lenge selv etter Evang og sentraliseringen av helsevesenet. Disse kvinnene hadde mye makt, de

hadde lokalsamfunnet i ryggen og de hadde penger.

NYE PROSJEKTER

Hamran har også forsket på samemisjonens betydning for dannelsen av helsevesenet i Finnmark. Mellom 1903 og 2003 drev samemissionen institusjoner for syke og gamle over hele Finnmark.

I dag deltar Hamran i et tverrfaglig forskningsprosjekt med fysioterapeut Siri Moe og i samarbeid med de andre sentrene for omsorgsforskning. Prosjektet er et oppdrag for departementet og har som mål å kartlegge bruken av hjemmetjenester.

– Vi vet at veksten i hjemmetjenesten i stor grad skyldes nye typer brukere, forteller Hamran.

– En tredjedel av brukerne av hjemmetjenester er under 67 år, men de bruker likevel to tredjedeler av ressursene. Vi skal blant annet forsøke å finne ut hvorfor.

HVORDAN ØKE ARTIKKELENS

Optimalisering av artikler for søkemotorer.

Av **Anners Lerdal**

Mange studenter og forskere leter etter informasjon på nettet ved hjelp av søkemotorer, for eksempel Google. Når du jobber med artikkelmanuskripter kan du ved å gjøre tilpasninger optimalisere sjansen for at interesserte lesere finner den. Fagerbergutvalget lanserte siteringsindeks som et kriterium for forskningens gjennomslagskraft. Det er derfor grunn til å tro at det kommer til å bli mer fokus på hvor ofte artikler er sitert av andre forskere i fremtiden. Ved å gjøre artikkelen lettere søkbar for andre vil også sannsynligheten for at den blir sitert i et annet verk øke. Flere tidsskrift har utarbeidet veiledninger til forskere som ønsker å øke sjansen for at andre finner den på nettet ved hjelp av søkemotorer. Formulering av tittel på artikkelen og sammendraget er trolig de to viktigste forholdene som er av betydning for at andre finner artikkelen.

HVORDAN FUNGERER SØKEMOTORENE?

De ulike søkemotorene har egne algoritmer for rangering av innhold og dermed treff. Hvordan algoritmene er bygget opp i de ulike søkemotorene er vanligvis en bedriftshemmelighet. Mye av kunnskapen vi har om optimalisering av søk er derfor knyttet til erfaring og kunnskap ut fra hvordan søkemotorer fungerer generelt. Dette gjelder blant annet artikler. Mange søkemotorer fanger opp relevans og popularitet ved å koble innholdet til andre nettstedet, for eksempel Facebook og Twitter. Stoff som har mange «likes» fanges derfor lettere opp av søkemotorer. Søkemotorene forsøker å finne temaet man søker på ved hjelp av å finne deler. En slik del kan søkemotoren finne i en såkalt metadata tag. Denne taggen ligger usynlig for brukeren, men er med på å vurdere om innholdet er relevant eller ikke. Søkemotorer kan også scanne en side for søkeord eller setninger. Hvis ordene finnes i overskriften og eller forekommer gjentakende ganger i fraser i teksten, øker dette muligheten for treff.

TITTELEN ER VIKTIG

Å lage en klar beskrivende tittel er et av de viktigste rådene man kan gi for å øke søkbarheten. Søkemotorer rangerer generelt titler veldig høyt. Søkemotorer antar generelt at ordene i tittelen dekker det sentrale innholdet i artikkelen. Tar du utgangspunkt i søkemotoren, finnes definisjonen til artikkelens innhold i ordene som er brukt i tittelen. Dette er grunnen til at en nøyaktig tittel, hvor de mest relevante begrepene er brukt, er så viktig for at artikkelen skal bli funnet. Når du utarbeider tittelen kan det være lurt å sette seg i leseres sted å tenke på hvilke begrep det er sannsynlig at leseren vil bruke for å lete etter artikkelen. Begrepene du da kommer frem til bør du prøve å benytte i tittelen. Mange forfattere velger å bruke begreper i tittelen av mer skjønnlitterær karakter, eller begreper med dobbelt betydning der den doble betydningen henspiller på artikkelens innhold. Dette kan medføre langt færre treff i søkemotorer.

GJENTA VIKTIGE ORD ELLER FRASER

Nest etter tittelen, er innholdet i sammendraget viktig. Hvis begrepene leseren bruker i søkene forekommer i tittelen på en artikkel, kan det øke sjansen for treff hvis de er gjentatt i sammendraget. Dette bør imidlertid ikke overdrives. Unødige gjentakelser kan føre til at siden avvises av søkemotorer.

ET EKSEMPEL

Eksempel på et kjent begrep er «Samhandlingsreformen». Hvis en leser er ute etter stoff på dette temaet, er det naturlig at vedkommende søker på dette begrepet. Forekommer begrepet både i tittel og sammendrag, øker sjansen for at artikkelen vil komme høyt opp på søkemotorens treffliste. Hvis forfatteren velger ikke å bruke dette begrepet, men heller «den nye reformen for samhandling» kan dette redusere muligheten for å bli funnet gjennom søkemotorene. Hvis forfatteren for samme artikkel velger å gi artikkelen en litterær, mer kreativ tittel som for eksempel:

SØKBARHET?

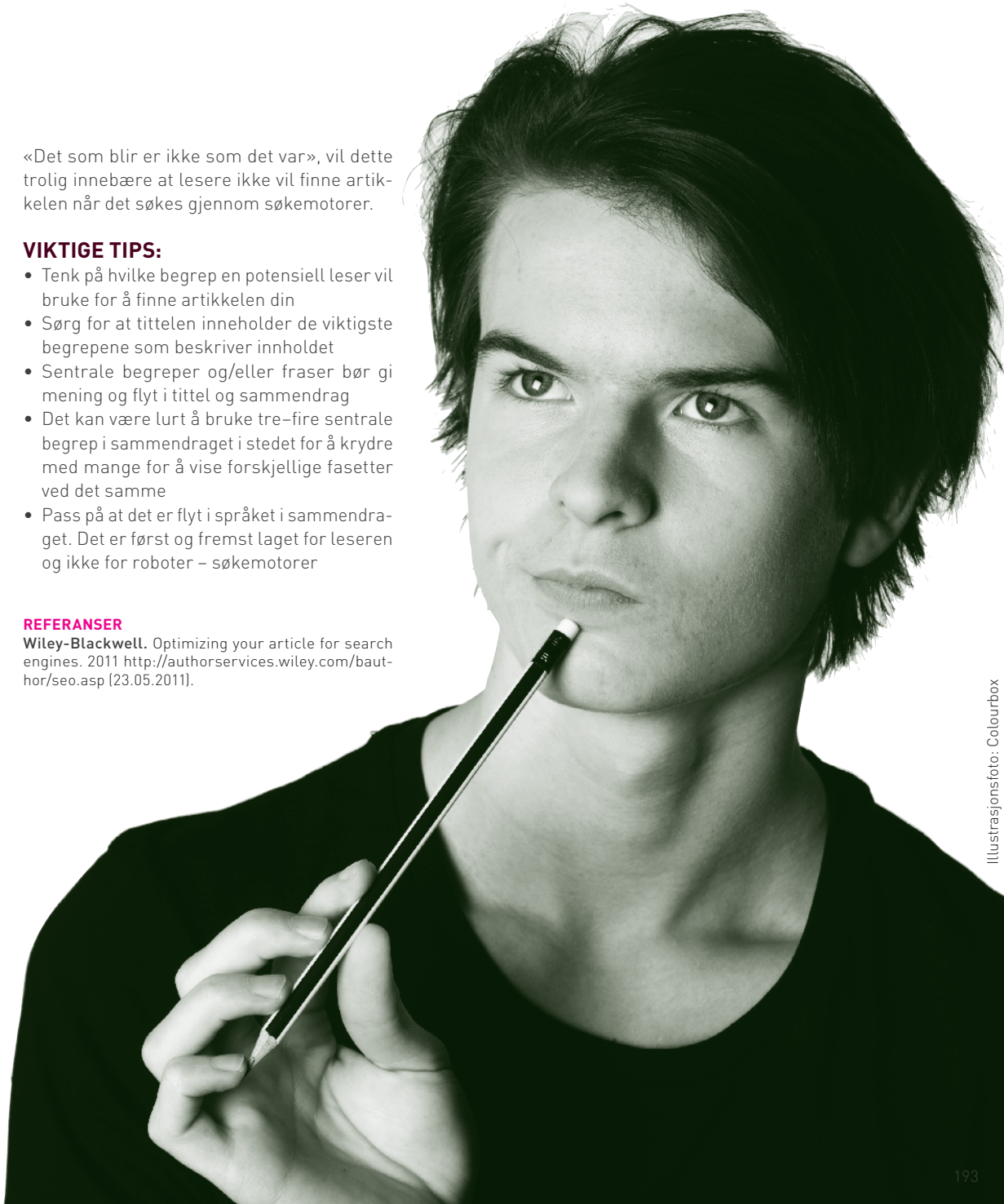
«Det som blir er ikke som det var», vil dette trolig innebære at lesere ikke vil finne artikkelen når det søkes gjennom søkemotorer.

VIKTIGE TIPS:

- Tenk på hvilke begrep en potensiell leser vil bruke for å finne artikkelen din
- Sørg for at tittelen inneholder de viktigste begrepene som beskriver innholdet
- Sentrale begreper og/eller fraser bør gi mening og flyt i tittel og sammendrag
- Det kan være lurt å bruke tre–fire sentrale begrep i sammendraget i stedet for å krydre med mange for å vise forskjellige fasetter ved det samme
- Pass på at det er flyt i språket i sammendraget. Det er først og fremst laget for leseren og ikke for roboter – søkemotorer

REFERANSER

Wiley-Blackwell. Optimizing your article for search engines. 2011 <http://authorservices.wiley.com/bauthor/seo.asp> (23.05.2011).



GRATIS NETTKURS FOR FAGLIG OPPDATERING

Av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Helsepersonell er pålagt å holde seg faglig oppdatert. Gjennom nettkurset kunnskapsbasert praksis, no lærer du hvordan du finner forskningsbasert kunnskap og omsetter den til praktisk arbeid. Og det koster deg ikke en krone.

Lillebeth Larun, fysioterapeut av utdanning og forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, forteller engasjert om nettkurset som Kunnskapssenteret har utviklet i samarbeid med Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.

FRA KUNNSKAP TIL PRAKSIS

– Kurset lærer deg kunnskapsbasert praksis, det vil si å ta faglige avgjørelser gjennom systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilder, med spesielt fokus på forskningsbasert kunnskap forklarer Larun.

– Du lærer hvordan du søker i databaser, hvordan du kritisk vurderer artikler du finner og hvordan du kan omsette kunnskapen til praktisk arbeid, enten det er for å ta individuelle beslutninger i konkrete arbeidssituasjoner eller i utvikling av prosedyrer.

– *Hvorfor er det så viktig å oppdatere seg på hva forskningen sier?*

– Helsepersonell må hver dag ta faglige avgjørelser, men den dokumenterte kunnskapen om hva som er god praksis er i stadig utvikling, og det man lærte på et tidspunkt kan være endret. Man kan ikke basere seg på hva man har lært eller hva man tror, sier Larun.

PRAKTISKE EKSEMPLER

Nettkurset er pedagogisk tilrettelagt og lærer deg trinn for trinn hvordan du kan nyttegjøre deg forskning i arbeidshverdagen, fra å formulere hvilke spørsmål du ønsker svar på, til søking etter relevant litteratur, kritisk vurdering av litteraturen og hvordan den kan omsettes til praktisk arbeid. Alle trinnene er spekket med praktiske, kliniske eksempler, videoer og øvingsoppgaver.

STATISTIKK FOR FOLK MED TALLFOBI

Kurset har også en statistikkdel for folk som ikke liker tall, men som likevel må forholde seg til tall i jobben, for eksempel fra fagartikler.

– Statistikkdelen gir deg en enkel innføring i grunnstammen i statistikk, det vil si hvordan du beskriver tall, analyserer tall og formidler tall, og lærer deg hvordan du kan forstå statistikk, opplyser Larun.

INTERNOPPLÆRING AV ANSATTE

Helsepersonelloven krever at helsepersonell holder seg faglig oppdatert. Ifølge Larun er nettkurset velegnet til internopplæring av ansatte.

– Man trenger ikke å sende ansatte på kostbare kurs. Kunnskapsbasertpraksis.no er et godt pedagogisk tilrettelagt læringsverktøy som kan brukes til faglig utvikling og til å kvalitetssikre at ansatte har minimumskunnskap, mener hun.

ØNSKER TILBAKEMELDINGER

Kunnskapsbasertpraksis.no har vært på nett siden september 2008. Vi har hatt rundt 40.000 unike brukere og over halvparten av de besøkende kommer tilbake. Brukere som returnerer er i gjennomsnitt inne på nettstedet sju til åtte minutter ved hvert besøk, og de klikker seg mellom flere sider. Brukervennlighet og læringseffekt av kurset evalueres og på grunn av stor etterspørsel i utlandet, er det også planer om å oversette til engelsk.

– Kurset er i løpende utvikling. Vi vil gjerne ha tilbakemeldinger om feil og mangler og innspill til forbedringer, gjerne på kbp@hib.no, sier Lillebeth Larun.

Kursets innhold:

- Refleksjon
- Spørsmålsformulering
- Litteratursøk
- Kritisk vurdering
- Anvende
- Evaluere

Kilde: www.kunnskapsbasertpraksis.no

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
**LISBETH
GRAVDAL KVARME**

Tittel: Promotion of self-efficacy and health-related quality of life in socially vulnerable school children: the role of the school nurse
Arbeidssted: Høyskolen Diakonova

Utgått fra: Universitetet i Bergen, Det medisinske odontologiske fakultet

Veileder: Professor Gerd Karin Natvig, UIB

Disputas: 21. Januar 2011

E-post: lgk@diakonova.no

> **Bakgrunn:** Skolen er en viktig arena for å fremme helse og velvære hos skolebarn. Elever som er sosialt tilbaketrukne eller mobbet, er sosialt sårbare i skolesituasjonen. Sosialt sårbare barn er utsatt for lav livskvalitet og mestringsforventning. Sosialt

sårbare barn trenger hjelp til å øke sin sosiale kompetanse og mestringsforventning.

Hensikt: Det første målet var å undersøke sammenhengen mellom generell mestringsforventning (GSE) og helserelatert livskvalitet (HRQOL). Det andre målet var å undersøke effekten av gruppesamtaler basert på løsningsfokusert metode (LØFT) og finne ut om gruppene kunne styrke mestringsforventning hos sosialt tilbaketrukne skolebarn i 12–13 års alder. Det tredje målet var å undersøke mobbede elevers erfaringer, og hva slags hjelp de ønsker.

Metode: Tre ulike design ble benyttet. To kvantitative design med spørreskjema (en tverrsnittsstudie og en intervensjonsstudie med eksperiment- og kontrollgruppe) og et kvalitativt design (fokusgruppeintervju).

Resultat: Den første studien viste positiv sammenheng mellom GSE

og HRQOL. Resultater fra intervensjonsstudien viste at helse-søstertiltak med LØFT-grupper hadde effekt på mestringsforventningen. Jentene hadde en større økning rett etter intervensjonen, mens guttene hadde den største økningen tre måneder etter. Funn fra den tredje studien viste at elever som mobbes ønsket å bli inkludert og ha venner på skolen.

Konklusjon: Avhandlingen viser at sosialt sårbare skolebarn trenger hjelp fra skolen og skolehelsetjenesten. Elever som mobbes ønsket hjelp til å få stoppet mobbingen umiddelbart. Løsningsfokuserte grupper kan øke mestringsforventningen til sosialt tilbaketrukne barn. Å fremme helse gjennom å skape et trygt og inkluderende skolemiljø, er en viktig oppgave for helsesøster i samarbeid med skolen, familien og skolebarna.

HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til forskning@sykepleien.no. Retningslinjer for utforming av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider: www.sykepleien.no.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
EVA SOMMERSETH

Tittel: Uventet diagnostisk informasjon etter ultralyd i et ønsket svangerskap

Arbeidssted: Høgskolen i Vestfold

Utgått fra: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Veileder: Professor Johanne Sundby

Disputas: 14. sep. 2010

E-post: eva.sommerseth@hive.no

> **Bakgrunn:** Lov om bioteknologi har satt et skille mellom tilbud om fosterdiagnostikk og tilbud om rutinemessig ultralyd. Dette er et skille som er vanskelig å praktisere i den kliniske hverdagen. En konsekvens er at mistanke om utviklingsavvik i større grad blir et sentralt tema ved den ordinære ultralydundersøkelsen, men uten at kvinnen er bedre forberedt på å motta denne nye informasjonen.

Hensikt: Hensikten med denne avhandlingen er å frembringe kunnskap om de erfaringer kvinner har gjort når den rutinemessige ultralydundersøkelsen viser noe unormalt med fosteret.

Metode: Semistrukturerte livsverden intervju der hensikten er å beskrive og forstå den daglig levde verden fra kvinnenes perspektiv. 22 kvinner fra hele landet og med ulik bakgrunn og av ulik alder deltok. De ble intervjuet én gang, mellom to og 12 uker etter avsluttet svangerskap.

Resultat: De funnene som er presentert viser hvordan kvinner opplever og uttrykker eksistensiell sårbarhet i en situasjon hvor de møter uventet diagnostisk informasjon. Dette kommer til uttrykk som kaos i egne følelser. Flere kvinner beskriver hvordan de setter svangerskapet på vent og pendler mellom håp og resignasjon, en erfaring med gjennomgripende kroppslig eksistensiell smerte. Distanse til egen kropp og fosteret forsterker en følelse av meningsløshet og ambivalens. De elleve kvinnene som gikk gjennom et svangerskapsavbrudd, opplevde skyld og krenkelse når de selv måtte begrunne sitt handlingsvalg for en abortnemnd.

Konklusjon: Studien beskriver de erfaringene noen kvinner har gjort når ultralydundersøkelsen avdekker noe unormalt med barnet, og den eksistensielle sårbarhet som kan følge en krise som dette.



Kandidat:
KARI GLAVIN

Tittel: Women with postpartumdepression – an early identification and intervention study

Arbeidssted: Høgskolen Diakonova,

Utgått fra: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Disputas: 5. november 2010

Veileder: Professor Bodil Ellefsen

E-post: kag@diakonova.no

> **Bakgrunn:** Barseldepresjon er en hyppig forekommende tilstand og kan få konsekvenser for kvinnens og barnets helse.

Hensikt: Studiens hovedhensikt var å se på effekten av en modell for tidlig identifisering og intervensjon ved barseldepresjon hos kvinner.

Metode: Intervensjonsstudie for å undersøke effekten av et endret tilbud til barselkvinner opp til tolv måneder etter fødsel. En kvalitativ studie for å beskrive helsesøstrenes erfaring med opplæringen og det endrete tilbudet til barselkvinnene. Arbeidet er utført i to store norske kommuner og 2247



barselkvinner har deltatt i studien. I intervensjonskommunen ble tilbudet til barselkvinnene endret; de ansatte fikk opplæring om barseldepresjon, bruk av et kartleggingsinstrument (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) og bruk av støttende samtaler.

Resultat: Forekomsten av depressive symptomer var 10,1 prosent (EPDS > 10) seks uker etter fødsel. Førstegangsfødende hadde en høyere forekomst enn flergangsfødende og de eldste førstegangsfødende (36 år og over) hadde høyest forekomst. Informasjon og støtte ved hjemmebesøket to uker etter fødsel ser ut til å forebygge tilfeller av depressive symptomer og støttende samtaler med helsesøster til deprimerte kvinner viste seg å ha god effekt. Det var signifikante forskjeller på gruppene opp til 12 måneder etter fødsel.

Denne studien viser at barseldepresjon er en tilstand av betydning i Norge. Helsesøstre har både mulighet og kompetanse til å forebygge og behandle lette og moderate barseldepresjoner og henvise videre ved behov. Funnene i denne studien bør ha konsekvenser for tilbudet til barselkvinner i norske kommuner.



Kandidat:
INGER UTNE

Tittel: Smerte, håp, mestringsstrategier, psykisk ubehag og livskvalitet hos kreftpasienter med smerte.

Arbeidssted: Høgskolen i Oslo. Avdeling for sykepleierutdanning

Utgått fra: Medisinsk fakultet, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Veileder: Professor: Tone Rustøen

Disputas: 19. november, 2010

E-post: inger.utne@su.hio.no

> **Bakgrunn:** Smerter er et stort problem hos kreftpasienter og spesielt uttalt hos pasienter med langtkommen kreft.

Hensikt: Hensikten med studien var å få mer kunnskap om smerte, håp, mestring og psykisk ubehag hos pasienter med smerte som blir behandlet med sterke smertestilende medikamenter (opioider). Dessuten ønsket vi å beskrive sammenhenger mellom disse begrepene.

Metode: Studien er deskriptiv og har tverrsnittdesign. Kartleggingen er gjort ved hjelp av spørreskjema. I studien inngår 225 inneliggende kreftpasienter.

Resultat: Pasientene som hadde smerte hadde et høyere håp sammenlignet med normalbefolkningen, selv om de med kreft var mer redde for sin framtid. Vi fant at det er en sammenheng mellom håp og hvordan smerten går ut over dagliglivet, men styrken på håp varierte ikke med smerteintensitet. Femtiseks prosent av pasientene hadde moderate til sterke smerter. Disse pasientene bruker verstefallstenkning mot smerter i større grad enn pasienter med milde smerter. Så mange som 44 prosent av pasientene hadde både angst og depresjon. De som hadde smerte og som sliter med psykisk ubehag, rapporterte at smertene påvirket deres dagligliv i større grad enn de pasientene som ikke hadde psykisk ubehag. De hadde dessuten lavere håp og dårligere livskvalitet enn de som ikke slet med psykisk ubehag. En del av denne avhandlingen var også å teste ut hvordan et spørreskjema for å kartlegge mestringsstrategier hos pasienter med smerter fungerer.

Konklusjon: Som en klar følge av resultatene, må helsepersonell opprettholde håpet hos pasientene. Vi må i tillegg redusere verstefallstenkning og dernest kartlegge både angst og depresjon hos disse pasientene.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
MARIANNE THORSEN GONZALEZ

Tittel: Terapeutisk hagebruk ved klinisk depresjon i en Grønn Omsorg kontekst: Prospektive studier på mental helse utbytte, aktive komponenter og eksistensielle forhold.

Arbeidssted: Institutt for sykepleie og helse, Diakonhjemmet Høgskole

Veileder: Førsteamanuensis Grete Grindal Patil

Utgått fra: Universitet for miljø- og biovitenskap, Institutt for plante- og miljøvitenskap

Disputas: 25. november 2010

E-post: gonzalez.diaconhjemmet.no

> **Bakgrunn:** Historisk har hager, parker og landskap hatt en viktig betydning for rekreasjon, aktivisering og recovery ved mentale lidelser, og er i dag vel kjent som terapeutisk strategi innen psykisk helsearbeid. Klinisk depresjon kjennetegnes ved passivitet, nedstemthet, stressplager, grubling og konsentrasjonsproblemer. Denne studien antas å være den første som undersøker nytten av terapeutisk hagebruk ved klinisk depresjon.

Hensikt: Å undersøke om per-

soner som lider av langvarig depresjon har nytte av å delta i et terapeutisk hagebruksprogram over tolv uker to ganger i uken som et supplerende tilbud til medisiner og samtalerterapi. Å undersøke endringer i alvorlighetsgrad i depresjon, grubling, angst, stressplager og opplevd oppmerksomhetskapasitet. Å utforske hva som er terapeutisk virksomme komponenter i terapeutisk hagebruk.

Metode: To prospektive single-group design intervensjonsstudier ble gjennomført henholdsvis i 2008 (N=18) og 2009 (N=28) på bynære gårder i Oslo og Akershus.

Resultat: Det var signifikante bedringer i alvorlighetsgrad av depresjon, grubling, angst, opplevd stress og oppmerksomhetskapasitet sammenlignet med baseline score. Det var fremdeles signifikante endringer i alvorlighetsgrad av depresjon ved tre måneders oppfølging. Resultatene kan videre tyde på at virksomme komponenter i terapeutisk hagebruk ved depresjon er endring i omgivelser, fascinasjon av aktiviteter og opplevelser samt sosialt samhold i gruppen.

Konklusjon: Resultatene gir grunnlag for å anbefale at det kan være hensiktsmessig å legge til

rette for at langvarig deprimerte kan delta i denne type aktiviteter. Erfaringene fra prosjektet er at terapeutisk hagebruk kan enkelt praktiseres i hager tilknyttet institusjoner, distriktpspsykiatriske sentre og på Grønn Omsorggårder.



152



160



190

Contents >>

Editorial: What is good research?	103
Contributions:	
Per Fugelli: The element of trust	104
Anders Johan W. Andersen: See the individual	107
Summarised research:	
Cochrane	108
Research news	112
Research articles:	
Bacterial investigations of mobile electro-medical equipment used in operating rooms. By Augusta Irene Kvam, Jenny Aasland, Jan Gunnar Skogås and Anne Karin Wik	114
Comment: Implementing hygiene measures takes time. By Marit Glende Johnsen	123
Is Non-Invasive Ventilation associated with increased risk of weight loss for patients hospitalised with acute COPD exacerbations? By Lise Tuset Gustad, Haldis Østerås and Monika Aasbjørg	124
Comment: Can provide shorter turnaround. By Lisbet Narvestad Grenager	133
«Train-the-trainer» – reflection groups in the care sector? By Elisabeth Gjerberg and Nina Amble	134
Comment: Easier to ask for help. By Unni Karset Broen	142
Occupational stress in primary health care enterprises. By Jörg W. Kirchhoff	144
Comment: Support from colleagues reduces stress. By Siri Vullum	151
A wider multidisciplinary collaboration contribute to a more active ageing of nursing home residents. By Klara Jakobsen and Randi Graneborn	152
Comment: The staff must become involved. By Trine Pettersen	159
Implementing evidence-based practice in hospital – what strategies are effective? By Gunn K. Sandvik, Kjersti Stokke and Monica Nortvedt	160
Comment: Requires motivated management. By Ellen-Anne Alvin	168
Changes for nurses after the reform of health services for people living with substance abuse. By Knut Tore Sælør and Stian Biong	170
Comment: Knowledge of the field of substance abuse provides better treatment. By Jørgen Strand	177
Quality of life, depressive symptoms and impairment in people with dementia. By Marit Mjørud, Knut Engedal, Maria Lage Barca and Siri Ytrehus	178
Comment: Depression must be uncovered. By Anne-Pernille Rudi	187
Research in practice: Have identified the use of diary	188
Research Interview: Social Committed Bookworm	190
New and useful:	192



Innhold >>

Leder: Hva er god forskning?	103
Innspill:	
Per Fugelli: Det herredømmefrie møtet	104
Anders Johan W. Andersen: Tvangstanker i sykepleien	107
Oppsummert forskning:	
Cochrane	108
Forskningsnytt	112
Forskningsartikler:	
Bakteriologisk prøvetaking av mobilt medisinsk teknisk utstyr som benyttes på operasjonsstuer. Av Augusta Irene Kvam, Jenny Aasland, Jan Gunnar Skogås og Anne Karin Wik	114
Kommentar: Hygienetiltak tar tid. Av Av Marit Glende Johnsen	123
Gir noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt i sykehus? Av Lise Tuset Gustad, Haldis Østerås og Monika Aasbjørg	124
Kommentar: Ernæringstiltak kan gi kortere behandlingstid. Av Lisbet Narvestad Grenager	133
«Train the trainer» – refleksjonsgrupper i pleie- og omsorgssektoren. Av Elisabeth Gjerberg og Nina Amble	134
Kommentar: Lettere å be om hjelp. Av Unni Karset Broen	142
Yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester. Av Jörg W. Kirchhoff	144
Kommentar: Støtte fra kolleger minsker stress. Av Siri Vullum	151
Større faglig bredde bidrar til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. Av Klara Jakobsen og Randi Granebo	152
Kommentar: De ansatte må engasjere seg. Av Trine Pettersen	159
Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? Av Gunn K. Sandvik, Kjersti Stokke og Monica Nortvedt	160
Kommentar: Krever motivert ledelse. Av Ellen-Anne Alvin	168
Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen. Av Knut Tore Sælør og Stian Biong	170
Kommentar: Kjennskap til rusfeltet gir bedre behandling. Av Jørgen Strand	177
Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens. Av Marit Mjørud, Knut Engedal, Maria Lage Barca, Siri Ytrehus	178
Kommentar: Depresjoner må avdekkes. Av Anne-Pernille Rudi	187
Forskning i praksis: Har kartlagt bruk av dagbok	188
Forskerintervju: Samfunnsengasjert bokorm	190
Nytt og nyttig:	192