

forskning

03|11



Ungdom
med leddgikt

212

Undervisning og veiledning er sentrale sykepleieroppgaver. Samhandlingsreformen beskriver satsing på å utvikle lærings- og mestringstilbud til personer som har langvarige lidelser. Studien om «Hvordan forberede unge mennesker med juvenil idiopatisk artritt på voksenlivet» viste at kun en liten andel hadde fått slik veiledning og hjelp. Studien presenteres i denne utgaven av **Sykepleien Forskning**.

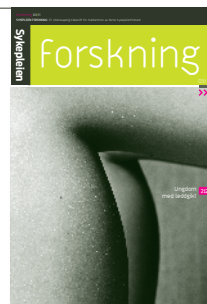


Foto: Erik M. Sundt

REDAKSJONSKOMITÉ:



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



Bård Nylund
Bachelorstudent i sykepleie ved Høgskolen i Oslo.



Per Nortvedt
Professor ved Universitetet i Oslo.



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



Liv Wergeland Sørbye
Førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo.



Marit Kirkevold
Professor ved Universitetet i Oslo.



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



Liv Merete Reinar
Seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.



Tone Rustøen
Professor ved Høgskolen i Oslo.



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

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

Sykepleien Forskning

Bilag til Sykepleien
Tollbugt 22, 5. etg.
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf. 22 04 32 00. Faks: 22 04 33 75
www.sykepleien.no

Ansvarlig redaktør:

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaktør: Anners Lerdal

anners.lerdal@lds.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

Sykepleiertitler bør gjeninnføres

I de senere år har helseforetakenes benevnelse og omtale av sykepleiere endret seg dramatisk. Tittelen som avdelingssykepleier er stort sett borte og erstattet med enhetsleder eller en annen profesjonsnøytral betegnelse. Jobben sykepleiere gjør omtales også i mindre grad som sykepleie. På nettsidene til Haukeland sykehus beskrives hvilke tjenester de yter på kirurgisk klinikk slik: «Legetenester, sengeressursar, poliklinikk og merkantile tenester ...». Sykepleierollen kan dermed tolkes som redusert til en «sengeressurs». I enkelte dokumenter fra helseforetakene er det opplagt at «sengeressurser» viser til de fysiske sengene. Sykepleiere ved Oslo Universitetssykehus forteller imidlertid at ledere har omtalt dem som «sengeressurser». Det nye begrepet vekker assosiasjoner som ligger langt unna hva vi forbinder med utøvelse av sykepleie i et moderne helsevesen.

Hvordan kan det ha seg at navnet som beskriver den største yrkesgruppen innen helsevesenet nå er i ferd med å forsvinne? Og hvilke konsekvenser får det for pasientene og deres forståelse av hvem de forholder seg til i helsevesenet hvis ikke vi bruker profesjonsnavn som sykepleier, fysioterapeut eller sosionom? Siden funksjonsområdene til de ulike yrkesgruppene i stor grad er allment kjent, gir yrkestitlene viktig informasjon til brukere og pasienter om hvilken type hjelp de kan forvente seg når de møter de ulike profesjonene i helsevesenet. Hvilke forventninger om tjenester

har pasienter som møter en sengeressurs?

Utøvelse av sykepleie krever faglig kompetanse. La meg ta et eksempel fra en tilsynelatende hverdagslig situasjon. En sengeliggende person som ikke klarer å få i seg mat trenger hjelp av sykepleiere med kunnskaper om hvilken type og mengde næring personen trenger. Har vedkommende fått hjerneslag må svelgfunksjonen testes før pasienten får mat for å forebygge aspirasjonspneumoni med påfølgende komplikasjoner. Dette er eksempler på spesialkunnskap som sykepleiere har. Det som kan se ut som et «vanlig måltid» hvor sykepleieren gir en pasient mat, utgjør således både en testsituasjon (av pasientens svelgfunksjon) og gjennomføring av behandling (ernæring med næringsinnhold og form tilpasset pasientens tilstand og funksjonsnivå).

For å utvikle dagens sykepleiepraksis og å gjøre en god jobb trengs utøvende sykepleiere med en forskende holdning, med interesse for å gi god sykepleie til pasientene og for å holde seg faglig oppdatert. Arbeidet som sykepleiere gjør fortjener anerkjennelse ved å omtales som sykepleie, ikke som en sengeressurs.



Redaktør

Anners Lerdal

anners.lerdal@lds.no

Dr. philos fra Det medisinske fakultetet ved universitetet i Oslo. Jobber som seniorforsker ved Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo Universitetssykehus.

Anners Lerdal

Papirløs helse

› Helsetilbudet til mennesker uten lovlig opphold i Norge er for dårlig.

Hva er et helsevesens viktigste ressurs? Hva er det sykepleieren, legen eller helsefagarbeideren overhodet ikke kan klare seg uten for å gjøre jobben sin? – Penger? De trengs. – Kompetanse? Utvilsomt. Men ingenting av dette er til særlig nytte hvis det som mangler er pasientenes tillit.

OMSTRIDT KLINIKK

For snart to år siden åpnet Kirkens Bymisjon og Røde Kors Norges første helseklinikk for mennesker uten lovlig opphold. Den ligger på diskret adresse sentralt i Oslo, og har åpent to dager i uka. Det var stor og bred politisk motstand mot dette tiltaket før det ble åpnet. Politikere advarte mot det. Det ble reist tvil om lovligheten. Libe Rieber-Mohn erklærte det for «uønsket». Erna Solberg uttalte at selv om frivillige organisasjo-

ner nok hadde lov til å gjøre noe slikt, «måtte politiet likevel få lov til å utføre sitt arbeid.» En stortingsrepresentant fra Fremskrittspartiet viste vel størst kombinasjon av motstand og kunnskapsmangel ved å argumentere med at dette ville være «som å gi helsehjelp til kriminelle». Fremskrittspartiet har da også foreslått å forby slike helsetjenester ved lov. Muligens står også helsetjenesten i fengslene i fare?

FRIVILLIG HELSEARBEID

Men senteret åpnet, med en bred allianse av organisasjoner og aktører på helse- og flyktningfeltet i ryggen. En beskjeden stab på i overkant av to faste stillinger får profesjonell hjelp av bortimot 100 frivillige, de aller fleste helsearbeidere. Det er inngått samarbeidstaler med blant annet Diakon-

hjemmet sykehus, et psykiatrisk senter, laboratorier, psykologer og tannleger. Fram til 1. august 2011 har senteret betjent 720 pasienter i bortimot 2000 konsultasjoner. Pasientene har oppgitt 60 forskjellige nasjonaliteter. 35 prosent av dem er kvinner. 20 prosent av konsultasjonene gjelder mental helse.

Behovet for disse tjenestene er det med andre ord ingen tvil om. Vi har økt kapasiteten, og ser at vi kommer til å måtte gjøre det igjen. Og dette er jo bare i Oslo. Mennesker uten lovlig opphold finnes i hele landet, selv om de er flest i de store byene.

PROFESJONSETIKK

SSB anslår at det kan være rundt 18.000 mennesker uten lovlig opphold i Norge. Tallet er usikkert. Men Kirkens Bymisjon og Røde Kors mener



Foto: Kirkens Bymisjon

” Ingen skal trenge å fortjene å få dekket grunnleggende helsebehov.

i likhet med mange andre at det norske helsetilbudet til denne gruppa er for dårlig. Myndighetene har plikt til å gi et bedre tilbud, både i henhold til norsk lov og internasjonale konvensjoner. Det må også innebære finansieringsordninger som i dag ikke finnes.

Heldigvis får denne gruppa også hjelp av det ordinære offentlige helsevesenet. Det er mitt bestemte inntrykk at norsk helsepersonell jevnt over har en sterk profesjonsetikk, og derfor vet at det ikke bare er slik at det er lov å hjelpe mennesker som ikke har alle sine papirer i orden, men at det er en plikt. Helsepersonell er gjennom sine etiske retningslinjer forpliktet på pasientens beste. Taushetsplikten gjelder selvsagt også her. Det som er ulovlig, er å nekte å gi øyeblikkelig eller nødvendig helsehjelp til en trengende pasi-

ent, eller å angi en pasient til myndighetene.

TØR IKKE KOMME

Likevel er det altså grunn til å tro at mange ikke får den hjelpen de trenger. Blant disse er det helt sikkert også barn. Grunnen til dette, handler til syvende og sist ikke om selve hjelpen eller tilbudet som gis. For her gjelder det samme som innen rusomsorgen for de mest utsatte: At hjelp egentlig ikke er gitt, før hjelpen er mottatt. Og da er vi ved kjernen: Mennesker kan ikke få adekvat helsehjelp dersom de ikke tør komme.

Derfor er det så alvorlig når politikere i og utenfor myndighetsposisjoner sprer tvil om hvorvidt det er trygt for dem å oppsøke helsehjelp. Uten unntak har den politiske motstanden mot et helsesenter for papirløse migranter vært asylopolitisk

begrunnet. Men asylopolitikken må holdes langt unna folks rett til helsehjelp. Det vet enhver som kjenner seg forpliktet på den medisinske etikk. Ingen skal trenge å fortjene å få dekket grunnleggende helsebehov.

GJENSIDIG TILLIT

Derfor kan det være klokt at det finnes spesielle tiltak for denne gruppa som ikke driftes direkte av det offentlige, men av ideelle organisasjoner som Røde Kors og Kirkens Bymisjon. Det er et spørsmål om gjensidig tillit. Men det er like fullt et offentlig ansvar å se til at slik hjelp ikke bare tilbys, men når fram til pasienten. Da må pasientens rett til full konfidensialitet sikres. Da må rettigheter følges opp med bevilgninger. Og helsepersonell må kjenne seg trygge på at de ikke presses inn i en asylopolitisk agenda.

Usikkert om musikkterapi hjelper personer med kreft

Det tilbys ulike tiltak for å redusere den psykologiske og fysiske belastningen hos personer med kreft. Musikkterapi kan ha gunstige effekter på angst, smerte, humør og livskvalitet hos personer med kreft. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

Risikoen for å utvikle kreft i løpet av livet er 44 prosent for menn og 38 prosent for kvinner og en kreftdiagnose kan først og fremst være en stor følelsesmessig og fysisk belastning, men også påvirke det sosiale livet betraktelig. Mange symptomer og bivirkninger av behandling påvirker kreftpasientens fysiske velvære så vel som livskvalitet. I tillegg kan sorg, angst og depresjon fremtre når en kreftdiagnose gis eller en behandling igangsettes. Bivirkningene av kjemoterapi, som kvalme og oppkast, har ulik effekt på det psykiske velværet til kreftpasienter som mottar det samme medikamentet. Hvordan pasienter opplever og tolker fysiske symptomer under behandlingsfasen kan dermed i høy grad også skyldes ikke-farmakologiske faktorer. Det er av disse grunner viktig at omsorgen for kreftpasienter legger vekt på å møte pasientens psykologiske,

sosiale og åndelige behov. I ulike medisinske felt er musikk anvendt for å møte nettopp disse behovene. Forskning på effekter av musikk og musikkterapi for pasienter har vært i sterk vekst de siste 20 årene.

Hensikten med denne oversikten var å sammenligne effekter av musikkterapi med standard behandling alene eller andre tiltak hos kreftpasienter.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant 30 studier som vurderte effekter av musikkterapi gitt av enten faglærte musikkterapeuter eller musikkopptak tilbudt av for eksempel sykepleiere. Funnene viser at:

- Musikkterapi gir muligens en gunstig effekt på angst, smerte, humør og livskvalitet hos personer med kreft.
- Musikkterapi gir muligens liten eller ingen forskjell på depresjon, tretthet/utmattelse eller fysisk status.
- Det er usikkert om musikkterapi har effekt på sorg.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av musikkte-

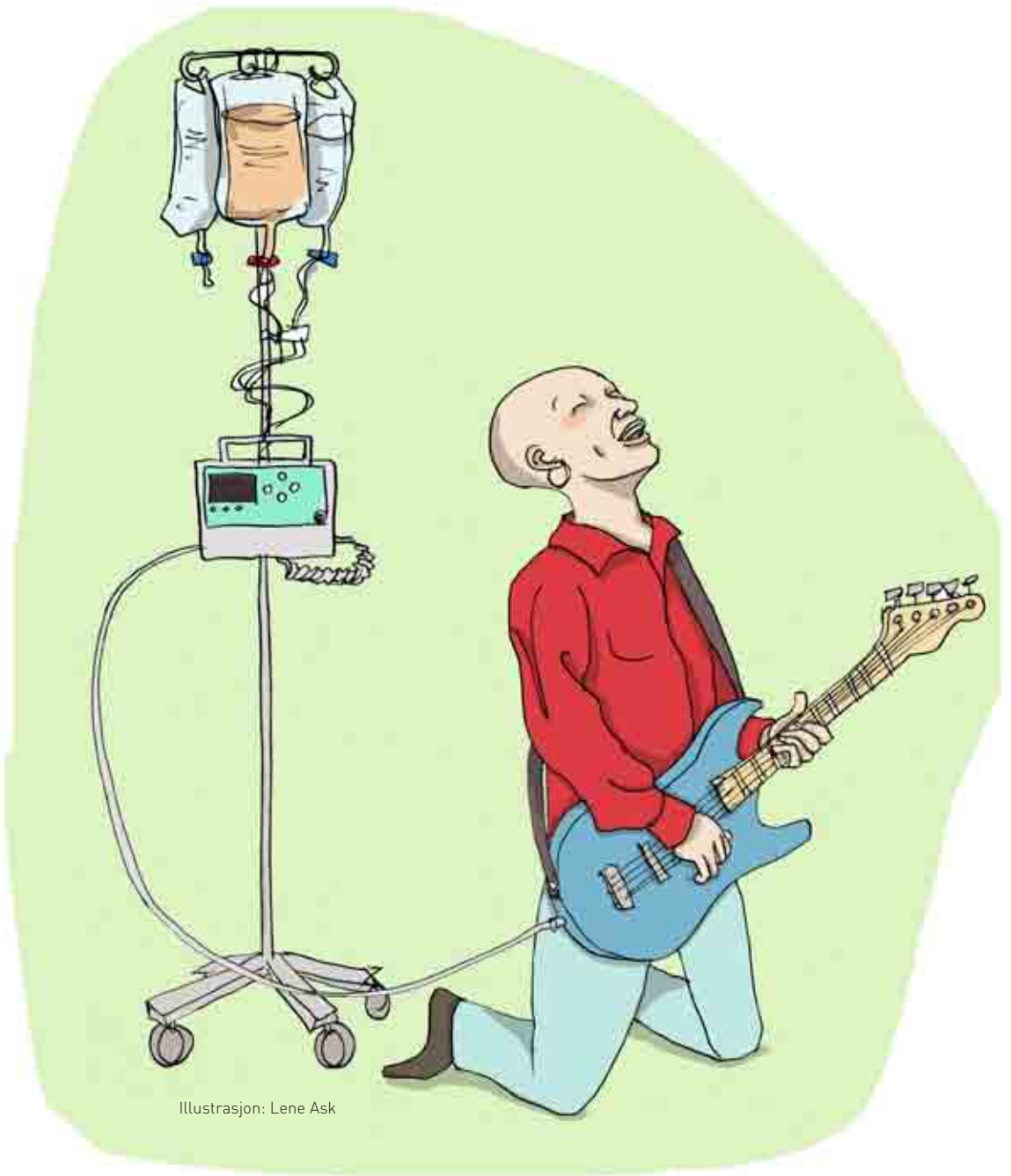
rapi hos personer med kreft. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant 30 studier med til sammen 1891 deltagere som de inkluderte i oversikten. Studiene var gjennomført i USA, Kina, Italia, Iran, Spania, Taiwan og Vietnam. Fire av studiene var på barn med kreft. Studiene var generelt små, og hyppigheten og varigheten av musikkterapien varierte mye.

KILDE

Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 8. Art. No.: CD006911. DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub2.

Skrevet av **Marita Sporstøl Fønhus**,
Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten





Illustrasjon: Lene Ask

Fødselsrifter

– sy eller ikke sy?

Det er begrenset med tilgjengelig forskningsbasert kunnskap som kan støtte jordmødre i valget mellom å suturere eller ikke suturere rifter etter en fødsel. To små studier fant liten eller ingen forskjell mellom kvinner som ble suturert og de som ikke ble det når det gjaldt smerter. Inntil det kommer flere studier må valget baseres på egen klinisk erfaring og kvinnes preferanser.

Rifter i perineum forekommer i mer enn halvparten av vanlige fødsler. Vanlig praksis er at disse riftene blir suturert. Suturering er assosiert med noen ulemper som smerter og ubehag. Dette kan påvirke normale aktiviteter i barseltiden og muligens også amming. Mange jordmødre har stilt spørsmålet om det er nødvendig å suturere små rifter etter fødsel. Det er mulig at rifter som bare involverer huden eller hud og muskel hæl er fint uten suturering og at dette gir mindre ubehag for kvinnen.

Hensikten med denne nye oversikten er å gi jordmødre og leger et kunnskapsgrunnlag for å kunne gi beste behandling (suturere eller ikke suturere) til kvinner med spontane rifter i forbindelse med vaginale fødsler.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant studier som hadde vurdert effekten av suturering mot å la rifter hèle spontant hos kvinner med ellers normale

forløp. Det var ikke enhetlige resultater i studiene.

- Det var liten eller ingen forskjell i smerte eller ubehag for kvinnene opp til åtte uker etter fødsel.
- Det var liten eller ingen forskjell i tilheling av rifter.
- Det er behov for mer forskning i form av randomiserte forsøk som inkluderer nok kvinner og som måler effekten på smerter og andre utfall etter lengre tid.

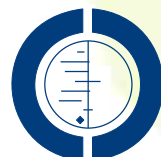
HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskere i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over studier som har undersøkt effekten av å suturere eller å la være å suturere rifter (første og andre grad) på kort og lang sikt. Forskerne gjorde systematiske søk i flere forskningsdatabaser, og fant to studier med til sammen 154 kvinner som de inkluderte i oversikten. Studiene var få og små, men ellers generelt godt utført. De var fra England og Sverige.

KILDE

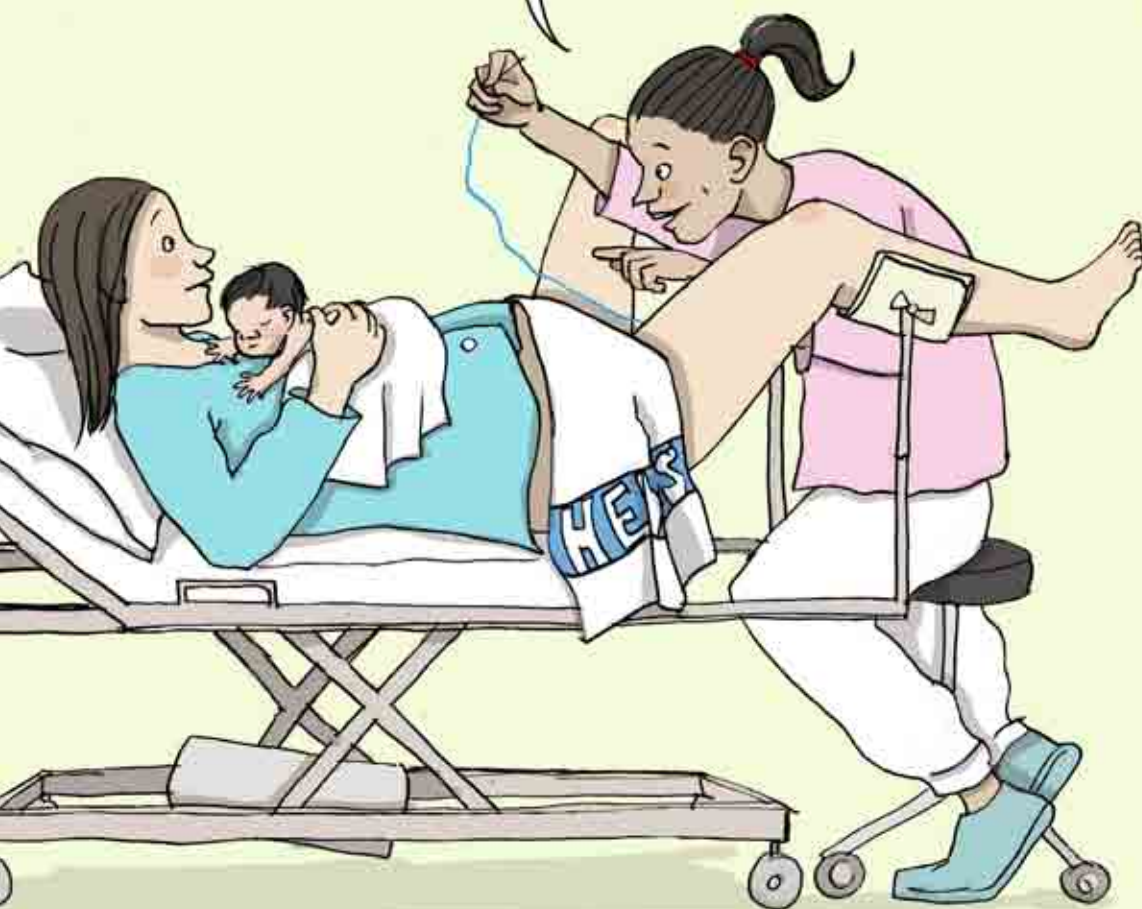
Elharmeel SMA, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 8. Art. No.: CD008534. DOI: 10.1002/14651858.CD008534.pub2.

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



THE COCHRANE
COLLABORATION®

DE ER BARE SNAKK
OM ET PAR KORSSTING, LITT
HARDANGER SØM OG NOEN
LØKKESTING LANGS KANTEN.
DET BLIR SÅ FINT SÅ!



Illustrasjon: Lene Ask

Forskningsnytt

Nytt fra internasjonal forskning presentert og kommentert av **Anners Lerdal**, redaktør i Sykepleien Forskning og seniorforsker ved Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo Universitetssykehus.

Undersøkte etiske utfordringer i akutte situasjoner

Til tross for at sykepleiere i akuttmottak opplever stort press og ansvar, opplever de arbeidet svært tilfredsstillende. Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres erfaringer med etisk vanskelige situasjoner i deres jobb i akuttmottak.

Erfaringene ble utforsket ved hjelp av kvalitative intervjuer. Oversykepleier ved et sykehus i Norge rekrutterte interesserte sykepleiere til å delta i studien. Utvalget besto av de første fem som meldte sin interesse.

Disse sykepleierne var i alderen 30 til 50 år og hadde fra seks til 20 års praksis fra akuttavdelinger. Narrative intervjuer ble foretatt på deltakerens arbeidsplass i arbeidstiden. Intervjuene varte mellom 45 og 70 minutter. De ble oppfordret til fritt å fortelle om erfaringer med etisk vanskelige situasjoner de hadde opplevd. Forskerne stilte oppfølgings-spørsmål for å få rikere beskrivelser.

Analysen resulterte i tre hovedtema: Sårbarhet, ansvarlighet og prioritering. Sårbarhet omhandlet å være involvert i situasjoner med personer som var kritisk syke eller barn som døde. Disse situasjonene ble beskrevet som de mest vanskelige og hvor personlig involvering var uunnåelig. Deltakerne relaterte erfaringene de gjorde på jobb til erfaringer i eget liv og private forhold. Noen ganger var de usikre på hvordan pårørende ville reagere hvis de viste egne følelser, og det kunne være vanskelig ikke å vise dem.

Sykepleierne opplevde stor grad av ansvarlighet, spesielt i situasjoner hvor de var alene som profesjonelt personell. Dette var spesielt aktuelt i helger og på nattevakter. De følte seg maktesløse når de opplevde mangel på personalressurser og sengeplasser. Noe av de vanskeligste situasjonene deltakerne omtalte, var når det var mange svært dårlige pasienter som alle hadde behov for øyeblikkelig hjelp og når kompliserte prioriteringer måtte gjøres. Når pasientenes behov måtte prioriteres, var det vanskelig å prioritere pårørendes behov for informasjon og oppfølging. Det var vanskelig å vise pårørende bort fra pasienten til rom for pårørende mens de selv jobbet med å stabilisere den dårlige pasienten.

REFERANSE

Langeland K, Sørli V. Ethical challenges in nursing emergency practice. *J Clin Nurs* 2011;20:2064–70.

KOMMENTAR

Artikkelen beskriver noen av de vanskelige etiske dilemma sykepleierne som jobber med akutte situasjoner opplever. Det oppstår dilemma når én eller flere pasienter er kritisk syke og når det er knapphet på tilgjengelige ressurser. Funnene har sannsynligvis stor overføringsverdi til tilsvarende situasjoner med livreddende behandling for eksempel ved ulykker med flere hardt skadde og få hjelpere.

Pårørendes erfaringer med hjemme-respirator

Det er et stort gap mellom familiens forventninger om hjelp fra helsevesenet og de helsetjenestene de får. Dette er konklusjonen i en studie av familiens erfaringer med døgnbasert omsorg til personer som var avhengig av respiratorbehandling og bodde hjemme.

Bakgrunn for studien er at et stadig økende antall personer med sammensatte helseproblemer får livslang og livsforlengende respiratorbehandling i eget

hjem. I denne situasjonen tar ofte familiemedlemmer på seg et stort omsorgsansvar. Forskerne brukte en Grounded theory-tilnærming med dybdeintervju som forskningsopplegg. Rekrutteringen skjedde fra fire spesialsykehus i Norge. Inklusjonskriteriene var familier hvor én person hadde trakeostomi, sammensatte omsorgsbehov, og måtte ha respiratorbehandling hele eller mesteparten av døgnet. Først ble syv familier intervjuet.

Teoretisk utvelgning ble brukt for å inkludere deltakere. Etter analysen av disse intervjuene, intervjuet forskerne ytterligere tre familier. Til sammen ble 15 personer intervjuet. Dette var familiemedlemmer til elleve respiratoravhengige personer. Analysen av intervjuene konkluderte med ett hovedtema og tre hovedkategorier. Å kjempe mot systemet var hovedtemaene i intervjuene. Familiene opplevde ikke å bli forstått og hørt av byrå-

> 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 anners.lerdal@lds.no

Ulik praksis i ambulante akutteam

Det er stor variasjon i hvordan norske ambulante akutteam til folk med psykiske helseproblemer er bygget opp og fungerer. Dette viste studien til Bengt Karlsson m.fl. Studien kartla fellestrekk og forskjeller ved oppbygging og drift av ambulante akutteam i Helse Sør-Øst. Studien hadde et longitudinelt design. Fem av ti forespurte ambulante akutteam i regionen ble fulgt opp over 18 måneder. Forskerne brukte ett spørreskjema for kartlegging av teamsammensetningen og ett for å beskrive praksisen til teamene. Teamsammensetningen ble kartlagt fem ganger med seks måneders mellomrom, mens teamets praksis ble kartlagt månedlig 25 ganger.

Funnene viste at størrelsen på teamene varierte fra fire til 14 i perioden studien pågikk. Sykepleiere utgjorde den største yrkesgruppen i teamene. I fire av

fem team arbeidet en psykolog, og tilsvarende andel hadde psykiater i teamet. Medlemmer av teamet hadde ulike videreutdanninger for eksempel innenfor psykisk helse, kognitiv- familie- og nettverksterapi. Forholdet mellom ansatte i teamene og antall personer i området de skulle dekke varierte fra 1:1770 til 1:10000. Felles for alle teamene var at brukerne hadde en navngitt person i teamet som var ansvarlig for oppfølging. Mens tre av teamene kunne tilby intensiv oppfølging, var dette ikke tilfelle hos de to andre. Antall nye brukere per teammedlem varierte fra 12 til 83 per måned. Mens andelen av henvisninger fra bruker selv eller vedkommendes familie var over 50 prosent i ett team, var denne andelen så lav som 2 prosent i et annet. Alle teamene hadde responstid på under 24–48 timer etter henvendelsen. Forskerne fant at responstiden i dette

utvalget var lengre enn standard responstid i Storbritannia.

REFERANSE

Karlsson B, Borg M, Eklund M, Kim HS. Profiles of and practices in crisis resolution and home treatment teams in Norway: a longitudinal survey study. *Int J Ment Health Syst* 2011;5:19. DOI: 10.1186/1752-4458-5-19.

Studien dokumenterer stor variasjon i hvordan praksisene til akutteamene som ble studert. Dette kan igjen bety stor variasjon i tilbudene potensielle brukere får avhengig av hvilket akutteam de sokner til. Det er naturlig å spørre seg om hva som egentlig avgjør organiseringen og praksisen i de ulike akutteamene og om ulikhetene undersøkelsen avdekker kan forsvares med faglige begrunnelser.

KOMMENTAR

kratiet i helsevesenet. Flere hadde tatt kontakt med advokater for å få hjelp til helsetjenester de mente de hadde rett på. Mangel på kompetanse og kontinuitet medførte at familien måtte bruke mye tid på å lære opp nye helsepersonell. Å være unnværlig var også en sentral opplevelse. Det var nødvendig at foreldrenes spesialkunnskap om medisinske rutiner og prosedyrer var tilgjengelig. Verdt kjempe for var også et tema som gikk igjen.

På tross av slitsomme dager hvor de kjempet for at den respiratoravhengige personen skulle få et mest mulig lykkelig liv, var det så viktig at det oppveide problemene.

REFERANSE

Dybwik K, Tollali T, Nielsen EW, Brinchmann BS. «Fighting the system»: Families caring for ventilator-dependent children and adults with complex health care needs at home. *BMC Health*

Serv Res 2011;11:156. DOI: 10.1186/1472-6963-11-156.

Artikkelen viser på en forbillig måte hvordan kvalitativ forskning kan artikulere viktige erfaringer med helsevesenet – erfaringer som helsevesenet bør ta hensyn til både på individ- og systemnivå. Problemstillingene artikkelen belyser vil trolig få enda større relevans i fremtiden etter hvert som behandling utenfor sykehus blir mer avansert.

KOMMENTAR

UNGDOM MED LEDDGIKT



Illustrasjonsfoto:
Erik M. Sundt





Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Overgangen fra barn-dom til voksent liv med juvenil idiopatisk artritt (JIA) innebærer kritiske prosesser der den unge må lære å mestre sin kroniske sykdom og samtidig mestre utviklingen til voksent liv.

Hensikt: Belyse helsepersonells rådgivning og veiledning til ungdom med JIA med fokus på overgangen til voksent liv.

Metode: Studien har en kvantitativ design og bygger på individuelle telefonintervjuer med lukkede og

åpne spørsmål blant 51 informanter med JIA. Deskriptiv statistikk ble anvendt i analysen av kvantitative data. Data fra de åpne spørsmålene ble kategorisert og kvantifisert manuelt.

Resultater: Flere enn 55 prosent av informantene svarte at de i noen/stor grad hadde fått informasjon om diagnose og behandling, at de var tatt med på råd om behandlingen og at de hadde fått råd vedrørende mestring av dagliglivets aktiviteter. Flere enn 70 prosent svarte nei på spørsmål om de hadde fått veiled-

ning vedrørende fritid, sosialt samvær, rusmidler og seksualitet, egen bolig og økonomi, og graviditet, fødsel og småbarnsforeldrerollen. 58,8 prosent svarte at de ikke hadde fått veiledning vedrørende valg av utdanning og yrke, og 70,6 prosent svarte at de ikke var blitt forberedt på overføringen til voksenavdeling.

Konklusjon: Rådgivning og veiledning til unge mennesker med JIA bør formaliseres og fokusere på både sykdomsrelaterte og psykososiale funksjoner av deres kroniske sykdom.

ENGLISH SUMMARY

Background: The transition from childhood to adult life with juvenile idiopathic arthritis (JIA) involves critical processes where young people must learn to cope with chronic illness and developmental changes through adolescence simultaneously.

Purpose: Shed light on health professionals' guidance and counselling of adolescents with JIA in the transition process to adult life.

Method: The study has a quantitative design and is based on individual telephone interviews including open-ended and closed questions among 51

informants with JIA. Descriptive statistics were used to analyse quantitative data. Data from the open-ended questions were categorised and quantified manually.

Results: More than 55% of the informants answered that they to some/great extent were informed about the diagnosis and therapy, and had received counselling concerning daily living activities. More than 70% answered 'no' when asked whether they had received counselling with regard to leisure time, social life, drugs and sexuality, own living and

economy, and pregnancy, labour and parental role; 58.8% stated that they had received no counselling concerning education and vocation planning, and 70.6% stated that they had not been prepared for transfer to adult ward.

Conclusion: Guidance and counselling should be formalised and should focus on both illness- and psychosocially related implications of the disease in young people with JIA.

Keywords: Telephone interview, chronic illness, adolescence, counselling

» Hvordan forberede unge mennesker med juvenil idiopatisk artritt på voksenlivet?

Forfattere: Ingrid Landgraaff Østlie og Astrid Aasland

NØKKELOORD

- Spørreundersøkelse
- Kronisk sykdom
- Ungdom
- Veiledning

INNLEDNING

Å vokse opp med en kronisk sykdom kan ha store konsekvenser både i nåtid og fremtid. Den unge skal gjennom de endringer som naturlig følger utviklingen fra barn til voksen fysisk, psykisk og sosialt og oppnå milepæler som markerer at de nærmer seg voksen alder. I tillegg må unge med kronisk sykdom lære seg å ta ansvar for og hensyn til egen helse og sykdomssituasjon (1, 2). Det er viktig å opprettholde normal vekst og utvikling og normal funksjon så langt det er mulig. Dette stiller store krav både til den unge selv og til omgivelsene. Flere studier viser at det er behov for et strukturert overgangsprogram for unge med kronisk sykdom (3-5). En britisk studie viser at et slikt program kan bidra til å bedre helserelatert livskvalitet blant unge med juvenil idiopatisk artritt (6).

Juvenil idiopatisk artritt (JIA) er betegnelsen på en gruppe inflammatoriske revmatiske tilstander av ukjent årsak, som debuterer før 16 års alder. Objektiv artritt opptrer i ett eller flere ledd, som vedvarer i minst seks uker, og der mulige differensialdiagnoser er avkreftet (7). Sykdomsforløpet er ofte svingende og uforutsigbart med leddinflammasjon, stivhet og smerter som vanligste symptomer. Studier viser at aktiv sykdom og følgetilstander av JIA ofte vedvarer inn i voksen alder (8-10). Dette faktum vil i varierende grad påvirke den unges oppvekst og fremtid (11-13).

Unge mennesker med JIA må lære seg å mestre oppfølgingen av sin kroniske sykdom og samtidig mestre utviklingen til et voksent liv (3,4,14). For å lykkes, kan de trenge råd og veiledning fra fagfolk og andre med erfaring fra feltet. Pasientenes rett til tilpasset informasjon og helsepersonells plikt til å gi informasjon er lovfestet (15, 16) og i de senere årene har det vært økt fokus på pasientundervisning i helsetjenesten (17). Generelt sett er målet både med informasjon, veiledning og pasientundervisning å bidra til at pasienten lever mest mulig selv-

stendig med sin kroniske tilstand. Fokus er livet med den kroniske tilstanden. I de senere årene har også overgangsprosessen til voksent liv med kronisk sykdom fått større oppmerksomhet (18, 19). Imidlertid viser erfaringer så langt at oppfølgingen gjennom ungdomsårene er lite strukturert (20). En tidligere studie viste at forberedelsen til overgangen fra barndom til voksent liv med JIA ble opplevd som inadekvat og preget av et her-og-nå-fokus avhengig av engasjert helsepersonell. Studien var basert på data fra fokusgruppeintervjuer blant unge mennesker med JIA og helsepersonell innen revmatologiske barne- og voksenavdelinger (21).

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at det er et stort potensial for å oppnå en mer helhetlig omsorg for unge mennesker med JIA.

Mer om forfatterne

Ingrid Landgraaff Østlie er førsteamanuensis ved seksjon for sykepleie, Høgskolen i Gjøvik. Astrid Aasland er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri ved Kvinne- og barneklivnikken, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet. Kontakt: ingrid.oestlie@hig.no.

I denne artikkelen er hensikten å belyse helsepersonells rådgivning og veiledning med fokus på relevante tema, hvem som ga veiledning, og innhold i veiledningen i overgangsprosessen til voksent liv blant en kohort med JIA.

METODE

Design

Studien er en del av andre gangs oppfølging av en norsk kohort med JIA. Studien har en kvantitativ design og bygger på individuelle telefonintervjuer med lukkede og åpne spørsmål.

Utvalg

Utvalget består av 51 (60,7 prosent) unge voksne av totalt 84 barn med JIA som første gang ble innlagt ved revmatologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet fra september 1985 til september 1986 (22) (Fig. 1). Denne avdelingen har den eneste barnerevmatologiske enheten i Norge og betjener hele landet. Variabler analysert ved første gangs innleggelse er beskrevet annetsteds (22). I 1994/95 median (min–max) 8,7 (7,2–19,2) år etter symptomdebut, ble 72 deltakere undersøkt i en første gangs oppfølgingsstudie (23, 24). Andre gangs oppfølging ble gjennomført i 2004, median (min–max) 18,3 (17,0–28,9) år etter symptomdebut. 51 personer var villige til å delta i et individuelt telefonintervju der fysisk og psykososial helse og sosioøkonomiske forhold var tema. Blant de totalt 33 (39,3 prosent) personene som ikke deltok, 12 i 1994/95 (24) og 21 i 2004, var én person flyttet ut av landet, en var død, fire fikk vi ikke kontakt med, og 27 ønsket ikke å delta. Disse 33 personene var sammenlignbare med deltakerne ved første gangs oppfølging med tanke

på kjønn, alder, sykdomsvarighet, antall inflammasjonsaktive ledd og legens globale vurdering (24). Ifølge første oppfølging hadde 42 (82,4 prosent) av de 51 pasientene juvenil revmatoid artritt mens ni (17,6 prosent) hadde juvenil spondyloartropati (24). Pasientkarakteristika er hentet fra telefonintervjuene og fra grunnlagsdata (22).

Inklusjonskriteriet for deltagelse i andre gangs oppfølging var deltagelse i kohorten på 72 personer fra første gangs oppfølging (24).

Telefonintervju

Individuelt telefonintervju av 51 deltakere ble gjennomført. Telefonintervjuet inneholdt spørsmål med alternative svar-kategorier og åpne spørsmål. Spørsmålene inkluderte sykdomsforløp og konsekvenser av sykdommen, utdanning og sosioøkonomiske forhold, trivsel og tilfredshet, og erfaringer med helsetjenestens veilednings- og rådgivningsfunksjon i overgangen fra barndom til voksent liv. Basert på spørsmål som ble brukt under første gangs oppfølging (23) samt klinisk erfaring, ble spørreskjemaet utviklet og tilpasset unge voksne med JIA. Spørreskjemaet ble testet ut på tre kolleger (en sosionom, en ergoterapeut og en psykolog) ved Nasjonalt Revmatologisk Rehabiliterings- og Kompetansesenter (NRRK) vinteren 2004 og revidert før deltakerne i studien ble intervjuet. Intervjueren (ILØ) hadde ingen personlig eller terapeutisk relasjon til informantene. Denne artikkelen begrenser seg til analyse av data fra de ti spørsmålene relatert til helsetjenestens veilednings- og rådgivningsfunksjon i overgangen fra barndom til voksent liv med JIA. Spørsmålene inklude-

rer planlegging av overføringen fra barne- til voksenhelsetjenesten og rådgivning/veiledning til de unge pasientene i overgangen fra barndom til voksent liv med JIA. Spørsmålene hadde svaralternativene «nei», «ja, i noen grad», «ja, i stor grad», «ikke aktuelt» og åpnet i tillegg for beskrivelse, for eksempel: «hvis ja, hvem ga deg råd/veiledning» og «hva slags råd/veiledning fikk du». Data fra de andre spørsmålene i telefonintervjuene vil bli publisert annetsteds.

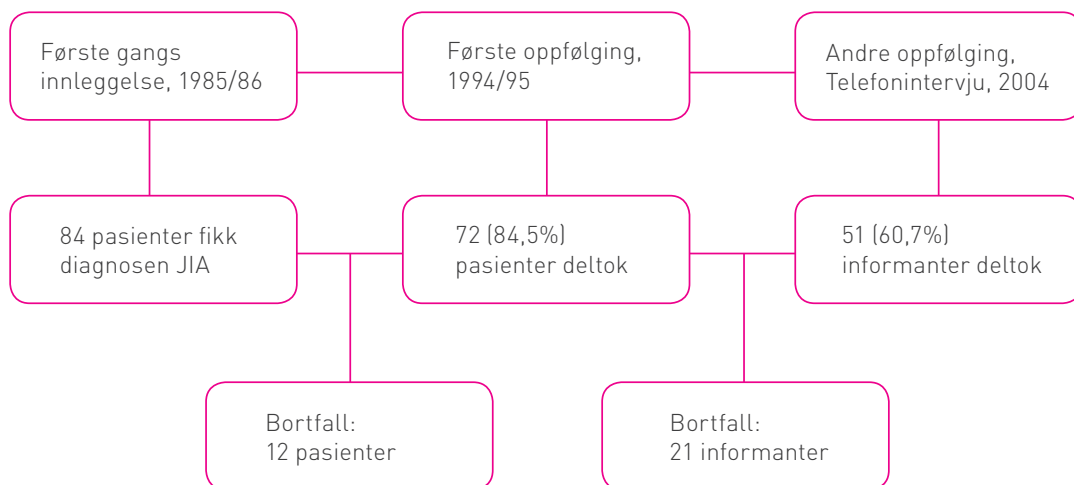
Dataanalyse

Statistiske analyser ble brukt i analysen av de lukkede svaralternativene. For ikke-normalt distribuerte variabler er sentral-tendensen oppgitt som median (min–max). Ellers er deskriptive data kalkulert som prosent og gjennomsnitt med standard deviasjon (SD). For å teste forskjeller mellom to uavhengige grupper ble Mann Whitney U-test brukt på ikke-parametriske variabler og Pearson Kji-2 test på kategoriske variabler. Analyseverktøyet SPSS versjon 16 ble brukt. Svarene fra de åpne spørsmålene ble kategorisert og kvantifisert manuelt.

ETISKE OVERVEIELSER

Norsk Datatjeneste og Regional Etisk komité har godkjent studien. Skriftlig informasjon ble gitt sammen med postutsendte spørreskjema, og returnerte utfylte spørreskjema ble akseptert som informert samtykke. Informantene ble informert om at deltagelse var frivillig, at de kunne trekke seg når som helst uten konsekvenser for deres videre kontakt med helsetjenesten. De kunne også be om å få slettet de opplysningene de hadde gitt, og informert om at alle data ble behandlet konfidensielt.

FIGUR 1: Flytskjema for utvalget



RESULTATER

Blant de 51 som deltok i telefonintervjuene var medianalderen (min–max) 28 år (19–35) og mediantid for sykdomsvarighet (min–max) 18,4 år (17–28,9). Vi fant at 36 (70,6 prosent) informanter oppga at de i noen grad eller i stor grad hadde hatt symptomer fra JIA siste året.

Symptomene dreide seg om smerter, stivhet og innskrenket leddbevegelse, leddhevelse, feber, fatigue og iridocyclitt (én informant). På spørsmål om følgetilstander oppga 40 (78,4 prosent) informanter at JIA hadde ført til ulike senvirkninger, som innskrenket leddbevegelse, nedsatt synsfunksjon,

endret utseende, ledd- og muskelsmerter, psoriasis og nedsatt nyrefunksjon (én informant). De som hadde oppsøkt helsetjenesten siste året, hadde hovedsakelig vært i kontakt med allmennpraktiserende lege, revmatolog og/eller fysioterapeut. Behovet for hjelpemidler på arbeidsplassen dreide seg hovedsakelig om tilpasning av kontormøbler og ekstra pauser. Karakteristika ved kohorten er vist i tabell 1.

Tabell 2 viser fordelingen av svartallene på spørsmål vedrørende planlegging av overføringen til voksenhelsetjenesten (spørsmål 1–2) og rådgivning og veiledning relatert til aktuelle tema i overgangen fra barndom til voksent liv (spørsmål 3–7). De informantene som svarte «uaktuelt», opplevde seg selv som friske eller av annen grunn uten behov for veiledning i den aktuelle tidsperioden. Av 51 informanter svarte 36 (70,6 prosent) at de ikke ble forberedt på overføringen til voksenavdeling og 38 (74,5 prosent) at de ikke ble tatt med på råd i planleggingen

TABELL 1: Karakteristika for kohorten med JIA, n=51*

	Kvinner, n=30	Menn, n=21	Totalt, n=51
Alder i år, median (min–max)	28 (20–35)	28 (19–33)	28 (19–35)
Tid fra symptomdebut i år, median (min–max)	18,5 (17,6–28,9)	18,2 (17–20)	18,4 (17–28,9)
Symptomer fra JIA siste året, n (%)	21 (70)	15 (71,4)	36 (70,6)
Følgetilstander av JIA, n (%)	24 (80)	16 (76,2)	40 (78,4)
Bor med partner, n (%)	21 (70)	10 (47,6)	31 (60,8)
Har barn, n (%)	11 (36,7)	3 (14,3)	14 (27,5)
Oppsøkt helsetjenesten pga JIA siste året, n (%)	19 (63,3)	14 (66,7)	33 (64,7)
Behov for hjelpemidler på arbeidsplassen, n (%)	8 (26,7)	7 (33,3)	15 (29,4)

*Ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn på noen av parametrene målt med Mann Whitney U-test og Pearson Kji-2 eksakt test 2-sidig

av slik overføring. På spørsmål om de fikk råd og veiledning i ungdomsaktuelle temaer med tanke på overgangen fra barndom til voksent liv, varierte svarene med temaene: 39 (76,5 prosent) svarte nei på temaet om fritid, sosialt samvær, rusmidler

prosent) at de var fornøyd med behandlingen og oppfølgingen slik den hadde vært, 14 (27,5 prosent) savnet det å bli sett som et helt menneske, åtte (15,7 prosent) savnet jevnlig oppfølging av helsepersonell, 36 (70,6 prosent) var fornøyd med kontakten med

om ikke å kombinere medisiner og rusmidler. De 9 (17,6 prosent) som svarte ja på spørsmålet om de hadde fått råd og veiledning vedrørende valg av utdanning og yrke, oppga yrkesveileder, Aetat eller lege som veileder. Veiledningen innebar samtaler om muligheter og begrensninger. De seks (11,8 prosent) som svarte ja på spørsmålet om de hadde fått råd og veiledning vedrørende svangerskap, fødsel og småbarnsforeldrerollen, oppga at lege hadde informert om nødvendigheten av å planlegge eventuelt svangerskap med tanke på endring i den medikamentelle behandlingen.

” Psykososiale konsekvenser av sykdommen har vært mindre vektlagt.

og seksualitet, 28 (54,9 prosent) svarte ja på temaet mestring av dagliglivets aktiviteter, 30 (58,8 prosent) svarte nei på temaet valg av utdanning og yrke, 36 (70,6 prosent) svarte nei på temaet økonomi og egen bolig, mens 41 (80,4 prosent) svarte nei på om de hadde fått råd og veiledning innen temaet voksen seksualitet, graviditet, fødsel og småbarnsforeldrerollen. På spørsmålet om de kunne huske noen gang å ha fått informasjon fra helsepersonell om diagnose og behandling, svarte 15 (29,4 prosent) nei, mens 21 (41,2 prosent) svarte nei på spørsmålet om de var tatt med på råd vedrørende behandlingen (tabell 2, spørsmål 8–9). Av de 51 informantene svarte 29 (56,9

offentlige hjelpeinstanser totalt sett, og 22 (44,9 prosent) av 49 informanter opplevde overføringen til voksenhelsetjenesten som uproblematiske.

Av de 28 (54,9 prosent) informantene som svarte ja på spørsmålet om de hadde fått råd og veiledning vedrørende mestring av dagliglivets aktiviteter, oppga de fleste at de hadde fått veiledning av ergoterapeut og/eller fysioterapeut om håndhjelpemidler og tilpassning av sko/innleggssåler. Av de åtte (15,7 prosent) som svarte ja på spørsmålet om de hadde fått råd og veiledning vedrørende fritid, sosialt samvær, rusmidler og seksualitet, oppga de fleste at det var legen som hadde gitt råd

DISKUSJON

Det er interessant å merke seg variasjonene i antall personer som har fått råd og veiledning og hva de har fått råd og veiledning om. Informasjon fra helsepersonell om diagnose og behandling og det å bli tatt med på råd vedrørende behandling av egen sykdom var relativt godt dekket. Det samme gjaldt råd og veiledning relatert til dagliglivets aktiviteter. Imidlertid var det svært få som kunne huske om de ble forberedt eller tatt med på

TABELL 2: Planlegging og rådgivning i overgangen fra barndom til voksent liv, n=51 (n, %)

	Nei	Ja, i noen grad	Ja, i stor grad	Ikke aktuelt
1. Forberedt på overføring til voksenavdeling?	36 (70,6)	5 (9,8)	-	10 (19,6)
2. Tatt med på råd vedr. overføringsplanlegging?	38 (74,5)	1 (2,0)	-	12 (23,5)
3. Råd og veiledning vedr. fritid, sosialt samvær, rusmidler, seksualitet?	39 (76,5)	7 (13,7)	1 (2,0)	4 (7,8)
4. Råd og veiledning vedr. mestring av dagliglivets aktiviteter?	8 (15,7)	24 (47,1)	4 (7,8)	15 (29,4)
5. Forberedelse til voksent liv vedr. valg av utdanning og yrke?	30 (58,8)	9 (17,6)	-	12 (23,5)
6. Forberedelse til voksent liv vedr. egen bolig og økonomi?	36 (70,6)	1 (2,0)	-	14 (27,5)
7. Forberedelse til voksent liv vedr. seksualitet, graviditet, fødsel, småbarnsforeldre?	41 (80,4)	5 (9,8)	1 (2,0)	4 (7,8)
8. Informasjon fra helsepersonell om diagnose og behandling?	15 (29,4)	21 (41,2)	14 (27,5)	1 (2,0)
9. Tatt med på råd vedr. behandling?	21 (41,2)	17 (33,3)	12 (23,5)	1 (2,0)

råd med tanke på overføringen til voksenavdeling. Det var også svært få som kunne huske å ha fått råd og veiledning vedrørende fritid, sosialt samvær, rusmidler og seksualitet, valg av utdanning og yrke, planlegging for egen bolig og økonomi, eller vedrørende graviditet, fødsel og det å være småbarnsforeldre.

Ut fra informantenes svar kan det se ut til at helsepersonell har konsentrert seg om sykdomsrelatert informasjon og veiledning, mens psykososiale konsekvenser av sykdommen har vært mindre vektlagt. Dette er i overensstemmelse med funnene fra andre studier (21, 25). Fysioterapeuter og ergoterapeuter ser ut til å være de helseprofesjonene som hadde et budskap som var tydelig for de unge. Det interessante i denne studien er hvor lite informantene kan huske å ha fått av råd og veiledning om temaer som har å gjøre med livet som ungdom og som fremtidig ung voksen, og hvem som i tilfelle ga slik råd og veiledning. I en tidligere studie (21) kom det frem at helsepersonell mente at de hadde gitt råd og veiledning når de syntes det var naturlig, men mer uformelt og uten noen omforent plan eller strategi. Videre uttrykte helsepersonell i barnerevmatologien om seg selv at de startet for sent og overlot for lite ansvar til den unge selv (21). Det er lett å tenke seg at det å beskytte det syke barnet mot mer motgang og lidelse kan være et ønske både blant helsepersonell og foresatte, men da blir det også viktig å se barnet i et lengre tidsperspektiv. En sunn fysisk og psykososial utvikling gjennom ungdomstiden og inn i voksent liv må være viktig å etterstrebe.

Når en så høy andel av informantene oppgir at de har hatt symptomer fra JIA siste året

(70,6 prosent) og at de lever med senvirkninger av sykdommen (78,4 prosent), forteller det med all tydelighet at JIA ikke er en barnesykdom som forsvinner før de unge når voksent liv. Det er derfor viktig at disse unge menneskene får informasjon og veiledning som de kan ha nytte av når de står overfor ulike valg i ungdomsårene, valg som kan ha store konsekvenser for livet som voksen.

Flere nyere studier vektlegger et helhetlig perspektiv på helse blant unge mennesker med kronisk sykdom (5, 14, 26). I en tid da likhet med jevnaldrende nærmest er hovedsaken i den unges liv, er det viktig å bidra til at den unge føler seg inkludert og kan delta i ulike sammenhenger med jevnaldrende. Det er også viktig å bidra til at den unge ser sine egne sterke sider og ressurser og kan utnytte dem. Teorier om «empowerment» kan være relevant i denne sammenhengen. Den unge bør aktivt inkluderes og tidlig bli delaktig i sitt eget liv både med hensyn til oppfølgingen av sykdommen og dens konsekvenser. Dette er også viktig

oppfølging med tanke på kjønn, alder, sykdomsvarighet, antall inflammasjonsaktive ledd og legens globale vurdering (24) og svarprosenten var på 60,7 prosent. Derfor kan man anta at svarene på intervju spørsmålene er representative for unge voksne med JIA i Norge. Det er et åpent spørsmål om dagens barn og unge med JIA har en annerledes erfaring med helsepersonells informasjon og veiledning. Intervju spørsmålene ble testet på kolleger med relevant profesjonsbakgrunn og yrkespraksis, noe som styrker spørsmålenes interne validitet. Telefonintervju kan være fordelaktig ved at man kan oppklare mulige misforståelser vedrørende spørsmålene umiddelbart. Også utdypningen av de lukkede spørsmålene kan bli mer rikholdig når informantene får uttrykke seg muntlig. Det er verdt å ta i betraktning at spørsmålene ble stilt til informantene i ettertid og at hukommelsen derfor vil ha påvirket svarene. Det kan også hende at informantene hadde overlatt kommunikasjonen med helse-



Overføring til voksenhelsetjenesten bør planlegges tidlig og involvere den unge selv.

med tanke på mulige psykososiale konsekvenser av sykdommen (25, 27, 28). Helsepersonell kan ha behov for økt kunnskap og kompetanse om ungdom, unges helse og pedagogikk for å bidra til empowerment hos unge med kronisk sykdom.

Denne studien er basert på telefonintervjuer med informanter fra en representativ norsk kohort av unge voksne med JIA. Respondentene og ikke-respondentene var sammenlignbare ved første gangs

personell til foreldrene og selv var lite interessert i å bli involvert. Det er interessant å se hva informantene faktisk har fått med seg i kommunikasjon med helsepersonell. Resultatene viser at det er relevant å stille spørsmål ved om den rådgivningen og veiledningen som ble gitt var hensiktsmessig.

KONKLUSJON

Denne studien viser at det er et stort potensial for å oppnå en mer helhetlig omsorg for

unge mennesker med JIA. Man bør fokusere på to prosesser parallelt, nemlig overgangen fra barndom til voksent liv og overføringen fra barnehelsetjeneste til voksenhelsetjeneste. Helsepersonell bør sammen med foreldre og skole tidlig og gradvis involvere barna i deres egen helse- og sykdomssituasjon. Slik kan de utvikle ansvarlighet og selvstendighet og bli rustet til å klare seg selv ut fra sine egne

forutsetninger på linje med jevnaldrende. Overføring til voksenhelsetjenesten bør planlegges tidlig og involvere den unge selv. Alle som har fått oppfølging for sin barneleddgikt, bør innkalles til en siste konsultasjon før de blir 18 år. Eventuelt kunne man arrangert faste dager i løpet av året der man samlet flere unge og ga noe av informasjonen i fellesskap. Da vil de unge kunne forberede seg på samtaler med

lege, fysioterapeut, ergoterapeut, pedagog, sosionom og kontaktsykepleier. I tillegg vil de selv kunne komme med forslag til tema de ønsker å drøfte. Kommunikasjonen mellom barne- og voksenhelsetjenestene bør formaliseres, og det bør gjøres plass for et overføringsmøte der den unge selv er med.

Takk til informantene som deltok i telefonintervjuene.

REFERANSER

1. Sawyer SM, Aroni RA. Self-management in adolescents with chronic illness. What does it mean and how can it be achieved. *Medical Journal of Australia*. 2005;183: 405-9.
2. White PH. Success on the road to adulthood. Issues and hurdles for adolescents with disabilities. *Rheum Dis Clin North Am*. 1997;23: 697-707.
3. Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *The Lancet*. 2007;369: 1481-9.
4. Michaud P-A, Suris J-C, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. *British Medical Journal*. 2004;89: 943-9.
5. McDonagh JE. Young people first, juvenile idiopathic arthritis second: Transitional care in rheumatology. *Arthritis & Rheumatism*. 2008;59:1162-70.
6. McDonagh JE, Southwood TR, Shaw KL. The impact of a coordinated transitional care programme on adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology*. 2007;46: 161-8.
7. Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, editors. *Textbook of Pediatric Rheumatology*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005.
8. Ravelli A. Toward an understanding of the long-term outcome of juvenile idiopathic arthritis. *Clinical and experimental rheumatology*. 2004;22: 271-5.
9. Oen KG. Long-term outcomes and predictors of outcomes for patients with juvenile idiopathic arthritis. *Best practice & Research Clinical Rheumatology*. 2002;16: 347-60.
10. Östlie IL, Aasland A, Johansson I, Flatø B, Möller A. A longitudinal follow-up study of physical and psychosocial health in young adults with chronic childhood arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2009;27: 1039-46.
11. LeBovidge JS, Lavigne JV, Miller ML. Adjustment to Chronic Arthritis of Childhood: The Roles of Illness-Related Stress and Attitude Toward Illness. *Journal of Pediatric Psychology*. 2005;30: 273-86.
12. Shaw KL, Southwood TR, Duffy CM, McDonagh JE. Health-related quality of life in adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis & Rheumatism*. 2006;55: 199-207.
13. Östlie IL, Johansson I, Aasland A, Flatø B, Möller A. Self-rated physical and psychosocial health in a cohort of young adults with juvenile idiopathic arthritis. *Scan J Rheumatol*. 2010 (iFirst article): 1-8.
14. Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *British Medical Journal*. 2004;89: 938-42.
15. Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. (Helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> [13.12.2010]
16. Lov om pasientrettigheter. 2. juli 1999 (Pasientrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> [13.12.2010]
17. Redman B. The practice of patient education: a case study approach. *Mosby*; 2006.
18. Viner R. Transition from paediatric to adult care. Bridging the gaps or passing the buck?: *Royal College of Paediatrics and Child Health*; 1999. pp. 271-5.
19. Shaw KL, Southwood TR, McDonagh JE. Young people's satisfaction of transitional care in adolescent rheumatology in the UK. *Child: Care, Health and Development*. 2007;33: 368-79.
20. Reiss J, Gibson R, Walker L. Health care transition: youth, family, and provider perspectives. *Pediatrics*. 2005;115: 112-20.
21. Östlie IL, Dale Ö, Möller A. From childhood to adult life with juvenile idiopathic arthritis (JIA): A pilot study. *Disability and Rehabilitation*. 2007;29: 445-52.
22. Vandvik IH, Fagertun H, Høyeraal HM. Prediction of short-term prognosis by biopsychosocial variables in patients with juvenile rheumatic diseases. *The Journal of rheumatology*. 1991;18: 125-32.
23. Aasland A, Flatø B, Vandvik IH. Psychosocial outcome in juvenile chronic arthritis: a nine-year follow-up. *Clin Exp Rheumatol*. 1997;15:561-8.
24. Flatø B, Aasland A, Vinje O, Førre O. Outcome and predictive factors in juvenile rheumatoid arthritis and juvenile spondyloarthritis. *The Journal of rheumatology*. 1998;25: 366-75.
25. Barlow J, Ellard D. Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*. 2004;30: 637-45.
26. Yeo M, Sawyer SM. Strategies to Promote Better Outcomes in Young People with Chronic Illnesses. *Ann Acad Med Singapore*. 2003 January; 32: 36-42.
27. Cargo M, Grams GD, Ottoson JM, Ward P, Green LW. Empowerment as fostering positive youth development and citizenship. *Am J Health Behav*. 2003;27 (Supplement 1): S66-S79.
28. Tengland P. Empowerment: A goal or a means for health promotion? *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2007;10: 197-207.

Barna må involveres i egen sykdom

> Det er vanskelig å tilpasse informasjonen til barnas alder.



Av Trude Miljeteig Ingebrigtsen

Klinisk spesialist, Oslo universitetssykehus HF, Kvinne- og barneklivnikken, Avd. for barnemedisin, Post 1, Rikshospitalet

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Studien konkluderer med at helsepersonell tidlig og gradvis bør involvere barn og unge med juvenil idiopatisk artritt i egen helse- og sykdomssituasjon, for at de selv skal kunne utvikle ansvarlighet og selvstendighet i forhold til egen situasjon.

Studien belyser at vårt arbeid har betydning for hvordan ungdommene håndterer endringene fra barn til voksen. Når man jobber på barneavdeling med kronisk syke er det en utfordring å tilpasse informasjon, veiledning, forventninger og krav til pasientens nivå og alder. Spesielt dersom pasienten er kjent i avdelingen fra svært ung alder er det lett å glemme at han eller hun gradvis blir eldre, og at det derfor trengs endret tilnærming. I studien ser vi at helsepersonell, og kanskje sykepleiere spesielt, har en utfordring i forhold til å bidra til å gi de unge tilstrekkelig kunnskap og veiledning. På vår avdeling har vi ulike hjelpe-

midler for å involvere unge i egen helse. Blant disse er en liste kalt «Verdt-å-vite», over hva, relatert til sykdommen og oppfølgingen av denne, den unge bør ha kjennskap til. Sykepleier presenterer listen for ungdom over 13 år som har kronisk revmatisk sykdom. Målet er at den skal åpne opp for samtale, og at ungdommen skal kunne svare på de ulike punktene. Hensikten er at den unge føler mestring, selvstendighet og ansvar i forhold til egen helse. I dagens helsevesen med stadige endringer i hverdagens struktur ser vi at det kan være utfordrende å få tiltakene ut i praksis. Men ved stadig å fokusere på temaet tror jeg det kan være enklere å få tiltakene gjennomført, selv i en travel hverdag.

Studien viser at svært få kunne huske om de ble forbedret eller tatt med på råd med tanke på overføring til voksenavdeling. Jeg mener det er viktig å snakke med ungdommene om

overgangen til voksenavdeling. Jeg tror imidlertid det kan være for ressurskrevende å skulle lage en konkret plan rundt hver enkelt pasient i forhold til dette. Økt oppmerksomhet på den unges mestring, selvstendighet og ansvar relatert til egen helse vil likevel føre til at han eller hun står bedre rustet i forhold til overføring fra barnehelsetjeneste til voksenhelsetjeneste. Dette vil i så måte gjøre overgangen enklere for ungdommene.

Artikkelen tar for seg et viktig tema. Det som fremkommer i studien er nyttig for alle som jobber med barn og unge med kronisk sykdom på barneavdelinger. Studien er også relevant for dem som jobber med unge voksne med kronisk sykdom på voksenavdelinger.

Les artikkelen på side 212





Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Vekttap og underernæring er den vanligste sekundærdiagnosen ved kreftsykdom. Bivirkninger av behandling øker ernæringsproblemene ytterligere. En forutsetning for å stabilisere ernæringsstatus og gjennom det påvirke sykdomsforløpet er at pasientene mottar tiltak rettet mot ernæring i alle faser av sykdommen.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke om ernæringsveiledning har innvirkning på næringsinntak, ernæringsstatus, symptomer og livskvalitet hos pasienter med kreft som får medikamentell behandling og/eller strålebehandling.

Metode: Litteratursøket ble utført i november 2010 i databasene: Cochrane Library, Evidencebased Medicine og Medline. Søk etter retningslinjer ble gjort i International Cancer Guidelines, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Cancer Guidelines, Nice Cancer Guidelines og National Guideline Clearinghouse.

Resultat: Én retningslinje, én systematisk oversikt og to randomiserte kontrollerte studier som var relevante for problemstillingen ble inkludert. Resultatene tyder på at ernæringsveiledning øker næringsinntaket, forbedrer ernæringsstatus

og gir økt livskvalitet hos pasienter som mottar medikamentell- og/eller strålebehandling mot mage-tarmkanalen og hode-halsregionen. Veiledningen må tilpasses den enkelte pasients behov både ernæringsmessig og når det gjelder vaner og ønsker.

Konklusjon: Eksisterende forskning kan tyde på at ernæringsveiledning har effekt på næringsinntak, ernæringsstatus og livskvalitet hos pasienter under behandling for kreft. Imidlertid er det behov for å videreutvikle mer kunnskap på dette området i fremtiden.

ENGLISH SUMMARY

Background: Weight loss and malnutrition are the most common complications in patients suffering from neoplastic disease. Side-effects of the treatment also increase the problems. A qualification to stabilize nutritional status, and through this affect the development of the illness, is that patients receive nutritional support in all phases of the disease.

Purpose: The purpose of this study is to examine if dietary counselling has an influence on energy intake, nutritional status, symptoms and quality of life for patients with cancer who receive pharmacological treatment and/or radiotherapy.

Methods: A literature review was performed in November 2010 in the following databases: Cochrane Library, Evidencebased Medicine and Medline. A search for practice guidelines was made in International Cancer Guidelines, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Cancer Guidelines, Nice Cancer Guidelines and National Guideline Clearinghouse.

Results: One practice guideline, one systematic review and two randomized controlled trials which were relevant for the approach of the problem were included. The results indicate that dietary counselling increases energy intake and improves nutri-

tional status and quality of life in patients who receive pharmacological treatment and/or radiotherapy towards the gastrointestinal tract and head and neck region. The counselling must be adapted to the patients' nutritional needs as well as habits and preferences. Conclusion: Current research indicates that dietary counselling has a positive effect on energy intake, nutritional status and quality of life in patients who undergo treatment for cancer. There is, however, a need for development of knowledge in this area in the future.

Keywords: Nutrition, Malnutrition, Neoplasms, Counselling, Literature Review.

» EN LITTERATURSTUDIE:

Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft

Forfattere: Ellen M. Stenling
og Monica W. Nortvedt

NØKKELOORD

- Ernæring
- Underernæring
- Kreft
- Veiledning
- Litteraturstudie

INNLEDNING

Vekttap og underernæring er den vanligste sekundærdiagnosen ved kreftsykdom (1, 2). Årsaken kan skyldes både faktorer som kommer fra selve tumoren, kroppens reaksjon på tumoren og behandlingen (2). Forekomsten av underernæring varierer med diagnose, sykdommens stadium, type behandling og metoden som brukes for å identifisere ernæringsstatus. Hos pasienter med kreft i hodehals regionen er forekomst av underernæring 67 prosent, mens hos pasienter med kreft i mage-tarmtraktus er underernæring rapportert hos 80 prosent av pasientgruppen (3).

Medikamentell behandling og strålebehandling kan gi bivirkninger som påvirker appetitt, matinntak og ernæringsstatus (2). Underernæring og vekttap påvirker kreftsyke på samme

måte som det påvirker andre pasienter med akutt eller kronisk sykdom. Underernæring kan føre til tap av muskelmasse, nedsatt immunforsvar, slapphet, hukommelsessvikt, initiativløshet og nedsatt fysisk kapasitet (1). Utilstrekkelig matinntak og vekttap har som følge av dette også vist seg å påvirke livskvalitet (1,4, 5). Dårlig ernæringsstatus kan resultere i redusert livskvalitet (1,4,5).

At pasientens ernæringsstatus er tilfredsstillende, har betydning for sykdomsutvikling, behandling og rehabilitering (1). Det forebygger komplikasjoner og reduserer også tiden pasienten behøver å være innlagt i sykehus (1). For å forhindre stort vekttap og underernæring er det viktig å iverksette tiltak tidlig og ha et forebyggende perspektiv (2). Enkeltstudier viser at ernæringstiltak bidrar til å kontrollere symptomer, reduserer postoperative komplikasjoner og infeksjonsrate, reduserer lengden på sykehusoppholdet og bidrar til at pasientene er bedre rustet til å tåle behandlingen (2, 4). Nye nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring anbefaler at alle pasienter i spesialisthelsetjenesten skal

vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter regelmessig (5).

I forskningslitteraturen er det beskrevet ulike tiltak for å støtte pasienter med redusert ernæringsstatus, og i klinikken diskuteres det om bruk av ernæringsveiledning er av betydning. Hensikten med denne litteraturstudien er å gjennomgå eksisterende forskning for å undersøke om ernæringsveiledning har effekt på ernæringsstatus, matinntak, symptomer og livskvali-

Hva tilfører artikkelen?

Studien tyder på at individuell ernæringsveiledning til pasienter som får behandling mot kreft i mage-tarmtraktus og hode-hals-regionen gir økt næringsinntak og bedre ernæringsstatus, høyere livskvalitet og bedre symptomlindring.

Mer om forfatterne:

Ellen M. Stenling er Cand. san. og jobber som fagutviklingssykepleier på Oslo Universitetssykehus, kreft, kirurgi og transplasjonsklinikken, avdeling for kreftbehandling. Monica W. Nortvedt er professor i kunnskapsbasert praksis Helsefag og leder av Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen. Kontakt: estenlin@iuh.uib.no.

tet hos pasienter med kreft som får medikamentell behandling og/eller strålebehandling.

METODE

Litteratursøket ble gjennomført i samarbeid med bibliotekar i november 2010 i databasene Cochrane Library, Medline og Evidencebased Medicine. Vi gjennomførte kombinasjonssøk på de samme emneordene som ble tilpasset til de ulike databasene. I tillegg søkte vi etter faglige retningslinjer i International Cancer Guidelines, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Cancer Guidelines, Nice Cancer Guidelines og National Guideline Clearinghouse. Emneordene som ble kombinert på ulike måter var: «Nutrition Therapy», «Patient Education as a topic», «Counseling» og «Neoplasms». Det ble brukt et søkefilter for å identifisere mulige RTC-studier.

Alle abstraktene ble vurdert av førsteforfatter. I tillegg ble referanselistene gjennomgått. Inklusjonskriteriene var at artikkelen i tittel eller abstrakt omhandlet ernæringstiltak eller spesifikt ernæringsveiledning til pasienter med kreft som fikk medikamentell behandling og/eller strålebehandling. Artiklene måtte være publisert etter 1995, og bare studier som var formidlet på engelsk eller på et skandinaviske språk ble inkludert. Enkeltstudier som ikke var med i den inkluderte oppsummerte litteraturen, ble begrenset til randomiserte kontrollerte stu-

dier (RCT) siden vårt kliniske spørsmål er et effektspørsmål. De relevante artiklene ble lest i fulltekst etter samme inklusjonskriterier.

RESULTAT

Resultatene fra litteratursøket er beskrevet i tabell 1. Det var en retningslinje (6), to RCT-studier (9, 13) og en systematisk oversikt (14) som tilfredsstilte inklusjonskriteriene.

Mange relevante enkeltstudier var inkludert i retningslinjen og oversiktsartikkelen. Disse studiene blir derfor ikke omtalt enkeltvis.

Den australske retningslinjen bruker National Health and Medicine Research Council fra 2005 når de graderer evidensnivået og anbefalingsnivået. Anbefalingene baseres på evidensnivå I-IV og beskriver kunnskapsgrunnlaget. Grad av anbefaling graderes fra A til D og beskriver anbefalingenes styrke.

Retningslinjen (6) anbefaler (grad A) at alle pasienter som mottar strålebehandling mot mage-tarmkanalen eller øre-nese-halsregionen skal få ernæringsveiledning. Dette gir økt næringsinntak og bedret ernæringsstatus under behandling. Oppfølging med ernæringsveiledning er mer effektivt enn bare næringstilskudd målt tre måneder etter behandling. Retningslinjen slår videre fast at det er viktig med tidlig og intensiv veiledning, slik at vekttap og nedsett ernæringsstatus forhindres. Resultatene og anbefalingene er

basert på to portugisiske RCT-studier (10, 11) og én australsk RCT-studie (12). I den videre presentasjonen av resultatene, rapporterer vi fra disse tre studiene (10-12) samt en norsk RCT-studie (9), en tysk RTC-studie (13) og en systematisk oversikt (14). Vi rapporterer resultatene i forhold til det som er beskrevet i litteraturen; veiledningens effekt på næringsinntak og ernæringsstatus, symptomer og livskvalitet. I tillegg beskriver vi anbefalingene når det gjelder hyppighet og selve veiledningsoppfølgingen. Vi oppsummerer hver del ved å rapportere anbefalingene fra retningslinjen både når det gjelder evidensnivå og anbefalingens styrke.

Næringsinntak – og status

Ernæringsveiledning og næringsdrikker er anbefalt. Isenring et al (12) gjennomførte en studie der de fulgte den amerikanske ernæringsfysiologforenings protokoll for oppfølging av ernæring hos pasienter som mottar strålebehandling. Hensikten var å undersøke om veiledning økte pasientenes næringsinntak. De utførte ukentlig veiledning av pasientene via samtale og telefonkontakt i seks uker og deretter hver fjortende dag i ytterligere seks uker. Pasientene fikk også skriftlig informasjon om hvordan de kunne forebygge og lindre symptomer, kostforslag med mat som var energirik og lett å spise, menyforslag og tilbud om næringsdrikker. Kontrollgruppen fikk avdelingens ernæringsamtale og brosjyre. Resultatene viste at intervensjonsgruppen hadde høyere næringsinntak enn kontrollgruppen ($P=0,029$) (12).

Ravasco et al. undersøker i sine studier effekten av ernæringsveiledning og/eller næringstilskudd knyttet til

TABELL 1: Oversikt over antall relevante og inkluderte artikler.

Database	Treff	Relevante	Inkluderte
Cochrane Library	222	1	1
MedLine	53	12	2
Evidencebased Medicine	1	1	1

ernæringsstatus og livskvalitet (10, 11). Den ene studien inkluderte 111 pasienter med kreft i mage- tarmtraktus, og den andre studien 75 pasienter med kreft i øre -nese-halsregionen. Begge pasientgruppene ble undersøkt ved oppstart av strålebehandling, under behandlingen og tre måneder etter behandling. Pasientene ble randomisert til tre grupper; en gruppe fikk ernæringsveiledning og spiste normal kost, en fikk to næringsdrikker per dag i tillegg til deres vanlige kosthold og den tredje gruppen kunne spise fritt. Målet med begge intervensjonene var å øke den enkelte pasients næringsinntak.

Ernæringsveiledningen var individuelt tilpasset etter pasientens spisevaner, preferanser og behov. Den første studien (10) viste at gruppene som fikk veiledning eller næringsdrikker hadde økt sitt næringsinntak med gjennomsnittlig 550 kilokalorier (Kcal) per dag i den første gruppen og 296 Kcal per dag i den andre gruppen ved avslutning av strålebehandlingen ($P=0,01$). I gruppen som ikke fikk noen ekstra intervensjon gikk næringsinntaket ned med gjennomsnittlig 285 Kcal per dag ($P=0,01$). Tre måneder etter behandling hadde gruppen som fikk veiledning opprettholdt næringsinntaket, mens gruppene som hadde fått næringsdrikker og som spiste fritt hadde samme inntak som ved oppstart av strålebehandling eller lavere ($P=0,05$). Tre måneder etter strålebehandling var ernæringsveiledning det eneste tiltaket som ga signifikant resultat i forhold til ernæringsstatus (10).

Forekomst av underernæring var lik i de tre gruppene ved oppstart av strålebehand-

ling. I den første gruppen var 15 pasienter underernært målt ved kroppsmasseindeks (KMI) og screeningverktøyet Patient Generated Subjective Global Assessment of Nutritional Status (PS-SGA) (10). I gruppe to var det 14 pasienter og i gruppe tre var 13 pasienter underernærte. Etter tre måneder hadde ni av 15 pasienter i den første gruppen forbedret ernæringsstatus med gjennomsnittlig 4 kg (varierte fra 2–7 kg). Ingen pasienter i de to andre gruppene forbedret vekten etter tre måneder.

Lignende resultat framkom i den andre undersøkelsen fra Portugal som inkluderte 75 pasienter med kreft i øre-nese-halsregionen (11). Energiinntaket,

Etter tre måneder hadde åtte av 16 underernærte pasienter i gruppen som fikk veiledning forbedret sin ernæringsstatus med gjennomsnittlig fire kg (varierte fra 2 til 6 kg). Ingen pasienter i de to andre gruppene forbedret ernæringsstatus. Retningslinjen (6) anbefaler (grad A) ut fra disse resultatene, at alle pasienter som mottar strålebehandling med mage- tarmkanalen eller øre-nese-halsregionen skal få ernæringsveiledning. Dette gir økt næringsinntak og bedret ernæringsstatus under behandling. Oppfølging med ernæringsveiledning er mer effektivt enn bare næringstilskudd målt tre måneder etter behandling.

Sykepleiere har en avgjørende rolle i å kartlegge og bedømme pasientenes ernæringsstilstand.

målt ved avslutning av strålebehandlingen, økte i gruppene som fikk veiledning eller næringsdrikker, med henholdsvis 521 Kcal i den første gruppen ($P=0,02$) og 322 Kcal i den andre gruppen ($P=0,05$), mens det ble redusert med gjennomsnittlig 400 Kcal i kontrollgruppen ($P=0,01$). Etter tre måneder opprettholdt veiledningsgruppen energiinntaket, mens gruppen som fikk næringsdrikker og kontrollgruppen hadde inntak likt eller under det de hadde ved oppstart av behandling. Det var signifikante resultater ($P=0,05$) (11).

Forekomst av underernæring ved oppstart av strålebehandling var likt fordelt mellom de tre gruppene. Det var 16 pasienter i gruppen som fikk veiledning, 14 pasienter i gruppen som fikk næringsdrikker og 15 pasienter i kontrollgruppen.

I en norsk studie ble 24 inneliggende og 25 polikliniske pasienter med kreft i øre-nese-halsregionen etter strålebehandling randomisert til intensiv ernæringsveiledning ved klinisk ernæringsfysiolog eller avdelingens rutinesamtale med sykepleier. Utfallet ble vurdert etter vektendring, KMI, hudfoldtykkelse, armmuskelomkrets og rutinemessige blodprøver etter seks uker. Resultatene viste at det var færre underernærte blant dem som fikk intensiv veiledning sammenlignet med vanlig praksis ($P<0,05$). Polikliniske pasienter hadde større vekttap enn inneliggende pasienter ($P<0,05$). Inneliggende pasienter som fikk intensiv ernæringsveiledning var eneste gruppe uten vekttap etter seks uker (9).

I Tyskland ble det gjennomført en studie som undersøkte

effekt av individuell ernæringsveiledning med ernæringsfysiolog før, under og to måneder etter strålebehandling hos 38 pasienter med kreft i hode-halsregionen, sammenlignet med standard oppfølging av sykepleier (13). Pasientene ble randomisert til gruppene individuell veiledning eller standard oppfølging ved erfarne sykepleiere. Veiledningen hadde som mål å opprettholde og/eller forbedre pasientens næringsinntak og var basert på fire retningslinjer for ernæring. Retningslinjene ga anbefalinger for å tilpasse individuell diett, inneholdt råd for å lindre symptomer som hadde

($P=0,05$) (10). Den andre studien fra Portugal kom frem til lignende resultater. Veiledningsgruppen hadde signifikant mindre plager med kvalme, oppkast, anoreksi og munntørrhet enn de andre to gruppene ved avslutning av strålebehandling (11). Etter tre måneder rapporterte 90 prosent i veiledningsgruppen om reduksjon av plager, mens det i gruppen som fikk næringsdrikker var 67 prosent og 51 prosent i kontrollgruppen ($P=0,001$). Ut ifra resultatene slår retningslinjen fast at dersom pasientene får ernæringsveiledning under og etter strålebehandling, forbedres fysisk funksjon og gra-

datene. Etter behandling økte skårene på livskvalitetsskjema ($P=0,003$) proporsjonalt med næringsinntak og ernæringsstatus i veilednings- og næringsdrikgruppen ($P<0,05$), mens de ble dårligere i kontrollgruppen ($P<0,05$). Etter tre måneder var det bare veiledningsgruppen som opprettholdt eller forbedret sin livskvalitet (11). Retningslinjen slår fast at ernæringsveiledning gitt under og etter strålebehandling forbedrer livskvalitet og pasienttilfredshet. Ernæringsveiledning gir bedre resultat enn om pasientene bare får tilbud om næringsdrikker (Grad B, nivå II) (6).

En systematisk oversikt med metaanalyse av fem RCT-studier, ble utarbeidet for å undersøke om ernæringsveiledning forbedrer livskvalitet hos pasienter med kreft (14). Ernæringsveiledning var definert som veiledning med hensikt å øke pasientens energiinntak. Bare RCT-studier ble inkludert. Alle studiene måtte benytte et validert måleinstrument for å måle global livskvalitet. Tre studier viste positiv effekt av ernæringsveiledning og pasientene rapporterte forbedret eller stabil livskvalitet. To studier viste ikke denne effekten. Denne systematiske oversikten og metaanalysen viste ikke en statistisk signifikant forbedring av livskvalitet ved å tilby pasientene ernæringsveiledning. Standard gjennomsnittlig forskjell i livskvalitetsskår blant pasienter som fikk ernæringsveiledning var 0,56 (95 prosent konfidensintervall, -0,01-1,14; $P=0,06$). På tross av dette konkluderer den systematiske oversikten med at det er en observert trend mot positiv effekt av ernæringsveiledning relatert til livskvalitet, og resultatene fra metaanalysen

” Veiledningen må tilpasses den enkelte pasients behov.

innvirkning på ernæring, veiledningsstrategier og når veiledning var nødvendig. Utfallsmålene var vekttnap, KMI og underernæring. Resultatene viste en signifikant reduksjon av vekttnap to måneder etter behandling hos pasienter som fikk ernæringsveiledning, sammenlignet med standard sykepleie ($P=0,03$). Underernæring var økende i standard behandlingsgruppen, mens den gikk ned over tid i veiledningsgruppen ($P=0,02$). Tidlig og hyppig individuell veiledning blir derfor beskrevet å ha klinisk effekt på vekttnap og underernæring hos denne pasientgruppen (13).

Symptomer

I den første studien fra Portugal hadde pasientene som fikk spise fritt ved avslutning av strålebehandling og etter tre måneder mer problemer med anoreksi, kvalme, oppkast og diaré enn de andre to gruppene som fikk veiledning eller næringsdrikker

den av symptomer reduseres, sammenlignet med standard behandling (6). Anbefalingene er angitt som grad B (evidens egnet til å veilede praksis i de fleste situasjoner) og nivå II (6).

Livskvalitet

I den første portugisiske studien hadde gruppen som fikk ernæringsveiledning ved avslutning av strålebehandling høyere skår på livskvalitetsskjema enn de andre to gruppene ($P<0,05$). I kontrollgruppen hadde alle scorene forverret seg ($P<0,05$). I gruppene som fikk veiledning og næringsdrikker korrelerte livskvalitetsscorene med graden av næringsinntak. Jo bedre inntak og ernæringsstatus jo høyere var livskvalitetsscorene ($P=0,003$). Tre måneder etter behandling var ernæringsveiledning det eneste tiltaket som ga signifikant resultat i forhold til livskvalitet ($P=0,02$) (10).

I den andre studien fra Portugal fremkom de samme resul-

viser at det er behov for nye studier på dette området (14).

Hyppighet og oppfølging

Det understrekes en sammenheng mellom jevnlig samtaler med sykepleier eller ernæringsfysiolog og pasientenes evne til å følge kostrådene (6). Isenring et al. understreker viktigheten av helsepersonellens kunnskap og bevissthet om pasientoppfølging og støtte for at pasienten i en sykdoms- og rehabiliteringsfase skal lykkes med å opprettholde næringsinntak (12). Retningslinjen anbefaler at pasientene følges opp i minst seks uker etter behandling og at de får veiledning minimum hver 14. dag. Resultatene blir bedre om pasientene får tilbud om veiledning en gang per uke. Dette baseres på evidensnivå II, men graden av evidens som er egnet til å veilede praksis er svakere (grad D). Retningslinjen understreker videre betydningen av tidlig og intensiv veiledning for å forhindre vekttap og nedsatt ernæringsstatus (6).

DISKUSJON

Resultater fra studiene viser at individuell ernæringsveiledning til pasienter som får strålebehandling mot kreft i mage-tarmtraktus og hode-halsregionen gir økt næringsinntak og bedre ernæringsstatus, høyere livskvalitet og bedre symptomlindring (6, 9, 13). Ernæringsveiledning hadde bedre virkning enn næringstilskudd i to studier (10, 11). De samlede resultatene indikerer at ernæringsveiledning gitt sammen med næringstilskudd gir best utfall for pasienten (6). Det er vanskelig å si noe om virkningen av veiledning i et lengre tidsperspektiv. Studiene følger opp pasientene i seks uker til tre måneder, og det er ikke

resultater på lengre sikt. Det er også usikkert om ernæringsveiledning har positiv effekt på livskvalitet. Det kan være ulike metodiske forklaringer til dette. Det var kun fem studier inkludert i metaanalysen, og pasientene var heterogene både innad og på tvers av studiene. Konklusjonen fra metaanalysen viser likevel en trend mot positiv effekt av ernæringsveiledning også på livskvalitet.

Vi fant sparsom forskning som alene studerte ernæringsveiledning som intervensjon til pasienter som mottar behandling for kreft. Studiene vi fant inkluderer relativt få deltakere og hovedsakelig pasienter med kreft i mage-tarmtraktus eller hode-halsregionen. En styrke er imidlertid at studiedesignene er randomiserte kontrollerte studier med sammenfallende funn.

Ernæringsstatus ble målt på tilnærmet samme måte i alle studiene. I de to studiene fra Portugal ble Patient Generated Subjectiv Global Assessment of Nutritional Status brukt (PS-SGA). KMI ble også regnet ut, samt at det ble gjort en fysisk undersøkelse med måling av hudfoldtykkelse og armmuskelomkrets. Studien fra Norge brukte den samme fysiske undersøkelsen, målte vektendring og KMI samt rutinemessige blodprøver. Studiene viser sammenfallende resultater i forhold til virkningen av veiledning på ernæringsstatus.

Studiene hadde detaljert beskrivelse av hvordan veiledningen var organisert. Veiledningsintervensjonen ble utført på omtrent samme måte i alle studiene. Det var viktig med individuell tilpasning til pasientens behov, vaner og ønsker. Kaloriberegning og menyforslag var også viktige elementer. Det

ble i tillegg til veiledning gitt skriftlig informasjon om symptomlindring i flere av studiene, og det ble gitt råd om hvordan pasientene kunne tilføre maten mer energi uten å øke volum. Dette viser at ernæringsveiledning er omfattende. Det er også vanskelig å gi denne type veiledning i gruppe, da den bør være tilpasset den enkelte pasient for å gi best resultat.

For at pasienten skal mestre å følge kostråd har det betydning med jevnlig og hyppig oppfølging (6). Retningslinjene anbefaler samtaler med sykepleier eller ernæringsfysiolog minst hver fjortende dag, og resultatene kan tyde på at også telefonkontakt mellom veiledningene kan være gunstig (6, 9). Dette er ressurskrevende tiltak som også krever god logistikk. For å kunne tilby veiledningssamtale til alle pasienter slik forskning og retningslinjer anbefaler, er det et spørsmål om spesielt interesserte sykepleiere i en enhet bør skoles og oppdateres på kunnskap om ernæring, slik at de kan veilede pasientene i tillegg til ernæringsfysiolog. Det er ofte få ernæringsfysiologer i sykehus, og det kan være mange fordeler med å skole sykepleiere. Det å få økt kunnskap og kompetanse, kan øke motivasjonen for å følge opp pasientens ernæringstilstand. Videre kan det øke bevisstheten rundt ernæring blant alle sykepleiere i enheten. Sykepleiere har en avgjørende rolle i å kartlegge og bedømme pasientens ernæringstilstand (5). De kan både identifisere dem som allerede er underernært, men også fange opp pasienter som er i ferd med å endre spisemønstre og gå ned i vekt. Slik kan sykepleierne henvise pasienten til sykepleier med spesialkom-

petanse eller ernæringsfysiolog.

Vi har gjort et systematisk litteratursøk og beskrevet søkestrategien på en transparent måte. Det kan likevel være en svakhet at vi ikke har brukt alle aktuelle søkeord og at vi dermed ikke har fått med alle eksisterende studier innenfor temaet. De inkluderte studiene er ikke vurdert etter eksplisitte kvalitetskriterier og vi har ikke vurdert om det er aktuelt å gjøre en metaanalyse.

KONKLUSJON

Støtte og oppfølging rundt ernæring til pasienter som mottar

behandling for kreft er viktig i alle faser av sykdommen. Eksisterende forskning kan tyde på at ernæringsveiledning øker næringsinntaket, bedrer ernæringsstatus og gir høyere livskvalitet hos pasienter som mottar medikamentell- og/eller strålebehandling mot mage-tarmtraktus og hode-halsregionen. Veiledningen må tilpasses den enkelte pasients behov, både ernæringsmessig og når det gjelder vaner og ønsker.

Vi ønsker å takke styringsgruppen for implementering av kunnskapsbasert praksis ved styreleder Marie Bruheim, hel-

sefaglig rådgiver, kreft, kirurgi og transplasjonsklinikken, Oslo Universitetssykehus for å være initiativtaker og pådriver for implementering av kunnskapsbasert praksis. Vi vil også takke prosjektleder Kjersti Stokke. En stor takk til Senter for Kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen for samarbeidet. En spesiell takk til seksjonsleder Eldbjørg Vorkinn, avdeling for kreftbehandling, klinikk for kreft, kirurgi og transplasjonsklinikken for støtte og tilrettelegging slik at arbeidet med artikkelen kunne gjennomføres.

REFERANSER

1. Thoresen L, Fjeldstad I, Krogstad K, Kaasa S, Falkmer UG. Nutritional status of patients with advanced cancer: the value of using the subjective global assessment of nutritional status as a screening tool. *Palliative Medicine* 2002;6:33-42.
2. van Bokhorst-de van der Schueren MAE. Nutritional support strategies for malnourished cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* 2005;9:74-83.
3. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Prevalence of disease-related malnutrition. I: Stratton RJ, Green CJ, Elia M. (Eds.), *Disease-related Malnutrition: An Evidence-based Approach to Treatment*. CAB International, Wallingford, Oxon, UK 2003;35-92.
4. Caro MMM, Laviano A, Pichard C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clinical Nutrition* 2007;26:289-301.
5. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring 06/2009. Tilgjengelig fra www.helsedirektoratet.no.
6. Dietitians Association of Australia.

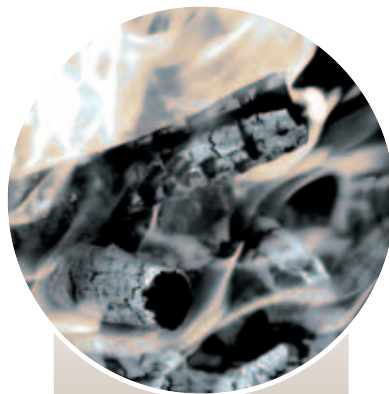
Evidence Based Practice Guidelines for the Nutritional Management of Patients Receiving Radiation Therapy. *Journal of the Dietitians Association of Australia* march 2008.

7. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F. et. al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology. *Clinical Nutrition* 2006;25:245-59.
8. Senesse P, Assenat E, Schneider S, Chargari C, Magné N, Azria D, Hébuterne X. Nutritional support during oncologic treatment of patients with gastrointestinal cancer: Who could benefit? *Cancer treatment reviews* 2008;34:568-75.
9. Løvik A, Almendingen K, Dotterud M, Førli L, Boysen M, Omarhus M, Jacobsen AB, Ose T. Kostveiledning etter strålebehandling for kreft i hode- og halsregionen. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1996;116:2303-6.
10. Ravasco PM, Monteriro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Dietary counselling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *Journal of Clinical Oncology* 2005;23:7:1431-8.

11. Ravasco PM, Monteriro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Impact of nutrition on outcome: A prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head and Neck* 2005;27:659-68.
12. Isenring EA, Bauer JD, Capra S. Nutrition support using the American Dietetic Association Medical Nutrition Therapy Protocol for radiation oncology patients improves dietary intake compared with standard practice. *Journal of the American Dietetic Association* 2007;107:3:404-12.
13. van den Berg MGA, Rassmussen-Conrad EL, Wei KH, Lintz-Luidens H, Kaanders JHAM, Merks MAW. Comparison of the effect of individual dietary counselling and of standard nutritional care on weight loss in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *British Journal of Nutrition* 2010;104:872-7.
14. Halfdanarson TR, Thordardottir EO, West CP, Jatoi A. Does dietary counselling improve quality of life in cancer patients? A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Supportive Oncology* 2008;6:234-7.



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: Scampix

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Nasjonale føringer fremhever nødvendigheten av samarbeid mellom profesjonsgrupper innen palliativ omsorg.

Hensikt: Artikkelen beskriver akupunktørers samarbeid med autorisert helsepersonell om pasienter i palliativ fase.

Metode: Studien baseres på samtaleintervju med 12 akupunktører, medlemmer av Norsk Akupunkturforening, som har behandlet pasienter i palliativ fase. Kvalitativ innholdsanalyse er anvendt.

Resultater: Informantene fortel-

ler om mangelfullt samarbeid med autorisert helsepersonell. De fleste tar ikke selv initiativ til samarbeid, snarere tvert imot. To faktorer framheves som forklaring på hvorfor samarbeid unngås: a) Akupunktørene har kjennskap til, eller antakelse om, negative holdinger til akupunktører blant helsepersonell («innsidekunnskap»). Akupunktørene ønsker å unngå det de oppfatter som en devaluering av dem som yrkesutøvere. b) Akupunktørene setter ikke selv av tid og ressurser til samarbeid. Noen forteller om samarbeid, men da med helsepersonell de har en etablert relasjon til. Legene anses av deltakerne som

pasientens «portvakt» for det alternative helsemarkedet. Sykepleierne oppleves som mer positive. Kanskje vil legenes «portvakt»-rolle endres dersom sykepleierne får en mer selvstendig rolle i den kommunale palliative omsorgen?

Konklusjon: Informantene beskriver begrenset samarbeid mellom autorisert helsepersonell og akupunktører. I kommunehelsetjenesten er leger og sykepleiere mulige «døråpnere» til alternativ behandling. Konsekvenser eventuelle endringer i «portvakt»-posisjonen kan få for pasienter i palliativ fase, er viktig å følge med på.

ENGLISH SUMMARY

Background: This study focuses on acupuncturists' collaboration with authorized health personnel serving patients in the palliative phase.

Purpose: Acupuncturists are active in this field and white papers consider collaboration between professions as necessary.

Methods: The study is based upon qualitative in-depth interviews with 12 members of the Norwegian Acupuncture Association who have treated patients in the palliative phase. Data is analyzed by means

of qualitative content analysis.

Results: Most informants do not initiate collaboration, they rather avoid this. Two factors may account for this: 1) the informants experience or assume that professional health workers are negative towards acupuncturists who themselves want to avoid what they consider to be a devaluation of them as professionals; 2) the acupuncturists themselves do not devote time and resources on collaboration. A few informants report collaboration; with personnel they know and with whom they have a

relation they can control. Physicians are regarded by the informants as the patient's «gate keeper» against the alternative health market. Nurses are more positive. A possible development may be that the the physician's «gate keeper» role changes if the nurses are given a more independent role in the local palliative care.

Conclusion: Lack of collaboration is highlighted as a main finding from the interviews with these informants.

Keywords: Acupuncture, Health Personnel, Palliative Care, Cooperation

» Samarbeid mellom akupunktører og annet helsepersonell – akupunktørens perspektiv

Forfattere: Cecilie Brewer,
Ellen Karine Grov og Siri Ytrehus

NØKKELORD

- Akupunktur
- Helsepersonell
- Palliasjon
- Samarbeid

INNLEDNING

Det finnes begrenset kunnskap om samarbeidet mellom akupunktører og autorisert helsepersonell om pasienter i palliativ fase. Offentlige dokumenter fremhever viktigheten av samarbeid mellom profesjonsgrupper innen den palliative omsorgen (1,2). Legene har tradisjonelt vært en sentral samarbeidspartner for akupunktørene. Norge satser på kommunale helsetjenestetilbud til pasienter i palliativ fase. Det opprettes flere stillinger for spesialkompetanse innen palliasjon eller kreftomsorg. Det etableres lindrende enheter i sykehjem. Bakgrunnen for å studere akupunktører som jobber med pasienter i palliativ fase, er at vi antar akupunktører vil bidra med smertelindring på dette området (1).

Akupunktur og tradisjonell kinesisk medisin defineres som alternativ behandling i Norge. Med alternativ behandling menes: «helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten, og som

ikke utøves av autorisert helsepersonell» (3). Internasjonalt bruker man ofte definisjonen til Verdens helseorganisasjon (WHO): «En vid gruppe av behandlingsmetoder som ikke er en del av landets egne tradisjoner, og som ikke er integrert i det dominerende behandlingssystemet» (4). Akupunktørene er en relativt ny aktør i den vestlige helseverden. Fram til 1970 kjente få vestlige leger til akupunktur (5).

Alternativ behandlingslov (3) åpner for at andre enn helsepersonell kan gi behandling som lindrer eller demper symptomer og bivirkninger samt gi behandling for å styrke immunforsvaret ved alvorlig sykdom. Det presiseres imidlertid under merknader i Ot.prp. nr. 27 §§ 6 og 7 (6) at behandling av grunnsykdommen utelukkende skal være forbeholdt helsepersonell dersom det ikke er inngått et samarbeid eller samforståelse med pasientens lege. Legen skal ha det siste ordet for å vurdere om det alternative behandlingssopplegget kan være skadelig (7).

Akupunkturhøyskolen i Norge ble i 2008 en godkjent, akkreditert privat høyskole hvor studentene kan ta bachelorgraden i akupunktur. I Norge trenger man ikke bakgrunn som helsepersonell for å studere akupunktur. Yrkesutøvelsen er da hjemlet i Lov om alternativ behandling (3). Auto-

risert helsepersonell som bruker akupunktur som metode i sin helsepersonellpraksis styres av Helsepersonelloven (8). Akupunktur er blant de mest brukte alternative behandlingsformer i Norge (9), og bruken er nesten tredoblet siden 1997 (NAFO, 2006) (10). Selv om mange leger er skeptiske til bruk av akupunktur, er det i dag en betydelig gruppe som ikke entydig avviser dette som en behandlingsmåte (11,12,13,14,15). Imidlertid varierer holdningene til bruk av akupunktur blant ulike helsepersonellgrupper (16). Når det gjelder bruk av alternativ medisin i palliasjon, viser en studie fra England at leger er generelt positive til dette (17). Studier viser at integrert

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen viser at samarbeid med autorisert helsepersonell ikke er en fast del av akupunktørens yrkespraksis og belyser mulige årsaker til dette.

Mer om forfatterne:

Cecilie Brewer er fysioterapeut, akupunktør og har master i klinisk helsearbeid. Hun jobber ved St Olavs Institutt, i Akupunkturforeningen, og ved Akupunkturhøyskolen. Ellen Karine Grov er professor ved Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag. Siri Ytrehus er professor ved Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag. Kontakttinfo: siri.ytrehus@hibu.no

behandling der også akupunktur inngår, oppleves som positivt av pasienter (18).

Både i Norge og andre land pågår en integrasjon mellom alternativ medisin og det etablerte helsevesenet (19,20). Men vestlig medisin dominerer fortsatt behandlingstilbudet og samarbeidet om pasienter i palliativ fase (19). Det er reist spørsmål om en integrasjon er realistisk gitt de store ideologiske forskjellene mellom «skolemedisin» og «alternativ behandling» (21). Selv om alternative medisinske terapiformer og alternativ medisinske terapeuter ikke har noen formell plass i helsevesenet, er akupunktører i dag representert på flere sykehus i Norge, særlig på fødeavdelingene og smerteklinikkene (22). Imidlertid arbeider de aller fleste akupunktører i Norge i private klinikker som selvstendig næringsdrivende.

Mange og sammensatte faktorer påvirker samarbeidet mellom akupunktørene og de ulike profesjonene i helsesektoren. Interprofesjonelt samarbeid er krevende. Litteraturen peker på at det finnes ulike barrierer for profesjonelt samarbeid (23). Barrierene kan være av organisatorisk, økonomisk eller strukturell karakter. Akupunktøren møter autorisert helsepersonell som har ulike holdninger til alternativ behandling. Profesjonenes ulike makt, status og posisjon i helsevesenet er særlig viktig for samarbeidet dem imellom (24). Man antar at forståelsen øker om man deler erfaringer, samhandler og kommuniserer. Spriker begrepsbruken, kunnskapsforståelsen og kulturene for mye, kan det skape konflikter (25). Selv om mye tyder på økende anerkjennelse av akupunktur, er det rimelig å regne med at akupunktørene fortsatt kan bli møtt av negative sanksjoner og kanskje

usikkerhet fra autorisert helsepersonell. Man antar derfor at akupunktørene i betydelig grad må legitimere sin virksomhet overfor samarbeidspartnere i helsevesenet. Studier viser at hemmende faktorer for bruk av akupunktører, er manglende kunnskaper om og skepsis til alternativ behandling og behandlingsresultater. Samarbeid er ressurskrevende, især når man ønsker respekt og forståelse for nye tilnæringsmåter i pleie og behandling. Begrensete ressurser og kort innleggelsestid kan også være hemmende faktorer for samarbeid (20).

I denne studien differensieres det ikke mellom særskilte typer samarbeid. Studien handler derfor både om formelt og uformelt samarbeid. Hensikten med studien er, fra akupunktørens synsvinkel, å beskrive samarbeidet mellom akupunktører og autorisert helsepersonell. Målet er å fremskaffe kunnskap om og innsikt i akupunktørens egen beskrivelse av samarbeidet, deres strategier for samarbeid samt hva som regulerer samarbeidet.

METODE

Studien baserer seg på samtaleintervju med akupunktører, og viser hvordan akupunktører beskriver samarbeidet med autorisert helsepersonell og hvilke strategier de anvender for å fremme samarbeid.

Utvalg og datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk våren 2008. Inklusjonskriteriene for deltakelse i studien var:

- Medlem av Norsk Akupunkturforening (NAFO)
- Har vært eller er behandler for pasienter i palliativ fase
- Har samarbeidet eller samarbeider med autorisert helsepersonell
- Kan besvare spørreskjema på norsk

- Kan delta i intervju på norsk
- Frivillig deltakelse

NAFOs administrasjon sendte først ut et sonderingsbrev til alle sine 670 medlemmer med spørsmål om de kunne tenke seg å være med i denne studien. Det var 28 medlemmer som responderte positivt på henvendelsen. Disse fikk et spørreskjema om omfanget av arbeidet med pasienter i palliativ fase. De som hadde behandlet flest pasienter, fikk forespørsel om deltakelse. Dette gjaldt 13 personer. En av respondentene valgte å trekke seg, og utvalget består derfor av 12 respondenter.

Tabell 1 viser en oversikt over deltakerne i studien. Fire menn og åtte kvinner deltok. De fleste arbeider enten helt eller delt i private akupunkturklinikker. Tre av disse arbeidet i tillegg som helsepersonell på sykehus eller institusjon. Kun en av respondentene arbeidet i full stilling på sykehus som helsepersonell med akupunktur som metode integrert i dette arbeidet. Ni av de tolv hadde helsepersonellbakgrunn før de begynte på akupunkturutdanningen. De var sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter (helsepersonellgruppen). Tre hadde utdanning innen alternativ medisin før de begynte på akupunkturutdanningen. De hadde erfaring fra helhetsterapi, naturmedisin og homøopati (alternativgruppen).

Intervju

Det ble foretatt ett prøveintervju. Alle intervjuene ble ledet av artikkelens førsteforfatter, og ble gjennomført enten på informanternes arbeidsplass eller i vedkommendes hjem. Tre av intervjuene ble foretatt per telefon grunnet lang avstand til intervjuer. Intervjueren anvendte en intervjuguide som hjelpemiddel for å sikre at alle aktuelle tema ble berørt (26).

Intervjuene varte i vel 60 minutter. De ble tatt opp på lydbånd og transkribert i sin helhet. Det ble inngått en avtale med alle informantene om ytterligere kontakt dersom det var behov for oppklaring eller mer informasjon. Dette ble aktuelt for to av informantene. Datatilfanget består av 157 sider. Følgende hovedområder var dekket i intervjuguiden:

- bakgrunn for yrkesvalg
- motivasjon for yrke
- erfaringer med pasientgruppa
- samarbeid med andre om pasientene

Analyse

Kvalitativ innholdsanalyse kan forstås som en systematisk analyse av tekst (27). Analysen i denne studien ble gjennomført i flere trinn. I første fase var målet å få et helhetsinntrykk av stoffet. Etter transkripsjon og grundig gjennomlesning flere ganger ble det skrevet en kort sammenfatning av hvert intervju.

I andre fase var målet å finne fram til utsagn som belyste de meningsbærende enheter fra intervjuene. Transkripsjonen ble gjen-

nomgått mange ganger i denne fasen med hensyn til studiens fire hovedområder. Videre i analysen ble teksten eller meningsenheten abstrahert og gitt en kode som kortfattet beskrev meningsenhets innhold. Flere koder med lignende og relevant innhold ble satt sammen til en kategori.

I siste fase ble materialet i sin helhet lest på nytt. Hensikten var da å studere variasjoner i beskrivelser, synspunkt og vurderinger for de ulike informantene. Hensikten var også å påse at meningen i tekstmaterialet ikke ble svekket ved presentasjonen av kategoriene (27).

Etikk

Regional etisk komité bekreftet skriftlig at prosjektet ikke var fremleggelsespliktig da det falt utenfor komiteens mandat siden informantene er voksne, samtykkekompetent behandlingspersonell, og studien ikke omhandlet helseopplysninger. Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste ga tilbakemelding om at prosjektet ikke ble vurdert som meldepliktig siden ingen personopplysninger

skulle oppbevares elektronisk. Informantene fikk tilsendt et informasjonsbrev om studiens formål og omfang, konfidensialitet og mulighet til å trekke seg når som helst. Samtlige respondenter leverte informert samtykke i underskrevet stand.

RESULTATER

Deltakerne

Deltakerne var mellom 40 og 59 år, tre menn og åtte kvinner. De fleste arbeider enten heltid eller deltid i private akupunkturklinikker. Tre av dem arbeidet i tillegg som helsepersonell på sykehus eller annen institusjon. Ni av de tolv deltakerne hadde utdanning som helsepersonell før de begynte på akupunkturutdanningen. Disse var sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Tre hadde utdanning innen alternativt medisin før de begynte på akupunkturutdanningen. De hadde erfaring fra helhetsterapi, naturmedisin og homøopati.

Samarbeid med helsepersonell

Informantene legger vekt på at de opplever en økende nysgjerrighet fra autorisert helsepersonell om akupunkturbehandling, og at helsepersonell stort sett viser overbærenhet overfor og støtter pasientens ønsker om akupunkturbehandling. Imidlertid mener alle at denne overbærenheten ikke så ofte gir seg utslag i konkret samarbeid. De mener at årsaken kan være at helsepersonell har lite eller ingen kunnskap om tradisjonell kinesisk medisin, og at akupunkturbehandlere blir overlatt til å styre denne delen av behandlingen selv. Intervjuene antyder at akupunktørene selv hverken opplever eller forventer samarbeid med behandlingsansvarlig lege:

«Jeg har vært borte i leger som sier: «Ja vel, hvis pasienten ønsker det så er det greit». Men det er

TABELL 1: Oversikt over informantene etter kjønn, alder, yrkesbakgrunn før akupunkturutdanningen og sektor for arbeidssituasjon.

Kjønn	Alder	Yrkesbakgrunn	Sektor
Kvinne 1	45-49	Helsepersonell	Privat
Kvinne 2	45-49	Alternativ behandler	Privat
Mann 1	55-59	Helsepersonell	Offentlig
Kvinne 3	55-59	Helsepersonell	Privat
Mann 2	40-44	Alternativ behandler	Privat
Kvinne 4	55-59	Helsepersonell	Både privat og offentlig
Kvinne 5	50-54	Helsepersonell	Privat
Kvinne 6	50-54	Helsepersonell	Privat
Mann 3	35-39	Helsepersonell	Både privat og offentlig
Kvinne 7	40-44	Helsepersonell	Privat
Mann 4	50-54	Alternativ behandler	Privat
Kvinne 8	55-59	Helsepersonell	Privat

sånn underforstått at herre gud altså det hjelper jo ikke allikevel, ikke sant. Litt den der! Selv om det virker. Jeg syntes det er mye større aksept for det nå enn det var før. Det er det.»

Akupunktørene skiller mellom ulike yrkesgrupper når de beskriver samarbeid. Samarbeidet med sykepleiere ble beskrevet på en annen måte enn samarbeid med leger. Akupunktørene mener at det er flere sykepleiere som selv har benyttet akupunktur, og at det er avgjørende for deres forventninger og anbefalinger. To av informantene sier at de ofte henviser kreftpasienten til kreftsykepleiere i kommunen dersom de ikke allerede er inne i et slikt nettverk. En av informantene forteller at hun har fått henvist pasienter fra kreftsykepleiere ansatt i kommunene etter et kurs hun en gang holdt for dem. To av informantene beskriver fast samarbeid med leger om pasienter i palliativ fase. De forteller om henvisning fra noen faste privatpraktiserende leger. Samarbeidet karakteriseres som langvarig.

En medvirkende faktor til manglende samarbeid er at heller ikke akupunktørene selv aktivt tar initiativ til, eller har utviklet egne strategier for dette. For de fleste av informantene som arbeider i private klinikker, er terskelen høy for å ta direkte kontakt med pasientens lege. Strategier for samarbeid er derfor så godt som fraværende. Resultatene viser også at det ikke er noen stor forskjell på samarbeidsform avhengig av om akupunktørene har en helseprofesjonsutdanning fra før eller ikke.

Intervjuene ga grunnlag for å framheve to hemmende faktorer for samarbeid. Det ene var akupunktørens oppfatning av hvordan de vil bli møtt av autorisert helsepersonell, og den andre man-

glende prioritering av samarbeid på grunn av begrensede ressurser.

«Innsidekunnskap»

Informantene forteller at de unnlater å ta direkte kontakt med autorisert helsepersonell. Når kontakt likevel er påkrevet, bruker de samarbeidsformer som gjør at de slipper direkte kontakt, eksempelvis brev eller pasienten som budbringer.

Intervjuene viser at «innsidekunnskap» var en viktig grunn til at samarbeidet er preget av unngåelsesstrategier fra informantenes side. «Innsidekunnskap» betyr her erfaringer med helseprofesjoners holdninger til akupunktørene, slik informantene oppfatter disse. Deltakerne sier de blir møtt med holdninger som de mener innebærer en devaluering av dem som yrkesgruppe. De mener at sannsynligheten er stor for at de igjen vil bli møtt med negative sanksjoner og devaluering. En bruker betegnelsen «ullen person» om måten hun mener leger betrakter henne på. Enkelte uttrykker at det tar for mye energi å forklare når aktuelle samarbeidspartnere i utgangspunktet ikke er interesserte. De viser til at de har prøvd mange ganger, men at de har nådd et «nok-er-nok»-punkt. Informantene beskriver det som belastende å utsette seg for mulige negative reaksjoner, og de anser det som energikrevende å få til et samarbeid.

«Helsepersonell – det er så (nøler) ... det går på holdninger til akupunktur. Hvis det er noen som har negative holdninger, er det ingen vits i å forklare. Men hvis de er åpne, er det mye greiere å forklare ... Dersom de er skeptiske eller avviser – er det ingen vits i å forklare. Vil ikke ha deres negativitet over meg.»

Det er ikke bare erfaringer med det «ordinære» helsevesenet

og forestillinger om andres syn på akupunkturfaget som preger samarbeidet. Akupunktørene må også forholde seg til et voksende marked av alternative behandlingsformer. Dette markedet synes å være en medvirkende faktor til at akupunktørene er forsiktige med kontakt og samarbeid. Informantene i denne studien er opptatt av å skille mellom sin egen yrkesgruppe og andre alternative behandlingstilbud. Flere uttrykker skepsis til det store mangfoldet av såkalte alternative behandlingsformer. De vet at autorisert helsepersonell ikke alltid er i stand til å skille mellom ulike alternative behandlingstilbud. Noen peker på at de opplever at leger kan prøve å beskytte pasienten mot å bli økonomisk utnyttet, noe de har stor forståelse for. Flere av informantene mener dette er en medvirkende årsak til at leger heller ikke ønsker å samarbeide med akupunktører. Kjennskap til slike holdninger kan skape forsiktighet hos akupunktørene.

«Særlig leger opplever at det er så mange pasienter som går fra gård og grunn når de prøver alternativ medisin. Familien sitter igjen med stor gjeld. Veldig mange leger, tror jeg, er skeptiske. De er redde for å henvise – å lure dem ut i økonomisk uføre. De fleste har nok egentlig ikke noe imot behandlingen, men jeg tror det er mange som er skeptiske til om det hjelper – om det har noe for seg? I forhold til uro, i forhold til søvn ... sånne ting. De fleste er veldig enige i at det kan være smertelindrende, det tror jeg det er enighet om.»

Ressurser

Akupunktørene som var ansatt i sykehus, hadde i utgangspunktet en formell samarbeidsrelasjon med autorisert helsepersonell. De ga likevel uttrykk for at de trakk seg fra aktuelle samarbeidsarenaer, men først og fremst på grunn av

tid og ressurser. Intervjuene viste at møtevirkomheten ikke alltid ble sett på som en selvfølgelig del av den totale pasientbehandlingen. Akupunktørene hadde selv ikke inkludert tid til møter og tverrfaglig arbeid i sin arbeidsdag. Den direkte pasientkontakten ble prioritert høyest, og flere beskrev at møtevirkomhet gikk ut over tiden til behandling av pasientene.

«Det er ikke noen spesiell stilling, det går på fleksibilitet og frivillighet. For jeg har ingen ... jeg får ikke noe mer penger for å være i palliativt team. Jeg får ikke noe mer fritid eller mer tid. Det er på grunn av manko på ressurser. Når jeg er i palliativt team – må jeg flekse med noen av pasientene. Prøve å få det til å klaffe. Det som skjer nå er at jeg har en liste på ti–elleve pasienter om dagen. Det blir litt masete – det blir rovdrift, det har tatt av.»

Også informantene som samarbeidet med ansatte i kommunen, mente deltakelse i teamvirkomhet gikk på bekostning av pasientbehandlingen.

DISKUSJON

Studien viser at akupunktørene i liten grad samarbeider med autorisert helsepersonell. Informantene forteller heller ikke om egne strategier for å fremme samarbeid. Funn fra denne studien kan derfor tyde på at samarbeid med autorisert helsepersonell ikke er en fast del av deltakernes yrkespraksis.

Studien viser at akupunktørene selv ikke tar initiativ til samarbeid, snarere tvert imot. De trekker seg tilbake fra mulig samarbeid. Vi har pekt på to faktorer som kan forklare dette. Den ene faktoren er kjennskap til, eller antakelse om, negative holdninger til akupunktører blant helsepersonell. Den andre faktoren er manglende ressurser og tid avsatt til samarbeid.

Resultatene ga grunn til å

fremheve «innsidekunnskap» som en regulerende kraft som påvirker holdning til samarbeid, og som noe som fører til tilbaketrekking. «Innsidekunnskap» er ensbetydende med kunnskap om, og erfaringer med, holdninger til alternative behandlingsformer som de antar finnes blant autorisert helsepersonell. Denne «innsidekunnskapen» bærer akupunktørene med seg, og den preger deres forestillinger om hvordan de kan bli møtt. «Innsidekunnskap» kan de ha fått gjennom direkte samhandling, men også gjennom kjennskap til holdninger til alterna-

og kjennskap bidrar til å bygge ned disse barrierene. Det er derfor rimelig å anta at akupunktører som fra før har helsefaglig bakgrunn vil ha andre samarbeidsstrategier og et mer aktivt samarbeid med helsepersonell, nettopp på grunn av tidligere kontakt med og kjennskap til helsevesenet. Resultatene fra denne studien tyder imidlertid ikke på dette. Blant deltakerne var det ingen forskjell i beskrivelsen av samarbeid og holdning til samarbeid, enten de hadde helsefagutdanning fra før eller ikke.

Akupunktørene som har vært

” Akupunktørene må også forholde seg til et voksende marked av alternative behandlingsformer.

tive behandlingsformer formildet i det offentlige rom. Det er dermed ikke bare negative holdninger de blir møtt med til daglig som fører til at akupunktører trekker seg tilbake, men også antakelsen om mulige negative holdninger blant helsepersonell.

«Innsidekunnskap» innebærer kjennskap til det informantene selv oppfatter som en devaluering av deres yrkesrolle. Tilbaketrekking kan oppfattes som en reaksjon på negative holdninger til dem, og som en måte å beskytte seg mot den devalueringen som kan følge.

Flere av informantene i denne studien har en helseprofesjonsutdanning fra før. Mange har pekt på at kontakt og kjennskap, vil fremme tillit og samarbeid mellom grupper. Den mest kjente versjonen av «kontakthypotesen» ble formulert av Allport (28). Han mener fordommer og manglende tillit til utgrupper eller grupper med lav status bunner i frykt og fordommer. Kontakt, samarbeid

en del av det «ordinære» helsevesenet har svært god kjennskap, ikke bare til helsevesenet og fagkunnskapen, men også til holdninger blant helsepersonell. De vet derfor mer enn andre om hvordan de kan bli møtt. Kjennskap til og kontakt med autorisert helsepersonell, er dermed ikke nok for å fremme samarbeid. I hvilken grad kontakt bidrar til å bygge ned fordommer, kan være avhengig av kontekst og sammenheng. I teorier om profesjoner er status brakt inn som en medvirkende faktor som regulerer samarbeid (24). Noen vil hevde at det først og fremst er når grupper med relativt lik status møtes at kontakt kan påvirke og redusere fordommer og derigjennom redusere tilbaketrekking (28). Ved statusforskjeller vil kontakt ikke ha noen virkning på hvordan man oppfatter hverandre.

En forklaring kan tilskrives yrkesidentitet. Selv om ny utdanning vil innebære endret yrkesidentitet, er det rimelig å regne med at yrkesidentiteten fortsatt vil

preges av tidligere yrke. Autorisert helsepersonell kan dermed spille en viktigere rolle som referansepersoner overfor akupunktører med annen helsefaglig utdanning enn overfor dem som ikke har slik utdanning fra før.

Noen forteller imidlertid om samarbeid. Det typiske for dette samarbeidet er at det er med helsepersonell som informantene kjenner godt og har en etablert relasjon til. Samarbeidet kan derfor beskrives som et samarbeid basert på bekjentskap og sterke bånd. De er på trygg grunn, blir respektert og risikerer ikke å bli møtt med negative reaksjoner.

Endrete rammer vil kunne påvirke selve yrkesutøvelsen. Ikke bare utdanningen, men også arbeidsplassen vil derfor spille en sentral rolle og sette premisser for yrkesutøvelsen og for samarbeid. Akupunktørene i privat og offentlig virksomhet har ulike arbeidsbetingelser. Akupunktørene har, som selvstendige næringsdrivende, stor frihet. De har ansvar for pasientbehandling, klinikkens selskapsform og finansiering, personalansvar, samt kontroll og styring av selve virksomheten (29). De kan styre sin arbeidsdag og er fritatt andre institusjoners normer, regler og rammer. Akupunktørene i offentlig sektor har andre arbeidsbetingelser og en formell tilknytning til det øvrige helsevesenet.

Det kunne være rimelig å anta at samarbeidet var en selvfølgelig del av yrkespraksisen for akupunktører som var tilknyttet helsevesenet. Denne studien viser imidlertid at til tross for formell tilknytning til det ordinære helsevesenet, er ikke samarbeidet en selvfølgelig del av informantenes arbeidsdag. Tid og ressurser er en sentral hemmende faktor for disse. Andre studier har vist at tid er ansett som den viktigste

begrensende faktor for bruk av akupunktur i pasientbehandling ved helseinstitusjoner, da akupunkturpasienten krever lengre behandlingstid enn andre pasienter (30). Denne studien viser at akupunktørene selv ikke ser på samarbeid som en oppgave det skal settes av tid og ressurser til.

Samarbeid mellom yrkesgrupper kan fremmes på ulike måter. Det er enkelte resultater i denne undersøkelsen som gir grunn til å anta at samarbeid basert på initiativ fra akupunktørene vil øke. Dette kan særlig gjelde den palliative omsorgen. Årsaken til dette er endret rolle og posisjon for sykepleiere i den palliative omsorgen. Andre undersøkelser tyder på mer positive holdninger til akupunktur blant kvinnelige sammenlignet med mannlige helsearbeidere, og blant sykepleiere sammenlignet med leger (12). Informantene i denne studien opplever sykepleierne som mer positive til samarbeid enn annet helsepersonell. Det antas at sykepleiere vil få en mer selvstendig rolle i den kommunale helsetjenesten, da særlig overfor pasienter i palliativ fase. Det er i dag utdannet cirka 900 kreftsykepleiere i Norge og cirka 400 har videreutdanning eller mastergrad med studieretning palliasjon. Mange av disse har en selvstendig stilling i kommunene, samtidig som de inngår i faste etablerte team, hvor ulike helseprofesjoner er representert (2). Dersom stadig flere akupunktører får positive tilbakemeldinger fra autorisert helsepersonell, så kan det skape mindre tilbakeholdenhet med tanke på samarbeid.

Lovverket åpner for og oppfordrer til tettere samarbeid mellom helsearbeidere ved at alvorlige syke kan få alternativ behandling (3,7). Vi har sett at deltakerne refererer til leger som pasientens portvakt for det alternative helsemarkedet.

Akupunktørene viser forståelse for og støtter denne rollen. Det er ikke gitt at legenes portvaktrolle opprettholdes dersom sykepleierne får en mer selvstendig rolle i den kommunale, palliative omsorgen. Dersom sykepleierne får rollen som portvakt, må de være oppmerksomme på betydningen av kunnskap og innsikt som basis for å gi råd (31). Det er viktig å følge med på hvilke konsekvenser eventuelle endringer kan få for pasienter i palliativ fase.

En faktor som kan peke i motsatt retning og bidra til at akupunktører fortsatt er tilbakeholdne med tanke på samarbeid, er det stadig økende mangfoldet av alternative behandlingsformer. Akupunktørens kunnskap om dette mangfoldet og mulige useriøse aktører kan gjøre at de fortsetter å være tilbakeholdende.

Forskning viser at samarbeid tradisjonelt er stembederlig behandlet i profesjonsutdanningene (32). Denne studien gir grunn til å stille spørsmål ved om akupunktører blir tilstrekkelig forberedt på samarbeid med autorisert helsepersonell under utdanningen. Man kan tenke at økt kunnskap om det etablerte helsevesenet og kunnskap om faktorer som påvirker samarbeid, kan bidra til at akupunktørene selv mer aktivt kan initiere samarbeid. Perspektiver på samarbeid kan med fordel vektlegges i utdanningen og dermed kanskje bli en mer naturlig del av yrkesrollen.

Begrensninger

Denne studien handler ikke om verdien av et eventuelt samarbeid hverken for akupunktørene, helsepersonell eller pasientene, eller om hvilke former samarbeidet faktisk har. Studien gir heller ikke grunnlag for å si noe om hva pasientene ønsker. Det trengs kunnskap om hvilken betydning samarbeid

helsepersonell imellom har for pasientene, og om hva pasientene ønsker. Flere har pekt på behov for forskningsbasert kunnskap om samarbeid mellom alternative behandlere og det øvrige helsevesenet (20).

Denne artikkelen baserer seg på funn fra en kvalitativ studie og kan derfor ikke generaliseres. Målet har vært å få kunnskap om akupunktørens beskrivel-

ser av holdninger til samarbeid, og om mulige mekanismer som regulerer dette samarbeidet.

KONKLUSJON

To faktorer kan bidra til å forklare hvorfor akupunktører i liten grad samarbeider med autorisert helsepersonell. «Innsidekunnskap» som medfører at akupunktører trekker seg tilbake fra samarbeid med autorisert helseperso-

nell, og «ressursknapphet» fordi akupunktørene i sin praksis ikke prioriterer tid og sted for samarbeid med autorisert helsepersonell. Akupunktørene gjør ikke rede for spesifikke strategier for å fremme samarbeid med autorisert helsepersonell, og funnene fra denne studien kan tyde på at samarbeid med autorisert helsepersonell ikke er en fast del av akupunktørens yrkespraksis.

LITTERATUR

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Stortingsmelding 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, 2009.
2. **Sosial- og Helsedirektoratet.** Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. 2007.
3. **Lovdata.** Lov om alternativ behandling av sykdom. 27. juni 2003 nr. 64; (Alternativ behandlingsloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20030627-064.html&emne=alternativ&> (nedlastet 11.11.10).
4. **WHO.** Traditional Medicine. Definitions. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/> (nedlastet 01.06.2009).
5. **Helse- og omsorgsdepartementet.** NOU1998:21. Alternativ medisin. 1998.
6. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Odelstingsproposisjon. nr. 27. Om lov om alternativ behandling av sykdom mv. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo 2002–2003. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-27-2002-2003-.html?id=171475> (nedlastet 31.05.2009).
7. **Befring AK.** Lov om alternativ behandling – med kommentarer. Fagbokforlaget, Bergen. 2005.
8. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2. juli 1999 nr. 64; (Helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell&> (nedlastet 11.11.2010).
9. **Sundar T.** Forskningen innen alternativ medisin må styrkes. Tidsskr Nor Lægef. 2002; 122: 960–1.
10. **Norsk akupunkturføring.** Befolkningsundersøkelse om akupunktur 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.akupunktur.no/id/140.0> (nedlastet 11.06.2010).
11. **Norheim AJ, Fonnebo V.** Doctors' attitudes to acupuncture – a Norwegian study. Soc Sci Med. 1998; 47: 519–23.
12. **Risberg T, Kolstad A.** Alternativ medisin – holdninger og bruk blant sykehusansatte leger, sykepleiere og kontorpersonell i Nord-Norge. Tidsskr Nor Lægef. 2003; 123: 604–6.
13. **Nguyen K D, Salomonsen L J, Norheim AJ, Syverstad DE, Fønnebo V.** Endringer i holdning til akupunktur blant medisinstudentene i Tromsø. Faculty of Medicine, University of Tromsø. 2005. Tilgjengelig fra: <http://uit.no/getfile.php?SiteId=65&PageId=1492&FileId=339> (nedlastet 02.11.2010).
14. **Norheim AJ.** Akupunktur i helsetjenesten. Holdninger til og erfaringer med akupunktur. Doktoravhandling. Tromsø: Helsevitenskapelig fakultet, Inst. for samfunnsmedisin. Universitetet i Tromsø, Tromsø. 2005.
15. **Ytrehus IM.** Personal and professional use of acupuncture among medical practitioners in Norway 1994–2004. Master thesis in Public Health. Institute of Community Medicine. University of Tromsø, Tromsø. 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.ub.uit.no/min/bitstream/10037/1067/3/thesis.pdf> (nedlastet 02.11.2010).
16. **Johannessen B.** Sykepleiere i alternativ behandling. Hvorfor velger offentlig godkjente sykepleiere å tilby alternativ behandling? Doktoravhandling. Bergen: Historisk filosofisk fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen. 2006.
17. **Lewith GT, Hyland M, Gray SF.** Attitudes to and use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. Complementary Therapies in Medicine. 2001; 9: 167–72.
18. **Deng G, Vickers A, Simon Yeung K, Cassileth BR.** Acupuncture: integration into cancer care. J Soc Integr Oncol. 2006; 4:86–92.
19. **Hollenberg D.** Patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. Social Science & Medicine. 2006; 62: 731–44.
20. **Nyborg L, Launsø L.** Utprøvinger av alternativ behandling innenfor helsevesenet i møte mellom helsepersonell og alternative behandlere. NAFKAM skriftserie. 2007; nr.5.
21. **Caspi O, Bell IR, Rychener D, Gaudet TW, Weil AT.** The tower of Babel: Communication and medicine – An essay on medical education and complementary-alternative medicine». Archives of Internal Medicine. 2000; 160:3193.
22. **Salomonsen L, Grimsgaard S, Fønnebo V.** Bruk av alternativmedisinsk behandling ved norske sykehus. Tidsskr Nor Lægef. 2003; 123: 631–3.
23. **Jacobsen DI.** Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverrfaglig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I: Repstad P, red. Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretattlig samarbeid i teori og praksis. Tano, Oslo. 1993: 70–112.
24. **Fauske H.** Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Universitetsforlaget, Oslo. 2008: 31–53.
25. **Fossland J, Grimen H.** Selvføståelse og frihet. Introduksjon til Charles Taylors Filosofif. Universitetsforlaget, Oslo. 2001.
26. **Thagaard T.** Systematikk og Innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Fagbokforlaget, Bergen. 2003.
27. **Lundman B, Graneheim UH.** Kvalitativ innehållsanalyse. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B, red. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur, 2008: 159–172.
28. **Allport GW.** The Nature of Prejudice. Addison-Wesley, Cambridge Mass. 1954.
29. **Støkken AM.** Privat versus offentlig. I: Nylehn B, Støkken AM, red. De profesjonelle. Relasjoner, identitet og utdanning. Universitetsforlaget, Oslo. 2002.
30. **Joos S, Musselman B, Miksch A, Rosemann T, Szecsenyi J.** The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany – A focus group study of GPs. BMC Health Services Research. 2008; 8:13.
31. **Weiger WA, Smith M, Boon H, Richardson MA, Kaptchuk TJ, Eisenberg DM.** Advising Patients Who Seek Complementary and Alternative Medical Therapies for Cancer. Ann Intern Med. 2002; 137: 889–903.
32. **Soklaridis S, Oandasan I, Kimpton S.** Family health care teams: can health professionals learn to work together? Can Fam Physician. 2007;53:1198–1199.

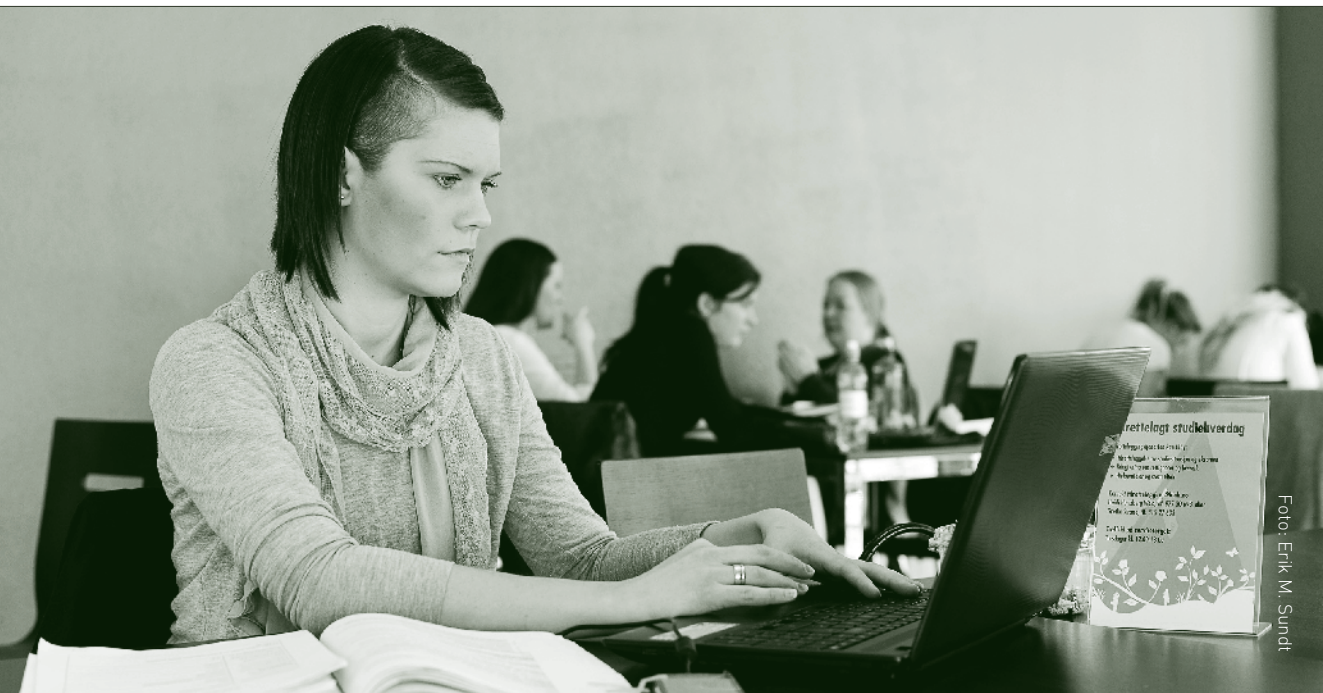


Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Informasjonskompetanse er en forutsetning for å innhente og bruke forskningslitteratur. Tidligere forskning viser at denne kompetansen er lav blant sykepleierstudenter. For å styrke ferdighetene i å søke og bruke informasjon fra databaser hos studenter i bachelorutdanningen, utviklet og gjennomførte vi et undervisningsprogram som gikk over alle tre studieårene. I denne artikkelen rapporterer vi funn fra evalueringen etter det første studieåret.

Hensikt: Å beskrive hvordan studentene vurderte utviklingen av 1)

egen informasjonskompetanse, med særlig vekt på endringer i bruk av databaser og internett, 2) egne ferdigheter i søketeknikk, og 3) om programmet hadde betydning for deres læringsutbytte.

Metode: En pretest-posttest, én-gruppedesign ble anvendt. Data fra en studentklasse (n=249) ble samlet inn ved bruk av to spørreskjemaer, ett ved begynnelsen av første studieår og ett ved slutten av året.

Resultater: Funnene viser at til tross for at studentene rapporterte forbedring i ferdighetene i å finne artikler i bibliotekets databaser ved slutten av første studieår, manglet fortsatt mange kunnskap i grunnleggende søketeknikker. Studentene oppga også høyere bruk og større læringsutbytte av internett enn av bibliotekets databaser.

Konklusjon: Studien indikerer at systematisk opplæring kan medvirke til økt informasjonskompetanse. Det er imidlertid behov for å utvikle ulike strategier på dette område og undersøke hvilke som gir best effekt.

ENGLISH SUMMARY

Background: Information literacy includes being able to find and use research articles. Earlier research shows that pre-registration nursing students are not sufficiently competent in this area. Therefore, we developed and implemented a curriculum-integrated three-year program to improve their information competency. This article reports on the findings after the first year of the program.

Purpose: To describe how the students evaluated the development of: 1) their information literacy, especially the use of bibliographic databases

and the internet; 2) their skills in search techniques; and 3) whether the program influenced their learning outcome.

Method: a pre-test - post-test one group design was employed. Data was collected from a class of students (n=249) using two questionnaires; one administered at the beginning and one at the end of the first year in the Bachelor program.

Results: Findings show that although an improvement occurred in the students' skill in finding articles in bibliographic databases,

many of them lacked knowledge of important search techniques. The students' also reported more frequent use of and a greater learning outcome from the internet than from bibliographic databases.

Conclusion: The study indicates that systematic instruction can improve information literacy. It is, however, necessary to develop several different strategies to this end and to investigate which gives the best result.

Keywords: survey, information literacy, undergraduate nursing education, curriculum, collaboration.

>> Sykepleierstudentenes vei mot informasjonskompetanse

Forfatterne: **Hilary Eileen Jacobsen** og **Randi Andenæs**

NØKKELOD

- Spørreundersøkelse
- Sykepleierutdanning
- Informasjon
- Samarbeid

INNLEDNING

De yrkesetiske retningslinjene pålegger sykepleieren å holde seg oppdatert om forskning (1). Dermed foreligger en fordring om at sykepleieren kan bruke og nyttiggjøre seg informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) og da særlig elektroniske databaser for å innhente forskningslitteratur. I engelskspråklig litteratur blir ferdigheter i å nyttiggjøre seg elektroniske informasjonsverktøy betegnet som «information literacy». Vi velger imidlertid å bruke begrepet informasjonskompetanse om ferdigheter i å kunne identifisere behovet for informasjon, innhente, kritisk vurdere, samt å kunne bruke denne informasjonen på en hensiktsmessig måte. Først når et slikt sett av ferdigheter beherskes tilfredsstillende, kan en person betegnes som informasjonskompetent. Flere studier har dokumentert at studenter både i universitetsstudier (2), helsefagutdanninger (3), og sykepleierutdanning (4) har lav informasjonskompetanse.

Innen norsk sykepleierutdanning har vi lenge erkjent at studentene så tidlig som mulig må oppøve ferdigheter i å søke og å bruke litteratur. Studentenes

læringsutbytte både i teoretiske og kliniske studier henger sammen med slike ferdigheter (5, 6, 7). En tidligere norsk studie blant første års studenter i bachelorutdanningen i sykepleie viser imidlertid at de i svært liten grad hentet informasjon fra bibliotekets databaser og internett (8). Studier fra andre fagfelt viser også at det er nødvendig med mer omfattende veiledning enn den som kun gis av bibliotekpersonell for å utvikle denne kompetansen (9). I bachelorutdanningen i sykepleie ved Høgskolen i Oslo utviklet vi fag- og undervisningsplanene på dette området og gjennomførte et undervisningsprogram som gikk over alle tre studieårene. Programmet ble iverksatt som et prosjekt: «Informasjonskompetansens plass i fremtidens sykepleierutdanning». I denne artikkelen rapporterer vi funn fra evalueringen etter det første studieåret. Hensikten er å beskrive hvordan studentene vurderte utviklingen av 1) egen informasjonskompetanse, med særlig vekt på endringer i bruk av databaser og internett, 2) egne ferdigheter i søketeknikk, og 3) om programmet hadde betydning for deres læringsutbytte.

LITTERATURGJENNOMGANG

Etter å ha gjennomgått tidligere studier av informasjonskompetanse innen sykepleierutdanning fant vi at disse befattet seg i hovedsak med to spørsmål: 1) integrasjon i undervisningsplanen, og 2) samarbeid med utdanningens bibliotekarer (5,6,7,10,11,12). Begrunnelsen for integrasjon

av informasjonskompetanse i undervisningsplanen er at det gir studentene muligheter til å utvikle kunnskaper og ferdigheter i å finne, anvende og evaluere elektroniske kilder mens de arbeider med sykepleiefaglig emner. En slik fremgangsmåte kan gjøre det lettere å se hvilken betydning bruk av denne type kilder har for læringsutbyttet. Grad av integrering i undervisningsplanene viste seg å variere. I enkelte planer var informasjonskompetanse lagt til en modul eller kurs i ett semester/studieår (10), mens i andre lå den i moduler/kurs spredt gjennom hele utdanningen (5, 6, 7, 11, 12). Det rapporteres også at trening i informasjonskompetanse kan inngå som del av et annet kurs (6), og om egne kurs om informasjonskompetanse (5). I noen av kursene ga deltakelsen studiepoeng (7, 10). Samarbeid med bibliotekarene viste også gode resultater, og anbefales for å oppnå hensiktsmessig kursinnhold og best mulige læresituasjoner for studentene

Hva tilfører denne artikkelen?

Studien avdekker manglende informasjonskompetanse blant sykepleierstudenter ved studiestart og viser at det er behov for å styrke slik kompetanse i utdanningen.

Mer om forfatterne:

Hilary Eileen Jacobsen er Cand. polit. og høgskolelektor. Hun har arbeidet innen sykepleierutdanning siden 1974. Randi Andenæs er førsteamanuensis. Begge er ansatt ved HiOA, avdeling for Sykepleierutdanning. Kontakt: hilary.jacobsen@su.hio.no.

(5, 6, 7, 10, 12). Å avklare rollefordelingen mellom faglærerne og bibliotekarene ble rapportert som en viktig del av samarbeidet (11). I litteraturen beskrives videre ulike kombinasjoner av undervisningsmetoder, men alle inkluderer både forelesninger, demonstrasjoner og egenaktivitet hos studentene. Flere av forsøkene (6, 7, 11,12) viste at obligatoriske studieoppgaver i kombinasjon med litteratursøk ga sterk forbedring av informasjonskompetansen. Feedback fra bibliotekarene viste seg også å medvirke til utvikling av hensiktsmessige søkestrategier hos studentene (7, 11,12).

Litteraturgjennomgangen viser at det er få relevante og kvalitativt gode studier på dette området. To av artiklene (5, 10) beskriver forsøk som er under evaluering, og kan derfor ikke vise til konkrete resultater. De øvrige intervensjonene er gjennomført med små utvalg, noe som vanskeliggjør generalisering. Vi ønsket derfor å teste ut et lignende forsøk tilpasset norsk sykepleierutdanning.

OPPLÆRINGSPROGRAMMET

Flere av elementene som anbefales i tidligere forskning ble innlemmet i opplæringsprogrammet: Integrasjon av informasjonskompetanse i fag- og undervisningsplanene, studieoppgaver både i den teoretiske delen av programmet og i kliniske studier, samt samarbeid mellom faglærer og bibliotekar. Den tradisjonelle bibliotekopplæringen ble omarbeidet og supplert med flere andre tiltak. Planen for hvilke bibliografiske databaser som skulle være fokus i hvert studieår ble revidert i samarbeid med avdelingsbibliotekarene. Den nye planen medførte at studentene fikk innføring i bruk av Norart, Svemed + og Bibsys i første studieår, EBSCO, Cinahl og Medline i andre studieår og Cochrane

Library i tredje studieår. I tillegg inkluderte planen en strategi som innebar bruk av mer avanserte søketeknikker og kildekritikk for hvert studieår. I begynnelsen av første studieår holdt en av bibliotekarene en forelesning om bibliotekets oppbygging og innhold samt lånerutinene. Kort tid etter ble det organisert to timer på en datalab for grupper med cirka 16 studenter. Her demonstrerte bibliotekaren bruk av databasene som inngikk i planen for første studieår og søketeknikkene trunkering og kombinasjonsøk. Deretter øvde studentene på artikkelsøk under veiledning av bibliotekaren. En lærer var også til stede i disse timene for å bistå med fagkunnskap om relevante søkeord. I tillegg foreleste en av høyskolelektorene i én time om kildekritikk. Hverken forelesningene eller timene på datalaben var obligatoriske. Utover dette hadde studentene, i likhet med alle andre studenter ved høyskolen, tilgang til flere nettbaserte kurs om litteratursøk og kildekritikk.

Det ble innført krav om å søke etter, og bruke fag- og forskningsartikler og informasjon fra internett ved flere av studieoppgavene i teori og praksis samt ved hjemmeeksamen. I første studieår ble det stilt krav om bruk av fagartikler ved tre av tolv teoretiske studieoppgaver. Arbeidet med den første studieoppgaven ble timeplanlagt i tilknytning til timene på datalaben slik at studentene kunne få hjelp til å gjennomføre det første artikkelsøket. Som del av studieoppgavene beskrev studentene hvordan de hadde funnet artikkelen eller artiklene de brukte. En student i hver studiegruppe fikk tilbakemelding på sin søkestrategi fra en bibliotekar. Tilbakemeldingene ble publisert på Fronter, høyskolens nettbaserte læringsplattform, slik at andre studenter i samme

studiegruppe kunne lese dem. Veilederne hadde møter om veiledning og feedback vedrørende artikkelsøk i forkant av arbeidet med studieoppgavene. Studentene fikk veiledning før de begynte med studieoppgavene om hvilke typer tidsskrifter og artikler som kunne være aktuelle, og veilederne ga tilbakemelding om artikkelen studentene hadde funnet var egnet for å besvare studieoppgaven. For å dyktiggjøre veilederne i artikkelsøk arrangert bibliotekaren egne kurs for dem.

Ved en av studieoppgavene i teoriprogrammet og to i praksisstudiene, var det krav om at studentene brukte informasjonskilder på internett. I den teoretiske studieoppgaven måtte studentene finne informasjon om en bydel i Oslo for å vurdere helsetilbudet til befolkningen. I praksisstudiene forutsatte den ene studieoppgaven at de skulle innhente de yrkesetiske retningslinjene som grunnlag for en diskusjon med praksisveilederen. I den andre oppgaven måtte studentene finne kommunens retningslinjer for infeksjonskontroll for å kartlegge forholdene der de var i praksis. Funnene ble diskutert med avdelingssykepleier og praksisveileder.

Ett av kravene ved hjemmeeksamen ved slutten av første studieår var at studentene skulle anvende litteratur utover det de tidligere hadde brukt i studieoppgavene. Hensikten var å stimulere studentene til å bruke bibliotekets databaser for å finne ny faglitteratur.

DESIGN OG METODE

En pretest–posttest, éngruppedesign med bruk av spørreskjema, ble anvendt for å teste hvilke læringsutbytte den nye intervensjonen ga, og undersøke endringer i hvordan studentene opplevde kompetanse i bruk av databaser.

Utvalget besto av alle studentene i den ene av de to studentklasser (n = 249) fra 2004-årskullet.

Vi vurderte å bruke eksisterende spørreskjemaer, men fant ingen som dekket formålet med studien. Det ble derfor utviklet egne spørreskjemaer ut fra hensikten med studien, litteraturstudier og fra erfaringene ved en tidligere studie (9). Avdelingens bibliotekarer deltok også i utforming av spørsmålene om informasjonskompetanse. Spørreskjemaet ved begynnelsen av studieåret (pretest) inneholdt 23 lukkede og fem flervalgsspørsmål, mens spørreskjemaet ved slutten av året (posttest) hadde 24 lukkede, fem flervalgsspørsmål og ett åpent spørsmål. I tillegg inneholdt pretesten spørsmål om studentenes alder og kjønn. De lukkede spørsmålene i pretesten vektla studentenes tidligere opplæring i bruk av bibliografiske databaser, om de hadde brukt navngitte bibliografiske databaser og internett-søkemotorer, og deres ferdighet i bruk av disse databasene/søkemotorene. I posttesten ble de spurt om de hadde deltatt i undervisning om bruk av databasene og kildekritikk ved studiestart, hvor ofte de hadde brukt disse og hvor dyktig de mente de var til å bruke dem, samt om de hadde brukt den nettbaserte veiledningen om kildekritikk.

I pretesten ble ni av svarene til de lukkede spørsmålene målt på en 5- eller 7-punkt Likert-skala og 14 hadde ja eller nei som svaralternativer. I posttesten ble 22 av svarene målt på en 5- eller 7-punkt

Likert-skala og to hadde ja eller nei som svaralternativer. Formålet med flervalgsspørsmålene, som var identisk ved begge målingene, var å undersøke studentenes kunnskap om (hensikten med) ulike søketeknikker og i hvilken database ulike kilder finnes (vedlegg 1). Spørsmålene hadde fem svaralternativer hvorav kun ett korrekt svar. Det åpne spørsmålet i posttesten omhandlet studentenes opplevelse av deres kompetanseutvikling i forhold til å bruke IKT som et læringsverktøy.

INNSAMLING AV DATA

Pretest-spørreskjemaene ble påført et id-nummer som knyttet dem til den enkelte student, mens posttest-skjemaene ikke ble tilsvarende nummerert. Pretest-spørreskjemaet ble fylt ut ved begynnelsen av første semester, på slutten av informasjonstimen om selve forsøket. Ved posttesten ble spørreskjemaet sendt ut elektronisk ved slutten av første studieår. Svarprosenten var svært lav, og en papirutgave av skjemaet ble derfor sendt i posten til alle studentene, med informasjon om at kun de som ikke hadde svart på den elektroniske utgaven skulle besvare skjemaet de fikk tilsendt i posten.

ETISKE OVERVEIELSER

Praktiske årsaker medførte at studentene ikke kunne reservere seg fra å være en del av forsøksklassen. I den skriftlige og muntlige informasjonen studentene mottok, ble det imidlertid understreket at de ikke var forpliktet til å fylle ut spørreskjemaene. Ut fra ønske om

å sikre best mulig anonymitet var posttest-spørreskjemaene ikke nummerert. Studien var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

ANALYSER

I analysen av data ble det brukt deskriptiv statistikk, hvor det ble kalkulert frekvensfordelinger for alle variabler. Svarene fra spørsmålene med fem eller syv svaralternativer ble omkodet til tre alternativer. Flervalgsspørsmålene ble omkodet slik at resultatene ble samlet under alternativene riktig eller galt svar. Siden vi ikke kunne koble svarene fra samme student i pre- og posttesten kunne vi ikke gjøre beregninger, som paret t-test, med hensyn til endringer mellom de to måletidspunktene.

RESULTATER

Av de 249 studentene som deltok i forsøket fikk vi inn 204 (82 prosent) svar ved begynnelsen av studieåret. Fordi mange studenter sluttet i bachelorutdanningen i løpet av det første studieåret, var det igjen 194 studenter i denne klassen ved slutten av året. Av de 204 som hadde svart på pretesten, fikk vi på posttestskjemaet svar fra 119 (61 prosent) etter en purring. Ved pretesten var flertallet (73 prosent) av studentene 25 år eller yngre, og de fleste (81 prosent) var kvinner. Alder og kjønn ble ikke registrert ved posttesten. Studentenes alderssammensetning ved pretesten lignet aldersfordeling for sykepleierstudenter på landsbasis i 2004 (13) mens det var noen færre kvinner enn landsgjennomsnittet (89 prosent) for sykepleierutdanningen.

Før de begynte på sykepleierutdanningen var det få studenter (14 prosent) som hadde fått opplæring i bruk av bibliografiske databaser. Ved posttesten svarte 86 prosent at de hadde deltatt i undervisning

VEDLEGG 1. Oversikt over flervalgsspørsmålene:

- Hva er hensikten med trunkeringstegn?
 - Hva er hensikten med Booleske operatører/logiske operatører (kombinasjonssøking)?
 - I hvilken database finner du boken: Håp og livskvalitet av Tone Rustøen?
 - Hvor vil du lete etter Stortingsmeldinger?
 - Hva er forskjellen mellom det «skjulte» og «åpne» internett?
-

gen om dette kort etter studiestart. I tillegg til denne undervisningen hadde studentene tilgang til et nettbasert undervisningsopplegg om litteratursøk, og ved årets slutt hadde 14 prosent av studentene brukt dette tilbudet. Funnene fra pretesten viste at 6 prosent av studentene hadde fått undervisning om kildevurdering før de begynte på sykepleierutdanningen, posttesten viste at over halvparten (57 prosent) hadde vært til stede på

undervisningen de fikk om dette i første år.

Tabell 1 viser at over halvparten (57 prosent) av studentene aldri hadde brukt bibliografiske databaser ved studiestart, mens antallet var redusert til under 1 prosent ved årets slutt. Av tabellen fremgår det også at nesten tre fjerdedeler (73 prosent) av studentene ved studiestart brukte internettsøkemotorer ofte, og at disse hadde økt til 82 prosent ved studieårets slutt.

Av tabell 2 fremgår det at ved begynnelsen av studieåret oppga 27 prosent av studentene at de hadde lite ferdigheter i søk i bibliografiske databaser, mens ved slutten av året mente 94 prosent at de hadde middels eller bedre ferdigheter i slike søk. Denne utviklingen synliggjøres også i studentenes svar på det åpne spørsmålet i posttesten om endring av deres kompetanse i å bruke IKT som hjelpemiddel for å lære, der mange av dem oppga at de hadde blitt dyktigere til informasjonssøk. Når det gjaldt internett mente 90 prosent av studentene at de hadde middels eller gode søkeferdigheter ved studiestart, mens prosentandelen hadde økt til 98 ved slutten av studieåret. Ved studiestart mente 5 prosent av studentene at søk i bibliografiske databaser hadde stor betydning for deres læringsutbytte. Prosentandelen økte til 36 ved slutten av året. Vurderingen av nytten av internettsøk viste også en økning. Mens under en femtedel (16 prosent) mente at internettsøk hadde stor betydning for deres læringsutbytte i begynnelsen av første studieår, oppga omtrent halvparten (47 prosent) at internettsøk hadde stor betydning for deres læringsutbytte ved slutten av studieåret.

Tabell 3 viser at ved studiestart svarte mindre enn halvparten av studentene korrekt på de fem flervalgsspørsmålene om søketeknikker, bortsett fra spørsmålet om stortingsmeldinger hvor 67 prosent hadde korrekt svar. Ved slutten av studieåret svarte under halvparten av studentene korrekt på hensikten med kombinasjonssøk (40 prosent) og trunkering (45 prosent). Flertallet visste hvor de kunne finne en bok (82 prosent) og en stortingsmelding (94 prosent). I begynnelsen av studieåret var det under halvparten (46 prosent) av studentene som visste hva som er

TABELL 1. Hyppighet i bruk av bibliotekets databaser og internett søkemotorer.

	Bibliotekets databaser		Internett søkemotorer	
	Begynnelsen av 1. studieår n = 205 (%)	Slutten av 1. studieår n = 119 (%)	Begynnelsen av 1. studieår n = 205 (%)	Slutten av 1. studieår n = 119 (%)
Aldri	117 (57,1)	1 (0,8)	3 (1,45)	1 (0,8)
Sjelden	81 (39,5)	94 (79,0)	50 (24,4)	19 (15,9)
Ofte	4 (2,0)	24 (20,2)	149 (72,7)	98 (82,5)
Ikke svart	3 (1,4)	0	3 (1,4)	1 (0,8)

TABELL 2. Ferdighet i bruk av bibliotekets databaser og internett søkemotorer.

	Bibliotekets databaser		Internett søkemotorer	
	Begynnelsen av 1. studieår n = 205 (%)	Slutten av 1. studieår n = 119 (%)	Begynnelsen av 1. studieår n = 205 (%)	Slutten av 1. studieår n = 119 (%)
Lav	55 (26,8)	7 (5,9)	16 (7,8)	0
Middels	48 (23,4)	95 (79,9)	125 (61,0)	60 (50,4)
Høy	7 (3,4)	16 (13,4)	59 (28,8)	57 (47,9)
Ikke svart	95 (46,4)	1 (0,8)	5 (2,4)	2 (1,7)

TABELL 3. Korrekt svar vedrørende søketeknikk og internett.

	Begynnelsen av 1. studieår n = 205 (%)	Slutten av 1. studieår n = 119 (%)
Trunkering	29 (14,1)	53 (44,5)
Kombinasjonssøk	56 (27,3)	47 (39,5)
Bibsys	72 (35,1)	97 (81,5)
Stortingsmeldinger	138 (67,3)	112 (94,1)
Forskjellen mellom den åpne og skjulte internett	93 (45,4)	75 (63,0)

hovedforskjellen mellom informasjon på det åpne og skjulte internett, i motsetning til 63 prosent ved slutten av studieåret.

DISKUSJON

Et hovedfunn etter første år av dette forsøket viser at selv om studentene oppga at deres ferdigheter i å finne litteratur i bibliotekets databaser økte i løpet av studieåret, manglet fortsatt svært mange forståelse av grunnleggende søketeknikker. Vi fant også at studentene rapporterte mer bruk og høyere læringsutbytte fra internett enn ved bibliografiske databaser.

Det kan se ut som det er lite systematisk opplæring i bruk av bibliotektenester på lavere utdanningstrinn. Kun en mindre andel av studentene oppga at de hadde fått opplæring i bruk av bibliografiske databaser før de begynte på sykepleierutdanningen, og vel halvparten hadde aldri søkt etter bøker eller artikler i en bibliografisk database. Det var derfor ikke overraskende at de fleste enten oppga at de hadde liten ferdighet i å utføre slike søk, eller unnlot å svare på dette spørsmålet. Som det fremgår av tabell 1 og 2, var det en stor forbedring når det gjaldt både søkehypighet og i studentenes ferdigheter ved slutten av første studieår. Svarene på fire av de fem flervalgsspørsmålene indikerer også en forbedring i ferdighetsnivået i søketeknikker i løpet av studieåret (tabell 3). Det er mulig at disse endringene kan knyttes til opplegget for forsøksklassen, ettersom det å finne fagartikler var en komponent i flere studieoppgaver. Våre funn er i overensstemmelse med tidligere studier som også viser at å finne fagartikler har en positiv effekt på utvikling av søkeferdighet (7, 10, 12).

Ved studiestart oppga de fleste studentene at bruk av bibliografiske databaser hadde hatt liten

innflytelse på deres læringsutbytte. Det er nærliggende å tro at dette har sammenheng med at få av dem hadde opplæring i bruk av slike databaser fra før. Nesten alle studenter var til stede på undervisningen om bibliografiske databaser i begynnelsen av første semester, noe som kan bety at studentene er oppmerksomme på at dette er viktig kunnskap. Samtidig tilsier vår erfaring at de fleste sykepleierstudenter har en tendens til å være til stede på det meste av undervisningen ved begynnelsen av første semester. En sannsynlig forklaring på dette er at mange kommer direkte fra videregående skole hvor deltakelse i all undervisning er obligatorisk i motsetning til i høyere utdanning. Bibliotekarene rapporterte at studentene i forsøksklassen viste mer interesse i forbindelse med undervisningen enn studentene for øvrig. De antok at dette hadde sammenheng med at studentene kunne knytte undervisning til kravet om å finne en fagartikkel i deres første studieoppgave. Dette er i samsvar med tidligere studier som også har gode erfaringer med å la søking og anvendelse av litteratur inngå som del av en fagoppgave (11, 12).

Studien viser også at til tross for at studentenes søkeferdighet forbedret seg i løpet av forsøket, visste under halvparten av studentene hva som er hensikten med kombinasjonssøking og trungering (tabell 3), selv om de fleste hadde vært til stede ved undervisning om disse teknikkene. Vansker med å forstå hvordan disse teknikkene skal brukes er også rapportert av andre (7, 10, 12). I tidligere studier har de hatt gode erfaringer med å la bibliotekaren kommentere bruk av disse redskapene i sine tilbakemeldinger til studentene (7, 12). En mulig forklaring på hvorfor studentene i vårt forsøk ikke forsto hensikten med disse søke-

teknikkene, kan være at bare et mindre utvalg av studentene fikk personlig tilbakemelding. Men dette mangler vi data på. I andre studier hvor dette tiltaket hadde god effekt fikk alle studenter feedback (7, 12). Det nettbaserte undervisningsopplegget om litteratursøk kunne ha hjulpet studentene til å bruke kombinasjonssøk og trungering, men det var få studenter som benyttet seg av denne muligheten.

Både ved studiestart og ved slutten av første studieår oppga flertallet av studentene at de ofte søkte på internett, og anså at de hadde gode søkeferdigheter. Det er derfor ikke uventet at de rapporterte at slike søk hadde stor betydning for deres læringsutbytte. Bruk av det åpne internett gir store muligheter for å finne informasjon. Ulempen er at mye av informasjonen ikke er kvalitetssikret. En tilbøyelighet til bruk av internett for å finne informasjon i forbindelse med skolearbeid er også rapportert av andre forskere (2, 3, 12). At internett synes å være studenters førstevalg understreker nødvendighet av at studentene lærer hvordan de kan kritisk vurdere kildene de bruker. I studien ble dette forsøkt ivaretatt gjennom forelesningen om kildevurdering, men bare litt over halvparten av studentene deltok på undervisningen. Undervisningen var for øvrig lagt til et tidspunkt da flertallet av studieoppgavene var ferdige. Resultatene ved slutten av studieåret viser dessuten at omtrent en tredjedel av studentene ikke forsto hovedforskjellen mellom informasjon på det åpne og det skjulte internett, noe som kan tyde på at dette er viet for lite oppmerksomhet i forsøket.

Det er interessant å merke seg at det var en markant økning i den betydningen studentene tilla

søk i bibliografiske databaser for eget læringsutbytte. Det er mulig at denne økningen har sammenheng med at de måtte lokalisere og bruke flere fagartikler i forbindelse med studieoppgavene. Våre funn og tidligere forskning (5, 6, 7, 10, 11, 12) understreker betydningen av at opplæring i bruk av databaser ikke bare er undervisning som bibliotekansatte alene står for, men at den med fordel kan settes inn i en faglig ramme med informasjonskompetanse som et spesifikt læringsmål.

SVAKHETER

En svarprosent på 82 prosent ved starten av studien og 61 prosent ved slutten av første år er uttrykk for frafall, som er et vanlig problem i studier ved repeterte målinger. Frafallet vurderes her å være innenfor grensene for det som kan betraktes som representativt. En svakhet ved studien er at siden skjemaene var anonyme, og alder og kjønn ikke ble registrert ved posttest, mangler vi data til å vurdere i hvilken grad det var forskjell i alders- og kjønnsfordelingene i de to utvalgene. Resultatene kan derved representere et skjevt

bilde av studentenes kompetanse. I ettertid ser vi at det hadde vært en fordel om vi hadde valgt et sterkere design, og benyttet den andre klassen som kontrollgruppe.

Spørreskjemaene vi brukte ble utviklet internt, og er ikke testet med hensyn til validitet og reliabilitet. Videre var datainnsamlingsmetoden basert på studentenes selvrapportering. Selvrapportering kan innebære at studentene enten overvurderer eller undervurderer egne ferdigheter (3, 9). Som det fremgår av tabell 2 og 3 synes det å være en diskrepans mellom egen vurdering og korrekt svar med hensyn til egen ferdighet i litteratursøk.

Til tross for de metodiske svakhetene mener vi at resultatene gir et nøkternt bilde av de forbedringene i studentenes informasjonskompetanse som fant sted i løpet av første studieår.

VIDERE ANBEFALINGER

Med bakgrunn i tidligere studier og funn fra dette forsøket vil vi anbefale at systematisk opplæring i informasjonskompetanse inngår i fag- og undervisningsplanene i sykepleierutdanningen. Innholds-

komponentene i undervisning og gjennomføring bør planlegges i samarbeid med bibliotekar. Mer enn å pålegge krav om obligatorisk undervisning, kan man ha programfestet krav, for eksempel i form av studieoppgaver fra første semester, hvor bruk av litteratur fra bibliotekets databaser integreres i et faglig tema. I høyere utdanning bør kritisk vurdering og bruk av kilder ha en sentral plass i all undervisning. Vi anbefaler derfor at det forskes mer omkring studenters informasjonskompetanse.

KONKLUSJON

Studentenes manglende informasjonskompetanse ved studiestart viser at det er behov for å styrke slik kompetanse i utdanningen. Opplæringsstrategien i dette forsøket synes å ha forbedret studentenes informasjonskompetanse som helhet. Imidlertid indikerer studentenes preferanse for bruk av internett en utfordring. Det er derfor behov for å utvikle ulike opplæringsstrategier i forhold til informasjonskompetanse og undersøke hvilke som kan ha best effekt.

REFERANSE

1. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo, 2007.
2. Mittermeyer D. Incoming first year undergraduate students: How information literate are they? *Education for Information*, 2005;23:203-32.
3. Ivanitskaya L, O'Boyle I, & Casey AM. Health information literacy and competencies of information age students: Results from the interactive online research readiness self-assessment (IRSA). [Online] *Journal of Medical Internet Research*. 2006;8, apr. - jun. <http://ukpmc.ac.uk/articlerender.cgi?artid=715139> (Nedlastet 14.01.11).
4. Ragneskog H, Gerdnert L. Competence in nursing informatics among nursing students and staff at a nursing institute in Sweden. *Health information and libraries journal*. 2006;23:126-32.
5. Barnard A, Nash R, O'Brien M. Information Literacy: Developing Lifelong Learning Skills through Nursing Edu-

cation. *Journal of Nursing Education*. 2005;44:505-10.

6. Schneider MV, Lodberg K, Christensen MV, Larsen MS, Rindsig B, Nielsen C. Informationskompetence Samarbejde - sammenhæng - success? *Danmarks Forskningsbibliotek Revy*. 2005;6:4-10.
7. Carlock D, Anderson J. Teaching and assessing the database searching skills of student nurses. *Nurse Educator*. 2007;32:251-5.
8. Jacobsen H, Kvite J. IKT-kompetanse og IKT-basert læring innen sykepleierutdanning HiO-rapport, 2004;3, Oslo.
9. Gross M, Latham D. Attaining information literacy: An Investigation of the relationship between skill level, self-estimates of skill, and library anxiety. *Library & Information Science Research*. 2007;29:332-53.
10. Durando P, Oakley P. Developing information literacy skills in nursing and rehabilitation therapy students'. *Journal of the Canadian Health Libraries Association*. 2005;26:7-11.

11. Trångbæk A, Bønlokke M, Kobow E, Fredriksen K. Udvikling af sygeplejestuderendes informationskompetence i klinisk praksis. *Klinisk sygepleje*. 2008;22:67-77.
12. Schutt MA, Hightower B. Enhancing RN-to-BSN students' information literacy skills through the use of instructional technology. *Journal of Nursing Education*. 2009;48:101-5.
13. Database for statistikk om høgre utdanning. NSD. [http://dbh.nsd.uib.no/rapporter/nokkeltall/studentervisning.action?Fagfelt=\[Norsk standard for utdanningsgruppering \[NUS\]\].\[Totalt\]. \[Helse-, sosial- og idrettsfag\]. \[Pleie- og omsorgsfag\]. \[Sykepleiefag\]&inst=\[institusjon. institusjoner flat liste\]. \[alle institusjoner\]&niva=0&nusniva=3&nuskode=611&instkode=0 19/01/1+0](http://dbh.nsd.uib.no/rapporter/nokkeltall/studentervisning.action?Fagfelt=[Norsk standard for utdanningsgruppering [NUS]].[Totalt]. [Helse-, sosial- og idrettsfag]. [Pleie- og omsorgsfag]. [Sykepleiefag]&inst=[institusjon. institusjoner flat liste]. [alle institusjoner]&niva=0&nusniva=3&nuskode=611&instkode=0 19/01/1+0) (Nedlastet 21. januar 2011).

Les kommentaren på side 245 >>

Sykepleiere må lære å søke etter forskning

› Systematisk opplæring kan bidra til økt informasjonskompetanse.



Av Ragnhild Helene Hageland
Sykepleier, DPS Strømme, døgnpost

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen belyser sykepleierstudentenes forståelse av hvordan de kan finne og bruke informasjon fra databaser og internett-sider i første studieår, og viser at det er behov for å styrke slik kompetanse i utdanningen.

En systematisk opplæring av studentene på dette området kan bidra til en økt informasjonskompetanse som de kan dra nytte av som ferdig utdannede sykepleiere. For å sikre en faglig forsvarlig yrkesutøvelse, er det viktig at sykepleiere innehar tilstrekkelig kompetanse for å kunne lese og forstå forskningen, og i tillegg bidra til en kontinuerlig fagutvikling. Slik kan vi gi pasientene en trygghet om at de mottar en behandling som er basert på den nyeste forskningen. Dette er også i tråd med de yrkesetiske retningslinjer som pålegger sykepleieren å holde seg oppdatert på forskning.

Pasienter og pårørende har lett tilgjengelig informasjon

via internett, for eksempel om ulike behandlingsmetoder. Her ser man betydningen av å kunne innhente, kritisk vurdere og bruke informasjonen på en hensiktsmessig måte. Det fremkommer i artikkelen at det åpne internett syntes å være studentenes førstevalg for å finne informasjon, mye av informasjonen er imidlertid ikke kvalitets-sikret. Det er derfor nødvendig at studentene lærer hvordan de kritisk skal vurdere kildene de bruker. Som sykepleiere har vi tilgang til det skjulte internett der vi lett kan finne kvalitets-sikret og oppdatert informasjon om det aktuelle, noe pasienten ikke har samme mulighet til.

Min egen erfaring fra studietiden er at det var lav deltakelse på undervisning om litteratursøk som ikke var obligatorisk. Det ble imidlertid stilt krav om at det var foretatt søk og anvendt vitenskapelige artikler i innleveringsoppgaver. Ved å

stille slike krav til studentene sikrer man at alle deltar og forhåpentligvis øker sin interesse og ferdigheter for feltet. Det fremkommer i artikkelen at obligatoriske studieoppgaver i kombinasjon med litteratursøk kan forbedre studentenes informasjonskompetanse. Det kan tenkes at hvis en sykepleier deltar i undervisningen sammen med bibliotekar kan man bedre få frem den kliniske relevansen. Det vil igjen kunne bidra til økt forståelse av at det er viktig å opparbeide økt kompetanse på å finne og bruke informasjon fra databaser og internettsider.

Takk til sykepleier Birgitte Stensland for god hjelp til å skrive kommentaren.

Les artikkelen på side 238





Illustrasjon: Colourbox

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Den norske filosofen Hans Skjervheim skrev i 1972 et av sine karakteristiske essays – «Det instrumentalistiske mistaket». Teksten er rettet mot vitenskapsteoretiske grunnlagsproblemer ved pedagogikkfaget, og Skjervheims poeng er at pedagogikken overser det grunnleggende skillet mellom praktiske og pragmatiske handlinger, i sammenhenger hvor begge deler er til stede. I Norge har det vært trukket en parallell fra Skjervheims poeng til kritikken av kunnskapsbasert praksis i helsefagene, hvor kritikere mener at denne praksisen

vil medføre instrumentalistiske mistak.

Hensikt: Denne artikkelen har til hensikt å belyse de tre begrepene praktisk, pragmatisk og det instrumentalistiske mistak, ut fra en sykepleiefaglig kontekst.

Metode: Denne begrepsavklaringen danner grunnlaget for en diskusjon om kunnskapsbasert sykepleie vil medføre at det begås instrumentalistiske mistak.

Konklusjon: Skjervheims tekst og begreper vurderes å ha en tydelig

plass også i sykepleiefaglige sammenhenger. Sykepleiefaget har fundamentalt ulike typer handlinger knyttet til profesjonen, og Skjervheims poeng kan illustrere dette på en presis måte. Modellen for kunnskapsbasert praksis rommer så vel praktiske som pragmatiske aspekter av sykepleiefaget. Skjervheims tekst om «det instrumentalistiske mistaket» og begrepene som brukes i denne teksten er sentrale, og gjelder også for sykepleiefaget. Vi mener å tilbakevise kritikken om at kunnskapsbasert praksis innebærer instrumentalistiske mistak.

ENGLISH SUMMARY

Background: In 1972, the Norwegian philosopher Hans Skjervheim wrote a characteristic philosophical essay called «The instrumentalistic mistake». This text aimed at what Skjervheim thought of as a fundamental problem in the science of pedagogy. Skjervheim's core objection is that Pedagogy is overlooking the essential distinction between practical versus pragmatic actions, in professional settings where both are present. Skjervheim's point has reached attention beyond the field of education and pedagogy. In Norway, a parallel is drawn to the sciences

of health and Skjervheim's point is used in the critique of evidence-based practice.

Aims: This article aims to shed light upon the three terms practical, pragmatical and the instrumentalistic mistake and the relevance of them in a nursing context.

Methods: This conceptualising of terms forms the basis for a discussion about whether evidence-based nursing will lead to commitments of instrumentalistic mistakes.

Findings: Skjervheim's concept was

considered relevant in the context of nursing. The practice of nursing involves fundamentally different actions, which may be illustrated by Skjervheim's point. We found that the model of evidence-based practice holds practical as well as pragmatical aspects of nursing.

Conclusion: Both Skjervheim's text 'The instrumentalistic mistake' and other important concepts in this essay are applicable to a nursing context. Furthermore, the critique claiming that evidence-based nursing implies commitments of instrumentalistic mistakes is rejected.

>> Kunnskapsbasert praksis og det instrumentalistiske mistaket

Forfattere: Birgitte Graverholt,
Monica Wammen Nortvedt,
Anders Reiersgaard, Gro Jamtvedt

NØKKELOD

- Kunnskapsbasert sykepleie
- Filosofi
- Sykepleie-pasient-forhold

INNLEDNING

Relasjonen mellom sykepleier og pasient er sentral i sykepleiefaget. Man kan grovt dele sykepleierens relasjon til pasienten inn i to aspekter. Det ene dreier seg om å forholde seg til faktiske saksforhold, forstått som årsaker til at personen har fått en pasientrolle. Dette kan vi omtale som teknisk-faglige hensyn. Det andre aspektet angår sykepleierens forhold til pasienten som enkeltmenneske, og dreier seg dermed om den mellommenneskelige dimensjonen. De to aspektene mener vi kan omtales som sykepleierens henholdsvis pragmatiske og praktiske orienteringer i sitt daglige virke. Aspektene er fundamentale for sykepleierens virksomhet, og sykepleiefaglige teorier kan og skal skape forståelse for begge.

I denne artikkelen vil vi diskutere hvorvidt modellen for kunnskapsbasert praksis (KBP) (figur 1) evner å få frem begge disse grunnleggende aspektene ved sykepleie. KBP som konsept har blitt kritisert for ikke å evne dette. Et av hovedmomentene ved denne kritikken er at KBP bruker for snevre begreper om kunnskap og praksis. En del av denne kritikken har vist til Skjervheims begrepsskille i «Det instrumentalistiske mistaket», mellom betegnelsene praktisk og pragmatisk (1). Dermed argumenteres det for at det å arbeide kunnskapsbasert er ensidig pragmatisk, og vil føre til instrumentalistiske mistak (2-7).

Vi mener at kritikken er unyansert og ikke berettiget. KBP-modellen absolutterer ikke en pragmatisk teori, men omfavner praktiske så vel som pragmatiske aspekter. Artikkelen har dermed et vitenskapsteoretisk perspektiv, hvor vi ikke går inn på de konkrete enkeltargumentene i kritikken. I stedet vil vi diskutere påstanden om at KBP-konseptet overser skillet mellom praktiske og pragmatiske handlinger på et generelt grunnlag.

Artikkelen er tredelt: For å forstå kritikken basert på Skjervheims «instrumentalistiske mistak» ser vi det først som nødvendig å gi en kort klargjøring av hva Skjervheim skriver. For det andre vil artikkelen problematisere det «instrumenta-

Hva tilfører denne artikkelen?

Hensikten med artikkelen er å tilbakevise kritikken om at kunnskapsbasert praksis innebærer instrumentalistiske mistak.

Mer om forfatterne:

Birgitte Graverholt er sykepleier og PhD-stipendiat ved Høgskolen i Bergen. Hun er ansatt ved Senter for kunnskapsbasert praksis, HiB. Monica Wammen Nortvedt er intensivsykepleier, professor og leder av Senter for kunnskapsbasert praksis, HiB. Anders Reiersgaard er filosof og universitetslektor ved Universitetet i Bergen og høgskolelektor ved Senter for kunnskapsbasert praksis, HiB. Gro Jamtvedt er fysioterapeut med doktorgrad. Hun er ansatt som avdelingsdirektør ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og er førsteamanuensis ved Senter for kunnskapsbasert praksis, HiB. Kontakt: birgitte.graverholt@hib.no.

listiske mistak» med hensyn til sykepleiefaglige sammenhenger generelt, og drøfte anvendelsesverdien av begrepet knyttet til sykepleiefaget. For det tredje danner problematiseringen grunnlag for en avsluttende diskusjon av om utøvelse av en kunnskapsbasert sykepleie vil føre til «instrumentalistiske mistak».

BAKGRUNN

Den norske filosofen Hans Skjervheim skrev i 1972 essayet «Det instrumentalistiske mistaket» (1). Essayet er rettet konkret inn mot vitenskapsteoretiske grunnlagsproblemer ved pedagogikkfaget. Skjervheims poeng er at pedagogikken har et problem i det den «overser skillet mellom praksis og teknologi, og absolutterer det teknologiske/pragmatiske perspektivet» (s 135).

Skjervheims poeng har fått oppmerksomhet, også utenfor pedagogikkens rammer. Det «instrumentalistiske mistak» har også blitt diskutert i helselitteraturen, og da gjerne i sammenhenger hvor man kritisk drøfter KBP (2-9). Det

Med pragmatiske handlinger menes handlinger man gjør ut fra en teoretisk fornuft, i en mål-middel logikk. Ut fra et klart og avgrenset formål knyttet til en konkret sak, foretas handlinger man vurderer som mest effektive i forhold til å nå målet. Disse handlingene er derfor tekniske eller instrumentelle, de er velkalkulerte og rettet mot det bestemte formålet. Om handlingene gjør at man oppnår målet, kan vi si at de var «gode», i betydningen «virksomme» eller «effektive» med hensyn til oppnåelsen av saken. Det beste grunnlaget for å utøve pragmatiske handlinger er ifølge Skjervheim konkret og verifisert kunnskap.

Praktiske handlinger, derimot, er handlinger som retter seg mot mennesker, uavhengig av saksforholdet. Praktiske handlinger skiller seg derfor vesentlig fra de pragmatiske, ved at sistnevnte er rettet mot en sak, mens de praktiske er rettet mot mennesker. «Praktiske handlingar», skriver Skjervheim, er «handlingar i det sosiale feltet, der rettesnora er ållmenngyldige normer» (s 134), og dreier

nåelse, men om handlingen i seg selv. Slike praktiske handlinger kan ikke kalkuleres ut fra verifisert kunnskap eller teoretisk rasjonalitet alene. I stedet dreier det seg om hvordan mennesker forholder seg til hverandre.

Mens pragmatiske handlinger sikrer kontroll over en konkret sak, angår praktiske handlinger den moralske relasjonen mellom mennesker. Handlingene er fundamentalt forskjellige, og det som danner grunnlaget for dem må nødvendigvis også være forskjellig. Dersom man vil teste holdbarheten for grunnlaget for handlingene sine, må man søke ulike kilder for de ulike typer handlinger. Praktiske handlinger har en moralsk dimensjon og er rettet mot mennesker, mens pragmatiske handlinger er relatert til saksforhold, prinsipielt uavhengig av den moralske dimensjonen.

Skillet mellom praktiske og pragmatiske handlinger er imidlertid kun et analytisk skille. Skjervheim understreker at faktiske handlinger ikke kan oppdeles slik. Praktiske og pragmatiske handlinger forekommer altså samtidig, som aspekter ved en og samme handlingssekvens.

Det instrumentalistiske mistaket skjer ifølge Skjervheim om man overser skillet mellom praktiske og pragmatiske handlinger, slik at man gjør pragmatiske handlinger til grunnmodell for handlinger generelt. Dette omtaler Skjervheim (1) som at man «absolutterer det teknologiske/pragmatiske perspektivet» (s 137). På denne bakgrunnen gir han følgende kritikk av pedagogikkfaget: «Den pragmatiske, instrumentelle fornuft har sin rimelege plass, også i pedagogikken. Men den har og sine grenser, og det er nettopp disse grensene eg her har vilja

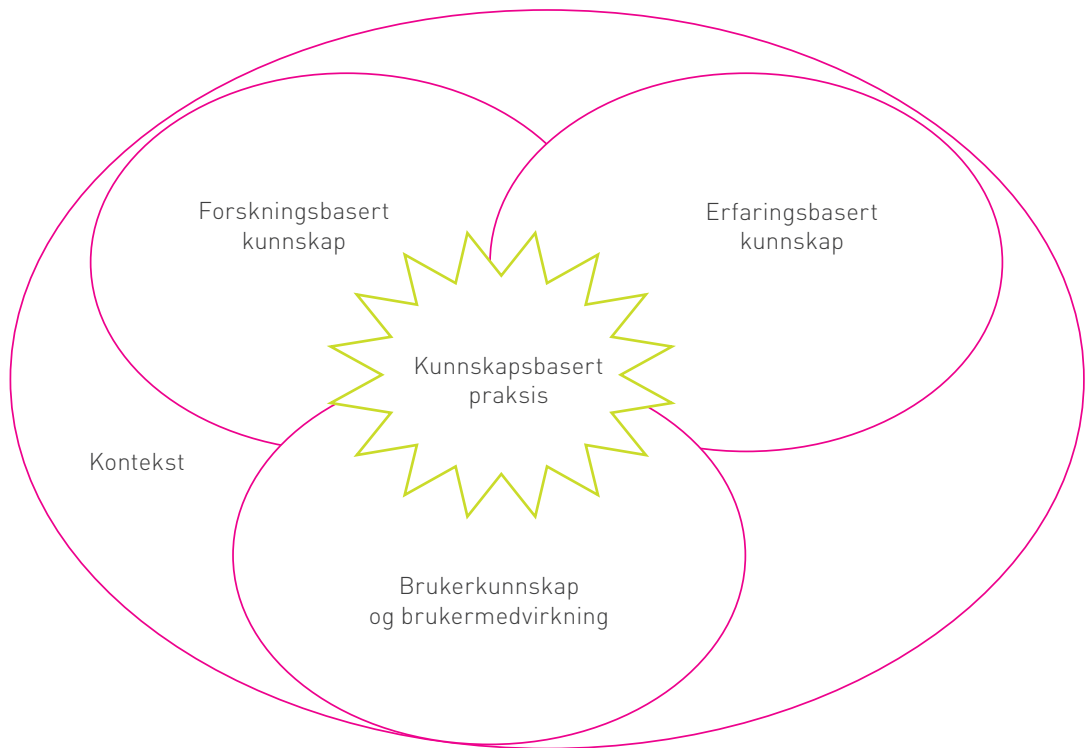
” Relasjonen mellom sykepleier og pasient er sentral i sykepleiefaget.

blir hevdet at det å praktisere kunnskapsbasert fører til at det «instrumentalistiske mistaket» vil bli begått.

Hva ligger så i denne kritikken? For å få innblikk i dette er det nødvendig å belyse sentrale begreper som Skjervheim selv tar utgangspunkt i. Dette gjelder særlig betydningen og distinksjonen av «pragmatiske» og «praktiske» handlinger. I det følgende vil vi kort redegjøre for disse begrepene.

seg om hvordan vi handler overfor andre mennesker. Skillet ved de to begrepene handler derfor både om hva handlingene retter seg mot (sak eller person), men også hva som kan gjelde som grunnlag for hvordan vi skal handle. Godt verifisert kunnskap om et saksforhold kan gi oss svar på hvordan vi kan handle pragmatisk, eller om vi har handlet rett. En god praktisk handling handler derimot ikke om saksorientert målopp-

FIGUR 1: Modell for kunnskapsbasert praksis



peika på. Det eg har kalla det instrumentalistiske mistaket, er ei slik grenseoverskriding. (...) Fordi dette mistaket er primært intellektuelt, er ikkje god vilje nok for å overvinna det; betre innsikt er ein nødvendig føresetnad, men betre innsikt åleine er neppe tilstrekkeleg. I norsk pedagogikk er dette i augneblinken i høg grad eit praktisk problem.» (Skjervheim 1972; Skjervheim 2002, s 136–137)

Det «augneblink» Skjervheim skrev om i 1972 er riktignok snart 40 år gammelt, men problemstillingen er fortsatt aktuell. Skjervheim uttrykte her grunnlag for en positivismekritikk som også i dag har et bredt

nedslagsfelt, ikke minst innenfor sykepleiefaget (7, 10).

OVERFØRBARHET

Sykepleie er et profesjonsfag på lik linje med læreryrket. Begge profesjonene har viktige samfunnsmandater, hvor de forvalter både store samfunnsressurser og spesialisert kunnskap. Profesjonenes rolle er knyttet til et tillitsbasert ansvar, hvor brukerne må stole på at nødvendig kompetanse er til stede når de legger sin sårbarhet i hendene på de profesjonelle. Dette tillitsbaserte ansvaret innebærer moralske, mellommenneskelige relasjoner. Med henblikk på Skjervheims begrepsforklaringer

har det tillitsbaserte å gjøre med praktiske, ikke pragmatiske, handlinger.

Det er imidlertid åpenbart at sykepleie også angår pragmatiske aspekter. Hvordan kan man klart skille praktiske fra pragmatiske handlinger i en sykepleiesetting? Man kan analytisk sett forklare skillet ved å vise til at sykdommer eller tilstander behandles på en pragmatisk måte og det syke mennesket på en praktisk måte.

Det instrumentalistiske mistaket vil gjøre seg gjeldende dersom sykepleieren kun tilnærmer seg pasientens tilstand og dermed betrakter pasienten på en ensidig pragmatisk måte. Dette

vil vi hevde fører til en unaturlig distanse som umuliggjør oppnåelse av en mellommenneskelig relasjon. En slik tilnærming inkluderer ikke en praktisk handlemåte. Dermed dannes heller ikke det fundamentet som er vesentlig for at sykepleieren kan inngå i den mellommenneskelige relasjonen som sykepleiefaget baseres på (11, 12).

Skjervheims skille mellom praktiske og pragmatiske handlinger gir et verdifullt bidrag for å tydeliggjøre og markere verdier i sykepleiefaget. Sykepleiere må alltid ha et praktisk forhold til yrkesutøvelsen og til sine pasienter, i tillegg til å utføre de pragmatiske handlingene som er knyttet til pasientens sykdom eller problemer. I dette ligger etter vårt syn kjernen i det instrumentalistiske mistaket, overført til sykepleiefaget: Hvis pasienter reduseres til en sak eller en tilstand og du behandler denne uten sikte på personen som formål i seg selv, så blir det begått et instrumentalistisk mistak.

TO ASPEKTER

For ytterligere å gjøre dette til relevante begreper i en sykepleiefaglig sammenheng, vil vi illustrere en konkret situasjon samt vise til både den pragmatiske og praktiske dimensjonen ved denne: En sykepleier i et akuttmottak tar imot en pasient med brystsmerte. Sykepleieren må forholde seg til årsaken til at pasienten har kommet i kontakt med helsetjenestene, nemlig brystsmertene, men må også forholde seg til personen på en troverdig og respektfull måte. Dette er en situasjon som innehar både pragmatiske og praktiske aspekter. Disse to aspektene krever grunnleggende ulike typer handlinger av sykepleieren.

I forhold til de pragmatiske aspektene ved situasjonen har sykepleieren trolig en god handlingsberedskap rettet mot konkrete sykepleieobservasjoner og rask symptomlindring. Disse er gjerne nedfelt i en retningslinje eller fagprosedyre, eller de kan være mer uformelle og representere rutine ved avdelingen. Uansett vil de være konkrete og normgivende for hvordan sykepleieren retter seg mot bestemte mål knyttet til pasientens plager, symptomer og tilstand. Handlingene vil være konkrete, som å tilføre oksygen, sørge for intravenøs tilgang og administrere medikamenter, ta EKG med mer. Disse handlingene er instrumentelle idet de er midler for å nå bestemte mål. For disse aspektene ved fagutøvelsen bør normene sykepleieren baserer arbeidet sitt på være knyttet til godt verifisert kunnskap. Slik kunnskap får vi fra forskningsbasert kunnskap av god kvalitet.

Alle sykepleiere vet imidlertid at det ikke er tilstrekkelig med et ensidig fokus på saksforholdet, slik tilfellet er for de pragmatiske handlingene. Som nevnt tidligere, er det slik at pragmatiske handlinger sikrer kontroll over en konkret sak, mens praktiske handlinger skal sikre grunnlaget for mellommenneskelige relasjoner. Hvordan sykepleieren forholder seg til pasienten som individ er således vesentlig i denne situasjonen. Sykepleierens handlinger vil i så måte være praktiske handlinger som retter seg mot personen, for å oppnå en moralsk relasjon, slik at pasienten oppfatter at han eller hun blir tatt på alvor som individ. Praktiske handlinger styres av andre normsett enn de pragmatiske: De praktiske handlingene preges av verdier og menneskesyn, blant annet ut fra

sykepleiefagets verdigrunnlag.

På bakgrunn av denne drøftingen av hvordan begrepene om praksis og pragmatikk arter seg i den konkrete sykepleieprofesjonen, kan vi nå diskutere det instrumentalistiske mistaket i forhold til kunnskapsbasert praksis.

INSTRUMENTALISTISK MISTAK?

Kunnskapsbasert sykepleie kan defineres som « ... å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon.» (13, s 15).

Flere kritikere av KBP har hevdet at denne måten å arbeide på er å begå instrumentalistiske mistak (2-7). Når man hevder at KBP i helsefagene er et instrumentalistisk mistak, er dette basert på en oppfatning av at modellen for KBP absolutterer det pragmatiske perspektivet ved klinisk praksis. Dette betyr at det praktiske perspektivet ikke er til stede i KBP-modellen. En slik oppfatning er vi uenig i. For å diskutere hvorvidt anvendelse av KBP medfører instrumentalistiske mistak, må vi undersøke om betydningen av praksis- og pragmatikkbegrepet er å finne i denne modellen (figur 1). Dette innebærer å identifisere aspekter i modellen for KBP som rommer det Skjervheim presenterer som praktiske så vel som pragmatiske handlinger. Gjennom å identifisere begge aspektene vil tesen om at KBP absolutterer det teknologiske/pragmatiske perspektivet være tilbakevist.

PRAGMATISKE ASPEKTER

KBP innebærer at sykepleiere er i stand til å finne, vurdere og bruke eksisterende forskning,

på en hensiktsmessig måte i egen praksis. Det pragmatiske perspektivet ved sykepleiefaget er uten tvil det tydeligste i KBP-modellen: Klinikeren er opptatt av pragmatiske handlinger knyttet til pasientens tilstand, hvor hun søker støtte i forskningslitteraturen for måten handlinger gjøres i dag, eller for å se om det foreligger bedre måter for måloppnåelse.

Sirkelene som representerer forsknings-, erfarings- og brukerbasert kunnskap (figur 1) vil isolert sett være eksempler på pragmatisk mål-middel-kunnskap: Å bygge kompetanse i disse tre kunnskapskildene vil ha et pragmatisk fokus da disse på hver sine måter er midler for å nå sykepleiefaglige mål. For eksempel vil sirkelen for forskningsbasert kunnskap fokusere på den pragmatiske ferdigheten knyttet til å stille kliniske spørsmål som lar seg ettersøke i forskningslitteraturen. Innen sykepleiefaget finnes det et mangfold av typer forskning som kan informere slike pragmatiske aspekter av sykepleiefaget.

PRAKTISKE ASPEKTER

Ovenfor identifiserte vi de pragmatiske aspektene i modellen for KBP. De praktiske aspektene kan også påpekes ut fra denne, nemlig den omliggende «kontekst»-sirkelen og figurens midtpunkt, «kunnskapsbasert praksis»-sirkelen. Mens de tre sirkelene som representerer pragmatiske aspekter er lette å forstå enkeltvis, må de to praksisaspektene forstås mer holistisk, i sammenheng med de øvrige delene av figuren. Konteksten er den største sirkelen i figuren, og danner bakgrunnen og sammenhengen for de øvrige elementene. De pragmatiske handlinger

som gjøres (representert ved forsknings-, erfarings- og brukerbasert kunnskap) skjer på bakgrunn av konteksten. Merk at konteksten er den sirkelen i modellen som omslutter de ulike pragmatiske kunnskapskildene. Denne henspiller på den settingen hvor situasjonen foregår og er dermed knyttet til kultur, forståelsesramme, holdninger, ressurser og moralske forhold. De praktiske aspekter av vårt fag er i høyeste grad knyttet til for eksempel kultur, slikt som hvordan holdninger på en

neskelige forhold, sitt formål i mennesket handlingen angår, ikke i de kunnskapsbaserte pragmatiske saksforholdene praksisen foregår på bakgrunn av. De tre pragmatiske aspektene blir altså først av praktisk betydning i den praktiske situasjonen («kontekst»), og ved handlingen («kunnskapsbasert praksis»). KBP innebærer å handle i en praktisk situasjon, hvor en handling er informert av bestemte (pragmatiske) kunnskapskilder. En slik informert praksis kan ikke reduseres til

 Vi mener at kritikken er unyansert og ikke berettiget.

bestemt arbeidsplass danner forutsetninger for hvordan vi handler. Det er i denne konteksten at selve den kunnskapsbaserte handlingen eller praksisen foregår. Konteksten angår siste del av ovenfor nevnte definisjon, «... å ta faglige avgjørelser ... i den gitte situasjon». Denne situasjonen er ikke et pragmatisk instrumentelt saksområde, men en praktisk situasjon. Det praktiske ved situasjonen må videre ses i sammenheng med situasjonens handlingselement. Dette må forklares ved hjelp av det siste elementet i modellen, nemlig «kunnskapsbasert praksis».

Dette elementet representerer, som navnet tilsier, den praksisen den kunnskapsbaserte handlingen har som mål, nemlig sykepleierens (kunnskapsbaserte) forhold til pasienten. Fokuset her er på praksisforholdet selv, ikke på den ene eller andre parten som saksforhold, men på det praktiske handlingsforholdet den kunnskapsbaserte praksisen nettopp utgjør. Denne praksisen har, som alle andre mellommen-

de pragmatiske enkeltbestanddelene, men må forstås relativt til sin praktiske kontekst. Praksis er altså alltid mer enn summen av de tre kunnskapskildene, nettopp gjennom den praktiske situasjonen praksisen utgjør.

Sirkelene for «kontekst» og «kunnskapsbasert praksis» er altså representative for praktiske aspekter ved kunnskapsbasert sykepleie. De tre pragmatiske aspektene ved modellen må forstås på grunnlag av disse praktiske aspektene. Sagt med andre ord: De instrumentelle handlinger de tre pragmatiske aspektene representerer, er først praktisk mulige, eller meningsfulle, på bakgrunn av deres situasjonelle kontekst og kunnskapsbaserte praksis.

Noen eksempler på dette: Å oppnå kunnskap om den individuelle pasient samt oppnå konkret brukerkunnskap og brukermedvirkning (som i seg selv er pragmatiske, instrumentelle aspekter), må skje gjennom praktiske handlinger, hvor man tar hensyn til pasientens ønsker og verdier. Gjør man ikke dette,

vil den pragmatiske kunnskapen man får av pasientens sykdomsforhold («sak») ikke være kunnskapsbasert, og heller ikke fungere i praksis. Det pragmatiske aspektet «erfæringsbasert kunnskap», må sies å romme både et pragmatisk og et praktisk aspekt av sykepleie: Dersom sykepleieren gjennomfører en prosedyre mangfoldige ganger, kan man tenke seg at hun oppnår en type pragmatisk erfaringsbasert kunnskap. Men erfaringen med prosedyren innebærer på den annen side like mange erfaringer med pasienters reaksjoner i den bestemte omstendighet (i den praktiske situasjonen), noe som gir en erfaringsbasert praktisk kunnskap, også.

Det moralske mellommenneskelige forholdet mellom pasient og pleier, pasientens krav på anerkjennelse og likeverd, er bare mulig ut fra en praktisk forståelse av de omtalte pragmatiske aspektene: Det å snakke om likeverd i forholdet mellom pasient og sykepleier overhodet, forutsetter nettopp en kontekst og praksis, hvor igjennom de tre pragmatiske aspektene sammenføres og gjøres meningsfulle i den mellommenneskelige relasjonen. Det er altså et grunn-

leggende forhold mellom de pragmatiske og praktiske handlingene. Å anerkjenne forholdet mellom disse er grunnlaget for å anerkjenne pasienten som en likeverdig person til den profesjonelle, selv om den profesjonelle har mer fagkunnskap.

KBP-KRITIKKENS MISTAK

Det skulle være unødvendig å peke på at kunnskapsbasert praksis angår praksis. At denne er kunnskapsbasert sier ikke noe annet enn at praksisen er informert av, ikke underlagt, pragmatisk-instrumentell kunnskap. Denne kunnskapen er gjerne hentet fra empiriske undersøkelser. Kritikere av KBP synes å stoppe opp her, med en påstand om at KBP som helhet kan forstås ut fra slike undersøkelser.

Dette er feilaktig fundert kritikk, av to årsaker. For det første på grunn av at kritikken feilaktig reduserer KBP til kunnskapsbaseringen og overser praksisen. For det andre vil bruken av studiedesign og metoder i KBP være nyansert, og valg av pragmatisk kunnskap og handlemåter vil være relative til saksforholdets praktiske kontekst. I denne praksisen følger brukere av KBP-modellen det basale prinsippet om

at det er spørsmålet som bestemmer metoden, ikke omvendt. Nettopp dette synes kritikerne å overse. De hevder at bruken av ett bestemt studiedesign er fullt ut representativt for det KBP står for. Det er vår oppfatning at denne kritikken er fundert på en for lite nyansert forståelse av hva KBP-modellen innebærer: Man synes her å anta at KBP-modellen kan reduseres til pragmatiske aktiviteter som kun informeres av randomiserte kontrollerte forsøk. En slik reduksjon vil nettopp overse de ovenfor omtalte praktiske aspektene ved modellen.

Vi har med dette påpekt og begrunnet at kritikken mot KBP er uberettiget, med hensyn til det instrumentalistiske mistaket. KBP-modellen absolutterer ikke en pragmatisk teori, men omfavner praktiske så vel som pragmatiske aspekter.

Førsteforfatter av artikkelen var i 2009 student på Vestnorsk Nettverk sitt kurs i Vitenskapsteori og Etikk ved Senter for Vitenskapsteori, UiB. Takk til Torjus Midtgarden og Grete Oline Hole for viktige innspill i arbeidet med essayskriving den gangen. Denne artikkelen bygger videre på det arbeidet.

REFERANSER

1. Skjervheim H. Det instrumentalistiske mistaket. In: Hellesnes J, Skirbekk G, editors. Mennesket. Universitetsforlaget, Oslo. 2002 (pp 130).
2. Ekeland TJ. Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 1999;36:1036-47.
3. Ekeland TJ. Hva er evidensen for evidensbasert praksis? In: Grimen H, Terum LI (red) Evidensbasert profesjonsutøvelse. Abstrakt forlag, Oslo. 2009 (pp 145-68).
4. Sørbo JI. Reparasjon eller kommunikasjon? Pasient og behandlar i filosofisk perspektiv. In: Ekeland TJ, Heggen K (red).

Meistring og myndiggjøring. Reform eller retorikk? Gyldendal akademisk, Oslo. 2007 (pp 53-63).

5. Ekeli BV. Det vokser ikke pærer på epletrær. Fysioterapeuten. 2001;14.
6. Ekeli B-V. Evidensbasert praksis: snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten? Tromsø: Eureka forl.; 2002.
7. Martinsen K. Samtalen, skjønn og evidensen. Oslo: Akribes; 2005.
8. Hole G-O. Kunnskapsbasert praksis: Kritikk på feil grunnlag? Ergoterapeuten. 2008 (1/2008): 50-3.
9. Tuntland H. Betrakninger om kritikken mot kunnskapsbasert praksis. Ergoterapeuten. 2009;03.09:1-6.
10. Alvsvåg H. Kunnskapsbasert praksis

er ikke noe nytt. Sykepleien Forskning. 2009;4(4): 216-20.

11. NSF. Yrkesetiske retningslinjer. Norway: Akribes Forlag; 2007.
12. NSF. Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag. Oslo: Norsk Sykepleierforbund (NSF); 2008.
13. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide og under- vise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2007.

Les kommentaren på side 253 >>

Hjelper når jeg kommer til kort

› KBP-modellen bidrar til å forenkle, forklare og underbygge faglige beslutninger og intervensjoner.



Av Kari Annette Os

Rådgiver/ FoU leder ved Lørenskog sykehjem, Utviklingssenter for sykehjem i Akershus

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Jeg har vært sykepleier over halve livet. Jeg har stått i utallige akutte, gledesfylte, skremmende og uforståelige situasjoner. Jeg har prøvd ut mine kunnskaper, empati og ferdigheter i møte med pasienters sviktende mestring og smertefulle tap. Jeg har veiledet og undervist utallige kollegaer og studenter. Jeg har alltid kjent utilfredshet og opplevd at jeg kommer til kort når jeg ikke har kunnet forklare – for meg selv eller andre – hvilken kunnskap beslutninger og valg av intervensjoner bygger på. Kort sagt: Jeg er en ganske alminnelig sykepleier.

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er en hensiktsmessig referanseramme og modell for en faglig forsvarlig og velbegrunnet sykepleiepraksis. Debatten rundt KBP har gått friskt de siste årene. Debatten er verdifull og nødvendig – den bidrar til ny kunnskap, fruktbar refleksjon og god fag- og kompetanseutvikling.

Graverholt m.fl. gir en god innfallsvinkel for å forstå KBP-begrepet, modellen og innholdet.

Artikkelen er relevant for sykepleiepraksis blant annet ved at den tydeliggjør behovet for kunnskapsmangfold i beslutningsprosesser. Gjennom distinksjonen mellom praktiske og pragmatiske aspekter ved sykepleiepraksis, synliggjør forfatterne behovet for et differensiert kunnskapsgrunnlag i sykepleiefaget.

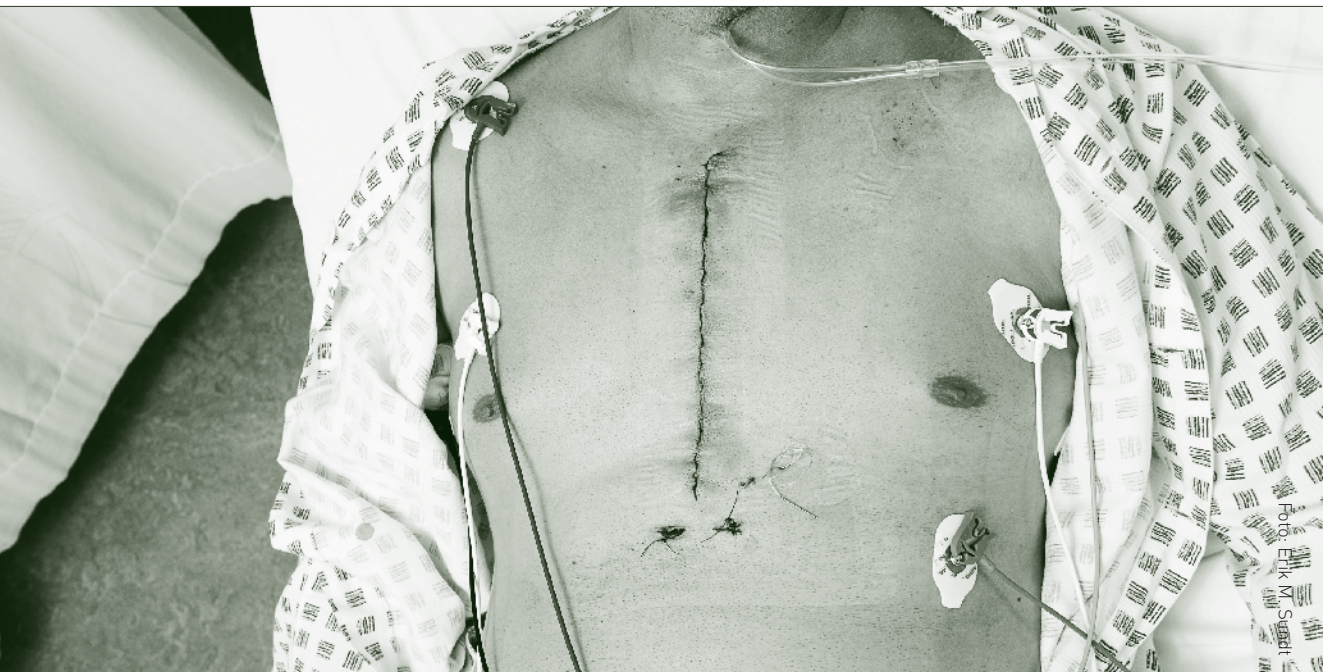
Artikkelen gir også viktige innspill til utvikling av ulike opplæringstiltak for å øke sykepleieres kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert. I ulike kurs, utdanninger og andre opplæringsaktiviteter vedrørende KBP, er det vel per i dag en tendens til en noe ensidig vektlegging av kompetansebygging i forhold til å finne, lese og kritisk vurdere vitenskapelige artikler. Forfatterne viser hvordan forståelse av sykepleiepraksis som sammensatt av pragmatiske og praktiske handlinger er en viktig forutsetning for å favne helheten i KBP-modellen og øker dermed forståelsen for hva som må vektlegges i slik opplæring av sykepleiere.

Forfatterne møter kritikken mot KBP og løfter argumentasjonen ved å fremholde helheten i KBP-modellen og hvordan den kan forstås i lys av sykepleiens faglige fundament. De viser tydelig at det er modellen som helhet som illustrerer en kunnskapsbasert praksis.

Artikkelen er et viktig bidrag i debatten om hvordan KBP kan forenkle velinformerte vurderinger, faglig forsvarlige beslutninger og kvalitativt gode handlinger. Forfatterne viser hvordan KBP er en god modell som favner helheten i sykepleiefaget og sykepleiepraksis. Artikkelen kan brukes i praksis til å gi bedre innsikt i KBP, gi debatten et mer nyansert innhold og stimulere til utvikling av opplæringstiltak for sykepleiere som fremmer refleksjon og utvikling av klinisk blikk og faglig skjønn.

Les artikkelen på side 246





SAMMENDRAG

Studiens bakgrunn: Pasienter rapporterer smerte som det hyppigst forekommende symptomet etter hjertekirurgi. Studier viser at sykepleiere mangler kunnskaper om smerte og smertelindring.

Hensikt med studien: Å kartlegge hvilke kunnskaper sykepleiere selv mener de trenger for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter gjennomgått hjertekirurgi og hvilke oppfatninger sykepleiere har om smerter og smertelindring generelt.

Metode: Fokusgruppeintervjuer og spørreskjema ble brukt for å samle

inn data fra 21 sykepleiere ved en hjertekirurgisk post i Oslo. Tematisk innholdsanalyse av transkribert tekst fra fokusgruppene, supplert med data fra spørreskjema, identifiserte hvilke områder sykepleiere trengte undervisning i.

Hovedresultat: Sentrale undervisningsområder var ulike utfordringer med smertelindring: pasientenes individuelle forskjeller og uenighet med kirurgene om smertebehandlingen. Alder og kultur var også utfordrende. Bruk av smertekartlegging sammen med pasientene var også et aktuelt område for

undervisning. Sykepleierne hadde gode kunnskaper om vurdering av smerte og kommunikasjon med pasientene, men de trenger mer kunnskap om medikamenter og virkningsmekanismer.

Konklusjon: Funnene vil bli brukt til å utvikle et skreddersydd undervisningsprogram for sykepleiere som jobber med hjertekirurgiske pasienter. Det endelige målet er å gjennomføre en randomisert pasientstudie med preoperativ informasjon, og kunne bedre praksis innen postoperativ smertelindring av hjertekirurgiske pasienter.

ENGLISH SUMMARY

Background: Patients report pain as the most frequent symptom after cardiac surgery. Studies have documented deficits in nurses' knowledge about pain and pain management.

Purpose: The study will describe what the nurses identify as their specific learning needs to help patients manage pain after cardiac surgery, and nurses' beliefs about pain and pain management in general.

Methods: Focus groups and surveys were used to collect data from 21 nurses at a cardiac surgical unit in

Oslo. Thematic content analysis of transcribed text from focus groups complemented with data from the surveys identified nurses' learning needs.

Results: Nurses' central learning needs regarding pain management were patients' individual differences and disagreement with the surgeons regarding pain management. Age and culture were also a challenge. Learning needs regarding the use of pain scales for both nurses and patients were identified. The nurses had good knowledge regarding pain assessment and communica-

tion with patients, but need more knowledge on medication and the effect of analgesics.

Conclusion: These findings will be used to develop an education program specific for nurses working with cardiac surgical patients. The final objective is to invite patients to participate in a randomized intervention study contributing to improved postoperative pain management after cardiac surgery.

Keywords: cardiovascular disease, surgery, pain, focus groups, education, nursing.

» Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi?

Forfattere: Marit Leegaard,
Ylva Husby, Aslaug W. Berge
og Tone Rustøen

NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Hjerte- og karsykdom
- Kirurgi, smerte
- Fokusgrupper
- Undervisning
- Sykepleie

BAKGRUNN

Pasienter rapporterer smerte som det hyppigst forekommende symptomet etter hjertekirurgi både på sykehus og etter utskriving til eget hjem (1-3). Ubehandlet postoperativ smerte har store fysiologiske og psykologiske konsekvenser for pasientene som for eksempel nedsatt hosteevne, urinretensjon, søvnproblemer og redusert livskvalitet (4;5). Forskning viser at vedvarende smerter i sternum forekommer hos 11–40 prosent av pasientene ett til tre år etter åpen hjertekirurgi (6;7). Studier innen dette feltet har konkludert med at pasienter fortsatt opplever utilstrekkelig smertelindring etter hjertekirurgi til tross for økt oppmerk-

somhet rundt postoperative smerter og smertelindring, og nye smertebehandlingsmetoder (8-10). Utilstrekkelig smertelindring kan medføre forlenget rehabilitering, reinnleggelse og utvikling av vedvarende smerte-problemer (2).

Krav om effektivisering med kortere liggetid på sykehus medfører at et økende antall pasienter reiser hjem fem–sju dager etter ukomplisert hjertekirurgi uten tilsyn eller veiledning fra helsepersonell (11;12). Tilpasset informasjon og undervisning i god tid før innleggelse har vist seg å være mer effektivt enn informasjon og undervisning umiddelbart før kirurgi og/eller ved utskriving fra sykehus (13;14). Nyere forskning viser at pasienter trenger mer tilpasset informasjon om betydningen av adekvat egenbehandling av smerte for bedre rehabilitering, for dermed å kunne bidra til færre langvarige smerte-problemer etter operasjon (15-17). En canadisk studie målte effekten av å dele ut en brosjyre om smerte og smertebehandling før pasientene skulle gjennom hjertekirurgi. Pasientene rapporterte at det å lese brosjy-

ren hadde positiv virkning på hvordan smerten virket inn på daglig aktivitet og ga mindre bekymringer om bruk av smertestillende medisiner. Brosjyren hadde derimot liten eller ingen påvirkning på pasi-

Hva tilfører denne artikkelen?

Studien gir et fyldigere bilde på hvilke områder sykepleiere både har og trenger mer kompetanse når det gjelder smerte og smertebehandling etter hjerteoperasjon.

Mer om forfatterne:

Marit Leegaard er anestesisykepleier, PhD og 1.-amanuensis ved avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo og Akershus. Ylva Husby er sykepleier og seksjonsleder ved Thoraxkirurgisk sengepost, Oslo Universitetssykehus avdeling Rikshospitalet. Aslaug W. Berge er sykepleier og kvalitetsrådgiver ved Hjerte-, lunge-, karklinikken, Oslo Universitetssykehus avdeling Rikshospitalet. Tone Rustøen er sykepleier, PhD og seniorforsker ved akutt-klinikken, Oslo Universitetssykehus avdeling Ullevål og professor II ved avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo og Akershus. Kontakt: marit.leegaard@su.hioa.no.

entenes smerteintensitet (9). En tidligere studie av samme forskergruppe fant at sykepleiere manglet kunnskaper om smerte og smertelindring, og at pasientene fikk utilstrekkelig smertelindring selv om de hadde moderate eller sterke smerter (18). Det ble derfor anbefalt å utvikle og iverksette et skreddersydd undervisningsprogram for sykepleiere som arbeider med hjertekirurgiske pasienter.

Hensikten med denne studien var å kartlegge hvilke kunnskaper sykepleiere selv mener de trengte for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter gjennomgått hjertekirurgi. Vi ønsket også å kartlegge sykepleieres holdninger til smerter og smertebehandling generelt. Resultatene vil bli brukt for å utvikle et spesialtilpasset undervisningsprogram for sykepleiere som jobber med hjertekirurgiske pasienter.

METODE

Studien har et kvalitativt beskrivende design (19). Fokusgruppeintervjuer og spørreskjema ble brukt for å samle data fra offentlig godkjente sykepleiere ved en hjertekirurgisk sengepost i Oslo, desember 2009. Spørreskjema ble anvendt i tillegg til fokusgruppeintervjuer for å få mer kunnskap om sykepleierens kunnskaper og holdninger til smertebehandling.

Alle deltakerne ga sitt informerte samtykke om å delta i studien. Etisk godkjenning av prosjektet ble innhentet fra Personvernombudet ved det aktuelle sykehuset. Konfidensialitet ble sikret ved at deltakerne ble bedt om å omtale hverandre med utdelte pseudonymer, og å prøve å unngå å bruke reelle navn under intervjuene. Hvis identifiserende informa-

sjon fremkom i intervjuene ble det slettet umiddelbart under utskrift av intervjuteksten.

Datasamling

Det ble samlet inn data om hvorvidt sykepleierne hadde videreutdanning i sykepleie, hvor mange års arbeidserfaring som sykepleier de hadde, og om hvor lenge de hadde arbeidet med hjertekirurgiske pasienter. Avdelingens rutiner tiknyttet postoperativ smertelindring ble også kartlagt.

Fokusgruppeintervjuer søgtes for kvalitative data om hvilke kunnskaper sykepleiere mente de trenger om smerter og smertebehandling etter hjertekirurgi. Metoden er vel egnet for å produsere en konsentrert mengde data rundt spesifiserte forskningsspørsmål (20). Det ble gjennomført fire fokusgrupper med fire–seks sykepleiere som varte fra 35–50 minutter. Prosjektleder ledet intervjuene etter anbefalt metode innen fokusgruppeteknikk som anbefaler en strukturert tilnærming når det foreligger en tydelig hensikt med forskningen (20). Hvert intervju

fulgte derfor en semistrukturert intervjuguide (Figur 1) som var utviklet for å dekke studiens hensikt og kunne gi mulighet for sammenligning mellom gruppene under dataanalysen. Alle intervjuene foregikk på et uforstyrret rom, og de ble tatt opp på lydband. Det ble valgt ikke å ha med en observatør under intervjuene fordi gruppene var små og oversiktlige. Data om gruppeprosessen ble notert ned av prosjektleder umiddelbart etter hvert intervju. Før hvert intervju fylte respondentene ut spørreskjema og demografiske data.

For å supplere de kvalitative data ble det anvendt et spørreskjema som er utviklet for å fange opp sykepleieres holdninger og kunnskaper relatert til smertemekanismer, smertemålinger og smertebehandling. Det originale instrumentet Pain Belief Scale (PBS) ble utviklet av McGillion et al. (21). PBS består av 20 påstander som reflekterer vanlige feiloppfatninger om smerte og smertebehandling. Respondentene svarer om en påstand er riktig, feil eller om de

FIGUR 1: Intervjuguide

1. Hva er dine erfaringer med postoperativ smertebehandling for hjertekirurgiske pasienter?
 - a. Største utfordringer?
 - b. Sier pasientene at de har smerter og evt. hvordan?
 - c. Vanligste medisiner?
 - d. Har pasientene noen bekymringer?
 - e. Konsekvenser av ubehandlet smerte – forståelse?
2. Hvordan forbereder du pasienter for utskriving?
 - a. Noe spesielt i forhold til smerte og smertelindring?
 - b. Bivirkninger?
3. Hva tror du er de største utfordringene for pasienter når det gjelder smerter etter utskriving?
4. Hva slags undervisning tror du vil være mest effektiv for pasienter når det gjelder smerte og smertelindring etter utskriving?
5. Hva er din erfaring med undervisningsprogrammer for sykepleiere?
6. Hva slags undervisning mener du er mest effektivt i forhold til din jobb?
7. Har du andre spørsmål eller kommentarer?

er usikre. Hvert riktig svar gir en skår på 1 og hvert uriktig svar gir en skår på 0. Hvis respondenten svarer usikker gir dette også en skår på 0. Sum skår kan variere fra 0 til 20, hvor 20 viser mest kunnskap. PBS ble oversatt til norsk etter anbefalte internasjonale retningslinjer (frem- og tilbakeoversettelse) (22). Prosjektleder og to forskerkolleger oversatte PBS fra engelsk til norsk uavhengig av hverandre, og diskuterte seg frem til en felles versjon. Denne versjonen ble oversatt tilbake til engelsk av en profesjonell translatør. Den engelske versjonen ble så sendt til McGillion for godkjenning. Etter denne godkjenningen ble den endelige norske versjonen justert og godkjent av prosjektgruppen.

Analyse av data

Lydbånd ble transkribert ad verbatim av en innleid transkribør. Kvaliteten på transkripsjonen ble sikret ved å lytte gjennom lydbåndene og kontrollere nøyaktigheten. Neste analysestrinn var å gjennomføre en tematisk deskriptiv innholdsanalyse (19). Studiens hensikt og kategorier fra intervjuguiden organiserte teksten etter første gjennomlesing. Endelige tema ble identifisert, og ekstrahert ned til spesifiserte undervisningsområder for sykepleiere. Den siste delen av analysen ble evaluert av to medforfattere (TR og AWB) for å kontrollere nøyaktighet og pålitelighet av funnene. Deskriptiv statistikk ble brukt for å beskrive bakgrunnsopplysninger om sykepleierne, og påstander fra spørreskjemaet.

FUNN

Bakgrunnsdata

Tjuen sykepleiere deltok i fire fokusgrupper. Det var kun to

deltakere med videreutdanning i sykepleie. Antall års arbeidserfaring som sykepleier varierte fra ett til 26 år og majoriteten hadde mindre enn fem års erfaring. Halvparten av deltakerne hadde arbeidet med hjertekirurgiske pasienter i mindre enn to år, og her varierte antall år mellom mindre enn ett år og opp til 24 år. Avdelingen har som rutine at hjertekirurgiske pasienter får 1 gram paracetamol fire ganger per døgn mot grunnsmarter og intravenøs opioidbehandling (Ketobemidon) 1–3 mg ved gjennombruddsmerter. Maksimal opioiddoseringsring er oftest satt til 10 mg per døgn. Pasientene blir som regel skrevet ut til lokalsykehuset tredje postoperative dag hvis det ikke har oppstått postoperative komplikasjoner. Avdelingen

pleierne opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig handlingsrom for å kunne administrere smertestillende etter pasientens behov. Mange pasienter ventet også for lenge med å be om mer smertestillende medisin, eller de ønsket ikke å si fra om at de hadde vondt under legevisitten: «Med en gang legen kommer inn, så er det liksom: Nei da, vi har ikke smerter. Men når legen går, så ...»

En annen stor utfordring var å få pasientene godt smertelindret fordi enkelte av kirurgene var uenige med dem om behandling med opioider: «Legene er nesten redde de (pasientene) skal bli narkomane, og det blir gitt veldig lite ... Det er noen (av overlegene) som er av den gamle skolen og synes at, nei, en operasjon skal gjøre vondt ... Det er innimel-

” ” Pasientene er veldig individuelle og at det er veldig stor forskjell på hvordan de uttrykker smerte.

har også som rutine å registrere pasientenes smerteintensitet på en skala fra null til ti, hvor 10 er uutholdelig smerte (numerisk rating skala, NRS) minst en gang per vakt.

Hovedtema fra fokusgrupper

Utfordringer med smertelindring: Pasientenes individuelle forskjeller ble kommentert som en utfordring av sykepleierne i studien, og det var store variasjoner på hvordan den enkelte pasient uttrykker smerte: Det største problemet er kanskje at pasientene er veldig individuelle og at det er veldig stor forskjell på hvordan de uttrykker smerte. Noen er veldig flinke til å gi beskjed mens andre kan tåle det meste før de klager.

Dette ble forsterket når syke-

lom litt vanskelig å få gehør for å kunne gi maks smertestillende.»

Pasientenes alder ble også beskrevet som en utfordring, og noen av sykepleierne konstaterte at yngre pasienter trenger mer smertelindring enn eldre: «Jeg synes det er vanskelig med de som er unge ... Min erfaring er at de har veldig, veldig mye vondt ...»

Andre poengterte at det er mange eldre som er skeptiske til å ta for mye smertestillende: «Mens eldre må en ofte overbevise om at det er trygt å ta smertestillende.»

Gruppene ble også bedt om å diskutere hvilke erfaringer de hadde med pasienter fra ulike kulturer med andre uttrykk for smerte. Her var det i hovedsak problemer med språk mellom

sykepleier og pasient som ble fremhevet.

Smertekartlegging

Flere av sykepleierne mente at innføringen av NRS kartlegging en gang per vakt fungerte bedre etter at de begynte å anvende den samme skalaen på intensivposten hvor pasientene ligger rett etter operasjonen. Nytteverdien av skalaen var best når pasientene forstår bruken av den: «Men det er jo selvfølgelig avhengig av at pasienten klarer å forstå det, også klarer å kommunisere med den (skalaen).»

Et av hovedproblemene var at mange pasienter ikke forstår skalaen: «Den er litt vanskelig for pasientene ... og de tolker den veldig forskjellig ... det er jo enkelte pasienter som sier rett ut at de synes det er vanskelig å gi så konkret beskrivelse av smertene ...»

Noen opplevde at de «maste om den skalaen» når det var opplagt at pasientene hadde vondt, og andre undret seg over at noen pasienter «kan ligge helt upåvirket i sengen, og så har de åtte ...»

Det kom tydelig frem at pasientene trenger å lære hvordan de skal bruke smerteskalaen, og de trenger å vite hva «to», «seks» eller «ni» representerer. Flere kommenterte at vi bør utfylle med andre data for å gi et utfyllende bilde på pasienters smerteopplevelse.

Pasienter mangler kunnskaper: Flere av sykepleierne beskrev barrierer mot god smertelindring hos pasientene, som for eksempel redselen for bivirkninger eller avhengighet.

Sykepleierne beskrev hvordan pasienter fortrenge at de har smerte, og spesielt de eldste pasientene. De er ofte redde for å bli avhengige selv om de fikk

TABELL 1: Svar på påstander som er riktige (N21)

		Riktig	Feil/usikker
1.	Pasienter kan sove selv om de har sterke smerter	5	16
2.	Respirasjonsdepresjon forekommer sjelden hos pasienter som har fått regelmessige doser med opioider over en periode	15	6
3.	En kombinasjon av smertestillende medikamenter med ulike virkningsmekanismer (for eksempel en kombinasjon av opioider og et anti-inflammatorisk ikke-steroid, NSAID) kan gi bedre kontroll over smerter med færre bivirkninger enn å bare bruke ett smertestillende medikament om gangen	19	2
4.	Pasienters religiøse overbevisning kan lede dem til å tro at smerte og lidelse er nødvendig	9	11
5.	Frykt og angst for smerte kan bidra til og/eller forverre eksisterende smerte	21	0
6.	Smerte og lidelse er ikke det samme	15	6

TABELL 2: Svar på påstander som er feil (N21)

		Riktig	Feil/usikker
7.	Observerbare endringer i vitale tegn må være grunnlaget for å stole på at en pasient har sterke smerter	12	19
8.	Pasienter som kan avledes fra smerte har som regel ikke sterke smerter	13	8
9.	Kodein med eller uten paracetamol er et effektivt smertestillende medikament ved langvarige smerteproblemer	2	19
10.	Opioider bør ikke administreres til pasienter som har en historie med medikamentmisbruk	16	5
11.	Dosering av opioider som morfin har et øvre tak slik at doser over dette ikke vil gi mer smertelindring	9	12
12.	Pasienter bør oppmuntres til å utholde så mye smerte som mulig før de starter med opioider	21	0
13.	Hvis årsaken til pasientens smerte er ukjent, bør det ikke brukes opioider i utredningsperioden fordi det kan vanskeliggjøre muligheten til å diagnostisere årsaken til smerten	6	15
14.	Den mest effektive smertebehandlingen er å bruke ett tiltak om gangen	16	5
15.	Avhengighet er et stort problem hos pasienter som bruker opioider for smerter	14	7
16.	Pasienter som responderer på placebo har ikke reelle smerter	10	11
17.	Tegn vi kan observere er mer holdbare indikatorer på smerte enn pasienters egen rapportering	19	2
18.	Smerte er direkte proporsjonal med omfanget av vevskaden	17	4
19.	En yngre person vil sannsynligvis ha en høyere toleranse for smerte enn en eldre person	17	4
20.	Pasienter som har sterke smerter vil vise tydelige tegn på smerte	10	11

informasjon flere ganger. Andre pasienter tror de skal være helt smertefrie: «Men det er noen pasienter som har stor tro på at de skal være helt smertefrie. De tror de er informert om det. Men, det er ikke helt meningen at du skal være helt smertefri. Det er vanskelig.»

Siden pasientene ofte blir skrevet ut til lokalsykehus tre dager etter operasjonen, var fokuset til sykepleierne i liten grad rettet mot hvordan pasientene hadde det etter utskriving. De så likevel at smertelindring og spesielt tilgang på smertestillende kunne bli en utfordring for pasientene. Et annet område er bivirkninger som obstipasjon og kvalme, og her kommenterte flere at de hadde et forbedringspotensial når det gjaldt både å forebygge og å gi god nok informasjon.

Påstander om smerte og smertebehandling

Tabell 1 viser hvordan deltakerne svarte på riktige påstander og tabell 2 viser hvordan de svarte på påstander som var feil i spørreskjemaet hvor de skulle ta stilling til 20 påstander om smerte og smertebehandling. Antall korrekte svar varierte fra åtte til 17 med gjennomsnitt i underkant av 13 riktige svar (st. avvik 2,45).

Over 90 prosent visste at dette var riktig:

- En kombinasjon av analgetika med ulike virkningsmekanismer kan gi bedre kontroll over smerter med færre bivirkninger enn å bare bruke ett smertestillende medikament om gangen

Og 85–100 prosent visste at dette var feil:

- Smerte er direkte proporsjo-

nal med omfanget av vevsskaden

- Pasienter som har sterke smerter vil vise tydelige tegn på smerte

Mer enn 90 prosent svarte at følgende påstand er riktig selv om den var feil, eller de var usikre på svaret:

- Kodein med eller uten paracetamol er et effektivt smertestillende medikament ved langvarige smerteproblemer (dette er ikke korrekt).

75 prosent visste ikke at pasienter kan sove selv om de har sterke smerter, og opp mot 50 prosent mente at:

- Observerbare endringer i vitale tegn må være grunnlaget for å stole på at en pasient har sterke smerter (dette er ikke korrekt).

Funnene indikerer at sykepleierne har mest kunnskaper når det gjelder vurdering av smerte og kommunikasjon med pasientene, og at de trenger mer kunnskaper om medikamenter og virkningsmekanismer.

DISKUSJON

Studien viste at sykepleiere som jobber med hjertekirurgiske pasienter ønsker mer kunnskaper om smertekartlegging og hvordan postoperative smerter påvirkes av alder og kultur. Det

med unntak av et introduksjonskurs for nyansatte ved avdelingen over to uker som alle var svært fornøyde med.

Sykepleierne rapporterte at de var usikre på hvordan de skulle tolke en skår på åtte eller seks på NRS. I tillegg mente de at pasientene manglet kunnskaper for å bruke NRS. Registrering av pasienters smerteintensitet er innført som standard ved de fleste norske sykehus, og anbefales for å kvalitetssikre smertebehandlingen av både nasjonale og internasjonale aktører (23;24). Denne studien bekrefter at implementering av nye rutiner er tids- og ressurskrevende. De som skal gjennomføre dem i praksis har behov for mer kunnskaper samt støtte fra eksperter på området som for eksempel en intensiv eller anestesisykepleier eller anestesilege (25). Dette er i tråd med internasjonale retningslinjer som anbefaler at alle pasienter bør ha tilgang til et akutt smerteteam når de er innlagt i spesialisthelsetjenesten (26;27). Yong et al. (2006) studerte hvordan sykepleieres holdninger påvirket smertevurdering og behandling. Et sentralt funn var at mer undervisning om anvendelse av smertekartleggingsverktøy gjorde sykepleiere mer positive til å bruke slike instrumenter (28). Høy turnover blant sykepleierne,

” Pasientene trenger å lære hvordan de skal bruke smerteskalaen.

kom også frem at de har behov for mer oppdaterte kunnskaper om hvordan ulike analgetika virker med basis i nyere forskning på området. Studien ga lite konkrete svar på hvilken type undervisning sykepleierne foretrekker

kan gjøre implementering av nye kunnskaper og rutiner enda mer ressurskrevende.

Pasienters individuelle forskjeller ble fremhevet av sykepleierne som en stor utfordring, og her var det forskjeller mellom

ynge og eldre pasienter som ble oftest kommentert. Oppfatningene var at yngre pasienter tåler mindre smerte og oftere ber om mer smertestillende medisin enn eldre pasienter, og at de eldste pasientene uttrykker frykt for avhengighet og bivirkninger. Dette funnet samsvarer med en tilsvarende studie som nylig ble gjennomført ved to hjertekirurgiske avdelinger i Canada (29). Det er problematisk dersom helsepersonell mener at eldre pasienter har mindre smerte til tross for god dokumentasjon som viser det motsatte (30;31). Pasienter over 65 år har krav på like god smertebehandling som yngre pasienter, men effekt og eventuelle bivirkninger må overvåkes ekstra nøye (32;33).

Hjertekirurgiske pasienter gjenspeiler sannsynligvis sammensetningen av den generelle norske befolkningen hvor andelen multikulturelle personer er

beste beskrivelsen av smertene (34;36).

Resultatene fra skjemaet med påstander om smerte og smertebehandling indikerer at sykepleierne hadde gode kunnskaper om multimodal smertebehandling, men de trengte mer kunnskaper om analgetika og virkningsmekanismer. Sett i lys av at hjertekirurgiske pasienter har økende alder og mer komorbiditet, øker kravet om oppdaterte kunnskaper og individuell behandling ytterligere (37). Dette ble forsterket av uenighet om smertebehandlingen med enkelte av kirurgene. En nylig publisert norsk studie bekrefter at mulige samarbeidsproblemer mellom sykepleiere og kirurger om postoperative smerTERS varighet og intensitet kan være en stor utfordring for sykepleiere ved kirurgiske avdelinger (38). Dersom smertebehandlingen skal være vellyk-

ket må den være tverrfaglig, og de ulike yrkesgrupper må være faglig oppdaterte og samarbeide slik at pasientene mottar den beste smertebehandlingen (39).

Denne studien inkluderte kun sykepleiere fra en post, og dette reduserer funnenes overførbarhet. Det er også usikkert om de 21 deltakerne som deltok i studien er representative for alle sykepleiere som er ansatt ved avdelingen. Likevel kan et slikt bekvemmelighetsutvalg forsterke funnenes troverdighet fordi studien fokuserer så tydelig på hva sykepleierne mente om problemstillingen, og dette engasjerte deltakerne (40). Alle deltakerne fylte ut skjema med påstander om smerte og smertebehandling

KONKLUSJON

Denne studien viste at kvalitative metoder fungerer bra for å identifisere spesifikke behov for nye kunnskaper hos sykepleiere. Det finnes i dag mye forskning på at pasienter har smerter etter operasjon, og sykepleieforskere må fokusere mer på å utvikle og implementere intervensjoner for å utvikle faget (41). Funnene fra vår studie vil bli brukt til å utvikle et skreddersydd undervisningsprogram for sykepleiere som jobber med hjertekirurgiske pasienter: først i Norge, og etter en utprøvningsfase, vil programmet bli oversatt og utprøvd i Canada. Det endelige målet med forskningen er å gjennomføre en randomisert pasientstudie med preoperativ brosjyre om smerte, og bedre praksis innen postoperativ smertebehandling av hjertekirurgiske pasienter.

En stor takk går til sykepleierne som deltok i studien, og til sykepleieleielsen ved avdelingen som gjorde det mulig å gjennomføre datainnsamlingen.

” Sykepleiere trenger mer kunnskap for å overvinne kulturelle barrierer.

økende. Dette gir nye utfordringer, og vår studie viste at noen av sykepleierne følte seg usikre på smertebeskrivelsen til pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn norsk. Det var problemer med språk som ble fremhevet. Sykepleiere trenger mer kunnskap for å overvinne kulturelle barrierer som kan hindre dem i å kommunisere godt med pasientene. Pasienter med annen kulturell bakgrunn enn helsepersonellet som behandler dem opplever at smertebehandlingen ikke er god nok grunnet mangelfull kommunikasjon (34;35). Forskning på dette feltet fremhever at uansett kulturell bakgrunn, så er det pasientens egenrapportering som gir den

REFERANSER

1. Mueller XM, Tinguely F, Tevaearai HT, Revelly JP, Chioléro R, von Segesser LK. Pain location, distribution, and intensity after cardiac surgery. *Chest*. 2000;118:391–6.
2. Watt-Watson J, McGillion M, Stevens B, Costello J. Patients' pain management following discharge home after cardiac surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2008;7:15.
3. Lie I, Bunch EH, Smeby NA, Arnesen H, Hamilton G. Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. *European Journal of Cardiovascular Nursing In Press* 2010.
4. Breivik H, Stubhaug A. Management of acute postoperative pain: still a long way to go! *Pain*. 2008;137:233–4.
5. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006;367:1618–25.
6. Gjeilo KH, Wahba A, Klepstad P, Lydersen S, Stenseth R. Chronic pain after cardiac surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2006; 5:S26.
7. Bruce J, Drury N, Poobalan AS, Jeffrey RR, Smith WCS, Chambers WA. The prevalence of chronic chest and leg pain following cardiac surgery: a historical cohort study. *Pain*. 2003;104:265–73.
8. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia And Analgesia*. 2003, 97:534.
9. Watt-Watson J, Stevens B, Katz J, Costello J, Reid GJ, David T. Impact of preoperative education on pain outcomes after coronary artery bypass graft surgery. *Pain*. 2004;109:73–85.
10. Tranmer JE, Parry MJE. Enhancing postoperative recovery of cardiac surgery patients: a randomized clinical trial of an advanced practice nursing intervention. *Western Journal of Nursing Research*. 2004;26:515–32.
11. Statistisk sentralbyrå. Levekårsundersøkelsen 2002. Helse, omsorg og sosial kontakt. 2004.
12. The European Association for Cardio-Thoracic Surgery. Second Adult Cardiac Surgical Report. UK: Dendrite Clinical Systems Ltd; 2005.
13. Ong J, Miller PS, Appleby R, Allegretto R, Gawlinski A. Effect of a Preoperative Instructional Digital Video Disc on Patient Knowledge and Preparedness for Engaging in Postoperative Care Activities. *Nursing Clinics of North America* 2009;44:103–15.
14. Devine EC. Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Patient Education & Counseling* 1992;19:129–42.
15. Leegaard M, Rustøen T, Fagermoen MS. Interference of postoperative pain on women's daily life after early discharge from cardiac surgery. *Pain Management Nursing* 2010;11:99–107.
16. Leegaard M, Nåden D, Fagermoen MS. Postoperative pain and self-management: women's experiences after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63:476–85.
17. Leegaard M, Fagermoen MS. Women's descriptions of postoperative pain and pain management after discharge from cardiac surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17:2051–60.
18. Watt-Watson J, Garfinkel R, Gallop P, Stevens B, Streiner D. The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. *Nursing Research*. 2000;49:191–200.
19. Sandelowski M. Focus on research methods. Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*. 2000;23:334–40.
20. Morgan DL. Focus Groups as Qualitative Research. 2nd ed. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi. 1997.
21. McGillion M, Watt-Watson J, Stremmer R, Barry M, Wiseman J, Snell L, et al. Efficacy, student satisfaction and quality across three simulation learning conditions for pre-licensure nursing students' education about pain-related misbeliefs: A randomized controlled trial. *Pain research and Management* 2009;14:156.
22. Mapi Institute. Linguistic Validation. 8–11–2010.
23. Den norske legeforening. Retningslinjer for smertelindring. www.legeforeningen.no. 2009.
24. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, McCarberg B, Todd KH, Paice JA, et al. American Pain Society Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med* 2005;165:1574–80.
25. Fitzpatrick E, Hyde A. Nurse-related factors in the delivery of preoperative patient education. *Journal of Clinical Nursing* 2006;15:671–7.
26. Rawal N. Organization, function, and implementation of acute pain service. *Anesthesiology Clinics Of North America* 2005;23:211–25.
27. Gleeson E, Carryer J. Nursing staff satisfaction with the acute pain service in a surgical ward setting. *Nursing Praxis In New Zealand Inc* 2010;26:14–26.
28. Young JL, Horton FM, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing* 2006;53:412–21.
29. Leegaard M, Watt-Watson J, McGillion M, Costello J, Watson J, Partridge K. Nurses' educational needs for pain management of post-cardiac surgery patients. A qualitative study. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2011;26:4:312–20.
30. Sauaia A, Min S, Leber C, Erbacher K, Abrams F, Fink R. Postoperative pain management in elderly patients: correlation between adherence to treatment guidelines and patient satisfaction. *Journal Of The American Geriatrics Society* 2005;53:274–82.
31. Barnett SR. Acute pain in the elderly surgical patient. *Clinical geriatrics* 2003;11:30–4.
32. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, McCarberg B, Todd KH, Paice JA, et al. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med* 2005;165:1574–80.
33. Prowse M. Postoperative pain in older people: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16:84–97.
34. Narayan MC. Culture's effects on pain assessment and management: cultural patterns influence nurses' and their patients' responses to pain. *American Journal of Nursing* 2010;110:38–49.
35. Lasch KE. Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Management Nursing* 2000;1:16–22.
36. McCaffery M. Controlling pain. Overcoming barriers to pain management. *Nursing* 2001;31:18.
37. Gibbons RJ. Leading the Elephant Out of the Corner: The Future of Health Care: Presidential Address at the American Heart Association 2006 Scientific Sessions. *Circulation* 2007;115:2221–30.
38. Lien T, Hanssen I, Andenæs R. «Mellem barken og veden». *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 2010;12:3–14.
39. Rustøen T, Miaskowski C. The use of guidelines, standards, and quality improvement initiatives in the management of postoperative pain. In: Campbell W, Nicholas M, Breivik H, editors. *Textbook of Clinical Pain Management*. 2nd ed. UK Health Sciences; 2008. p. 665–75.
40. Thorne S. *Interpretive Description*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, Inc; 2008.
41. Wahl AK. Vi må tenke nytt. *Sykepleien Forskning* 2010;(1): 6.

Smertelindring er viktig for bedringen

» En del pasienter opplever det som masete å bli spurt om å plassere smerten sin på en skala fra 0–10.



Av Irene Arnesen Bjørndal
Sykepleier, Feiringklinikken

En forutsetning for å gi god smertebehandling er at sykepleier har gode kunnskaper om hva slags smerter man kan forvente etter hjerteoperasjon. På den måten kan sykepleier møte pasienten ved å spørre «Hvor dypt kan du puste?» «Har du vondt når du hoster?» eller «Har du vondt bak venstre skulder?» Dette er noen relevante, konkrete spørsmål som man som sykepleier på Feiringklinikken spør pasienten om i stedet for kun å stille spørsmål om pasienten har smerter eller ikke. For å kartlegge smerteintensiteten, brukes NRS (numerisk rating skala). Den kan være et greit hjelpemiddel som bidrar til at sykepleier får god oversikt over hvor sterkt pasienten opplever sin smerte. NRS kan også skape frustrasjon for både pasient og sykepleier. Pasienten forstår ikke alltid helt

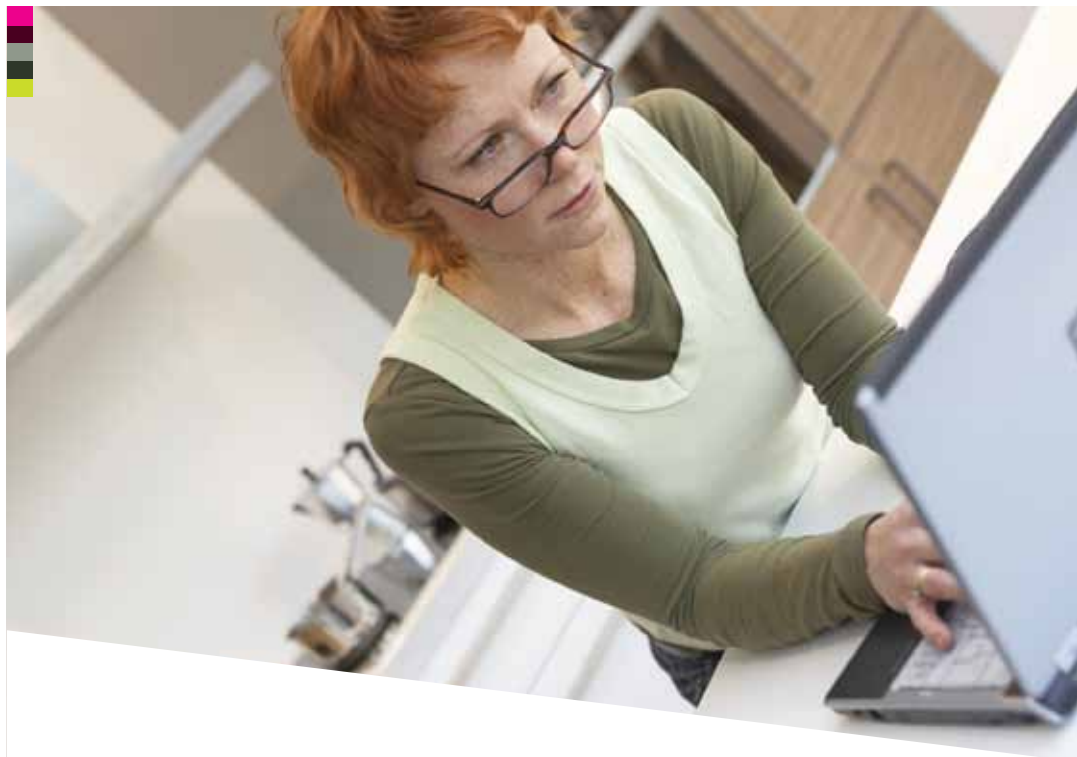
hva tallene på skalaen betyr, og dette kan være særlig forvirrende om morgenen når de er trøtte. En del pasienter synes det er masete stadig å bli spurt om deres smerteintensitet på en skala fra 0–10. Det er vanskelig å vite hva man skal sammenligne tallene med. Med kvinnelige pasienter, kan man spørre om disse smertene er så intense som ved en fødsel, der 10 vil si uutholdelig smerte.

Ikke alle pasienter har forstått hvor viktig smertelindring er for restitueringen. På Feiringklinikken er det rutiner for å gi smertestillende. Ved grunnmerter gis det 1 gram Panodil (paracetamol) × 4 postoperativt så lenge pasienten er på sykehuset, fra fire–seks døgn. I tillegg til Panodil gis det postoperativt 5–10 mg Ketorax (ketobemidon) hver fjerde til sjetten time så lenge pasienten har behov

for det. Dersom pasienten har over 3 på NRS (VAS 3), gis det 2–3 mg Ketorax iv i tillegg. På tredje postoperative dag eller tidligere, er det noen som ikke trenger Ketorax i det hele tatt, eller for eksempel trenger det bare på morgenen. Det er store individuelle forskjeller på hvor mye smerter pasientene har. Det virker som kronikerne tåler en del smerte. Sykepleiere har erfaring med at yngre pasienter med mye muskelmasse også kan trenge Ketorax 1–3 mg iv i tillegg til Ketorax og Panodil postoperativt. Denne pasientgruppen kan være vanskelig å smertestille. Noen pasienter er ansente og får beroligende, som Stesolid eller Sobril.

Les artikkelen på side 254





Går du med planer om å skrive en vitenskapelig artikkel?

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

Eksempler på tema:

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



Foto: Britta Fosser Olsen

SAMMENDRAG

Studiens bakgrunn: Respiratorpasienter opplever ofte smerter og er vanskelige å smertevurdere. Observasjon av pasientens adferd kan være et godt hjelpemiddel for å vurdere smertene og «Behavioral Pain Scale» (BPS) er utviklet til dette formålet.

Hensikt med studien: Hensikten med studien var å oversette BPS til norsk, ta det i bruk og deretter undersøke påliteligheten og brukervennligheten til skalaen.

Metode: Studien er en beskrivende observasjonsstudie hvor to syke-

pleiere ansatt på en intensivavdeling observerer og smertevurderer den samme sederte respiratorpasienten ved hjelp av den norske versjonen av BPS på samme tidspunkt både i ro og ved snuing. Dataene analyseres med fokus på skjemaets pålitelighet ved å se på overensstemmelsen når to sykepleiere vurderer samme pasient (prosent enighet, Kappa og ICC) og brukervennlighet.

Hovedresultat: Totalt 25 sykepleierpar (to og to sammen) smertevurderte sederte respiratorpasienter med BPS. Det viste seg at skjemaet

var enkelt å anvende, var sensitiv for endringer i smerteadfærd og det var lite manglende data ved utfylling av BPS. Sykepleierne hadde en enighet på 68 prosent i ro og 24 prosent under snuing. Interraterreliabiliteten var noe varierende og litt lav med hensyn til observasjon av ansiktsuttrykk (Kappa 0,37 i ro og ICC 0,41 under snuing).

Konklusjon: Den norske versjonen av BPS er et lovende smertevurderingsverktøy med god brukervennlighet, men videre utprøving er nødvendig.

ENGLISH SUMMARY

Background: Mechanical ventilated patients often experience pain and their pain is difficult to assess. Observation of the patient's behavior may be a good tool for assessing pain and the «Behavioral Pain Scale (BPS) is designed for this purpose.

Objective: The objectives were to translate the BPS into Norwegian, start using it and then test the reliability and usability of the scale.

Methods: The study is a descriptive observational study. Two nurses

observed pain behaviors in sedated mechanical ventilated patients using the Norwegian version of the BPS at the same time, both at rest and at turning. The data analyses regarding the reliability, by comparing the data when two nurses assess the same patient at the same time, (% agreement, Kappa and ICC) and usability.

Results: A total of 25 pairs of nurses rated pain behaviors in the sedated patients using BPS. The scale was easy to use with few missing items. It showed sensi-

tivity to changes in pain behavior. The agreement among the nurses was 68 % at rest and 24 % at turning. The interrater-reliability varied and was a bit low for the observation of facial expressions. The Kappa was 0.37 at rest and ICC was 0.41 when turning.

Conclusion: The Norwegian version of the BPS is a promising instrument with good usability. However, it requires further testing.

Keywords: Pain, Nursing, Observation, Intensive care

>> SMERTEVURDERING AV RESPIRATORPASIENTER:

Er den norske versjonen av «Behavioral Pain Scale» pålitelig og brukervennlig?

Forfattere: Brita Fosser Olsen
og Tone Rustøen

NØKKELORD

- Smerte
- Sykepleie
- Observasjon
- Intensiv

INTRODUKSJON

Respiratorpasienter opplever ofte smerter (1-5). Årsaker til dette er hyppige rutinemessige prosedyrer og behandling som snuing, trakealsuging, innlegelse eller fjerning av diverse utstyr, fjerning av trakealtube, stikking ved blodprøvetaking og sårstell (4,6-9). Det er også vist at pasienter ofte ikke får tilstrekkelig med smertestillende før smertefulle prosedyrer (10) og at sykepleiere undervurderer pasientenes smerter (14-16). Smerter hos respiratorpasienter medfører stress (5,6,14,15) og kan gi en økt stressrespons med takykardi, økt oksygenbehov til myokard, hyper-koagulasjons- evne, immunsuppresjon og vedvarende katabolisme. Økt risiko for angst og delir, redusert søvn, nedsatt respirasjonsfunksjon og

økt immobilitet er også forbundet med smerte (16,17).

Den mest pålitelige smertevurderingen er pasientens egen beskrivelse av smerten, men dette er oftest umulig hos sederte respiratorpasienter (18-20). Respiratorpasientene kan ikke kommunisere verbalt på grunn av intuberingen, redusert bevissthetsnivå, innskrenket bevegelse samt paralyserende og sederende medisiner (20-22). Tegn på smerte som økt blodtrykk, hjertefrekvens og svetting kan være upålitelige da de kan være påvirket av septiske tilstander, bruk av inotrope medikamenter og betablokade (9,23-27).

Observasjon av pasientens adferd har vist seg å være et godt hjelpemiddel for å vurdere smertene til pasientgruppen og sykepleiers adferdsobservasjon av pasienter har fra moderat til sterk sammenheng med pasienters egenrapportering av smerter (12,28). Det er utviklet ulike smertevurderingsverktøy til pasientgruppen som observerer ulike adferdsområder og som ikke krever verbal respons fra pasientene; Nonverbal Pain

Scale (NVPS) (29), Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) (19), og The Behavioral Pain Scale (BPS) (7). NVPS har en svakhet i at validitet og interrater reliabilitet ikke er adekvat testet (30,31), mens CPOT er testet med hensyn til validitet og reliabilitet, men krever likevel videre testing. (30,31). Derfor ble BPS valgt

Hva tilfører artikkelen?

Å smertevurdere sederte respiratorpasienter er en viktig oppgave for sykepleierne og studien antyder at BPS er et lovende verktøy som gir anledning til å sammenligne og dokumentere smertenivå og evaluere smertelindring.

Mer om forfatteren:

Brita Fosser Olsen er intensivsykepleier med master i klinisk sykepleievitenskap. Hun jobber som intensivsykepleier ved Intensiv/Postoperativ, Sykehuset Østfold, Fredrikstad. Tone Rustøen er sykepleier og professor ved Avdeling for sykepleierutdanningen, Høgskolen i Oslo og Akershus og seniorforsker ved Akuttklinikken, Oslo universitets-sykehus. Kontakt: briol@so-hf.no.

i denne studien, da det er den skalaen som er testet grundigst ut, på flere pasientgrupper, og er funnet reliabel og valid i disse undersøkelsene.

BPS er et observasjonsskjema hvor sykepleieren vurderer pasientens ansiktsuttrykk, bevegelser i overekstremitetene og samarbeid med respirator (se Tabell 1). Hvert av områdene skåres på en skala fra en til fire etter alvorlighetsgrad. Totalskår fås ved å summere alle tre delskårene slik at totalsummen kan variere fra 3 (ingen smerte) til 12 (mest smerte).

Det er tre artikler som har testet ut BPS, i tillegg til tre artikler som har oppsummert disse uttestingene (7,30–34). Mellom 30 og 44 pasienter, både kirurgiske, medisinske og traumepasienter, er inkludert i studiene og pasientene er skåret gjentatte ganger både ved prosedyrer som forventes å være smertefulle og prosedyrer som ikke forventes å være smertefulle. Det er vist at intern konsistens er akseptabel med en Cronbach's alpha på 0,64 (33) og 0,72 (32). Likevel var ikke interraterreliabiliteten (35) konsistent gjennom disse tre undersøkelsene. Payen et al. (7) fant en tilfredsstillende interraterreliabilitet (Kappa = 0,74), Aissaoui et al. (32) fant en høy «Intraclass correlation coefficient» (ICC = 0,95), mens Young et al. (33) fant en høy prosent overensstemmelse mellom sykepleierne når BPS skåren var lav (82–91 prosent), og en lavere overensstemmelse når BPS skåren var høyere (36–46 prosent). Validiteten (35) var tilfredsstillende da smerteskåringen for smertefulle prosedyrer var signifikant høyere enn ved ikke smertefulle prosedyrer (7,32,33), noe som tyder på at

skalaen er sensitiv for forandringer i smerteadferd.

Det hevdes at BPS er et lovende verktøy som krever videre testing for å bekrefte validiteten og reliabiliteten (30, 34), mens Cade (31) hevder verktøyet forbedrer smertevurderingen til respiratorpasienter om den innlemmes i retningslinjer og protokoller for smertehåndtering på intensivavdelinger.

Hensikten med studien er å oversette BPS til norsk, la sykepleiere ansatt på en intensivavdeling i Norge anvende det og deretter undersøke påliteligheten og brukervennligheten til skjemaet for å kunne forbedre sederte respiratorpasienters smertebehandling. Litteratursøk har ikke vist at BPS har blitt oversatt eller tatt i bruk i Norden tidligere. Forsknings spørsmålet lyder: Er den norske versjonen av «Behavioral Pain Scale» pålitelig og brukervennlig for å vurdere smerter hos sederte respiratorpasienter?

METODE

Studien er beskrivende og BPS (et strukturert observasjons-

skjema) er anvendt som et hjelpemiddel for sykepleierne til å observere smerter hos respiratorpasienter.

Oversettelsesprosedyren

Tillatelse til å oversette skjemaet til norsk ble innhentet og skjemaet ble oversatt ved hjelp av retningslinjer fra MAPI-instituttet (36). Skjemaet ble først oversatt til norsk av tre sykepleiere som var kyndige i engelsk uavhengig av hverandre. På bakgrunn av disse tre versjonene ble det lagd én felles norsk oversettelse. Denne ble oversatt tilbake til engelsk av nok en sykepleier som var tospråklig, og sammenlignet med den originale versjonen. Deretter ble den pilottestet av fem sykepleiere. Pilottestingen ble gjort for å sjekke om den var forståelig og anvendbar i praksis. De fem sykepleierne fikk en kort innføring i BPS-skjemaet, brukte det på en sedert respiratorpasient, for deretter å ha en samtale om brukervennlighet. Det ble gjort få forandringer på oversettelsen underveis, selv

TABELL 1: Den norske utgaven av Behavioral Pain Scale

Observasjon	Beskrivelse	Poeng
Ansiktsuttrykk	Avslappet	1
	Delvis ansent (f.eks. senkede øyebryn)	2
	Helt ansent (f.eks. lukkede øyne)	3
	Grimaserer	4
Bevegelser i overekstremitetene	Ingen bevegelser	1
	Delvis bøyd	2
	Fullstendig bøyd med bøyde fingre	3
	Permanent inndratt	4
Samarbeid med respirator	Tolererer bevegelser	1
	Hoster, men tolererer respiratoren det meste av tiden	2
	Kjemper mot respiratoren	3
	Ute av stand til å samarbeide med respiratoren	4

om ord som «inndratt» ble valgt istedenfor «tilbaketrasket» og «samarbeid med respiratoren» valgt istedenfor «kontrollere respiratoren» (se Tabell 1).

Utvalg

Sykepleiere ansatt på en middels stor intensivavdeling deltok i studien. Alle sykepleierne på avdelingen (cirka 80 ansatte) fikk en teoretisk innføring i bruken av BPS og de fikk invitasjon til å delta i studien, men det var frivillig å delta i uttestingen.

Sykepleierne ble informert om at BPS i denne uttestingen skulle tas i bruk på respiratorpasienter over 18 år som var hemodynamisk stabile og hadde behov for sedasjon og analgesi. Pasienter med kvadriplegi, neuromuskulær blokkade eller evne til å evaluere smerten selv ble utelatt.

Innsamling av data

To sykepleiere, den pasientansvarlige sykepleieren i tillegg til en sykepleierkollega, smertevurderte den samme pasienten både i ro og under snuing ved hjelp av BPS-skjemaet på samme tidspunkt uten å kommunisere med hverandre. Sykepleierne fylte ut hvert sitt BPS-skjema både i ro og under snuing og de kunne også skrive egne kommentarer. Sykepleierne skåret også pasientens bevissthetsnivå med MAAS-skalaen (Motor Activity Assessment Scale), et reliabelt og valid sedasjonsskåringverktøy, fra 0 poeng (ingen reaksjon på stimuli) til 6 poeng (svært agitert) (37). Dette ble gjort for å teste sammenhengen mellom pasientens sedasjons- og analgesinivå og BPS-skår, slik Payen et al. (7) fant. Begge registreringskjemaene ble lagt i samme konvolutt etter at de var utfylt. Prosjektet gikk over fem uker høsten 2009, til 25 pasienter var smertevurdert. Det vil si

at 50 registreringer ble foretatt. Sykepleierne fikk beskjed om at de skulle smertelindre pasienten likt som tidligere, uavhengig av prosjektet.

Analyse av data

Brukervennligheten til BPS ble evaluert ved å se hvordan sykepleierne fylte ut skjemaet når de smerteskåret pasientene innen hvert av de ulike adferdsområdene i ro og under snuing. Både ved at hele skalaen ble anvendt og antall utfylte rubrikker ble vurdert. De fem sykepleierne som pilottestet skjemaet ble spurt om hvordan det var å anvende det for smertevurdering. Deres tilbakemelding blir også sett på relatert til brukervennligheten. Det ble også vurdert om skjemaet var sensitivt for smertebehandlede adferdsforandringer, ved at det skilte mellom adferd i ro og under snuing.

Med pålitelighet her menes interraterreliabilitet. Interraterreliabilitet defineres som: «The degree to which two raters or observers, operating independently, assign the same ratings or values for an attribute being measured or observed» (35, s.

beregnet for å se på brukervennligheten til skjemaet.

Tre analyser ble foretatt for å vurdere interraterreliabiliteten. Prosent enighet ble regnet ut for å se hvor stor overensstemmelse det var mellom de to sykepleierne som smertevurderte den enkelte pasient. Bivariat korrelasjonsanalyse med utregning av Kappa og Intraclass correlation coefficient (ICC) ble også brukt, da disse analysene tar hensyn til den tilfeldige enigheten som kan oppstå ved slike undersøkelser. Kappa er «index used to measure interrater agreement, which summarizes the extent of agreement beyond the level expected to occur by chance» (35, s. 756) hvor 0 er ingen enighet, 0,0–0,20 er svak enighet, 0,21–0,40 er rimelig enighet, 0,41–0,60 er moderat enighet, 0,61–0,80 er solid enighet og 0,81–1,00 er nesten perfekt enighet (38). Kappa ble regnet ut på de adferdsområdene med få svaralternativ (opp til tre svaralternativ). Dette skyldes at Kappa systematisk blir lavere ved flere kategorier (39). ICC er valgt på de adferdsområdene hvor pasientene er skåret fra fire til syv ulike smerteskår (35, s. 456).

” Respiratorpasienter opplever ofte smerter.

756). Prosjektet testet interraterreliabiliteten ved å se på overensstemmelsen mellom to sykepleiere som ved hjelp av BPS smertevurderer samme pasient på samme tidspunkt uten å kommunisere med hverandre både i ro og under snuing.

Dataene ble analysert ved hjelp av SPSS versjon 16.0. Frekvensanalyser, minimumsskår, maksimumsskår, modus, gjennomsnitt og «missing» ble

ICC er «index summarizing the degree of relationship between variables, typically ranging from +1,00 (perfect positive relationship) through 0,0 (no relationship) to -1,00 (perfect negative relationship)» (35, s. 750). Liknende studier mener ICC > 0,70 bør kunne forventes (23).

Etiske betraktninger

Sykepleierne ble informert muntlig og skriftlig om at del-

takelse i prosjektet var frivillig og at data ikke kunne spores tilbake hverken til sykepleiere eller pasienter. Registreringene ble anslått å ta fra to til fem minutter (7,32). Prosjektet var ikke fremleggelsespliktig for Regional etisk komité da det ble forsket på sykepleiere og

dataene ble behandlet anonymt. Prosjektet var heller ikke meldepliktig Datafaglig sekretariat ved Norsk samfunnsvitenskapselig datatjeneste.

RESULTATER

Utvalg

Noen sykepleiere på avdelingen

deltok i uttestingen en gang, noen flere ganger, mens andre ikke deltok i det hele tatt. Eksakte data om dette finnes ikke. Majoriteten av sykepleierne var kvinner, hadde videreutdanning i intensivsykepleie og hadde mange års arbeidserfaring.

TABELL 2: Hvordan sykepleierne brukte BPS-skjema mht frekvens, minimums og maksimums skåre, samt gjennomsnittsverdier og antall missing

Begge sykepleiere:	Hvordan sykepleierne brukte BPS-skjema		Minimum	Maximum	Modus	Mean	Missing
	Poeng	Frekvens					
Ansiktsuttrykk i ro (Range 1-4)	1	41	1	2	1	1,2	0
	2	9					
	3	0					
	4	0					
Bevegelser i over- ekstremitetene i ro (Range 1-4)	1	36	1	2	1	1,3	1
	2	13					
	3	0					
	4	0					
Samarbeid med respirator i ro (Range 1-4)	1	36	1	2	1	1,3	1
	2	13					
	3	0					
	4	0					
Totalsum i ro (Range 3-12)	3	30	3	6	3	3,7	2
	4	7					
	5	5					
	6	6					
Ansiktsuttrykk under snuing (Range 1-4)	1	10	1	4	2	2,2	0
	2	27					
	3	5					
	4	8					
Bevegelser i over- ekstremitetene under snuing (Range 1-4)	1	23	1	3	1	1,6	0
	2	22					
	3	5					
	4	0					
Samarbeid med respirator under snuing (Range 1-4)	1	16	1	3	2	1,8	0
	2	29					
	3	5					
	4	0					
Totalsum under snuing (Range 3-12)	3	6	3	9	4	5,6	0
	4	10					
	5	8					
	6	10					
	7	8					
	8	4					
	9	4					

Brukervennlighet

Pasientene ble skåret til gjennomsnittlig 1,2–1,3 poeng i ro, og fra 1,6–2,2 under snuing (Tabell 2). Ut fra en mulig totalskår fra 3–12 poeng ble pasientene i ro skåret med gjennomsnittlig 3,7 poeng og under snuing med 5,6 poeng. Dette viser at skalaen var sensitiv for endringer i smerteadferd hos pasienten.

Alle pasientene i ro fikk skåren 1 eller 2, mens det under snuing ble skåret med 1–4 poeng. Den hyppigste brukte skåren i ro var 1 poeng, mens den hyppigst brukte skåren under snuing var 2 poeng. Ut fra en mulig totalskår fra 3–12 poeng ble pasientene i ro skåret fra 3–6, med 3 som den hyppigst brukte verdien, mens de under snuing ble skåret fra 3–9 og med 4 og 6 som de hyppigst brukte verdiene.

Undersøkelsen avdekket at av totalt 300 rubrikker var det kun 2 som ikke ble fylt ut av sykepleierne; «samarbeid med respirator» i ro og «bevegelser i overekstremitetene» i ro.

Pilotundersøkelsen viste at sykepleierne var fornøyde med brukervennligheten til skjemaet. De mente at BPS var lett å bruke uten mye opplæring, at skjemaet fanget opp smerte og var nyttig.

Pålitelighet

Som vist i Tabell 3 var enigheten mellom de to sykepleierne god i ro, med en enighet fra 80–88 prosent. Enigheten er noe lavere under snuing, med 40–72 prosent enighet mellom sykepleierne. Ansiktsuttrykk skiller seg ut som det adferdsområdet som har lavest enighet (80 prosent i ro og 40 prosent under snuing). Enigheten er lavere under totalsummen enn den er under de enkelte adferdsområdene både i

ro (68 prosent) og under snuing (24 prosent).

Kappa og ICC viser også at intertetterreliabiliteten er bedre i ro (Kappa fra 0,37–0,69) enn under snuing (ICC 0,41 og Kappa 0,46–0,51). Ansiktsuttrykk er også her det adferdsområdet som viser dårligst intertetterreliabilitet (Kappa 0,37 i ro, ICC 0,41 under snuing). Totalsummen i ro og under snuing viser derimot en moderat ICC til tross for lav enighet mellom sykepleierne.

MAAS

Sykepleieparene skåret pasientenes sedasjonsnivå med MAAS, men kun sju av 24 par var enige om felles MAAS-skår. På denne bakgrunn blir ikke disse dataene vist i denne artikkelen.

DISKUSJON

Pasientene i studien ble smertevurdert til gjennomsnittlig 3,7 poeng i ro og 5,6 poeng under snuing (Tabell 2). Funnene er i overensstemmelse med tid-

Pasientene i denne studien ble skåret med en forholdsvis lav smerteskår da det er mulig å skåre fra 3–12 poeng (Tabell 2). Årsaken kan være at pasientene ikke viser smerteadferd som følge av god smertelindring, eller eventuelt at skalaen er dårlig til å fange opp smerteadferd. Dette kan ikke denne studien kontrollere, da det ikke er samlet inn data om pasientens sedasjon, analgesi, diagnoser eller andre forhold ved pasientene som kan belyse dette.

Den øverste delen av skalaen ble ikke benyttet i undersøkelsen, noe som også vises i tidligere forskning (7,32,33). I ro fikk pasientene kun skår 1 eller 2 (Tabell 2), noe som kan forklares med at pasientene ikke viser smerteadferd i ro og sees på som en støtte til skjemaet. Under snuing brukes flere skåralternativ. Det kan tenkes at pasientene viser ulike grader av smerteadferd når de blir snudd, på grunn av at noen har store kirurgiske sår mens andre ikke



Den mest pålitelige smertevurderingen er pasientens egen beskrivelse av smerten.

ligere forskning på BPS, som har smertesåret pasientene henholdsvis fra 3,3, 3,8 og 3,4 ved en ikke smertefull tilstand og 4,9, 6,6 og 5,0 ved en smertefull prosedyre (7,32,33). At det er variasjoner i de ulike studiene, kan skyldes variasjoner i pasientgrunnlag, ulik smertelindring av pasientene, ulike tidspunkt man har smertevurdert pasientene på og ulike påførte smertefulle prosedyrer, selv om litteratur beskriver at alle prosedyrene som ble brukt i studiene er smertefulle (4,6,9,40).

har slike smertefulle tilstander. Totalsummen pasientene ble skåret til i ro var maks 6 poeng (av 12 mulige), mens det under snuing ble skåret med maks 9 poeng.

Sykepleierne skårer med en høyere poengsum under snuing enn i ro innenfor hvert av adferdsområdene og under totalsummene. De skårer også pasientene hyppigst med 2 poeng under snuing og 1 poeng i ro (Tabell 2). At smertesåren øker, kan støtte oppfatningen om at skalaen er sensitiv for forandringer i smerteadferd.

Dette støttes av andre studier av BPS som finner at skåringen for smertefulle prosedyrer var signifikant høyere ved smertefulle prosedyrer enn ved ikke-smertefulle prosedyrer (7,32,33). En økning i smerteskår innen alle adferdsområder, kan støtte

0,71 og 0,63 på totalsommene, noe som var en tilnærmet forventet interraterreliabilitet (Tabell 3). Aissaoui et al. (32) fant en høyere interraterreliabilitet (ICC = 0,95), men denne studien er utført med andre smertefulle prosedyrer og flere

fant i sin studie en Kappa på 0,74, men opplæringen av deltakerne er i denne studien lite beskrevet.

Ansiktsuttrykk ga lavere pålitelighet enn de andre adferdsområdene både i ro og under snuing. En årsak til dette kan være at de fire svaralternativene innen ansiktsuttrykk er mer diffuse enn alternativene til de andre adferdsområdene (Tabell 1). Begrepene «avslappet» eller «delvis» eller «helt ansent» kan være vanskelig å skille fra hverandre og kan gi mindre samsvar mellom sykepleierne. Det kan også stilles spørsmål ved om ansiktsuttrykk er en adferd som har sammenheng med smerteopplevelse, selv om tidligere studier tyder på det (41,7,32,33).

Pilottesting av skjemaet ga tilbakemeldinger om at «bevegelser i overekstremitetene» kunne forveksles med sykepleierens leiring av pasientens armer. I tillegg kan pasienten på grunn av sedasjon og muskelsvakhet ikke alltid bevege overekstremitetene og pasienten kan da skåres som smertefri, mens sykepleiere kan observere sakte, nedsatt eller ingen bevegelse også når respiratorpasientene har hatt smerte (12). Dette kan være bekymringsfullt. Adferdsområdet viser likevel i denne studien fra moderat til solid interraterreliabilitet med Kappa på 0,69 i ro og 0,46 under snuing.

Når det gjelder samarbeid med respirator stiller Li et al. (30) spørsmål ved om noen av operasjonaliseringene av adferdsområdene er spesifikke for smerte, eller om de kan forbindes med frykt og angst, noe som også kan være en konsekvens av akutte smerter. Det kan være vanskelig å skille

” Smerter hos respiratorpasienter medfører stress.

oppfatningen om at både de tre adferdsområdene og underkategoriene innen hvert adferdsområde egner seg til å vurdere smerteadferd.

Det ble funnet en ICC på

smertevurderinger av pasientene. Opplæringen av personallet var også mer omfattende i studien til Aissaoui et al (32) og det kan være en årsak til det gode resultatet. Payen et al. (7)

TABELL 3: Interrater-reliabilitet til BPS ved enighet mellom sykepleierne, Kappa og ICC (Referanseverdier for Kappa, og ICC).

	Enighet mellom sykepleierne ¹	Kappa ²	ICC ³
Ansiktsuttrykk i ro	20/25	80 %	0,37
Bevegelser i overekstremitetene i ro	22/25	88 %	0,69
Samarbeid med respirator i ro	22/25	88 %	0,69
Totalsum i ro	17/25	68 %	0,71
Ansiktsuttrykk under snuing	10/25	40 %	0,41
Bevegelser i overekstremitetene under snuing	17/25	68 %	0,46
Samarbeid med respirator under snuing	18/25	72 %	0,51
Totalsum under snuing	6/25	24 %	0,63

¹ Hvor mange av sykepleieparene som var enige om smerteskåren, og prosent enighet av dette.

² Regnet ut på de adferdsområdene som har 2 og 3 variabler, med grenser hvor 0 er ingen enighet, 0,0-0,20 (svak enighet), 0,21-0,40 (rimelig enighet), 0,41-0,60 (moderat enighet), 0,61-0,80, (solid enighet) og 0,81-1,00 (nesten perfekt enighet).

³ Regnet ut på de områdene som har fra fire til syv variabler, med +1,00 (perfekt positiv sammenheng) via 0,0 (ingen sammenheng) til -1,00 (perfekt negativ sammenheng). ICC > 0,70 er forventet.

mellom disse, også fordi studier viser at smerte medfører frykt (1). Likevel tyder funn fra denne studien på at interaterreabiliteten er fra moderat til solid med Kappa på 0,51 under snuing og 0,69 i ro.

At det er bedre interaterreabilitet i ro enn under snuing kan forklares med at det kan være vanskelig å vurdere pasientens adferd når man samtidig snur pasienten. Det kan tenkes at den som står med pasientens rygg mot seg ikke kan se ansiktsuttrykket til pasienten godt og at dette er grunnen til at de to sykepleierne smerteskårer pasienten ulikt. Andre studier tyder på dårligere pålitelighet jo høyere smerteskår pasienten har. Young et al. (33) fant en god sammenheng når BPS-skåren var lav (82–91 prosent), men lavere sammenheng når BPS-skåren var høyere (36–46 prosent). Trenden er den samme i denne studien, der BPS-skåren i ro har en enighet på 80–88 prosent og ICC på 0,71, mens den under snuing har en enighet på 40–72 prosent og ICC på 0,63. Dette kan tyde på at det skåres mer ulikt når man smerteskårer pasienter med høyere smerteskår.

Når det gjelder brukervennligheten ble det ikke avdekket vesentlige mangler i utfyllingen av skjemaet, noe som kan indikere at skalaen er lett å bruke. Dette ble også bekreftet ved pilottestingen av skjemaet da sykepleierne syntes skjemaet var lett å anvende og lett å forstå. Payen et al. (7) fant også at skalaen var lett å bruke og ble godt akseptert av sykepleierne. Smertevurdering med BPS er heller ikke tidkrevende. Denne studien har ikke målt tiden, men tidligere studier anslår fra to til fem minutter (7,32). Ut fra

denne studien ser det ut til at BPS har en god brukervennlighet, men videre undersøkelser er viktig for å belyse påliteligheten til skjemaet.

Studien har flere begrensninger som må nevnes. Det var et lite utvalg der to og to sykepleiere smertevurderte 25 pasienter, noe som gir totalt 50 vurderinger. Lignende studier har smerteskåret fra 30 til 44 pasienter gjentatte ganger slik at man har oppnådd opp til 360 vurderinger per studie (7,32,33). Det er også en svakhet at det ikke er samlet inn opplysninger om hvor mange av sykepleierne totalt som deltok i disse kartleggingene. Videre er det en begrensning at det ikke ble samlet inn data om pasientenes diagnoser og medikamenter, slik at man ikke har mulighet til å se om disse ulikhetene kan relateres til deres smerteadferd. Det var også ønskelig å kartlegge sedasjonsnivået til pasientene da tidligere studier antydte at jo høyere dose sedasjon og analgesi, jo lavere BPS-verdier (7). Aissaoui (32) fant en negativ korrelasjon mellom BPS-skår og sedasjonsnivå. Dette kan tyde på at økt sedasjonsnivå minsker evnen til å uttrykke smerteadferd, eller at

klinikken i dag er det viktig at sykepleierne læres opp i bruken av denne og at man gjør videre undersøkelser med hensyn til interaterreabiliteten også ved MAAS. Det at BPS heller ikke blir sammenlignet med noe annet verktøy med kjente egenskaper er også en begrensning. Studien fokuserer heller ikke på hvilken konsekvens bruken av BPS har for smertebehandlingen til pasientgruppen. Funnene i studien må derfor tolkes med forsiktighet og det er viktig med videre studier for å teste ut brukervennligheten og påliteligheten til BPS.

OPPSUMMERING

Brukervennligheten til den norske versjonen av BPS er god. Skjemaet ble brukt på noenlunde samme måte som tidligere studier av BPS. Studien tyder på at den norske versjonen er sensitiv for smerteadferd og dette er også i tråd med tidligere forskning. Det er lite manglende data ved utfyllingen av BPS-skjemaet og det er ikke tidkrevende å anvende det. Påliteligheten til den norske versjonen varierer noe og ansiktsuttrykk skiller seg ut som det adferdsområdet med noe lavere interaterreabilitet.



Brukervennligheten til den norske versjonen av BPS er god.

pasientene har mindre smerter. Denne studien dokumenterte pasientenes bevissthetsnivå ved hjelp av MAAS (37), men da kun sju av 24 sykepleiepar var enige om MAAS-skår var det umulig å vurdere sammenhengen mellom sedasjonsnivået og smerteskåren. Da MAAS er et hyppig anvendt verktøy i

Å smertevurdere sederte respiratorpasienter er en viktig oppgave for sykepleierne og BPS er et lovende verktøy som gir anledning til å sammenligne og dokumentere smertenivå og evaluere smertelindring. Flere uttestinger av BPS bør gjøres, med blant annet en mer grundig opplæring av personellet.

REFERANSER

1. Claesson A, Mattson H, Idvall E. Experiences expressed by artificially ventilated patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14:116-17.
2. Gêlinas C. Management of pain in cardiac surgery ICU patients: Have we improved over time? *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007;23:298-303.
3. Li D, Puntillo KA. A pilot study to coexisting symptoms in intensive care patients. *Applied nursing research*. 2006;19:216-19.
4. Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST, Stanik-Hutt J, Thompson CL, Rieman L. Patient's perceptions and responses to procedural pain: Results from thunder project 2. *American Journal of Critical Care*. 2001;10:238-51.
5. Stein-Parbury, J, McKinley, S. Patients' experience of being in an intensive care unit: A select literature review. *American Journal of Critical Care*. 2000;9:20-7.
6. Puntillo KA. Dimensions of procedural pain and its analgesic management in critically ill surgical patients. *American Journal of Critical Care*. 1994;3:116-22.
7. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, Lavagne P og Jacquot C. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*. 2001;29:2258-63.
8. Stanik-Hutt J, Soeken K, Belcher A, Fontaine D, Gift A. Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting. *American Journal of Critical Care*. 2001; 10: 252-9.
9. Siffleet J, Young J, Nikolett S, Shaw T. Patients' self-report of procedural pain in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16:2142-8.
10. Puntillo KA, Rietman L, Morris AB, Stanik-Hutt J, Thompson CL, White C. Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *American Journal of critical care*. 2002;11; 415-29.
11. Hall-Lord ML, Larsson G, Steen B. Pain and distress among elderly intensive care patients: Comparison of patients' experience and nurses' assessment. *Heart and Lung*. 1998; 27:123-32.
12. Puntillo KA, Miaskowski C, Kehrlé K, Stannard D, Gleeson S, Nye P. Relationship between behavioural and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. *Critical Care Medicine*. 1997;25:1159-66.
13. Hamill-Ruth RJ, Marohn L. Evaluation of pain in the critically ill patient. *Critical Care Clinics*. 1999; 15:35-54.
14. Hallenberg B, Bergbom-Engberg I, Haljamae H. Patients' experiences of postoperative respirator treatment-influence of anaesthetic and pain treatment regimens. *Acta Anaesthesiol Scandinavica*. 1990; 34: 557-62.
15. Turner JS, Briggs SJ, Springhorn HE et al. Patients' recollection of intensive care unit experience. *Critical Care Medicine*. 1990: 966-8.
16. Rechner JA. Sedation and analgesia in the intensive care unit. *Care of the critically ill*. 2006; 22: 5-8.
17. Epstein J, Breslow M. The stress response of critical illness. *Critical Care Clinics*. 1999: 15: 17-33.
18. Burchardi H. Aims of sedation/analgesia. *Minerva Anestesiologica*. 2004;70:137-43.
19. Gêlinas C, Fortier M, Viens C, Fil lion L, Puntillo KA. Pain assessment and management in critically ill intubated patients: A retrospective study. 2004;13:126-35.
20. Kwekkeboom KL, Herr K. Assessment of pain in the critically ill. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2001;13; 181-94.
21. Hamill-Ruth RJ, Marohn L. Evaluation of pain in the critically ill patient. *Critical Care Clinics*. 1990;15:35-54.
22. Shannon K, Bucknall T. Pain assessment in critical care: What have we learnt from research? *Intensive and Critical Care Nursing*. 2003;19:154-62.
23. Gêlinas C, Johnston C. Pain assessment in the critically ill ventilated adult: Validation of the critical-care pain observation tool and physiologic indicators. *Clinical Journal of Pain*. 2007; 23:497-505.
24. Li D, Puntillo K. What is the current evidence on pain and sedation assessment in nonresponsive patients in the intensive care unit? *Critical Care Nurse*. 2004; 24:68-73.
25. Reschreiter H, Lawson A. Pain management in the Intensive care unit. *Care of the critically ill*. 2007; 23:15-20.
26. vSvendsrud A, Kvarstein G (2008). Smert og intensivpasienten. I; Rustøen T, Klopstad Wahl A (red). Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal norske forlag.
27. Arbour C, Gêlinas C. Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults? *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010;26;83-90.
28. Puntillo, KA, Morris AB, Thompson CL, Stanik-Hutt J, White CA, Wild LR. Pain behaviors observed during six common procedures: Results from Thunder Project 2. *Critical Care Medicine*. 2004;32:421-7.
29. Odhner M, Wegman D, Freeland N, Steinmetz A, Ingersoll GL. Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2003;22:260-7.
30. Li D, Puntillo K, Miaskowski C. A review of objective pain measure for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of pain*. 2008;9:2-10.
31. Cade CH. Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care*. 2008;13:288-97.
32. Aissaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R. Validation of a Behavioral Pain Scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia Analgesia*. 2005; 101:1470-6.
33. Young J, Siffleet J, Nikorette S, Shaw T. Use of a Behavioral Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2006; 22:32-9.
34. Pudas-Tahka, SM, Axelin A, Aantaa R, Lund V, Salanterä S. Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: A systematic review. *Journal of advanced nursing*. 2009;65:946-56.
35. Polit D, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2008.
36. MAPI Institute. Hentet 030510 fra: <http://www.mapi-institute.com/linguistic-validation/methodology>.
37. Devlin JW, Boleski G, Mlynarek M, Nerenz DR, Peterson E, Jankowski M, Horst M, Zarowitz BJ. Motor Activity Assessment Scale: A valid and reliable sedation scale for use with mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 1999; 127:1271-5.
38. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159-174.
39. Sim J, Wright CC. The Kappa Statistic in Reliability Studies: Use, Interpretation, and Sample Size Requirements. *Physical Therapy*. 2005;85:257-68.
40. Payen JF, Chanques G, Mantz J, Hercule C, Auriant I, Leguillou JL, Binhas M, Genty C, Rolland C, Bosson JL. Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients. *Anesthesiology*. 2007;106:687-695.
41. Prakachin KM. The consistency of facial expressions of pain: A comparison across modalities. *Pain*. 1992;51:297-306.



Kunnskapstørst?

Som sykepleier tilhører du en profesjonell yrkesgruppe som tar faget sitt alvorlig. Mange sykepleiere ønsker å holde seg faglig oppdatert, blant annet ved å lese internasjonale forskningsartikler og kunnskapsbaserte nyheter.

Gjennom Sykepleien Forskning får du tilgang til denne typen innhold – på norsk – samt oversikt over andre aktuelle temaer innen faget ditt. Sjekk også ut våre nye nettsider med ny avansert søkefunksjon og gratis tilgang til alt stoff vi publiserer.

Sykepleien Forskning er et vitenskapelig tidsskrift som formidler forskning og nyttestoff relevant for sykepleiere i praksis, sykepleierstudenter og vitenskapelige ansatte som jobber innen sykepleie- og helsefagutdanninger.

sykepleien

forskning



Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Evnen til å være til stede er et kjerneelement i sykepleiefaget. Trening på oppmerksomt nærvær (ON) kan være en metode til å utvikle denne evnen.

Hensikt: Studiens mål var å utforske hvordan sykepleiere opplever fenomenet nærvær i sin sykepleieutøvelse og hvordan trening på oppmerksomt nærvær i form av Mindfulness-Based Stress-Reduction (MBSR), kan påvirke deres opplevelse.

Metode: Et MBSR-program ble gjennomført for seks sykepleiere fra et universitetssykehus og etterfulgt

av dybdeintervjuer som ble analysert ved fenomenologisk-hermeneutisk metode.

Resultater: Sykepleiernes opplevelse av nærvær kan beskrives ved to hovedtemaer. «Å være nær»; en gjenkjennelse av fellesmenneskelige vilkår i relasjonene. «Å balansere i nærvær»; nærhet avhenger av balanse mellom pasienten og andre oppgaver, og mellom nærhet og profesjonell distanse. Etter treningen på ON kan deres opplevelse av nærvær beskrives ved tre hovedtemaer. «Å stå i det åpne»; nærværets åpenhet skaper tillit som påvirker kvaliteten i relasjo-

nene. «Å se»; et nytt blick som er både mer våkent og mer vennlig. «Å være»; en endring fra å gjøre til å være som gir selvinnsikt og større ro.

Konklusjon: Fra å være et relasjonelt fenomen uttrykt ved det å være nær noen, fører ON til en opplevelse av nærvær som indikerer en kompetanseutvikling i retning av Rosemarie Rizzo Parse's teoretiske beskrivelse av sykepleierens «true presence» og Kari Martinsens begrep «Mesterskapet i å se med hjertets øye», og kan innebære en forbedring av sykepleiernes faglige kompetanse.

ENGLISH SUMMARY

Background: The ability to be truly present is a core element in the nursing profession. Training mindfulness could be a method to develop this ability.

Purpose: The aim of this study was to investigate how nurses experience the phenomenon of being present in their nursing, and how mindfulness training as MBRS (Mindfulness-Based Stress Reduction) would influence their experience.

Method: An MBSR program was given to six nurses in a university hospital followed by in-depth interviews, which were analyzed by a phenomenological-hermeneutical method.

Results: The nurses' experience of being present can be told by two main themes. «Being close»; a recognition of common human conditions in relations. «Balancing in presence»; closeness depends on balancing the one patient against the others and other tasks, and between closeness and a professional distance. After the mindfulness training, their experience of being present is described by three main themes. «Standing in the open»; the mindful attitude's openness influences the quality of relations by creating trust. «Seeing»; a new way of seeing, both more clearly and more pleasantly. «Being»; a gradual change from doing to being which involves self-

awareness and a calming presence.

Conclusion: From being a relational phenomenon expressed by being close to someone, the mindfulness training leads to an experience of presence that indicates a development of the nurses' competence in the direction of the theoretic descriptions of both Rosemarie Rizzo Parse's «true presence» and Kari Martinsen's «the championship in seeing with the eye of the heart». Mindfulness training could thus constitute an improvement of nursing skills.

Keywords: Care, Nursing, Nurse-Patient Relationship, Nursing Theory, Stress, Mindfulness

>> Mindfulness – det oppmerksomme nærvær

Forfatter: Berit Andersen Sandvik

NØKKELORD

- Omsorg
- Sykepleie
- Sykepleie-pasient forhold
- Sykepleieteori
- Stress

INNLEDNING

Evnen til å være nærværende ses som en forutsetning for god sykepleieutøvelse (1,2). «This ability to presence oneself, to be with a patient in a way that acknowledges shared humanity, is the base of nursing as a caring practice.» (1, s. 13). Trening på mindfulness, som på norsk betegnes som «oppmerksomt nærvær», kan se ut som et lovende verktøy for å utvikle evnen til å være til stede, og dermed bedre kvaliteten i klinisk og relasjonelt arbeid innen sykepleie.

Det oppmerksomme nærvær (ON) kan defineres som «å være oppmerksom på en særlig måte, bevisst, i det nåværende øyeblikk og uten å dømme» (3, s. 21). Grunnholdninger i treningen er vennlighet og aksept til det som oppleves i øyeblikket, en åpen ikke-dømmende holdning til alt sinnsinnhold og «nybegynnerens sinn», som

innebærer å møte alt som om det var første gang. Tålmodighet, utholdenhet og mot er nødvendig for igjen og igjen komme tilbake til det nåværende øyeblikk (3,4).

ON er etter hvert blitt integrert i ulike helsefremmende og terapeutiske modeller (5). Den mest kjente modellen er Mindfulness-Based Stress-Reduction (MBSR), utviklet ved Jon Kabat Zinn (3,4,6,7). Mindfulness-baserte tilnærminger er gjenstand for stor interesse innen psykologisk og helsefremmende forskning, og det har etter hvert blitt et stort omfang av undersøkelser som viser positive effekter. Trening på ON synes å ha en generell helsefremmende og salutogenetisk effekt (8). Det er påvist effekter som redusert stressnivå, redusert tendens til depressiv grubling (ruminering), økt livskvalitet og bedret evne til selvregulering med utgangspunkt i økt emosjonell oppmerksomhet, forståelse og aksept (8 – 15). Det er gode resultater i behandling av angstlidelser, depresjon, kroniske smerter, borderline personlighetsforstyrrelse og bulimi (13,14). Videre ses terapeutisk effekt ved medisinske tilstander som psoriasis, fibromyalgi, diabetes type 2, revmatisk art-

ritt og kroniske ryggmerter. Hos ulike pasientgrupper som kreftpasienter, hjertesyke og andre kroniske tilstander, er det resultater i form av bedre mestringsevne (13,16).

Det er flere studier av effekten av MBSR-intervensjon på grupper av helsepersonell. Resultatene forteller om bedre evne til avslapning, større tilfredshet med liv og arbeid, økt grad av positive følelser og økt evne til empati, både med andre og seg selv. Videre beskrives redusert angstnivå, økt selvkontroll, større evne til problemløsning, kommunikasjon, og en generell økt kvalitet i klinisk arbeid (17-22).

Forskningsresultatene underbygger tanken om at trening

Hva tilfører artikkelen?

Studiens resultater gir grunn til å anta at trening på oppmerksomt nærvær kan bidra til å utvikle sykepleiefaglig kjernekompetanse.

Mer om forfatter:

Berit Andersen Sandvik er intensivsykepleier med master i helsevitenskap. Hun arbeider som høgskolelektor, og mindfulness-instruktør ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Kontakt: berit.andersen@hist.no.

på ON kan styrke sykepleieres evne til å være nærværende og slik styrke sykepleiers kvaliteten. På denne bakgrunn ble det planlagt et prosjekt med gjennomføring av trening på ON for sykepleiere fra to ulike somatiske sykehusavdelinger. Målet med studien var å belyse hvordan sykepleierne til daglig opplever nærvær i sin sykepleieutøvelse, og å utforske om trening på oppmerksomt nærvær i form av MBSR, kan være et godt bidrag til å øke kvaliteten på sykepleieres nærvær i en travelt sykehushverdag. Følgende problemstillinger ble lagt til

” Evnen til å være nærværende ses som en forutsetning for god sykepleieutøvelse.

grunn for undersøkelsen: Hvordan oppleves nærvær i sykepleieres yrkesutøvelse på somatisk sykehus? Hvordan påvirker treningen på oppmerksomt nærvær sykepleieres opplevelse av nærvær i yrkesutøvelsen? Deltakerne ble intervjuet etter treningsforløpet, og resultatet fra analysen av intervjuene presenteres i denne artikkelen.

METODE

Dybdeintervju ble valgt som datasamlingsmetode. Studien etterspør den subjektive opplevelsen av fenomenet nærvær, hvilket indikerer en fenomenologisk metode. I eksisterende forskning på mindfulness finnes det få kvalitative studier og knapt noen fenomenologiske studier (7,21,22). Innen neurovitenskap og bevissthetsforskning argumenterer nå flere for nødvendigheten av fenomenologiske studier rettet mot den subjektive erfaringen og ikke bare mot effekt (23-26).

Fenomenologiske beskrivel-

ser utvikles på bakgrunn av et tekstlig intervju materiale. Analyse av tekst vil alltid innebære fortolkning og et tilsnitt av hermeneutisk metodikk. Det er derfor valgt metode som tar høyde for begge aspekter, en fenomenologisk-hermeneutiske metode slik den er beskrevet av Lindseth og Norberg (27).

Utvalg

Deltakerne var seks sykepleiere fra to ulike avdelinger ved et universitetssykehus i Norge. Henvendelsen om prosjektet ble rettet til fagenheten ved sykehusets kreftklinikk. Faglig leder

ring, var positivt for prosjektet da det innebærer mye erfaringskompetanse i materialet.

ETISKE VURDERINGER

Tillatelse til deltakelse i prosjektet ble gitt ved de aktuelle avdelingens ledelse via leder for fagavdelingen. Informasjon om prosjektet ble sendt til deltakerne i god tid før prosjektstart, og samtykkeerklæring ble underskrevet av hver enkelt deltaker i forkant av intervjuene. Disse ble anonymisert for å ivareta konfidensialitet, og oppbevaring av data ble godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).

Gjennomføring av prosjektet

Treningen ble gjennomført ved artikkelforfatter etter modell av MBSR. Modellen består av et åtte ukers program med gruppesamling cirka to og en halv timer en gang per uke med en hel dag i tillegg. MBSR består i å trene oppmerksomheten ved bruk av meditative øvelser, yogaøvelser og kroppsscanning-meditasjon. Deltakerne skal også trene oppmerksomt nærvær på egen hånd. Deling av erfaringer gjøres ved hver gruppesamling (3,4).

Alle deltakerne gjennomførte treningsforløpet. Fraværet varierende fra 0–35 prosent. De hadde hjemmeøvelser mellom møtene, både formell meditasjonstrening og øvelser knyttet til hverdag og

TABELL 1: Hvordan sykepleiere opplever nærvær i yrkesutøvelsen

Å være nær	Å være tilstede i tid og rom I en felles livsverden Gir mening
Å balansere i nærvær	Å navigere mellom helhet og del, i effektivitetens ramme, (og) Å våge mellom nærhet og distanse

arbeidsliv. Leksene ble utført i varierende grad. De hadde ikke utlevert CD eller treningshefte.

Etter avsluttet treningsforløp ble deltakerne intervjuet av artikkelforfatter. De ble spurt om hvordan de har opplevd nærvær i sin sykepleieutøvelse, og hvordan treningen på oppmerksomt nærvær har påvirket deres opplevelse av nærvær. For å åpne til autentisk kunnskap fra deres livsverden, ble de oppfordret til å komme med fortellinger. Samtalene som varte fra 30 til 60 minutter, ble tatt opp på bånd og deretter transkribert.

Analyse og fortolkning

Tekstmaterialet er behandlet etter Lindseth og Norbergs anvisning (27). Alle intervjuene ble lest gjennom i flere omganger for å få et helhetsinntrykk. Deretter ble det skrevet en sammenfatning fra hvert intervju, en såkalt naiv lesing. Her ble intervjuet komprimert ned i et slags første inntrykk og forsøkt fanget inn i et mer faglig og fenomenologisk språk. Deretter ble det gjennomført en tematisk strukturanalyse. Hvert intervju ble inndelt i meningsbærende enheter som ble fortettet, deretter abstrahert og tematisert ut fra et sykepleiefaglig og

fenomenologisk perspektiv. På bakgrunn av gjennomgående mønstre i hele materialet, ble temaene fra enkeltintervjuene syntetisert videre til nye temaer. Ved flere refleksjonsrunder over likheter og forskjeller mellom disse, sett ut fra forsknings spørsmål og faglig kontekst, ble de etter hvert samlet inn i større hovedtema. For å ankre tema utviklingen godt i materialet, ble det jevnlig gått tilbake til meningsenhetene i enkeltintervjuene og helheten i teksten. Til slutt ble hovedtemaene vurdert i forhold til den første naive lesingen for å se om det var samsvar med denne. Dette er ment å validere analyseprosessen. Datasamling og analyse ble utført i kontakt med annen fagperson/mentor, og prosjektet har på ulike stadier vært lagt fram på fagseminar i kollega-gruppe.

FUNN

Hvordan oppleves nærvær i sykepleieres yrkesutøvelse på somatisk sykehus?

Opplevelse av nærvær i yrkesutøvelsen beskrives av sykepleierne ved to hovedtema som begge dreier seg om sykepleiefagets relasjonelle karakter. Sykepleiernes spontane forståelse av nærvær er at det handler om

«Å være nær». Videre beskrives flere momenter som har til felles at nærvær krever ulike former for balansering, – «Å balansere i nærvær». Tabell 1 presenterer hovedtemaene med undertemaer.

Å være nær

Å være nær handler om å være til stede i relasjonen med pasienten – «å være der akkurat når du er der». Den er avhengig av tiden og rommet. En sier: «Jeg må ha tid og rom for å ta imot». Tilstedeværelsen karakteriseres av åpenhet og ærlighet og fører til gode samtaler.

Et vesentlig aspekt ved det å være nær er at nærhet skapes ved å bygge bro over til den andres livsverden, hans ressurser og levd liv via det felles menneskelige og gjenkjennbare i situasjonen. Ved dette kan sykepleierne fornemme hva som gir mening for pasienten og gjennom det gi støtte til mestring og endring. En fortelling om å være nær handlet om en pasient som hadde mange likhetstrekk med sykepleierens eget barn: «Hun var like gammel som sønnen min ... hun likte samme musikk ... jeg kunne til en viss grad følge henne fordi jeg hadde noe gjenkjennbart i sønnen min og vennene hans ... jeg kan finne ut hva som gir dem mening og hva livet er for dem annet enn å være syk – det er jo så mye mer».

De gode møtenes nærvær gir mening også for sykepleieren og sanses i kropp og hjerte som glede og velvære. En sier: « ... og det er en sånn veldig god følelse du får – det med å være til stede og gi oppmerksomhet og få til den gode samtalen».

Å balansere i nærvær

Sykepleierne har mange reflek-

TABELL 2: Hvordan sykepleiere opplever nærvær i sin yrkesutøvelse etter trening på oppmerksomt nærvær

Å stå i det åpne	Tillit og dybde i kontakt med seg selv og den andre, (i et) Våkent dialogisk nærvær, (gir) Øyeblikkets modige aksept
Å se	Å se klart (og) Å se vennlig
Å være	Ny innsikt (gir) Stille ro (forankret) I kropp og pust

sjoner som dreier seg om at nærværet skal være balansert. Det å være til stede hos den enkelte pasient skal balanseres med andre pasienter og arbeidsoppgaver og kravet om effektivitet. Deltakerne beskriver at klinisk erfaring gjør det lettere å navigere mellom ulike hensyn.

Et vesentlig balansepunkt ligger mellom nærheten til den enkelte pasient og sykepleierens profesjonelle distanse. En deltaker sier: « ... det er viktig med empati og medfølelse, ... men det må være en grense for meg selv i forhold til hvor nært ting kan bli, det har med min profesjonalitet å gjøre, du må klare å balansere hvor nært nærværet skal være».

Balanseringen avhenger av faglig og personlig kompetanse. En beskriver at det å være nær pasienten både kan gi en god følelse av å mestre og oppleves som utfordrende. Sykepleieren skal være modig nok til å vise seg selv, utfordre egen trygghet og sårbarhet og utforske grensene opp imot det profesjonelle. En sier: «Man våger seg ut på et dypere vann og kan bli utfordret på seg selv fordi man trækker nært».

Hvordan påvirker treningen på oppmerksomt nærvær sykepleierens opplevelse av nærvær?

” Sykepleieren skal være modig nok til å vise seg selv.

Treningens påvirkning av opplevelsen av nærvær, uttrykkes ved beskrivelser som danner tre hovedtemaer: Å stå i det åpne som handler om hvordan den bevisste nærværstiltingens åpenhet påvirker møtet med den andre, seg selv og livet. Å se forteller om hvordan

nærværstiltingen påvirker evnen til å se med et klart og vennlig blikk. Å være dreier seg om en forskyvning fra å være mest handlings- og oppgaverettet til å bli mer preget av det å bare være. Tabell 2 viser hovedtemaene med undertemaer.

Å stå i det åpne

Sykepleierne har erfaringer av at nærværstiltingen gir dem bedre kontakt med seg selv, noe som bidrar til ekthet og trygghet i kommunikasjonen med pasientene. En sier: « ... du må være ekte og da må du ha kontakt innover». Kontakten åpner til en opplevelse av tillit, til seg selv, til den andre og til livet slik det utfolder seg. En annen sier: «Jeg må ha kontakt med meg selv så blir det ikke like viktig å produsere svar – for det ligger der det som skal komme, det kommer hvis man slapper litt av». Det synes som om pasientene gjennom dette kommer til større ro og tillater dypere kontakt i møtet med sykepleieren.

Oppmerksomheten i nærværet oppfatter samtalsrytme av stillhet, pause, snakk og variasjon i toneleie og øker sykepleierens evne til å sanse eller lese pasienten i det han åpner for kontakt og når han lukker igjen. Dette skjer ved et dialogisk nærvær hvor man er våken

og oppmerksom på den andre samtidig som oppmerksomheten også er rettet innover, mot egne stemninger og reaksjoner. En sier: «Kanskje er jeg på to plan, jeg observerer meg selv samtidig som jeg snakker».

Informantene opplever at et oppmerksomt nærvær gir dem

økt trygghet og en åpen holdning til det som skjer. Holdningen gir ro og mot til å stå i det åpne, uansett hva situasjonen vil bringe. En sier dette slik: «La det komme, la det skje og la det gå igjen. Ja, det synes jeg er veldig bra – la det komme, også det som kan være ubehagelig».

Å se

Sykepleierne beskriver at nærværstiltingen påvirker måten å se på. Nærværets konsentrasjon skaper klarhet, overblikk og skjerper evnen til observasjon. Oppmerksomheten fanger både helheten i pasientsituasjonen, og oppfatter detaljer som gir sykepleieren viktig informasjon. En sier:

«Jeg så minespillet i ansiktet og munnen, hele uttrykket på en mer oppmerksom måte, og hvordan kroppen beveger seg, sitter og ... blir mer oppmerksom på hele personen ... jeg fikk et annet blikk og en annen kontakt og så bedre detaljene. Som ga informasjon. Og som kanskje gjorde meg litt overrasket».

Informantene opplever at den ro og åpenhet som ligger i treningen, fører til en følelse av vennlighet og opplevde treningens fokus på å utvikle en vennlig innstilling, som vesentlig. Det oppmerksomme nærvær gjør det lettere å se den andre med en ekte følelse av vennlighet, noen beskriver det som å se den andre med nye øyne. En sier dette slik: «Så blir jeg mer vennlig selv, og da klarer jeg å se henne godt – med andre øyne. Og da ser jeg et annet ansikt, og det gjorde at hun også var ok».

Flere beskriver positive erfaringer med å møte vanskelige situasjoner med en grunnholdning av vennlig aksept i stedet for å fortrenge egne følelser ved «å ta seg sammen». Innstillingen gir en form for hvile i seg selv hvor man

ikke så lett blir personlig såret og gjør det mulig å være tydelig, men trygg.

Å være

Alle sykepleierne beskriver at treningen på MBSR har gjort de mer bevisst på hvordan sinnet fungerer. En sier: «Særlig dette med å la tankene komme og la dem bare gå. Bare registrere tanken og la den gå videre, det tror jeg kjennes all right. Og det var vel egentlig noe helt nytt». Treningen har ført til at deltakerne har fått bedre kjennskap til egne tankemønstre og emosjonelle reaksjoner, slik at de lettere kan handle på andre måter med større ro.

Det oppmerksomme nærvær åpner for større kontakt med bare det å være, med en tillitsfylt og åpen ro, en stillhet fundert i både kropp og sinn. Denne form for væren blir vesentlig både i kontakten med pasientene og i pressete situasjoner, og fører til mer energi og positive følelser for sykepleierne. De forteller om mindre stress, mer ro og støtte til emosjonell regulering. En beskriver en krevende situasjon hvor hun bevisst brukte nærværstreningen: «Det var så godt å roe ned – så kunne jeg kanskje våge å si noe. Det ga meg en annen kontroll, jeg kan bli så følelsesengasjert...».

Erfaringene av rolig væren er forbundet med kontakten med kroppen og pusten i kroppen, og innebærer en tydeliggjøring av sammenhengen mellom kropp og sinn. En sier: «Jeg har lært å ta kontroll over kroppen min sånn at du ikke blir helt sånn svevende og ... du vet når man blir stresset og er helt sånn, så har man jo ikke kontakt i det hele tatt til tider med kroppen».

DISKUSJON

Utgangspunktet for studien

er nærvær som et kjerneelement i sykepleiefaget, funnene sammenholdes derfor her med sykepleiefilosofi ved Rosemarie Parse og Kari Martinsen, som begge har et uttalt fenomenologisk ståsted.

Parse (28,29) ser sykepleierens oppgave ved «true presence», det å være ekte til stede i et nærvær som ikke har som intensjon å endre eller intervenere, men som skal bevitne den andre personens opplevelse.

” Det er lettere å se den andre med en følelse av vennlighet.

Hun beskriver sykepleierens nærvær som en aktiv stillhet hvor man er våken for hvert øyeblikks forandring i mening. Dette avhenger av at sykepleieren kan legge seg selv til side for å være åpent oppmerksom mot den andre og det øyeblikket som er. Ved dette kommer hun til stede i et fokusert og inderlig nærvær som gir en vennlig ro, en stille væren.

Martinsen (30) sier at sykepleieren ser med «hjertets øye» når hun ved sin sansning lar seg berøre på en deltakende oppmerksom måte. Deltakende ved at vi kommer til stede i en felles verden og gjenkjenner oss selv i den andre ved det som er likt. Samtidig ser «hjertets øye» den andres unike betydning og lar ham tre frem som seg selv. Blikket er dobbelt ved en åpen rommelighet som fanger nyanse, samtidig som det vurderer faglig og utforskende. Slik er det et godt klinisk blick. I «mesterskapet i å se med hjertets øye» er sykepleieren sanselig til stede med det deltakende «hjertets øye» vendt mot den andre, i en stille væren hvor den andre får tre frem.

Nærvær ble før treningen opplevd som et relasjonelt fenomen som, utfoldet innen visse rammer og hensyn karakteriseres av nærhet og innlevelse ut fra det å kjenne seg igjen i den andre i en verden vi deler. Fortellingene handlet om det Martinsen beskriver som «å se med hjertets øye». Sykepleierne vektla sanselig nærvær i tid og rom basert på gjenkjenning av våre fellesmenneskelige vilkår, utfoldet innenfor visse rammer

og hensyn.

Etter treningen fikk fortellingene om nærvær flere nyanse. Det er fremdeles relasjonelt rettet mot den andre, men det er blitt en større våkenhet på nærværet til seg selv. Sykepleierne er kommet nærmere det å kunne legge seg selv til side, og gi rom for den andre. De bevitner den andre og lar ham få tre frem som seg selv. Nærværet har blitt et dypere og mer sanselig fenomen som åpner til en form for rolig væren i nuet og hvor en stemning av vennlighet er det som tydeligst trer frem hos disse sykepleierne. Et «hjertets dobbeltblikk» ligger i nærværet og gjør det mulig å se den andres ansikt på en ny måte, samtidig med en klinisk skarpheit. Beskrivelser av ny innsikt, sterkere pasientfokus og følelse av ro, stillhet og tillit, antyder at det dreier seg mer om å være enn å gjøre. Dette samsvarer både med Parse's beskrivelse av «true presence» og Martinsens «mesterskapet i å se med hjertets øye».

I forhold til andre studier på mindfulness innebærer denne stor vektlegging av vennlig-

het. Dette er erfaringsmessig en vesentlig gevinst av trening på ON ved den ikke-dømmende holdning og aksept av virkeligheten slik den er. Dette kommer ikke så tydelig til uttrykk i de kvantitative effektstudiene, selv om flere har positive målinger på empati og selvomsorg (6,7,11,13,18). Kvalitative studier på mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT), beskriver økt oppmerksomhet på egne mønstre av tanker, følelser og

let kan være farget av opplevelsen med treningen. Deltakerne burde vært intervjuet angående dette før treningen på ON. Men deres fortellinger handlet om situasjoner fra før treningen, hvilket ga tilgang til den kunnskapen forskningsspørsmålet etterspurte.

Artikkelforfatter har både gjennomført treningen, intervjuet og analysert materialet, noe som gjør at resultatet er sårbart med henhold til forske-

økt emosjonell oppmerksomhet og aksept, økt evne til empati, og bedre evne til avslapning og mestring. Dette samsvarer godt med studiens funn, noe som kan indikere en viss overførbarhet. Resultatene fra de kvalitative studiene støtter dette ytterligere.

KONKLUSJON

For studiens sykepleiere er nærvær i utgangspunktet et relasjonelt fenomen hvor sykepleier og pasient kommer nær hverandre ut fra en gjenkjennelse av fellesmenneskelige livsvilkår. I profesjonell sammenheng blir dette en balansekunst mellom ulike hensyn. Treningen på ON har gitt nye erfaringer som utvider og nyanserer opplevelsen av nærvær og gir derigjennom sykepleierne bedre redskaper til å kunne bevitne den andre for at han skal kunne tre frem som seg selv, jamfør Martinsen og Parse. Treningen har ført dem lenger i «mesterskapet i å se med hjertets øye», og dermed i å utvikle et godt skjønn i faget. Et vesentlig trekk ved de nye erfaringene er hvordan trene og bygge opp en holdning av vennlighet. Denne åpner for at det i nærværets øyeblikk kan utfolde seg en lavmælt kvalitet av kjærlighet.

Studiens resultater gir grunn til å anta at trening på oppmerksomt nærvær kan være et godt bidrag til å utvikle en sykepleiefaglig kjernekompetanse som kan virkeliggjøre filosofiske utlegninger av sykepleiefagets natur etter teoretikere som Parse og Martinsen.

En implementering av trening på ON i utdanning og klinikk bør baseres på et videre forsknings- og utviklingsarbeid. I tillegg til å finne effekter og erfaringer for den enkelte sykepleier

” Fortellingen om nærvær handler om å se med «hjertets øye».

persepsjon (31–34). Holdningen av vennlig aksept, her hovedsakelig rettet mot egen situasjon, er et vesentlig tema i et par av disse studiene (31,32). Trass ulikhet med henhold til intervensjon og gruppe, samsvarer dette godt med mine funn. Mer i tråd med mitt prosjekt er Cohen Katz et al.'s (22) kvalitative analyse av MBSR-trening til sykepleiere. Her ble det gjennomført både individuelle dybdeintervju og fokusgruppeintervju etter treningsperioden. Resultatet var at sykepleierne hadde blitt mer tilstedeværende i relasjonen med andre på en ikke-reaktiv måte, de var blitt mer pasientorienterte, og de opplevde økt evne til empati og til å verdsette andre. Disse hovedmomentene er i samsvar med funnene i min undersøkelse.

STYRKER OG SVAKHETER

Studien har flere begrensninger som resultatet må ses i lys av. Selve treningen ble gjennomført i en travel sykehushverdag, sykepleierne var få og presset på tid. I ettertid ses en svakhet ved designet ved at svaret på det første forskningsspørsmå-

rens påvirkning på alle ledd i prosessen. For å redusere egen påvirkning, er metodiske valg og tolkning diskutert med mentor på flere punkter underveis. Eget engasjement for å styrke utøverne i helsevesenet ved bruk av trening på ON, kan fort ha bidratt til at jeg kan ha påvirket intervjukandidatene i positiv retning, og til at tolkning av funn blir uriktig positiv. Før intervjuene ble dette diskutert med intervjukandidatene i et forsøk på å skape klima for andre meninger. I intervjusituasjonen ble forståelse og tolkning av utsagn kontrollert underveis ved direkte spørsmål. Forskerens egen meditasjonskompetanse og nærhet til prosjektet er på den andre side positivt ved at det letter forståelsen i intervjusituasjonen, og bidrar til å sikre gode oppfølgingsspørsmål. Under analysearbeidet har jeg lagt stor vekt på våkenhet og redelighet i forhold til egne føring.

Det er vanskelig å si om disse sykepleierne erfaringer uttrykker noe generelt og overførbart. Som beskrevet i artikkelens innledning, har forskning påvist effekter som redusert stress,

eller -student, også undersøker kvalitet, finner man samarbeidsforhold og pasientenes opplevelse av pleie og omsorg der personalet har trent oppmerksomt nærvær.

REFERANSER

1. **Benner P, Wrubel J.** The primacy of nursing: Stress and coping in health and illness. Addison-Wesley, Menlo Park, Calif. 1989.
2. **Caldwell B et al.** Presencing: Channelling therapeutic effectiveness with the mental ill in a state psychiatry hospital». Issues in Mental Health Nursing: 2005; 26:853–71.
3. **Hecksher MS, Nielsen LK, Piet J.** Mindfulness. Manual til trening i bevidst nærvær. Hans Reitzels forlag, København. 2010.
4. **Kabat-Zinn J.** Full catastrophe living, 15th anniversary edition. Piatkus, London. 1991.
5. **Kabat-Zinn J.** Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present and Future. Clinical Psychology: Science and Practise 2003;10:2,144–53.
6. **Shapiro S et al.** Mindfulness-Based Stress-Reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. International Journal of Stress Management 2005;12(2): 164–76.
7. **Irving JA, Dobkin PL, Park J.** Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of Mindfulness-Based Stress-Reduction (MBSR). Complementary Therapies in Clinical Practice, 2009;15:61–6.
8. **Carmody J, Baer R.** Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a Mindfulness-Based Stress-Reduction program. Journal of Behavioural Medicine; 2008;31:23–33.
9. **Grossman P et al.** Mindfulness-Based Stress-Reduction and health benefits. A meta- analysis. Journal of Psychosomatic research 2004;57:35–43.
10. **Salmon et al.** Mindfulness meditation in clinical practice. Cognitive and Behavioural Practice 2004; 11:434–46.
11. **Chiesa A, Serretti A.** Mindfulness-Based Stress Reduction for stress management in healthy people. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2009; 15(5): 593–600.
12. **Deyo M et al.** Mindfulness and rumi-

Takk til deltakere og andre involverte ved sykehuset for deres velvillige engasjement, til førstelektor Berit Nicolaysen ved Avdeling for sykepleie, HiST,

for støtte til arbeidsprosessen og takk til Jens-Erik Risom ved Vækstcenteret i Danmark, for supervisjon og flott undervisning gjennom mange år.

- nation: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? Explore, 2009; 5(5): 265–71.
13. **Praissman S.** Mindfulness-Based Stress-Reduction: A literature review and clinician's guide. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2008;20:212–216
 14. **Greeson J.** Mindfulness Research Update: 2008. Complementary Health Practice Review 2009;14(1): 10–18.
 15. **Jain S et al.** A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination and distraction. Annals of Behavioural Medicine, 2007;33 (19): 11–21.
 16. **Garland E, Gaylord S, Park J.** The role of mindfulness in positive reappraisal. Explore 2009;5:37–44.
 17. **Davies W.** Mindful meditation. Healing burnout in critical care nursing. Holistic Nursing Practise 2008;22:32–6
 18. **Beddoe AE, Murphy SO:** Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? Journal of Nursing Education 2004;43(7): 305–12.
 19. **Cohen-Katz J et al.** The effects of Mindfulness-Based Stress-Reduction on nurse stress and burnout. A quantitative and qualitative study. Part 1. Holistic Nursing Practise 2004;18 (6): 302–308.
 20. **Cohen-Katz J et al.** The effects of Mindfulness-Based Stress-Reduction on nurse stress and burnout. Part 2. Holistic Nursing Practise 2005;19:26–35.
 21. **Proulx K.** Integrating Mindfulness-Based Stress Reduction. Holistic Nursing Practice 2003;17(4): 201–8.
 22. **Cohen-Katz J et al.** The effects of Mindfulness-Based Stress-Reduction on nurse stress and burnout. Part 3. Holistic Nursing Practise 2005; 19:78–86.
 23. **Childs D.** Mindfulness and the psychology of presence. Psychology and Psychotherapy and Practice, 2007;80:367–76.
 24. **Brown KW, Cordon S.** Towards

- a Phenomenology of mindfulness: Subjective experience and emotional correlates. Clinical Handbook of Mindfulness, ed. Fabriziod F. Springer, New York 2009:59–84.
25. **Nanda J.** Mindfulness, a lived experience of existential- phenomenological themes. Existential Analysis 2009;20:147–62.
 26. **Varela FJ, Shear J.** The view from within: first- approaches to a study of consciousness. Imprint Academic, Thorverton. 1999.
 27. **Lindseth A, Norberg A.** A phenomenological hermeneutic method for researching lived experience. Scandinavian Journal of Caring Science 2004;18:145–53.
 28. **Parse RR.** The human becoming school of thought. Sage, London. 1998.
 29. **Munck K.** Human becoming theory. Ny inspiration til sygeplejen? Fokus på sygepleje; -videnskab og samfund, red.: Uhrenfeldt L, Røn Noer V og Laustsen S København: Munksgaard 2002: 87–105.
 30. **Martinsen K.** Øyet og kallet. Fagbokforlaget, Bergen. 2000.
 31. **Allen M et al.** Participants' experiences of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: "It changed me in just about every way possible». Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2009; 37:413–30.
 32. **Mason O, Hargreaves I.** A qualitative study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. British Journal of Medical Psychology 2001;74:197–212.
 33. **Winship G.** A qualitative study into the experiences of individuals involved in a mindfulness group within an acute inpatient mental health unit. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2007;14:603–8.
 34. **Griffiths K, Camic PM, Hutton JM.** Participant experiences of a Mindfulness-Based Cognitive Therapy group for cardiac rehabilitation. Journal of Health Psychology 2009;14:675–81.

Les kommentaren på side 282 >>

Mangler dybdebeskrivelser

› Det hadde vært lettere å forstå innholdet i metoden hvis det fremgikk hva øvelsene knyttet til hverdag og arbeidsliv gikk ut på.



Av Liv Skomakerstuen Ødbehr

Lektor ved Høgskolen i Hedmark, Avdeling for Folkehelsefag, Institutt for sykepleie og psykisk helse

Studiens hensikt var å utforske hvordan sykepleiere opplever fenomenet «nærvær» i sin yrkesutøvelse, og hvordan trening på Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) kan påvirke sykepleieres opplevelse av dette.

Betydningen av et aktivt nærvær i møtet med pasienter, er en viktig side av pleien og omsorgen til mennesker med sykdom og lidelser. Beskrivelsen av «nærvær» baserer seg på en en-til-en relasjon mellom sykepleier og pasient, hvor sykepleierens egne holdninger er viktige. Når det oppmerksomme nærværet oppleves godt, gir det mening for sykepleieren. I funnpresentasjonen blir opplevelsen av nærvær gjengitt som tilstedeværelse, å bygge bro over til den andres livsverden, tilfredshet med seg selv, mestring og oppmerksomhet på egne grenser. Dette er forhold som er viktige å være bevisste på i samhandlingen med syke mennesker, og svært relevant i sykepleierens praksis.

Det framgår videre av artikkelen at trening på det oppmerksomme nærvær (ON) har en salutogenetisk effekt både for helsepersonell og pasienter med tanke på blant annet mestring, livskvalitet og velvære. Grunnholdningene i treningen (MBSR) appellerer til det åpne og imøtekommende sinnet hos sykepleieren. Innenfor sykepleiefilosofi er dette kjente tanker. Treningen som er brukt i studien, kan likevel virke fremmed for mange sykepleiere. Meditative øvelser, yogaøvelser og kroppsscanning-meditasjon er ikke vanligvis brukt hverken i utdanningen eller i praksis. Det framgår heller ikke hva det ble mediterert over. En nysgjerrig leser vil også kanskje vite hva øvelsene knyttet til hverdag og arbeidsliv gikk ut på, slik at det hadde vært lettere å forstå innholdet i selve metoden. Selv om det er valgt en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming til analyse og fortolkning av feno-

menet «nærvær», kan det virke som dybdebeskrivelsene forsvinner litt i presentasjonen av funn.

Artikkelen er spennende i den forstand at det er begrenset med forskning på bruk av MBSR som metode i sykepleievitenskapen og i sykepleierens praksis. Av den grunn framstår den som banebrytende og nytenkende. Den løfter fram et viktig tema i det ekte og oppriktige møtet mellom sykepleier og pasient. Det ville vært interessant med videre forskning i forhold til å utvikle det oppmerksomme nærvær (ON), hvor det også tas i bruk andre metoder innenfor ulike helsefremmende og terapeutiske modeller, slik at ikke ulike synspunkter på selve metoden (MBSR) blir et hinder for videre utvikling av temaet «oppmerksomt nærvær».

Les artikkelen på side 274

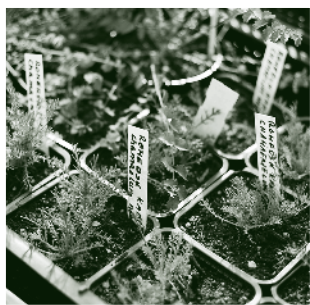


Har du tatt doktorgrad?

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.



HAGEARBEID HJELPER MOT DEPRESJON

► Grønne omgivelser har blitt sett på som viktig for mennesker med psykiske lidelser i mange hundre år. Marianne Thorsen Gonzales har dokumentert effekten.

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Erik M. Sundt

Marianne Thorsen Gonzalez har vært opptatt av ville blomster siden barndommen. I dag forsker hun på hagearbeidets virkning på mennesker med depresjon.

– Jeg vokste opp med nær kontakt til naturen – både fjell og sjø. Det har alltid vært av vesentlig betydning for meg å være mye ute. I de senere årene har jeg hatt min egen hage og fått dyrket min interesse for blomster og planter i fullt monn, forteller Gonzalez.

MORSOMT PROSJEKT

Gonzalez har hovedfag i sykepleie-vitenskap og er klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie. Da stipendiatstillingen på betydningen av terapeutisk hagebruk for bedret psykisk helse ble utlyst på Universitetet for miljø- og biovitenskap var det nærliggende å søke.

– Prosjektet har vært kjempemorsomt fra første dag.

Til sammen 46 personer med moderat til alvorlig depresjon har deltatt i forskningsprosjektet som har foregått på fire gårder i Oslo og Akershus. Her har deltakerne

sådd blomster, urter, priklet, plantet, gjødslet, ryddet og høstet. Prosjektet gikk over 12 uker, to ganger pr. uke, tre timer om gangen.

– Vi hadde et prosjekt i 2008 og ett i 2009. Det største problemet var å rekruttere deltakere, sier Gonzalez.

Deltakerne ble rekruttert via fastleger og NAV. Gonzalez tror den manglende responsen har sammenheng med depresjonens natur.

– Mennesker med depresjon har ofte lite krefter og da kan det virke overveldende å reise til en gård to ganger i uka. De som til slutt meldte seg var derfor motiverte, mener hun.

BLE BEDRE

Ved hjelp av validerte, standardiserte spørreskjemaer ble depresjonen målt hos deltakerne i forkant av prosjektet, underveis og etterpå.

– Vi fant signifikant bedring både i depresjon, angst, stress, emosjoner, grubling og oppmerksomhetskapasitet. Etter prosjektet var avsluttet gikk bedringen noe tilbake, forklarer hun.

– Vi kan ikke sikkert vite at det var terapeutisk hagebruk som var

virksomt, presiserer Gonzalez, men vi fant at endring i miljøet og fascinasjon i det man holdt på med var virksomme komponenter og at det sosiale fellesskapet også spilte en rolle.

– Men det er vel ikke noe nytt at grønne omgivelser er viktig for mennesker med psykiske lidelser?

– Nei, prosjektets styrke ligger i at det er første gang noen forsker på terapeutisk hagebruk ved diagnostisert depresjon.

Gonzalez forteller at helt siden psykiatri ble et eget fag på slutten av 1700 tallet har man hatt en intuitiv forståelse for at nærhet til naturen og grønne omgivelser er viktig for den psykiske helsen. Terapeutisk bruk av aktiviteter på gården, i parker og hage er de første terapeutiske strategiene i psykiatrien.

– Historisk sett ble asylene lagt i naturskjønne omgivelser i hele Europa og USA. Mitt bidrag er en mer systematisk utforskning både i klinisk forskning og testing av teoretiske hypoteser innenfor psykisk helsearbeid, sier Gonzalez.

SUPPLEMENT

– Men det er viktig å understreke at terapeutisk hagebruk er et supplement til vanlig behandling som



> **I hagen:** Marianne Thorsen Gonzales har alltid vært glad i planter og blomster. Nå har hun påvist at hagearbeid har positiv effekt for mennesker med depresjon.

samtalerapi og eventuelt medisiner, presiserer hun.

– *Tror du dine funn vil endre praksis?*

– Det er som sagt mange som bruker hagerelaterte aktiviteter som en del av miljøterapien uten dørs i psykiatrien. Dette er det av og til vanskelig å finne forståelse for hos den faglige ledelsen i avdelingene. Jeg håper derfor at mine funn kan bidra til å underbygge, legitimere og systematisere denne viktige delen av miljøterapien, sier Gonzalez.

Gonzalez tror på en aktivitetsbasert livsstil for alle, men spesielt for personer som strever med den psykiske helsen.

– Jeg håper også at mine funn kan inspirere til at personer som er langvarig deprimerte og er utenfor arbeidslivet, tilbys et fast lavterskel aktivitetstilbud. Sosialt fellesskap, endring i miljø og noe som engasjerer oppmerksomheten antas å være viktig for den psykiske helsen.

HAGETERAPI PÅ TJØME

Dyveke Sundt Frogner, psykiatrisk sykepleier for barn og unge i Tjøme kommune, sier Gonzalez funn stemmer med hennes erfaringer fra praksis.

– Her i kommunen samarbeider vi tett med hage terapeut Marianne Leisner som driver «Grønn Omsorg», forteller hun.

To ganger i uka tar Leisner imot mennesker med psykiske problemer på sitt økologiske gårdsbruk. Aktivitetstilbudet består av hagearbeid, sylting,

til og kursdeltakerne føler seg trygge der.

– *Hvordan vet dere at hage terapien har effekt?*

– Dette er jo ikke noe jeg kan dokumentere, det er noe jeg erfarer, sier Frogner.

– Det er selvsagt individuelt, men hos noen ser man veldig tydelig at hagearbeid er viktig. Man ser at de trives og at de får det bedre. Mange tar med seg det de lærer hjem og fyller eget hus og hage med planter og blomster, forteller Frogner.

”” Prosjektet har vært kjempemorsomt fra første dag.

safting og fletting av piletrær. Et par ganger i året arrangeres markeder hvor kursdeltakerne selger det de selv har produsert.

– Man merker det med engang man kommer dit, stedet har er en fantastisk atmosfære. Gården ligger skjermet og rolig

– Men jeg tror også at det å knytte bånd til de andre deltakerne, det sosiale nettverket, spiller en stor rolle for trivselen. Marianne Leisner er en raus og varm person som skaper trivsel og trygge omgivelser for ekstra sårbare mennesker.

– SYKEPLEIERE ER IKKE REDDE FOR IKT

› Gode ikt-systemer i helsevesenet forutsetter kjennskap til de forskjellige arbeidskulturene.

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Erik M. Sundt

Ragnhild Hellesø forsker på bruk av elektroniske informasjonssystemer mellom helsepersonell, innad i sykehus, mellom sykehus og kommune, og innad i kommunene.

– Dette er jo samhandlingsproblematikk. Men jeg var opptatt av dette samhandlingsfeltet lenge før det ble satt på den politiske dagsorden, forteller hun.

TOK DOKTORGRAD

Hellesø jobbet som oversykepleier da sykehusene på midten av nittitallet begynte å innføre elektroniske pasientjournalssystemer. Hun tok med seg problemstillingene fra klinikken inn i forskningen og disputerte med avhandlingen «Ord over skigard» i 2005. Tema var

nå «Bridging the information gap in patient transition» (BIG). Begge prosjektene er støttet av Norges forskningsråd (NFR).

ELIN-K

Hovedfokus i IBB var å samle kunnskap om hvordan sykepleiere og leger i sykehus produserer og utveksler informasjon med kollegaer på kommunenivå. I BIG er målet å få mer innsikt i hvilken betydning elektronisk kommunikasjon mellom helsepersonell på forskjellig nivåer i helsetjenesten har for kvaliteten på pasientomsorgen.

– I BIG tar vi utgangspunkt i de kommunene som har tatt i bruk ELIN-k-løsningene, forteller hun.

Elin-k står for elektronisk informasjonsutvikling i kommunen og er et samarbeid mellom

Ragnhild Hellesø

f. 1955

Utdanning: Sykepleier, dr.polit. og førsteamanuensis

Arbeidssted: Universitetet i Oslo, institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap

e-helsefeltet for sykepleiere i kommunen. Men hvilken betydning det har for samhandlingen og kvaliteten på pasientomsorgen, er viktig å finne ut av. Det er det vi nå undersøker i BIG-prosjektet.

SOM Å UTVIKLE KART

Det har vært en aha-opplevelse for Hellesø å se hvor mange forskjellige kulturer som finnes innenfor helsevesenet.

– Ikke bare mellom forskjellige institusjoner som sykehus og kommune, men fra avdeling til avdeling.

– Sykehusets mål er for eksempel det akutte; pasienten skal bli fortest mulig frisk og utskrivningsklar. Mens hjemmesykepleieren i kommunen har helt andre, mer langsiktige mål, utdyper hun.

Hellesø mener dette kan være en av grunnene til at det har vist seg å være vanskelig å lage gode elektroniske løsninger som er tilpasset ulike helsepersonellgruppers behov.

– Min viktigste oppgave er å bidra til kunnskap om informasjonsterenget i dette kulturlandskapet. IKT-systemer er som kart, og det er vanskelig å lage et brukbart kart hvis vi ikke helt vet hvilket terreng vi skal utvikle kart til, påpeker hun.

” Kulturforskjellene er mange og store.

informasjonsutvekslingen mellom sykepleiere i sykehus før og etter innføringen av elektronisk pasientjournal.

Etter doktorgradsarbeidet har hun ledet to store forskningsprosjekter på e-helsefeltet: «Interaction beyond boundaries» (IBB) som var postdoktorarbeidet, og

Norsk Sykepleierforbund og KS. Målet er å skape bedre samhandling i helsetjenesten, effektivisere og kvalitetssikre informasjonsoverføring og kommunikasjon og frigi mer tid til direkte arbeid med pasientene.

– Vi tror Elin-k er et stort og viktig gjennombrudd innenfor



GODE PÅ Å TILPASSE SEG

For å kartlegge informasjonsflyten mellom sykehus og kommunehelsetjenesten har Hellesø og en av forskerne i BIG blant annet fulgt hjemmesykepleiere på jobb.

– Vi har sett på om de har den informasjonen de trenger om pasienten for å gi god pleie, i hvilke situasjoner de trenger informasjon og hva de gjør for å skaffe seg informasjonen.

Datamaterialet er ikke ferdig analysert, så hun vil ikke trekke noen konklusjoner.

– Men jeg har stor respekt for den jobben hjemmesykepleierne gjør. De møter mange utfordringer i hverdagen fordi de ikke alltid har tilgang til nødvendig informasjon om pasientene når de er hjemme hos dem. De bruker derfor unødig tid og krefter på å spore opp den informasjonen de trenger, for eksempel per telefon. Men de er gode på å tilpasse seg situasjonen.

– *Er det en myte at sykepleiere vegrer seg for å bruke IKT?*

– Ja, det tror jeg. I hvert fall så lenge det ikke er noen motsetning mellom å bruke IKT-systemer og å gi god pleie. Ingen av de sykepleierne i sykehus og hjemmesykepleierne vi har intervjuet, ønsker seg tilbake til tiden før IKT ble innført, på tross av

at systemene fremdeles ser ut til å ha store mangler. Hun understreker at sykepleie er en informasjonsintensiv virksomhet.

– Den politiske målsettingen er at alle epikriser skal sendes fra sykehus til fastleger innen en uke etter at pasienten er utskrevet fra sykehus. Men dette er ikke tilstrekkelig for at hjemmesykepleierne skal kunne gi forsvarlig helsehjelp til pasientene etter et sykehusopphold.

Hun viser til at ting tar tid og at det fremdeles er et stykke fram til målet er nådd.

– Sykehusene kommuniserer med fastlegene elektronisk, men hjemmesykepleierne har som sagt ikke tilgang til denne kommunikasjonen.

TRENGER TID

Hellesø har også, i samarbeid med Line Melby fra NTNU, undersøkt hva som var suksesskriteriene når kommunene etablerte løsninger for elektronisk kommunikasjon mellom samarbeidsparter.

– Vi fant at tid er en viktig faktor i utvikling av elektroniske samhandlingsløsninger. De kommunene som hadde best resultater var rett og slett de som hadde holdt på lengst.

Å implementere IKT er en lang

og tidkrevende prosess, påpeker Hellesø.

– Men tid alene løser ikke problemene. Det er viktig at man jobber med organiseringen og innhold samtidig. Hvis IKT-systemet skal fungere må man se både på arbeidsrutiner og faglige spørsmål samtidig. Og ikke minst er det viktig med en dedikert prosjektledelse, god forankring og langtidsperspektiv på arbeidet.

Hellesø poengterer at det derfor er viktig å jobbe på flere plan samtidig når IKT-systemer skal innføres.

– Man må kartlegge hvem som har ansvaret for å sende informasjonen og undersøke kvaliteten på den informasjonen som blir sendt, kort sagt; utvikle strategier.

LETER ETTER SVAR

Hun synes det er morsomt å forske fordi det gir rom for å være nysgjerrig og kreativ og det kan bidra til kunnskapsutvikling på områder som har betydning for pasientene.

– Jeg oppdager stadig nye ting mens jeg forsker som jeg ikke visste noe om fra før. Jeg liker at jeg ikke alltid har et svar og at jeg må tenke og analysere meg fram til nye svar.

REALISME I PRAKSISNÆR FORS

Deltakende observasjon kan bidra til nye perspektiver på praksis.

Av **Jan Kåre Hummelvoll**, Professor i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid, Avdeling for folkehelsefag, Institutt for sykepleie og psykisk helse, Høgskolen i Hedmark

Professor Astrid Klopstad Wahl spurte i et innspill i Sykepleien Forskning (1): «Er kunnskapsutviklingen i dagens sykepleieforskning optimalt fokusert på overføring av kunnskap til praksis?» Hun svarte nei, og begrunnet det med at forskning på komplekse intervensjoner i sykepleie krever en «ny» forskningstradisjon som handler om å studere intervensjoner mer helhetlig, gjennom ulike faser og prosesser knyttet til utvikling av tiltak, tilpasning og gjennomføring, evaluering og endelig implementering. Jeg deler Klopstad Wahls syn på behovet for forskningsopplegg som søker å ivareta mangfoldet i praksissituasjonen. Det er et faktum at mange forskningsresultater ikke omsettes til praksis. Dette har å gjøre med flere forhold, blant annet det store antallet forskningsstudier som publiseres, måten disse presenteres på, praktikernes tidsklemme og kanskje også manglende forutsetninger for å vurdere forskningsresultater. Slike forutsetninger trengs: Forskningsresultater må oversettes slik at de blir meningsfulle før de eventuelt vurderes som relevante for omsetting i den lokale kontekst.

Siden en helhetlig forskningstilnærming etterspørres, vil jeg i det følgende reflektere over noen kjennetegn ved praksisnær forskning og belyse enkelte faktorer som særlig kan bidra til en rimelig vellykket kunnskapsdannelse i praksis, og slike som kan hemme utvikling av et godt granskingsmiljø. Kjennskap til disse faktorene er nødvendig for realisme i praksisnære forskningsopplegg.

Det er muligens behov for en «ny» forskningstradisjon som er kontekstuell forankret, men samtidig vil jeg peke på at det finnes en «gammel» (70-årig) tradisjon som inneholder de kjennetegn Klopstad Wahl etterlyser, nemlig aksjonsforskning i ulike varianter. Aksjonsforskning dreier seg om en sykklisk granskingsprosess som involverer klargjøring og bestemmelse av en problemsituasjon, planlegging av aksjonstrinn, gjennomføring og evaluering av resultater. Prosessuell evaluering leder til ny bestemmelse av situasjonen basert på læringen som har skjedd i de foregående

sykluser. Graden av samarbeid kan variere i de ulike aksjonsforskningsdesign og i faser av prosjektet. Hovedideen i aksjonsforskning er bruk av vitenskapelige metoder for å studere vesentlige organisasjonsmessige, sosiale og praktiske problemer sammen med dem som opplever dem. Vanligvis har helsefaglig forskning som mål å produsere ny kunnskap for å løse vitenskapelige problemer, mens aksjonsforskning tilføyer løsning av praktiske problemer for å skape ny generell kunnskap.

PRAKSISNÆR FORSKNING

Ut fra min forståelse dreier praksisnær forskning og utviklingsarbeid seg om studier som gjennomføres nær området hvor kunnskaper anvendes, ideer søkes virkeliggjort, sedvaner dominerer og instituerte framgangsmåter utfolder seg som en konvensjon. Forskningen kjennetegnes av å forske sammen med aktørene i felten. Som forsker i det praktiske felt forutsettes nærværenhet, innlevelse og skarp oppmerksomhet. Skarp oppmerksomhet bidrar til å oppfatte hva som hender, når det hender, og hva som foranlediget hendelsen. Dermed skapes en analytisk distanse til det som skjer, samtidig som man erkjenner den subjektive dimensjon og det følelsesmessige grunnlaget for oppfatningen. Hva denne oppmerksomheten innebærer, kan uttrykkes gjennom ordets leksikalske sidebetydninger: betrakte, akte; konsentrasjon, hensyn, høflighet og omtanke. Den skarpe oppmerksomheten kommer av konsentrert nærvær i situasjonen – samtidig som man er ikke-invaderende og etterlater oppmerksomhet som gave. Den sistnevnte sidebetydningen kan dreie seg om at resultatene av oppmerksomheten bidrar til nye perspektiver på praksisvirksomheten og til ny forståelse i form av den merverdi eller merforståelse som forskeren tilfører feltet. Både god intervjupraksis og godt feltarbeid gjennom deltakende observasjon kan bidra til dette.

Praksisnær forskning kan skje ved at man blir invitert til å gjennomføre en studie i felten, eller at man inviterer seg selv inn. Den første formen innebærer at forskeren kommer til et felt hvor ansatte, eller andre aktører med innsikt og god legitimitet, opplever behov for et eksternt blikk for å bistå i utvikling og forbedring av den praktiske virksomheten på et definert område.

KNING



Den andre formen forutsetter at forskeren har en idé og en problemformulering som praktikerne synes er interessant nok til å la seg engasjere av. Begge startposisjoner medfører forventninger om at forskeren er klar over at han eller hun har trådt inn på «de andres» arena og dermed har en væremåte som er preget av ydmykhet og respekt. Som en interessert utenforstående forventes det også at forskeren bidrar substansielt til å belyse forhold i praksis som oppfattes som et problem – det vil si spørsmål som mangler tilfredsstillende svar. I tillegg må forskerrollen forhandles med deltakerne slik at den ikke hindrer praksisutøvelsen.

Tilstedeværelsen i praksis bidrar til at forskeren forstår at praktikerer er henvist til å handle, og at dette ikke alltid gjør det mulig å velge den beste løsningen – men at praktikerer er i situasjonen og kanskje må ty til den neste beste: Man må handle og ta ansvar for handlingen. Dette har å gjøre med at den praktiske virksomhet skjer i spenningen mellom tradisjon og fornyelse og mellom det ønskelige og det mulige. Forskeren bør her ikke forbli i den tradisjonelle betrakterrollen, men i stedet benytte gjensidig dialog som tilnærming for å forstå det som skjer, og få tak i hvor tilfredse deltakerne er med det som skjer. Både utøvere og tjenestemottakere er relevante å involvere i kunnskapsdannelsen som deltakere og som medforskere. På den måten blir både personale og pasienter eller brukere aktiverte kunnskapskilder med forskeren som medierende element for å løfte frem og dokumentere kunnskapen. Forskeren får dermed funksjonen som avansert sekretær under prosessen gjennom å analysere materialet, sammenfatte resultatene og presentere dem for deltakerne underveis, og ved avslutningen for å sikre gyldighet og relevans før publisering.

GODARTETE FORSKNINGSMILJØER

I aksjonsforskning hvor deltakerne også fungerer som medforskere, er det viktig å stimulere til utvikling av et granskende fellesskap som opprettholdes av ulike kunnskapsdialoger (for eksempel intervjuer, fokusgruppeintervjuer, dialogbasert undervisning og seminarer). Slike dialoger fører ofte til at deltakerne inntar en spørrende og kritisk holdning til sin egen praksis. Denne evnen til å undersøke hvilket spørsmål eller problem den aktuelle praksisen er et svar på, er

en fruktbar innstilling som kan åpne for nye innsikter og ny kunnskapsdannelse. Imidlertid er det viktig når ens egen praksis studeres, at bevisstheten om begrunnelsene for etablerte praksisformer vedlikeholdes – og at man prøver bærekraften i nye perspektiver og forslag som kommer frem gjennom forskningen, ut fra denne utgangsposisjonen. Hvis ikke denne bevisstheten opprettholdes, kan man komme til å forkaste en velbegrunnet praksis som er verdt å føre videre. Derfor er god kvalitet i praksisnær forskning avhengig av at personalet bevarer en kritisk holdning, og at den enkelte medarbeiders faglige selvtilit stimuleres gjennom forskningssamarbeidet slik at forskningsresultater kan vurderes før de aksepteres som gyldige. Dette gir den praksisnære forskningen den reflekseive motstand som er avgjørende for resultatenes validitet og dermed kvalitet [2].

HVA FREMMER PROSESSEN?

Aksjonsforskning medfører praktiske utfordringer for å få i gang en kvalitativt god granskingsprosess. Seks forutsetninger har blitt identifisert for å etablere aksjonsforskning, nemlig 1) et felles, artikulert verdigrunnlag (verdiundersøkende samtaler er oftest første trinn i prosessen), 2) at problemet som skal studeres er erkjent, 3) at det finnes en tilnærmet felles forståelse av problemet, 4) at flertallet opplever behov for forandring, 5) at man ser at situasjonen kan forandres og 6) at fokus rettes mot engasjement og teamarbeid [3]. I tillegg forutsettes at prosjektlederen har hovedfokus på forskningsprosessen og kvaliteten i data, resultater og publikasjoner, samtidig som det arbeides aktivt for at medforskerne får eierskap til prosjektet. Forskeren må ha en empatisk forståelse for utfordringer praktikerne opplever i sin hverdag, og ha toleranse for at planlagte aktiviteter og avtaler må forandres på grunn av endringer som raskt kan oppstå i praksissituasjonen. Vedkommende må ha evne til å formulere gode spørsmål, være lydhør for medforskernes spørsmål og stimulere til at forskningsprosessen leder frem til gode, eller gode nok svar.

Videre er det vesentlig å opprettholde en god hukommelse for hvorfor man holder på med det man gjør – hva som er grunnideen – og så leve med bevisstheten om at forskning er en stadig pågående prosess: Blir

man ferdig – så er man ferdig [4]. Derfor bør langsiktighet i forskningsplaner og tenkning om praksisnær forskning kobles sammen med å legge til rette for utvikling av god «forskningsmessig kondisjon» slik at man ikke avslutter prosjekter for tidlig – og heller ikke for sent. Det riktige tidspunkt avhenger av situasjonen og prosjektets karakter.

Erfaringsvis er det to egenskaper hos deltakerne som er nødvendige for å drive prosessen, nemlig engasjement i prosjektet og åpenhet for nylæring og endring. Disse to er imidlertid ikke tilstrekkelige. Fremdriften krever personer som stimulerer en god korpsånd (optimisme i forhold til hva man kan få til og stolthet over hva man har oppnådd) og som er utholdende nok til å bære prosjektet og opprettholde prosjektideen gjennom de ulike fasene. Antakelig må denne langtidshukommelsen ivaretas av en lokal prosjektkoordinator som jevnlig minner medforskerne om hva prosjektet handler om.

HVA HEMMER PROSESSEN?

På bakgrunn av erfaringer fra ulike aksjonsforskningsprosjekter og gjennomgang av aksjonsforskningslitteratur, har det utkrystallisert seg noen viktige faktorer som kan hemme forsknings samarbeidet:

1) Svingende motivasjon og engasjement hos medforskere

Det er nesten uunngåelig at personalets motivasjon svinger i langvarig forskningssamarbeid. Det samme kan gjelde for prosjektledelsen. Faktorer som påvirker motivasjonen i negativ retning, kan være knapphet på tid til å gjennomføre de oppgavene som tilhører forskningsprosessen, og at prosjektledelsen ikke makter å kommunisere prosjektideen (nytteverdi) og samarbeidsformene (forpliktelser og rettigheter) godt nok til medforskerne. Siden forskningen er prosessdrevet, vil man oppleve forskjellig grad av energi, entusiasme og engasjement. Derfor behøves en støttende holdning blant medforskerne og at personale og prosjektledelse opplever støtte fra den øverste administrative ledelsen. En generell erfaring fra aksjonsforskning er at det synes lettere for deltakerne å følge forskerne og prosjektlederne enn selv å ta ansvar for å lede. Dette kan være bekymringsfullt både fra et metodologisk og etisk perspektiv. Metodologisk kan en slik forskning

bli forskning på mennesker i stedet for sammen med. Dette blir også problematisk etisk sett, siden deltakerne ble rekruttert som medforskere og ikke som «objekter» det skal forskes på. I denne sammenheng er utviklingen av en eierskapsfølelse for prosjektet både på individuelt og organisasjonsnivå en vesentlig forutsetning for at forskningen skal bli av betydning ut over prosjektperioden.

2) Generell personalslitasje

Høyt arbeidspress, sykemeldinger og utskiftninger i personalgruppen er faktorer som kan hindre prosessen. I perioder hvor disse faktorene er fremtredende, vil det være en kilde til energilekkasje både for forskningsledelse og medforskere. Stor utskiftning av personale påvirker muligheten til å få den kontinuitet i refleksjonsprosessen som er nødvendig for at kunnskap-i-handling skal bli solid forankret. Stor utskiftning skaper også ekstra belastninger på dem som fungerer som tradisjonsbærere. Imidlertid kan nyansatte tilføre ny energi i prosjektet gjennom å stille nye spørsmål og komme frem med alternative perspektiver som stimulerer granskingsprosessen ytterligere.

3) Overdreven vekt på «harmonimodellen»

En viktig oppgave er å skape et godt miljø for granskning som fremmer spørsmål og som motiverer til å søke etter svar. Tidlig i forskningsprosessen er det derfor nødvendig å få frem forestillinger og motforestillinger slik at disse blir klarlagt og gjort til gjenstand for dialog. Av og til kan arbeidet med å skape et positivt granskingsmiljø komme i konflikt med selve forskningsprosessen ved at «harmonimodellen» i samarbeidet overdrives. Det kan føre til at motforestillinger, nyanser og dissenser undertrykkes. Et fruktbart granskingsmiljø forutsetter åpenhet for alternative perspektiver og synspunkter. Er det flere eksterne forskere med i prosjektet, er det lettere å få en god balanse mellom forskningsprosessens krav om å utfordre etablerte forestillinger og forklaringer – og å fremme et positivt og støttende arbeidsmiljø.

4) Manglende støtte i den øverste administrative ledelse

Dette kan gi seg til kjenne ved at ledelsen ikke «husker» eller ikke helt har syn for at aksjonsforskning

forutsetter demokratiske beslutninger om hva man skal fokusere i prosjektperioden. Når «top-down»-holdninger fra den øverste ledelse viser seg i form av flere pålagte oppgaver og nye prosjekter, og personalet reagerer med en motsvarende defensiv innstilling, vil forskningsprosessen kunne hemmes.

5) «Bad luck»

Dette dreier seg om faktorer som egentlig er utenfor forskerens eller medforskeres kontroll og som skaper hindringer i gjennomføringen av prosjektet. Det kan være at avtaler om ressurser blir trukket tilbake av ledelsen fordi de må benyttes på en annen måte. Det kan dreie seg om sykdom eller andre forhold som gjør at man mister viktige støttepersoner i prosjektet. Videre kan det være ting som overses i forskningsopplegget som medfører at man får dårlig datakvalitet.

6) Tvil om handlingsorientert forskningssamarbeid er forskning

Dette kan dreie seg om at toneangivende deler av forskersamfunnet betrakter aksjonsforskning «bare» som anvendt «lokal» forskning som har lav vitenskapelig verdi, eller at medforskerne anses som ikke kvalifiserte til å delta i forskningsmessig kunnskapsdannelse. Denne kritikken står som en faglig utfordring som særlig forskningsledelsen må forholde seg til når man skal søke prosjektfinansiering, når resultater skal legges frem for kollegaer i akademisk sammenheng og når man skal publisere i vitenskapelige tidsskrifter.

Man kan tenke seg minst to strategier som særlig kan bidra til å motvirke de hemmende faktorene som har en intern opprinnelse. Den første er å registrere det som hender og inkludere hendelsene i forskningsprosessen, og så benytte dette erfaringsmaterialet som en kilde til læring. Her kan prosjektlederens forskningsdagbok, knyttet til referater og refleksjoner fra «alle» hendelser i prosjektet, være et viktig hjelpemiddel. Dette bidrar til å skape en viss distanse, samtidig som man løpende får bearbeide inntrykk, formulere ideer og reflektere over egen rolle og påvirkning i prosjektet. Den andre strategien er å bruke prosjektledergruppen til å diskutere hvordan problemene kan forstås og løses – eller å søke ekstern støtte til å forstå de lokale problemer. Her vil prosjektets referansegruppe kunne fungere som et refleksjonsforum.

AVSLUTNING

Studier i den praktiske virkelighet krever realisme i planlegging og gjennomføring. Praksisnær forskning bidrar til å speile utvikling og endring av praksisformer, peke på mulige konsekvenser av utviklingen og å få innsikt i hva som faktisk foregår. Det er viktig at deltakerne opprettholder bevissthet om begrunnelsene for etablerte praksisformer, og at man prøver bærekraften i de nye perspektiver og forslag som kommer frem gjennom forskningen ut fra denne utgangsposisjonen. Hvis ikke bevisstheten om egne og fellesskapets begrunnelser for arbeidet opprettholdes, kan man komme til å forkaste en velbegrunnet praksis som er verdt å føre videre. Derfor er god kvalitet i praksisnær forskning avhengig av at personalet bevarer en kritisk holdning, og at den enkelte medarbeiders faglige selv-tillit stimuleres gjennom forsknings-samarbeidet til å kunne vurdere forskningsresultater før de aksepteres som gyldige. Dette gir den praksisnære forskningen den refleksive motstand som er avgjørende for resultatenes validitet og dermed kvalitet.

I aksjonsforskning er det nødvendig at den eksterne forskeren har en empatisk forståelse for de faktiske og hverdagsnære utfordringer som personalet står i – og gir denne forståelsen til kjenne – samtidig som man bidrar til å opprettholde en rasjonell tilnærming til problemene gjennom et utenfraperspektiv som setter problemene inn i en systemkontekst. På denne måten er forskeren både en av gruppen og en fremmed. Veksling mellom nærhet og distanse bidrar til at forskeren og forskningen ikke blir for nærsynt. En utfordring for forskeren blir dermed å unngå å bli revet med av situasjonsavhengige følelser og oppfatninger, men i stedet søke å se ut over den aktuelle situasjon og opprettholde hukommelsen for prosjektets langsiktige mål.

LITTERATUR

1. Wahl, A.K. Vi må tenke nytt. Sykepleien Forskning, 1;4: 6–7. 2010.
2. Hummelvoll, J.K. Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien. Oslo: Universitetsforlaget. red. 2003.
3. Mathiesen, T. Aksjonsforskning. I: Aubert, V. (red.): Sosiologen i samfunnet. Universitetsforlaget, Oslo.1973.
4. Nolan, M. & Grant, G. (1993). Action research and quality of care: a mechanism for agreeing basic values as a precursor for change. Journal of Advanced Nursing, 18:305-311.

HVORDAN GJØRE EN VELLYKKET

Diverse feller man kan gå i når man samler inn data ved hjelp av fokusgruppeintervju.

Av **Terje Årsvoll Olsen**, sykepleier, cand. san og høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen

Utgangspunktet for denne artikkelen er veien frem mot å besvare forskningsspørsmålet: «Hvorfor vil om lag to prosent siste års sykepleiestuderende velge sykehjem som arbeidsplass?» Tanken er å få belyst de prosessene som man skal lykkes med for å få frem data av god kvalitet gjennom bruk av fokusgrupper. Interessen for selve studien ble vekket i september 2007. Da fortalte avisen «Stud-Vest» i Bergen at «ingen» vil jobbe i sykehjem. Det kom fram at sykepleiestudentene opplever dårlig oppfølging under praksisopphold i sykehjem og konsekvensen var at bare 2,2 prosent ønsket å jobbe med eldreomsorg. Jeg ønsket å fokusere på de positive sidene. Det skulle imidlertid vise seg vanskelig. Og det er her denne artikkelen tar form. Artikkelen setter søkelys på det som gikk galt i denne prosessen i håp om at flere kan unngå å gå i de samme fellene, og vise hvorfor det er nyttig å gjennomføre en pilotundersøkelse først.

Datainnsamlingsmetode og deltakere til studien ble valgt med utgangspunkt i et ønske om å kartlegge så mange oppfatninger som mulig. Malterud (1) beskriver datainnsamling ved hjelp av fokusgrupper. Denne tilnæringsformen er godt egnet hvis man leter etter synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (1). Sykepleiestudenters kliniske praksisstudier i sykehjem innebærer samhandling med mange personer med forskjellige oppgaver. Metoden foretrekkes framfor individuelle intervjuer for å oppnå bredde og variasjon i oppfatningene. Jeg vil her drøfte noen utfordringer knyttet til utvalget og til gjennomføringen av intervjuene.

HVA SOM KAN GÅ GALT

Jeg valgte først å sende ut et spørreskjema til sykepleie-studenter som nettopp hadde vært i praksisstudier ved sykehjem. Det var 1.-årsstudenter på ordinært program og 3.-års studenter på desentralisert program ved Høgskolen i Bergen. Dette hadde tre formål:

1) Først å finne så mange informanter som mulig ved Høgskolen i Bergen. Jeg visste at bare om lag 2,2–4,2 prosent sykepleiestudenter ønsket jobb i sykehjem og at det ikke var mange som hadde positive ting å melde. Dermed var det ikke mange igjen som kunne si seg villig til å delta i fokusgrupper.

2) Så ønsket jeg å kartlegge områder informanter som hadde tenkt å jobbe i sykehjem var opptatt av.

3) Dernest ønsket jeg å skape interesse for undersøkelsen og invitere de som var positive til det å jobbe i sykehjem til å delta på fokusgruppeintervju.

Intensjonen med datamaterialet fra spørreskjema var ikke å bruke det i selve undersøkelsen, men å få hjelp til å lage en samtaleguide. Jeg ønsket å få fatt på hva som hadde vært medvirkende faktorer til at studentene kunne tenke seg å begynne å jobbe i sykehjem, slik at jeg kunne gå i dybden på dette i gruppeintervjuene. Allerede her dukket det opp store utfordringer. 13 av de 55 som svarte ønsket å jobbe i sykehjem. Totalt var det 220 1.- og 3.-årsstudenter ved Høgskolen i Bergen som fikk spørreskjemaet.

For å utvide muligheten til å få tilstrekkelig informanter som sto på trappene til sykepleieryrket, inviterte jeg avgangsstudenter ved alle de tre; Høgskolen i Bergen, Universitetet i Stavanger og fra Høgskolen i Nesna, til gruppeintervju. Til sammen 15 informanter av 530 mulige ønsket å delta, fordelt slik: én fra Betanien, ingen fra Haraldsplass, seks fra HiB, tre fra UiS og fem fra HiNesna. Mye gikk galt. Tidspunkt for gjennomføring av gruppeintervju falt sammen med en ellers travel periode i studiet. Studentene holdt på med siste praksisperiode eller avsluttende eksamen. Å delta i en slik samtale ville for mange bety at de ikke nådde toget eller fergen hjem den dagen. Ikke alle fikk spørreskjema først og jeg presenterte ikke selv ansikt til ansikt hensikten med studiet, men la en invitasjon ut på «its learning» og ba lærere oppmuntre folk til å stille. Invitasjonen var gjennom en tredje person. Katastrofen var et faktum.

INTERVJUET

I alt forskningsarbeid avgjør formålet med forsknin-

DATAINNSAMLING



gen hvilken metode som er hensiktsmessig (2). Man kan velge individuelle intervju, gruppeintervju eller fokusgrupper. Jeg valgte det jeg kalte fokusgruppeintervju. Altså en kryssning av fokusgruppe og gruppeintervju. Min intensjon i det videre er å klargjøre hva som er hva.

Kvalitativt forskningsintervju er hensiktsmessig når man blant annet ønsker å kartlegge opplevelser, motiver og vurderinger hos mennesker. I dette tilfellet var jeg interessert i de vurderinger og motiver som lå bak at noen ønsker å jobbe i sykehjem. Christensen et al. (2) påpeker at kvalitativ forskningsmetode innbefatter både intervju, observasjoner og feltstudier, samt analyse av allerede eksisterende tekstmateriale. Det meste som er skrevet om arbeid i sykehjem er av negativ karakter.

I et forskningsintervju stiller intervjueren spørsmål til informantene om forhold som berører det forskeren ønsker å finne svar på. Når jeg skal finne gode spørsmål må jeg tenke over hvilke kjerneområder det er viktig å berøre. I en sammenheng der det som oftest er mest fokus på negative forhold, er det viktig å tenke over hvordan man skal holde på et positivt fokus i samtalen. Som Christensen et al. (2) påpeker kan slike intervju befinne seg på en skala fra strukturerte, standardiserte, kvantitative intervju der spørsmålene er gitt og svarene avhakes i faste svar-kategorier, til helt åpne intervju hvor informanten blir bedt om å fortelle om sitt forhold til temaområdet det forskes på. Jeg forestilte meg at noen forhold påvirket valget om å jobbe i sykehjem mer enn andre. Jeg ønsket å finne ut om disse forholdene hadde betydning for valget av arbeidsplass etter endt utdanning. Jeg valgte det Kvale kaller semistrukturert intervju (3). Det betyr at det var noen fastlagte emneområder jeg ønsket å spørre om. Utfordringen når jeg skal lage en slik intervjuguide er å være både lukket nok og åpen nok samtidig. Lukket nok til å sikre at alle samtaler kommer inn på de samme temaområdene slik at områdene kan bli belyst med best mulig data, og åpne nok til at det ikke settes stengsler for andre ting informantene måtte ønske å sette lys på.

INDIVIDUELLE- ELLER GRUPPEINTERVJU?

Stewart et al. påpeker at fokusgrupper uansett fag-område, har noen hovedelementer som bør ivaretas (4). For det første det Merton kaller «focused». Det vil si at deltakerne skal ha erfaringer fra en «particular concrete situation» (4, s. 9) som danner fokus i intervjuet. Hvis det er for mange fokus beskriver Merton det som «out-of-focus»-gruppe. Man må være bevisst gruppedynamikk og interaksjon mellom deltakerne. De påpeker at tre nøkkelementer virker direkte inn på om det virkelig kommer noe mer ut av å intervju i grupper enn individuelt. Det er gruppesammensetningen, den mellommenneskelige innflytelsen, og omgivelsene. For det tredje skal fokusgrupper gå i dybden. Hvis forskeren har for mange spørsmål blir resultatet snarere en «within-group»-undersøkelse – det vil si et gruppeintervju og ikke en interaktiv gruppeprosess. Til slutt påpeker Stewart, Shamdasani og Rook at kvalitativ forskning er «kontaktsport» og at for å lykkes må empati, åpenhet, aktiv lytting og andre ulike samhandlingsforhold være på plass (4).

Når jeg skal foreta datainnsamling og ønsker å bruke intervju kan jeg velge intervjuform. Jeg må være bevisst på at det ikke er en samtale jeg har. Det som skiller det kvalitative forskningsintervjuet fra andre samtaler er den metodiske bevisstheten rundt spørreformen. Den dynamiske bevissthet om interaksjonen mellom meg som intervjuer og den som blir intervjuet. Det er en kritisk bevissthet rundt det som sies og mine tolkninger av det som blir sagt.

Jeg kan velge individuelle intervjuer, fokusgrupper eller gruppeintervjuer. Individuelle intervjuer vil ha en utdypende og forklarende tilnærming til den enkelte person som deltar, og er mer hensiktsmessig om jeg trenger detaljert og nøyte informasjon om individuelle holdninger og tanker omkring et fenomen. Jeg kan lettere følge en tidslinje, for eksempel følge opp endringer i innstillinger over tid; om utdanningen har spilt noen rolle for standpunkt eller om andre forhold fra livet før utdanningen ligger

bak. Jeg kan gå bak sosialt akseptable synspunkter og bevege meg inn på sensitive eller intime emner som man kanskje ikke ville snakke åpent om dersom medstudenten var til stede.

I fokusgrupper får jeg mer bredde gjennom den påvirkning informantene har på hverandre. Det betyr at jeg kan få et bredere spekter av innstillinger og meninger fordi gruppen minner hverandre på ulike synspunkter. Det kan bidra til en større kreativitet i tilnærmingen.

I fokusgrupper eller gruppeintervju får jeg ikke marginale synspunkter eller synspunkter som er av personlig eller privat karakter. Samtalene og interaksjonen i gruppen får frem mer informasjon enn ved å intervju et eller to gruppe-medlemmer.

Fokusgrupper er en form for, men ikke det samme som gruppeintervju. Gruppeintervju har en høy grad av interaksjon mellom intervjupersoner og intervjuer. Intervjueren setter fokus og bærer samtalen videre, i mitt tilfelle ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Fokusgrupper legger større vekt på samhandlingen mellom deltakerne (intervjupersonene). De er de som i samtalen løp definerer samtalen innhold. Fokusgrupper kombinerer gruppeinteraksjon og emnefokus og er på sett og vis en blanding av gruppeintervju og gruppearbeid (5). Moderator skal holde fokus i samtalen og oppmuntre til debatt mellom deltakerne (6). Fokusgruppe skal bære preg av å være en samtale mellom deltakerne, og ikke et intervju.

Å bruke fokusgrupper skal være en forskningsmetode hvor data blir produsert ved gruppeinteraksjon omkring et emne som forskeren har bestemt. I mitt tilfelle erfarte jeg at min rolle som høyskolelektor hadde en meget sterk innvirkning på samtalen løp. Informantene henvendte seg i meget stor grad til undertegnede i samtalen. De snakket til meg selv om de kommenterte ting en annen informant hadde sagt. I denne situasjonen burde jeg hatt med en assistent som gjorde notater og bidro til å holde fokus. Uten denne medspille-

ren opplever jeg at jeg ikke har hatt fokusgrupper omkring positive faktorer for valg av sykehjem som arbeidsplass, men i stedet hatt gruppeintervju.

INTERVJUUNDERSØKELSENS KVALITET

Kvaliteten på et intervju avhenger av mange faktorer. Det er viktig å være godt forberedt. Valg av sted kan spille en avgjørende rolle. Av praktiske grunner valgte jeg å samle mine informanter på deres respektive studiesteder. Jeg kan selvsagt vurdere om det er det optimale sted for en samtale rundt yrkesvalg. På en måte er dette nøytral grunn. I dette tilfellet var det i hovedsak studentenes felles arena og arbeidsplass. Studentene var kjent der, mens jeg var på hjemmebane i ett enkelt intervju. Likevel kan jeg si at enten jeg var på høyskoler eller universitet så var arenaen kjent. Det viktigste var å ta hensyn til om rommet var tilstrekkelig skjermet med ro til å gjennomføre samtalen uten forstyrrelser. I alle intervju-situasjonene lyktes vi med det. Jeg gjennomførte tre gruppeintervjuer. Ett med seks deltakere og ett med tre deltakere, som jeg har data fra. Og et med fem deltakere som jeg ikke har data fra fordi teknikken sviktet. Alle gruppene var glade for at det ble fokusert på positive forhold ved det å jobbe i sykehjem. Alle hadde planer om å jobbe i sykehjem.

Jeg valgte å bruke MP3-spiller for å ta opp samtalene. Dette kan virke forstyrrende på en samtale fordi noen kan bli redde for å si hva de egentlig mener om ting som kan slå tilbake på dem. I den forbindelse er det viktig å redegjøre for hvordan man håndterer materialet i etterkant med tanke på oppbevaring og utskrift. I mitt tilfelle informerte jeg om anonymisering av svarene og at materialet ville bli slettet når undersøkelsen var gjennomført og materialet bearbeidet. Jeg valgte å informere om at opptakeren hadde en god mikrofon slik at deltakerne slapp å strekke seg mot mikrofonen. Spilleren ville fange det som ble sagt. Christensen et al. (2) påpeker at det er viktig å ha en «myk» innledning, der man forteller om formålet med undersøkelsen og hvilke tema man ønsker å foku-



sere på. Jeg understrekte at jeg hadde en liten guide for hva jeg ønsket å sette fokus på, men at det var fritt opp til dem å ta opp temaer de selv syntes var viktige. Den innledende småpratene er viktig for å skape en avslappet stemning og ta fokus bort fra MP3-opptakeren. For meg ble det viktig å gjøre oppmerksom på at jeg ville forsøke å avlede negativ oppmerksomhet som dukket opp i samtalen. Dette var nødvendig siden jeg vet at det er mye negativ fokus på forhold i sykehjem og siden min undersøkelse skulle dreie seg om positive faktorer. I forbindelse med et forskningsprosjekt er dette en viktig avklaring, i forhold til om jeg skal ha enkeltintervju, fokusgrupper eller gruppeintervju.

FRA INTERVJUGUIDE TIL GRUPPEINTERVJU

Basert på svarene i nevnte spørreskjema var jeg interessert i å få oversikt over hva folk var opptatt av som positive faktorer ved å jobbe i sykehjem. Ideen med utvalget var at de hadde kort tid fra opplevelsen av sykehjemmet og de faktorene som kunne påvirke ønsket om å jobbe i sykehjem. Jeg ønsket på basis av svarene å justere min oppfatning av hva det var viktig å fokusere på. Kvale skiller mellom tematisk og dynamisk dimensjon på intervju spørsmål (3). Intervjuguiden bør både ta utgangspunkt i den problemstillingen som er satt og være slik at jeg kan fange opp det gruppen ønsker å snakke om. Å lage et spørreskjema på forhånd kan hjelpe meg til å være forberedt på de innspill som kommer i samtalen.

Når jeg skal gjennomføre kvalitative forskningsintervju er det viktig å gjøre noen vurderinger av hvor lang tid ting skal ta. Flere forhold påvirker. Tidsrammen bør ikke være for lang. Det er vanlig å anbefale at det ikke går særlig over to timer. Dette er smertegrensen for tidspunktet da konsentrasjonen glipper.

Poenget er å få informanten til å fortelle, drøfte og reflektere naturlig og fritt, ved å vise støtte både nonverbalt og verbalt, gjennom håndbevegelser, nikk, smil, relevante ansiktsuttrykk og så videre.

Og ved å etterspørre og få bekreftet eller avkrefte egne oppfatninger av det som blir sagt underveis. Det betyr å kommentere og spørre. Samtidig er det viktig for å holde informanten innenfor det hovedtema som er valgt. Utfordringen var å sikre at det ble snakket om positive forhold ved å jobbe i sykehjem. Særlig fordi samtalen rundt sykehjem dessverre gjerne havner i det negative fokus vi ofte finner, blant annet i pressen.

Jeg forsøkte å gå åpent ut: «Hva er det som gjør at dere kan tenke dere å jobbe med gamle?» Deretter handler det om å lytte til svaret og prøve å komme bak ordene som blir sagt, uten å påvirke retningen det tar. Jeg bør lese mellom linjene og være oppmerksom på intonasjon og emosjonelt trykk. Det kan være selvmotigelser og indre motigelser i budskapet som det er viktig å sikre seg en forståelse av (7). Det kan handle om ambivalens eller tabubelagte områder jeg ikke er oppmerksom på for eksempel kulturforskjeller mellom utdanninger. Slike ting er desto mer interessante for de data jeg vil få frem. Jeg må være våken for om mine spørsmål treffer noe viktig, eller om de ikke blir forstått og informanten svarer noe ut fra høflighet. Kan jeg klare å sjekke troverdighet gjennom å stille samme spørsmål fra ulike vinkler kan det være nyttig. Jeg må være oppmerksom på tegn på unnvikelse og avvísning av bestemte problemstillinger. Da kan det være nyttig å omformulere spørsmålet og ta det opp igjen. Det er viktig å gi svarerne ro til å snakke ut. Her var jeg ikke bevisst på om jeg hadde en fokusgruppe eller et gruppeintervju. Min «høyskolelektorrolle» fikk for stor plass, slik at jeg fikk gruppeintervju og ikke fokusgrupper. Jeg prøvde ikke å snakke for mye og forklare for mye, likevel gikk neste alltid samtalen via meg. Jeg måtte stille oppfølgingsspørsmål for å få samtalen til å flyte. Ikke bare når det var nødvendig for å belyse visse deler av emnet eller når det ble snakket om det negative i stedet for det positive. I min studentgruppe opplevde jeg at særlig en student snakket mye og da kom min lærerrolle tydelig frem.

BRUK AV MP3 OG FLYT I SAMTALEN

Ideelt sett frigjør en båndopptaker oppmerksomhet i intervjusituasjonen. Jeg kan være våkent opptatt av det som blir sagt og spille inn mine oppfølgings-spørsmål i samtalen. Jeg valgte bort å gjøre notater underveis fordi jeg stolte fullt og helt på teknikken og fordi jeg ikke ville la mine noteringer påvirke flyten i samtalen. Ikke lurt. Når jeg skulle skrive ut et intervju var MP3 opptaket tomt. Uten notater var det umulig å fremskaffe noe informasjon.

Jeg var oppmuntrende til stede, men mistet alt. Med tanke på å være oppmuntrende til stede kan det og tenkes at denne tilstedeværelsen var noe av det som gjorde at det ble gruppeintervju og ikke fokusgrupper. Det er naturlig å ta inn over seg at høyskolelektorstatusen har autoritet selv om du ikke direkte har vært lærer for alle informantene. Imidlertid gir bruk av opptaksverktøy en mulighet til å observere nonverbal kommunikasjon og på den måten kan man muligens bli i stand til å utfordre informantene. Manglende fokus på å notere kan gjøre det mulig å tenke ut neste trekk udistansert. Det kan gi rom for fleksibilitet på den måten at du er fullt og helt til stede og kan fange opp både ordene og det usagte.

TIL SLUTT

Etter å ha lest ulik litteratur om fokusgrupper er jeg mer sikker på hva som er fokusgrupper, hva som skiller fokusgrupper fra gruppeintervju og at det i prinsippet ikke er noe som heter fokusgruppeintervju (5,8,9,10). Det jeg vet mer om er at det er mange forhold som bør vurderes og kontrolleres om jeg skal lykkes med å få gode data av flere informanter samtidig og for å kunne kalle det fokusgrupper. Jeg har lært at gruppene bør være sammensatt av folk som har opplevd noe sammen og som har godt samspill der ingen dominerer, ei heller den som leder intervjuet eller samtalen. Fokusgrupper er billigere og gir, om de er gode, mer data enn enkeltintervju fordi deltakerne genererer nye tanker hos hverandre hvis de spiller godt sammen.

Synergieffekten kan være god. Fokusgrupper gir forskeren anledning til å ha interaksjon med deltakerne og få avklart spørsmål der og da. Det gir en mulighet til å komme i dybden. Det er ikke lett å trekke slutninger fra det relativt lille antallet deltakere til større befolkningsgrupper. Biasen innen gruppen kan være sterk fordi deltakerne påvirkes av hverandre. Man kan ikke være sikker på om de virkelig representerer det samme eller om de er blitt påvirket av hverandre. Og til slutt kan jeg som moderator påvirke resultatet bevisst eller ubevisst i en retning som er ønskelig fra mitt ståsted gjennom å etterstrebe enighet i gruppen med mine innspill. Jeg har lært at hvis jeg skal få gode selvstendige svar på spørsmålet om hvorfor om lag 2,2 prosent til 4,2 prosent av ferske sykepleiere ønsker å jobbe i sykehjem bør jeg finne informanter som ikke har noe å vinne eller tape på å svare meg som forsker ærlig.

REFERANSER

1. **Malterud, K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget, Oslo. 2003.
2. **Christensen U, Schmidt L, Dyhr L.** Det kvalitative forskningsinterview. I: Vallgård S, Koch L, ed. *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab*. 3. udgave. Munksgaard Danmark, København. 2007 (pp 61-86).
3. **Kvale, S.** Det kvalitative forskningsinterview. Gyldendal Akademisk, Oslo. 1996.
4. **Stewart et al.** Focus Groups. Theory and Practice. Second edition. Applied Social Research Methods Series. Volume 20. SAGE Publications. 2007.
5. **Wibeck, Victoria.** Fokusgrupper. Om fokuserande gruppintervjuer som undersøkningsmetode. Studentlitteratur, Lund, Sverige. 2000.
6. **Lerdal, A. & Karlsson, B.** Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*. 2008,3;3:172-5.
7. **Gadamer, H-G.** Sandhed og Metode. Grundtræk fra filosofisk hermeneutikk. Systime Academic. 2004.
8. **Blåsternes E.** Refleksjoner over bruk av fokusgrupper og utvikling av intervjuguide. Upublisert Eksamen HiB. 2008
9. **Halkier, B.** Fokusgrupper. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag, Gylling. 2002.
10. **Krueger, R and Casey, M.** Focus groups. A practical guide for applied research. Sage Publ., Thousand Oaks, CA. 2000.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
ANNE-GRETHE HALDING

Tittel: Everyday life and rehabilitation in COPD-a qualitative study of patients' experiences

Arbeidssted: Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag

Utgått fra: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helsefag

Veileder: Førsteamanuensis Kristin Heggdal

Disputas: 10. juni 2011

E-post: anne.halding@hisf.no

> **Bakgrunn:** Det finnes ingen effektiv behandling for KOLS (kronisk obstruktiv lungesjukdom), men symptom kan lindrast, og forverring av sjukdommen kan utsetjast med medisinsk behandling og eigeninnsats frå pasien-

tane. Rehabilitering skal støtte pasientane i deira innsats for å meistre kvardagen.

Formål: Å utforske korleis dei som lever med KOLS erfarer nytten av å delta i rehabilitering sett i forhold til sitt kvardagsliv.

Metode: Studien er inspirert av fenomenologisk hermeneutikk. I 33 kvalitative intervju vart det samla inn data frå 18 personar rekrutterte frå lungerehabiliteringseiningar. Kvar deltakar vart intervjuet like etter rehabilitering og på nytt eitt år etter. Det vart utført fortolkande tematisk analyse av sentrale fenomen frå deltakarane sine erfaringar.

Resultat: Pasientar som lever med KOLS kan kjenne seg isolerte og svært aleine om å meistre sjukdommen i kvardagen. Som berarar av ein tobakksrelatert sjukdom opplever dei og stigmatisering og

sjølvbebreiding. Det kan oppstå konflikter mellom tobakkskontroll og pasientane sitt behov for støtte. I motsetning til dette kan deltaking i lungerehabilitering gi sosial støtte og integrasjon med andre pasientar og helsepersonell, ny innsikt og muligheter for eigenomsorg, og nytt håp om å bevare helse på tross av alvorleg sjukdom. Pasientane sin rehabiliteringsprosess og erfaringar med oppfølging blir beskrive.

Konklusjon: Pasientane beskriver behov for rehabilitering og opplevd nytte av medverknad i rehabilitering samt oppfølging etter eit avgrensa rehabiliteringsforløp. Avhandlinga gir innsikt i menneskeleg potensiale for å utvikle helsebringande strategiar i livet med KOLS. Den belyser også pasientane si sårbarheit og behov for pasientsentrert rehabilitering. Funna har implikasjonar for rehabiliteringspraksis og tobakksføybyggande arbeid.

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.



Kandidat:
MARIANNE STORM

Tittel: Service user involvement in in patient mental health services.

Arbeidssted: institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger

Veileder: Professor Kjell Hausken

Utgått fra: samfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Stavanger

Disputas: 28. januar 2011

E-post: marianne.storm@uis.no

> Bakgrunn: Brukermedvirkning er en overordnet målsetting i norsk helsepolitikk. Brukermedvirkning betyr at pasienter og brukere av helsetjenester skal ha mulighet til å medvirke i utforming av sitt eget tjenestetilbud. Brukernes erfaringer og perspektiver skal også tas hensyn til i utforming og utvikling av tjenestene i sin helhet. I hvilken grad brukermedvirkning blir gjennomført i norske distriktspsykiatriske senter (DPS) har i liten grad blitt studert.

Hensikt: Hensikten med studien var å kartlegge hvordan helsepersonell og pasienter vurderer

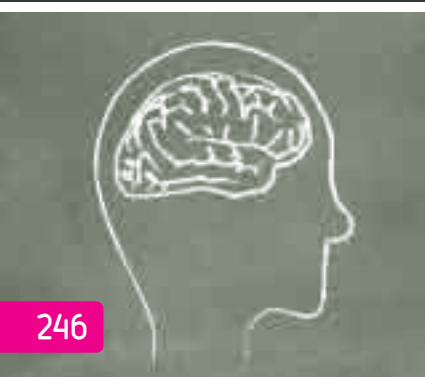
gjennomføring av brukermedvirkning i døgnavdelinger i DPS, samt studere betydningen av å gjennomføre et intervensjonsprogram med fokus på brukermedvirkning på helsepersonell og pasientenes vurderinger av brukermedvirkning.

Metode: I avhandlingen er det utviklet en skala til helsepersonell som er brukt til å kartlegge brukermedvirkning i døgnavdelinger i fem DPSer. Pasientenes syn på brukermedvirkning er innhentet gjennom intervjuer og kartlegging av brukertilfredshet. Det er gjennomført et intervensjonsprogram «Brukermedvirkning i praksis» i døgnavdelinger i to DPSer med helsepersonell, pasienter, pårørende og brukerrepresentanter for å rette oppmerksomheten mot og utvikle brukermedvirkning i avdelingene.

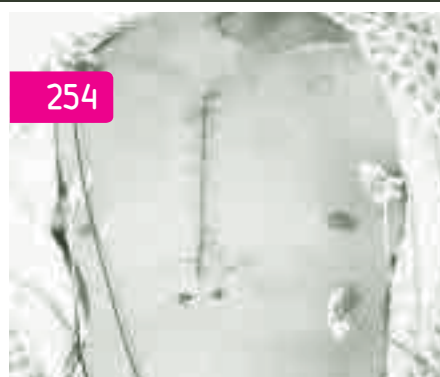
Resultater: Funn i avhandlingen viser at det er liten grad av brukermedvirkning i utvikling og utforming av tjenestetilbudet på avdelingene, men det er forskjeller mellom DPSer. Helsepersonell rapporterer oftere brukermedvirkning i utforming av pasientenes egen behandling. De som arbeider kun kvelds- eller nattskift oppgir minst brukermedvirkning og samarbeid

med pasientene om behandling. I intervju forteller flere pasienter at de har få muligheter til å ha meningsfulle innspill på beslutninger om sin egen behandling. Helsepersonell på sin side rapporterer om vansker med å engasjere og motivere pasienter til å delta i planlegging av egen behandling.

Konklusjon: Skiftordninger og kultur ved DPSer påvirker gjennomføring av brukermedvirkning. Et intervensjonsprogram kan være nyttig for å øke helsepersonell og pasienter sin kompetanse om brukermedvirkning. Avhandlingen påpeker at helsepersonell har behov for trening i metoder for å øke brukermedvirkning, og det er nødvendig å styrke pasientene i å tale sin egen sak.



246



254



286

Contents >>

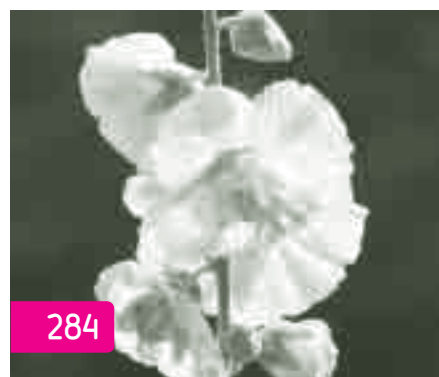
Editorial: Nurse titles should be reintroduced	203
Contributions:	
Sturla Stålsett: Paperless health (NO: Papirløs helse)	204
Summarised research:	
Cochrane	206
Research news	210
Research articles:	
How are young people with juvenile idiopathic arthritis (JIA) getting prepared for life as young adults? By Ingrid Landgraaff Østlie and Astrid Aasland	212
Comment: Children must be involved in their own illness. By Trude Miljeteig Ingebrigtsen	221
A literature study: Effect of nutritional guidance for people with cancer By Ellen M. Stenling and Monica W. Nortvedt	222
How acupuncturists describe collaboration with qualified health personnel By Cecilie Brewer, Ellen Karine Grov and Siri Ytrehus	230
Nursing students on the path towards information literacy By Hilary Eileen Jacobsen og Randi Andenæs	238
Comment: Nurses must learn to search for research. By Ragnhild Helene Hageland	245
Evidence-based practice and «the instrumentalistic mistake»	
By Birgitte Graverholt, Monica Wammen Nortvedt, Anders Reiersgaard and Gro Jamtvedt	246
Comment: – Helps when I'm in doubt. By Kari Annette Os	253
Nurses' educational needs for pain management of post-cardiac surgery patients: A qualitative descriptive study. By Marit Leegaard, Ylva Husby, Aslaug W. Berge and Tone Rustøen	254
Comment: Pain relief is important for recovering. By Irene Arnesen Bjørndal	262
Assessing pain in sedated respiratory-assisted patients: Is the Norwegian version of the «Behavioural Pain Scale» reliable and usable? By Brita Fosser Olsen and Tone Rustøen	264
Mindfulness – the nurse's presence. By Berit Andersen	274
Comment: Lacks thick description. By Liv Skomakerstuen Ødbehr	282
Research in practice: Gardening helps for depression	284
Research Interview: – Nurses are not afraid for ICT	286
New and useful:	288



204



222



284

Innhold >>

Leder: Sykepleiertitler bør gjeninnføres	203
Innspill:	
Sturla Stålsett: Papirløs helse	204
Oppsummert forskning:	
Cochrane	206
Forskningsnytt	210
Forskningsartikler:	
Howan forberede unge mennesker med juvenil idiopatisk artritt på voksenlivet? Av Ingrid Landgraft Østlie og Astrid Aasland	212
Kommentar: Barna må involveres i egen sykdom. Av Trude Miljeteig Ingebrigtsen	221
En litteraturstudie: Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft Av Ellen M. Stenling og Monica W. Nortvedt	222
Samarbeid mellom akupunktører og annet helsepersonell - akupunktørens perspektiv Av Cecilie Brewer, Ellen Karine Grov og Siri Ytrehus	230
Sykepleierstudenter på vei mot informasjonskompetanse Av Hilary Eileen Jacobsen og Randi Andenæs	238
Kommentar: Sykepleiere må lære å søke etter forskning. Av Ragnhild Helene Hageland	245
Evidensbasert praksis og det instrumentalistiske mistaket Av Birgitte Graverholt, Monica Wammen Nortvedt, Anders Reiersgaard, Gro Jamtvedt	246
Kommentar: – Hjelper når jeg kommer til kort. Av Kari Annette Os	253
Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi? Av Marit Leegaard, Ylva Husby, Aslaug W. Berge og Tone Rustøen	254
Kommentar: Smertelindring er viktig for bedringen. Av Irene Arnesen Bjørndal	262
Smertevurdering av respiratorpasienter: Er den norske versjonen av «Behavioral Pain Scale» pålitelig og brukervennlig? By Brita Fosser Olsen og Tone Rustøen	264
Mindfulness – det oppmerksomme nærvær. Av Berit Andersen	274
Kommentar: Mangler dybdebeskrivelser. By Liv Skomakerstuen Ødbehr	282
Forskning i praksis: Hagearbeid hjelper mot depresjon	284
Forskerintervju: – Sykepleiere er ikke redde for IKT	286
Nytt og nyttig:	288