

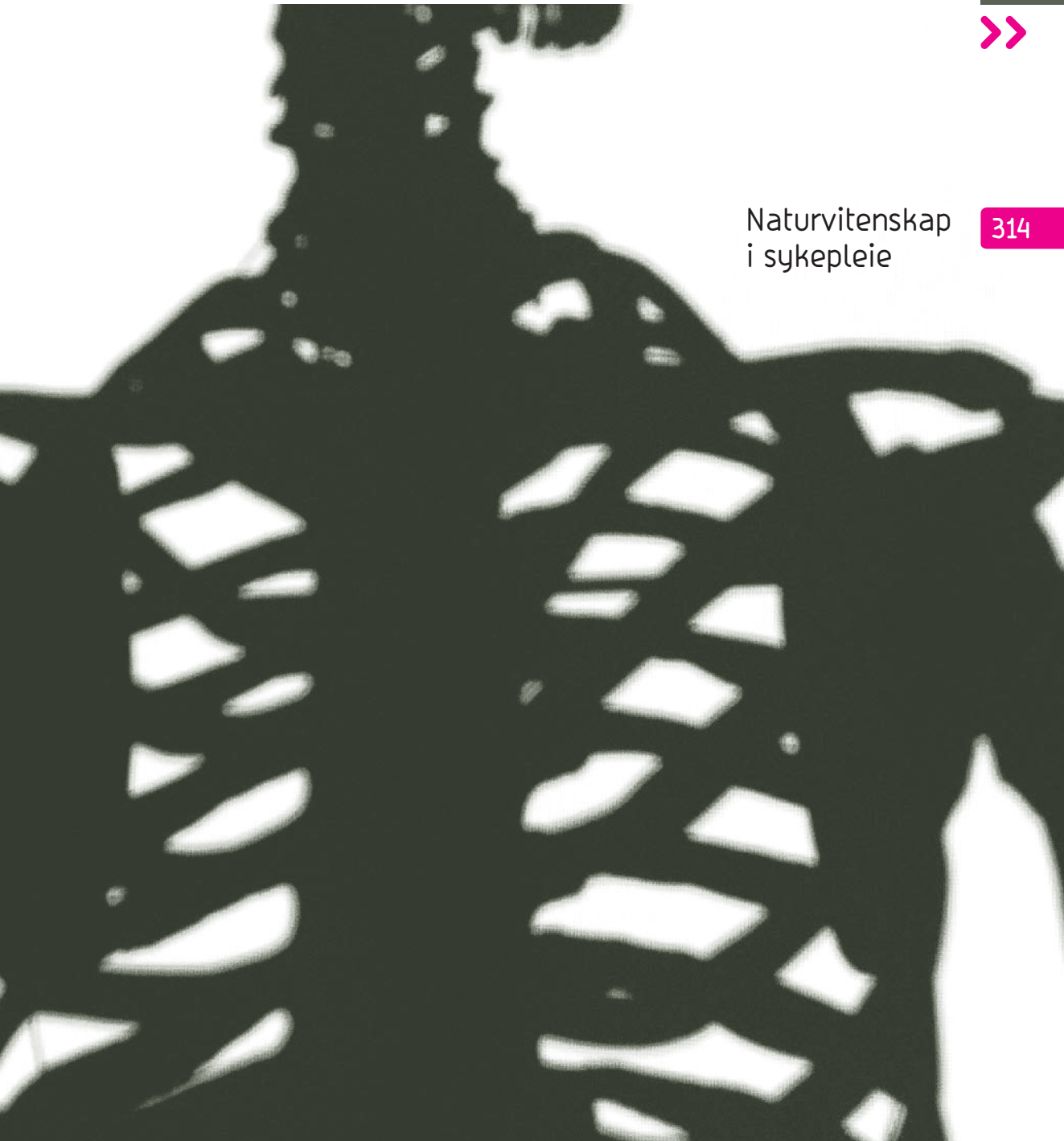
forskning

04|11



Naturvitenskap
i sykepleie

314



I mange år har vi diskutert hvilken rolle og hvor stor plass sykepleiernes naturvitenskapelige kunnskapsgrunnlag skal ha i sykepleierutdanningen, samt hva som er de beste undervisnings- og evalueringsmetodene for disse fagene. Hva det faktiske innholdet bør være har vært mindre diskutert. I artikkelen til Lars Kyte og hans kollegaer i denne utgaven av **Sykepleien Forskning**, får vi vite hva sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten mente om hva som er nyttig og mindre nyttig naturvitenskapelig kunnskap for å utøve god sykepleie.



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 Wergetand Sørbye
Førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo.



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



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



Liv Merete Reinar
Seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.



Tone Rustøen
Seniorforsker ved OUS og professor ved Lovisenberg Diakonale Høgskole.

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 kommer ut sammen med 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@bfk.no

Grafisk produksjon: Sykepleien
Repro og trykk: Stibo Graphic AS

Utgivelsesplan 2012:

22/3, 21/6, 6/9, 29/11
Abonnementspris: Kr. 280,- per år
ISSN 1890-2936

Fysisk aktivitet bør tilbys som behandling

Folk i alle aldersgrupper blir stadig mindre aktive. Vi bruker oftere transportmidler for å komme oss til skolen eller på jobb. Stadig flere har arbeid som krever mindre fysisk aktivitet enn tidligere. Å stimulere en større andel av befolkningen til regelmessig fysisk aktivitet er derfor viktig for folkehelsen. De fleste sykepleiere jobber på institusjoner hvor det å hjelpe personer til aktiviteter er en viktig del av arbeidet. Dette gjelder både om man jobber med personer med psykiske og/eller somatiske hel-seproblemer.

De negative helsemessige konsekvensene av inaktivitet krever økt oppmerksomhet – ikke minst fra helsepersonell. Vi har også kunnskaper om at fysisk aktivitet kan fungere som forebyggende tiltak og behandling av en rekke fysiske og psykiske sykdommer og helselager.

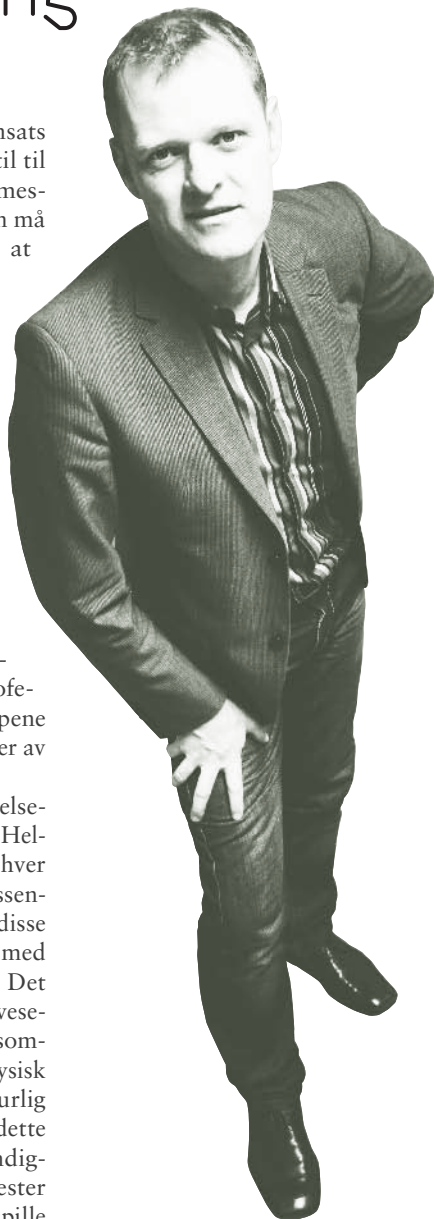
Helsepersonell har vært tilbakeholdne med å ta i bruk denne kunnskapen. Dette er noe av bakgrunnen for at Helsedirektoratet for et par år siden utga «Aktivitetshåndboken». Boken finnes både i papir og på nett og er utformet som en legemiddel-håndbok. Her kan leserne slå opp på ulike medisinske diagnoser og finne ut blant annet hvordan fysisk aktivitet virker på de ulike sykdommene og hvordan fysisk aktivitet interagerer med ulike medikamenter.

Behandling med fysisk aktivitet stiller større krav til pasienten enn ved tradisjonell behandling med medisiner og kirurgiske

inngrep. Det krever stor innsats av den enkelte å endre livsstil til en hverdag preget av regelmessig fysisk aktivitet. Pasienten må også endre innstilling fra at helse er noe som man mottar fra helsepersonell til at helse er noe vi langt på vei selv skaper.

Mens utvikling og markedsføring av medikamenter drives fram av legemiddelindustrien, er det ingen kommersielle aktører som har egeninteresse av å drive frem fysisk aktivitet som en behandlingsform. I denne virkeligheten er det avgjørende at de enkelte helseprofesjonene tar i bruk kunnskapene om helsemessige konsekvenser av fysisk aktivitet.

Et relativt nytt tilbud i helsevesenet er Frisklivssentraler. Helseledelse ser for seg at hver kommune etablerer Frisklivssentraler. Folk som henvises til disse får hjelp til å komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet. Det blir spennende å se om helsevesenet forøvrig endrer sin virksomhet i samme retning, slik at fysisk aktivitet inngår som en naturlig del av behandlingen. For at dette skal skje må både helsemyndigheter, helseforetak og -tjenester og utdanningsinstitusjoner spille på lag.



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

Cellene snakker sammen

› Troen på at en behandling virker er viktig for resultatet – enten du tar medisintabletter eller oppsøker Snåsamannen.

I århundrer har vi utforsket den fysiske verden og den fysiske kroppen vår. Naturvitenskapen har strukturert og systematisert så vi har fått en begripelig verden. Vi har utviklet industri og teknologi for å utnytte omgivelsene våre. Men hva vet vi om sinnet og bevisstheten vår? Sinnet vårt er som en upløyd mark. Et hvitt felt som forskerne har kvidd seg for å røre ved. Fagområdet har lav status, og det finansieres få prosjekter. Hvorfor? For å finne svar må vi tilbake til Rene Descartes som la grunnlaget for dualismen mellom kropp og sinn, og lot sinnet legges i skuffen for «religion og uangripelig åndelighet».

KOMPLISERT SAMSPILL

Spørsmålet er bare om vi kanskje burde endre på dette fire hundre år etter? For nå strømmer det inn ny kunnskap om kropp og sinn. Den mekaniske, enkle kroppen som ligger som basis for dagens

legevitenskap, synes utilstrekkelig. Kroppen står fram som et komplisert samspill mellom immunsystem, autonomt system og systemet som styrer kroppens hormonfunksjon. Forskning påviser at cellene i hele kroppen kommuniserer med hverandre, og at hver tanke vi tenker formidles ut i kroppen ved hjelp av signalstoffer og hormoner som setter i gang kjemiske cellereaksjoner.

COCKTAILSELSKAP

Molekylærbiolog Anders Goksøyrr ved Universitetet i Bergen, sammenlikner det som foregår i en celle med at alle som er listet opp i telefonkatalogen for Hordaland samles til et stort cocktailselskap – for eksempel inne på Brann Stadion. «Samtalene går mellom personer og grupper. Noen beveger seg hvileløst omkring, noen leter etter en de kjenner, noen blir forelsket og noen blir forbannet og begynner å

slåss. Folk snakker med ulike dialekter og språk, noen har talefeil og blir misforstått. Utfordringen for forskerne blir å skille mellom de tusenvis av forskjellige prosessene og interaksjonene i cocktailselskapet. Hvis en person står og vinker i Klokkesvingen, hvem er det han vinker til og hvorfor har han rødt og hvitt skjerf på seg?» spør Goksøyr, som mener mer kunnskap om cellekommunikasjon vil være fundamentalt for moderne medisin.

PLACEBO

Samspeillet mellom den fysiske kroppen og sinnet har for alvor blitt avdekket gjennom placeboforskning. I alle år har naretabletter blitt gitt til grupper med intetanende testpersoner; samtidig som andre grupper har fått reell, kjemisk medisin. Målet har vært å finne ut hvor virksom den reelle medisinen virkelig er. Rundt 1970 kom de første vitenskapelige omtalene av at placebo



” Vil vi finne andre metoder for god helse enn å skrive ut resepter på piller?

– som ikke skulle ha noen virkning – faktisk ga målbare utslag på fysiologiske funksjoner, og i dag er det utallige resultater på at pasienter med sterke smerter i kroppen blir smertefrie kun fordi de tror de får virkelig medisin.

BEHANDLEREN

Effekten av en bedring forsterkes også av hva en behandler sier og gjør: Opplyser man om at medikamentet kan ha bivirkninger, gir dette negative utslag for pasientene. Sier terapeuten, legen eller sykepleieren at tablettene har hatt meget god virkning på tidligere pasienter, blir effekten positivt bedre. Og om de i tillegg tar på pasienten og ser ham i øynene, forsterkes den gode effekten. I et intervju i damebladet KK snakker «Snåsamannens» datter, Jorunn Gjerstad, om faren: «Folk er så opptatte av dette med at han helbreder, men for mange har det handlet om å møte noen som ser deg, som kan snakke med deg, roe

deg ned og fortelle deg at «dette her, det skal gå bra.»

PÅ SMERTETOPPEN

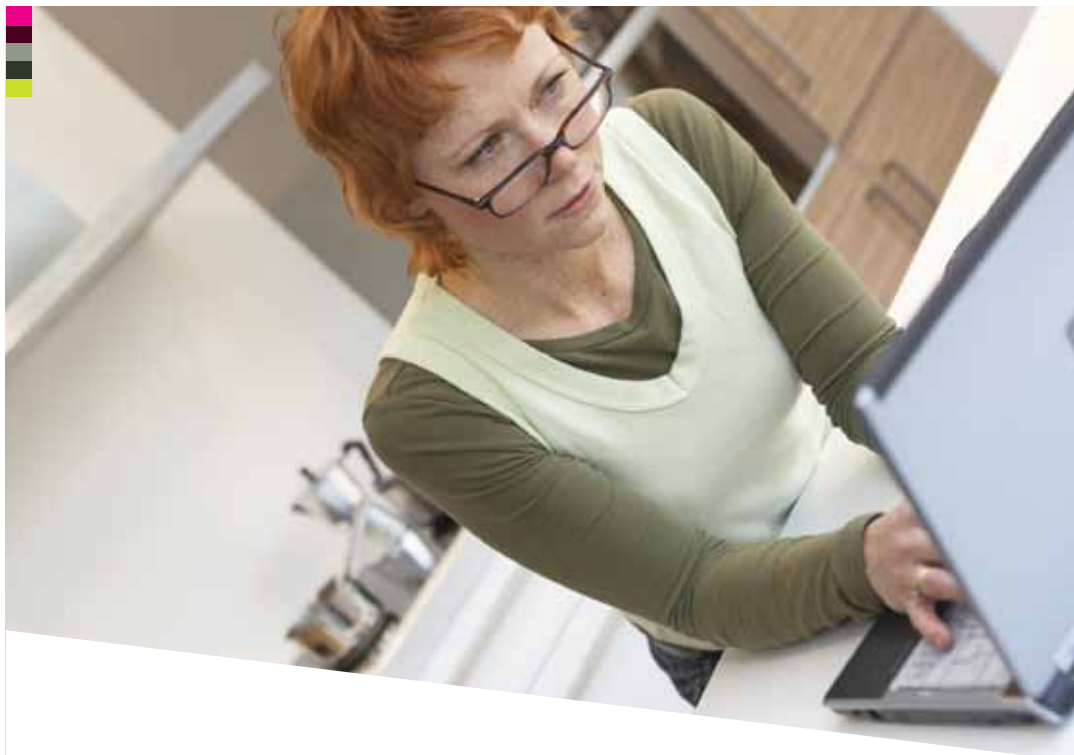
Samtidig ligger Norge på smertetoppen i Europa: 30 prosent av nordmenn har kroniske smerter av ulike slag, og salget av smertestillende tabletter øker faretruende. På venterommene på legesentrene sitter det pasienter med diffuse, psykosomatiske lidelser – som muskel- og skjelettplager, hodepine og magesmerter, konsentrasjons- og søvnproblemer. Helsevesenet står maktesløse overfor de nye «livsstilssykdommene» våre. Det er blitt vanskelig å stille presise diagnoser og finne riktige medisiner. Det er for mange faktorer som spiller inn til at man uten videre kan peke på ett tiltak.

HELHETEN VIKTIG

Placeboforsker Tor-Johan Eke-land påpeker at det blir feil når en medisin eller en behandling

i dag legitimeres som virksomme og alene ut fra det medisinske stoffet i tablettene. En mer helhetlig forståelse må også innbefatte det mentale – og vår evne til å skape andre versjoner av virkeligheten, mener han. Og her ligger det spennende: Når kun troen på en forbedring kan skape fysiske reaksjoner i kroppen, og når hjernen vår ikke er i stand til å skjelve mellom en fysisk reell situasjon og en visualisering av en situasjon, hvilke muligheter gir dette oss? Vil skolemedisin og alternativ medisin kunne forenes i framtiden? Vil sykepleierne, som alltid har hatt omsorg i høysetet, lede an? Vil vi finne andre metoder for god helse enn å skrive ut resepter på piller? Må kanskje helsevesenet i større grad samtale, gi håp og legge til rette for egen mestring?

Kronikkbidragsyter har nylig gitt ut bok om emnet: «Kroppens skjulte intelligens»/Flux forlag.



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

Av Ellen Karine Grov

Professor ved Høgskolen i Buskerud og ved Høgskolen i Sogn og Fjordane



Konsulent eller sykepleier?

> Pasienter i palliativ fase trenger sykepleiere med høy kompetanse.

Lindrende behandling, pleie og omsorg til pasienter med komplekse helseproblemer krever høy kompetanse. Sentrale myndigheter anmoder om avansert behandling og oppfølging nær eller i pasientens hjem. Dersom denne anmodningen skal kunne gjennomføres, vil ansvar for helsehjelp og tjenester til personer som trenger bistand, i større grad enn i dag tillegges helse- og hjelpepersonell i kommunehelsetjenesten (St.meld. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen).

Sykepleiere har blant annet en utøvende og koordinerende funksjon overfor pasienter som trenger helsehjelp og tjenester i hjemmet. Pasienter skal ivaretas uansett alder, fase av sykdom og når plager varer ved. En av de største utfordringene for sykepleietjenesten i kommunene de kommende årene, er økningen i antallet eldre, spesielt de eldste eldre. De yngste pensjonistene er

ofte spreke. De må oppfordres til å fortsette med helsefremmende aktiviteter.

Vansker med dagliglivets aktiviteter og konsekvenser av sykdom og svekkelse, opptrer oftest hos eldre personer med langvarige, sammensatte helseproblemer. Sykepleiere har kunnskap om systematisk kartlegging av helseproblemer og iverksetting av tiltak. Pasienter som må prioriteres med høyt kvalifisert personale, er de som har sammensatte helseproblemer og pasienter som trenger lindrende behandling og omsorg i palliativ fase. Nestoren og foregangskvinnen innen palliasjon, Dame Cicely Saunders, var utdannet sykepleier, sosialarbeider og lege. I England har spesialsykepleiere rollen som konsulent og undervisningssykepleiere – fortrinnsvis overfor helse- eller hjelpepersonell og pårørende. Ennå har vi i Norge hatt tilstrekkelig antall spesialsykepleiere i funksjon nær

pasienten. Da jeg spurte Saunders hvorfor spesialsykepleiere i England ikke utførte «hands-on»-sykepleie, svarte hun: «Vi er ikke nok sykepleiere». Vil utviklingen bli den samme i Norge? Vil sykepleien trenge en prioriteringsdiskusjon? Sykepleie til eldre med sammensatte hjelpebehov og helseproblemer må utføres av kompetente sykepleiere hos den enkelte pasient. Samtidig kan rollen som veileder og underviser for helse-/hjelpepersonell og pårørende, bli enda mer sentral enn den allerede er for sykepleiere i dag. Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon krever særskilt kompetanse. Den nødvendige veiledning som må tilbys dem som skal utføre andre funksjoner overfor pasienter og pårørende, kan være avgjørende for deres bidrag til å støtte opp om sykepleierens funksjon overfor hjemmeboende med sammensatte helseproblemer, eldre og døende.

Bruk av butte nåler ved kirurgiske inngrep reduserer smittefare

Resultatene fra en ny Cochrane-oversikt viser at bruken av butte nåler reduserer risikoen for å spre smittsomme sykdommer til kirurgisk personell sammenliknet med bruk av spisse nåler.

Helsepersonell er mer utsatt enn andre yrkesgrupper for sykdommer som spres via blod eller kroppsvæsker. Hepatitt B og C, samt HIV, er typiske eksempler på slike smittsomme sykdommer. Det er flere måter man kan forebygge eksponering for disse sykdommene på: 1) vaksinasjon (for hepatitt B) og 2) reduksjon eller fjerning av eksponering (som å unngå unødvendige injeksjoner, bruke tryggere utstyr, gode prosedyrer og beskyttelsesutstyr).

Risikoen for smitteoverføring ved stikk på kontaminert kanyle er 10–30 prosent for hepatitt B, 3–5 prosent for hepatitt C og cirka 0,3 prosent for HIV-infeksjon. Gjennom meldingssystemet for smittsomme sykdommer overvåker Folkehelseinstituttet forekomsten av sykdommer som spres med blod som skyldes stikkskadeeksponering. Tall fra meldingssystemet viser at i perioden 1992–2010 er det meldt om 14 tilfeller av hepatitt B-smitte etter stikkskader i helsevesenet. Ifølge Folkehelseinstituttet kan typiske årsaker være mangel på

vaksinasjon eller at stikkskaden ikke ble erkjent umiddelbart og fulgt opp med posteksponeringsprofylakse. I samme periode er det kun meldt inn noen titalls tilfeller av hepatitt C blant helsearbeidere der yrkesmessig eksponering ikke kan utelukkes (det må nevnes at det har vært mangelfull overvåkning frem til 2008). Det er aldri påvist overføring av hiv ved stikkskade verken i eller utenfor helsetjenesten i Norge eller de andre nordiske landene.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant ti studier som vurderte bruken av butte suturnåler sammenliknet med spisse suturnåler hos kirurgisk personell og fant følgende effekter:

- Risikoen for at suturnålen trenger igjennom hansken reduseres ved bruk av butte suturnål sammenliknet med spiss suturnål
- Risikoen for nålestikkskade reduseres trolig ved bruk av butte suturnål sammenliknet med spiss suturnål

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som

har undersøkt effekten av butte nålebruk sammenliknet med bruk av spisse nåler hos kirurgisk personell. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant ti randomiserte studier med til sammen 2961 kirurgoperasjoner som de inkluderte i oversikten. Studiene ble utført mellom 1998 og 2005 og var gjennomført i USA, Storbritannia, Italia, Irland, Nederland og Tyskland. Alle studiene brukte butte eller kjegleformet nåler som tiltak og sammenliknet med bruk av spisse eller tradisjonelle suturnåler.

KILDE

Parantainen A, Verbeek JH, Lavoie M-C, Pahwa M. Blunt versus sharp suture needles for preventing percutaneous exposure incidents in surgical staff. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD009170. DOI: 10.1002/14651858.CD009170.pub2.

Skrevet av Marita Sporstøl Fønhus,

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten





Illustrasjon: Lene Ask

Tiltak for akutte smerter hos spedbarn

Resultatene fra en ny Cochrane-oversikt viser at ulike tiltak for smertelindring hos spedbarn kan ha effekt. Spesielt kengurumetoden, smokkbruk og svøping/holding kan gi smertelindring.

Smertelindring er en metode eller teknikk som skal minke smertefølelsen eller smertetolkningen ved å unngå eller begrense eksponeringen til smerteutløsende stimuli. Hælprikking, venepunksjon og sprøytstikk kan typisk utløse smerte hos spedbarn. Mens bleieskift, intubering og veiing kan utløse smerte hos premature spedbarn. For å redusere eller forhindre smerte hos spedbarn benyttes ulike tiltak. Det kan dreie seg om forandring i omgivelsene, for eksempel lavt støynivå og belysning, slå sammen prosedyrer for å unngå overhåndtering av spedbarnet og beroligende lukter. Eller det kan være kognitive tiltak, for eksempel avledning ved bruk av leker eller video, eller mer atferdsrettete tiltak, for eksempel kengurumetoden, svøping/holding, vugging og smokkbruk.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant 51 studier som vurderte effekter av ikke-farmakologiske tiltak:

- Premature spedbarn: kengurumetoden, smokkbruk eller svøping/holding gir muligens mindre akutte smerter og ubehag
- Spedbarn opptil en måned gamle: smokkbruk eller vugging gir muligens mindre akutte smerter og ubehag

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av ikke-farmakologiske tiltak på akutte smerter hos barn. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant 51 randomiserte studier med til sammen 3396 barn som de inkluderte i oversikten. Studiene var gjennomført i USA, Canada, Frankrike, Brasil, Australia, Kina, Finland, Italia, Iran, Saudi-Arabia, Sør-Korea, Israel, Tyrkia og Taiwan. Tjuefem av studiene

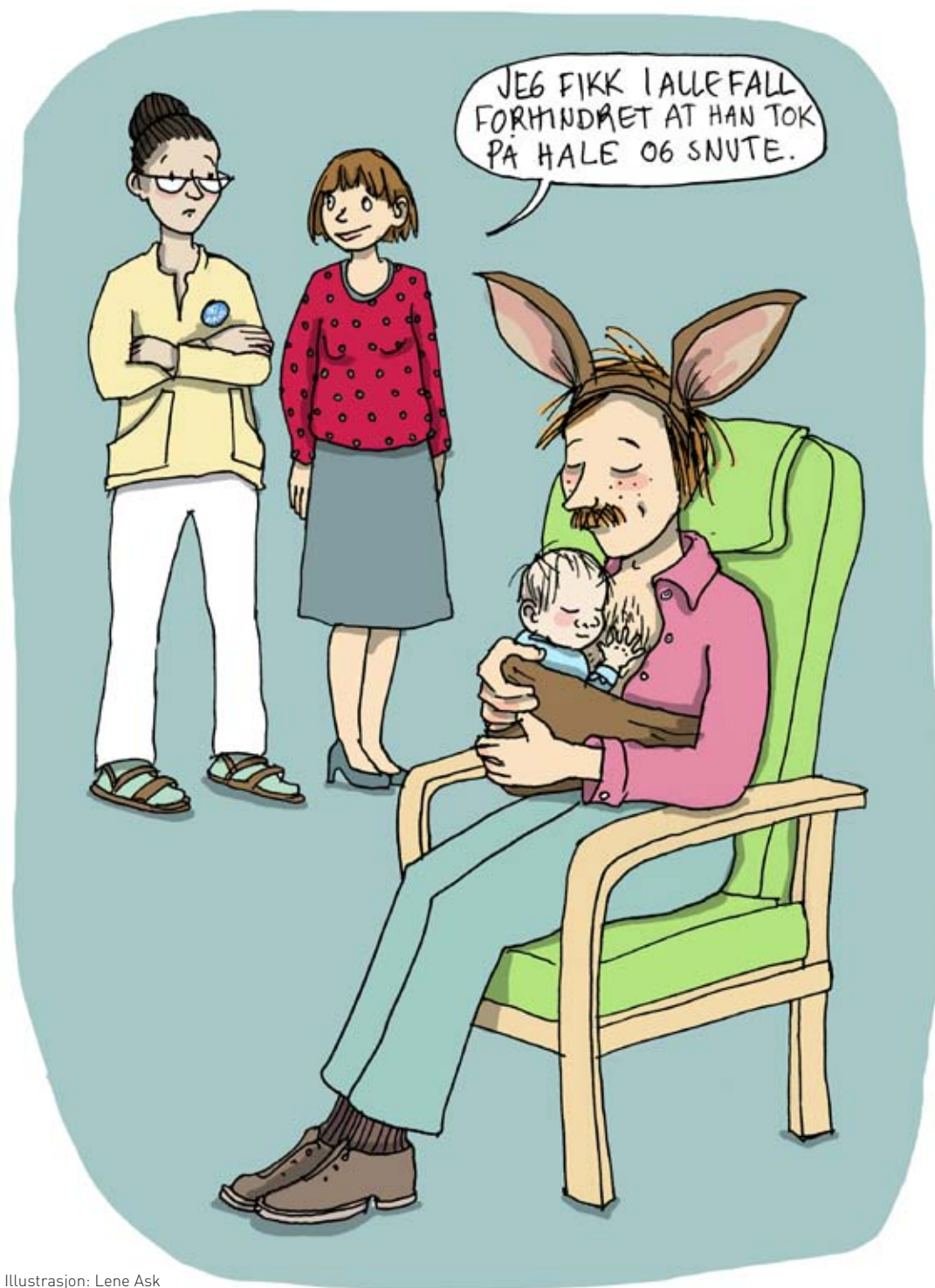
inkluderte premature spedbarn (født før 36. svangerskapsuke), 16 hadde barn født til termin (født fra uke 37 til en måned gamle). Elleve av studiene inkluderte spedbarn og småbarn (fra en måned til 36 måneder gamle).

KILDE

Pillai Riddell RR, Racine NM, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, Din Osmun L, Ahola Kohut S, Hillgrove Stuart J, Stevens B, Gerwitz-Stern A. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 10. Art. No.: CD006275. DOI: 10.1002/14651858.CD006275.pub2.

Skrevet av **Marita Sporstøl Fønhus**,
Nasjonalt kunnskapssenter for helse-
tjenesten





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.

Fatigue hos personer med kronisk tarmbetennelse

Tidligere studier viser at personer med kroniske sykdommer og fatigue har redusert helserelatert livskvalitet. Dette fenomenet er lite studert hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. Hensikten med studien var derfor å undersøke sammenhengen mellom fatigue og selvrappert livskvalitet hos personer i denne pasientgruppen. Pasienter med ulcerøs kolitt og Crohns sykdom enten i remisjon eller med

mild og moderat sykdomsaktivitet, ble rekruttert fra tre poliklinikker til å delta i tverrsnittstudien. Ved hjelp av spørreskjemaer ble det samlet inn informasjon om sosiodemografiske variabler og røykevaner. I tillegg fylte de ut spørreskjema om helserelatert livskvalitet (Short-Form 36 [SF-36]) og den norske versjonen av Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). Fatigue ble målt ved hjelp av spørreskjemaet Fatigue Questionnaire. Dette består av syv spørsmål som måler fysisk fatigue og fire som måler mental fatigue. Hvis man skårer høyt på minst fire av disse spørsmålene og oppgir at tretthet og utmattelse har vart i mer enn seks måneder, blir tilstanden definert som langvarig fatigue. Utvalget ble delt i to ut fra denne definisjonen. Gruppen med langvarig fatigue utgjorde 24 prosent av utvalget. Om pasientene hadde langvarig fatigue eller ikke, var ikke relatert til alder, kjønn,

utdanningsnivå eller sivil status. Men gruppen med langvarig fatigue hadde en større andel som røykte. Blant pasientene med ulcerøs kolitt oppga de med langvarig fatigue en betydelig lavere livskvalitet, knyttet til rollebegrensninger på grunn av fysiske og emosjonelle problemer, enn de uten langvarig fatigue. I gruppen av pasienter med Crohns sykdom rapporterte pasienter med langvarig fatigue betydelig større problemer knyttet til rollebegrensninger på grunn av fysiske problemer, mer smerter, lavere generell helse, mindre vitalitet og dårligere sosial funksjon sammenliknet med dem uten langvarig fatigue.

REFERANSE:

Jelsness-Jorgensen LP, Bernklev T, Henriksen M, Torp R, Moum BA. Chronic fatigue is associated with impaired health-related quality of life in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;33:106-14.

KOMMENTAR

Artikkelen viser store forskjeller i helserelatert livskvalitet mellom personer som har vært plaget med fatigue over lang tid sammenliknet med dem som ikke har vært plaget av fatigue. Funnet understreker viktigheten av at helsepersonell som arbeider med denne gruppen pasienter er oppmerksomme på tegn og symptomer på fatigue og veileder dem i strategier for å mestre fatigue i hverdagen.

Barrierer for godt tannstell på sykehjem

Motstand fra pasientene og mangel på tid hos sykepleiere var den viktigste grunnen til ikke å utføre regelmessig og godt tannstell.

Sykepleierne har ansvar for at pasienter på sykehjem får nødvendig hjelp til tannstell. Hensikten med undersøkelsen var å utforske pasienters og sykepleieres vurdering av hindringer for å gjennomføre tannstell hos pasienter innlagt på sykehjem.

Studien hadde et tverrsnittsde-

sign hvor tannstatus til 527 pasienter ble undersøkt av tannpleier. I tillegg besvarte 494 helsepersonell et spørreskjema. Svarprosenten var 73. Studien ble gjennomført i Østfold på 11 sykehjem i 2010. I denne gruppen var 114 autoriserte sykepleiere, 243 hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og 136 assistenter.

Tannpleiere vurderte pasientenes tenner ut fra en tannhelseindeks (mucosal plaque index) med sumskår fra 2 til 8. Tannhelsen til pasienter

som fikk skåren 5 eller høyere ble klassifisert som dårlig. I tillegg ble opplysninger om pasientenes kognitive status, om de trengte hjelp til tannstell og hvor ofte de gjorde tegn til motstand mot tannstell registrert. Data innsamlet med spørreskjemaet omhandlet hjelpenes holdninger, atferd og kunnskaper om tannstell samt yrkeserfaring.

Studien viste at 48 prosent av pasientene hadde flere enn ti tenner og at 41 prosent av alle pasien-

> TIPS OSS

Kjenner du til nye studier presentert i internasjonale tidsskrift som du mener har klinisk relevans og interesse for norske sykepleiere?

Tips kan sendes til annners.lerdal@lds.no

Depressive symptomer etter hjerneslag

Å være deprimentert etter hjerneslag var som å leve et liv i grånyanser.

Tidligere studier har vist at over en fjerdedel av pasientene opplever depresjon etter et hjerneslag. Forskerne ønsket å beskrive hvordan depresjon oppleveres i den tidlige fasen etter hjerneslag og hvordan det var å leve med depresjon i denne tiden. Studien var designet som en kvalitativ studie med et hermeneutisk fenomenologisk perspektiv. Ni personer ble rekruttert til studien fra ulike slagenheter. Inklusjonskriteriene var gjennomgått første gangs hjerneslag, over 18 år, skår på Beck Depression Inventory versjon II som var høyere enn 14 eller diagnostisert med depresjon av en lege og god nok kognitiv funksjon til å la seg intervjue. Personer som hadde brukt antidepressiva før hjerneslaget, hadde en terminal diagnose eller fikk behandling for en bipolar

lidelse, ble ikke inkludert i studien. Data ble samlet inn ved hjelp av dybdeintervju som varte fra 45–90 minutter i perioden fire til syv uker etter slaget. En tematisk intervju-guide ble brukt som utgangspunkt for å innhente rike beskrivelser av personens opplevelser og erfaringer. Intervjuene ble tolket ut fra tre nivåer: Naiv lesning, strukturell analyse og helhetlig forståelse. Metaforen «å leve et liv i grånyanser» beskriver hovedinnholdet i intervjuene. «Å føle seg fanget» og «å miste seg selv» ble identifisert som to hovedtemaer. Å føle seg fanget inkluderte å være fanget i kroppen, fanget i kjedsomhet og isolasjon og fanget i «for sikkerhets skyld-tenkning». Å miste seg selv handlet om ikke lenger å være den samme, å være labil, å føle seg som ingenting og å være for trett til å leve. Deltakerne omtalte ikke sin depresjon med typiske psykiatriske termer, men heller innveid i

historier. Tre beskrev seg selv spontant som deprimentert, fire brukte ikke ordet depresjon i løpet av samtalen og to beskrev seg selv som ikke deprimentert.

REFERANSE

Kouwenhoven SE, Kirkevold M, Engedal K, Kim HS. «Living a life in shades of grey»: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *J Adv Nurs* 2011.

Selv om informantene ble klassifisert som deprimentert ut fra skårer i et internasjonalt anerkjent kartleggingsverktøy, var det stor variasjon i måten de omtalte sin depressive tilstand på. Dette viser viktigheten av å være sensitiv overfor symptomer og tegn på depresjon hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerneslag.

KOMMENTAR

tene hadde dårlig tannhelse. Det var ikke forskjell i tannhelsen mellom de som fikk hjelp av helsepersonell til tannstell og de som pusset tenner selv eller i forhold til graden av pasientenes kognitive svikt. Pasienter som hadde mer enn ti tenner og pasienter som gjorde motstand overfor personalet mot tannstell hadde økt risiko for dårlig tannhelse. Hele 97 prosent av helsepersonellet rapporterte at de opplevde at pasienter daglig gjorde motstand

mot tannstell, og 62 prosent oppga at det var vanskelig å prioritere nok tid til å hjelpe pasientene med nødvendig tannstell. Da personalet ble spurt om de hadde nok kunnskaper om tannstell, rapporterte yrkesgruppen med høyere utdanning at de hadde mer kunnskaper enn det de med lavere kompetanse oppga.

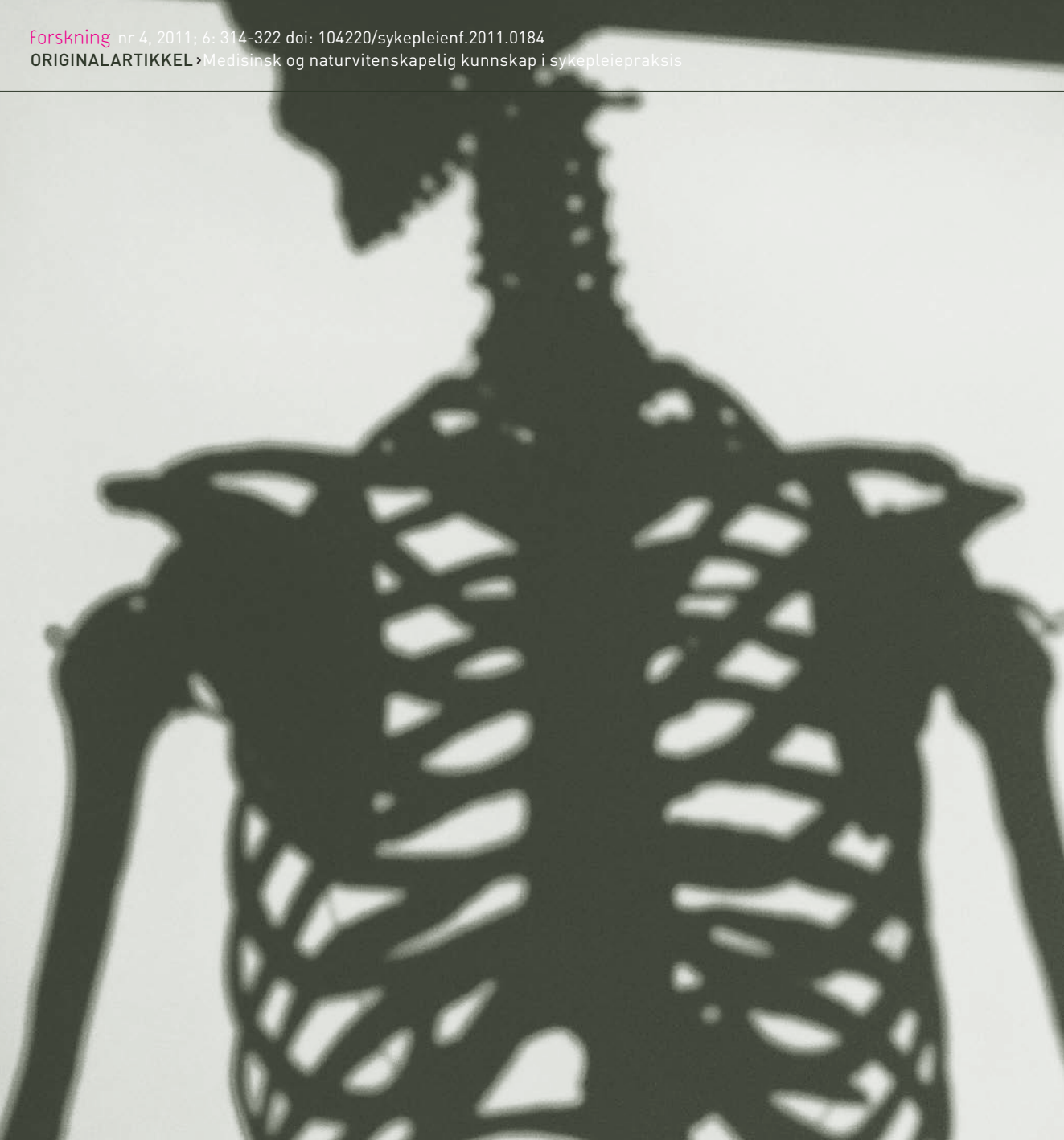
REFERANSE:

Willumsen T, Karlsen L, Naess R, Bjorntvedt S. Are the barriers to good oral hygi-

ene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology* 2011.

Studien viser at sykepleierne som er ansvarlige for at pasienter på sykehjem får nødvendig hjelp til tannstell har forbedringspotensial. Dette vil kreve enda mer oppmerksomhet i fremtiden siden pasienter på sykehjem i økende grad har flere tenner enn tidligere.

KOMMENTAR



NATURVITENSKAP I SYKEPLEIERUTDANNING OG -PRAKSIS



Foto: Erik M. Sundt



No Source Found



Foto: Erik M. Sundt

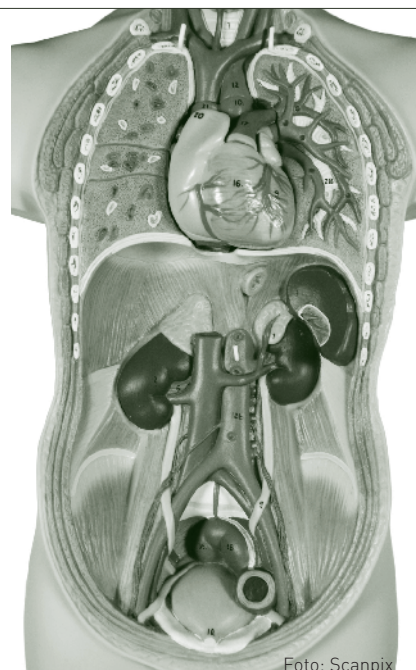


Foto: Scanpix

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Medisinske og naturvitenskapelige emner (MNE) utgjør ett av flere kunnskapsområder i sykepleieryrket. I klinisk praksis må denne kunnskapen være anvendbar og relevant i samspill med de andre kunnskapsområdene.

Hensikt: Hensikten med studien er å beskrive hva sykepleiere opplever som relevant naturvitenskapelig kunnskap i sin yrkesutøvelse, samt å få fram sykepleiernes refleksjoner omkring undervisningen av MNE i utdanningen.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Data er samlet inn gjennom fokusgruppeintervjuer med sykepleiere i klinisk praksis i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Resultater: Kunnskap fra MNE ble opplevd som nødvendig for trygghet i yrkesutøvelsen og som viktig ved observasjoner og vurderinger av pasienter. Kunnskapen var nødvendig for å kunne fravike ferdigskrevne prosedyrer og vurdere foreskrevet behandling når pasientens tilstand endret seg. Kunnskapen ble også benyttet i kommunikasjon og sam-

handling med annet helsepersonell, pasienter og pårørende. Sykepleiere som arbeidet innen psykisk helsevern understreket viktigheten av kunnskaper innen farmakologi. Basal biokjemi hadde imidlertid begrenset relevans for praksis.

Konklusjon: Kunnskap innen MNE synes viktig for kvalitet og faglig trygghet i sykepleierens praksis. Kunnskap som gir forståelse for sammenhenger oppfattes som viktigere enn detaljkunnskap. Undervisningen av MNE i studiet bør også vektlegge sammenhenger og være klinisk relevant.

ENGLISH SUMMARY

Background: Biological science is one of several knowledge areas in use in nursing. In clinical nursing, bioscience knowledge needs to be both applicable and relevant in conjunction with other knowledge areas.

Objective: The object of this study is to describe what bioscience knowledge registered nurses perceive as relevant. Additionally, we try to highlight nurses' reflections on bioscience teaching in basic nursing education.

Method: This study has a qualitative design. Data were collected interviewing focus groups, consisting of

both primary and secondary health-care nurses.

Results: Bioscience knowledge was felt to be essential to gain a sense of security in clinical nursing and on top of that important when monitoring and assessing patients. It was vital to be able to justify deviating from standard treatment procedures and to assess treatment regimens when changes in clinical status occur. Moreover it was also used when communicating with other health professionals, patients and their next of kin. The mental health nurses in one of our focus groups emphasized the importance

of knowledge of pharmacology. Basic biochemistry, however, was regarded as of little relevance to day-to-day nursing.

Conclusion: Bioscience knowledge is essential for quality in nursing and to feel secure while nursing. Knowledge of every detail is considered less important. Bioscience education in the nursing curriculum should therefore both help to see things in a wider context and focus on clinical relevance.

Keywords: Qualitative Research, Biological Science, Nursing, Education, Communication.

» Medisinsk og naturvitenskapelig kunnskap i sykepleiepraksis

Forfattere: Lars Kyte, Ole T. Kleiven,
Tom Arne Elzer og Kari Kvigne

NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Sykepleieryrket
- Utdanning
- Kommunikasjon
- Anatomi
- Fysiologi

BAKGRUNN

Sykepleieryrket er en profesjon med en sammensatt kunnskapsbase. Mangfoldet i kunnskapen kommer til uttrykk i Rammeplan for sykepleierutdanning og spenner over sykepleievitenskapelige og sykepleiefaglige emner, så vel som medisinske, naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige emneområder (1).

De forskjellige emneområdene har ulikt vitenskapsteoretisk grunnlag (2). Det medisinske og naturvitenskapelige emneområdet (MNE) er i hovedsak basert på naturvitenskapens forskningsperspektiv. Flere av de andre emneområdene er preget av andre vitenskapstradisjoner, hvor fokuset i større grad er rettet mot mellommenneskelige relasjoner. Dette gjelder ikke minst samfunnsvitenskapene (2), men også deler av sykepleievitenskapen (3-5), selv om bildet der er mer sammensatt.

I sykepleierens praksis må alle emneområdene fungere sammen. I og med at det ikke finnes noen felles vitenskapsteoretisk overbygning som forener disse, må de koples sammen i sykepleierens kliniske hverdag gjennom en praktisk syntese (6). Det er da

avgjørende at den medisinske og naturvitenskapelige kunnskapen er anvendbar i samspill med de andre kunnskapsbasene og relevant i forhold til det som forventes i sykepleierens kliniske praksis.

Dette betyr at det er viktig at nyutdannede sykepleiere har et best mulig utgangspunkt for å kunne forene kunnskapsbasene i praksis. Benner mfl. (2010) peker på behovet for endringer i sykepleierutdanningen i USA for å lykkes med dette, og framholder særlig nødvendigheten av en sterkere integrering mellom fagområdene og ikke minst mellom teori og praksis. Det vises til viktigheten av at studentene både må bygge opp en kunnskapsbase og samtidig utvikle evne til å forstå hva som er relevant i de forskjellige sammenhengene i praksis (7).

Det er stor strykprosent i MNE i utdanningen, spesielt i anatomi/fysiologi/biokjemi (8). Samtidig har det vært hevdet at kravene til kunnskap i MNE i norsk sykepleierutdanning er for lave (9), og at de naturvitenskapelige fagene i utdanningen må styrkes for å møte kravene i samhandlingsreformen (10). Det er lite forskningsbasert kunnskap om hva slags kunnskap innen MNE sykepleiere i klinisk praksis i kommune- og spesialisthelsetjenesten i Norge vurderer som viktig for å utøve god sykepleie. Dette er også en utfordring i undervisningen av dette fagområdet i utdanningen. Et interessant spørsmål er da hvordan sykepleiere i klinisk praksis vurderer behovet for medisinsk og naturvitenskapelig kunnskap.

Hensikten med studien er å

beskrive hva sykepleiere i klinisk praksis opplever som relevant medisinsk/naturvitenskapelig kunnskap i sin yrkesutøvelse. Vi har også undersøkt i hvilke kliniske sammenhenger denne kunnskapen blir anvendt. Videre er hensikten å få fram sykepleierens refleksjoner omkring undervisningen av dette emneområdet i utdanningen.

Så langt vi kjenner til, er dette den første norske studien som spesifikt undersøker disse forholdene, selv om tematikken tidligere er berørt som ledd i andre studier.

METODE

Studien har et kvalitativt design der data er samlet inn ved hjelp av fokusgruppeintervjuer. Fokusgruppeintervjuer er gruppediskusjoner med et mindre utvalg fra en populasjon, der hensikten er å samle utdypende informasjon om

Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen diskuterer i hvilken grad og på hvilken måte sykepleiere har nytte av medisinske og naturvitenskapelige emner i sin praksis.

Mer om forfatterne:

Lars Kyte er cand.med., spesialist i nevrologi og høyskolelektor. Ole T. Kleiven er dr. scient og 1.-amanuensis. Tom Arne Elzer er cand. med., spesialist i allmenntidrett og høyskolelektor. Kari Kvigne er sykepleier og 1.-amanuensis ved Høgskolen i Hedmark, institutt for sykepleie og psykisk helse. Samtlige er ansatte ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for Helsefag, Førde. Kontaktperson: lars.kyte@hisf.no

et angitt tema (11). I fokusgruppeintervjuene drar man nytte av diskusjonen mellom gruppedeltakerne for å generere data, og interaksjonsprosessen i gruppa brukes eksplisitt som en del av metoden (12). Fokusgruppene ledes av en moderator. I tillegg medvirker ofte en assisterende moderator (13).

Datainnsamling

Det ble foretatt fire fokusgruppeintervjuer med til sammen 23 sykepleiere i klinisk praksis i spesialist- og kommunehelsetjenesten i perioden november 2009–februar 2010. Sykepleierne ble rekruttert til studien via kontakt med ledelsen ved arbeidsplassene. Sykepleiere som arbeidet i samme eller tilgrensende arbeidsfelt var i samme gruppe. Tabell 1 viser en oversikt over informantene. Informantene representerte en spredning fra et halvt til 42 år siden de var ferdig utdannet.

Samme person fungerte som moderator ved alle intervjuene. Assisterende moderator varierte fra intervju til intervju, samme person ved to av intervjuene. Intervjuene tok utgangspunkt i en

som meningsbærende enheter i teksten kunne klassifiseres i. Meningsbærende enheter ble deretter klassifisert (kodet) i disse foreløpige kategoriene. Deretter ble informasjonen reorganisert i nye og færre kategorier, basert på at de første kategoriene inneholdt overlappende eller beslektet informasjon. Meningsenhetene i de nye kategoriene ble gjennomgått på nytt, og innholdet ble sammenfattet. Sitater fra de meningsbærende enhetene ble valgt ut for å illustrere innholdet.

Etiske overveielser

Samtlige deltakere fikk utlevert informasjonsskriv om prosjektet og signerte samtykkeerklæring før deltakelse. Av informasjonsskrivet framgikk også at man når som helst og uten begrunnelse kunne trekke seg fra prosjektet. For å ivareta anonymisering, ble deltakernes navn ikke brukt i lydopptakene. I stedet fikk hver deltaker et nummer som også ble benyttet ved transkribering. Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatje-

kunnskap. Det hadde ikke gått an. Så det har i høy grad hjulpet meg til å utføre sykepleie og ikke minst være trygg i utføring av sykepleie.»

Sykepleierne ga uttrykk for at man trenger kunnskap fra samtlige fagområder innen MNE, men at nytten av kunnskapen varierer. Anatomi ble oppfattet som viktig, og man trenger anatomien for å forstå fysiologien og for eksempel for å forstå pasientenes smerterbilder. En del anatomipugg fra studiet ble imidlertid sett på som mindre relevant i praksis.

Fysiologi ble sett på som viktigere enn anatomi både i kommunehelsetjenesten og i somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, noe en av informantene uttrykte på denne måten: «Det er fysiologien jeg har veldig behov for. Selvfølgelig må anatomien ligge der bak, men fysiologien til hovedorganene ser jeg i hvert fall har vært veldig nyttig.»

Det var et gjennomgående inntrykk at kunnskap fra biokjemien, som cellenes energiomsetning og proteinsyntese, ikke er i daglig bruk i praksis. En av sykepleierne ved kirurgisk avdeling ga imidlertid et eksempel på at også basal biokjemikunnskap kan gi økt forståelse i praksis: «Da jeg var student, så husker jeg at jeg lærte om hyperkalemi, og det er sånt som jeg har nytte av den dag i dag. Hvis for eksempel legen ber meg henge opp glukose tilsatt insulin husker jeg at kalium følger etter glukosen inn i cellene.»

Sykdomslærekunnskap ble oppfattet som svært relevant. I alle gruppeintervjuene ble kunnskap om vanlige sykdommer som for eksempel hjerte-/karsykdom, sett på som viktig. Informanter i forskjellige grupper uttrykte også behov for sykdomslærekunnskap på andre felter enn sitt eget spesialområde fordi man trenger et

” En del anatomipugg fra studiet ble sett på som mindre relevant i praksis.

veiledende tematisk intervjuguide. Intervjuene hadde preg av samtale, og det ble stilt supplerende og utdypende spørsmål. Det ble gjort lydopptak av intervjuene. Lydopptakene ble siden transkribert.

Analyse

Analysen ble foretatt etter inspirasjon fra Malteruds tekst-kondensering (14). Ut ifra et helhetsinntrykk av intervjuene, ble det skissert temaer som intervjuene handlet om. Disse temaene dannet utgangspunkt for foreløpige kategorier (koder)

nexte. Det ble også gjort forespørsel til REK, som fant at studien lå utenfor framleggingsplikten og således kunne gjennomføres uten godkjenning fra REK.

RESULTATER

Relevant MNE-kunnskap

I samtlige fokusgrupper ble det gitt uttrykk for at kunnskap innen MNE er viktig for tryggheten i det praktiske arbeidet, noe som underbygges av følgende sitat: «Jeg hadde i hvert fall ikke klart å utføre et sånt arbeid uten å ha medisinsk og naturvitenskapelig

helhetsperspektiv, noe som underbygges av følgende sitat: «Det hele mennesket møter vi igjen, overalt. Om de skal operere mage/tarm, så har de gjerne KOLS.»

I fokusgruppa fra psykiatrien ble også nødvendigheten av å se den naturvitenskapelige kunnskapen i en større sammenheng trukket fram, for eksempel hos pasienter med kroniske sykdommer, der sykdommen kan ha betydelig innvirkning både i forhold til den enkeltes liv, pårørende og samfunnet.

I alle gruppene ble kunnskap om farmakologi og håndtering av medikamenter sett på som viktig, men dette var særlig fremtredende i gruppa fra psykiatrien. Flere farmakologiske temaer ble trukket fram. Et eksempel er sykepleiernes ansvar i forbindelse med vurdering av når pasientene skal ha behovsmedisiner, der en av informantene sa følgende: «Spesielt i sammenheng med eventuell medisinerings som er utenom den faste medikasjonen, er kunnskapen om halveringstid viktig. For mange pasienter vil ha medisinen fort, og de vil kjenne virkningen fort, og da er det også viktig å ha denne kunnskapen for ikke å gi dem en for stor dose på kort tid.»

I mikrobiologi ble kunnskap om analysemetoder og om hvordan bakteriene ser ut, oppfattet som mindre viktig. Det var heller ikke så nyttig å kunne mange bakterienavn, men man må vite forskjellen på virus og bakterier, fordi dette er relevant i forhold til behandling. Man trenger også kunnskap om viktige mikrober som for eksempel MRSA. Kunnskap om smitteveier ble oppfattet som svært sentralt både i kommunehelsetjenesten og i somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. En av informantene uttrykte det på følgende måte: «Jeg synes også at smitteveier vil være det sentrale.

TABELL 1: Oversikt over informanter

Fokus-gruppe nr.	Arbeidsfelt	Antall informanter
1	Kirurgi	3
	Gynekologi	2
2	Medisin	3
	Nevrologi	1
	Rehabilitering	1
	Pediatri	1
3	Sykehjem	3
	Hjemmesykepleie	3
4	Psykiatri	6

Vi møter jo en del MRSA og andre ting. Og den kunnskapen er atskillig viktigere enn detaljkunnskap om bakterier.»

Kliniske sammenhenger

Sykepleierne ga uttrykk for at de bruker kunnskap fra MNE i flere sammenhenger i praksis. Blant annet brukes kunnskapen for å kunne gjøre observasjoner og foreta vurderinger i forhold til pasienter. Dette innebærer blant annet å kunne fravike ferdigskrevne prosedyrer om nødvendig, samt å vurdere om foreslåtte behandlingstiltak er adekvate hvis pasientens tilstand endres.

Kunnskapen benyttes også i informasjon til pasienter og pårørende. Pasientene forventer at sykepleierne har kunnskap, og terskelen for å spørre legen kan oppleves høyere. Kunnskapen fra MNE anvendes i undervisning og veiledning av studenter og i kommunikasjon og samhandling med sykepleiekollegaer og andre yrkesgrupper. Kunnskapen er også viktig i ressursgrupper innen forskjellige fagfelt i hjemmesykepleien, samt i informasjonsutveksling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, underbygget av følgende sitat: «Når vi skal sende hjem igjen pasienter som har mange lidelser og vi skal fortelle dette til hjemmesykepleien og skrive pleieskriv, da bruker vi

hele vårt spekter i sykdomslære og anatomi når vi skal forklare hva som skal følges opp med pasienten hjemme.»

Når det gjelder bruk av norske og latinske benevnelser innen MNE i kliniske sammenhenger, ga sykepleierne uttrykk for at man trenger begge deler både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Overfor pasienter og pårørende brukes norske begreper, mens latinske benevnelser benyttes i kommunikasjon med legene eller for å lese røntgenbeskrivelser, journaler og epikriser.

Undervisningen

Hovedinntrykket i intervjuene var at studiet bør gjenspeile kunnskapsbehovet i praksis. I anatomi- og fysiologiundervisningen ble det ytret ønske om mer vekt på sammenhenger og store linjer framfor detaljpugg. Anatomi var for øvrig det fagområdet innen MNE som oftest ble nevnt som et fag man med fordel kunne trekke med videre gjennom alle studieårene. En sykepleier beskrev den intensive undervisningen i anatomi i første studieår som et «race-opplegg».

Når det gjelder biokjemi, mente flere av sykepleierne at det var viktig å få et grunnlag i det basale, selv om man ikke benytter denne kunnskapen til daglig. Imidlertid trakk noen av infor-

mantene fram at i studiet var biokjemien vanskelig å sette inn i sammenhengen: «Jeg synes også at det er viktig kunnskap, men når en får den så tidlig i studiet, så klarer en ikke å relatere den til anatomien, den store helheten og slett ikke til sykdommer.»

Det ble uttrykt ønske om mer sykdomslæreundervisning i studiet: «Du blir aldri ferdig utlært. Det gjør du ikke. Men jeg skulle ønske jeg hadde mer sykdomslære i bunn når jeg begynte som sykepleier.» Bruk av case og eksempler fra praksis ble oppfattet som nyttig i undervisningen. Praksisperiodene i studiet ble opplevd som viktige for læringen, men det var delte meninger om sykdomslæreundervisningens plassering i forhold til praksis. Flere mente at det er en fordel med sykdomslære før praksis, fordi studentene da er bedre skikket til å være i praksis, og det gir bedre drøftinger. Imidlertid ble det også trukket fram at det kan være vanskelig å forstå sykdomslære når man ikke har sett pasienter.

Noen informanter ytret ønske om mer undervisning om medikamenter. Betydningen av å lære seg farmakologiske begreper ble nevnt, og i fokusgruppa fra psykiatrien ble også viktigheten av å undervise om lover og regler i forhold til medikamenter trukket fram. Det ble også gitt uttrykk for at farmakologi er et modningsfag som bør trekkes med gjennom alle studieårene, og at det tar tid å få forståelse i dette fagfeltet. En av sykepleierne sa det på denne måten: «Jeg følte at det var veldig mye pugging. Du kjente ikke medikamentene som det ble undervist om. Du kjente ikke farmakologien på den måten som du egentlig gjør i dag.»

I mikrobiologi ble det klart uttrykt at undervisning om smitteveier er viktig, mens man når det

gjelder mikrober, bør prioritere de vanligste. Også mikrobiologi ble av en av informantene nevnt som et modningsfag.

DISKUSJON

Relevans og sammenheng

Resultatene i denne undersøkelsen tyder på at sykepleiere både i spesialist- og kommunehelsetjenesten opplever kunnskap innen MNE som viktig for kvalitet og faglig trygghet. Kunnskapens nytteverdi er imidlertid varierende. Sykepleierne ga klart uttrykk for at man har mer behov for kunnskap som gir forståelse av sammenhenger enn detaljpreget kunnskap. Når kunnskap om smitteveier i mikrobiologi trekkes fram som nyttig, kan det forstås ut ifra at det oppfattes som klinisk relevant. Det samme gjelder anatomikunnskap som gir bakgrunn for å forstå smertebilder.

Fysiologi oppfattes som spesielt viktig, i tråd med hva som tidligere er funnet blant sykepleiestudenter. Fjeld (1999) fant at studentene kun rangerte sykdomslære som mer viktig enn fysiologi av de naturvitenskapelige fagene (15). Når det gis uttrykk for at det er nyttig å forstå hvordan kroppen fungerer normalt for å forstå sykdomsprosesser, kan det tolkes som at fysiologikunnskap gir forståelse av sammenhenger og oppfattes som klinisk relevant.

Det synes som om kunnskap i basal biokjemi er lite brukt av de fleste sykepleierne i vår studie. Aikenhead (2005) har tidligere funnet at flertallet av sykepleiere til vanlig ikke benytter seg av grunnleggende naturvitenskapelige forklaringer i den kliniske hverdagen, og at dette for de fleste heller ikke er nødvendig for klinisk resonnering (16). Dette kan være hovedgrunnen til at kunnskap om biokjemiske temaer som cellenes energiomsetning og pro-

teinsyntese er lite brukt i klinisk praksis. For flertallet av sykepleierne er det rett og slett ikke nødvendig med så dyptgående naturvitenskapelige forklaringer i det praktiske arbeidet, selv om det også er noen som benytter seg av denne kunnskapen (16). Dette samsvarer også med funnene i vår studie.

Kunnskap innen sykdomslære og farmakologi ble sett på som sentralt i alle grupper, samsvarende med hva som tidligere er funnet blant sykepleiestudenter (15). Dette kan forklares med fagområdenes kliniske relevans. Et interessant poeng er at fokuset på farmakologi var spesielt sterkt i gruppa fra psykiatrien, noe som muligens til dels kan sees i lys av at rammene for medisinerer kan være noe andre her, blant annet ved at medisinerer også kan bli brukt som tvangsmiddel, hjemlet i lovverk (17).

Informantene ga uttrykk for at man trenger et kunnskapsgrunnlag som går ut over snevre spesialitetsgrenser. Dette tyder på et behov for å se kunnskapen i en større sammenheng. I klinisk praksis må sykepleieren integrere kunnskaper, ferdigheter og etiske holdninger (7). Uansett hvor man arbeider, er det pasienten som menn-eske man møter, og det krever et holistisk perspektiv i yrkesutøvelsen (18). Kunnskapen innen MNE må inngå i dette perspektivet.

Pasientvurderinger

Kunnskap innen MNE brukes blant annet for å foreta observasjoner og vurderinger i forhold til pasienter. Det ble her trukket fram at kunnskapen brukes for å fravike ferdigskrevne prosedyrer. I utgangspunktet kan dette virke som et paradoks, i og med at standardiserte behandlingsprosedyrer ofte i seg selv er basert på generell

naturvitenskapelig kunnskap.

Å fravike en prosedyre innebærer å utvise faglig skjønn. Martinsen (2003) framholder at skjønn bygger både på kunnskap basert på generell begrepslig forståelse og kunnskap basert på sanselig forståelse, og at i skjønnsutøvelsen må den sanselige forståelsen være overordnet begrepskunnskapen (19). I den sanselige forståelsen ligger forståelsen av pasientens situasjon, mens naturvitenskapelig kunnskap er begrepslig og generell. Naturvitenskapelig kunnskap er derfor ikke det overordnede kunnskapsgrunnlaget for utøving av faglig skjønn, men allikevel en nødvendig komponent. Når man benytter sitt faglige skjønn til å fravike en prosedyre, benyttes derfor også kunnskap innen MNE som en del av grunnlaget for skjønnsutøvelsen, men i samspill med pasientens situasjon. Man må derfor bruke naturvitenskapelig kunnskap når man utøver skjønn, men man må også utvise skjønn når man bruker den naturvitenskapelige kunnskapen.


Mange av sammenhengene der informantene oppgir at de bruker kunnskap innen MNE, er preget av samhandling med andre der kunnskapen må kommuniseres. Mellommenneskelige forhold og evne til kommunikasjon er svært sentralt i sykepleieryrket (20). Dette gjelder enten sykepleiere bruker kunnskapen i samhandling med pasienter, pårørende, studenter, sykepleiekolleger eller andre yrkesgrupper.

Måten å kommunisere på varierer med situasjonen, og ens egen rolle i kommunikasjonen påvirkes av hvem man forholder seg til (21). Sykepleierens begrepsbruk er ikke den samme i meningsutvekslinger med legen som i samtale med pasient eller pårørende. Et eksempel er den differensierte bruken av norske eller latinske benevelser

som ble nevnt av flere informanter. Sykepleieren trenger derfor et variert begrepsrepertoar (22). Kommunikasjon er imidlertid et komplekst begrep, og god kommunikasjon i helsesektoren er også avhengig av en rekke andre faktorer (21).

Forståelse av sammenhenger

Informantene ga uttrykk for at studiet bør gjenspeile kunnskapsbehovet i praksis. På bakgrunn av dette, kan man argumentere for at utdanningen i større grad må ta hensyn til sykepleierens behov

 Sykdomslærekunnskap ble oppfattet som svært relevant.

for forståelse av sammenhenger. Dette gjelder også i undervisning av MNE, og eventuelt detaljstoff i undervisningen må kunne medvirke til helhetsforståelse. Ramsden (1999) argumenterer for at et for stort og detaljrikt innhold i undervisningen vil kunne stimulere til overflatestrategier i læringen og dermed motvirke dybdeforståelse, videre at det er bedre å undervise grundig om det som er viktig og det som er vanskelig i faget enn å snakke om alt (23). Skal man følge denne argumentasjonen, bør undervisningen i MNE ikke overleses med detaljer med liten klinisk relevans. Dette er også i tråd med det informantene i vår studie uttrykte i fagområder som anatomi og mikrobiologi.

Flere av fagområdene innen MNE ble benevnt som modningsfag. Når informantene bruker begrepet modningsfag, tolker vi det som et fagområde der forståelse utvikles over tid og i møte med situasjoner, gjerne med pasienter i praksis. Tidligere studier har vist at sykepleiestudenter og nyutdannete sykepleiere ønsker mer undervisning i medisinske og naturvitenskapelige fag (24, 25).

Også i vår studie ble det uttrykt ønske om mer undervisning i blant annet sykdomslære. Det er også tidligere funnet at sykepleiestudenter oppfatter naturvitenskapelige emner som vanskelige, sammenliknet med flere andre fagområder i studiet (15, 26). Spesielt er farmakologi og mikrobiologi trukket fram som komplisert (15). Begge disse fagområdene ble benevnt som modningsfag i vår studie, og det samme gjaldt, muligens noe overraskende, anatomi.

Flere av fagene innen MNE oppfattes som vanskelige, og

man ønsker mer undervisning i disse fagene. Kanskje dette er uttrykk for noe av det samme som informantene formidler når de benevner disse fagene som modningsfag. Det blir undervist i anatomi, fysiologi, biokjemi og mikrobiologi jevnt over tidlig i studiet (8). Hvis lærestoff presenteres for tidlig, og ligger utenfor det studentene har forutsetninger for å forstå, vil de kunne oppleve læringen som vanskelig (27). Når det for eksempel gis uttrykk for at biokjemisk kunnskap er vanskelig å sette inn i sammenheng, kan det nettopp være fordi studentene på undervisningstidspunktet ikke har noen ramme å plassere den i. Kunnskap innen MNE blir gjerne sett på som konkret. Men disse fagene kan oppleves som abstrakte og praksisfjerne når de blir undervist i et auditorium i første semester og ikke skal anvendes før man møter pasienter et stykke lenger ut i studiet. Da kan avstanden fra klasserom til klinikk bli for stor (7). Et gap mellom teori og praksis vil være uheldig hvis det er riktig at faglig «modning» skjer når generell naturvitenskapelig kunnskap skal anvendes i

møte med den enkelte pasient. Dette samsvarer med undersøkelsen til Davis (2010), som fant at manglende sammenheng mellom undervisningen i naturvitenskap og praksis i utdanningen har innvirkning på hvordan sykepleierollen utføres (28).

En måte å møte disse utfordringene på, er å være bevisst på å gi teoriundervisning i MNE som er klinisk relevant, samt å skape arenaer der kunnskap fra MNE kan koples med andre emneområder i undervisningssammenheng. Et eksempel kan være å drøfte etiske overveielser i forbindelse med medikamentbehandling, eller å samordne undervisning om sykdomsprosesser, sykepleietiltak og etiske vurderinger ved demens.

Sykepleierne i vår studie trakk også fram praksis som en viktig læringsarena, og caseoppgaver og eksempler fra praksis ble oppfat-

tet som nyttig i forbindelse med teoriundervisning. Vi tolker også dette som uttrykk for et behov for sammenhenger i undervisningen. Dette er i tråd med det Benner mfl. (2010) tar til orde for når de hevder at integrering av undervisning i klinikk og klasserom gir studentene bedre forståelse (7).

KONKLUSJON

Resultatene i studien tyder på at medisinsk og naturvitenskapelig kunnskap er viktig for kvalitet og faglig trygghet i sykepleierens praksis. Imidlertid har man holdpunkt for at nytten av kunnskapen varierer. Kunnskap som bidrar til forståelse av sammenhenger oppfattes som viktigere enn detaljkunnskap. Man trenger også sykdomslærekunnskap utenfor sitt eget spesialområde fordi man må ha et helhetsperspektiv i yrkesutøvelsen.

Sykepleiere i praksis benytter kunnskap innen MNE i observasjoner og vurderinger i forhold til pasienter, blant annet er kunnskapen nødvendig for å kunne fravike prosedyrer. Kunnskapen må også kommuniseres i mange forskjellige sammenhenger i yrkeshverdagen, og man trenger derfor et variert begrepsrepertoar med både norske og latinske benevelser innen det medisinsk/naturvitenskapelige emneområdet.

Undervisningen i MNE i studiet bør vektlegge forståelse av sammenhenger og være klinisk relevant. Det bør skapes arenaer der kunnskap fra MNE kan koples med andre emneområder i undervisningssammenheng. Flere av emneområdene innen MNE benevnes som modningsfag, og plasseringen av undervisningen i studiet kan ha betydning for studentenes forståelse.

REFERANSER

1. **Kunnskapsdepartementet.** Rammeplan for sykepleierutdanning, 2008.
2. **Skjervheim H.** Deltakar og tilskodar og andre essays. [Ny utg.] Oslo: Aschehoug; 1996.
3. **Martinsen K.** Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget; 2003.
4. **Scheel ME.** Interaksjonell sykepleiepraksis. 3. utg. København: Munksgaard; 2005.
5. **Kamp Nielsen B.** Interaksjonell sykepleiepraksis. I: Knutstad U, Kamp Nielsen B (red). Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie. Oslo: Akribes; 2006:39-61.
6. **Grimen H.** Profesjon og kunnskap. I: Molander A, Terum LI (red). Professionsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008:71-86.
7. **Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L.** Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer. Oslo, Akribes; 2010.
8. **Kyte L, Kleiven OT, Elzer TA.** Medisinske og naturvitenskapelige emner i sykepleierutdanningen. Sykepleien Forskning. 2009;4:134-40.
9. **Wackers G.** Mange svake studenter. Sykepleien. 2010;98:72-4.
10. **Synnes M, Thoresen TB.** Hvor forberedt er sykepleierne? Sykepleien. 2011;99:72-3.
11. **Carey MA.** Introduction. Qualitative

Health Research. 1995;5:413.

12. **Kitzinger J.** Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ. 1995;311:299-302.
13. **Lerdal A, Karlsson B.** Bruk av fokusgruppeintervju. Sykepleien Forskning. 2008;3:172-5.
14. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
15. **Fjeld AB.** Sykepleiens naturvitenskapelige grunnlag. En kartlegging av de naturvitenskapelige fagenes plass i dagens sykepleierutdanning. Oslo: Akademika AS; 1999.
16. **Aikenhead GS.** Science-Based Occupations and the Science Curriculum: Concepts of Evidence. Science Education. 2005;89:242-75.
17. **Lovdata.** Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 2. juli 1999; nr. 62. (Psykisk helsevernloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html>. (9.12.10).
18. **Skår R.** The meaning of autonomy in nursing practice. J Clin Nurs. 2010;19:2226-34.
19. **Martinsen K.** Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. 2. utg. [Oslo]: Universitetsforlaget; 2003.
20. **Skår R.** Knowledge use in nursing practice: The importance of practical understanding and personal involve-

ment. Nurse Educ Today. 2010;30:132-6.

21. **Thornquist E.** Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1998.
22. **Nordby H.** Om kommunikasjon. Sykepleien. 2003;91:40-1.
23. **Ramsden P.** Strategier for bedre undervisning. København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S; 1999.
24. **Skår R, Høie MM, Kloster T.** Hvordan ønsker sykepleierstudenter å lære sykepleie? Vurdering av læringsformers verdi, sykepleiefaglig kompetanse og egen kompetanseutvikling. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning. 2008;10:15-28.
25. **Alvsvåg H, Førland O.** Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. Vård i Norden. 2006;25:34-8.
26. **Jordan S, Davies S, Green B.** The biosciences in the pre-registration nursing curriculum: staff and students' perceptions of difficulties and relevance. Nurse Educ Today. 1999;19:215-26.
27. **Vygotskij LS, Kozulin A.** Tenkning og tale. Oslo: Gyldendal akademisk; 2001.
28. **Davis GM.** What is provided and what the registered nurse needs-bioscience learning through the pre-registration curriculum. Nurse Educ Today. 2010;30:707-12.

Les kommentaren på side 323 >>

Undervisning i MNE bør være klinisk relevant

> Kunnskap i medisinske og naturvitenskapelige fag gir faglig trygghet og kvalitet i sykepleien.



Birgitte Stensland

Sykepleier ved Nevrologisk avdeling, Sørlandet Sykehus HF

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen beskriver hva sykepleiere i klinisk praksis opplever som relevant medisinsk og naturvitenskapelig kunnskap i sin yrkesutøvelse og i hvilke kliniske sammenhenger denne kunnskapen kommer til anvendelse. Som sykepleiere er vårt ansvar å sikre faglig trygghet og kvalitet i yrkesutøvelsen. Det er viktig med tilstrekkelige kunnskap når man skal informere pasient eller pårørende. Kunnskap i MNE er nødvendig for å gjøre gode kliniske observasjoner som legger føringer for videre oppfølging og behandling. Sykepleieren kan fange opp tegn til forandringer i pasientens tilstand. Dette kan føre til endringer i behandlingen, som for eksempel seponering eller oppstart av medikamenter. Ved en forverring hos pasienten kan sykepleier straks iverksette tiltak i påvente av legetilsyn. Videre kan sykepleieren oppdage tegn til tillegglidelser som kanskje kunne vært oversett ved

mangelfulle kunnskaper innenfor MNE.

Det fremkommer i artikkelen at det er stor strykprosent i MNE i utdanningen, spesielt i anatomi, fysiologi og biokjemi. Det kan tenkes at fagområdenes plassering i studiet kan ha betydning for studentenes forståelse. Videre beskrives det at anatomi var det fagområdet innen MNE som oftest ble nevnt som et modningsfag. Dette var noe overraskende da anatomi er grunnleggende for å forstå fysiologi, patologi og farmakologi. Undervisning i anatomi bør derfor legges til tidlig i første studieår. For å kunne forstå det syke mennesket og sykdomsprosesser, må vi ha kunnskap om hvordan det friske er. I starten av første studieår har man imidlertid ingen erfaring fra praksis og dermed lite å relatere kunnskapen til. Samtidig trenger man basiskunnskap før man skal ut i praksis for å få best mulig utbytte

av praksisperioden. Det er viktig at undervisning i MNE oppleves som klinisk relevant. Ved å undervise i mindre grupper kan studentene bli mer delaktige og kan få muligheten til å utveksle egne erfaringer. Selv opplevde jeg det interessant og lærerikt da en sykepleier eller lege foreleste. De var engasjerte og kom med eksempler fra praksis. De hadde en evne til å trekke frem det som var relevant og viktig for oss som fremtidige sykepleiere, noe som ga oss større forståelse. Artikkelen konkluderer med at kunnskap som gir forståelse for sammenhenger oppfattes som viktigere enn detaljkunnskap. For å få breddekunnskap er det nødvendig med kunnskap innen alle fagene i MNE.

Takk til sykepleier Ragnbild Hageland for god hjelp til å utarbeide kommentaren.

Les artikkelen på side 316





Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Rekruttering av ansatte til pleie- og omsorgssektoren er en utfordring. Behovet for flere ansatte i sektoren er ventet å øke kraftig i årene fremover, samtidig som motivasjonen til å velge en pleie- og omsorgskarriere synes å være nedadgående, særlig blant ungdom.

Hensikt: Gi ny kunnskap om hvordan bruk av informasjonsvideoer om pleie- og omsorgsyrker kan påvirke ungdommers holdninger til disse yrkene.

Metode: Studien hadde et kvalitativt design. Et hensiktsmessig utvalg med

55 tiendeklassinger ved en ungdomsskole på Østlandet fikk se et knippe informasjonsvideoer utviklet av Fagforbundet. Elevene skrev ned sine tanker om pleie- og omsorgsyrkene før og etter at de hadde sett videoene. Tekstene ble analysert ved hjelp av dataprogrammet NVivo og bruk av tekstkondenserende/fenomenologisk metode.

Resultater: Flertallet av guttene og en betydelig andel av jentene uttrykte i hovedsak negative holdninger overfor pleie- og omsorgsarbeid både før og etter at de hadde sett videoene. De forestilte seg arbeidet som slitsomt og

dårlig betalt. De uttrykte også negative følelser ved tanken på å skulle se eldre og pleietrengende nakne, ved å skulle bistå ved toalettbesøk, eller ved å være vitne til dødsfall. Samtidig var mange positivt overrasket over sider ved pleie- og omsorgsarbeid som videoene hadde fremstilt, og som de ikke hadde vært klar over på forhånd.

Konklusjon: Selv om informasjonsvideoer lik dem som ble brukt i studien ikke endrer ungdommenes syn radikalt, kan de likevel bidra til at de modifierer det negative synet mange ungdommer har på pleie- og omsorgssektoren.

ENGLISH SUMMARY

Background: Recruitment of health personnel to care work is a challenge. While there will be a growing need for health personnel, the motivation to work in the field seems to be going down, especially among young people.

Aim: To contribute to the knowledge of how informational videos may influence young people's attitudes towards care work.

Method: In a qualitative study, 55 tenth graders from a junior high school in eastern Norway were shown informational videos presenting young care workers in various contexts at

work. Before and after watching the videos they wrote down their perceptions and attitudes towards care work. The texts were analysed by NVivo using systematic text condensation and the phenomenological method.

Results: The majority of the boys and a substantial number of the girls presented mainly negative attitudes towards care work both before and after watching the videos. They perceived the work as tiresome and badly paid. They also expressed negative emotions towards the idea of having to see patients naked and helping them at the toilet, and fear of having to wit-

ness dying patients. However, many also stated that they were positively surprised at some aspects of care work that the videos had conveyed, and of which they had not been aware in advance.

Conclusion: Even if informational videos like the one used in the study do not radically change their image of care work, they may still have some positive effects in modifying the negative image of care work entertained by many young people.

Keywords: Youth, Care, Communication.

» Ungdommers respons på informasjonsvideoer om pleie- og omsorgsarbeid

Forfatter: Helge Svare

NØKKEWORD

- Ungdom
- Omsorg
- Kommunikasjon

Norge står, på samme måte som Vesten for øvrig, overfor store utfordringer med henblikk på det fremtidige rekrutteringsbehovet innen pleie- og omsorgssektoren. Andelen pleietrengende er ventet å øke kraftig i årene som kommer. Forsiktige prognoser antyder at det vil være behov for 54 000 nye årsverk innen pleie og omsorg frem til 2030, og nesten 133 000 årsverk frem til 2050 (1, 2). Samtidig fører sosiale, kulturelle og verdimesse endringer i samfunnet til at grupper som tidligere orienterte seg mot pleie- og omsorgsyrkene, i dag i stadig større grad velger andre utdannings- og yrkesløp (3–6).

En spesielt interessant gruppe i denne sammenhengen er ungdom som er i ferd med å avslutte ungdomsskolen, og som skal gjøre sine første valg innen det videregående skolesystemet. Studier fra Norge og utlandet viser at pleie- og omsorgssektoren står lavt i kurs som et

fremtidig arbeidsområde blant ungdom i denne aldersgruppen. Sektoren forbindes med hardt arbeid, lange arbeidsdager og kjedelige og rutinepregete arbeidsoppgaver. Unge reagerer også med negative følelser ved tanken på sykdom og død og kroppens avfallsprodukter (7–10).

I tillegg viser studier at den dominerende trenden blant ungdom går i retning av å ønske seg arbeid som har et element av eventyr og spenning i seg. De vil ha en jobb der de får brukt sin kreativitet. Ungdom bruker også utdanning og jobbkarriere til aktivt å bygge sin egen identitet og status i forhold til andre (11–18). Pleie- og omsorgsyrkene oppfattes som lite egnet til å oppnå dette.

Bildet av pleie- og omsorgssektoren som typisk kvinnelig sammen med utviklingen mot større likestilling mellom kjønnene påvirker også rekrutteringen til sektoren (19). Tidligere ble rekrutteringen til sektoren sikret av kvinner som satset på pleie- og omsorgsarbeid ut fra et opplevd samsvar med egne verdier og erfaringer. I dag ser vi at kvinner orienterer seg mot et langt større spekter av utdanninger og yrker (20–22).

Derimot er det liten bevegelse å spore i menns utdannings- og yrkesorientering mot pleie og omsorg: Den har vært, og er fortsatt preget av svak interesse, noe som trolig henger sammen med at yrkene forbindes med en type kvinnelighet som menn ikke opplever å passe inn i (23–25). Vi er med andre ord inne i en utvikling der stadig færre anser pleie- og omsorgsyrkene som en relevant karrierevei.

For å møte det økte behovet for ansatte innen pleie- og omsorgssektoren er det utviklet og gjennomført flere typer tiltak rettet mot ungdom for å påvirke ungdommenes syn på pleie- og omsorgsykker og for å motivere

Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser hvordan 55 tiendeklassinger fikk modifisert sine holdninger til omsorgsarbeid etter å ha sett et utvalg informasjonsvideoer om disse yrkene laget av Fagforbundet.

Mer om forfatteren:

Helge Svare er dr.philos. i filosofi, og har siden 2006 vært seniorforsker ved Arbeidsforskningsinstituttet.

Kontakt: e-post: helge@afi.no.

dem til å søke disse yrkene. Grovt sett kan vi skille mellom ulike typer hospiteringsordninger der barn eller ungdommer tilbringer kortere eller lengre tid i pleie- og omsorgsinstitusjoner på den ene siden (26, 27), og ulike typer formidling av informasjonsmaterieell på den andre siden. En tredje variant går ut på at ansatte eller andre representanter for pleie- og omsorgssektoren besøker skoler eller andre steder der barn og unge oppholder seg, og informerer ved personlig fremmøte.

I studien som denne artikkelen bygger på ønsket vi å studere hvordan ungdom opplevde informasjonsvideoer som rekrutteringsmetode. Det finnes så vidt vi vet ikke noe tidligere forskning om dette. Forskningsspørsmålet vi stiller er hvorvidt slike videoer kan bidra til at unge menneskers forestillinger og holdninger til pleie- og omsorgsyrkene endres i mer positiv retning.

METODE

Studien er basert på kvalitativ analyse av elevtekster. Tekstene ble analysert ved hjelp av dataprogrammet NVivo. Ved analysen ble det brukt tekst-kondenserende/fenomenolo-

etter at de hadde sett et knippe informasjonsvideoer produsert av Fagforbundet. Videoene er tilgjengelig på nettadressen <http://verktøykassen.no/helsefagarbeider>. Videoene viser unge menn og kvinner som jobber innen pleie- og omsorg. Hver video er delt inn i ulike «episoder» der hovedpersonene vises i forskjellige situasjoner: sammen med pasienter, ute på tur, eller i andre jobbsituasjoner. Til forskjell fra en del andre rekrutteringsvideoer som låner dramaturgi og estetikk fra reklamefilmen, har videoene en lavmælt og jordnær stil. Menneskene og situasjonene er lette å kjenne seg igjen i og identifisere seg med. Vi får raskt en følelse av å komme «bak kulisene», og at vi gjennom det vi ser, faktisk er med de ansatte på jobb. Vi valgte å bruke disse videoene i studien på grunn av disse kvalitetene, ut fra en antakelse om at de dermed ville tale mer direkte til ungdommene.

Elevene fikk se videoene i en skoletime. Både før og etter at de så videoene, ble elevene bedt om å besvare et sett med spørsmål skriftlig. Før de så videoene, fikk de disse spørsmålene:

Mange mennesker jobber med pleie og omsorg, det vil

å jobbe med pleie og omsorg for eldre eller andre som trenger hjelp?

- Hva er bra med jobben?
- Hvilke ulemper har en slik jobb?
- Passer en slik jobb for deg?
- Tror du at du en gang i fremtiden vil velge en slik jobb?
- Hvis svaret er «ja»: Hvorfor det?
- Hvis svaret er «nei»: Hvorfor ikke?

Etter at de hadde sett videoene, fikk de disse spørsmålene: For litt siden stilte vi deg noen spørsmål rundt det å jobbe med pleie og omsorg for eldre eller andre som trenger hjelp.

- Tenker du annerledes om noen av disse tingene nå, etter at du har sett videoene?
- Hvis du tenker annerledes: Hva var det som fikk deg til å endre oppfatning?
- Ble du overrasket over noe av det du så?
- Hva likte du best av det du så?

Det ble ikke lagt opp til noen diskusjon i klasserommet i tilknytning til opplegget. Lærerne delte ut og samlet inn oppgavene. Forskerne var ikke på noe tidspunkt i direkte kontakt med elevene. Noen dager på forhånd fikk elevene og deres foresatte et informasjonsskriv om rammen for opplegget. Her ble de også gjort oppmerksom på at det var frivillig å delta, og at informert samtykke ble gitt gjennom å besvare og levere inn oppgavene. Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, Personvernombudet for forskning, og er i samsvar med personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter (www.lovdato.no). Alle

” Jeg ser for meg at det er trist å se folk ha det vondt eller dø.

gisk metode (28). Elevene gikk i tiende klasse på en middels stor ungdomsskole i en middels stor by på Østlandet. Skolen ble valgt fordi den rekrutterer elever både fra forstedene rundt byen og fra de mer landlege delene av kommunen. De antas derfor å representere et rimelig godt tverrsnitt av sin aldersgruppe.

Elevene skrev tekstene før og

si at de steller for folk som er syke eller gamle, eller som trenger hjelp av andre grunner. Noen er sykepleiere, andre er hjelpepleiere, hjemmehjelpere, miljøarbeidere eller omsorgsarbeidere. Vi vil gjerne vite litt om hva du tenker om disse yrkene. Svar på spørsmålene under, ett om gangen.

- Hvordan ser du for deg at det

som var til stede den aktuelle dagen besvarte oppgavene. Det kom inn svar fra 27 gutter og 28 jenter.

RESULTAT

Elevene uttrykte i hovedsak negative forestillinger og holdninger til arbeid i pleie- og omsorgsyrkene. I elevenes forestillingsverden fremtrer yrkene både som mer slitsomme, og arbeidsdagene som lengre, enn i andre yrker. En av guttene uttrykker seg slik: «Det er et evig pes og bare mas.» Han får følge av en jente som oppsummerer sin oppfatning på denne måten: «Lange arbeidsdager. Stort ansvar. Dårlig lønn.»

Forestillingen om pasientenes kropp og at man som pleier må se dem uten klær og hjelpe dem med vask og toalettbesøk, vekker også ubehag. En gutt skriver: «Er ikke glad i å se folk bli gamle og svake og se gamle nakne.» En annen gutt uttrykker seg slik: «Ekkelt, siden du må vaske rumpa deres.» Også blant jentene finner vi uttrykk for det samme ubehaget, som når denne jenta skriver: «Det er litt ekkelt å hjelpe eldre som skal på do.»

Også det stadige nærværet av død som elevene ser for seg på sykehjemmet, oppleves som en belastning: «Jeg ser for meg at det er trist å se folk ha det vondt eller dø,» skriver en jente. Døden ansees også problematisk fordi man som ansatt kan knytte seg følelsesmessig til beboerne. Dermed blir et dødsfall dobbelt krevende, man mister jo også en man er glad i, slik denne gutten bekymrer seg for: «Man kan bli lei seg hvis det er noen som dør, og hvis man ikke klarer å bli forberedt.»

Frykten for at dødsfall blant beboerne skal oppleves som et

tap, peker i retning av at det også er mulig å se noe positivt i elevenes beskrivelser: I pleie- og omsorgsarbeid kommer man i nær kontakt med mennesker som man kan bli glad i.

Og på spørsmål om hva som er bra med en jobb innen pleie og omsorg, er det nettopp det relasjonelle aspektet som fremheves. Det er positivt med en jobb der man kommer i kontakt med mennesker og hjelper dem å få det bedre, som denne gutten skriver: «Jeg synes det er bra å kunne hjelpe andre mennesker.»

Når det gjelder den relative vektleggingen av de positive og negative sidene ved pleie- og omsorgsyrkene deler elevene seg i tre grupper. Noen har et balansert syn på yrkene i den forstand at de ser både fordele og ulemper forbundet med dem. Andre er mer negative, de ser i hovedsak bare ulempene.

” Stort ansvar.
Dårlig lønn.

Endelig er det noen som er overveiende positive, det vil si at de vektlegger fordelene mer enn ulempene.

Blant guttene er de fleste enten balanserte eller negative, bare et lite mindretall uttrykker et mer positivt syn. Blant jentene er det omvendt, flertallet er enten balanserte eller positive, mens et mindretall er negative. Dette gjelder imidlertid deres generelle bilde av pleie- og omsorgsyrkene. Går vi til spørsmålet om de selv kunne tenke seg en jobb innen pleie og omsorg, blir bildet noe annerledes. Guttene fremstår nå som mer negative: Bare tre av dem skriver at de kunne tenke seg å jobbe innen pleie- og omsorgs-

sektoren. Jentenes svar er mer i samsvar med deres generelle syn: Rundt halvparten sier de kunne tenke seg en jobb innen pleie- og omsorgssektoren.

ETTER VIDEOENE

Etter å ha sett videoene ble elevene spurt om det de hadde sett, hadde fått dem til å endre syn på pleie- og omsorgsyrkene. To av guttene og to av jentene svarer at de er blitt mer negative, mens noen flere er blitt mer positive. Resten svarer at de ikke har endret syn. Både blant dem som svarer at de har endret syn, og de som hevder at de ikke har det, kan vi imidlertid merke oss svarene på de øvrige spørsmålene de ble stilt i den andre spørsmålsrunden. Her skal vi særlig konsentrere oss om spørsmålet om de var blitt overrasket over noe av det de hadde sett, og spørsmålet om hva de hadde likt best av det de hadde sett. Svarene på disse spørsmålene avslører at videoene faktisk har utvidet eller modifisert forestillingene de hadde om pleie- og omsorgsyrkene på forhånd, selv om elevene på det innledende spørsmålet hevder at de ikke har endret syn.

Hva er det så de er overrasket over? Flere av elevene svarer at da de først fikk oppgaven og skulle skrive om pleie og omsorg, hadde de utelukkende pleie og omsorg for eldre i tankene. Videoene har gjort klart for dem at man i et pleie- og omsorgsyrke også kan arbeide med andre grupper. En jente skriver: «Jeg tenkte bare eldreomsorg. Men det å pleie/hjelpe mennesker med funksjonshemming må være veldig interessant.»

Elevene er også positivt overrasket over at pleie- og omsorgsarbeid er mer variert på andre

måter. En jente skriver: «Jeg synes det så mer interessant ut, at det er mange ulike situasjoner som man må håndtere.» Andre igjen er positivt overrasket over hvor trivelige de eldre som var med i videoene, virket, og over at man i et pleie- og omsorgsyrke er sammen med brukerne på tur, eller gjør andre hygge-

” ” Jeg synes det er bra å kunne hjelpe andre mennesker.

lige ting med dem. En av jentene uttrykker det slik: «Jeg synes det var artig å få høre de eldre fortelle fra livet sitt og sånn. Det så koselig ut.» Elevene har også merket seg at de ansatte som er med i videoene, ser ut til å trives. En jente skriver: «Det virker som de som driver med det, er fornøyde med det.» Og en jente er positivt overrasket over at de ansatte i videoene synes å ha bedre tid enn det hun forestilte seg på forhånd: «De tar seg så god tid til hver pasient.»

Det som likevel skaper største engasjement, er videoen med en ung kvinne som jobber på behandlingssenter i Spania. Ingen av elevene har tenkt på at man som norsk pleie- og omsorgsarbeider kan jobbe med norske pasienter i et annet land. Mange begeistres ved tanken på denne muligheten. Jenta som her siteres, har flere med seg når hun skriver: «Å jobbe på et senter i Spania virket fint. Lære et nytt språk, kultur ...»

Guttene er stort sett positive til det samme som jentene. I tillegg har noen av dem merket seg de tekniske hjelpemidlene som vises i videoene. Det at jobben innebærer omgang med slike hjelpemidler, fremheves også som positivt.

DISKUSJON OG KONKLUSJON

Leser eller hører vi om pleie- og omsorgssektoren i media, er det nesten alltid i forbindelse med en krise på et sykehjem. Enten fokuseres det på beboere som ikke får den omsorgen de har krav på, eller ansatte som fortviler over at det er for mye å gjøre (29). Selv om disse oppsla-

gene ikke i seg selv er usanne, bidrar de likevel til å skape et bilde av pleie- og omsorgssektoren som er misvisende på den måten at de positive sidene ved sektoren og fordelene ved å jobbe med pleie og omsorg blir borte. Trolig påvirker oppslagene likevel offentlighetens syn på pleie- og omsorgsyrkene, også hos unge mennesker (30). Derfor er det heller ikke overraskende når studier viser at mange ungdommer har et overveiende negativt syn på disse yrkene, et syn som i mange tilfeller glir over i en karikatur av pleie- og omsorgsyrkene der de negative sidene ved yrkene forstørres ytterligere opp i ungdommens fantasi, som når noen ser for seg at det bare innebærer å følge eldre, gretne mennesker på toalettet.

I lys av dette kan det ikke betraktes som noe annet enn fordelaktig når videoene som elevene fikk se i denne studien, bidro til å modifisere dette negative bildet. Hvorvidt ungdommene som var med i studien også ble mer motivert til selv å vurdere en fremtid innen pleie og omsorg, er mer uvisst. Det er heller ikke sikkert at det er realistisk å promotere informasjon- og rekrutteringskampanjer med henblikk på å påvirke

slike valg direkte. Valg av utdanning og yrke baseres neppe på enkeltopplevelser, men heller på mer underliggende verdier, holdninger og forestillinger, så vel som påvirkning fra familie og venner. Det betyr likevel ikke at tiltak som bidrar til å gi ungdommer et mer realistisk, og dermed også et mer positivt bilde av pleie- og omsorgsyrkene, er bortkastet. Trolig er det å endre de overveiende negative bildene av pleie- og omsorgssektoren den viktigste enkeltutfordringen man står overfor dersom man skal bedre rekrutteringen til feltet. I noen tilfeller vil dette også kunne bidra til å tegne et bilde av yrkene som er mer i tråd med verdiene ungdommene allerede har. Noe slikt skjedde i denne studien da det ble klart for ungdommene at man som norsk pleie- og omsorgsarbeider kan jobbe med norske pasienter i et annet land, noe som åpenbart appellerte til drømmen om et «eventyrlig liv» som mange unge har.

Pleie- og omsorgsfagene er tradisjonelt blitt oppfattet som «kvinnelige» og kjønnsdimensjonen er også synlig i denne studien. Forskjellene mellom gutter og jenter på dette alderstrinnet i holdninger til pleie- og omsorgsyrker fremstår likevel ikke som store. I tillegg er det et uttalt mål at andelen mannlige ansatte i denne sektoren skal opp (1). Dermed er det viktig at fremtidige rekrutteringskampanjer rettes inn mot både menn og kvinner og inkluderer både kvinnelige og mannlige rollemodeller, slik også videoene i denne studien gjorde.

Siden dette er en kvalitativ studie, kan resultatene ikke generaliseres til gruppen av norske ungdommer som helhet. Siden elevene gikk på en

middels stor ungdomsskole i en middels stor by på Østlandet som rekrutterer elever både fra forstedene og de mer landlige delene av kommunen, kan man anta at resultatene er rimelig representative. Men dette kan man ikke slå fast med sikkerhet. En annen svakhet med studien er at den utelukkende måler kortvarige effekter av en enkel intervensjon. I videre forskning bør man også undersøke virk-

ningen av andre intervensjoner og på lengre sikt. På grunn av prosjektets beskjedne dimensjonering, åpnet det ikke for en komparativ studie av ulike typer videoer som gjør bruk av ulike virkemidler. Dette er også et anbefalt tema for videre studier. I den grad det er mulig bør man også søke å utvide gruppen av ungdommer som studeres, slik at det blir mulig å nå generaliserbar kunnskap på feltet.

Takk til Høgskolen i Telemark og MIO-prosjektet som inkluderte meg som forsker i prosjektet, særlig til initiativtaker Runar Bakken og prosjektleder Hege Nedberg. Takk også til elevene som deltok i studien og lærerne som hjalp til med det praktiske. Arbeidet er i hovedsak finansiert av Sosial- og Helsedirektoratet, senere Helsedirektoratet. Takk til dem og til de øvrige finansielle bidragsyterne.

REFERANSER

- Helse- og omsorgsdepartementet.** Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer. Stortingsmelding 25. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2006.
- Helsedirektoratet.** Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003–2006: rekruttering for bedre kvalitet. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
- Bakken R.** Englevakt: rekruttering til en eldreomsorg i krise. Oslo, Manifest, 2009.
- Høst H.** Kunnskapsstatus vedrørende rekruttering og utdanning til pleie- og omsorgstjenestene i nordiske land. Bergen: Rokkansenteret, 2006.
- Høst H.** Utdanningsreformer som moderniseringsoffensiv: en studie av hjelpepleieryrkets rekruttering og dannelseshistorie, 1960–2006. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2007.
- Janiszewski Goodin H.** The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs* 2003;43:335–50.
- Svare H.** Det er ikke alltid like delikat. Ungdommers syn på arbeid med eldre. *Tidsskrift for ungdomsforskning* 2008;69–88.
- Cohen JA, Palumbo MV, Rambur B, Mongeon J.** Middle school students' perceptions of an ideal career and a career in nursing. *Journal of Professional Nursing* 2004;20:202–10.
- Hemsley-Brown J, Foskett NH.** Career desirability: young people's perceptions of nursing as a career. *J Adv Nurs* 1999;29:1342–50.
- Brenda H.** «When I grow up I want to be a ... ?» Where undergraduate student nurses want to work after graduation. *J Adv Nurs* 1999;29:499–505.
- Frønes I.** Annerledeslandet: om framtid og utviklingstrekk i Norge. Oslo: Gyldendal akademisk, 2006.
- Jensen K, Tveit B.** Youth Culture, a source of energy and renewal for the field of nursing in Norway. I: Dahl HM, Rask Eriksen T. (red.). *Dilemmas of care in the Nordic welfare state: continuity and change.* Aldershot: Ashgate, 2005.
- Ziehe T, Fornäs J, Retzlaff J.** Kulturanalyser: ungdom, utdanning, modernitet. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag Symposion, 1993.
- Giddens A.** *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age.* Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1991.
- Stokes H, Wyn J.** Constructing identities and making careers. *Young People's Perspectives on Work and Learning.* *International Journal of Lifelong Education* 2007;26:495–511
- Illeris K, Katznelson N, Simonsen B, Ulriksen L.** Ungdom, identitet og uddannelse. Roskilde: Center for Ungdomsforskning, 2002.
- Rossow I.** Ungdommen nå til dags – tall fra «Ung i Norge 2002». *Tidsskrift for ungdomsforskning* 2003;1:89–97.
- Schreiner C, Sjøberg S.** Jeg velger meg naturfag! (Hvem gjør egentlig det?) En studie av ungdoms prioriteringer ved valg av utdanning og yrke. Oslo: Universitetet i Oslo, 2006.
- Bakken R.** Mann i ingenmannsland: et essay om menn og omsorg, hjemme og ute. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.
- Bakken R.** *Moder mordet: om sykepleie, kjønn og kultur.* Oslo: Universitetsforlaget, 2001.
- Raaum NC, Wårum M.** Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet: yrkesvalg, arbeidstid, ledelse og lønn. Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
- Teigen M.** Det kjønnsdelte arbeidslivet: en kunnskapsoversikt. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, 2006.
- Abrahamsen B.** Career development and masculinities among male nurses. *NORA*; 2004;12:31–39.
- Evans J.** Men nurses. A historical and feminist perspective. *J Adv Nurs.* 2004;47:321–28.
- Svare H.** *Menn i pleie og omsorg. Brødre i hvitt.* Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
- Donna AR, Sandy R, Marsha AP.** *Teen Camp: a Unique Approach to Recruit Future Nurses.* *Nursing Forum* 2004;39:5–10.
- Yates SH, Bline K, Bird C, Bresnahan E, Couper-Notes R, Cutler S, et al.** Building Healthcare Careers for Minority Teenagers. *The Journal of Continuing Education in Nursing.* 2003;34:116–21.
- Malterud K.** *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring.* Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Privat og kommunal skandaleomsorg.** *Aftenposten Morgen* 27.03.2011: 2
- Jenny S.** An impossible dream? Images of nursing held by pre-registration students and their effect on sustaining motivation to become nurses. *J Adv Nurs.* 2000;32:730–9.



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

Holdninger til omsorgsykker kan endres

> Hvis flere unge skal velge omsorgsykker må vi jobbe for å endre fastlåste forestillinger.

Foto: Martin Anders Dahl



Av Eirik Aldrin

Bachelorstudent i sykepleie ved Lovisenberg Diakonale Høgskole og styremedlem i NSF student

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen viser at ungdoms kunnskap om mulighetene innen pleie- og omsorgssektoren er mangelfull. Jeg mener dette er et av de viktigste områdene å fokusere på i videre rekrutteringsarbeid. Mange unge tenker først og fremst på eldreomsorg, rumpevask, og dårlige lønns- og arbeidsvilkår når de skal si sin mening om pleie- og omsorgssektoren. Det samme gjelder ungdommene som intervjues i denne artikkelen. Artikkelen bør leses av alle som jobber innen helsesektoren. Den kan lære oss hvordan vi kan bidra til å endre de stereotype holdningene mange har til arbeidet vårt. I artikkelen ser vi at ungdommene ble positivt overrasket når de så en informasjonsfilm om helse- og omsorgssektoren. Filmen viste muligheter ved omsorgsykker som var ukjente for ungdommene, for eksempel at man kan arbeide i utlandet. Ungdommene ble også positivt

overrasket over å se ansatte som trives i jobben sin. Vi er klar over disse mulighetene og aspektene ved arbeidet vårt, men det er kanskje ikke dette vi snakker mest om til andre. Noe som tydelig gjenspeiles i ungdommenes oppfatninger om og holdninger til helsearbeid.

Det kunne vært interessant å vite hvordan ungdommenes holdninger endrer seg med alderen. Hva tenker for eksempel ungdom på 18–19 år om pleie- og omsorgsykerne? I artikkelen ser vi at det kun er tre av guttene som kunne tenke seg og arbeide innen pleie- og omsorgssektoren. Det ville vært spennende å se hvordan denne fordelingen blir etter hvert som ungdommene blir eldre. I dag er det slik at de fleste menn som går sykepleierutdanning er eldre enn jentene når de starter på utdanningen.

Mange av grunnholdningene til pleie- og omsorgsykerne, som

dårlige lønns- og arbeidsforhold, vil nok henge i en stund. Dette skyldes i stor grad hvordan sektoren blir fremstilt i media. Vi kan ikke sukre sannheten og si at vi ikke har mange utfordringer med arbeidsforholdene i dagens helsevesen. Men det er viktig å vise frem sider av yrket som virker forlokkende, slik som sektorens muligheter for variert arbeid. Slik kan vi endre holdningene til arbeid i pleie- og omsorgssektoren hos folk flest, selv om mange fortsatt kan være skeptiske til å velge en yrkeskarriere innen pleie- og omsorgssektoren.

Les artikkelen på side 324





Foto: Scampix

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Smerter hos barn er undervurdert og underbehandlet. Internasjonalt rapporteres sykepleieres holdninger og manglende kunnskaper som viktige årsaker til mangelfull smertebehandling.

Hensikt: Å kartlegge norske sykepleieres og spesialsykepleieres kunnskaper om og holdninger til smerter hos barn og ungdom i alderen 0–18 år innlagt på sykehus.

Metode: Studien er en tverrsnittsstudie med kvantitativ tilnærming. Den norske versjonen av kartleg-

gingsverktøyet Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (PNKAS-N) er benyttet. Skjemaet består av 40 spørsmål som omhandler smertehåndtering, smertevurdering, bruk av medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring. Studien inkluderte 238 sykepleiere og spesialsykepleiere ved åtte barneavdelinger og en høyskole.

Resultater: Det endelige utvalget består av 183 deltakere som gir en svarprosent på 76,9 prosent. Sykepleierne svarte riktig på 71,2 prosent av spørsmålene. Spesialsy-

kepleierne skåret signifikant bedre enn sykepleierne ($p < 0,001$).

Konklusjon: Både sykepleierne og spesialsykepleierne hadde et godt teoretisk kunnskapsnivå. Studien avdekker imidlertid et gap mellom den kunnskap sykepleierne og spesialsykepleierne hadde, og de vurderingene som ble gjort når de ble stilt overfor to pasienthistorier. En holdningsendring er nødvendig for at sykepleiere og spesialsykepleiere skal stole på pasientens egenvurdering av smerten og administrere tilstrekkelig mengde smertestillende medikamenter.

ENGLISH SUMMARY

Background: Pain in children is underestimated and undertreated. Nurses' attitudes and lack of knowledge are internationally reported as major causes of insufficient treatment of pain.

Objective: To survey Norwegian paediatric nurses' knowledge and attitudes regarding pain in hospitalized children and adolescents (0–18 years).

Methods: This is a quantitative study with a cross-sectional design. The Norwegian version of Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes

Survey Regarding Pain (PNKAS-N) was used. The PNKAS-N consists of 40 items which address general pain management, pain assessment and the use of pharmacological and non-pharmacological treatment. The study included 238 nurses and nurse specialists at eight paediatric units and one university college.

Results: The final sample consists of 183 participants giving a response rate of 76.9%. A total of 71.2% of the questions were correct answered. The nurse specialists scored significantly higher than the nurses ($p < 0.001$).

Conclusion: The nurses and nurse specialists have a high level of theoretical knowledge in several key areas. However, the study reveals a gap between their knowledge and how the nurses and nurse specialists actually manage pain, measured by two clinical cases. A change of attitudes seems necessary to make them trust the patients' own assessment of pain and to administer adequate amounts of analgesics.

Keywords: Paediatric Nursing, Pain, Pain Management, Pain Knowledge – Attitudes, Practice.

>> Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn

Forfattere: Kari Raaum Hovde, Tone Høilo Granheim, Knut-Andreas Christophersen og Alfhild Dihle

NØKKELORD

- Smerte
- Barn
- Kunnskapsbasert sykepleie

INTRODUKSJON

Smerte regnes som en av de mest stressbetonte opplevelser i et menneskeliv (1). Utover opplevelsen i seg selv, har underbehandlet smerte negative konsekvenser som forverring av skade, forsinket sårtilheling, forlenget sykehusopphold (2) og utvikling av kroniske smerter (2, 3, 4). Studier viser at barn opplever moderat og alvorlig grad av smerte under sykehusopphold (5-7) og at smerter verken vurderes eller behandles tilfredsstillende (3,8-10). Dette står i kontrast til uttalelsen fra The American Academy of Pediatrics (AAP) og American Pain Society (APS) (2001) om at «most acute pain experienced in medical settings, can be prevented or substantially relieved» (9).

I «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» står det: «sykepleierens fundamentale plikt er å vise omsorg for alle som lider» (11). Smertelindring bør derfor være et av sykepleierens hovedansvar. Fagkunnskaper og gode holdninger er avgjørende for å lindre smerte. Til tross for at det de siste årene er publisert mye om barn og smerte (12), rap-

porteres sykepleieres holdninger og manglende kunnskaper som viktige årsaker til utilfredsstillende smertelindring (13). Frykt for overmedisinering, frykt for tilvenning til opioider og engstelse for respirasjonsdepresjon, er noen av områdene det eksisterer mangelfulle kunnskaper innenfor (8,14-17). Studier fra Finland og Sverige viser at sykepleiere trenger mer kunnskap om farmakologisk og ikke-farmakologisk smertehåndtering (18, 19). Videre vurderes og dokumenteres smerte mangelfullt i praksis (20) og myter, som at barn ikke føler smerte på samme måte som voksne, eksisterer fortsatt (8). Funnene fra en norsk studie viser at leger, sykepleiere og barnepleiere vurderte egen kunnskap som mangelfull, og at utilstrekkelig smertevurdering og mangelfull ordinasjon av medikamenter var barrierer for effektiv smertebehandling av nyfødte (21).

Hensikten med studien var å beskrive sykepleiere og spesialsykepleieres kunnskaper om og holdninger til smerter hos barn og ungdom i alderen 0–18 år, innlagt på sykehus. En slik studie er ikke gjennomført i Norge tidligere, da ingen validerte kartleggingsverktøy har vært tilgjengelig på norsk.

METODE Utvalg

I denne tverrsnittundersøkelsen ble alle 209 sykepleiere og

spesialsykepleiere ved fire medisinske avdelinger, to kirurgiske avdelinger og to intensivavdelinger fra tre universitetssykehus i Helse Sør-Øst inviterte til å delta. I tillegg ble to kull med i alt 29 sykepleiere i videreutdanning innen barnesykepleie ved en høyskole invitert til å delta. I alt ble 238 sykepleiere, sykepleiere i videreutdanning og spesialsykepleiere invitert. Siden flere av spørsmålene i spørreskjemaet omhandler bruk av opioider, foregikk rekrutteringen på barneavdelinger hvor det er vanlig å administrere opioider. Avdelinger som behandler både barn og voksne ble ekskludert.

Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen viser at det er et gap mellom den kunnskapen sykepleiere har om smerter hos barn og vurderinger de gjør i praksis.

Mer om forfatterne:

Kari Raaum Hovde er MSN, RN og barnesykepleier ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Tone Høilo Granheim er MSN, RN og sykepleier ved Akershus Universitetssykehus, HF, Gastrokirurgisk avdeling. Knut-Andreas Christophersen er MSc og universitetslektor i statistikk ved Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige Fakultet. Alfhild Dihle er PhD, CRNA, RN, 1.-amanuensis og dr.philos. ved Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for Sykepleie. Kontakt: uxkavd@ous-hf.no

Instrumenter

Vi brukte den norske versjonen av spørreskjemaet Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (PNKAS-N), fordi det inneholder spørsmål knyttet til flere av områdene hvor kunnskapsmangel påpekes (16, 22). PNKAS(-N) bygger på anerkjente standarder for smertehåndtering utgitt av World Health Organization (WHO), APS og The Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (15). PNKAS ble utviklet fra et spørreskjema som er rettet mot voksne pasienter kalt «The Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS) (22). Begge skjemaene baseres på følgende definisjon

” Sykepleiere har ansvar for å vurdere pasientens smerter.

av smerte; «Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does» (23).

Oversettelsen av PNKAS til norsk fulgte internasjonale retningslinjer (24, 25) og er vurdert med hensyn til reliabilitet og validitet (26). PNKAS-N består av 40 spørsmål innenfor områdene; smertehåndtering og smertevurdering, samt bruk av medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring. I de første 23 spørsmålene skal det tas stilling til om et utsagn er sant eller usant. Videre er det 13 multiple choice-spørsmål som har fra tre til seks svaralternativer hvor kun ett svaralternativ er riktig. De fire siste spørsmålene tar utgangspunkt i to pasienthistorier hvor sykepleierne skal smertevurdere to ungdommer som angir sin smerteintensitet på en skala fra 0 til 10. I tillegg skal sykepleierne

administrere riktig mengde morfin til ungdommene. PNKAS-N har fem spørsmål som retter seg spesielt mot ungdom, ett spørsmål er kun relevant i forhold til spedbarn, mens de øvrige spørsmålene er aktuelle for alle barn i alderen 0–18 år. Et eget skjema ble benyttet for å innhente informasjon om bakgrunnsvariablene alder, utdanning, arbeidserfaring og stillingsbrøk.

Datainnsamlingen

Datainnsamlingen ble utført i perioden desember 2008 til februar 2009. Rekruttering foregikk via ledelsen ved den enkelte barneavdeling og høyskole. Muntlig informasjon om prosjektet ble gitt på personalmøter og i

en klasstime. De som ikke deltok der fikk spørreskjemaet og et informasjonsskriv i sin posthylle. Besvarelsene ble lagt i en merket boks plassert på hver avdeling. Purring ble gjort to ganger via avdelingens ledelse. På høyskolen var ikke purring nødvendig, fordi skjemaene ble fylt ut av dem som ønsket å delta på ett bestemt tidspunkt uten andre til stede enn studentene selv.

Etiske overveielser

Etiske retningslinjer ble fulgt (27). Studien ble godkjent av Personvernombudet for forskning hos Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Dette inkluderte et informasjonsskriv der studiens konfidensialitet og frivillige deltakelse ble understreket. Nødvendige tillatelser ble innhentet fra skjemaets forfattere, det enkelte sykehus, samt høyskole. For å ivareta

deltakernes anonymitet og for å imøtekomme instruksjer fra ett av sykehusene ble alder delt inn i seks kategorier, mens kjønn ikke ble registrert.

Statistiske analyser

Dataene er analysert ved bruk av SPSS versjon 17. Deskriptiv statistikk er benyttet for å analysere bakgrunnsdata. Utvalget ble delt i to; en gruppe med sykepleiere og en gruppe med spesialsykepleiere. Videreutdanningsstudentene som nettopp hadde startet på sin utdanning (N = 15) ble slått sammen med sykepleiergruppen. Studentene i kullet som hadde fjorten dager igjen av studiet (N=14) ble slått sammen med spesialsykepleiergruppen. Sumskår er det samme som antall korrekte svar for hvert enkelt skjema. Sumskår ble gjennomsnittsberegnet i begge grupper. Forskjell i gjennomsnittlig sumskår mellom sykepleiere og spesialsykepleiere ble undersøkt med students t-test. Signifikansnivået ble satt til 5 prosent ($p < 0,05$). Videre ble det beregnet prosentvise korrekte svar på hvert av de 40 spørsmålene både i det samlede utvalget og i hver av de to gruppene.

RESULTATER

Bakgrunnsvariabler

Totalt 183 (76,9 prosent) besvarte spørreskjemaet, fordelt på 79 sykepleiere og 104 spesialsykepleiere. Av de 183 som besvarte spørreskjemaet er det flest i aldersgruppen 30–39 år. Nesten alle i utvalget har en stillingsprosent fra 75 til 100. De fleste spesialsykepleierne er utdannet barnesykepleiere. Spesialsykepleierne har nesten tre ganger så lang arbeidserfaring som sykepleierne. Oversikt over alder, utdanningsnivå, stillingsbrøk og arbeidserfaring fremkommer av tabell 1.

Resultater fra spørreundersøkelsen

Det er mulig å oppnå 40 poeng på spørreskjemaet. I denne spørreundersøkelsen varierte oppnådd poengsum mellom 14 og 39 med et gjennomsnitt på 28,5 poeng (71,2 prosent) i hele utvalget. Spesialsykepleierne skåret i gjennomsnitt 30 poeng (75 prosent), mens sykepleierne skåret 26,5 poeng (66,3 prosent), se tabell 2. Resultatet fra t-testen viste at det er statistisk signifikant forskjell i sumskår mellom sykepleiere og spesialsykepleiere, $t = 5,77$, $p < 0,001$.

Mellom 91,7 prosent og 100 prosent av det samlede utvalget svarer riktig på de ti mest korrekte besvarte spørsmålene. Tabell 3 gir en oversikt over hvilke spørsmål dette omhandler.

Det spørsmålet som sjeldnest ble besvart korrekt var knyttet til følgende pasientsituasjon. Korrekt svar er markert med uthevet skrift.

Andreas er 15 år gammel, og dette er hans første dag etter operasjonen. Idet du kommer inn på rommet, smiler han til deg og fortsetter å snakke og spøke med den som er på besøk. Dine observasjoner viser følgende: BT = 120/80, hjerterefrekvens = 80, respirasjonsfrekvens = 18. På en skala fra 0–10 (hvor 0 = ingen smerte eller ubehag, 10 = verst tenkelige smerte/ubehag), angir han sin smerte til 8.

I pasientens kurve skal du markere hans grad av smerter på skalen under. Sett kryss i den boksen du mener representerer din vurdering av Andreas' smerter:

0 1 2 3 4 5 6 7 **8** 9 10

Legens ordinasjon av smertestillende medikament er «Morfin 1–3 mg IV ved behov inntil hver time til smertelindning».

Hvilket tiltak vil du iverksette op dette tidspunktet?
= **Gi 3 mg Morfin IV nå.**

TABELL 1: Demografiske data (N = 183).

Karakteristika	%	(N)
Alder		
20–29	32,2	(59)
30–39	41,0	(75)
40–49	14,2	(26)
50–59	9,3	(17)
Missing	3,3	(6)
Utdanningsnivå		
Bachelor grad	43,2	(79)
Master grad/PhD	0,0	(0)
Spesialutdanning	56,8	(104)
Gruppen med spesialutdanning (N = 104)*		
Barn	58,5	(62)
Intensiv	33,0	(35)
Anestesi	8,5	(9*)
Total	100	106*
Stillingsbrøk		
75 – 100 %	88,6	(162)
50 – 74,9 %	10,4	(19)
< 50 %	0,5	(1)
Missing	0,5	(1)
Arbeidserfaring (år)		
Erfaring som sykepleier	10,16	(8,03)
Erfaring i sykepleie til barn	8,22	(7,14)
Erfaring ved nåværende avdeling	6,12	(5,75)
Kun sykepleiere med Bachelor grads erfaring	5,76	(6,50)
Kun spesialsykepleieres erfaring	13,50	(7,48)

Forkortelser: SD, standard avvik

* To av spesialsykepleierne (N=104) hadde spesialutdanning både i intensiv sykepleie og i anestesisykepleie. I analysene ble disse 2 spesialsykepleierne tatt med i gruppen av intensiv sykepleiere.

TABELL 2: Oversikt over sykepleiernes gjennomsnittlige sumskår i poeng med prosent i parentes (N = 183).

	N	Gj.snitt sumskår	St.avvik	Variasjon
Sykepleiere	79	26,46 (66,1%)	3,9	17–36
Spesialsykepleiere	104	30,04 (75,1%)	4,5	14–39
Barnesykepleiere	62	30,60 (76,5%)	4,0	22–39
Andre spesialsykepleiere	42	29,27 (73,2%)	5,0	14–39

TABELL 3: De ti best besvarte spørsmålene.

Påstand. Rett svar står uthevet.	Totalt	Spesial-sykepl.	Sykepl.
Barnet/ ungdommen med smerter bør oppmuntres til å tåle så mye smerter som mulig før en tyr til smertelindrende tiltak (usant).	100 %	100 %	100 %
Foreldre skal ikke være til stede under smertefulle prosedyrer (usant).	98,3 %	98,1 %	98,7 %
Smertestillende medikamenter før kontinuerlige/ vedvarende smerter bør gis: Til faste tider gjennom døgnet.	97,2 %	95,1 %	100 %
Etter at den første dosen med et opioid er gitt, bør påfølgende doser justeres i samsvar med den enkelte pasients respons (sant).	96,7 %	100 %	92,4 %
Barn/ ungdom bør vurderes individuelt for å bestemme hvorvidt kulturell bakgrunn påvirker deres smerteopplevelse (sant).	95,6 %	97,1 %	93,6 %
Den anbefalte administrasjonsmåten for opioider til barn med kortvarige, sterke smerter med akutt start, som ved traumer eller postoperative smerter er: Intravenøst.	95,6 %	100 %	89,9 %
Å gi barn/ ungdom injeksjon med sterilt vann (placebo) er ofte en nyttig test for å avgjøre om smerten er reell (usant).	92,8 %	98 %	85,9 %
Spedbarn under 6 måneder tåler ikke opioider som smertelindring (usant).	92,1 %	100 %	81,8 %
Barn under 2 år har nedsatt smertefølsomhet og begrenset hukommelse for smertefulle opplevelser, fordi nervesystemet deres ikke er ferdig utviklet (usant).	91,8 %	99 %	82,3 %
Den mest sannsynlige forklaringen på hvorfor et barn/en ungdom med smerter ber om økte doser smertestillende medikamenter er: Barnet /ungdommen opplever økte smerter.	91,7 %	97,1 %	84,6 %

Totalt 39,8 prosent av spesialsykepleierne og 26,9 prosent av sykepleierne besvarte korrekt at Andreas' smerteintensitet er lik 8. De ble videre bedt om å vurdere hvilken dose morfin han behøver. Lege har forordnet 1–3 mg inntil hver time, inntil pasienten er smertelindret. Totalt 33,3 prosent av spesialsykepleierne og 15,4 prosent av sykepleierne ville gi maksimal dose med morfin på 3 mg ut fra legens forordning i denne pasienthistorien. Av det samlede utvalget besvarte 18

prosent korrekt på begge spørsmålene og 21,9 prosent valgte ikke å gi noe morfin. Disse vurderte pasientens smerteintensitet i gjennomsnitt til å være 2,8. I tabell nr. 4 vises en oversikt over de øvrige ni spørsmålene som er minst korrekt besvart.

DISKUSJON

Dette er den første studien som evaluerer sykepleieres og spesialsykepleieres kunnskaper om og holdninger til smerte hos barn i et europeisk land ved bruk av

PNKAS. Utvalget i denne studien har tilnærmet samme prosent korrekte svar som studier i USA med bruk av PNKAS (15, 16). Hovedfunnene som fremkommer av studien er at både sykepleiere og spesialsykepleiere har gode kunnskaper på flere områder innen fagfeltet, men at det eksisterer et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling, synliggjort gjennom to pasienthistorier. Spørsmål knyttet til medikamenter, opioidavhengighet, faren for respirasjonsdepresjon ved bruk av opioider og overrapportering av smerter var blant de ti dårligst besvarte spørsmålene. Et positivt funn var at myten om at spedbarn ikke tåler opioider og ei heller kan huske smertefulle opplevelser er inne på listen over de ti best bevarte spørsmålene.

Nesten 90 prosent av det samlede utvalget mener at barnet/ungdommen selv er den som best kan bedømme egen grad av smerte, at smerte er «det pasienten sier at det er». Når deltakerne stilles overfor to pasienthistorier, nyttiggjøres imidlertid ikke denne kunnskapen tilfredsstillende. Om lag 2/3 mener at pasienten har mindre smerte enn han selv uttrykker, 8 på en skala fra 0–10. Kun 25 prosent gir pasienten maksimal dose med morfin ut fra forordning. Dette til tross for at 100 prosent sier at barn ikke bør oppmuntres til å tåle smerte, og at smerte skal vurderes og behandles individuelt. Når deltakerne får opplyst at pasienten grimaserer og viser tegn på smerte, øker korrekt svarprosent. Likevel mener fortsatt cirka 30 prosent av spesialsykepleierne og nesten 40 prosent av sykepleierne at pasienten har mindre smerte enn han selv uttrykker. Det kan se ut som om sykepleierne og spesialsykepleierens kunnskaper

TABELL 4: De øvrige ni dårligst besvarte spørsmålene.

Påstand. Rett svar står uthevet.	Totalt	Spesial-sykepl.	Sykepl.
Et barn med kontinuerlige / langvarige smerter har fått opioider daglig i 2 mnd. Dosene økte i denne perioden. I går fikk barnet morfin 20 mg/time intravenøst. I dag har han fått 25 mg/time intravenøst i 3 timer. Sannsynligheten for at barnet utvikler respirasjonsdepresjon av klinisk betydning er: Mindre enn 1 %.	22,4 %	29,5 %	13,3 %
Angstdempende, beroligende og sovemidler (barbiturater), er hensiktsmessige medikamenter for smertelindring ved smertefulle prosedyrer (usant).	35,8 %	44,6 %	24,4 %
Den anbefalte administrasjonsmåten for opioider til barn med kontinuerlige / vedvarende smerter, er: Peroralt.	36,7 %	42,6 %	29,1 %
Avhengighet av narkotiske stoffer/opioider defineres som psykologisk avhengighet ifølge med en altopplukende interesse for å skaffe og bruke narkotika. Ikke av medisinske årsaker, men for å oppnå en psykisk effekt. Det kan forekomme med eller uten fysiologisk toleranseutvikling og fysisk avhengighet (abstinens). Med utgangspunkt i denne definisjonen, hvor sannsynlig er det at opioid avhengighet vil oppstå som et resultat av behandling med opioider? < 1 %.	37,4 %	45,5 %	26,9 %
Hvilken av de følgende intravenøse dosene med morfin tilsvarer 15 mg morfin gitt peroralt? 5 mg morfin iv.	42,5 %	51,1 %	31,5 %
Hvilke av de følgende medikamentene er nyttige i behandlingen av smerter hos barn? Alle tre medikamenter; Ibux, Morfin og Sarotex.	52,8 %	49,0 %	57,7 %
Hvilket av de følgende smertestillende medikamentene blir betraktet som førstevalg i behandlingen av langvarige moderate til sterke smerter hos barn? Morfin.	56,7 %	61,8 %	50,0 %
Spedbarn/barn/ungdom kan sove til tross for sterke smerter (sant).	58,0 %	59,2 %	56,4 %
Hvor stor prosentandel av pasientene tror du overrapporterer sin grad av smerte? 0/10 %	60,4 %	71,7 %	46,1 %

ikke viser seg i handling. Smerte er ikke lenger «det pasienten sier at det er», men det sykepleierne «mener at det er». Det legges andre vurderinger til grunn enn pasientens eget utsagn når smerte vurderes. I spørreskjemaet ble deltakerne spurt om det er nødvendig å få bekreftet barnets eller ungdommens smerteutsagn gjen-

nom observerbare forandringer i fysiologiske parametere. Nesten 80 prosent svarte korrekt; at det skal være tilstrekkelig med pasientens eget utsagn, og absolutt hele utvalget svarer korrekt på at barn ikke skal oppmuntres til å tåle smerte. Samtidig mener halvparten av sykepleierne og 30 prosent av spesialsykepleierne at

pasienter overrapporterer grad av smerter oftere enn det som er tilfelle.

Kirkevold (2002) skriver at både teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og etisk kunnskap må integreres i tøverens kompetanse for å innvirke på den enkeltes handlinger i møte med pasienten. Refleksjon og kritisk tenkning inngår som viktige komponenter (28). Å gi smertestillende medikamenter vil ikke alltid ha en synlig, observerbar virkning. Smertelindring kan fort bli sykepleierens valg, i motsetning til andre typer behandling. Sykepleiere har ansvar for å vurdere pasientens smerter og administrere tilstrekkelig mengde forordnet analgetika. Dette er forankret i Helsepersonellovens § 4 med kravet til faglig forsvarlighet og å yte omsorgsfull hjelp (29). Sykepleiere kan være den som fremmer optimal smertelindring, eller være en barriere med økt lidelse for barnet som konsekvens (30). Vincent (2005) vurderte i sin studie mengde administrert analgetika opp mot mengde forordnet analgetika. Sykepleierne administrerte kun 37,9 prosent av den mengde morfin de hadde mulighet til å gi ut fra forordninger, samt 22,8 prosent av total mengde smertestillende medikamenter som var tilgjengelig ut fra forordninger (17). Jacob og Puntillo (31) beskriver at 60 prosent av sykepleierne ved en spørreundersøkelse mener at smertebedømming er nødvendig fra hver til hver annen time, mens de i praksissituasjoner kun dokumenterer dette i 10–15 prosent av tilfellene. Dette viser at det kan være et gap mellom det sykepleiere sier at de bør gjøre og hva de faktisk gjør i kliniske situasjoner. Dihle et al. (32) fant også dette i en norsk studie om postoperativ

smertehåndtering av voksne pasienter. Sykepleiere hadde teoretisk kunnskap om sentrale temaer innen postoperativ smertehåndtering, men denne kunnskapen ble ikke tilstrekkelig anvendt i pasientsituasjoner. Sykepleieren kan dermed bli en barriere for god smertehåndtering.

Spørsmålene om respirasjonsdepresjon og medikamentavhengighet er blant de som oftest besvares feil. Dette stemmer med hva AAP (2004) tidligere har rapportert (8). Studier fra USA utført med PNKAS har også spørsmålene om respirasjonsdepresjon (15-17) og opio-

spedbarn ikke tåler opioider. Smertebehandling av nyfødte var bortimot ikke eksisterende for noen tiår siden (33). Operasjoner ble gjennomført med minimalt med smertestillende medikamenter frem til 1987 (34) og ved prosedyresmerter fikk heller ikke denne pasientgruppen tilfredsstillende smertelindring (35). Viktig forskning utført på 1980- og 1990-tallet utfordret eksisterende myter og kunnskap innen feltet er forbedret. Utfordringen fremover blir å implementere gjeldende kunnskap i klinisk praksis (36).

Det er knyttet begrensninger

må behandles individuelt. Det eksisterer likevel et gap mellom hva sykepleierne og spesialsykepleierne har kunnskaper om og hvordan smertevurdering og behandling synliggjøres i «handling», når de stilles overfor to pasienthistorier. Denne manglende handlingskompetansen i kombinasjon med engstelse for respirasjonsdepresjon og medikamentavhengighet som bivirkning til opioidebehandling, samt mangelfull kunnskap om enkelte medikamenter, synliggjør områder for forbedring.

Det er av interesse å gjennomføre tilsvarende studier i andre deler av landet. Videre er det nødvendig å forske videre på hvilke faktorer som må til for å redusere gapet mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Utdanning og tilrettelagt undervisning basert på kunnskapsmanglene er viktig. Det er også nødvendig å ha et fokus på de holdninger sykepleiere viser.

” Sykepleieren kan bli en barriere for god smertehåndtering.

ideavhengighet (17) blant de ti som hyppigst besvares feil. Engstelse for at pasientene skal utvikle respirasjonsdepresjon og medikamentavhengighet kan derfor være noe av forklaringen på at det ikke gis maksimal mengde forordnet morfin til en pasient som bedømmer egen grad av smerte til 8, på en skala fra 0–10. En annen forklaring kan være at nesten halvparten av studiens deltakere ikke vet at morfin betraktes som førstevalget i behandlingen av moderat til sterke smerter hos barn. Det kan også være, som i studien her, at mange sykepleiere ikke vurderer at pasienten har så sterke smerter som pasienten selv uttrykker.

Det er gledelig at hele 91,8 prosent av det samlede utvalget og 99 prosent av spesialsykepleierne ikke lenger tror på myten om at barn under to år har nedsatt smertefølsomhet og hukommelse for smertefulle opplevelser grunnet et umodent nervesystem. Tilsvarende tall ble funnet i forhold til myten om at

til studien. Kunnskapsnivået til de 23,1 prosentene som ikke besvarte spørreundersøkelsen, er ukjent. Funnene går i samme retning som tilsvarende studier med PNKAS (14-16). Likevel er de ikke nødvendigvis representative for alle sykepleiere i Norge, i og med at deltakerne er rekruttert fra én høyskole og tre sykehus innenfor én helseregion. At utvalget er rekruttert fra avdelinger som hyppig benytter opioider, kan ha påvirket resultatet. Respondentene i denne studien kan ha flere riktige svar enn om utvalget hadde blitt rekruttert fra alle typer barneavdelinger.

KONKLUSJON

Sykepleierne og spesialsykepleierne som deltok i studien har god kunnskap innen viktige områder innenfor feltet barn og smerter. Myter om at spedbarn ikke tåler opiat og har nedsatt smertefølsomhet, vises i liten grad i studien. Deltakerne mener videre at barn ikke skal oppmuntres til å tåle smerte, og at smerte

Implikasjoner for praksis

Ved at PNKAS har blitt validert og nå er tilgjengelig på norsk kan kartlegging av sykepleieres kunnskaper om og holdninger til smerter hos barn gjennomføres både lokalt og nasjonalt. Kun kartlegging er ikke tilfredsstillende, men gir en mulighet til å identifisere områder for forbedring (22). Undervisning og handlingsplaner bør justeres på bakgrunn av svarene, slik at kvaliteten på den smertelindringen som gis til barn ved norske barneavdelinger kan forbedres.

Takk til Norsk Sykepleierforbund, Norsk Barnesykepleierforbund og Norsk Barnesmerteforening som har gitt stipend til gjennomføringen av prosjektet, samt ledere og deltakere som gjorde studien mulig.

Bruker ikke kunnskapen i praksis

> Sykepleiere vet mer om smerte og -behandling hos barn og unge enn det som reflekteres i praksis.



Av Lisa Hugdahl

Intensivsykepleier/ass. avdelingssykepleier Barn Intensiv St. Olavs Hospital

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Studien konkluderer med at en holdningsendring er nødvendig for at sykepleiere og spesialsykepleiere skal stole på pasientens egen vurdering av smerte og dermed administrere tilstrekkelig mengde smertestillende medikamenter.

Hensikten med studien var å kartlegge norske sykepleiers og spesialsykepleiers kunnskaper om holdning til smerter hos barn og ungdom i alderen 0–18 år innlagt på sykehus. Det er brukt et kartleggingsverktøy; en norsk versjon av Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (PNKAS-N), et skjema bestående av 40 spørsmål som omhandler smertehåndtering, smertevurdering, bruk av medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring. Dette verktøyet har ikke vært tilgjengelig på norsk tidligere og det har heller ikke vært gjennomført lignende studier i Norge. Det gjør studien i seg selv

interessant og det er et verktøy som ville vært nyttig å bruke for flere barneavdelinger.

Det framgår av studien at det er et sprik mellom sykepleiers og spesialsykepleiers vurdering av smerte og behovet for smertelindring. Spesialsykepleierne skåret signifikant bedre enn sykepleierne, men det fremkommer også av studien at spesialsykepleierne har nesten tre ganger så lang arbeidserfaring som sykepleierne. Dette viser at videreutdanning, og jeg antar dermed erfaring, har en signifikant betydning for vurdering av barns og ungdoms smerte.

Studien viser også at sykepleiere og spesialsykepleiere har gode kunnskaper på flere områder innen fagfeltet, men at det fortsatt er et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Her er det viktig at vi sprer ny kunnskap og stoler på egne vurderinger. Vi må ikke la gamle myter stå i veien for at pasienten

får den behandlingen de har krav på. Det at sykepleiere ikke bruker den teoretiske kunnskapen som foreligger innen postoperativ smertebehandling, viser at det kan være behov for en kartlegging innen faget.

De siste tiårene har smertebehandlingen til barn forbedret seg betraktelig. I dag vet vi mye om barns reaksjon på smertestimuli. Studien viser derimot at vi ikke bruker kunnskapen i praksis. Dette er et viktig tema som vi bør fokusere på. Kanskje kan bruken av et kartleggingsverktøy som PNKAS hjelpe oss å belyse våre kunnskaper og holdninger.

Les artikkelen på side 332





Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Overlevelse etter hjer-testans blir redusert med 10–15 prosent for hvert minutt som går uten at hjerte-lunge-redning (HLR) blir iverksatt. Suksessfaktorene for overlevelse er tidlig igangsetting av HLR, og god kvalitet på utførelsen.

Hensikt: Hensikten med prosjektet var å måle kvaliteten på avansert HLR (AHLR) under simuleringstrening for å se om resultatene ville tilfredsstillende de nasjonale retningslinjene fra 2005.

Metode: Prospektiv observasjonsstudie under fullskala simuleringstrening.

Data ble innhentet fra PC koplest til dukke, samt videoopptak. 48 sykepleiere og 16 leger tilknyttet en hjerteovervåkningsavdeling deltok i prosjektet.

Resultater: Gjennomsnittlig kompresjonsfrekvens var på 104, med en gjennomsnittlig dybde på 48 mm. Det tok 82 sekunder (median) fra ventrikkelflimmer til første DC-støt når defibrillatoren sto utenfor rommet, og 25 sekunder (median) når defibrillatoren var inne på rommet. Total hands-off tid var på 25 prosent. Medikamenter ble gitt korrekt i de fleste av tilfellene (92 prosent), og det var høy grad av

dobbelkontroll (94 prosent). Det ble som oftest komprimert når defibrillatoren ble ladet (86 prosent), mens det ved 17 prosent av tilfellene ble avlevert DC-støt uten å følge sikkerhetsrutinene. Når man ifølge retningslinjene kunne gi påfølgende DC-støt ble dette utført i omtrent halvparten tilfellene (54 prosent).

Konklusjon: Kvaliteten på utført AHLR tilfredsstillende de nasjonale retningslinjene fra 2005. Algoritmen blir fulgt i så godt som alle scenarier, og den tekniske utførelsen er god. Resultatene tilsier ingen unødvendig hands-off tid.

ENGLISH SUMMARY

Background: The survival rate after cardiac arrest decreases by 10–15 % for each minute without cardiopulmonary resuscitation (CPR). Early introduction of CPR and good quality of performance are important predictors of survival.

Objectives: The objective of this project was to measure the quality of advanced CPR during simulation training, and to see if the results are in accordance with the Norwegian guidelines of 2005.

Methods: Prospective observational study during full-scale simulation training. Data were collected from a computer connected to a manikin, in

addition to video recordings 48 nurses and 16 physicians working at an intensive coronary care unit (ICCU) participated.

Results: Mean frequency of chest compressions was 104, with a mean depth of 48 mm. Time from occurrence of ventricular fibrillation to delivered countershock was median 82 seconds and median 25 seconds when the defibrillator was located outside or inside the room, respectively. The total hands-off time was 25 %. Mostly, medications were given correctly (92 %) with a high degree of double control (94 %). Chest compression was continued during charging of the defibrillator

in 86 % of the charging intervals. In 17 % of the episodes, countershocks were delivered without following the safety precautions. When consecutive countershocks could have been given according to guidelines, it was performed in half of the cases (54 %).

Conclusion: The quality of performed advanced CPR is in accordance with the Norwegian guidelines of 2005. The algorithm was followed correctly in almost every scenario, and the technical performance was good. Current results indicate no unnecessary hands-off time.

Keywords: Quality, Simulation Training, Cardiopulmonary Resuscitation.

» Kvaliteten på avansert hjerte- og lungeredning under simuleringstrening

Forfattere: Mikael Næss, Trine-Lise Ellingsen, Siw Pedersen Trudvang og Anne Siri Rokvam

NØKKELORD

- Kvalitet
- Simuleringstrening
- Hjerte- og lungeredning

INNLEDNING

Hvert år rammes om lag 2500 mennesker av hjertestans i Norge (1). Sjansen for å overleve en hjertestans blir redusert med 10–15 prosent for hvert minutt som går uten at hjerte-lunge-redning (HLR) blir iverksatt. Suksessfaktorene for overlevelse er tidlig igangsetting av HLR, særlig innenfor de første 3–5 minuttene, og god kvalitet på utførelsen (2).

Tidligere studier har vist varierende kvalitet på HLR blant helsepersonell. I en norsk studie publisert i 2005 på 176 prehospitalt hjertestanser ble det påvist at brystkompresjoner, i gjennomsnitt, ikke ble gitt i halvparten av tiden der pasienten var uten sirkulasjon. Når det ble justert for EKG-analyse og defibrillering var det fremdeles 38 prosent hands-off tid, og i tillegg var brystkompresjonene som ble gitt for svake (3). En studie fra Chicago, publisert samme år, på 76 in-hospitalt hjertestanser viste at brystkom-

presjonene hadde for lav frekvens i tillegg til at de var for grunne. Over 60 prosent ble hyperventilert og hands-off tiden var for lang. HLR ble ifølge studien utført av et veltrent sykehuspersonell (4). Etter innføring av nye retningslinjer i 2005 (5;6) viste en norsk studie fra 2009 signifikant reduksjon i hands-off tid, og signifikant bedring av brystkompresjons- og ventilasjonshastighet sammenliknet med perioden før modifiseringen av retningslinjene (7).

På Kardiologisk intensiv og overvåkning (KIO) ved Oslo universitetssykehus (OUS), Ullevål, var det i 2009, 35 pasienter som fikk hjertestans i avdelingen (8). Det vil si en hjertestans, i gjennomsnitt, hver tiende dag. Av disse overlevde 24 (68,5 prosent). For å kunne yte tilfredsstillende kvalitet ved akutte hendelser trener avdelingens leger og sykepleiere på avansert hjerte-lungeredning (AHLR) to ganger årlig.

Hensikten med prosjektet var å måle kvaliteten på AHLR under trening på simuleringssenteret for å se om resultatene ville tilfredsstillende de nasjonale retningslinjene fra 2005. Avdelingen legger årlig ned ressurser i fagutvikling og kompetanseheving, og AHLR prioriteres høyt. Av den grunn var det interessant å få doku-

mentert kvaliteten og eventuelt synliggjøre forbedringspotensialer, slik at fremtidig trening kan bli rettet mot dette.

METODE

Prosjektet ble gjennomført som en prospektiv observasjonsstudie i forbindelse med avdelingens

Hva tilfører artikkelen

Undersøkelsen av nivået på avansert hjerte- og lungeredning under simuleringstrening ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, viser at dette tilfredsstillende nasjonale retningslinjer.

Mer om forfatterne:

Mikael Næss er intensivsykepleier med master i sykepleievitenskap. Han jobber som ledende spesialsykepleier ved kardiologisk intensiv og overvåkning (KIO), kardiologisk avdeling. Trine-Lise Ellingsen er intensivsykepleier, AHLR-kursleder og spesialsykepleier ved kardiologisk intensiv og overvåkning (KIO), kardiologisk avdeling. Siw Pedersen Trudvang er intensivsykepleier, AHLR-kursleder og ledende spesialsykepleier, kardiologisk intensiv og overvåkning (KIO). Anne Siri Rokvam er intensivsykepleier, simulering- og hovedinstruktør HLR ved utdanningscenteret. Alle er ansatt ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål. Kontakt: mins@uus.no.

obligatoriske trening på simuleringssenteret (SIM). I løpet av åtte virkedager i oktober 2010 deltok daglig to leger og fire til seks sykepleiere. Det ble gjennomført tre fullskala scenarioer med tverrfaglige team på en avansert dukke som ga respons på behandlingen. Følgende er en kort beskrivelse av de ulike scenarioene:

1) 46 år gammel kvinne som er innlagt med synkope. Koronar angiografi viste åpne kransarterier. To minutter etter scenario-start får hun ventrikkelflimmer. Hun trenger to DC-støt (HLR i tre minutter mellom støtene) for å få tilbake sinusrytme. Er da sirkulatorisk stabil i cirka to minutter før hun på nytt får ventrikkelflimmer. To nye DC-støt gir henne sinusrytme og scenarioet avsluttes etter ytterligere to minutter.

2) 65 år gammel kvinne som er innlagt på grunn av STEMI i nedreveggen. Utført PCI på RCA. Er bradykard på angiolab og får Atropin. Etter ankomst til overvåkingen er hun kvalm, lett hypotensiv og sirkulatorisk

støt og AHLR i 18 minutter. Bli intubert prehospitalt. Kjøres direkte til angiolab der det blir utført PCI med stent på LAD. Scenarioet starter når pasienten har ankommet overvåkingen. Ligger da på respirator. Over en periode på seks minutter blir han gradvis mer takykard og faller i blodtrykk. Får deretter ventrikkelflimmer som det kreves tre DC-støt (HLR i tre minutter mellom støtene) for å få tilbake i sinusrytme. Pasienten har reokklusjon og scenarioet avsluttes når det blir besluttet å transportere han til angiolab.

Teamet var sammensatt som i klinikken, og all behandling skulle bli utført som i praksis. Simuleringstrening er ikke rollespill og deltakerne er seg selv som fagpersoner. På de to første scenarioene deltok én lege og tre sykepleiere, mens det var to leger og fire sykepleiere på det siste. De som ikke deltok på et scenario satt på debrifingsrommet og fulgte med ved hjelp av kameraoverføring.

Data ble registrert i en PC som var koplet til trenings-

hadde noen få ekstreme avvik.

Alle scenarioer ble spilt inn på video der deler ble vist i forbindelse med debrifingen. Dette er vanlig ved alle SIM-treninger og ikke designet for dette prosjektet. Filene ble beholdt i etterkant av prosjektleder for videre datainnsamling. Her ble det registrert om medikamenter ble gitt, og om de ble gitt til rett tid og med rett dose. «Closed loop» ble vurdert og brukt som mål på kommunikasjonen mellom teammedlemmene. Det vil si å få tydelig tilbakemelding fra de andre i teamet på at de har oppfattet informasjon som har blitt gitt. I forbindelse med dette prosjektet ble «closed loop» vurdert i forbindelse med administrasjon av medikamenter.

Sikkerhet ved defibrillering ble også registrert. Her skulle følgende to faktorer være til stede for at den kunne betegnes som tilfredsstillende; tydelig verbal påminnelse om «vekk fra sengen, jeg sjokker», og at vedkommende konstaterer at ingen er i kontakt med sengen i det sjokket blir gitt.

Målet på kvalitet ble vurdert ut fra de nasjonale retningslinjene fra 2005 der brystkompresjonene skal ha en dybde på fire–fem centimeter og en frekvens på 100 per minutt. Dette skal gjennomføres med syklus på 30:2. Det vil si 30 brystkompresjoner etterfulgt av to innblåsninger/ventilasjoner (4). Når pasienten er intubert skal det utføres kontinuerlige brystkompresjoner og ventileres med en frekvens på ti per minutt. En internasjonal arbeidsgruppe har kommet med konsensus i forhold til mål på kvalitet. De skriver at to ventilasjoner bør kunne utføres på fem sekunder, rytmeanalyse på fem sekunder og et sjokk på tre sekunder. Dette gir en forventet hands-off tid på

” Simuleringstrening er ikke rollespill og deltakerne er seg selv som fagpersoner.

påvirket. Hun har sinusrytme som etter tre minutter går over til en AV-blokk grad 3 med frekvens på 30. AV-blokken varer i tre minutter før deretter å gå over til ventrikkelflimmer. Det kreves tre DC-støt (HLR i tre minutter mellom støtene) for å få tilbake AV-blokk grad 3 med frekvens 50 som gir tilfredsstillende sirkulasjon. Scenarioet avsluttes etter ytterligere 3 minutter.

3) 55 år gammel mann med hjertestans i hjemmet. Kona startet HLR før ambulansen kom. De ga til sammen tre DC-

dukka. Dukka var av modellen ResusciAnne Simulator fra Laerdal og PC-programvaren var Laerdal PC Skillreporting System versjon 2.2.1. Her ble det registrert dybde og frekvens på brystkompresjonene, hands-off tid – det vil si tiden det ikke blir gitt brystkompresjoner etter bekreftet hjertestans, «leaning» – brystkompresjoner som ikke blir sluppet helt opp, og tid fra ventrikkelflimmer til første DC-støt. Data ble videre behandlet i Microsoft Excel. Medianverdi ble brukt der tallmaterialet

25 prosent ved bruk av 30:2 og 7 prosent når det utføres kontinuerlige brystkompresjoner på en intubert pasient. For å korte ned på hands-off tiden anbefaler de å komprimere mens defibrillatoren lades (9).

Ved hjerrestans i avdelingen vil anestesilege bli kontaktet så fort som mulig, og en intubering vil skje innen relativt kort tid. I dette prosjektet deltok ikke anestesilege, og av den grunn ble det fokus på HLR med maske-bag-ventilasjon i scenario 1 og 2. I det siste scenarioet var pasienten intubert på forhånd.

Alle deltakerne leverte inn evalueringsskjema på slutten av dagen som ble besvart anonymt. Skjemaet var ikke utarbeidet spesielt for dette prosjektet, men har blitt brukt som standard evalueringsskjema på SIM-senteret siden 2009. Alle spørsmål var lukkede og de fleste var gradert på en Likert-skala fra 1–5, der 5 tilsvarer «i svært stor grad» eller «svært enig». Kun ett spørsmål var gradert fra 1–10, der 10 var best. I tillegg var noen svaralternativer «ja» og «nei».

Prosjektet ble i forkant godkjent av personvernombudet på OUS. De anbefalte ikke å innhente informert samtykke, da dette var obligatorisk trening. Etter deres råd ble det utlevert skriftlig informasjon til deltakerne vedrørende prosjektet og bruk av videofilene. Det ble tydelig presisert at videofilene ville bli slettet så fort data var registrert.

RESULTATER

De tre ulike scenarioene ble gjennomført åtte ganger, noe som gir totalt 24 scenarioer. Det ble registrert betydelige artefakter i forbindelse med håndventilering på trachealtube i scenario 3, derfor er kompresjonsdata og hands-off tid kun fra de to første

TABELL 1: (data fra dukke og video)

	Funn
Kompresjoner (n=8996)¹	
- adekvat dybde, antall (%)	8250 (92)
- ikke sluppet helt opp («leaning»), antall (%)	1136 (13)
- trykke ned/slippe opp – forhold, mean (95 % CI)	0,98 (0,97–0,99)
- dybde, mm, mean (95% CI)	48 (44–52)
- kompresjonsfrekvens, mean (95 % CI)	104 (101–107)
Tid fra ventrikkelflimmer til første defibrillering, sek	
- scenario 1 ² , median (25–75 % kvartil)	82 (69–95)
- scenario 2 ³ , median (25–75 % kvartil)	25 (20–41)
- scenario 3 ⁴ , median (25–75 % kvartil)	25 (18–46)
Tid fra ventrikkelflimmer til første komprimering, sek⁵	
- alle scenarioer, median (25–75 % kvartil)	11 (7–21)
Tid brukt på rytmesjekk, sek	
- 1 min etter defibrillering, median (25–75 % kvartil)	5 (4–5)
- rytmesjekk + defibrillering, median (25–75 % kvartil)	6 (5–7)
Tid fra levert sjokk til komprimering, sek, median (25–75 % kvartil)	4 (3–5)
Total varighet av pulsløs rytme (n=6409 sek)	
- total registrert hands-off tid, sek (HOF ⁶)	1609 (0,25)
- Hands-off fraksjon (HOF), mean (95% CI)	0,25 (0,23–0,27)

¹ Ventilering på tube førte til mange artefakter i registreringen, derfor er data fra scenario 3 utelatt.

² LP20 defibrillator står utenfor pasientrommet.

³ LP20 defibrillator står inne på rommet.

⁴ LP20 defibrillator står utenfor pasientrommet i 3 av 8 tilfeller.

⁵ Beregnet ved start av scenarioet.

⁶ HOF=Hands-off fraksjon= hands-off tid / varighet av pulsløs rytme.

scenarioene (totalt 16). Det var også unormalt vanskelig å få tilstrekkelig luft i dukka ved maske-bag-ventilasjon, og av den grunn er disse data ikke vurdert.

Kompresjonsfrekvens: Det ble registrert nesten 9000 brystkompresjoner og de hadde i gjennomsnitt en frekvens på 104, og en dybde på 48 mm. Dybden var adekvat i 92 prosent av brystkompresjonene. Hver åttende brystkompresjon (13 prosent) ble

ikke sluppet helt opp («leaning») (tabell 1).

Tid til «reaksjon»: Som tidligere nevnt er en av suksessfaktorene for overlevelse tidlig igangsetting av HLR og tidlig defibrillering. Under trainingen tok det 11 sekunder (median) fra ventrikkelflimmer oppsto til komprimering ble påbegynt (tabell 1). Det gikk 82 sekunder (median) til første sjokk ble gitt i det første scenarioet, mens det

gikk 25 sekunder (median) til sjokket ble avgitt i scenario to og tre (tabell 1).

Hands-off: Et annet godt mål for kvaliteten på AHLR er hands-off tid. I kliniske studier blir betegnelsen «no-flow» ofte benyttet da den tydeligere beskriver tiden uten sirkulasjon. Den totale hands-off tiden var på 0,25 (25 prosent) (tabell 1). Videre ble rytmeanalyse og sjokk gitt på seks sekunder (median) og det gikk fire sekunder (median) fra levert sjokk til komprimering ble påbegynt (tabell 1).

Medikamenter: Adrenalin og Cordarone ble gitt korrekt i 92 prosent av tilfellene, og det var kun tre av 48 doser som ikke ble dobbeltkontrollert (tabell 2). Ved to tilfeller var det tendens til utydelig eller uklar leder i rommet (tabell 2). Ved det ene tilfellet førte dette til uklarhet i forhold til sløyfen, med den konsekvens at sjokk ble gitt på feil tidspunkt i sløyfen, og ved det andre tilfellet ble det ikke gitt medikamenter.

Kommunikasjon: Ved 40 av de 48 (83 prosent) medikamentdosene var det en tilfredsstillende

kommunikasjon mellom den som ga medikamentet og den eller de som forordnet det («Closed loop»). Ved åtte tilfeller ble det gitt i «stillhet» (tabell 2).

Sikkerhet: Ved 67 av 81 (83 prosent) defibrilleringer ble dette utført korrekt etter tidligere nevnte sikkerhetskriterier. Ved alle tilfellene ble det opplyst tydelig verbalt at det skulle støttes, men ved 14 tilfeller så vedkommende på defibrillatoren og ikke sengen når sjokket ble utløst (tabell 2).

Påfølgende sjokk: Når defibrillatoren står i umiddelbar nærhet kan man ifølge de nasjonale retningslinjene gi to påfølgende støt ved ventrikkelflimmer (6). I dette prosjektet ble det gitt to påfølgende støt ved sju av 13 (54 prosent) tilfeller når defibrillatoren befant seg på rommet, og ved tre av 11 (38 prosent) tilfeller når defibrillatoren befant seg utenfor rommet (tabell 2). Det ble ved flere scenarioer diskutert om det skulle gis to støt eller ikke, og det virket som om det var noe usikkerhet rundt når dette kunne gjøres.

Komprimering under ladning: Ved 70 av 81 (86 prosent) tilfeller ble det komprimert mens defibrillatoren ble ladet (tabell 2). De fleste tilfellene der dette ikke ble fulgt var når det skulle sjokkes to ganger etter hverandre.

Evaluerings: Det ble samlet inn totalt 52 besvarelser. På spørsmålet om hvor nyttig deltakeren synes treningen var, ble gjennomsnittskarakteren 9,33. Litt over halvparten (61 prosent) hadde gjennomgått AHLR-testen i forkant av treningen, mens det var mer beskjeden gjennomgang av e-læringsprogrammene (12–29 prosent). På spørsmål om hvor stor grad kursene bidro til at deltakeren var forberedt ble gjennomsnittskarakteren 3,63. De fleste mente at treningen i stor grad bidrar til økt trygghet i vanskelige situasjoner (4,46) (tabell 3).

DISKUSJON

I de nasjonale retningslinjene fra 2005 anbefales en brystkompresjonsfrekvens på 100/min, og det er dette deltakerne tilstreber under trening. Studier på dyr har vist at en frekvens mellom 90–120 kan være akseptabelt (9), og en klinisk studie har vist at når kompresjonsfrekvensen faller under 90 så reduseres overlevelsen (10). Brystkompresjonene i dette prosjektet ligger tett opp til anbefalt frekvens, og hvis man legger til et vindu på 90–120 så er det god margin på begge sider. Nesten alle brystkompresjonene hadde tilfredsstillende dybde, med et gjennomsnitt på 48 mm. Nedre grense ligger på 40 mm, og 8 prosent lå under dette. For å bedre dette ved fremtidig trening så kan det drilles mer på hyppigere bytte av den som komprimerer, men også at teamet til en hver tid observerer at det blir utført tilfredsstillende brystkompresjoner.

TABELL 2: (data observert fra video)

	Funn
To påfølgende defibrilleringer	
- Når LP20 må hentes fra gangen (n=11) [%]	3 [27]
- Når LP20 står på rommet (n=13) [%]	7 [54]
Sikkerhet ved defibrillering ¹ (n=81)	67 [83]
Adrenalin gitt/vurdert til rett tid (n=37) [%]	34 [92]
Cordarone gitt/vurdert til rett tid (n=25) [%]	23 [92]
Dobbeltsjekk av medikamenter (n=48) [%]	45 [94]
Komprimering under ladning av LP20 (n=81) [%]	70 [86]
Closed loop ² (n=48) [%]	40 [83]
Tydelig teamleder (n=24) [%]	22 [92]

¹ Det skal verbalt gis beskjed om at sjokk kommer, samtidig som vedkommende ser på sengen når støtet gis.

² Vurdert som tydelig tilbakemelding i forhold til medikamenter.

Det var en tendens til «leaning» på enkelte brystkompresjoner. I forbindelse med AHLR-trening er det lett å observere dette, og tilbakemeldinger kan gis direkte under pågående komprimering. Dette kan det fokuseres på videre. Det er uvisst hvor stor klinisk betydning det har at brystkompresjonene ikke blir sluppet helt opp, men det kan redusere hjertets fylning. Som mål på god HLR foreslår man det likevel som et valgfritt parameter (9).

Under treningen tok det 11 sekunder (median) fra ventrikkelflimmer oppsto til brystkompresjoner ble påbegynt (tabell 1). Denne tiden vil kunne være noe kortere ved en reell pasient. De kliniske observasjonene er ikke tilgjengelig ved trening på dukke, slik at scoopet blir eneste kilde for endring i tilstanden. Det kommer riktignok et lite stønn fra dukka i det ventrikkelflimmer oppstår, men dette ble ikke oppfattet av alle. Den samme feilkilden er gjeldende når det angår tid fra ventrikkelflimmer til første defibrillering, men har ikke prosentvis så stor betydning, da totaltiden er betydelig lenger. Det gikk 82 sekunder (median) til første sjokk ble gitt i det første scenarioet (tabell 1). Her var en sykepleier alene på stua med pasienten. I det ventrikkelflimmeret ble oppdaget måtte sykepleieren varsle og hente hjelp, samt få tak i defibrillatoren som sto på gangen. I de to andre scenarioene var det flere personer til stede når flimmeren oppsto, samt at defibrillatoren sto inne på rommet i de fleste tilfellene. Her gikk det 25 sekunder (median) til sjokk ble avgitt (tabell 1).

Hands-off tiden lå i gjennomsnitt på 0,25 (25 prosent). Dette er i henhold til den internasjonale arbeidsgruppa sine kvalitetsmål ved maske-bag-ventilasjon (9). Det er med andre ord ingen

TABELL 3: (evaluerings skjema)

	Svar
Hvor nyttig mener du at dagens trening var for deg? (skala fra 1–10, hvor 10 er best), mean	9,33
Gjennomført e-læringsprogram/AHLR-test i forkant av simuleringdagen	
- Crisis resource management (CRM), %	24
- Medisinsk simulering, %	29
- LP20, %	12
- AHLR-test (www.nrr.org), %	61
I hvilken grad bidro kurset/kursene til at du var tilstrekkelig forberedt til den praktiske treningen? (Likert skala 1–5, hvor 5 er i svært stor grad), mean	3,63
Simuleringstrening gjør meg tryggere og bidrar til at jeg handler raskt og sikkert i vanskelige situasjoner (Likert skala 1–5, hvor 5 er i svært stor grad), mean	4,46
Simuleringstrening har en sterk positiv virkning på arbeidsmiljøet i avdelingen (Likert skala 1–5, hvor 5 er i svært stor grad), mean	4,29
At sykehuset tilbyr simuleringstrening opplever jeg som et tegn på at jeg blir ivaretatt som medarbeider (Likert skala 1–5, hvor 5 er i svært stor grad), mean	4,38
Jeg opplever at diskusjonene under treningen virker inspirerende og gjør meg mer motivert for jobben min (Likert skala 1–5, hvor 5 er i svært stor grad), mean	4,50
Jeg er godt fornøyd med det læringsutbyttet jeg fikk gjennom debrifingene (Likert skala 1–5, hvor 5 er i svært stor grad), mean	4,63
Jeg følte meg godt ivaretatt som kursdeltaker (Likert skala 1–5, hvor 5 er i svært stor grad), mean	4,71

hands-off tid som brukes på annet enn ventilasjoner, sjokk og analyse. En klinisk studie fra Østerrike rapporterte om gode resultater i AHLR blant godt trent personell i en akuttavdeling. De kunne vise til en hands-off tid på 12,7 prosent. Her var pasientene intubert, og tilsvarende kvalitetsmål vil her ligge på 7 prosent. De målte også no-flow tiden i forbindelse med defibrillering. Den ble registrert til å være 11 sekunder (median) før sjokk og seks sekunder (median) etter levert sjokk (11). Data i dette prosjektet lå på henholdsvis seks og fire sekunder.

Sikkerheten ved defibrillering var tilfredsstillende, men at det ved 14 tilfeller ikke ble sett på senga når støtet ble gitt kan

potensielt være en fare. Dette må det drilles mer på. Det er også et forbedringspotensial ved å komprimere under ladning, men det lille avviket (14 prosent) ga ingen store utslag på hands-off tiden.

Den største usikkerheten blant deltakerne var om det skulle sjokkes to ganger. De fleste avsto fra dette når defibrillatoren var plassert på gangen. Dette var korrekt ut fra avdelingens rutiner. Når den var på rommet derimot var det aktuelt å gi to støt, allikevel ble det utført i bare halvparten av tilfellene. Dette kan tydeliggjøres bedre til videre trening.

Lederskap og kommunikasjon var faktorer som ble observert gjennom videofilmene. En studie fra Sveits (2003) viste at fravær av

lederskap og fordeling av oppgaver førte til nedsatt teamprestasjon (12). Det var ved to tilfeller tendens til uklar eller utydelig leder i rommet. Dette førte til at de kom litt ut av sløyfen. Totalt sett fikk dette liten betydning for resultatene, men isolert sett er det viktig å se at dårlig kommunikasjon og ledelse kan føre til dårligere utførelse av HLR. Slike data vil selvfølgelig være noe usikre da de baserer seg på prosjektleders subjektive vurderinger.

Evalueringsskjemaene viste generelt en stor tilfredshet ved simuleringstrening. Trening skaper trygghet og deltakerne føler seg ivaretatt. Det eneste deltakerne var noe usikre på var om e-læringskursene og AHLR-testen bidro til at de var bedre forberedt. Slike programmer brukes fordi det antas å ha en nytteverdi forut for praktiske tester, men et nylig utgitt randomisert studie fra England viser at dette ikke hadde noen effekt på prestasjonene ved AHLR simuleringstrening (13). Viktigheten av slike forberedende kurs kan derfor diskuteres.

Resultater fra simuleringstre-

ning vil selvfølgelig aldri kunne sammenliknes 100 prosent med praksis. Til det er situasjonene for kunstig. Allikevel er det teknisk mulig å få det relativt autentisk. Uansett er deltakerne forberedt på at noe vil skje og dette kan bedre responstiden og gi falskt positivt resultat. På den andre siden jobber deltakerne med denne pasientgruppen til daglig og er vant med at hjerstestans skjer fra tid til annen. På en hjerteovervåkning er det alltid en person som sitter vakt ved scoopsentralen og som vil oppdage hjerstestans umiddelbart.

Det vil også være visse svakheter knyttet til data som er registrert fra dukke til PC. Kompresjonsfrekvens og kompresjonsdybde avleses som gjennomsnittsmålinger etter endt scenario. Teoretisk kan det med andre ord bli komprimert for fort eller dypt i starten av et scenario og for sakte eller grunt på slutten, men likevel ende opp med et tilfredsstillende gjennomsnitt. Hva gjelder kompresjonsdybde så må det genereres et trykk på 30 kilo for å trykke ned brystkassen til

dukka fire centimeter. I praksis vil selvfølgelig nødvendig kraft variere fra pasient til pasient avhengig av størrelse, vekt og stivhet i brystkassen. I så måte vil ikke tilfredsstillende kompresjonsdybde på dukka nødvendigvis si noe om hvor godt man vil komprimere ved en reell hjerstestans.

KONKLUSJON

Kvaliteten på utført AHLR ved simulert trening tilfredsstiller de nasjonale retningslinjene fra 2005. Algoritmen blir fulgt i så godt som alle scenarioer, og den tekniske utførelsen er god. Hands-off tiden var på 25 prosent, noe som er forventet ved maske-bag-ventilasjon. Resultatene tilsier derfor ingen unødig hands-off tid. Forbedringspotensialene ligger i økt fokus på sikkerhet ved DC-støt, samt å gi påfølgende DC-støt når defibrilatoren er i umiddelbar nærhet.

En stor takk til avdelingsleder Ann-Hege Kofoed som ser viktigheten av kompetanseheving og fagutvikling, og derfor prioriterer blant annet AHLR-trening to ganger i året.

REFERANSELISTE

1. Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) (www.nrr.org). Tilgjengelig 8. juni 2011 fra: http://www.nrr.org/?page_id=1285
2. Handley AJ, Koster R, Monsieus K, Perkins GD, Davies S, Bossaert L, et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. [Erratum appears in Resuscitation. 2006;69:351]. Resuscitation 2005;67: Suppl 23.
3. Wik L, Kramer-Johansen J, Myklebust H, Sorebo H, Svensson L, Fellows B, et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during out-of-hospital cardiac arrest. JAMA 2005;293:299-304.
4. Abella BS, Alvarado JP, Myklebust H, Edelson DP, Barry A, O'Hearn N, et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during in-hospital cardiac arrest. JAMA 2005;293:305-10.
5. Retningslinjer for Basal HLR (BHLR) – Voksne. Norsk Resuscitasjonsråd [NRR] 2005 (www.nrr.org). Tilgjengelig 8. juni

2011 fra: http://www.nrr.org/wp-content/uploads/pdf/guidelines/norske_2005/2_BHLR_retningslinjer_2005.pdf

6. Retningslinjer for Avansert hjerte-lunge-redning (AHLR) – voksne. Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) 2005 (www.nrr.org). Tilgjengelig 8. juni 2011 fra: http://www.nrr.org/wp-content/uploads/pdf/guidelines/norske_2005/5_AHLR_retningslinjer_2005.pdf
7. Olasveengen TM, Vik E, Kuzovlev A, Sunde K. Effect of implementation of new resuscitation guidelines on quality of cardiopulmonary resuscitation and survival. Resuscitation 2009;80:407-11.
8. Mangschau A. Årsrapport 2009, Kardiologisk intensiv og overvåkning. Internt dokument, OUS, Ullevål 2010
9. Kramer-Johansen J, Edelson DP, Losert H, Kohler K, Abella BS. Uniform reporting of measured quality of cardiopulmonary resuscitation (CPR). Resuscitation 2007;74:406-17.
10. Abella BS, Sandbo N, Vassilatos P, Alvarado JP, O'Hearn N, Wigder HN,

et al. Chest compression rates during cardiopulmonary resuscitation are suboptimal: a prospective study during in-hospital cardiac arrest. Circulation 2005;111:428-34.

11. Losert H, Sterz F, Kohler K, Sodeck G, Fleischhackl R, Eisenburger P, et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation among highly trained staff in an emergency department setting. Arch Intern Med 2006;166:2375-80.
12. Marsch SCU, Muller C, Marquardt K, Conrad G, Tschann F, Hunziker PR. Human factors affect the quality of cardiopulmonary resuscitation in simulated cardiac arrests. Resuscitation 2004;60:51-56.
13. Perkins GD, Fullerton JN, Davis-Gomez N, Davies RP, Baldock C, Stevens H, et al. The effect of pre-course e-learning prior to advanced life support training: a randomised controlled trial. Resuscitation 2010;81:877-81.

Les kommentaren på side 347 >>

Øvelse gjør mester

› Simuleringstrening av hjertelungeredning styrker kvaliteten i praksis.



Av Nils-Frode Sørлие

Sykepleier og AHLR-instruktør,
Medisinsk mottak, Lovisenberg
Diakonale Sykehus

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Kvalitetssikringsprosjektet ledet av Mikael Næss ved Oslo Universitetssykehus er interessant lesning for meg som jobber med opplæring og simulering for leger og sykepleiere på Lovisenberg Diakonale Sykehus. Næss beskriver veldig godt betydningen av tidlig og korrekt innsats for å øke overlevelsen i forbindelse med hjertestans, samtidig som studier viser at kvaliteten på hjertelungeredningen er varierende. Resultatene som blir presentert i artikkelen viser at kvaliteten på simuleringsovelsene er i tråd med nasjonale retningslinjer for 2005. Kvaliteten på simuleringen er målt gjennom data fra dukke, kamera og skjema fra informantene, og resultatene er skjematisk og oversiktlig satt opp.

På vårt sykehus har vi ikke et avansert simuleringssenter, men vi gjør tverrfaglige scenarier rundt basal og avansert hjertelungeredning. Det kunne

vært interessant å vite noe om de involverte legene og sykepleierens kompetanse og arbeidsbakgrunn, da dette kunne tydeliggjort hvor lang erfaring fra reelle stanssituasjoner de hadde før simuleringene. Dette kunne også vært nyttig informasjon med tanke på sammensetningen av en tverrfaglig gruppe for simulering. Min erfaring er at sammensetningen av et team spiller en stor rolle. Derfor tilstreber vi å ha team, både i trening og reelle situasjoner, fordelt på en slik måte at uerfarne alltid står sammen med erfarent personell.

Det er vanskelig å få øvelses-situasjonene så reelle at de kan gjenspeile faktiske forhold. Slik jeg leser artikkelen så klarer man å iscenesette uforventede forløp og dermed appellere til deltakernes kunnskaper og erfaringer. Teori knyttet til simuleringstrening kommer ikke tydelig frem i artikkelen, men

teorien antas å være at øvelse gjør mester.

Jeg kan bruke funnene fra artikkelen til Næss, sammen med andre studier og erfaringer, som dokumentasjon for at tverrfaglig simulering styrker ferdighetene for leger og sykepleiere. Funnene underbygger at vi gjennom simulering styrker kvaliteten på hvordan vi utfører hjertelungeredning i praksis. Slike former for fagutvikling burde i mine øyne fortsette å være et satsingsområde, også i tider med nedskjæringer i helsetvesenet.

Les artikkelen på side 340





Foto: Scampix

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Til tross for tilsynelatende vellykket primærbehandling av underlivskreft får en del tilbakefall av sykdom. Behovet for støtte synes å være større etter tilbakefall, og psykososial støttegruppe er en strategi for å bedre pasientens livskvalitet og mestring av sykdommen.

Hensikt: Hensikten med dette prosjektet var å avdekke om psykososial støttegruppe bedrer livskvaliteten til kvinner med tilbakefall av underlivskreft.

Metode: Prosjektet var en rando-

misert klinisk studie med intervensjons- og kontrollgruppe. Kontrollgruppen (n=10) fikk standard behandling, intervensjonsgruppen (n=17) fikk i tillegg tilbud om å delta i støttegruppe. Innholdet i psykososial støttegruppe (8 x 3 timer) var samtale om følgene av sykdommen, enkle trim-/puste-/avspenningsøvelser, mestrings-tiltak, og støtte fra «like kvinner». Livskvalitet ble målt med EORCT QLQ – C30 og Ferrans & Powers Livskvalitetsindeks før oppstart og etter seks måneder. Innholdet i støttegruppene ble evaluert av pasientene, og pasientutsagn ned-

skrevet av gruppeleder underveis i støttegruppene.

Resultat: Det var ingen forskjell i livskvalitet mellom intervensjons- og kontrollgruppen på noe måletidspunkt, men en tendens til bedring i kognitiv- emosjonell- og rollefunksjon for intervensjonsgruppen. Innholdet i støttegruppene ble av alle evaluert som nyttig eller svært nyttig.

Konklusjon: Psykososial støttegruppe synes å være nyttig for pasienter med tilbakefall av underlivskreft.

ENGLISH SUMMARY

Background: Despite successful primary treatment, some patients with gynaecological cancer get recurrent disease. The need for support seems to increase after recurrence, and a psychosocial support group is a strategy to improve the patients' quality of life, and to help them master the situation.

Objectives: To explore if a support group has any influence on the quality of life in women with recurrent gynaecological cancer.

Method: The project was a randomised clinical study with an inter-

vention and a control group. The control group (n=10) got standard treatment while the intervention group (n=17) in addition participated in a support group. The groups (8 x 3 hours) comprised talks about the impact of the disease, exercise/breathing/relaxation training, mastering efforts, and support from "equal women". Quality of life was measured by EORTC QLQ C-30 and Ferrans & Powers' Quality of Life Index. The support groups were evaluated by the patients, and statements from the patients were recorded by the leader of the support groups.

Results: There were no differences between the intervention and control group regarding quality of life, but a trend was found for improvement in role, emotional and cognitive function for the intervention group. The support groups were evaluated as useful/very useful by all participants.

Conclusion: Psychosocial support groups seem to be useful for patients with recurrence of gynaecological cancer.

Keywords: Cancer, gynaecology, quality of life

» Har pasienter med tilbakefall av underlivskreft nytte av psykososial støttegruppe?

Forfattere: Hilde Hjulstad og
Toril Rannestad

NØKKELORD

- Livskvalitet
- Kreft
- Gynekologi

INNLEDNING

Tilbakefall av underlivskreft

Ifølge Kreftregisteret (1) får hvert år omtrent 12.000 norske kvinner en kreftsykdom, hvorav cirka 1500 tilfeller utgjør underlivskreft. Underlivskreft deles hovedsakelig inn med utgangspunkt i livmorhals, livmor og eggstokker. Pasienter med livmorhals- og livmorkreft har relativt god prognose. Dårligst prognose sees ved eggstokkreft, herunder ovarial-, tube- og peritonealcancer. Eggstokkreft rammet 450 norske kvinner i 2007. Sykdommen har diffuse symptomer og blir oftest ikke oppdaget før i avansert stadium (stadium 3-4). Til tross for tilsynelatende vellykket primærbehandling får 70–80 prosent tilbakefall av sykdommen. Fem års total overlevelse medregnet alle stadier av sykdommen er 45 prosent (2). Eggstokkreft har en tendens til å gi mange utfordrende symptomer i avansert stadium (3,4,5,6), som igjen kan påvirke livskvaliteten negativt (6,7). Erfaring viser at kvinner med tilbakefall av under-

livskreft ofte tar kontakt med sykehuset. De har mange plager på grunn av sykdommen og gjentatte kjemoterapibehandlinger, og har stort behov for å snakke om sine opplevelser. Fitch m.fl.(3) fant at kvinner med tilbakefall av sykdom hadde større behov for å prate med andre om sin tilstand enn nydiagnostiserte, 77 prosent versus 55 prosent.

Livskvalitet og kreft

Tilbakefall av underlivskreft kan betegnes som en kronisk sykdom der man ikke har tilgang til helbredende behandling. Det viktigste blir da å styrke og opprettholde livskvaliteten. Helsetjenesten har tradisjonelt brukt overlevelse, kurasjon eller symptombedring som mål for pasientbehandling, men livskvalitet er nå blitt et anerkjent mål på behandling og omsorg. Livskvalitet er et av hovedmålene ved lindrende behandling (8) der pasientens subjektive, helhetlige opplevelse av sin situasjon står i fokus (9). Livskvalitet forstås som en følelse av velvære eller tilfredshet med ulike dimensjoner av livet; fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell (10). Kreft og kreftbehandling innebærer utfordringer innenfor alle disse områdene. Fysiske symptomer opptrer ofte, som for eksempel fatigue (11,12,13,14) og neuropati (15). Kreft vil også være en

trussel mot livet, med psykiske og eksistensielle utfordringer (5). Kreft kan dessuten gi økonomiske konsekvenser på grunn av kreftrelaterte utgifter og redusert arbeidskapasitet. På tross av gode velferdsordninger i Norge lever norske kvinner som har hatt underlivskreft under forholdsvis dårlige sosioøkonomiske forhold (16). Alle områdene i livet kan påvirkes av kreft, og områdene påvirker hverandre gjensidig (17). Rehabilitering bør derfor berøre alle disse dimensjonene.

Psykososial støttegruppe

Når pasienten har en kronisk sykdom kan man styrke og opprettholde livskvalitet gjennom rehabilitering (18). Rehabilitering er tidsavgrensede, plan-

Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen viser at pasienter med tilbakefall av underlivskreft opplevde psykososiale støttegrupper som nyttige.

Mer om forfatterne:

Hilde Hjulstad er kreftsykepleier og gestaltveileder ved avdeling for gynekologisk onkologi, St. Olavs Hospital, Trondheim. Toril Rannestad er sykepleier, dr.polit. og førsteamanuensis ved Senter for helsefremmende forskning, HiST/NTNU, og avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag. Kontakt: hilde.hjulstad@stolav.no.

lagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjon og mestring på flere områder av livet (19). En av sykehusets hovedoppgaver er å drive pasientopplæring og de kliniske avdelingene har ansvar for opplæringstiltakene (20). Støttegrupper for kreftrammede har vært drevet i forskjellige konsepter med gjennomgående positive resultater (21,22,23,24). Å dele erfaringer og bearbeide opplevelser med både fagpersonell og «like kvinner» er nyttig for mange, og pasientgruppens særegenhet gir en opplevelse av å være i samme situasjon (25). En metaanalyse over 20 RTC (randomized controlled trials) av støttegrupper for kreftpasienter gjennom de siste 20 år, viser signifikante forbedringer i pasientens sykdomsforståelse, bedring av pasientens emosjonelle til-

(27). Prosjektet ble godkjent av Regional Komité for Medisinsk Forskningsetikk, Midt-Norge (Nr. 4.2006.3717), og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Nr. 16178). Pasientene fikk informasjon om prosjektet skriftlig og muntlig, og deltakerne skrev under på informert samtykke. Kontrollgruppen fikk tilbud om å delta i psykososial støttegruppe etter prosjektets avslutning.

METODE

Design

Vi planla en randomisert klinisk studie med intervensjons- og kontrollgruppe med to måletidspunkter.

Utvalg

Målgruppen for prosjektet var kvinner med tilbakefall av ovarial-, tube- eller peritonealcancer. Alle ble behandlet ved St. Olavs Hospital, bodde i Sør-Trøndelag, og var mellom

tre timer. Tre støttegrupper ble gjennomført i løpet av våren 2007, 2008 og 2009, med fem til sju deltakere i hver. I gruppe 1 (2007) ble 15 spurt om å delta, tre svarte nei, tolv ønsket å delta. De ble randomisert av Enhet for Anvendt Klinisk Forskning til seks kontroller og seks i inklusjon. En i inklusjonsgruppen trakk seg, men sa seg villig til å være i kontrollgruppen. Fem deltok i støttegruppen. I gruppe 2 (2008) ble 18 spurt om å delta, ni avslo tilbudet og to av dem som ønsket å delta ble raskt syke og døde. Vi endte med sju deltakere, og randomisering var vanskelig med et så lite antall. Ytterligere to trakk seg av arbeidsmessige hensyn, men sa seg villig til å være kontroller. Fem deltok i støttegruppen. I gruppe 3 (2009) ble 13 spurt om å delta. Ni ønsket tilbudet, fire takket nei. Ytterligere to trakk seg, hvorav en av dem sa seg villig til å være kontroll. Sju pasienter deltok i støttegruppen.

” Det ligger en gjensidighet i sykdoms-opplevelsen, den skaper et samhold.

stand, livskvalitet og forholdet til partner (26). I Sør-Trøndelag inviteres nydiagnostiserte med underlivskreft og deres pårørende til informasjonsmøter. Vi kjenner derimot ikke til at det tidligere er drevet støttegrupper spesielt for pasienter med tilbakefall av underlivskreft i Norge. Hensikten med denne studien var å vurdere om psykososial støttegruppe har effekt på livskvaliteten for kvinner med tilbakefall av underlivskreft, og om støttegruppene var nyttig for deltakerne.

Etikk

Prosjektet følger anerkjente forskningsetiske retningslinjer

40–70 år med forventet levetid over seks måneder. Yngre pasienter ble ekskludert med den begrunnelsen at de utgjør et lavt antall statistisk, og at de har andre utfordringer som små barn og kan være under utdanning. Totalt ble 46 pasienter forespurt om å delta, hvorav 19 avslo på grunn av lang reise, arbeidsmessige hensyn eller nedsatt allmenntilstand. Vi endte opp med 27 deltakere, 17 i intervensjonsgruppen og ti i kontrollgruppen. Kontrollgruppen fikk standard medisinsk behandling og oppfølging. Intervensjonsgruppen deltok i tillegg i en psykososial støttegruppe med åtte møter à

Datasamling

Det ble brukt ulike metoder for å kaste lys over pasientenes opplevelse av sin situasjon. Fire spørreskjemaer presentert under gir kvantitative data. De tre første skjemaene ble sendt i posten med frankert returkonvolutt og ble besvart av begge gruppene to ganger; før oppstart av støttegruppene og etter seks måneder. Deltakerne i støttegruppene evaluerte i tillegg innholdet i støttegruppene etter endt intervensjon. Pasientutsagn nedtegnet i løpet av støttegruppene utdyper opplevelsesperspektivet.

Bakgrunnsdata

Det ble spurt om deltakernes alder, utdanning, arbeids-situasjon, inntekt, antall barn,

boforhold, livssyn og fysisk aktivitet eller trening.

Ferrans & Powers Livskvalitetsindeks (versjon II) er et generelt og globalt livskvalitetsmål (28). Instrumentet måler tilfredshet med ulike områder av livet samt hvor viktige disse er for personen; helse/funksjon, sosioøkonomi, psykologisk/åndelig og familie. Lav tilfredshet med områder av stor verdi gir lav livskvalitet, mens høy tilfredshet med områder av stor verdi gir høy livskvalitet. Skårene oppgis mellom 0 og 30, hvor 30 indikerer høyest livskvalitet. Reliabilitet og validitet for norske forhold er akseptabel (23). Spørreskjemaet og skåringsprosedyren finnes på www.uic.edu/orgs/qli.

European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) er spesielt utviklet for kreftpasienter som deltar i kliniske studier og måler de mest vanlige fysiske og psykiske helseplager i pasientgruppen (29). Skårene oppgis mellom 0 og 100. For spørsmål om global helsestatus, livskvalitet og psykososiale funksjoner indikerer høy skår høy livskvalitet og helsestatus. For fysiske helseplager indikerer høy skår mer plagsomme symptomer og lavere livskvalitet. (Her oppgis bare skårene på fatigue).

Evaluering av støttegruppe

Innholdet i støttegruppene ble evaluert skriftlig av pasientene etter intervensjon i forhold til viktighet og nytteverdi. Pasientutsagn ble nedskrevet av gruppeleder underveis i støttegruppene. Innholdet i gruppene baserte seg på prinsippene for psykososial gruppeterapi for kreftpasienter (22), å leve med eksistensielle utfordringer (21), håp og livskvalitet (23) og hel-

sefremmende tiltak (24). Under samlingene var det samtale om følgene sykdommen har for den enkelte, enkle trim-, puste- og avspenningsøvelser, musikk eller lyrikk som enten gruppeleder eller deltakere bidro med, mestringstiltak og støtte fra kvinner i samme situasjon. Midtveis i hvert møte ble det avsatt en halv time til felles lunsj. Det ble invitert til åtte møter à tre timer på dagtid. For de to første gruppene var det møter hver fjortende dag. Den siste gruppa møttes ukentlig. Det var to kreftsykepleiere som gruppeledere på hvert møte. Deltakerne fikk hver sin notatbok med oppfordring om å skrive ned tanker og følelser som satt igjen fra møtene.

Første møte var innledende med bakgrunn for prosjektet, deltakerne og deres forventninger ble presentert for hverandre. Vi ble enig om «kjøreregler» for gruppen. Andre møte hadde enkel fysisk trening til musikk med fysioterapeut i én time. Deretter var tema kroppen med sykdomslære og endring av selvbylde. Tredje møte hadde trimdel og fokus på psykiske reaksjoner. «Puslespillet»; familien som endrer form når et av medlemmene får en kreftsykdom, kriseteori og mestringstiltak. Fjerde møte hadde trimdel og fokus på ernæring, samt de vanligste typer komplementær og alternativ behandling. Femte møte hadde trimdel og tema åndelige/eksistensielle forhold; den enkeltes verdier, livssyn og kultur, hva som gir styrke og energi, og hva som tapper en for krefter. Sjette møte var i sin helhet viet sosioøkonomiske forhold med sosionom til stede. Sjuende møte gikk vi på tur. De tre gruppene var på forskjellige steder etter gruppedeltakernes

ønsker og fysiske form. Åttende møte var en oppsummering, evaluering og oppfordring til å danne selvhjelpsgruppe.

Analyse av data.

SPSS versjon 15 er brukt til behandling av data. Statistiker som foretok analysene kjente ikke pasientene og deltok ikke i intervensjonen. Resultatene er kommentert og presentert i tabeller. Generelt er det stor spredning i dataene med mange ekstremverdier og små utvalg. Visuell inspeksjon av plottene indikerer at det ikke er noen signifikante (på nivå 0,05) forskjeller eller forandringer. Dette bekreftes av formelle statistiske tester (2-utvalgs t-test for grupper imellom og parett-test for forandring innen samme gruppe). Det var gjennomgående få «missings» i materialet, og disse er behandlet i tråd med skåringsmanualer for hvert spørreskjema (28,29). Innholdet i støttegruppene er evaluert i forhold til viktighet og nytteverdi. Total nytteverdi av gruppene ble delt inn i tre kategorier; lite nyttig, nyttig og svært nyttig. De enkelte tiltakene som ble tatt opp i gruppene ble rangert etter viktighet; mindre viktig, viktig og svært viktig. Pasientutsagnene ble kategorisert i tre områder av gruppeleder og førsteforfatter av artikkelen: Møte med helsevesenet, åndelig og eksistensielle forhold, og støttegruppen.

Resultater

Median alder for kontrollgruppen (n=10) er 56,5 år mot 59,0 år i intervensjonsgruppen (n=17). Gruppene er ganske like angående utdanning, økonomi og livssyn. Totalt sett har pasientene forholdsvis god utdanning og relativt god økonomi.

TABELL 1: Bakgrunnsvariabler for kvinner med tilbakefall av underlivskreft før og etter intervensjon og kontrollgruppe.

Bakgrunns - variabler	Intervensjon n=17 før	Kontroll n=10 før	Intervensjon n=17 etter 6 mnd	Kontroll n=10 etter 6 mnd
Boforhold				
Bor alene	5	1	6	1
Bor med noen	12	9	11	9
Barn				
Ja	15	10	15	10
Nei	2		2	
Skolegang:				
7 år	1		1	
8-10 år	3	2	3	2
11-12 år	3	3	3	3
13 år eller mer	10	5	10	5
Inntekt:				
< 250.000	1	1	1	1
250-500.000	6	2	6	3
>500.000	10	7	10	6
Arbeidssituasjon:				
I jobb	4	7	4	5
Sykemeldt	5		3	2
Uføretrygdet	2	2	4	2
Arbeidsledig	1			
Alderspensjonist	2	1	3	1
Annet	3		3	
Stillingsandel %:				
100 % jobb	3	3	1	4
50 %		3	3	2
< 50 %	3	1	3	1
Livssyn:				
Kristent	14	8	12	8
Humanetisk	2	1	3	2
Ateistisk		1		
Annet	1		2	
Fysisk aktivitet:				
Aldri		1		
1 gang pr. uke	3	2	4	2
2-3 g.pr.uke	4	1	7	3
3-5 g.pr.uke	6	3	3	4
Oftere	4	3	3	1
Treningsnivå:				
Aldri	4	5	7	6
1 gang pr. uke	3	1	4	1
2-3 g.pr.uke	4	1	3	2
3-5 g.pr.uke	5	3	2	1
Oftere	1		1	

I intervensjonsgruppen er 24 prosent i jobb ved begge måletidspunktene, mens i kontrollgruppen er 70 prosent i jobb ved svar 1, mot 50 prosent ved svar 2. De fleste jobber deltid. Alle i kontrollgruppen har barn, to i intervensjonsgruppen har ikke barn. En pasient i kontrollgruppen bor alene, mot seks i intervensjonsgruppen. De fleste pasientene er fysisk aktive og treningsnivået er nokså likt mellom gruppene, men tendensen viser at dette går ned for begge gruppene ved svar 2 (tabell 1).

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene i opplevd livskvalitet og det er stor spredning i skårene. Det er likevel grunn til å bemerke noen tendenser. Kontrollgruppen skårer noe høyere på EORCT QLQ-C30 enn intervensjonsgruppen på første måletidspunkt, men etter seks måneder er skårene lavere. Samme nedgang ser vi ikke i intervensjonsgruppen, men derimot en tendens til bedring i kognitiv-, emosjonell- og rollefunksjon. Skårene for intervensjonsgruppen er noe høyere enn kontrollgruppen på andre måletidspunkt. Gruppene skårer likt på fatigue og dette symptomet forverres litt for begge gruppene ved svar 2 (tabell 2).

Gruppene skårer likt på global livskvalitet og fire underdimensjoner, målt med Ferrans & Powers Livskvalitetsindeks. Også her er det svært stor spredning i skårene. Kontrollgruppen skårer likt på svar 1 og 2 og oppgis derfor bare én gang i tabellen (tabell 3).

Alle i intervensjonsgruppen evaluerte innholdet i psykososial støttegruppe. Fire deltakere mente tilbudet var

TABELL 2: EORTC QLQ C-30 skår for pasienter med tilbakefall av underlivskreft før og etter intervensjon sammenlignet med kontrollgruppe.

	Intervensjon n=17 før Mean (SD)	Intervensjon n=17 etter 6 mnd Mean (SD)	2 sidet p-verdi	Kontroll n=10 før Mean (SD)	Kontroll n=10 etter 6 mnd Mean (SD)	2 sidet p-verdi
Global helse/ livskvalitet	69,6 (22,6)	67,6 (23,2)	0,70 (ns)	76,7 (19,9)	58,3 (35,1)	0,14 (ns)
Kognitiv funksjon	78,4 (18,4)	81,4 (21,9)	0,33 (ns)	83,3 (17,6)	71,7 (25,5)	0,17 (ns)
Emosjonell funksjon	71,2 (18,4)	76,9 (18,0)	0,13 (ns)	78,3 (18,5)	71,7 (25,5)	0,28 (ns)
Rollefunksjon	71,6 (40,7)	74,5 (31,8)	0,72 (ns)	76,7 (30,6)	70,0 (34,0)	0,62 (ns)
Sosial funksjon	69,2 (29,0)	68,6 (30,5)	0,83 (ns)	76,6 (27,4)	61,7 (37,7)	0,80 (ns)
Helsefunksjon	19,9 (5,6)	19,2 (5,1)	0,50 (ns)	20,8 (4,02)	19,3 (4,7)	0,15 (ns)
Fatigue	26,1 (25,7)	32,0 (20,7)	0,29 (ns)	26,6 (25,2)	33,3 (25,1)	0,40 (ns)

nyttig, 13 mente det var svært nyttig. Trim med fysioterapeut, tema psykiske reaksjoner, samtale med like kvinner og å dele et felles måltid ble ansett som svært viktig av de fleste (tabell 4).

Under gruppemøtene kom det fram flere forhold som kvinnene ønsket å formidle videre og som gruppeleder skrev ned. Pasientutsagnene ble kategorisert i områdene møte med helsevesenet, åndelig/eksistensielle forhold og støttegruppen. Noen pasientutsagn presenteres her som eksempler.

Møte med helsevesenet

Møtet med helsevesenet kan by på en del utfordringer for denne pasientgruppen. Det ble poengtert at alvorlige beskjeder per telefon er helt uakseptabelt. Informasjon må gis slik at håpet bevares og pasientene får mot til å stå på videre. Medmenneskelighet i møtene; å bli sett, hørt og bekreftet er viktig.

«Etter at jeg fikk tilbakefall har jeg følt meg som en annenrangs pasient. Jeg ble ikke frisk, og dermed er jeg ikke så viktig lenger» ... «Residivpasienten har større behov for stabilitet i møtet med helsepersonell» ... «Ufølsomme beskjeder gjør at

TABELL 4: Evaluering av psykososial støttegruppe for pasienter med tilbakefall av underlivskreft

Viktighet av tiltak n = 17	Mindre viktig	Viktig	Svært viktig
Trim med fysioterapeut		4	13
Avspenningsøvelser		8	9
Tema kroppen	1	8	8
Tema psykiske reaksjoner		1	16
Tema ernæring		11	6
Tema alternativ behandling	4	8	5
Tema åndelig / eksistensielle	2	8	7
Sosioøkonomiske forhold	1	7	9
Samtale med like kvinner		3	14
Felles måltid		6	11
Musikk / lyrikk	3	11	3
Skrive ned opplevelse	5	10	2
Total nytteverdi	Lite nyttig	Nyttig	Svært nyttig
		4	13

TABELL 3: Ferrans & Powers Livskvalitetsindeks skår for pasienter med tilbakefall av underlivskreft før og etter intervensjon sammenlignet med kontrollgruppe.

Ferrans & Powers Livskvalitetsindeks	Intervensjon n=17 før Mean (SD)	Intervensjon n=17 etter 6 mnd Mean (SD)	Kontroll n=10 før Mean (SD)	2 sidet p-verdi
Global livskvalitet	20,9 (4,3)	20,3 (4,3)	21,2 (3,9)	0,82 (ns)
Helse/funksjon	19,9 (5,6)	19,3 (5,1)	20,8 (4,0)	0,61 (ns)
Psykologisk/åndelig	19,1 (5,4)	18,3 (5,7)	19,3 (3,8)	0,92 (ns)
Sosioøkonomi	21,8 (3,7)	21,7 (3,5)	21,7 (4,0)	0,93 (ns)
Familie	23,9 (3,2)	23,9 (3,6)	22,9 (4,7)	0,53 (ns)

jeg tenker negativt og blir helt satt ut» ... «Ved å samtale med noen jeg har tillit til får jeg mer mot. Det er viktig at håpet ikke blir tatt fra meg».

Eksistensielle forhold

Felles for alle pasientene med tilbakefall av underlivskreft er vissheten om at de har en kronisk og livstruende sykdom. Den enkeltes livssyn, verdier og livskvalitet er brikker i dette bildet. I gruppene var emnet ofte berørt.

«Jeg søker svar på noe jeg ikke kjenner. Det er vanskelig å sette ord på ting. Jeg har et ønske om mer ro i sjela» ... «Sorgen min kommer i bølger. Jeg tar den ut når det passer

til livet» ... «Jeg har gledet meg til disse møtene. Har tidligere ønsket meg en trimgruppe for likesinnede» ... «Tidligere har jeg følt meg alene, som på en øde øy» ... «Jeg kan være i dårlig form når jeg kommer, men er alltid i bedre form når jeg går» ... «Dette opplegget bør fortsette. Det ga meg et løft i riktig retning og en ballast videre med på veien».

DISKUSJON

For å avdekke om psykososial støttegruppe bedrer livskvaliteten til kvinner med tilbakefall av underlivskreft, gjennomførte vi en studie med intervensjons- og kontrollgruppe med to måletidspunkt. I løpet

av kvalitets skjema kan bare brukes for den pasientgruppen det er utviklet for, men har evnen til å avdekke små forskjeller i opplevd livskvalitet (9,30). I tråd med denne erfaringen viser vår studie at gruppene skårer likt på global livskvalitet på begge måletidspunkt, målt med Ferrans & Powers generelle livskvalitetsindeks. Sammenliknet med andre norske studier der dette spørreskjemaet er brukt, ser vi at kvinner med tilbakefall av underlivskreft har lavere livskvalitet enn personer med nyoppdaget kreft (31), langtids-overlevende av underlivskreft, og kvinner fra normalbefolkningen (32). Det er kjent at pasienter med underlivskreft som får kjemoterapi og strålebehandling i tillegg til operasjon, har dårligere livskvalitet etter endt behandling enn de som bare er operert (33). Vår pasientgruppe har fått gjentatte behandlingsrunder med kjemoterapi, og enkelte har fått strålebehandling i tillegg.

På kreftspesifikt livskvalitetsskjema (EORCT QLQ-C30) skårer kontrollgruppen noe høyere enn intervensjonsgruppen på første måletidspunkt, noe som tyder på lavere livskvalitet i intervensjonsgruppen. Etter seks måneder går skårene for kontrollgruppen noe ned. Samme nedgang ser vi ikke i intervensjonsgruppen, men derimot en tendens til bedring i kognitiv-, emosjonell- og rollefunksjon. Skårene for intervensjonsgruppen er faktisk litt høyere (dog ikke statistisk signifikant) enn kontrollgruppen på andre måletidspunkt. Det synes som om intervensjonsgruppen har hatt nytte av støttegruppen og dermed unngått en forverring av sin livskvalitet. Våre funn er dermed i tråd med flere

” Etter at jeg fikk tilbakefall har jeg følt meg som en annenrangs pasient.

meg, da blir det lettere etterpå» ... «Jeg lager album til barnebarna, vil at de skal huske meg» ... «Sykdommen har ført til at jeg får et klarere syn, skjerper alle sanser og ser alt det vakre rundt meg» ... «Jeg får hjelp av Jesus til å rydde i kroppen. Jeg legger livet mitt i Guds hender. Det gir trygghet for meg» ... «Hvordan skal jeg greie å dø?»

Støttegruppen

Det er krevende å forholde seg til kronisk sykdom og for noen dominerer den hele hverdagen. Pasientene får mye oppmerksomhet fra sine nærmeste den første tiden etter diagnosen, men etter hvert blir familie og venner «mettet». Støtten fra like kvinner kan da være et alternativ.

«Dette er et positivt forum. Det ligger en gjensidighet i sykdomsopplevelsen, den skaper et samhold og vi klamrer oss fast

av de tre årene prosjektet varte var det totalt 46 pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene. Vi endte med 27 deltakere, 17 i inklusjons- og ti i kontrollgruppen. Med så små grupper er det vanskelig å avdekke statistiske sammenhenger og konkludere med kausalitet. Men noen tendenser ble avdekket i materialet og de kvalitative dataene gir en innsikt vel verdt å merke seg.

Globale, generelle og sykdomsspesifikke livskvalitetsinstrumenter avdekker ulike forhold av betydning for pasientene og anbefales brukt i studier på effekt av behandling (9,30). En fordel med generelle livskvalitetsskjema er at resultatene kan sammenliknes med studier av andre pasientgrupper og normalbefolkningen. Derimot er de generelle og globale skjemaene lite sensitive slik at effekt av intervensjon vanskelig avdekkes. Et sykdomsspesifikt livs-

studier på effekten av støttegrupper til kreftpasienter (26). Tilbakefall av sykdom gir lavere livskvalitet enn en stabil kronisk sykdom (6,15, 34). Det kan se ut til at kvinner med tilbakefall av underlivskreft trenger mer oppfølging enn det som gis i dag, og at psykososial støttegruppe kan være et nyttig tiltak.

Innholdet i støttegrupper er preget av kognitive tiltak. Pasientene som deltok i denne studien hadde relativt høy utdanning og god økonomi. Erfaring viser at ressurssterke kvinner i størst grad nyttiggjør seg denne typen kurs, og at hjelpeapparatet kanskje ikke når de minst verbale kvinnene. Vi valgte derfor å innlemme trim, turer og felles måltid i samlingene som et supplement til samtaler. Det er en liten nedgang i fysisk aktivitet for begge gruppene i løpet av seks måneder og sykdomsutviklingen kan være en forklaring på dette. Fatigue er et kjent problem for pasienter med avansert kreftsykdom (6); et symptom som forverres noe for pasientene i vår studie.

Pasientutsagnene gir et innblikk i kvinnes livssituasjon og hvilken rolle støttegruppen spilte for dem. Samholdet og gjensidigheten i sykdomsopplevelsen er et viktig moment i likemannsarbeid. Det finnes imidlertid lite forskningsbasert dokumentasjon på effekten av likemannsarbeid i Norge. Dette til tross for at både frivillige organisasjoner og det offentlige helsevesen har drevet slike grupper gjennom mange år. Kvinnene i våre grupper verdsatte trim, samtale med like kvinner, samtale om psykiske reaksjoner og felles måltid høyest. Det fremgår at de sitter styrket igjen etter deltakelse i støttegruppen. Livstruende kreftsykdom trig-

ger menneskets eksistensielle balanse (5) og pasientene vet at de kommer til å dø av sin sykdom. Det kan være vanskelig å snakke med sine nærmeste om døden, men i støttegruppene kan de dele sine tanker og følelser, sørge over sin egen situasjon, og bearbeide sorg og tapsopplevelser. Erfaring viser at kvinner med tilbakefall av underlivskreft befinner seg i en sårbar situasjon og ofte tar kontakt med sykehuset. Møtet med helsevesenet kan imidlertid bli på utfordringer for disse pasientene. Siden de ikke ble friske av den medisinske behandlingen føler noen seg lite verdsatt i møtet med helsepersonell. Psykososial støttegruppe kan bidra til bearbeiding av slike negative opplevelser. Samtidig mener vi at helsevesenet har et forbedringspotensial i kommunikasjon med den enkelte kvinne med tilbakefall av underlivskreft.

Psykososiale støttegrupper basert på kognitiv intervensjon appellerer til verbale og ressurssterke kvinner. Vi mener derfor at også andre tiltak kan motivere til at flere kvinner vil delta og dra nytte av støttegrupper. Siden lang reise til kurssted kan være et hinder for å delta i

i forhold til å samle kreftpasienter med avansert sykdom. Pasientene utsettes for hverandres sykdomshistorie og gruppedlemmers dødsfall gir en ekstra belastning for dem som lever videre. Det er likevel grunn til å tro at støtten fra like kvinner gir mer enn det belaster. Innholdet i støttegruppene ble evaluert som nyttig eller svært nyttig av alle deltakerne i vår studie, og alle gruppene hadde intensjoner om å møtes videre som selvhjelpsgrupper.

Ved all datasamling skal man være oppmerksom på eventuelle systematiske metodefeil eller bias. For å unngå seleksjonsbias har vi bare undersøkt deltakere fra én pasientkategori. Disse har lik diagnose og prognose, har gjennomført medisinsk standardbehandling ved ett og samme sykehus, og alle er mellom 40–70 år med bosted i Midt-Norge. Randomiseringen ble dessverre ikke optimal siden noen av deltakerne døde eller trakk seg fra studien. RCT er i utgangspunktet et riktig forskningsdesign for å studere effekt av en intervensjon, men vanskelig gjennomførbart med svært syke pasienter og liten populasjon. Generalisering av resultatene fra denne studien

” ” Jeg har gledet meg til disse møtene.

støttegruppe, kan individuelle samtaler på distriktsmedisinske sentra være et alternativ. Videre forskning på effekt av psykososial støttegruppe for kvinner med tilbakefall av underlivskreft, kan med fordel studere spesifikke delområder av livskvalitet, som kognitiv, emosjonell og rolle funksjon, og fatigue.

Et etisk dilemma reiser seg

må derfor gjøres med forsiktighet. Når kun selvrapporing er brukt kan vurderingsbias gi en mulig skjevhet i materialet. Pasientene kan gi uttrykk for det de tror forskeren (her gruppeleder) ønsker de skal si for å vise takknemlighet, eller de kan huske det de svarte på første måletidspunkt og svare det samme på neste tidspunkt selv om livskvaliteten «egentlig» har

endret seg. På tross av slike og flere mulige feilkilder er selvrapportering vurdert som den beste metoden for å måle individers livskvalitet; «Ask the patient!» (30). Resultatene viser ingen statistisk signifikante forskjeller i skårene mellom inklusjons- og kontrollgruppen. Et slikt «negativt funn» kan enten skyldes små utvalg og manglende styrke til å avdekke forskjeller, eller at intervensjonen ikke har noen effekt.

Studien har noen metodiske begrensninger og kan betraktes som et pilotprosjekt som bør etterprøves på et større utvalg.

KONKLUSJON

Det ble ikke avdekket signifikante forskjeller i livskvalitet mellom inklusjons- og kontrollgruppen på noe måletidspunkt, men tendenser i materialet antyder at kvinner som deltok i støttegrupper opprettholdt sin

livskvalitet i noe større grad enn kontrollgruppen. Alle som deltok i støttegrupper mente tiltaket var nyttig eller svært nyttig.

Stiftelsen Helse og Rehabilitering finansierte prosjektet gjennom Kreftforeningen som søkerorganisasjon. Detaljert beskrivelse av studien og bidraget fra ulike støttespillere er presentert i rapporten «Livskvalitet etter tilbakefall av underlivskreft» (35).

REFERANSER

1. Cancer in Norway 2009. www.kreftregisteret.no.
2. Sorbe B, Frankendal B. [red.] Gynekologisk onkologi. Lund: Studentlitteratur, 2000.
3. Fitch MI, Gray R, Franssen E. Womens Perspectives Regarding the Impact of Ovarian Cancer. *Cancer Nursing*. 2000;23:359-66.
4. Onsrud M, Hagen B, Heimstad R. Palliativ behandling ved gynekologisk kreft. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*. 2001;121:1896-901.
5. Ekwall E, Ternstedt BM, Sorbe B. Recurrence of Ovarian Cancer – Living in Limbo. *Cancer Nursing* 2007;30:270-7.
6. Liavaag AH, Dørum A, Fosså S, Trope C, Dahl AA. Controlled Study of Fatigue, Quality of Life, and Somatic and Mental Morbidity in Epithelial Ovarian Cancer Survivors: How Lucky Are the Lucky Ones? *Journal of Clinical Oncology* 2007;25:2049-56.
7. Ferrel B, Cullinane CA, Ervin K, Melancon C, Uman GC, Juarez G. Perspectives on the impact of ovarian cancer: womens views of quality of life. *Oncology Nursing forum* 2005;32:1143-9.
8. NOU 1999:2. Livshjelp. www.regjeringen.no.
9. Wahl AK, Hanestad BR. Måling av livskvalitet i klinisk praksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.
10. Anderson B, Lutgendorf S. Quality of life and outcome measure in gynecologic malignancies. *Obstetrics and Gynecology*. 2000;12:21-6.
11. Fosså SD, Dahl AA, Smeland S, Thorsen L, Loge JH. Rehabilitering etter kreft. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2008;128:2615-6.
12. Thune I, Smeland S. Er fysisk aktivitet av betydning i behandling og rehabilitering av kreftpasienter? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*. 2000;120:3302-4.
13. Thorsen L. Fysisk aktivitet etter behandling for gynekologisk kreft. www.gynkreftforeningen.no. 2007.
14. Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H, Asp MB, Vidvei U, Wiken A, Hjermsstad MJ, Kaasa S. The effect of a physical exercise program in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006;31:424-30.
15. Mirabeu-Beale KL, Kornblith AB, Penson RT, Lee H, Goodman A, Campos SM, Duska L, Pereira L, Bryan J, Matulonis UA. Comparison of the quality of life of early and advanced stage ovarian cancer survivors. *Gynecologic Oncology*. 2009;114:353-9.
16. Platou T, Skjeldestad FE, Rannestad T. Socioeconomic conditions among long-term gynaecological cancer survivors – a population-based case-control study. *Psycho-Oncology* 2009;19:306-12.
17. Seligman MEP. Positive Health. *Applied Psychology*. 2008;57:3-18.
18. Heggdal K. Kroppskunnskap. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2008.
19. St.prp. nr. 1 (2007-8) kap. 9 «Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011». www.helsedirektoratet.no.
20. Helse Midt-Norge: *Handlingsprogram for pasient og pårørendeopplæring 2004–2007*.
21. Davidsen-Nielsen M. Blant løver. Å leve med en livstruende sykdom. Oslo: Tano Aschehoug, 1997.
22. Spiegel D, Classen C. *Group Therapy for Cancer Patients*. New York: Basic Books, 2000.
23. Rustøen T. *Håp og livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2001.
24. Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, Minor M. *Å leve et friskere liv*. Oslo: Funksjonshemmedes studieforbund, 2002.
25. Isaksen AS. *Medpasienters rolle i kreftomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
26. Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez P, Juando C. Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51:369-81.
27. Helseforskningsloven Ot.prp. nr. 71. 2007. www.regjeringen.no
28. Ferrans CE, Powers MJ. www.uic.edu/orgs/qli.2011.
29. EORTC groups.eortc.be/qol.2011.
30. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. Wiley, West Sussex, England. 2007.
31. Rustøen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;29:490-8.
32. Rannestad T, Skjeldestad FE, Platou T, Hagen B. Quality of life among long-term gynaecological cancer survivors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2008;22:472-7.
33. Rannestad T. Factors related to quality of life in long-term survivors of gynecological cancer. *Expert Rev. Obstet. Gynecol*. 2010;5:105-13.
34. Levine EG, Silver B. Evaluation of a Psychosocial Program for Women with Gynecological cancers. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2007;25:75-98.
35. Hjulstad H. *Livskvalitet etter tilbakefall av underlivskreft*. Helse/Rehabilitering. 2006/3/0122 Kreftforeningen.

Gir et godt grunnlag

> Artikkelen er et godt utgangspunkt for diskusjoner om hvordan man skal følge opp pasienter med tilbakefall av kreft.

Foto: Per Marius Dirlikson



Av Monica Engan
fagutviklingssykepleier
gynkreft sengepost A3,
Oslo universitetssykehus HF

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Studien søker å avdekke om støttegrupper kan ha en positiv effekt på livskvaliteten og oppleves som nyttige for pasienter med tilbakefall av underlivskreft. Selv om studien ikke viste signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen så antyder forfatteren at hun ser en tendens ved det andre målepunktet til at intervensjonsgruppen fikk noe bedre livskvalitet. Hun konkluderer også med at mange av de som deltar i støttegruppene har høy utdannelse og god inntekt, samt at alle som var med i en støttegruppe opplevde dette positivt.

Forfatteren påpeker at studien har et lite antall deltakere og det kan derfor være vanskelig å trekke en konklusjon om effekten av støttegrupper. Noen av årsakene til dette kan være lang reisevei og pasientens allmenntilstand. Vi ser også at reisevei og allmenntilstand kan påvirke deltakelse i støttegrupper, samtidig opplever

vi i praksis at beveggrunnene til at pasienter ikke deltar kan være av mer personlig karakter, eksempelvis pasienter som ikke ønsker gruppetilhørighet som «kreftpasient». Andre pasienter kan ha nok med sin egen situasjon.

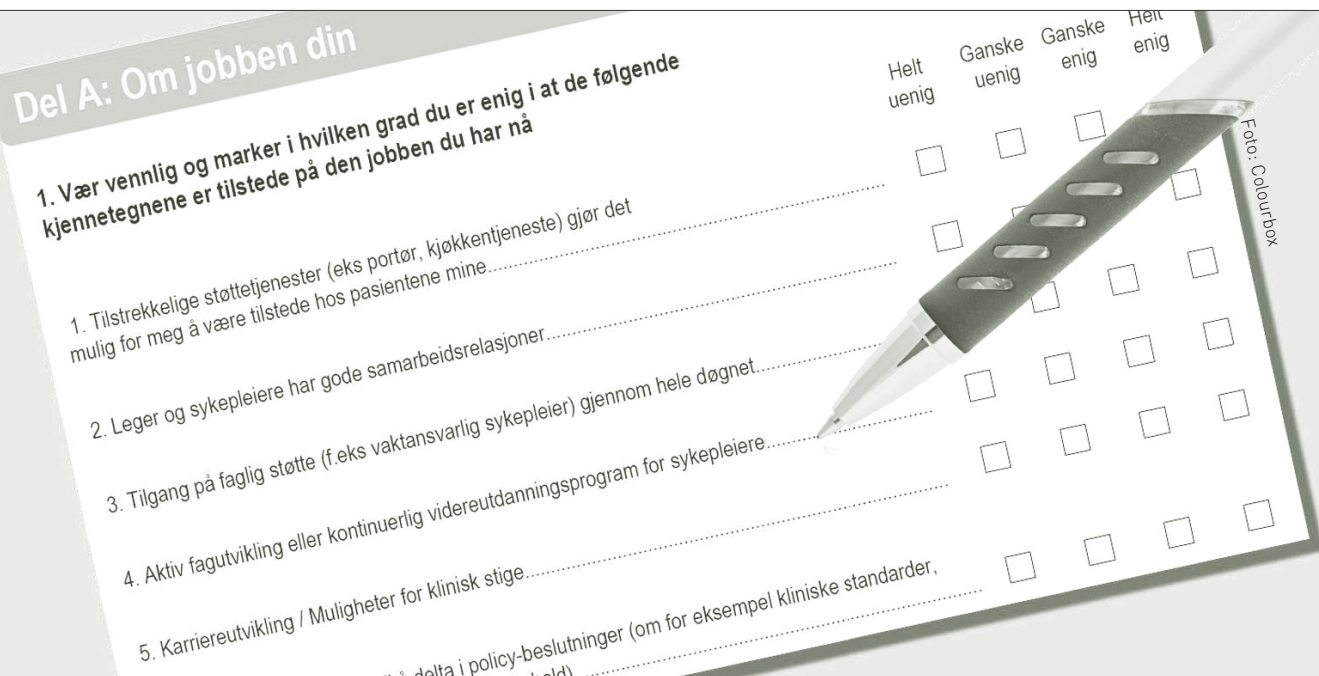
I studien påviser pasientuttalelser at måten informasjonen om residivet blir gitt har stor påvirkning på hvordan pasientene opplever sykdommen.

Dette opplever vi som viktig også i praksis. Vi erfarer forskjellige individuelle behov for oppfølging, ofte avhengig av den personlige opplevelsen av sykdommen. I tillegg til kontakten med legen som informerer og sykepleieren som følger pasienten, så kan støttefunksjonene vi har på sykehuset som sosionom, prest, psykiater, psykiatrisk sykepleier, palliativt team og smerteteam være en hjelp på veien. I lokalsamfunnet kan det være hjemmesykepleien, palliative enheter og kreftsykepleier

som følger pasienten. Her kan vi i enda større grad tilrettelegge, mens pasienten er innlagt i sykehus, ved å kontakte støttefunksjonene i lokalmiljøet tidligere. Det er i mange tilfeller lokale ressurser som følger pasientene i den korte eller lange palliative fasen de er i ved å ha fått et residiv.

I dag har vi ikke egne støttegrupper direkte tilknyttet vår avdeling, men vi informerer våre pasienter om Montebello senteret på Lillehammer og Vardesentret på Radiumhospitalet. Disse sentrene har en del av de samme funksjonene som støttegruppene beskrevet i studien, og har en landsdekkende funksjon.

Studien er relevant for alle som arbeider med pasienter med residiv av en gynekologisk cancer som ikke lenger kan regne med at behandlingen er kurativ. Den gir et godt grunnlag for diskusjon rundt vår oppfølging av pasienter som ikke lenger får kurativ behandling.



SAMMENDRAG

Bakgrunn: For å gjennomføre internasjonale, sammenliknende studier av sykepleiere som yrkesgruppe, er det nødvendig med nøyaktig og systematisk oversettelse og vurdering av måleinstrumenter som blir brukt.

Hensikt: Hensikten var å gjøre en systematisk evaluering av anvendeligheten til The Nursing Work Index-Revised (NWI-R) i Norge.

Metode: En forskergruppe oversatte instrumentet ved en forlengsbaklengs oversettelsesprosedyre. Innholdsvaliditet ble vurdert av en

ekspertgruppe ved bruk av teknikken Content Validity Indexing (CVI). En pilotundersøkelse ga deretter datagrunnlag for vurdering av instrumentets reliabilitet og konstrukt validitet.

Resultater: En ekspertgruppe med åtte sykepleiere ga NWI-R en CVI totalskår på 0,93, hvilket indikerer utmerket relevans på tvers av kulturene i USA og Norge. Antall svar i pilotundersøkelsen var 88 (77 prosent). Cronbachs alfa for subskalaene varierte mellom 0,88 og 0,94 og var lavest for skalaen som beskrev sykepleiele-

delse. Test-retest korrelasjonen varierte mellom 0,63 og 0,81, og forholdet mellom sykepleiere og leger hadde laveste skår. Antatte forskjeller mellom grupper ble bekreftet.

Konklusjon: Alt i alt tyder evalueringen på at NWI-R er relevant for norske sykepleiere. Reliabilitetsskårene reiser noen spørsmål om reliabiliteten til skalaer som beskriver administrasjon. Videre testing av instrumentet i en norsk kontekst vil bidra til ytterligere avklaring av dets reliabilitet og validitet.

ENGLISH SUMMARY

Background: Rigorous and systematic translation and contextual evaluation of previously tested instruments is necessary for conducting internationally comparable nursing workforce studies.

Objectives: The purpose of this study was to systematically evaluate the cross-cultural applicability of the Nursing Work Index-Revised (NWI-R) in Norway.

Methods: Using a systematic approach, a research team conducted a translation, evaluation – using Content Validity Indexing (CVI) techni-

ques – and a pilot test of the NWI-R. The instrument's reliability and construct validity was assessed in the pilot test data.

Results: The NWI-R received an overall CVI score of 0.93 from expert raters; indicating excellent cross-cultural relevance. The pilot test had 88 respondents representing a 77 % response rate. Cronbach's alpha ranged from 0.88 to 0.94 on the instrument's subscales, with the nursing administration subscale receiving the lowest score. Test-retest correlation ranged from 0.63 to 0.81, with nurses' relations

with physicians receiving the lowest score. Hypothesized between-group differences were confirmed.

Conclusions: The overall evaluation suggests that NWI-R is relevant to Norwegian nursing. The reliability scores, however, raise some questions about the reliability of administratively oriented questions. Further testing of the instrument in the Norwegian healthcare context will help determine the rigor of its reliability and validity.

Keywords: Workplace, Nursing, Questionnaires, Cross-Sectional Studies

» Måleinstrumentet «The Nursing Work Index-Revised» – oversettelse og utprøving av en norsk versjon

Forfattere: Ingeborg Strømseng Sjetne, Christine Tvedt og Allison Squires

NØKKELORD

- Arbeidsmiljø
- Sykepleie
- Spørreskjema
- Tverrsnittsstudie
- Kvalitet

BAKGRUNN

De siste tretti årene har det vært store svingninger i arbeidsmarkedet for sykepleiere, nasjonalt og internasjonalt. Innenfor sykehus- og sykepleieledelse er det sparsomt med kunnskap om hvordan man kan skape gode betingelser for sykepleiepraksis. De originale «Magnet hospital studies» foregikk i USA fra 1983 til 1989 og representerer en grunnleggende innsats for forskning på dette feltet. Betegnelsen «magnetsykehus» ble etablert for å beskrive sykehus hvor sykepleierne opplever faglig trivsel og har gode vilkår for utøvelse av sykepleie. Magnetsykehus evner å tiltrekke seg og beholde sykepleiere i større grad enn andre sykehus. Gjennom studiene av magnetsykehus ble instrumentet The Nursing Work Index (NWI) utviklet for å beskrive sykepleiernes

arbeidssteder og organisatoriske kjennetegn ved disse. Det vil si organisatoriske kjennetegn som de første undersøkelsene av magnetsykehusene indikerte at hadde betydning for at sykehusene ble oppfattet som et godt sted å arbeide (1). Senere studier hvor man har brukt NWI tyder på at sykehus med gode vilkår for sykepleiepraksis også har bedre resultater i pasientbehandlingen (2;3).

Det opprinnelige NWI inneholdt 65 enkeltutsagn. Ved analyser av innsamlete data er ulike subskalaer blitt identifisert. Subskalaer vil si grupper av enkeltutsagn som beskriver mer spesifikke aspekter ved praksisvilkårene. Forskere har brukt ulike tilnærminger for å undersøke hvor robust instrumentet er og for å analysere subskalaenes egenskaper. Ut fra studier av nyere dato ser subskalastrukturen ut til å variere mellom ulike land og ulike kontekster. Forskjellene i sykehusvesenet fra land til land er et argument når forfattere peker på behov for videre studier for å sammenfatte resultater fra utprøving av instrumentet og å utvikle det teoretiske grunnlaget for det (4-7). Den utstrakte bruken av instrumentet gjennom mange år og i mange land

gir imidlertid grunn til å anse NWI som et veletablert instrument for å beskrive viktige sider ved sykepleiernes praksisvilkår (8).

Nurse Forecasting in Europe (RN4CAST) er en EU-finansiert undersøkelse med tolv deltakerland, deriblant Norge. Undersøkelsens hovedmål er å videreutvikle prognosemodeller for sykepleiertilbud og -etterspørsel i arbeidsmarkedet,

Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen beskriver hvordan måleinstrumentet The Nursing Work Index Revised oversettes, tilpasses og testes ut i norsk kontekst. Undersøkelsen konkluderer med at instrumentet er egnet for studier av og med sykepleiere i norske sykehus.

Mer om forfatterne:

Ingeborg Strømseng Sjetne er sykepleier og PhD og ansatt som seniorforsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Christine Tvedt er sykepleier og PhD-stipendiat ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Allison Squires er sykepleier og PhD og jobber som assistant Professor ved College of Nursing, New York University. Kontaktperson: ing@nokc.no.

ved å inkludere evaluering av kvalitet i sykepleietjenesten samt pasientresultater i beregningene. Data som inngår i RN4CAST er organisatoriske kjennetegn ved behandlingsstedene, pasientresultater og opplysninger fra et spørreskjema til sykepleiere om utdanningsnivå, arbeidsmengde, arbeidstrivsel og vurdering av kvaliteten på sykepleietjenesten (9). Spørreskjemaet til sykepleierne i RN4CAST inneholdt blant annet en revidert versjon av NWI, (NWI-R) med totalt 32 enkeltutsagn (2;10;11). For å sikre at resultatene fra Norge skulle være sammenliknbare med resultatene fra de øvrige deltakerlandene var det nødvendig å følge en felles oversettelsesprosedyre, samt å sikre at NWI-R var innholdsmessig likeverdig i den norske versjonen og i den originale versjonen fra USA. Dessuten var det ønskelig å undersøke de psykometriske egenskapene til den norske versjonen.

Tabell 1 viser enkeltutsagn og subskalaer i versjonen av NWI-R som ble brukt i RN4CAST, med gruppering av 26 enkeltutsagn til subskalaer i tråd med to av artiklene ovenfor (2;10). NWI-R blir besvart ved å krysse av for ett av fire alternativ for hvert enkeltutsagn: «Helt uenig»=1; «Ganske uenig»=2; «Ganske enig»=3 og «Helt enig»=4.

HENSIKT

Hensikten med artikkelen er 1) å gjøre rede for hvordan den norske versjonen av NWI-R ble utarbeidet, 2) å presentere resultater fra utprøving av instrumentets reliabilitet og validitet ved bruk blant norske sykepleiere.

TABELL 1: Enkeltutsagn^a og subskalaer i NWI-R

Sykepleierdeltakelse i sykehusets virksomhet og ledelse

- 5 Karriereutvikling / Muligheter for klinisk stige
- 6 Mulighet for sykepleiere til å delta i policy-beslutninger (om for eksempel kliniske standarder, sikkerhetstiltak, bemanning eller arbeidsforhold)
- 11 En sykepleieleder på toppledernivå (sjefsyrkepleier, helsefaglig direktør e.l.) som er svært synlig og tilgjengelig for personalet
- 16 En sykepleieleder (sjefsyrkepleier, helsefaglig direktør e.l.) har samme makt og autoritet som toppledere i foretaket
- 18 Muligheter for avansement (f.eks. nye funksjoner eller oppgaver)
- 23 Ledelse som lytter til og responderer på ansattes bekymringer
- 25 Sykepleiere er involvert i den interne styringen av foretaket (f.eks. gjennom utvalg som fatter beslutninger på det administrative eller kliniske området, kvalitetsutvalg og lignende)
- 29 Sykepleiere har mulighet til å sitte i alle foretakets utvalg/komiteer

Sykepleiefaglig basis for tjenesten

- 4 Aktiv fagutvikling eller kontinuerlig videreutdanningsprogram for sykepleiere
- 15 Foretaksledelsen forventer høy standard på sykepleien
- 19 En klar sykepleiefilosofi (visjon, mål eller idealer) som preger hele sykepleietjenesten i foretaket
- 20 Samarbeid med sykepleiere som er klinisk kompetente
- 24 Et fungerende kvalitetssikringsprogram
- 31 Det er skriftlige, oppdaterte sykepleieplaner for alle pasienter
- 32 Pasientene blir fordelt med det mål å fremme kontinuitet i pasientbehandlingen (dvs at den samme sykepleieren har pasienten over tid)

Sykepleieleders dyktighet, lederskap og støtte til sykepleiere

- 3 Tilgang på faglig støtte (f.eks vaktansvarlig sykepleier) gjennom hele døgnet
- 10 En avdelingssykepleier / enhetsleder som er en god administrator og leder
- 14 Ros og anerkjennelse for godt utført arbeid
- 22 En avdelingssykepleier/enhetsleder som støtter sykepleierne når de skal ta beslutninger, selv om uenigheten er med en lege

Adekvat bemanning og ressurser

- 1 Tilstrekkelige støttetjenester (eks portør, kjøkkentjeneste) gjør det mulig for meg å være tilstede hos pasientene mine
- 8 Nok tid og mulighet til å diskutere sykepleiefaglige spørsmål med andre sykepleiere
- 9 En bemanning med nok sykepleiere til å gi god pasientbehandling
- 12 Nok bemanning til å få arbeidet gjort

Kollegiatt forhold mellom sykepleiere og leger

- 2 Leger og sykepleiere har gode samarbeidsrelasjoner
- 17 Mye teamarbeid mellom sykepleiere og leger
- 26 Samarbeid mellom sykepleiere og leger

^a: seks enkeltutsagn som ikke inngår i subskalaer er utelatt

METODE

For å oversette instrumentet og evaluere den innholdsmessige ekvivalensen i Norge fulgte vi protokollene for oversettelse og evaluering som ble brukt i de øvrige deltakerlandene og som er beskrevet av Squires et al (12).

Øversettelse

NWI-R ble oversatt til norsk av en sykepleier med gode språkkunnskaper og innsikt på feltet. Deretter ble den oversatt tilbake til engelsk av en annen, tospråklig sykepleier med engelsk som morsmål. Begge oversetterne, sammen med en tredje sykepleier med gode språkkunnskaper, evaluerte de to versjonene opp mot originalinstrumentet og utarbeidet en omforent norsk oversettelse til bruk i neste fase av prosessen.

Innholdsvaliditet

Evaluering av et forskningsinstrument krever en prosess som undersøker de innholdsmessige, kontekstuelle, begrepsmessige, semantiske og tekniske aspektene ved instrumentet, og om disse aspektene blir ivaretatt ved oversettelsen av det (13). Content validity indexing (CVI) er en metode som ivaretar de fem aspektene av en slik tverrkulturell tilpasning. Ved bruk av CVI benyttes tilbakemelding fra eksperter om relevansen til hvert enkeltutsagn (eller spørsmål) i den aktuelle konteksten (14).

Ekspertene i den foreliggende undersøkelsen var et bekvemmelighetsutvalg med åtte sykepleiere med innsikt i norsk sykehushverdag. De vurderte hvert enkeltutsagn med tanke på anvendbarhet for sykepleie i Norge. I tillegg gjorde de en vurdering av oversettelsen av utsagnene ved å svare ja/nei på spørsmålet om den engelske og

den norske teksten var begrepsmessig, teknisk og språklig likeverdige. Ekspertene kunne dessuten gi kommentarer på utsagnene.

En firetrinns skala ble brukt for å få numeriske skår som representerte ekspertenes vurdering av enkeltutsagnenes relevans (fra 1= «Ikke relevant» til 4= «Høyrelevant»). Skårene for enkeltutsagnene ble slått sammen til samleskår for hver av de fem subskalane og for alle 26 utsagnene samlet (S-CVI).

Pilotundersøkelse

Videre utprøving av NWI-R i en norsk kontekst ble gjort som en pilotundersøkelse ved Mottaks-, observasjons- og behandlingsavdelingen ved Stavanger Universitetssjukehus. Resultatene fra pilotundersøkelsen ga data til analyser som var utfyllende til CVI-analysen med tanke på hvordan instrumentet fungerte i bruk i Norge.

Alle hjelpe- og sykepleiere ved avdelingen fikk utdelt spørreskjemaet som skulle brukes i RN4CAST, sammen med informasjonsskriv og frankert svarkonvolutt. Spørreskjema-

motivere flest mulig i utvalget til å svare ble det trukket to bokpakker som premier blant dem som besvarte retestskjemaet.

To lister med henholdsvis kjønn og alder over alle ansatte på avdelingen og uten personidentifiserende opplysninger, ble brukt til å sammenlikne utvalget med gruppen som returnerte sine svar. NWI-R er utarbeidet for å besvares av sykepleiere, og i analysene av selve besvarelsene utelot vi svar fra hjelpepleierne. Framgangsmåten var vurdert og godkjent av personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Analysar

Forskjeller mellom hele utvalget og gruppen som svarte på førsteutsendelsen, og mellom gruppen som svarte på førsteutsendelsen (test) og den som i tillegg svarte på andreutsendelsen (retest), ble undersøkt med t-test (kontinuerlige variabler) og kjikvadrattest (kategoriske variabler). Testretestreliabilitet ble testet med intraklasse korrelasjonskoeffisient (ICC) (15) og intern konsistens med Cronbachs alfa (16).

Subskalaskår ble regnet ut

” Magnetsykehus evner å tiltrekke seg og beholde sykepleiere i større grad enn andre sykehus.

ene fikk et tilfeldig referansennummer som var koplet til en adresseliste. Alle som sendte inn utfylt skjema til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) fikk tilsendt et retestskjema til sin privatadresse etter en til to uker. Adresselisten med referansennummer ble makulert før svarene i skjemaene ble registrert ved Kunnskapssenteret. For å

som gjennomsnitt av enkeltutsagnene som inngikk i skalaen. Vi undersøkte konstruktvaliditet (17) ved å teste hypoteser om assosiasjoner mellom NWI-R subskalaskår og andre jobbtilfredshetsvariabler fra spørreskjemaet. Ut fra det overordnede formålet med NWI-R ventet vi å finne at svarere med lav jobbtrivsel, svarere som var usikre på om de ville anbefale arbeidsplas-

TABELL 2: Subskalaer; Content Validity Index-skår

Navn på skala (antall enkeltutsagn)	CVI
Sykepleierdeltakelse i sykehusets virksomhet og ledelse (8)	0,94
Sykepleiefaglig basis for tjenesten (7)	0,94
Sykepleieleaders dyktighet, lederskap og støtte til sykepleiere (4)	0,88
Adekvat bemanning og ressurser (4)	0,94
Kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger (3)	0,92
NWI-R samlet	0,93

sen til kolleger og svarere som hadde ønske om å slutte, også skåret lavere på subskalaene i NWI-R. Gruppeforskjellene ble testet med t-test. Analysene ble utført i SPSS 15.0 (Chicago, IL).

RESULTAT

Ekspertenes tilbakemeldinger viste at S-CVI for alle utsagnene i NWI-R samlet var 0,93 og at CVI-skårene for de fem subskalaene varierte fra 0,88 til 0,94 (tabell 2). For øvrig utløste tilbakemeldingene fra ekspertene noen mindre revisjoner av ordlyden i enkeltutsagnene før instrumentet ble distribuert i pilotundersøkelsen.

Utvalget i pilotundersøkelsen var 114 hjelpe- og sykepleiere som alle fikk utlevert det ferdige spørreskjemaet. Etter første utsendelse kom det inn 88

(77 prosent) svar og 48 ansatte (42 prosent) svarte også på den andre utsendelsen. I utvalget var det 88 prosent kvinner og gjennomsnittsalder var 39 år. Blant svarerne etter første utsendelse var 84 prosent kvinner og gjennomsnittsalder var 38,5 år. Forskjellene i kjønn og alder mellom hele utvalget og de som svarte på første utsendelse var ikke statistisk signifikante. Tabell 3 viser sammenlikning av svarerne på første og andre utsendelse. Heller ikke her var det statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene på kjennetegn vi hadde informasjon om (kjønn, stillingsprosent, slutteplaner, alder og erfaring). De følgende resultatene er basert på svar fra bare sykepleiere.

Generelt ga sykepleierne en

positiv beskrivelse av arbeidsvilkårene sine gjennom NWI-R. Blant de 32 enkeltutsagnene varierte andelen missing (ubesvarte) mellom 0 prosent (på 11 utsagn) og 10 prosent (på utsagn nr. 32), i gjennomsnitt 2 prosent.

Tabell 4 viser spredning og sentraltendens på subskala-skårene og mål for reliabilitet. Fordelingene var tilnærmet normale, med noe skjevhet i retning av positive skår for «Kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger» og «Sykepleieleaders dyktighet, lederskap og støtte til sykepleiere». Svakest intern konsistens hadde skalaen «Sykepleieleaders dyktighet, lederskap og støtte til sykepleiere» (Cronbachs alfa=0,61). Lavest reproduserbarhet hadde «Kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger» (ICC=0,63). For øvrig varierte Cronbachs alfa for subskalaene mellom 0,75 og 0,85 og ICC varierte mellom 0,75 og 0,81.

Tabell 5 viser at gruppeforskjellene som vi på forhånd ventet å finne i subskalaskår ble bekreftet av analysene, med to unntak. Det var ikke forskjell mellom gruppen med og gruppen uten slutteønske når det gjaldt vurdering av «Sykepleiefaglig basis for tjenesten» og «Kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger».

TABELL 3: Sammenlikning mellom svarergrupper ved første (test) og andre utsendelse (retest)^a

Kjennetegn	Første utsendelse	Andre utsendelse	p-verdi for forskjell
Kvinner (%)	82,3	86,4	0,169 ^b
Fulltidsansatt	53,8	56,8	0,851 ^b
Ønsker å slutte (%)	16,3	16,3	1,000 ^b
Alder (gjennomsnitt og standardavvik)	38,6 (10,9)	41,4 (9,7)	0,175 ^c
Erfaring som sykepleier (gjennomsnitt og standardavvik)	12,9 (10,4)	15,7 (10,4)	0,164 ^c

^a Kun sykepleiere ^b Kjikvadrattest ^c t-test

TABELL 4: Subskalaer; skår og reliabilitetsmål

Navn på skala (antall enkeltutsagn)	Gjennomsnitt (standardavvik)	Skårer			Reliabilitet	
		Median	Minimum-Maksimum	Intern konsistens ^a	Test-retest ^b	
Sykepleierdeltakelse i sykehusets virksomhet og ledelse (8)	2,46 (0,52)	2,50	1,00 - 3,88	0,80	0,79	
Sykepleiefaglig basis for tjenesten (7)	2,58 (0,53)	2,57	1,43 - 4,00	0,76	0,76	
Sykepleieleders dyktighet, lederskap og støtte til sykepleiere (4)	2,94 (0,52)	3,00	1,33 - 4,00	0,61	0,75	
Adekvat bemanning og ressurser (4)	2,41 (0,72)	2,25	1,00 - 4,00	0,85	0,81	
Kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger (3)	3,12 (0,48)	3,00	2,00 - 4,00	0,74	0,63	

^a Cronbachs alfa ^b Intraklasse korrelasjon

DISKUSJON

Vi har oversatt og vurdert innholdet i NWI-R og funnet instrumentets egenskaper tilfredsstillende. En CVI-skår på 0,8 blir betraktet som minimum for tilfredsstillende bruk av et instrument, mens 0,9 blir betraktet som utmerket (14). Skårene som ble oppnådd for NWI-R i Norge indikerer føl-

gelig et akseptabelt til utmerket nivå på innholdsvaliditet og tverrkulturell likeverdighet for alle subskalaene. Det innebærer at NWI-R har potensial til å være et utmerket mål for sykepleiernes praksisvilkår i Norge.

I et metodisk perspektiv er det viktig å bemerke at CVI tradisjonelt er brukt under utvikling av nye instrumenter og ikke til eva-

luering av eksisterende. Metoden gir kvantifiserte mål man kan basere vurdering av tverrkulturell likeverdighet på. Metoden kan identifisere eventuelle behov for å tilpasse kontekstspesifikke utsagn til den sammenhengende som instrumentet skal brukes i.

Evaluerer ved bruk av CVI forholder seg til det eksisterende innholdet i det aktuelle

TABELL 5: Subskalaer; sammenlikning mellom grupper etter svar på spørsmål utenfor NWI-R. Gjennomsnitt og standardavvik

Navn på skala	Fornøyd med nåværende jobb			Vil anbefale arbeidsplassen til kolleger			Planer om å slutte		
	Veldig fornøyd (n=24)	Øvrige (n=56)	p	Definitivt ja (n=24)	Øvrige (n=56)	p	Ja (n=13)	Nei (n=67)	p
Sykepleierdeltakelse i sykehusets virksomhet og ledelse	2,78 (0,50)	2,34 (0,37)	<0,001	2,76 (0,55)	2,35 (0,45)	0,001	2,09 (0,52)	2,55 (0,49)	0,009
Sykepleiefaglig basis for tjenesten	2,86 (0,61)	2,46 (0,44)	0,008	2,80 (0,65)	2,49 (0,44)	0,016	2,38 (0,42)	2,62 (0,54)	0,093
Sykepleieleders dyktighet, lederskap og støtte til sykepleiere	3,33 (0,36)	2,78 (0,49)	<0,001	3,27 (0,44)	2,80 (0,49)	<0,001	2,46 (0,43)	3,04 (0,48)	<0,001
Adekvat bemanning og ressurser	2,95 (0,69)	2,18 (0,61)	<0,001	2,92 (0,64)	2,19 (0,65)	<0,001	1,71 (0,41)	2,54 (0,69)	<0,001
Kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger	3,40 (0,47)	3,00 (0,44)	0,001	3,32 (0,47)	3,03 (0,47)	0,014	3,03 (0,32)	3,14 (0,51)	0,453

instrumentet og vil ikke avsløre eventuelle manglende tema. Det har vært pekt på at NWI-R ikke dekker alle viktige aspekter av sykepleieres praksisvilkår og at dette representerer et behov for videreutvikling (11).

Svarandel på 77 prosent i første utsendelse i pilotundersøkelsen var i overkant av svarandelen man erfaringsmessig kan vente i slike spørreskjemaundersøkelser (18;19). Vi fant ikke forskjell mellom utvalget som helhet og svarerne i sammensetning av alder og kjønn, og det tar vi som en støtte til at svarerne er representative for alle ansatte på denne avdelingen. Heller ikke mellom test- og retestgruppen var det statistisk signifikante forskjeller, og selv om den siste gruppen besto av bare 42 prosent av alle ansatte, anser vi svarmaterialet som egnet for formålet med pilotundersøkelsen.

Den lave forekomsten av manglende svar på enkeltutsagn tolkes som et uttrykk for at utsagnene

brukes i forskning. Utvalgsstørrelsen er av betydning, idet lav reliabilitet er mer ødeleggende ved undersøkelser i små utvalg enn i store (21).

Den relativt lave Cronbachs alfa på «Sykepleieleaders dyktighet, lederskap og støtte til sykepleiere» kan være et resultat av at enkeltutsagnene i denne subskalaen refererer til ulike organisatoriske nivå. To utsagn handler eksplisitt om avdelings-sykepleier (nr. 10 og nr. 22), mens ros og anerkjennelse (nr. 14) kan komme fra et hvilket som helst nivå. Organisering av faglig støtte (nr. 3) er mest sannsynlig en oppgave for det organisatoriske nivået over avdelingssykepleier. Den norske versjonen av denne subskalaen hadde svakere intern konsistens enn hva som er funnet i tidligere studier (10). Det kan være en følge av språklige valg som ble gjort under oversettelsesprosessen, eller av forskjeller i selve sykehusvesenet i USA og Norge. Slike ulikheter kan

Det er verdt å bemerke at ingen av de to omtalte subskalaene hadde lave verdier på begge reliabilitetsmålene. For de øvrige subskalaene var verdiene tilfredsstillende i materialet fra den norske pilotundersøkelsen.

Validitet

Forskjellene mellom ulike grupper svarere var entydige med tanke på å bekrefte hypotesene vi hadde om forskjeller i subskalaskår. Den klare tendensen til at sykepleiere med lavest arbeidstrivsel, de som var mest usikre på om de ville anbefale arbeidsplassen til en kollega og de som hadde ønske om å slutte, også skåret lavere på subskalaene i NWI-R, støtter konstruktvaliditeten til instrumentet. Det ble gjort mange sammenlikninger, noe som bør skjerpe kravet til statistisk signifikans, men de aller fleste forskjellene var signifikante med $p \leq 0,01$.

NWI-R er tatt inn blant mål som anbefales av Joint Commission – en institusjon i USA som akkrediterer helsetjenesteorganisasjoner – for å overvåke sykepleietjenestens ytelser i sykehus (23). Instrumentet er blitt kritisert for inkonsistens i faktorstrukturer og for å undervurdere kompleksiteten i sykepleieres praksisomgivelser (5;24). En litteraturgjennomgang av publikasjoner som handlet om NWI-R fra og med 2002 til første kvartal i 2010, konkluderte med å anbefale både fortsatt bruk av instrumentet i undersøkelser og fortsatt videreutvikling av instrumentet (8).

Subskalaskår kan brukes direkte som gjennomsnitt av enkeltutsagnene som inngår i skalaen. De kan også brukes til å gruppere organisatoriske enheter (for eksempel sengeposter eller sykehus) i kategorier. I studien

” Det har vist seg at instrumentets subskalastruktur varierer mellom ulike land.

i instrumentet hadde innhold og omfang som ble akseptert av svarerne i høy grad (20). At 10 prosent av skjemaene manglet avkryssing i utsagn nummer 32 kan tyde på at nettopp dette utsagnet er uklart formulert eller er dårlig på andre måter.

Reliabilitet

Grensen mellom gode og dårlige verdier for reliabiliteten til en gitt skalaskår er basert på skjønn. Formålet med skåren er et viktig premiss, og når skåren skal brukes i forbindelse med individuell, klinisk vurdering er 0,90 anbefalt som minimum, mens 0,70 er anbefalt når skåren skal

medføre at svarerne ikke relaterer utsagnene til samme fenomen (begrepsmessig ekvivalens) (22). I tillegg var ett av enkeltutsagnene som ble brukt i Lakes artikkel utelatt fra instrumentet som ble brukt i RN4CAST. Færre utsagn i en skala vil i de fleste tilfeller medføre lavere Cronbachs alfa.

Skalaen «Kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger» hadde den laveste verdien for test-retest-reliabilitet. En mulig forklaring på dette er at blant de fem skalaene er det denne som sannsynligvis påvirkes mest av enkelthendelser som kan ha skjedd i tida mellom den første og andre utsendelsen.

til Aiken et al. (2) brukte de subskalaskår for hvert sykehus og sammenholdt disse med median-skåren for subskalaene blant alle sykehusene – i dette tilfellet tre av subskalaene. Vilkårene for sykepleiepraksis ved et sykehus ble kategorisert som gode dersom skåren lå over medianen på alle tre skalaene, blandet hvis skårene lå over medianen på en eller to subskalaer og dårlige hvis de lå under medianen på alle tre subskalaer.

Ettersom det har vist seg at instrumentets subskalastruktur varierer mellom ulike land, er det

grunn til å undersøke den norske versjonen i så henseende. Materialet fra pilotundersøkelsen var for lite til å utforskes med tanke på dette. Teoretiske overveielser med henblikk på tilpasning til aktuelle problemstillinger er også en mulig tilnærming for å komponere relevante subskalaer.

KONKLUSJON

Den norske versjonen av NWI-R er oversatt og prøvet ut i pakt med anerkjente retningslinjer for skjematilpasninger mellom kulturer. Skalaenes måletekniske egenskaper er tilfredsstillende

med tanke på internasjonale sammenlikninger. Subskalastrukturen i det norske materialet, hvorvidt NWI-R dekker alle forhold som er viktige for sykepleiere i Norge samt hvor godt det skiller mellom ulike enheter i norske sykehus, bør undersøkes nærmere.

Takk til sykepleierne som utgjorde ekspertpanelet og til ledelsen og svarerne ved Mot-taks-, observasjons- og behandlingsavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus som bidro til pilotundersøkelsen.

REFERANSER

1. Kramer M, Schmalenberg CE. Best quality patient care: a historical perspective on Magnet hospitals. *Nurs Adm Q* 2005 Jul; 29(3): 275–87.
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm* 2008;39(7-8 Suppl): S45-S51.
3. Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber JH, Sochalski J. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Serv Res* 2008 Aug; 43(4): 1145–63.
4. Bonnetterre V, Liaudy S, Chatellier G, Lang T, de Gaudemaris R. Reliability, validity, and health issues arising from questionnaires used to measure Psychosocial and Organizational Work Factors (POWFs) among hospital nurses: a critical review. *J Nurs Meas* 2008;16(3): 207–30.
5. Cummings GG, Hayduk L, Estabrooks CA. Is the Nursing Work Index Measuring Up?: Moving Beyond Estimating Reliability to Testing Validity. *Nurs Res* 2006 Mar; 55(2): 82–93.
6. Parker D, Tuckett A, Eley R, Hegney D. Construct validity and reliability of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index for Queensland nurses. *Int J Nurs Pract* 2010 Aug; 16(4): 352–8.
7. Slater P, McCormack B. An exploration of the factor structure of the nursing work index. *Worldviews Evid Based Nurs* 2007;4(1): 30–9.
8. Warshawsky NE, Havens DS. Global Use of the Practice Environment Scale

of the Nursing Work Index. *Nurs Res* 2010 Dec 1.

9. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs* 2011;10:6.
10. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health* 2002 Jun; 25(3): 176–88.
11. Lake ET. The nursing practice environment: measurement and evidence. *Med Care Res Rev* 2007 Apr; 64(2 Suppl): 1045-225.
12. Squires A, Aiken L, Van den Heede K, Sermeus W. Health services research, languages, and survey instrument translation: methodological considerations for multi-country comparative studies. *Int J Nurs Stud* 2011; Under review.
13. Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak D, Mitchell T, Wintrob R, Richman JA, et al. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *J Nerv Ment Dis* 1988 May; 176(5): 257–63.
14. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* 2007 Aug; 30(4): 459–67.
15. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and responsiveness of health status measures. Statistics and strategies for evaluation. *Control Clin Trials* 1991 Aug; 12(4 Suppl): 142S-58S.
16. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297-394.
17. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al.

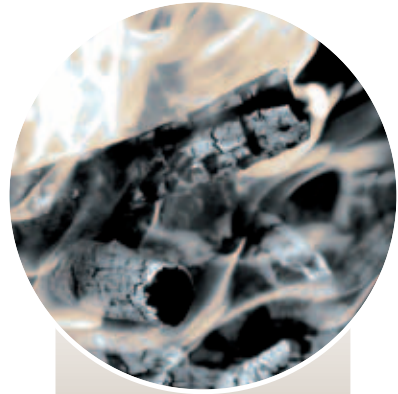
The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol* 2010 Jul; 63(7): 737–45.

18. Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* 1997 Oct; 50(10): 1129–36.
19. Bjork IT, Samdal GB, Hansen BS, Torstad S, Hamilton GA. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007 Jul; 44(5): 747–57.
20. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* 1998;2(14): i-74.
21. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 3 ed. Oxford: Oxford University Press; 2003.
22. Behling O. Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 2000.
23. Joint Comission. Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009 (Version 2.0, December 2009). Oakbrook Terrace, Ill.: Joint Comission; 2010.
24. Slater P, O'Halloran P, Connolly D, McCormack B. Testing of the Factor Structure of the Nursing Work Index-Revised. *Worldviews Evid Based Nurs* 2009 Jul 27.

Les kommentaren på side 367 >>



ungdomskilde



varmekilde



næringskilde



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.

Vi må belyse sykepleiernes hverdag

> Det er direkte sammenheng mellom sykepleiernes arbeidssituasjon og kvaliteten i pasientbehandlingen.



Av Kristin Bang

Direktør ved Enhet for helsefag, Akershus universitetssykehus.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

For å gjennomføre internasjonale, sammenliknende studier av sykepleiere som yrkesgruppe, er det nødvendig med nøyaktig og systematisk oversettelse og vurdering av måleinstrumenter som blir brukt. Artikkelen konkluderer med at måleinstrumentet Nursing Work Index-Revised er relevant for norske sykepleiere og er overførbart til norske forhold, en forutsetning for å bruke dette måleinstrumentet i Norge.

Som leder på strategisk nivå, er det for meg mest relevant å kommentere nytteverdien av å gjennomføre systematiske spørreundersøkelser som belyser hverdagen til sykepleiere, den største helsefaglige yrkesgruppen i sykehus. Deretter vil jeg sette dette i sammenheng med dagens endringer og utfordringer i helsetjenesten og ikke kommentere måleinstrumentet som sådan.

Institute Of Medicine (IOM) har utgitt flere rapporter som viser at det er sammenheng

mellom sykepleierens arbeidssituasjon og kvaliteten i pasientbehandlingen. Derfor er det viktig å ha inngående kjennskap til sykepleieres arbeidssituasjon og hvilke tiltak som kan forbedre sykepleiernes arbeidsmiljø.

For kort tid siden var jeg på studiebesøk ved Massachusetts General Hospital (MGH) i Boston. De har samme utfordringer som i Norge med stramme økonomiske rammer og helse-reformer med krav om bedre samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Sykepleierne har en nøkkelrolle i reformene og det ble gjennomført jevnlig spørreundersøkelser blant sykepleiere om deres arbeidssituasjon. Dette brukte lederne som et grunnlag for å arbeide systematisk med forbedringstiltak. De brukte sykepleiernes faglige bidrag for å øke kvaliteten i pasientbehandlingen og for å redusere liggetid og reinnleggelser.

Skal vi greie å håndtere den kommende eldrebølgen og et utfordrende arbeidsmarked, må hver sjette videregående elev velge en helsefaglig utdanning. For at ungdom skal velge sykepleierutdanning og andre velferdsutdanninger må helsetjenesten vise seg som en profesjonell arbeidsgiver ved å forvalte kompetanse- og arbeidsmiljø og ha system for kontinuerlig fagutvikling. Ved jevnlig å gjøre slike profesjonsrettede arbeidsmiljøundersøkelser vil ledelsen kjenne sin arbeidstokk godt og hele tiden vite hvor skoen trykker og iverksette nødvendige tiltak. I tillegg må man ta i bruk ny teknologi og andre innovative løsninger for å løse fremtidens løsninger.

Les artikkelen på side 358



SAMMENDRAG

Bakgrunn: Cannabis er det hyppigst brukte illegale rusmiddelet.

Hensikt: Målsettingen med denne artikkelen er å beskrive en kursmetode for cannabis røykeavvenning og presentere resultater fra en etterundersøkelse blant tidligere kursdeltakere.

Metode: En prospektiv en-gruppe oppfølgingsstudie ved bruk av telefonintervju. I Kristiansand arrangeres det gruppebaserte røykeavvenningskurs for kroniske cannabisbrukere i alderen 18–30

år, ledet av blant annet helsesøstre i kommunen. Utvelgelse av deltakere til gruppene ble basert på intervju med aktuelle søkere for å kartlegge motivasjon for cannabisavvenning. Kursmetoden beskrives i detalj, slik at artikkelen kan benyttes som et utgangspunkt for andre kommuner. For å kvalitetssikre metoden ble det gjort telefonintervju av deltakerne cirka 12 måneder etter fullført kurs. Primært endepunkt var cannabisbruk.

Resultater: Det ble i alt gjennomført ni kurs med totalt 50 deltakere. Av

de 33 (22 menn og 11 kvinner) som gjennomførte alle åtte kursuker hadde 26 (78 prosent) kuttet ut cannabisbruken. Av de 26 som var cannabisfri ved kurslutt, fikk vi tak i 16 til oppfølgingsintervju. Tolv av 26 (45 prosent) oppga å være helt cannabisfri ved oppfølgingen etter 12 måneder.

Konklusjon: Gruppebaserte cannabisavvenningskurs vurderes å fungere godt i kommunal regi. Det vurderes som viktig å evaluere egen klinisk praksis slik det blir rapportert fra virksomheten i Kristiansand kommune.

ENGLISH SUMMARY

Background: Cannabis is the most commonly used illicit drug.

Purpose: This paper aims to describe a cannabis-cessation model and present results from a follow-up study.

Methods: A prospective one-group study based on interviews by phone. Kristiansand municipality annually organizes group-based cessation courses for cannabis-dependent individuals. Participants were selected for group participation based on interviews. Course methods are described in detail, as a way to disseminate these methods for adoption by other

cities who wish to start similar courses. Community nurses contribute with important preventive healthcare through these courses. A follow-up study consisted of telephone-based semi-structured interviews approximately 12 months after the course completion. Of 26 cannabis-free course completers, 16 participants were interviewed at follow-up.

Results: Nine group-based courses with a total of 50 participants have been performed. Twelve out of 26 (45 %) who were cannabis free at the end of course were not using cannabis at the one-year follow-up. Six of the 12

did not report any relapse to cannabis use during follow-up. Engaging in drug-free networks was important for those who remained long-term abstinent.

Conclusion: Group-based cannabis cessation courses are considered feasible within a local municipality. A large proportion of course participants remained drug free at follow-up. Follow-up studies to evaluate clinical practice are considered important.

Keywords: Drug Abuse, Cannabis, Abstinence, Preventive Health Care.

>> Kurs i røykeavvenning for cannabisbrukere – en oppfølgingsstudie

Forfattere: Anne-Randi Hanssen, Geir Ropstad, Øistein Kristensen, Thomas Clausen

NØKKELORD

- Røyking
- Rusmiddel
- Kurs
- Ungdom

Cannabis er det hyppigst brukte illegale rusmiddel både i Norge og resten av verden (1,2). Cannabis er en fellesbetegnelse for produkter fra planten cannabis sativa. Disse foreligger i tre forskjellige former, marihuana, hasj og hasjolie. Mest brukt i Norge er hasj. Den aktive neurotoksiske komponenten i cannabis er tetrahydrocannabinol (THC). Gjennom foredling av

plantene har man i løpet av de siste årene sett økt THC-konsentrasjon fra 3–6 prosent til 16–25 prosent (3). Røyking dominerer som inntaksmåte. Blant norsk ungdom mellom 15 og 20 år har 6 prosent brukt cannabis i løpet av de siste seks måneder (1). Undersøkelsen av rusvaner blant tiendeklassinger fra Kristiansand-skolene i 2010 viste at 10 prosent hadde prøvd cannabis. Debutalderen for disse var 14 år (4). De som hadde brukt cannabis hadde tidligere erfaring med nikotin og alkohol.

De fleste som har prøvd cannabis slutter med cannabisrøykingen av seg selv etter en eller noen få gangers bruk. På den annen side vil 20–25 prosent av de som har forsøkt cannabis fortsette som brukere med risiko

for å utvikle avhengighetsproblemer og komplikasjoner (tabell 1). Hos mange unge kroniske brukere sees ofte sosiale komplikasjoner som frafall fra skolegang og konsekvenser som begrenser deltakelse i normalt arbeidsliv og sosiale aktiviteter (5-7).

Det finnes mye dokumentasjon om epidemiologi, biologiske effekter, komplikasjoner og medisinsk anvendelse av cannabis, men det finnes forholdsvis lite kunnskap om behandling av

TABELL 1: Oversikt over dokumenterte effekter av cannabisbruk (modifisert etter Ramström 1999 [32])

Virkning	Abstinenssymptomer	Komplikasjoner
- Oppstemthet	- Søvnproblem	- Angsttilstander
- Økt matlyst	- Ubehagelige drømmer	- Flashbacks
- Røde øyne	- Rastløshet	- Amotivasjons -syndrom
- Munntørrhet	- Angst	- Svekkede kognitive funksjoner
- Rask puls	- Irritabilitet	- Psykoser
- Passivitet	- Sinne (følelse)	- Hypomani
- Koordinasjonsforstyrrelser	- Aggresjon (atferd)	- Luftveissykdommer
- Angst	- Diaré	- Redusert sædkvalitet
- Spontan latter	- Kvalme	- Menstruasjonsforstyrrelser
	- Muskelsmerter	- Cancer
	- Dårlig matlyst	- Trafikkskader
	- Sug etter cannabis	

Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at et røykeavvenningskurs for cannabisbrukere mellom 18 og 30 år ble opplevd av deltakerne som nyttig.

Mer om forfatterne:

Anne-Randi Hanssen er helse-søster og ansatt ved Samfunnsmedisinsk enhet, Kristiansand kommune. Geir Ropstad er konsulent ansatt ved Samfunnsmedisinsk enhet, Kristiansand kommune. Øistein Kristensen er overlege og forskningsleder ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand. Thomas Clausen, professor dr.med. ved Senter for Rus og Avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo og Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand. Kontakt: oistein.kristensen@ssshf.no.

cannabisavhengighet. I en svensk kunnskapsoppsummering fra 2001 fant man bare sju randomiserte studier som omhandlet behandlingseffekt. En senere Cochrane-oversikt kunne heller ikke påvise sikker effekt av noen psykososial behandling ved cannabismisbruk (8, 9). Behandlingsmetodene som er beskrevet i litteraturen inkluderer; kognitiv atferdsterapi (10), motiverende intervju (11), læringsbasert rusbehandling (CM) (12), familierapi (13) og det manualbaserte svenske hasj-avvenningprogrammet (HAP) til Thomas Lundqvist (14).

Sverige er et av landene som er kommet lengst i systematisk håndtering av cannabisavhengige og det finnes et behandlingstilbud i de fleste kommuner i Sør-Sverige. Lundqvists program var ikke med i Cochrane-oversikten. Det foreligger en oppfølgingsstudie av dette programmet fra Maria Ungdom i Stockholm (15).

Ved skolene i Kristiansand erfarte man en økning i problemer knyttet til cannabisbruk tidlig på 2000-tallet (16). En tverrfaglig gruppe fra kommunen og fylkeskommunen utarbeidet derfor et tilbud til dem som ønsket å slutte med røykingen og som trengte oppfølging for å klare seg gjennom

I Kristiansand har man satset på cannabis røykeavvenningskurs for unge voksne fra 2005. Målsettingen er å forebygge og redusere skadevirkninger av kronisk cannabismisbruk gjennom røykestopp.

Målet med denne artikkelen er å gi en beskrivelse av cannabisrøykeavvenningskursene slik de er blitt utviklet og praktisert i Kristiansand. I tillegg gjøres det rede for resultatene av oppfølgingsundersøkelsen.

METODE

Kursinnhold

Kurset baserer seg på metodikk utviklet av Thomas Lundqvist ved Rådgivingsbyrået i Lund, Sverige (17), samt på egne erfaringer og annen aktuell forskning på området (18-21). Kursperioden strekker seg over like lang tid som abstinensperioden (åtte uker). Kurset inneholder en medisinsk, en psykologisk og en sosial fase der ulike temaer styrer oppmerksomheten og hjelper deltakerne til å legge merke til forandringer, fundere over skiftninger i de ulike faser og etter hvert kjenne disse igjen. Kurset går ut på å hjelpe cannabisrøykeren med å reorganisere det tankemønsteret som ble utviklet under misbrukstiden og øke hans eller hennes sosiale og psykologiske mestringsevne.

avspenningsøvelser, massasje (23,24) og akupunktur (25-28).

Hvert halvår arrangeres gruppebaserte kurs med fire til åtte deltakere per gang. Kurset går over åtte uker. Man møtes på ettermiddagen (tre ettermiddager første uke, så to ettermiddager de neste seks og en ettermiddag den siste uken). En kurskveld varer to timer. (Se faktaboks 1 for program en kurskveld). Både kjønnsblandede grupper og rene mannsgupper er prøvd ut. Initialt var alderskriteriene for deltakere 18 til 25 år, men fra kurs fem inkluderte man deltakere opp til 30 år.

Målgruppen er kroniske cannabisbrukere (dagligrøykere/røyker flere ganger per uke) som er motivert for å slutte med cannabis. Kursdeltakerne henvises fra skolehelsetjenesten, samt fra helse- og sosialtjenesten på første og andre linjenivå. Mange ungdommer henvender seg også direkte selv. Inklusjon til gruppene bestemmes etter et til tre intervjuer hvor motivasjon avklares. I tillegg blir rushistorie (cannabis skal være hovedproblem), psykisk helse, kriminalitet, nettverk, skole/ jobb, interesser, ressurser og så videre, kartlagt før kursstart.

Målsettingen med kartleggingen er å sette sammen en noenlunde homogen gruppe. Erfaringen er at sprik i alder, erfaring og modenhet ikke bør være for stort. Deltakere med mye tilleggsmissbruk er heller ikke egnet for dette opplegget. Det vurderes også som ugunstig å inkludere personer med alvorlig psykopatologi eller stor kriminell belastning i gruppene.

Som en del av forberedelsene gjennomføres det intervjuer og man informerer om hva det innebærer å få plass på et slikt

” 12 av 16 oppga å være cannabisfrie ved oppfølgingen og hadde vært det den siste måneden.

abstinensperiodene. Tiltaket ble forankret i Samfunnsmedisinsk enhet, med ansvar for ungdomshelsetjenesten i kommunen. Modellen for kurset som tilbys er i hovedsak basert på prinsippene som benyttes i Sverige (15).

Kurset fokuserer på hvordan cannabis innvirker på evnen til å løse hverdagslige problemer, og på den abstinensperioden som er spesifikk for cannabis (22). Man forsøker å dempe abstinensplagene gjennom blant annet

kurs. Man understreker tydelig at deltakerne er med på frivillig basis, at dette ikke er en formell behandling, men et kurs som går over en begrenset tidsperiode. Fra kurs åtte ble det innført kontraktsskriving. De som da fikk tilbud om kursplass måtte sette sluttdato for cannabisbruk innen oppstart. Dette ble gjort ut fra erfaringer fra tidligere kurs og for å kunne følge deltakerne gjennom de ulike fasene av abstinenssymptomer slik kurset var lagt opp til.

Gruppelederne blir rekruttert fra ulike enheter i kommunen og fylkeskommunen. Skolehelsetjenesten i videregående skole er sentral i arbeidet. Helsesøstre og psykiatriske sykepleiere er viktige bidragsyttere. Det er tre gruppeledere per kurs. En av kommunens målsettinger med arbeidet er å øke kunnskapen om cannabis og tilbudet om røykeavvenningskurs til flest mulig av kommunens ansatte. I tillegg til å bringe kunnskap tilbake til egen arbeidsplass gir deltakelse i dette arbeidet en unik kjennskap til andre som jobber med ungdom og rus i ulike hjelpetilbud i kommunen. Terskelen for å ta kontakt med andre kolleger blir derfor lavere. For å være gruppeleder kreves

det at man jobber/har erfaring med ungdom, har gjennomgått opplæring om cannabisavvenning, samt har engasjement og entusiasme.

Oppfølgingsundersøkelse

For å kvalitetssikre nytten av cannabisrøkeavvenningskursene ble det i 2009/2010 gjennomført en etterundersøkelse blant tidligere kursdeltakere. Denne fant sted gjennomsnittlig ett år (6–24 måneder) etter kursslutt. Rekrutteringsgrunnlaget var blant de 26 som var cannabisfrie etter fullført kurs. Seksten ga samtykke til deltakelse. Designet besto i et telefonintervju av cirka 10–15 minutters varighet som ble gjennomført av en av de kursansvarlige. Man brukte en kvantitativ intervjuguide med svaralternativ som inneholdt spørsmål om cannabisbruk, bruk av andre rusmidler og kriminalitet, arbeid/skole, trygd, bolig og nettverk. Opplysninger om opplevd nytteverdi og forbedringsmuligheter for kursene ble også innsamlet, basert på åpne spørsmål. Det primære endepunkt var cannabisbruk de siste 30 dager før oppfølgings-tidspunktet og cannabisbruk i hele perioden mellom avsluttet kurs og oppfølgingstidspunktet,

samt omstendigheter omkring eventuelle tilbakefall.

Statistikk og analyse

Statistiske analyser og signifikanstesting ble ikke gjennomført på grunn av lavt antall observasjoner. Gruppegjennomsnitt er presentert med mean, range og standard avvik.

RESULTAT

Gjennomføringsdelen

Fra 2005 til 2009 ble det gjennomført ni kurs, et hvert halvår. Til hvert kurs var det 15–20 henvendelser for deltakelse. Etter intervjurundene rekrutterte man en gruppe på tre til åtte aktuelle deltakere. Blant dem som ikke ble vurdert som aktuelle kandidater til de gruppebaserte kursene, fikk noen tilbud om individuelt program (de som ikke egnet seg til grupper). Andre ble henvist til spesialisthelsetjenesten (de som hadde alvorlige psykiske tilleggsplager eller rusmisbruk dominert av andre stoffer). I tillegg avdekket man gjennom intervjurundene at enkelte ikke var tilstrekkelig motivert for å slutte med cannabis. Disse ble oppfordret til å ta kontakt igjen når de var mer klare for å slutte. Av de 33 (22 menn og 11 kvinner) av 50 som fullførte kursene var 26 (78 prosent) cannabisfrie ved kursslutt. Manglende motivasjon, flytting eller fengselsopphold var årsaker til at noen avbrøt kurset underveis. Resultatene for øvrig fremgår av tabell 2.

Oppfølgingsundersøkelsen

Av totalt 26 cannabisfrie ved kursavslutning klarte man å intervju 16, gjennomsnittlig 12 måneder etter avsluttet kurs. Av disse var 13 menn, og gjennomsnittsalderen var 24 år. De to yngste bodde sammen med

FAKTABOKS 1: Eksempel på program en kurskveld

- Velkommen med mat og drikke
 - Akupunktur av utdannet sykepleier og akupunktør
 - Runde --- Hvordan har du hatt det siden sist? (Gruppeleders oppgave er å se til at alle blir sett og får si det de har på hjertet). Hva har vært utfordringene? Hva har vært bra?
 - Tema --- Hver kveld har vi forberedt oss på et tema, f. eks søvnproblemer, sinne, kosthold, følelser, tanker om framtiden, identitet, alkohol, seksualitet osv. Manual følges. Tema presenteres og det blir en diskusjon rundt dette.
 - Avspenningsøvelser, andre øvelser
 - Runde --- Hvordan klare seg best til neste gang vi møtes? Diskusjon av aktuelle teknikker/strategier. Vi må være konkrete og repetere, skrive ned og følge opp spørsmålsstillinger neste gang. Hva gikk bra? Hva var utfordrende osv?
 - Oppsummering/avslutning
-

mor, ellers bodde deltakerne typisk i leiet bolig. Fjorten av 16 var i regelmessig jobb eller studieaktivitet og de aller fleste drev med fritidsaktiviteter som musikk, teater eller trening. Tre mottok trygdeytelser (rehabiliteringspenger eller sosialstønad). Elleve oppga flere rusfrie venner ved oppfølgingen enn før kurset, mens de som fortsatt røkte cannabis hadde lite rusfritt nettverk utenom familiemedlemmer. Fjorten oppga at de hadde minst en alliert; venn, kjæreste eller familiemedlem som støttet dem i arbeidet for å holde seg rusfrie.

Cannabisbruk

12 av 16 oppga å være cannabisfrie ved oppfølgingen og hadde vært det den siste måneden (tabell 2). To var fortsatt dagligrøykere, mens to hadde et mer sporadisk forbruk. Alle disse fire oppga å ha et mer bevisst forhold til sitt cannabisforbruk nå og en viss kontroll med forbru-

ket. Seks var helt uten «sprekk» ved oppfølgingen som var fra seks måneder til to år etter kurset, mens de andre seks som var rusfrie hadde hatt en eller noen få episodiske tilbakefall. Tilbakefall kom nokså raskt etter kursslutt for de fleste som sprakk; cirka en måned etter kurset. En sprekk kunne være en enkeltepisode eller en periode over noen uker. De som brukte cannabis ved oppfølging hadde hatt en rusfri periode etter kurset, men valgte så å begynne med cannabis igjen. Manglende rusfrie nettverk, «gamle rusvenner», ensomhet, stress, angst, ønske om «å kose seg», samt tilfeldigheter ble oppgitt som årsaker til at man sprakk og mer varige tilbakefall til cannabis. To oppga at alkoholinntak hadde hatt en medvirkende årsak til tilbakefallet.

Andre rusmidler

Elleve av 16 oppga alkoholinn-

tak månedlig eller hyppigere og fire oppga ukentlig inntak av alkohol. De fleste oppga at de i en periode rett etter kurset og i cannabisfrie perioder hadde hatt større alkoholinntak enn ellers. I hovedsak var det lite bruk av andre rusmidler enn alkohol og cannabis, men to rapporterte sporadisk bruk av amfetamin og benzodiazepiner. En brukte sove medisiner ved oppfølgingen. Det ble rapportert om lite eller ingen kriminalitet i oppfølgingstiden.

Kursets nytteverdi

Alle deltakerne i etterundersøkelsen opplevde kurset som nyttig og 14 av 16 var fortsatt motivert for å holde seg rusfrie. Viktige årsaker til vellykket kurs ble oppgitt som støtte og samhold i gruppen, gode kursledere, mye humor og god stemning og at kurslederne ikke var moraliserende. En som fortsatt brukte cannabis daglig hadde søkt seg inn til institusjonsbehandling i spesialisthelsetjenesten for sitt rusproblem. To temaer dominerte forbedringsforslagene; mer oppfølging etter kurset og kurs over en lengre periode enn de åtte ukene. Enkelte har beskrevet et tomrom etter kurset og mange hadde behov for individuell oppfølging i en eller annen form etter kursslutt.

DISKUSJON

I norsk sammenheng representerer de som arrangerer kurstilbudet og satsingen på cannabisavvenning i Kristiansand et foregangsmiljø. Tilbudet er mer langsiktig og satser mer systematisk på cannabisavvenning over tid enn andre miljøer i Norge. Modellen for cannabisavvenningskurs som presenteres her bør kunne la seg overføre til mange andre kommuner i Norge.

TABELL 2: Oversikt over arrangerte kurs, antall deltagere ved kurs- start og slutt, samt resultat for oppnådd cannabisfrihet (n).

Kurs	Startet	Fullført	Cannabisfri	Oppfølging	Rusfrihet
1	6	5	1	x	x
2	6	4	3	x	x
3	6	3	3	1	0
4	8	3	3	1	1
5	4	4	4	3	2
6	6	3	3	2	2
7	5	2	2	2	2
8	6	6	4	4	3
9	3	3	3	3	2
Sum	50	33	26	16	12

Rusfrihet; refererer til antall som var helt cannabisfri ved oppfølgingen (gjennomsnittlig 12 måneder (variasjon 6–24 måneder))

Cannabisfri; refererer til de som har sluttet med cannabis til kursstart eller i løpet av kurset.

Oppfølging; refererer til det antall som man klarte å få kontakt med for å gjennomføre telefonintervju

x- ble av praktiske årsaker ikke inkludert i oppfølgingsstudien.

I Kristiansand er det ansett som viktig å rekruttere gruppeledere fra forskjellige enheter slik at flere får et eierforhold og kjennskap til kursene. Det er tidkrevende å arrangere slike kurs og det er bra at flere drar lasset sammen. Det tverrfaglige arbeidet inkluderer deltakelse fra helsesøstre og sykepleiere, i tillegg til lærere, miljøarbeidere, barnevernspedagoger og sosionomer. Gruppelederne får mye kunnskap om rus og gruppeledelse som tilbakeføres til egen enhet. I tillegg blir kommunale enheter knyttet nærmere sammen. En viktig egenskap man ser etter hos gruppelederne er interesse for fagfeltet og lyst til å bidra i dette ungdomsrettede arbeidet.

Den langvarige satsning på cannabisavvenning i Kristiansand kommune har ført til at nye tilbud nå er startet, blant annet individuelle cannabisavenningsprogram for ungdom mellom 14 og 30 år og bevisstgjøringskurs i Kristiansand fengsel. For elever og foreldre til utsatte tiendeklassinger er det startet et todagers kortprogram. Et samarbeidsforum med spesialisttjenesten, Cannabisforum Sør, ble opprettet i 2005 for utveksling av ideer og utvikling av gode behandlingstiltak. Den samlede innsatsen i Kristiansand bidrar til viktig forebygging mot rusmiddelmissbruk på flere nivåer. Hovedformålet er å gi flest mulig unge en god start på voksenlivet, og forhindre at hverdagen skal være preget av rusmiddelmissbruk og manglende skolegang.

Resultatene av kursene er totalt sett oppmuntrende. Av de 33 som fullførte kurset var 26 (78 prosent) cannabisfrie ved kursslutt. Fra og med kursnummer fem satte man krav om

røykestopp før inntak og dette førte til bedre resultater. Fra gruppe åtte ble skriftlig avtale for cannabislutt introdusert før kursstart. Samlet er resultatene på høyde med de individuelt baserte tiltak til Petrell og medarbeidere i Sverige (15) og fra Cannabisprosjektet i Tromsø (29). Lundqvist mener at programmene må være individuelt baserte, ettersom han forutsetter at cannabis påvirker de kognitive funksjoner i så stor grad at deltakerne ikke vil kunne gjøre seg nytte av gruppeprosessen. I

” Kursdeltakerne opplevde at kurset hadde vært viktig og for de fleste bidratt til at de sluttet å røyke cannabis.

Sverige brukes derfor ikke grupper. Erfaringene i Kristiansand viser at grupper, også kjønnsblandede, kan benyttes med godt resultat.

Oppfølgingsundersøkelsen

Tolv av 16 var helt cannabisfrie ved oppfølgingen mens to fortsatt var dagligbrukere og to mer sporadiske cannabisbrukere. En av disse hadde søkt seg inn til videre rusbehandling. Kursdeltakerne opplevde at kurset hadde vært viktig og for de fleste bidratt til at de sluttet å røyke cannabis. Både lengre kurs og et mer systematisk opplegg for oppfølging etter kursene ble etterlyst. Flere av deltakerne hadde hatt behov for individuell oppfølging etter kurset. Sprekker med cannabisbruk forekom typisk de første ukene etter kursslutt og mange rapporterte mer alkoholbruk enn tidligere i perioden rett etter kursslutt.

Denne etterundersøkelsen er basert på et beskjedent antall telefonintervjuer, og de gode

resultatene kan være noe preget av en «positiv» seleksjon til deltakelse blant dem det har gått bra med. Likevel oppgir 45 prosent av samtlige som hadde sagt farvel til cannabis ved kursavslutning fortsatt å være cannabisfrie ved oppfølging etter gjennomsnitt ett år. Da har vi konservativt forutsatt at alle de som ikke har latt seg etterintervjue skulle være i fortsatt misbruk. Ser vi isolert på kurs tre–ni finner vi rusfrihet hos 50 prosent. Bruker vi intensjonsanalyse og tar utgangspunkt

i alle deltakerne som fullførte kurset uten nødvendigvis å være cannabisfrie ved avslutning, finner vi 36 prosent cannabisfrie ved oppfølging. Kursene har stadig tilstrømning og synes å fylle et eksisterende behov blant unge voksne cannabisbrukere.

Modellen er basert på en gjennomprøvd svensk modell som er tilpasset og justert ut fra lokale forhold etter hvert som gruppeveilederne har fått erfaringer med opplegget. Hos mange av de som har deltatt på kursene vil vi anta at et kronisk rusmiddelmissbruk er forebygget. Samtidig har innsatsen med kursene bidratt til en styrkning av den rusforebyggende kompetansen i kommunen.

Den observasjonelle metoden som er brukt er ingen effektstudie. For å si noe om effekt kreves et langt mer robust design. Vi har et begrenset utvalg og ingen kontrollgruppe i vår evaluering av egen praksis. Vi ser det som viktig at klinisk praksis, både forebygging og behandling evalueres jevnlig. Dette gir en økt

oppmerksomhet mot kvaliteten i innsatsen man legger ned i tilbudet. Man kan stille spørsmål om bias ved intervju og om man kan stole på selvrappporterte rusdata. Når det gjelder det siste foreligger det såpass mange undersøkelser hvor man har sammenliknet selvrappporterte data med biologiske markører at man kan ha tillit til selvrappportering (30,31). Til tross for metodesvakhet er funnene våre lovende, men det er ønskelig at

de følges opp med en fremtidig effektstudie.

KONKLUSJON

Røykeavvenningskurs for cannabisbrukere er en metode som kan egne seg for gjennomføring i en kommunal samarbeidsmodell. To tredjedeler av dem som startet fullførte åtte ukerskurset, og 78 prosent av disse hadde lyktes i å kutte ut cannabisbruken ved kursslutt. For 45 prosent av dem som slut-

tet med cannabis så det ut som om den positive endringen var stabil over tid. Cannabisavvenningskurs, slik de er presentert i denne artikkelen, er en modell for tidlig intervensjon. Det kan sees på som et lovende tiltak for å redusere risiko for kronisk cannabismisbruk med alle de mulige negative konsekvenser det har hos unge. Resultatene må imidlertid bekrefte gjennom effektstudier med et mer robust design.

REFERANSER

1. SIRUS. The drug situation in Norway 2008. Oslo 2008.
2. Hall W, Pacula RL. Cannabis Use and Dependence. Melbourne: Cambridge University Press, 2003.
3. Sundvold A. Tegn og symptomer på cannabis og andre rusmidler. Cannabis konferansen – UT AV TÅKA 2011; Kristiansand 2011.
4. Rustjenesten Kristiansand kommune. Rusvaner blant ungdom skoleåret 2009–2010. Kristiansand 2010.
5. Pedersen W. Hasjbruk hos unge voksne. Tidsskr Nor Lægeforen. 2008;128:1825-8.
6. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*. 2002;97:1123-35.
7. Strand N, vonSoest T. Young in Norway – Longitudinal. Documentation of design, variables and scale. Oslo 2006.
8. SBU. Behandling av alkohol- og narkotikaproblem. En evidensbasert kunnskapsmanntallning, Stockholm 2001.
9. Denis C, Lavie E, Fatseas M, Auria-combe M. Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;3:CD005336.
10. Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2001;21:55-64.
11. Budney AJ, Higgins ST, Radonovich KJ, Novy PL. Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:1051-61.
12. Marijuana Treatment Project Research G. Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:455-66.
13. Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Henderson CE, Greenbaum PE. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*. 2008;103:1660-70.
14. Lundqvist T. Haschprogrammet. Rådgivningsbyrå i Lund; 2009 [cited 2011 20110315]; Available from: <http://www.droginfo.com/haschprogrammet.shtml>.
15. Petrell B, Blomqvist J, Lundqvist T. Ut ur dimman. Stockholms: Stockholms Stad Velferd och utbildningsavdeling 2005
16. Ressurs i sentrum (RISK). Rusvaner blant ungdom skoleåret 2001-2002, Kristiansand: Kristiansand kommune; 2002
17. Lundqvist T. En guide for deg som vil slutte med hasj. Rådgivningsbyrå i narkotikafrågor. Lund, Sverige 1998.
18. Bolla KI, Brown K, Eldreth D, Tate K, Cadet JL. Dose-related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology*. 2002;59:1337-43.
19. Solowij N, Stephens RS, Roffman RA, Babor T, Kadden R, Miller M, et al. Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *JAMA*. 2002;287:1123-31.
20. Lundqvist T. Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions. *Pharmacol Biochem Behav*. 2005;81:319-30.
21. Pope HG, Jr., Gruber AJ, Hudson JI, Huestis MA, Yurgelun-Todd D. Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:909-15.
22. Budney AJ, Moore BA, Vandrey RG, Hughes JR. The time course and significance of cannabis withdrawal. *J Abnorm Psychol*. 2003;112:393-402.
23. Field TM. Massage therapy effects. *Am Psychol*. 1998;53:1270-81.
24. Field T. Massage therapy. *Med Clin North Am*. 2002;86:163-71.
25. Brewington V, Smith M, Lipton D. Acupuncture as a detoxification treatment: an analysis of controlled research. *J Subst Abuse Treat*. 1994;11:289-307.
26. White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006:CD000009.
27. Cui CL, Wu LZ, Luo F. Acupuncture for the treatment of drug addiction. *Neurochem Res*. 2008;33:2013-22.
28. Chen L, Zhang J, Li F, Qiu Y, Wang L, Li YH, et al. Endogenous anandamide and cannabinoid receptor-2 contribute to electroacupuncture analgesia in rats. *J Pain*. 2009;10:732-9.
29. Nicolaisen H. Rapport Cannabisprosjektet 2006 – 2008. 2010 [cited 2011 20110315]; Available from: <http://img4.custompublish.com/getfile.php/827253.764.truruurpx/Rapport-Cannabisprosjektet2006-2008.pdf?return=www.riorg.no>.
30. Razvan-Pasareanu A, Kristensen Ø. Kan man stole på selvrappotering av rusmiddelbruk? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2009;129:1774.
31. Helseth V, Lykke-Enger T, Aamo TO, Johnsen J. Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17–40 år innlagt med psykose. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005;125:1178-80.
32. Ramstrom J. Skader av hasj og marijuana – en gjennomgang av vitenskapelige studier av skadeomfanget av hasj. Oslo: Rusmiddeldirektoratet; 1999.

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.



SAMMENDRAG

Bakgrunn: Litteratur om utvikling av personsentrert demensomsorg og miljøbehandling viser at pleiekultur gjør endringer i et fagmiljø mer krevende.

Hensikt: Å utforske og beskrive personalerfaringer i sykehjemsavdelingen halvannet år etter at kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping (DCM) ble anvendt på én av to mulige personalgrupper i en sykehjemsavdeling i Norge. Studien søker å beskrive langtidserfaringer både for den personalgruppen som deltok i prosjektet, og for den gruppen som ikke deltok.

Metode: Studien benytter fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode, to fokusgrupper med til sammen ni deltakere fra samme avdeling. I tillegg ble avdelingsleder intervjuet individuelt. Data ble analysert ved å benytte prinsipper fra Kvaales og Thagaards metodebeskrivelser.

Resultater: Feedback fra DCM-kartleggingen ga prosjektgruppa et betydningsfullt læringsløft som utviklet praksiskunnskapen. Prosjektdeltakerne utviklet en sterk gruppekultur ved å oppfattes som endringsvillige og faglig dyktige.

Fordi kun én av de to personalgruppene i avdelingen erfarte DCM-verktøyet, ser det ut til å ha utviklet seg en sprikende pleiekultur med et skjevt styrkeforhold mellom avdelingens to personalgrupper.

Konklusjon: En sterk, balansert gruppekulturutvikling kan styrke pleiepersonalets fagutvikling, dersom DCM-feedback brukes som konkret og nyttig evaluering av miljøbehandling. En god fagutvikling bør imidlertid inkludere alle ansatte i en avdeling for å innføre og vedlikeholde en personsentrert omsorgskultur.

ENGLISH SUMMARY

Background: Literature concerning person-centred care and milieu therapy demonstrates that nursing culture makes changes in a professional unit more difficult.

Objective: To explore and describe the experiences of personnel in a nursing home unit, 1.5 years after using the Dementia Care Mapping (DCM) tool in one out of two possible personnel groups in a nursing home unit in Norway. The study seeks to describe the long-term experiences of both personnel groups.

Methods: The study uses focus group interviews in the collection of data,

with two focus groups with a total of nine participants from one nursing home unit. In addition an in-depth interview with the manager of the unit was conducted. Data was analysed by applying principles from Kvale's and Thagaard's perspectives on interview research.

Results: The feedback from the DCM tool gave the project group a considerable increase in learning, which in turn developed the group's practical knowledge. The participants developed a strong group culture, by being perceived as open to change and professionally competent. As only one of the two personnel groups in the

unit participated in the DCM project it seems to have developed a differentiated nursing culture and an imbalanced relationship between the unit's two personnel groups.

Conclusion: A strong and balanced development of group culture could strengthen the professional development of the personnel, if the DCM feedback is used as a useful evaluation of the milieu therapy. However, professional development should include the entire staff of a unit, to introduce and maintain a person-centred care.

Keywords: dementia, care, culture, nursing home, management.

» Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling

Forfattere: Nina Jøranson
og Solveig Hauge

NØKKELORD

- Demens
- Omsorg
- Kultur
- Sykehjem
- Ledelse

INNLEDNING

De fleste ansatte i norske sykehjem har daglig omsorg for personer med demens (1). Å utøve demensomsorg utfordrer pleierens relasjonelle kompetanse og stiller store krav til deres kunnskaper om demens og ikke minst til kunnskap om hvordan egen væremåte påvirker kvaliteten på demensomsorgen. Det er utviklet en rekke teorier og modeller for å forbedre kvaliteten på de ansattes samhandling med personer med demens, av blant andre Kitwood (2), Cohen-Mansfield et. al (3), McCormack og McCance (4). Kitwood har, med utgangspunkt i sin teori om personsentrert omsorg, utviklet kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping (DCM) (2, 5, 6). Verktøyets hensikt er å kvalitetsforbedre demensomsorgen

gjennom å utvikle mer personsentrert omsorg. Det skjer ved å observere hvordan demensrammete opplever relasjoner og deltagelse i aktiviteter i avdelingen. I tillegg kartlegges pasientens humør og/eller engasjement. Dessuten observeres personalets positive eller negative omsorgspraksis, som en «temperaturmåling» av pleiekulturen (2). Resultatene bearbejdes og presenteres for personalet med fokus på forbedringsområder for enkeltindividene, og i holdninger og handlinger i miljøbehandlingene (6).

DCM er altså en læringsprosess som påvirker hver enkelt ansatt på en personlig og dyptgripende måte. En britisk litteraturgjennomgang viser at kartleggers tilbakemeldinger kan oppleves som krevende for personalet, og det etterlyses mer studier av personalets opplevelse ved bruk av DCM (7). En britisk studie over tre år viser at langtidsbruk av DCM reduserer personalets engstelse for å bli kartlagt dersom de utvikler forståelse for hensikten med kartleggingen (8). En dansk intervjustudie av personale, som har lang erfaring med DCM-

prosess, avdekker at de ansatte opplever pasientrelasjonene som «uendelige» fordi man ikke selv klarer å avgjøre når nivået på den personsentrerte omsorgen er god nok (9). Det finnes én norsk studie om implementering av DCM i en skjermet enhet. Etter hver kartlegging med feedback ble det anvendt fokusgruppeintervju for å beskrive personalets erfaringer. Funnene viser bare

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen beskriver hvordan kartleggingsverktøyet DCM førte til at de ansatte ble mer oppmerksomme på beboernes behov og på sin egen omsorgspraksis.

Mer om forfatter:

Nina Jøranson er sykepleier med videreutdanning i aldersdemens samt master i sykepleievitenskap, UiO. Hun jobber som avdelings- sykepleier på skjermet enhet, Sofienbergsenteret, Kirkens Bymisjon, Oslo. Solveig Hauge er sykepleier og ansatt som førsteperson ved Institutt for helsefag, Høgskolen i Telemark. Hun har en bistilling ved Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Kontakt: nina.joranson@bymisjon.no

positive personalerfaringer med kartlegging og tilbakemelding, samtidig som de ansatte uttrykte stort behov for å reflektere over egen praksis (10).

Det interessante med det norske DCM-prosjektet er at implementeringen bare ble gjennomført i halve personalgruppen i en avdeling. I tillegg ble det et kortvarig prosjekt som ikke kunne videreføres grunnet mangel på DCM-kartleggere. Ifølge Brooker og Surr (6) bør kartleggingsprosessen gjenntas jevnlig, for eksempel hvert halvår, for å forbedre og vedlikeholde utviklingsprosess av både personsentrert omsorg og pleiekultur. Det er derfor relevant å utforske hva som skjer i en pleiekultur når en del av de ansatte deltar i et tidsavgrenset prosjekt, som i så stor grad griper inn i de ansattes personlige fagutøvelse. Hensikten med denne artikkelen er derfor å utforske og beskrive hvordan DCM-prosjektet har påvirket hele avdelingens pleiekultur. Problemstillingen vi vil besvare er følgende: Hvilke langtidserfaringer beskriver personalgruppene i avdelingen halvannet år etter et DCM-prosjekt?

ENDRING AV PLEIEKULTUR

For bedre å forstå og fortolke våre empiriske data har vi

pleiekulturen som forholdsvis stabil og enhetlig innenfor et avgrenset arbeidsfellesskap. Moser (12) tegner med sin studie av pleiekulturen i sykehjem et mer mangfoldig bilde. Moser beskriver tre ulike kulturer, eller logikker, som lever side ved side i demensomsorgen; en resignert somatiserende logikk (tradisjonelt, medisinsk syn), en relasjonell (re) habiliterende logikk (individorientert) og en økonomisk-administrativ logikk (driftsmidler regulerer aktivitetsnivået). Poenget er at pleiekulturer med ulike verdier og normer lever side om side innenfor samme arbeidsfellesskap.

DCM-verktøyet søker å påvirke pleiekulturen mot å bli mer relasjonell. Spørsmålet blir om dette er mulig når vi vet at endring av pleiekulturer er svært krevende og tar lang tid. Organisasjonsutvikleren Peter Senge (13) mener at det er mulig å få til endringer gjennom læring i en gruppe eller virksomhet gjennom systematisk arbeid. En kombinasjon av personlig mestring, utvikling av mentale modeller, felles visjoner og gruppeprosesser, og ikke minst en overordnet forståelse for helheten i en organisasjon, er vesentlige for å få til varige endringer. Et viktig suksesskriterium er at ansatte forstår hensikten med endret

DESIGN OG METODE

Studien har et utforskende, fortolkende og beskrivende design. Det eneste sykehjemmet i Norge som, ved denne studiens start, hadde brukt DCM systematisk, ble kontaktet med forespørsel om å delta i vår studie. Her var DCM brukt i én av pleiegruppene ved en demensavdeling. Den andre pleiegruppa i avdelingen deltok ikke i DCM-prosjektet. Sykehjemmet var behjelpelig med å rekruttere forskningsdeltakere. Følgende utvalg ble gjort:

- *Den gruppen som hadde erfaring med DCM – kalt prosjektgruppa.* Her deltok alle pleierne som hadde vært med i DCM-prosjektet, én sykepleier og tre hjelpepleiere.
- *Den gruppen som ikke deltok i DCM-prosjektet – kalt arbeidsgruppa.* Inklusjonskriteriene her var store, primært faste stillinger (over 70 prosent), eventuelt langtidsvikariater. Arbeidsgruppa besto av én sykepleier, én vernepleier, to hjelpepleiere og én avdelingsassistent. Alle jobbet i avdelingen under DCM-prosjektet.
- *Avdelingsleder.* Avdelingsleder ble inkludert for å belyse og eventuelt styrke funnene fra et mer overordnet perspektiv.

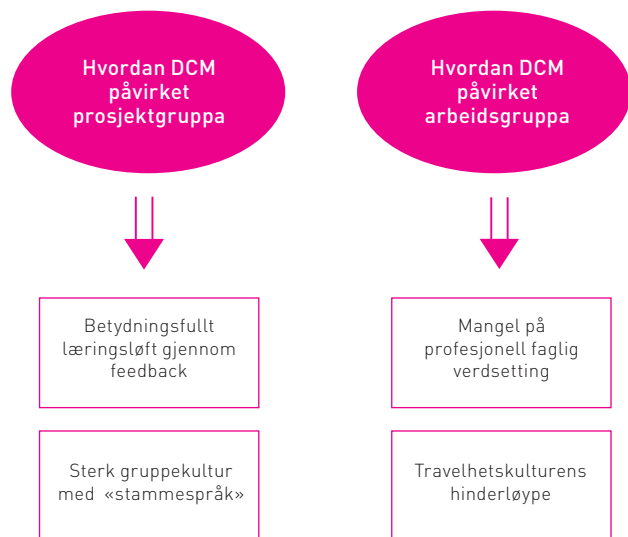
Studien er håndtert i samsvar med anerkjente etiske retningslinjer og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Data ble innsamlet gjennom to fokusgruppeintervju, ett for hver av personalgruppene. Fokusgruppeintervju ble valgt for å få utfyllende beskrivelser av personalets felles erfaringer, synspunkter eller holdninger i samhandlingsmiljøet (14, 15, 16). En semistrukturert intervjuguide ble anvendt for å gi

” Verktøyets hensikt er å kvalitetsforbedre demensomsorgen ved å utvikle mer personsentrert omsorg.

anvendt teoretiske perspektiver om pleiekultur. Pleiekulturen er et faglig fellesskap der faglige og personlige verdier og normer er vevd tett sammen (11). I Hamrans studie om pleiekulturen i sykehus beskrives

arbeidsmåte. Med utgangspunkt i disse teoretiske perspektivene tenker vi at pleiekulturen på den ene siden kan være forholdsvis stabil og uforanderlig, samtidig som den bærer i seg muligheter for endring og utvikling.

FIGUR 1: Kategorier og underkategorier



rom for deltakernes refleksjoner. Fokusgruppedeltakerne ble oppfordret til å stille spørsmål til hverandre og kommentere hverandres uttalelser (14, 17). Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Den fortettede teksten ble gjenstand for systematisk tekstanalyse i flere runder og på flere nivåer, inspirert av både Kvale (15) og Thagaard (18). I den fortettede teksten ble det lett etter meningsenheter, som ble analysert og systematisert i subkategorier og til slutt samlet i hovedkategorier.

Første trinn i analysen besto i å lete etter meningsenheter, som ble skilt ut fra teksten i form av foreløpige kategorier (15). Vi startet med å analysere intervjuet med prosjektgruppa, deretter gjennomførte vi den samme analyseformen med intervjuet med arbeidsgruppa, og til slutt med avdelingslederen. I analysetrinn ble de foreløpige kategoriene

for hver gruppe sammenliknet for å se etter felles erfaringer og meninger, og problemstillingen ble aktivt brukt for å drive frem analysen. Gjennom flere runder endte analysen opp med to hovedkategorier og tilhørende subkategorier. Analysen gikk fra det generelle til det spesielle, fra empiriske data nedenfra og opp (18). I analysetrinn tre ble de to hovedkategoriene abstrahert i en samlet, overordnet fortolkning. I dette trinnet arbeidet vi mer deduktivt, der både teori om pleiekultur (11, 12) og teori om utvikling av læring i organisasjoner (13) hadde betydning for vår fortolkning av datamaterialet.

RESULTATER

Ut fra hensikten om å studere personalets langtidserfaringer med bruk av DCM ble det naturlig å dele funnene inn i to hovedkategorier. I figur 1 er de fremstilt skjematisert for å tyde-

liggjøre hovedfunn med underkategorier.

ERFARINGER

Prosjektgruppen

Prosjektdeltakerne beskrev økt bevisstgjøring på hvordan de utøver sin daglige omsorg, og hvordan deres handlinger, og eventuelt mangel på handlinger, påvirker pasientenes opplevelser. Tilbakemeldingene ble primært beskrevet som et læringsløft. Gode tilbakemeldinger gjennom DCM-tilbakemelding opplevde de som en forsterking av pasientfokuset, uttrykt som: «Jeg er helt overbevist om at det gjør noe med min måte å være sammen med pasientene på. Jeg er blitt enda tryggere i min rolle og ser kanskje enda mer det individuelle i hver pasient.»

Deltakerne hadde erfart at små endringer ga positive effekter. Gjennom konkrete tilbakemeldinger fikk de ny forståelse for betydningen av hvor viktig det er å gjøre selv små detaljer overfor den enkelte. Tilbakemeldinger fra observasjonene bevisstgjorde dem også på hvilke pasienter som ikke opplever noen form for stimulering over lang tid (det vil si mer enn 30 minutter): «Det er jo viktig at den personen også får noe, for eksempel kontakt minst hver halve time, selv om han er rolig.»

DCM tydeliggjorde hvor viktig det er for enkeltindividet at man gir en form for positiv oppmerksomhet. Slike konkrete tilbakemeldinger ble derfor en bekreftelse på deres dyktighet og faglige forståelse.

Videre uttrykte prosjektgruppa en samlet stolthet og trygghet, og de beskrev et sterkere samhold etter prosjektet. Den økte selvtiliten og samhol-

det deres er tolket som utvikling av et «stammespråk». De beskrev rytmen i sitt arbeidsfellesskap som en form for «fin flyt», fordi arbeidet går lett unna og de forstår selv små hint fra hverandre. Dette gjør at de foretrekker å arbeide med hverandre, slik en av dem beskriver: «Du kan si at du blir nesten litt mer glad i de småtingene du vet du gjør som er riktig. Og derfor er det nesten sånn at det er bedre å jobbe med folk som har vært borti dette (DCM), som er kjente.»

Opplevelsen av å tilhøre en spesielt kvalifisert gruppe i avdelingen gjorde at prosjektgruppa beskrev selvtilitt og trygghet i egen fagutøvelse. Samtidig syntes de det ble mer krevende å arbeide sammen med kollegaer, som ikke hadde deltatt i DCM-prosjektet, fordi de ikke jobbet på samme måten som prosjekt-deltakerne.

Arbeidsgruppen

Arbeidsgruppa hadde i utgangspunktet en viss kjennskap til personsentrert omsorg fordi avdelingslederen gjennom flere år hadde jobbet med utvikling av personsentrert omsorg i hele personalgruppa. I tillegg viderefremmet avdelingslederen kunnskap fra prosjektgruppas DCM-kartlegging til arbeidsgruppa gjennom å bruke konkrete, gode erfaringer fra prosjektgruppas tilbakemelding. De fleste erfarte at de hadde lært noe nytt: «For min del så har det vært litt sånn at det her, det er læring. Fått noen nye ideer som virker fra dem som var med på den andre siden, og så gjør vi det samme. Ja, det fungerer.»

Til tross for opplevelsen av å ha lært noe nytt, har vi tolket hovedbeskrivelsen til arbeidsgruppa som en opplevelse av

mangel på profesjonell faglig verdsetting. Denne manglende verdsettingen var knyttet til ujevn fordeling av systematisk veiledning og oppfølging gruppe imellom. Prosjektgruppa fikk oppmerksomhet og viktig faglig læring, noe som ikke i like stor grad ble arbeidsgruppa til del. «De har jo prøvd å fortelle det videre til oss. Det er nok noe med hvordan du henvender deg, at vi er flinke til å spørre «vil du ha ...»

Når det i intervju med arbeidsgruppa ble uttrykt at «det er nok noe med hvordan», tolker vi det som et uttrykk for at kunnskapen de ervervet ikke ble like dyptgripende. De ble ikke personlig involvert i kunnskapsutviklingen, slik prosjektgruppa ble. Et annet fenomen som også preget arbeidsgruppa var at de i løpet av intervjuet brukte mye tid på å beskrive sin travelhet i hverdagen. De beskrev for eksempel opplevd ekstraarbeid knyttet til vedtatte og innførte endringer i avdelingen, slik som «stille rapport» i vaktskiftet, samt nyinnført elektronisk dokumentasjonssystem (EPJ). «Og så er det et dilemma med tiden min også – skal jeg sitte på overtid å gjøre det (lese oppdaterte pleieplaner) eller skal jeg ikke? Jeg har bestemt for at jeg ikke skal gjøre det.»

I sine beskrivelser kan det synes som om det de hadde lært i forbindelse med DCM-prosessen ble overskygget av deres opplevelser av hverdagens travelhet.

FORTOLKNING AV FUNN

En overordnet fortolkning av funnene indikerer en iøynefallende skjevhet mellom gruppene. Prosjektgruppa ble i utgangspunktet valgt ut til å delta i prosjektet fordi de utgjorde en stabil gruppe ansatte. Gjennom

DCM-prosjektet fikk de «alt»: Økt teoretisk kunnskap, tett oppfølging av avdelingssykepleier, veiledning og konkrete tilbakemeldinger av en faglig anerkjent kartlegger. Samlet sett synes dette å ha styrket deres faglige selvtilitt og læringsvilje. Arbeidsgruppa bar ikke preg av den samme personalstabiliteten i utgangspunktet. Gjennom DCM-prosjektet hadde de lært mer om personsentrert omsorg, men gruppa ble aldri gjenstand for like stor oppmerksomhet og fikk heller ikke konkrete tilbakemeldinger på egen fagutøvelse. Samlet sett synes det som om arbeidsgruppa ikke fikk den samme personlige dybde-kunnskapen om personsentrert omsorg.

DISKUSJON

Resultatene i denne studien tyder for det første på at de som deltok i DCM-prosjektet hadde positive erfaringer knyttet til bruk av metoden så lenge som halvannet år etter prosjektslutt. Ingen uttrykte å oppleve kartlegging som truende eller vanskelig. De ga tvert imot uttrykk for at de opplevde prosjektet som et læringsløft. De uttrykte dermed ingen av de negative erfaringene som er beskrevet i andre studier der DCM er brukt (7, 8, 19). Rokstad (10), som intervjuet den samme personalgruppen under og umiddelbart etter gjennomføring av prosjektet, fikk også bare positive beskrivelser. Vår studie støtter disse funnene etter gjennomføring av DCM-prosjektet. I tillegg tyder våre funn på at denne positive erfaringen med bruk av DCM synes å holde seg også lenge etter at det formelle prosjektet er avsluttet.

Hvordan kan vi så forstå og forklare en slik positiv beskri-

velse? Kanskje det handler om at bare en del av staben var utvalgt til å delta, at de ble en kulturelt avgrenset gruppe med spesiell og verdifull kompetanse. De framstår som en «stamme» med sin egen kultur innfelt i en større kulturell ramme, et fenomen beskrevet i litteratur om bedriftskulturen (20). De kan også fremstå som et eksempel på Mosers (12) beskrivelser fra demensomsorgen, der hun finner at ulike kulturer kan leve side ved side i en sykehjemsavdeling. Videre kan dette handle om at kartleggeren var spesielt dyktig til å gjøre hensikten med kartlegging og personsentrert omsorg forståelig, slik Senge (13) hevder er nødvendig for å få til endring i en kultur. Betydningen av endringsvillighet støttes i en britisk litteraturgjennomgang om DCM-implementering. Der erfares effekten av DCM-implementering som mest vellykket i avdelinger som er veldrevet og godt bemannet, og har læringsvillige ansatte (7). En annen medvirkende faktor kan være at kartlegger greide å formidle behovene for ytterligere kvalitetsforbedring på en måte som ikke ble opplevd som personlig truede.

Det er videre interessant at prosjektgruppa opplevde DCM-prosjektet som positivt så lenge som halvannet år etter implementering. Ifølge litteraturen (2, 6–8) handler DCM-prosessen om regelmessige kartlegginger, minst årlig og gjerne hvert halvår, for å opprettholde og videreføre utviklingen. Avdelingen har ikke hatt DCM-oppfølgning i etterkant. Derfor er det interessant at prosjektgruppa, som har hatt introduksjon og en rekartlegging etter fire måneder, fortsatt tydelig ser hensikten med personsentrert omsorg

når de beskriver sin fagutøvelse halvannet år etter prosjektslutt. Det kan se ut som det hadde utviklet seg klare normer for god demensomsorg i prosjektgruppa og at de var blitt bærere av en hensiktsmessig pleiekultur i jobben de gjør overfor personer

” De som deltok i DCM-prosjektet hadde positive erfaringer knyttet til bruk av metoden så lenge som halvannet år etter prosjektslutt.

med demens (11). En slik utvikling er i tråd med funnene i en amerikansk sykehjemsstudie. Studien understreker at trygge, sterke og endringsvillige grupper står bedre rustet til å videreutvikle seg når det har utviklet seg en aksept i pleiekulturen om å være dyktig innen sitt fagfelt (21).

For det andre viser funn i vår studie at arbeidsgruppen, til tross for avdelingsleders aktive tiltak for å overføre læring fra prosjektgruppa, opplevde at de fikk mindre oppmerksomhet og opplæring. Det kan ha ført dem inn i en situasjon der de følte seg mindre verdsatt og annerledes enn prosjektgruppa. De fikk heller ikke den samme dype forståelsen av personsentrert omsorg. Dermed ble de ikke gitt muligheten til å forstå hensikten med DCM, noe Senge (13) hevder er helt grunnleggende for å være med på å endre kulturelle normer i en gruppe. Å velge fokus på praktisk omsorg er en måte å mestre uoversiktlige situasjoner på (19). Dette kan kanskje forklare at de fokuserte så sterkt på travelhet og på problemer rundt gjennomføring av avdelingsrutiner. De ble med andre ord ikke inkludert i det pleiefaglige fellesskapet som ga dem mulighet til et mer dyptgripende perspektivskifte.

For det tredje tyder vår overordnede fortolkning på at det er mulig å utvikle, eventuelt forsterke, flere subkulturer i en avdeling, slik Moser beskriver. Implementering av DCM, som i utgangspunktet skulle forbedre kvaliteten på omsorgen, hadde

også en sideeffekt, nemlig at det ble skapt en oppdelt pleiekultur. Hovedgrunnen til dette var trolig at bare halve avdelingen ble involvert. Vi vet imidlertid lite om hva som hadde skjedd dersom hele avdelingen hadde deltatt i prosjektet. Det kan stilles spørsmål ved om effekten av implementeringen hadde vært like langvarig dersom alle i avdelingen deltok. Kanskje effekten ble så robust nettopp fordi det fikk utviklet seg en «stammekultur» i kulturen.

METODISKE REFLEKSJONER

Fokusgruppeintervju er spesielt utfordrende i denne studien fordi avdelingen viste seg å være så tydelig delt i to grupper. I denne sammenheng kan det være en svakhet fordi særlig prosjektgruppa syntes å utgjøre en tett sammensveiset gruppe, som også kan begrense muligheter for å uttrykke uenighet eller negative erfaringer. Individuelt intervju kunne gitt tilgang til hver enkelts erfaringer uten den kontrollen som alltid vil ligge i en gruppesamtale. Vi har derfor vært årvåkne i vår fortolkning av prosjektgruppas beskrivelser. I selve intervjusituasjonen ble det lagt vekt på åpen dialog, og negative erfaringer ble eksplisitt etterspurt.

Den samlede forståelse av intervjusituasjonen og konsistensen i gruppenes beskrivelse gir oss likevel grunn til å feste lit til gruppemedlemmenes beskrivelser. Deltakende observasjon hadde vært en velegnet metode for å belyse vår problemstilling, men studiens ramme gjorde det umulig å bruke en så tidkrevende metodisk tilnærming.

KONKLUSJON

En læringsprosess der DCM-kartlegging ble brukt som verktøy for å utvikle personsentrert

omsorg, synes å ha gitt et positivt og langvarig læringsløft for de ansatte som har deltatt. Når bare deler av arbeidslaget i en avdeling blir involverte, kan det se ut til å utvikle seg en skjev gruppekultur der en gruppe får mye oppmerksomhet og faglig utvikling, mens en annen gruppe ikke blir gitt de samme mulighetene. En god fagutvikling bør derfor inkludere alle ansatte i en avdeling om man ønsker å innføre og vedlikeholde endringer i en pleiekultur. DCM synes å være

et effektivt hjelpemiddel ved utvikling av en pleiekultur. En slik endringsprosess bør imidlertid omfatte alle i en avdeling for å hindre utvikling av skjevheter mellom arbeidsgruppene. Videre er det behov for større studier om personalets erfaring ved langvarig (mer en to år) bruk av DCM-kartlegging som endringsverktøy. Fordi DCM utfordrer pleiekulturen bør studier også ha fokus på endringsledelse, arbeidsmiljøvurderinger, personalpolitikk og tjenesteorganisering.

REFERANSER

1. Demensplan 2015 «Den gode dagen». Delplan til Stortingsmelding 25 (2005–2006). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 2007.
2. Kitwood, T. En revurdering af demens – personen kommer i første rekke. Frederikshavn: Dafolo Forlag. 1999.
3. Cohen-Mansfield, J, Thein, K, Dakheel-Ali, M, & Marx, MS Engaging nursing home residents with dementia in activities: The effects of modeling, presentation order, time of day, and setting characteristics. *Aging & Mental Health* 2010;14:471–480
4. McCormack, B, & McCance, TV. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2006;56:472-479.
5. Brooker, D. What is person-centred care in dementia? *Clinical Gerontology* 2004;13:215-22.
6. Brooker, D og Surr, C. Dementia Care Mapping: Principper og praksis. Bradford Dementia Group, Division of Dementia Studies. Birkerød: Daniæ. 2007.
7. Beavies, D, Simpson, S og Graham, I. A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002;9:725-36.
8. Brooker, D, Foster, N, Banner, A, Payne, M og Jackson, L. The efficacy

- of Dementia Care Mapping as an audit, tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Ageing & Mental Health*; 1998;2:6070.
9. Nissen, T. DCM og «Blomsten» i Demenscentret Pilehuset, en analyse af styringsteknologiers adoption, implementering og anvendelse. Masteroppgave. Copenhagen Business School. 2008.
10. Rokstad, AMM Dementia Care Mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem? Klinisk masteroppgave i helse- og sosialfag. Molde: Høgskolen i Molde, 2008.
11. Hamran, T. Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1992.
12. Moser, I. Behandlingskulturer i skjermet enhet i sykehjem. *Omsorg* 2008;1:13-18
13. Senge, P. Den femte disiplin: Kunsten å utvikle den lærende organisasjon. Oslo: Egmont Hjemmets bokforlag. 1999.
14. Knizec, B. Interview – design og perspektiv. I: M. Lorensen (red.) Spørsmålet bestemmer metoden. *Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006:33-65.
15. Kvale, S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
16. Polit, D og Beck, C. Nursing Rese-

- arch. Principles and Methods. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
17. Krueger, R og Casey, M. Focus Groups. A practical guide for applied research. 3rd edition. Thousand Oaks: Sage, 2000.
18. Thagaard, T. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget. 2003.
19. Müller-Hergl, C. The role of the «trusted stranger» in DCM feedback. *Journal of Dementia Care*; 2004:march/april
20. Jensen, IS. Ona fyr. For deg som vil lykkes sammen med andre. Oslo: Dinamo Forlag, 2002.
21. Scott-Cawziell, J. Are Nursing Homes Ready to Create Sustainable Improvements? *Journal of Nursing Care Quality*; 2005;20:203-7.

Kunnskap øker interessen for faget

> Dementia Care Mapping hjelper oss til å se hva vi gjør bra og dårlig i arbeidet med personer med demens.



Av Anne Ekren
Sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Personsentrert omsorg har stor betydning for hvordan personer med demens opplever hverdagen på en sykehjemsavdeling. Artikkelen beskriver hvordan Dementia Care Mapping gir en gruppe av personalet et kunnskapsløft i personsentrert pasienttilnærming.

For å få til en varig endring i pleiekulturen, og en god fagutvikling i en hel avdeling, viser artikkelen at man må inkludere alle ansatte. Dette er viktig kunnskap for alle som jobber med personer med demens, og viktig å tenke på for lederne. Gjennom 26 år på ulike avdelinger på Stange sykehjem har jeg mye erfaring fra direkte pasientarbeid. Utfordrende atferd hos personer med demens er ikke uvanlig i vår hverdag. Vi må alltid fokusere på hva som utløser atferden. Er det noe i vår tilnæringsmåte som gjør at pasienten reagerer som han gjør?

Dementia care mapping hjelper oss med å se oss selv i samspill med personen med demens. Selv

om vi har kunnskap om hvordan vi skal opptre, for eksempel at vi skal opptre rolig og være til stede for pasienten og så videre, er det ikke alltid kunnskapen blir praktisert. Det er viktig å få tilbakemeldinger, slik at vi kan endre vår tilnærming. Det er personalet som må tilpasse seg pasienten og ikke omvendt. Pasienten har en sykdom som gjør at han oppfører seg slik han gjør. Kunnskapsrike kollegaer som er oppmerksomme på dette, er viktig å ta vare på.

At en personalgruppe fortsatt kan ha nytte av et læringsløft halvannet år etter at et prosjekt er avsluttet, ser jeg i sammenheng med at gruppa på forhånd var veldig stabil. De hadde lært en del om personsentrert omsorg på forhånd, og virket interessert i å lære mer. Min erfaring er at kunnskapsrike medarbeidere har lyst til å bygge videre på den kunnskapen de allerede har. I en pleiekultur der du jobber personsentrert, mener jeg at du hele

tiden kan være i forkant og jobbe forebyggende. Slik kan vi unngå situasjoner som oppleves utfordrende for oss, og som er vonde for pasientene.

Artikkelen konkluderer med at en god fagutvikling bør inkludere alle ansatte i en avdeling. Dette er viktig kunnskap å ha når prosjekter skal settes i gang. Jeg har erfart at samhold og enighet blant personalet er utrolig viktig for å gi pasientene et godt tilbud. Ulike pleiekulturer i en avdeling gjør det vanskelig å få til helhet i avdelingen og dermed vansker med å få til varig og stabil endring. Ny kunnskap som alle får ta del i, er lettere å «ta i bruk».

Jeg opplever at jo mer kunnskap du tilegner deg jo, mer interessant blir jobben. Et kunnskapsløft til alle i en avdeling, vil gi pasientene våre flere gode øyeblikk.

Les artikkelen på side 376





Foto: Colourbox



BEDRE HYGIENE HALVERTE SYKEHUSINFEKSJONER

› Hygienesykepleier Liv Hellen Skjold Rafoss har stått i spissen for pilotprosjekt på sykehushygiene.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Svein Løvland**

Helt siden Semmelweis har man visst at god hygiene er essensielt for å unngå infeksjoner hos pasienter innlagt i sykehus. Et nytt eksempel på norsk forskning som underbygger dette er sykepleier og cand.san Mette Fagernes' doktorgrad som påviser at finger-ringer fører til økt forekomst av sykdomsfremkallende bakterier på hendene.

NULLTOLERANSE

Ved Sørlandet sykehus, Flekkefjord har et nulltoleranseprosjekt på smittevern gitt gode resultater. Det forskningsbaserte prosjektet ble ledet av Liv Hellen Skjold Rafoss, som er operasjonssykepleier med videreutdanning i steril forsyningsansvar og hygienesykepleie. Rafoss er ansatt som hygienesykepleier i smittevernenheten ved Sørlandet sykehus og var primus

motor fra prosjektets første dag. – En av ti pasienter blir påført infeksjon ved innleggelse i sykehus, understreker hun.

– Målet med nulltoleranseprosjektet var å få ned sykehuspåførte infeksjoner og dermed bedre pasientsikkerheten.

Rafoss mener at hygiene og smittevern ofte er et nedprioritert tema ved norske sykehus og viser til at medisinerstudentene knapt har smittevern på pensum. Hun påpeker at sykepleierne ofte har mer kunnskap enn leger om hygiene og dermed er mer opp-tatt av det.

– Men vi så at selv om kunnskapen om verdien av mange grunnleggende hygienetiltak er forskningsbasert, gikk mange av våre ansatte med ringer og klokker på jobb, forteller Rafoss.

LEDELSEN MED

Hun mener at nøkkelen til at prosjektet ble så vellykket skyldtes at det var forankret i sykehusledelsen. Neste skritt var å skape

eierskap til prosjektet blant de ansatte.

– Prosjektet omfattet absolutt alle de 450 ansatte ved sykehuset, fra radiografer til renholdspersonell. Vi opplevde mye sukk og stønning i starten, innrømmer Rafoss.

– Folk mente de kunne dette godt nok fra før.

Men etter å ha etablert en prosjektgruppe med leger, sykepleiere og ledere fra alle avdelinger, som alle støttet og gikk inn for prosjektet, gikk det raskt fremover.

– De sentrale innsatsområdene når det gjelder grunnleggende sykehushygiene er arbeidsan-trekk, basale smittevernrutiner, isolering og ikke minst kunnskap om sykehusets infeksjonskontrollprogram, forteller Rafoss.

HOLDNING OG KUNNSKAP

Prosjektet var tuftet på obligatorisk undervisning, sjekklister og spørreundersøkelser.

– Holdninger til og kunnskap om hygiene blant sykehusansatte



> **BEDRET HYGIENE:** Liv Hellen Skjold Rafoss har ledet nulltoleranseprosjektet ved Sørlandet sykehus i Flekkefjord.

er helt vesentlig. Vi opplevde at de negative reaksjonene i starten av prosjektet snudde gjennom undervisning og informasjon. De ansatte endret holdninger og ble gradvis mer opptatt av egne og andres smittevernrutiner, sier Rafoss.

– Alle ansatte måtte fylle ut sjekklister, besvare spørreskjema og få opplæring i smittevern, forteller hun.

Det er i tillegg innført målbare observasjonsrutiner.

– Vi har jevnlig observasjon av våre ansatte. En anonym person noterer ned alle brudd på reglementet, som at folk går med smykker eller bruker grønn uniform utenfor operasjonssalen.

AV MED KLOKKEN

– Til og med legene ved Flekkefjord sykehus har tatt av seg klokkene, forteller Rafoss.

Hun synes det er artig å observere hvordan de ansatte har fått en skjerpet innstilling til smittevern rutiner.

– De er blitt veldig kritiske her på sykehuset og mange blir dypt sjokkerte når de ser at andre ansatte går med armbåndsur eller ringer. Denne formen for intern sanksjonering kommer i aller høyeste grad pasientene til gode, mener hun.

” En av ti pasienter blir påført infeksjon ved innleggelse i sykehus.

– Vi har sett veldig gode resultater av prosjektet. Ingen av de ansatte ved sykehuset går med ringer eller armbånd lenger. Og vi ser aldri en grønn uniform utenfor operasjonssalen.

Måling av antall urinveisinfeksjoner viser at disse har gått

kraftig ned etter nulltoleranseprosjektet.

– Sykehuspåførte urinveisinfeksjoner ved sykehuset har gått ned fra 1,4 til 0,6 prosent.

IKKE PERFEKT

Rafoss innrømmer at selv om det har vært morsomt å lede et så vellykket prosjekt, har det samtidig vært arbeids- og tidkrevende.

– Det er viktig ikke å frem-

stille resultatet som perfekt, understreker hun.

– Vi har mange utfordringer foran oss. Og selv om vi har kommet langt, har vi fremdeles et stykke arbeid å gjøre, for eksempel når det gjelder isolering.

SØVN KAN GJØRE OSS FRISKERE

› Linda Bakken mener sykepleiere kan bidra til at pasientene sover bedre.

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Erik M. Sundt

– Vi bruker 1/3 av livet vårt på å sove. Søvn er viktig for alle mennesker, men spesielt viktig ved sykdom. Jeg synes det er rart at det ikke er større interesse for søvn blant sykepleiere generelt, sier Linda Bakken, sykepleieforsker og stipendiat på Høgskolen i Buskerud.

– Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om søvn, det er de som ser mest til pasienten til alle tider av døgnet.

SØVN HOS SLAGPASIENTER

Bakken ser det som et poeng å bruke forskningen aktivt i undervisningen.

– Å lære å søke opp artikler, samle data og tolke resultater er nyttig kunnskap for studentene.

Som et ledd i sin doktoravhandling har hun og fire andre kolleger nylig publisert en artikkel om søvn hos slagpasienter. Artikkelen beskriver funn fra en undersøkelse der 119 slagpasienter fikk kartlagt

søvnen i akuttfasen etter slaget.

– Vi fant at slagpasientene i undersøkelsen våknet gjennomsnittlig tretten ganger i løpet av natten, forteller Bakken.

– Det vanlige for en frisk voksen er å våkne fire-fem ganger hver natt.

Pasientene som sov hjemme rett etter slaget våknet ikke så ofte som de som sov på sykehus.

– Dette kan bety at de som sov på sykehus ble forstyrret av lydene på sykehuset; dører som åpnes og lukkes, maskiner somurrer og går og lys, sier Bakken.

– Men det kan også skyldes at pasientene på sykehuset var dårligere enn de som kunne sove hjemme og derfor sov dårligere.

SAMARBEID

– *Hvorfor begynte du å forske på akkurat søvn?*

– Det var tilfeldig. Doktorgradsarbeidet mitt er et ledd i et større samarbeidsprosjekt som heter Post Stroke Fatigue (PS), som undersøker tretthet og utmattelse etter hjerneslag, forteller Bakken.

Linda Bakken

f. 1961

Utdanning: Sykepleier, cand. san.

Arbeidssted: Stipendiat ved Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag

PS er et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Buskerud, Sykehuset Buskerud og Aker universitetssykehus. Også atferdsfag på universitetene i Oslo, California og San Francisco, er engasjert i prosjektet. Bakken fikk valget mellom å forske på depresjon eller søvn og valgte det siste.

– Jeg er veldig glad det ble søvn. Det er morsomt å jobbe med noe som ikke så mange andre driver med, samtidig som det er veldig allmennmenneskelig og lett å snakke om. Det å ha en sykdom er veldig spesifikt, men det å sove dårlig er noe vi alle opplever før eller siden.

Hun mener søvn er en viktig helsefremmende faktor.

– Forebygging og rehabilitering er viktig temaer både politisk og faglig. Kjerneområder i den forbindelse er ernæring, aktivitet og søvn.

Selv om forskning på søvn er relativt nytt og ikke så mange driver med det, har det skjedd mye på feltet de siste ti-femten årene.

– Søvn har fått større plass i



lærebøkene, både på sykepleie- og medisinstudiet, sier Bakken.

– Mye av det man vet om søvn i dag er oppdaget i løpet av de siste femti årene.

MÅLER SØVN

For å finne ut hvor ofte slagpasientene som deltok i undersøkelsen våknet i løpet av natten, benyttet Bakken aktigrafer. En aktigraf er et klokkeliknende apparat som festes rundt pasientens håndledd. Pasientene hadde aktigrafer på i tre døgn hver sjettemåned i halvannet år etter slaget.

– Ved å bruke måleapparater, som for eksempel aktigrafer, kan vi måle den objektive søvnen, forteller Bakken.

– Den objektive søvnen samsvarer ikke nødvendigvis med den subjektive søvnen, som er søvnen slik den oppleves av pasienten selv.

Bakken forteller at aktigrafen måler pasientens bevegelser hele døgnet samt at det registreres antall oppvåkninger og våkentid i løpet av døgnet i minutter og prosent. Ut ifra dette estimeres pasientens søvn.

” ” Søvn er en viktig del av rehabiliteringen.

– Dette er en gruppe eldre pasienter som har vært alvorlig syke og som derfor kanskje trenger å sove om dagen også, poengterer hun.

– Søvn er en viktig del av rehabiliteringen og kan ha rehabiliterende effekt i seg selv. Rehabilitering krever mye energi og det får vi av å sove godt. Slagpasienter må ofte lære ting på nytt; spise, gå og bevege seg. Søvn kan hjelpe dem å lære bedre.

NÆRMEST PASIENTEN

Bakken minner om at det er mange faktorer som påvirker søvnen.

– Smarter gjør at vi sover dårligere og slagpasienter har mer smerter enn vi har vært klar over, forteller hun. Lite søvn påvirker dessuten konsentrasjon og humør.

Bakken er opptatt av å for-

midle forskningen sin, både til studenter og andre.

– Jeg synes det er viktig at studentene får del i kunnskapen jeg får gjennom å forske. Det er også viktig at studentene formidler kunnskapen videre, mener hun.

– Mange av oss har problemer med søvn en eller flere ganger i løpet av livet. Søvn, aktivitet og kosthold er viktig for alle mennesker, både friske og syke. Man fokuserer veldig mye på trening og ernæring, men ikke så mye på søvn. God søvn kan være et tegn på god helse, mener Bakken.

– Hva kan sykepleieren gjøre for at pasientene skal sove bedre?

– Det er sykepleieren som er nærmest pasienten i sykehus. De kan på ulike måter registrere om pasienten har problemer med søvn og gi råd og veiledning.

– Var det vanskelig å rekruttere pasienter til forskningen din?

– Sykepleierne på slagavdelingene rekrutterte pasienter til studien. Vi er dem stor takk skyldig, uten deres hjelp ville det vært vanskelig å få pasienter med i studien.

HVA SLAGS RÅD GIR MAN OVERV

Barn og ungdom som sliter med fedme trenger råd om kost og fysisk aktivitet.



Helsebiblioteket.no er et offentlig finansiert nettsted som gir helsepersonell og studenter innen medisin og helsefag gratis tilgang til oppslagsverk, tidsskrifter, databaser, retningslinjer, fagprosedyrer og systematiske oversikter. I dette og kommende utgaver av Sykepleien Forskning vil Helsebiblioteket gjennom ulike problemstillinger vise hvordan sykepleiere kan bruke Helsebiblioteket til å innhente kunnskap.

Av **Ingrid Moen Rotvik**, nettredektør, samfunnsmedisin, folkehelse og legemidler

De fleste 9-åringer i Norge er tilstrekkelig fysisk aktive, mens det samme kun gjelder for halvparten av 15-åringene, viser en kartlegging utført av Norges idrettshøgskole på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Helsesøster på en barneskole i Trondheim får besøk av en mor med bekymring over datterens vekt og manglende interesse for fysisk aktivitet. Hun lurar på hvordan skolen følger opp 10-åringen og hvilke råd helsesøster har å gi dem som foreldre.

Helsesøsteren forklarer at skolebarn måles og veies ved ulike klassetrinn, men ønsker å dobbeltsjekke hva som er gjeldende retningslinjer. På Helsebiblioteket.no går hun til Emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse og finner «Helsestasjon og skole». Under «Retningslinjer» slår hun opp i retningslinjen «Veiling og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten – Nasjonale faglige retningslinjer» (1). Av retningslinjen fra 2010 fremgår det at anbefalte måletidspunkter for vekt og høyde er første, tredje og åttende klasse, slik skolen har praktisert.

VIKTIG Å UFARLIGGJØRE

Helsesøsteren kontrollerer samtidig hvilken informasjon det er anbefalt å gi elevene. I kapittel åtte «Informasjon», kan hun lese følgende:

- I skolehelsetjenesten anbefales det å informere om retningslinjene på foreldremøte ved skolestart og ved overgang til ungdomsskolen.
- Klassen bør informeres muntlig før veiing og måling gjennomføres. Det vil være viktig å ufarliggjøre og gi barn, unge og foreldre nødvendig kunnskap om hensikten med undersøkelsen.

WHOS KMI

Veiing og høydemåling av datteren som nå går i femte klasse, viser at vekt i forhold til høyde er økt betraktelig siden tredje klasse og at jenta er moderat overvektig i henhold til Verdens helseorganisasjons klassifisering for kroppsmasseindeks (KMI).

For å finne gjeldende behandlingsanbefalinger går helsesøsteren til tema «ernæring» på Samfunnsmedisin og folkehelse i Helsebiblioteket. Av retningslinjen «Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge», fra Helsedirektoratet 2010 (2), fremgår det at sammenlagte tilnærminger har vist seg å ha best effekt.

Både foreldre og barn er målgrupper for behandlingen, som fokuserer på tre områder:

- Motivasjon til atferdsendring
- Økt fysisk aktivitet med færre stillesittende aktiviteter
- Nye mat- og drikkevaner med redusert energinntak

FORELDREVEILEDNING

I samme retningslinjer finner helsesøsteren «Råd til foreldre», med sentrale prinsipper for å fremme ønsket atferd:

EKTIGE SKOLEBARN?



- Gi oppmerksomhet til atferd du vil skal gjenta seg – for eksempel å gå ut for å sykle.
- Gi spesifikk ros – eksempelvis: «så lurt at du går ut for å sykle» – fremfor «så grei du er i dag».
- Fang opp situasjoner der barnet/ungdommen gjør noe bra. Ikke spar på rosen til den perfekte atferd.
- Unngå å kombinere ros og irettesettelse, for eksempel: «lurt at du syklet deg en tur, men du kunne godt ha syklet litt lengre».

SLANKING, ER DET AKTUELT?

På spørsmål fra jentas mor om slanking er en løsning, ønsker helsesøsteren å undersøke om det finnes mer spesifikke behandlingsanbefalinger. Hun søker på ordene «obesity children» i oppslagsverket Best Practice, og klikker på «steg-for-steg» under fanen «behandling» på toppen av siden.

Her bekreftes det at livsstilsendring og involvering fra familie er primærtiltaket, assistert av mer intens rådgiving dersom



KMI-en ikke er forbedret etter seks måneder. Skulle slanking på et senere tidspunkt bli nødvendig, er det listet opp en anbefalt grense for vekttap per måned i henhold til alder.

INFORMASJON MED HJEM

Konsultasjonen er over, hva nå? Moren ønsker å ta med skriftlig informasjon hjem, ikke minst slik at jentas far også kan følge opp. Under fanen «ressurser», kategori «pasientbrosjyrer» på Best Practice-siden finner helsesøsteren «Weight problems in children».

Rådene er i tråd med norske retningslinjer, men informasjonen skulle gjerne ha vært på norsk. På Helsebibliotekets side for pasientinformasjon finner helsesøsteren brosjyren oversatt til norsk med tittel «Overvekt hos barn» (3).

VIDERE LESNING

Dersom foreldrene ønsker å lære mer om både ernæring og fysisk aktivitet, opplyser helsesøsteren at det for det siste året er publisert 66 artikler om ernæring på Emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse (147 artikler totalt). I tillegg finnes 20 rapporter og fem retningslinjer.

Under tema «fysisk aktivitet» samme sted finner helsesøsteren frem noen eksempler på artikler som kanskje kan være interessante for foreldrene å lese:

- Overvektige barn har annerledes spisemønster enn normalvektige barn
- Helsegevinst ved fysisk aktivitet
- Veltrente barn har større hjerne
- Gå med barna til skolen
- Velger bedre livsstil fremfor slankekurer
- Aktive og passive 15-åringer
- Løp av deg magefettet
- Sunnere ungdom i Hedmark
- Mer fysisk aktivitet i skolen
- Sitter stille foran PC-en opp til 30 timer i uka

HELSE RÅD

Ved en nærmere titt på Emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse, oppdager helsesøsteren publikasjonen «Helserådet». Publikasjonen samler debattinnlegg, informasjon og saksdokumenter til inspirasjon og hjelp for alle som jobber innen feltet samfunnsmedisin og folkehelse, med særlig vekt på forholdene i kommunehelsetjenesten.

Det er mulig å abonnere på papirutgave så vel som å lese publikasjonen gratis på Helsebiblioteket.no. Redaktør Anders Smith, samfunnsmedisiner og seniorrådgiver i Helsedirektoratet, velger ut aktuelt stoff fra kilder som Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Statens arbeidsmiljøinstitutt, Forskning.no, dagspresse med mer.

NYTTIGE LENKER

- Helsebibliotekets Emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse: <http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse>
- Helsebibliotekets side for retningslinjer: <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer>
- Helsebibliotekets side for pasientinformasjon: <http://www.helsebiblioteket.no/Pasientinformasjon>
- Helserådet: <http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Helser%C3%A5det>

REFERANSER:

Kartleggingen av Fysisk aktivitet blant barn og ungdom, Norges idrettshøgskole: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00088/Fysisk_aktivitet_bla_88429a.pdf
1. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00325/IS-1736_325509a.pdf
2. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00325/IS-1734_Forebygging_325109a.pdf
3. <http://www.helsebiblioteket.no/Pasientinformasjon/Brosjyrer/Overvekt+hos+barn.63053.cms>

HVORDAN FOREBYGGE TRYKKSÅR?

En viktig del av omsorgen for pasienter i sykehus og sykehjem er å forebygge trykksår.



Av **Anne Bergland**, seniorrådgiver

Bevissthet rundt problemet og tilgang til kvalitets-sikret informasjon kan bidra til å spare pasienten for mye smerte og redusert livskvalitet, samtidig som det vil spare helsetjenesten for betydelige kostnader.

Du har en pasient som du vet er i risikogruppen for å utvikle trykksår. Det er en stund siden du har stått overfor denne problemstillingen og du trenger oppdatering. Er du usikker på hvordan du skal gå fram for å finne kvalitetssikret informasjon om forebygging av trykksår? Her er noen tips til hvordan du effektivt kan finne god kunnskap.

Å jobbe kunnskapsbasert vil si at man som helsepersonell tar faglige avgjørelser basert på den til enhver tid beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens behov og ønsker (1).

På Helsebiblioteket.no får du tilgang til flere ulike kilder som kan hjelpe deg å jobbe kunnskapsbasert. Disse kildene befinner seg på ulike nivåer i den såkalte Kunnskapspyramiden, utviklet av Brian Haynes (2). Pyramiden er laget slik at hvert nivå bygger på innholdet i nivået under. Øverst ligger kunnskapsbaserte oppslagsverk, prosedyrer og retningslinjer, deretter kvalitetsvurderte systematiske oversikter og nederst ligger primærstudiene. Det anbefales at du begynner å lete etter svar så høyt opp i pyramiden som mulig.

OPPSLAGSVERK OG RETNINGSLINJER

På øverste nivå i pyramiden ligger fremtidens pasientjournalssystemer der verktøy for klinisk

beslutningsstøtte er integrert med data fra pasientjournalene. Vi er ikke helt der ennå, så derfor må du begynne på nivået under, med kliniske oppslagsverk og retningslinjer.

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer er et samarbeidsprosjekt om prosedyrer innen spesialisthelsetjenesten. Prosjektet koordineres av Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten. Alle helseforetak er velkomne til å delta i samarbeidet.


Det er lett å finne frem på nettverkets sider www.fagprosedyrer.no. Under menypunktet Fagprosedyrer kan du velge å hente fram prosedyrer alfabetisk eller etter emne. Under «Hud» ligger «Trykksår – forbygging» (3).

I denne prosedyren finner du viktige prinsipper i forebyggingen. Her er noen eksempler:

- Huden til pasienter i risikogruppen skal daglig undersøkes for tegn på rødhet. Det kan være nødvendig å gjenta dette oftere ved forverring av pasientens tilstand.
- Hudområder som er i risiko for å utvikle trykksår skal ikke masseres.
- Risikopasienters ernæringsstatus skal kartlegges og vurderes ved innleggelse og fortløpende under oppholdet.
- Behovet for trykkfordelende underlag og stillingsforandring vurderes regelmessig. (3)

Prosedypren inneholder også to flytskjema om risikovurdering og forebygging av trykksår. Det ene omhandler risikogruppen generelt, og det andre går spesifikt på operasjonspasienten. Fagprosedyren er laget av Oslo universitetssykehus, men kan fritt lastes ned, tilpasses lokale forhold og godkjennes for bruk i andre helseforetak.

Helsebiblioteket har en egen retningslinjedata-



tabase. Her finner du blant annet «Forebygging av trykksår» under emnet «Hud». Dette er kortutgaven fra European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) og American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) oversatt til norsk.

BEHANDLINGSANBEFALINGER

Oppslagsverkene BMJ Best Practice og UpToDate presenterer behandlingsanbefalinger basert på resultater av store mengder forskning. Et søk på ordet

«pressure ulcer» i BMJ Best Practice fører deg til en side om trykksår, med egen fane om blant annet forebygging. I UpToDate kommer «pressure ulcer prevention» opp som et alternativ når du skriver «pressure ulcer» i søkefeltet.

Gjennom trinnene vist over har du funnet praktiske prosedyrer og anbefalinger som du kan bruke i pasientmøtet. I forhold til det å jobbe kunnskapsbasert ville det vært greit å stoppe jakten på svar her. Det kan imidlertid ta litt tid før resultater fra forskning tas inn i kildene øverst i pyramiden, så i andre tilfeller kan det i tillegg være lurt å se etter gode systematiske oversikter. Det samme gjelder ved behov for fordypning.

VIDERE SØKING

Lengre ned i pyramiden finner du systematiske oversikter, sekundærtidsskrifter og primærstudier. Eksempler på kilder som inneholder denne typen publikasjoner er:

- Cochrane Library – inneholder systematiske oversikter over ulike forebyggende tiltak og behandlinger.
- Evidence Based Nursing og Joanna Briggs – sekundærtidsskrifter med sykepleie som fagområde.
- British Nursing Index – en sykepleiefaglig database med artikler innen sykepleie og jordmorfag.
- MEDLINE – verdens største medisinske database. Her finner du også mange sykepleiefaglige artikler.

Noen av disse databasene er selvforklarende og enkle å bruke, mens andre krever litt veiledning eller trening. Bibliotekarer er eksperter i å finne fram i slike kilder, og dersom du har tilgang til et

fagbibliotek der du jobber, kan det være lurt å be om hjelp der. Du kan også finne veiledninger under «Hjelp» på Helsebiblioteket.no.

Husk at kvaliteten på primærstudiene kan variere og at det er viktig med et kritisk blikk når man befinner seg på de nederste nivåene i pyramiden. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har laget selvforklarende, enkle sjekklister til bruk ved kritisk vurdering av primærstudier [4].

PASIENTINFORMASJON

Trenger du pasientinformasjon som du kan skrive ut til pasienten? Det finner du også på Helsebiblioteket.no, under fanen «Pasientinformasjon». Brosjyrer fra BMJ Best Practice er oversatt til norsk og noe tilrettelagt norske forhold og kvalitetssikret av norsk helsepersonell. Under «T» finner du brosjyren «Trykksår» [5], som foruten å forklare hva trykksår er, tar for seg symptomer, forbygging, behandling og prognose. Brosjyrens oppbygging og språk er tilpasset målgruppens forutsetninger og behov.

REFERANSER

1. www.kunnskapsbasertpraksisk.no
2. DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing preappraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. [PDF] Ann Intern Med. 2009; 115: JC3-2.
3. <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Fagprosedyrer/Trykks%C3%A5r+%E2%80%93+forebygging.99338.cms>
4. <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklister+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>
5. <http://www.helsebiblioteket.no/Pasientinformasjon/Brosjyrer/Trykks%C3%A5r.72307.cms>

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
MARJOLEIN M. IVERSEN

Tittel: An epidemiologic study of diabetes-related foot ulcers. Issues related to prevention and mortality based on the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT 2).

Arbeidssted: Høgskolen i Bergen og Stavanger Universitetssjukehus

Utgått fra: Institutt for samfunnsmedisinske fag, UIB

Disputas: 5. februar 2010

E-post: miv@hib.no

> Bakgrunn: Det er ikke gjort epidemiologiske studier i Norge som beskriver problemer knyttet til fotsår hos personer med diabetes.

Hensikt: Overordnet mål med studien var å få kunnskap om personer med diabetes som har hatt fotsår som trengte mer enn tre uker på å gro; regelmessigheten i forebyggende fotundersøkelser i diabetesomsorgen; psykisk helse og risiko for å dø for personer med diabetes og fotsår ti år senere.

Metode: Studien tar utgangspunkt i data fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT2) hvor 1972 personer med diabetes svarte på spørsmål relatert til sykdommen, inkludert psykiske helseplager,

oppfølging av sykdommen slik som helsepersonells fotundersøkelser. I tillegg til spørreskjemadata, ble opplysninger fra urin- og blodprøver benyttet.

Resultat: En av ti personer med diabetes rapporterte å ha hatt fotsår som hadde tilhelingstid på mer enn tre uker. Til tross for regelmessig diabetesoppfølging er det, spesielt i primærhelsetjenesten, ikke tilstrekkelig fokus på å forebygge fotsår. Studien viser at det er spesielt menn og personer med hjerte- kar sykdom som faller utenfor forebyggende fotundersøkelse. Tidligere fotsår var forbundet med omtrent like dårlig psykisk velvære og selvrapportert helse som slag eller angina. Studien viste også at personer med diabetes som har hatt fotsår, har dobbelt så høy risiko for å dø sammenliknet med resten av befolkningen, og cirka 40 prosent større risiko sammenliknet med personer med diabetes uten fotsår.

Konklusjon: Disse resultatene understreker at diabetesrelaterte fotsår representerer utfordringer for den enkelte og for helsetjenesten. Det er derfor av stor betydning å organisere fremtidig helsetjeneste slik at oppfølgingsrutiner gir mulighet for tidlig og tett klinisk oppfølging av denne pasientgruppen både i kommunehelsetjenesten og sykehus.



Kandidat:
BENTE NORDTUG

Tittel: Caring burden of cohabitants living with partners suffering from chronic obstructive pulmonary disease or dementia

Arbeidssted: Avdeling for helsefag ved Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Utgått fra: Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, NTNU i Trondheim.

Veileder: Professor Are Holen.

Disputas: 6. juni 2011

E-post: bente.nordtug@hint.no.

> Bakgrunn: Forekomst av KOLS og demens øker. Samtidig blir det færre sykehjemsplasser og mindre tilgang på helsepersonell. Pårørende får dermed større omsorgsansvar.

Hensikt: Å undersøke pårørendes omsorgsbelastning ved KOLS eller demens, samt sammenhengen mellom omsorgsbelastning og sosial støtte, karakteristiske trekk ved de syke og de pårørende.

Metode: Grad av sosial støtte, omsorgsbelastning, mental helse, og personlighet ble kartlagt hos 206 partnere til personer med enten KOLS eller demens.



Resultater: Sammenliknet med KOLS-gruppa, brukte demensgruppa mange flere og ulike former for offentlig hjelp. Jo større omsorgsbelastning, dess mer offentlig hjelp. Menn fikk mest offentlig støtte. Aggressivitet hos den syke var forbundet med mindre opplevd støtte og større omsorgsbelastning. Når de syke hadde lav selvhjelpsgrad, kunne være lite alene, opplevde lite følelsesmessig støtte, og når familie og venner trakk seg bort ble belastningen større. I KOLS-gruppa opplevde 37 prosent at familie og venner trakk seg bort, mot 63 prosent i demensgruppa. For kvinner ble belastningen større når de fikk mindre følelsesmessig støtte og når familie og venner trakk seg bort. Menn rapporterte større belastning om de fikk mindre tid for seg selv, og hadde familie og venner som hjelp til. Hele 30,5 prosent i KOLS-gruppa og 58,4 prosent i demensgruppa hadde høy forekomst av psykiske symptomer.

Konklusjon: I hjelpetiltak for par som rammes av KOLS eller demens synes det ønskelig å ta hensyn til kjønnsforskjeller i tillegg til ulikhetene i omsorgsbelastning og mental helse. Tiltak mot sosial tilbaketrekking fra familie og venner, kan lette omsorgsbelastningen.



Kandidat:
JOHANNE ALTEREN

Tittel: Følelser er fornuft. Sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst.

Arbeidssted: Universitetet i Nordland–Helgeland, Profesjonshøgskolen

Utgått fra: Høgskolen i Bodø, Senter for praktisk kunnskap, Universitetet i Nordland

Veiledere: Professor Ruth H. Olsen og professor Jens-Ivar Nergård

Disputas: 28. oktober 2010

E-post: johanne.alteren@uin.no

► **Bakgrunn:** En utfordring i læring av en yrkespraksis er å integrere teori og praksis i studiet og i læringsprosessene.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å fokusere på sykepleierstudentenes læringsprosess og deres erfaringer og utfordringer med å integrere ulike kunnskapsformer i yrkesutøvelsen.

Metode: Undersøkelsen er et feltarbeid hvor syv sykepleierstudenter i første halvdel av grunnutdanningen blir fulgt gjennom teoriundervisningen, treningen i klinikklaboratoriet i høgskolen og på sykehjem. Det gjennomføres flere samtaler med hver student

hvor de uttrykker sine erfaringer og utfordringer gjennom fortellinger. Analysen og tolkningen av fortellingene, studieplanen og timeplanen har en hermeneutisk tilnærming.

Resultat: Denne studien viser at følelsene som oppstår når og fordi sykepleierstudentene skal hjelpe et annet menneske har betydning for de beslutningene de tar i pasientsituasjonen. Ved å lytte til seg selv og de umiddelbare og autentiske reaksjonene lærer sykepleierstudentene noe grunnleggende om den profesjonelle utøvelsen. Studien viser også at for å øke forståelsen for kunnskapen som er tilgjengelig i det handlende subjekts følelser, må den personlige og uartikulerte kunnskapen i følelsene synliggjøres og utvikles. Dette er en kunnskap og innsikt som har betydning for, og etter hvert blir en sentral del av, den profesjonelle yrkesutøvelsen.

Konklusjon: Et sentralt anliggende er at studentenes personlige opplevelser med pasienten må få større oppmerksomhet i sykepleierstudiet. Utfordringen for profesjonsutdanningene er å oppdage og ta vare på den personlige erfaringen studentene gjør i sine egne anstrengelser med å integrere teori og praksisfeltet i spenningsfeltet mellom tekst og gjerning.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
ASTRID SANDMOE

Tittel: Eldre som utsettes for overgrep fra personer i sitt nærmiljø. En kvalitativ studie med fokus på hjemmesykepleiens praksis i Norge og Australia

Arbeidssted: Høgskolen i Telemark, Avdeling for helse og sosialfag

Utgått fra: Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

Veileder: Professor Marit Kirkevold

E-post: astrid.sandmoe@sf-nett.no

> **Bakgrunn:** I Norge antas det at 22 000 mennesker over 65 år utsettes for overgrep. Eldre som utsettes for dette er sårbare for helsesvikt og redusert livskvali-

tet. Det er grunn til å tro at kun en mindre del av ofrene blir oppdaget.

Formål: Å undersøke hvilke utfordringer hjemmetjenesten har knyttet til utvikling og kvalitetssikring av tjenestene til eldre som er ofre for overgrep.

Metode: I perioden 2006–08 ble 72 sykepleieledere og pleiere intervjuet, hvorav ti i Australia. De øvrige som ble intervjuet var ansatte fra samtlige norske fylker.

Resultat: Studien viser at hjemmesykepleien i begge land har utfordringer knyttet til utvikling og kvalitetssikring av tjenestene til eldre ofre for overgrep. I Norge kom det fram at det er den enkelte pleiers interesse, kunnskap og engasjement hvorvidt overgrep blir oppdaget. Hjemmesykepleien hadde ingen rutiner eller prosedyrer for utredning eller håndtering av overgrepssaker. En viktig forutsetning var om lederen involverte

seg og tok aktivt del i avgjørelsen. Uten en engasjert leder var det vanskelig for individuelle pleiere å håndtere slike saker. Hjemmesykepleien opplever at det er en utfordring å håndtere kompliserte overgrepssaker. De etterlyser samarbeid med andre deler av helse- og sosialtjenesten, og spesielt med fastlegene som sjelden ville bli involvert. «Vern for eldre» er etablert i Oslo og Bærum, men de øvrige 428 kommunene har ikke en slik spesialisert tjeneste.

Konklusjon: Australia har det siste tiåret utarbeidet handlingsplaner for å utvikle tjenestetilbud til eldre ofre. Norske myndigheter må mer på banen for å rette fokus på «overgrep mot eldre» gjennom offentlige kampanjer og handlingsplaner. Dessuten gjennom utdanningsystemene, samt ansvarliggjøre helse- og sosialtjenesten for å samarbeide om å gi hensiktsmessige tjenester til eldre ofre for overgrep.

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:
BJØRG FRØYSLAND
OFTEDAL

Tittel: Motivation for self-management among adults with type 2 diabetes

Arbeidssted: Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger

Veileder: Professor Edvin Bru

Utgått fra: Samfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Stavanger

Disputas: 7. Juni, 2011

E-post: bjorg.oftedal@uis.no

> **Bakgrunn:** Det antas at manglende motivasjon kan være en viktig årsak til at mange ikke når kravene for tilfredsstillende blodsukkerregulering. Likevel har vi lite kunnskaper om hva som motiverer den enkelte til å regulere sin diabetes.

Hensikt: Hensikten med studien har derfor vært å studere to faktorer; mestringsforventning og viktig verdier, som kan være relatert til motivasjon for egenbehandling hos voksne med type 2 diabetes.

Metode: Studien baserer seg på gruppeintervju med 19 perso-

ner med type 2 diabetes, samt en spørreskjemaundersøkelse med 425 personer med denne sykdommen.

Resultat: Resultatene indikerte at mange ikke følger anbefalingene om daglig sunt kosthold og fysisk aktivitet. Flertallet rapporterte at de tror de kan klare å være fysisk aktive og ha et sunt kosthold og at dette vil gi dem en helsegevinst. Studien viste en positiv sammenheng mellom troen på å klare å være fysisk aktiv, og det å faktisk være fysisk aktiv. For kosthold var denne sammenhengen svakere. Mange med type 2 diabetes opplevde en konflikt mellom målet om tilfredsstillende blodsukkerregulering og andre viktige verdier i livet, som det å oppleve sosial tilhørighet. Slike konflikter mellom ulike mål eller verdier kan hemme motivasjonen for diabetesregulering. De fleste rapporterte å være fornøyd med støtten fra helsepersonell, mens få rapporterte at de ofte opplevde støtte fra familie og venner. Undersøkelsen viste kun svake relasjoner mellom opplevd støtte og rapportert diabetesregulering. Dette kan ha sammenheng med at deltakerne i intervjuundersøkelsen indikerte at de trenger en mer kontinuerlig oppfølging med et større fokus

på praktiske råd særlig knyttet til kosthold og fysisk aktivitet.

Konklusjon: Avhandlingen indikerer at det kan være hensiktsmessig at helsepersonell legger vekt på å forstå hvordan livsverdier kan virke på diabetesregulering når en forsøker å stimulere til motivasjon for sunt kosthold og fysisk aktivitet. Den peker også på at mer praktiske og individualiserte råd, særlig knyttet til fysisk aktivitet og kosthold, samt tilrettelegging for kontinuerlig oppfølging kan være hensiktsmessig.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
KNUT DYBVIK

Tittel: Hjemmerespiratorbehandling «mellom barken og veden». En kvalitativ studie av intensivbehandling i hjemmet

Arbeidssted: Intensiv avdeling, Nordlandssykehuset Bodø

Utgått fra: Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet

Veiledere: Professor Berit Støre Brinchmann og professor Erik Waage Nielsen

Disputas: 28. oktober 2011

E-post: kdybvik@gmail.com

> **Bakgrunn:** Hjemmerespiratorbehandling (HMV) er en av de mest avanserte og kompliserte former for medisinsk behandling utenfor sykehus.

Formål: Å undersøke praktiske og etiske konsekvenser av å gi intensivbehandling i hjemmet til trakeostomerte barn og voksne som er avhengig av respirator for å overleve, og som har store og komplekse omsorgsbehov.

Metode: Vi studerte erfaringene til familiemedlemmer og helsepersonell i sykehus og kommune-

helsetjenesten. Vi gjennomførte elleve fokusgrupper, ti kvalitative dybdeintervju og en sekundæranalyse med bruk av klassisk innholdsanalyse. Forskningsprosessen var inspirert av Grounded Theory.

Resultater: Ulukkelig fordeling av entusiastiske leger og sykepleiere mellom norske sykehus var hovedårsaken til de store geografiske ulikhetene i hjemmerespiratortilbudet. Familiens største utfordring var kampen mot systemet, eller kampen mot kommunehelsetjenesten. De opplevde mangel på kompetanse og kontinuitet og var selv uunnværlige for å sikre forsvarlig behandling. Kommunehelsetjenestens hovedutfordring var å være mellom barken og veden fordi de opplevde å være gjest i pasientens hjem. Det var ofte konflikter med familiemedlemmer og usikkerhet rundt hvem som bestemte. Vi fant flere temaområder relatert til etiske dilemmaer. Disse var nært knyttet til de fire grunnleggende prinsippene i medisinsk etikk: Autonomi, velgjørighet, ikke skade og rettferdighet. Mange informanter var blitt mer kritiske til HMV for de aller sykeste med svært lav restfunksjon, fordi de hadde erfart at belastningen på de pårørende ble for stor.

Konklusjon: Den store belastningen som familiemedlemmene utsettes for bør i større grad tas hensyn til når oppstart av avansert HMV vurderes. Vi må heller ikke lenger ta for gitt at kommunene har forutsetninger for å ivareta et forsvarlig behandlingstilbud. Studien viser at entusiasme er viktig for å forlenge livet til alvorlig syke, men entusiaster bør alltid spørre seg om entusiasmen er til det beste for pasient, familie og samfunn. Det gjelder særlig HMV til voksne med ALS og barn SMA type 1.



Contents >>

Editorial: Physical activity should be offered as treatment	303
Contributions:	
Åse Dragland: The cells are talking together	304
Ellen Karine Grov: Consultant or nurse?	307
Summarised research:	
Cochrane	308
Research news	312
Research articles:	
Bioscience knowledge in nursing. By Lars Kyte, Ole T. Kleiven, Tom Arne Elzer and Kari Kvigne	314
Comment: Teaching in bioscience knowledge should be clinically relevant. By Birgitte Stensland	323
Young people's response to informational videos on care work. By Helge Svare	324
Comment: Attitudes toward care work can be changed. By Eirik Aldrin	331
Norwegian nurses' knowledge and attitudes regarding pain and pain relief in children. By Kari Raaum Hovde, Tone Høilo Granheim, Knut-Andreas Christophersen og Alfhild Dihlee	332
Comment: We are not using the knowledge in practice. By Lisa Hugdahl	339
The quality of advanced cardiopulmonary resuscitation during simulation training. By Mikael Næss, Trine-Lise Ellingsen, Siw Pedersen Trudvang og Anne Siri Rokvam	340
Comment: Practice makes perfect. By Nils-Frode Sørlie	347
Are support groups useful for patients after recurrence of gynaecological cancer? By Hilde Hjulstad og Toril Rannestad	348
Comment: Gives us a good basis. By Monica Engan	357
The instrument «The Nursing Work Index-Revised» – translation and assessment of a Norwegian version. By Ingeborg Strømseng Sjetne, Christine Tvedt og Allison Squires	358
Comment: We must illuminate the nurses everyday. By Kristin Bang	367
Cannabis smoking cessation courses; A prospective one-group study. By Anne-Randi Hanssen, Geir Ropstad, Øistein Kristensen, Thomas Clausen	368
How the Dementia Care Mapping tool influences the nursing culture in a nursing home unit. By Nina Jøranson and Solveig Hauge	376
Comment: Knowledge increases the interest for nursing. By Anne Ekern	383
Research in practice: Better cleanliness halved the infections in a hospital	384
Research inreview: Sleep can make us more healthy	386
New and useful:	388



Innhold >>

Leder: Fysisk aktivitet bør tilbys som behandling	303
Innspill:	
Åse Dragland: Cellene snakker sammen	304
Ellen Karine Grov: Konsulent eller sykepleier?	307
Oppsummert forskning:	
Cochrane	308
Forskningsnytt	312
Forskningsartikler:	
Medisinsk og naturvitenskapelig kunnskap i sykepleiepraksis. Av Lars Kyte, Ole T. Kleiven, Tom Arne Elzer og Kari Kvigne	314
Kommentar: Undervisning i MNE bør være klinisk relevant. Av Birgitte Stenland	323
Ungdommers respons på informasjonsvideoer om pleie- og omsorgsarbeid. Av Helge Svare	324
Kommentar: Holdninger til omsorgsykker kan endres. Av Eirik Aldrin	331
Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn. Av Kari Raaum Hovde, Tone Høilo Granheim, Knut-Andreas Christophersen og Alfhild Dihle	332
Kommentar: Bruker ikke kunnskapen i praksis. Av Lisa Hugdahl	339
Kvaliteten på avansert hjerte- og lungeredning under simuleringstrening. Av Mikael Næss, Trine-Lise Ellingsen, Siw Pedersen Trudvang og Anne Siri Rokvam	340
Kommentar: Øvelse gjør mester. Av Nils-Frode Sørli	347
Har pasienter med tilbakefall av underlivskreft nytte av psykososial støttegruppe? Av Hilde Hjulstad og Toril Rannestad	348
Kommentar: Gir et godt grunnlag. Av Monica Engan	357
Måleinstrumentet «The Nursing Work Index-Revised» – oversettelse og utprøving av en norsk versjon. Av Ingeborg Strømseng Sjetne, Christine Tvedt og Allison Squires	358
Kommentar: Vi må belyse sykepleiernes hverdag. Av Kristin Bang	367
Røykeavvenningskurs for cannabisbrukere; gjennomføring og oppfølgingsresultater. Av Anne-Randi Hanssen, Geir Ropstad, Øistein Kristensen, Thomas Clausen	368
Howdan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. Av Nina Jøranson og Solveig Hauge	376
Kommentar: Kunnskap øker interessen for faget. Av Anne Ekern	383
Forskning i praksis: Bedre hygiene halverte sykehusinfeksjoner	384
Forskerintervju: Søvn kan gjøre oss friskere	386
Nytt og nyttig:	388