

Forskning

01|12



Motivasjon til
livsstilsendring

14

Den teknologiske og samfunnsmessige utviklingen gjør oss stadig mer inaktive. Vi bruker mer tid foran elektroniske skjermer, enten det er TV, PC eller elektroniske spill. Vi forflytter oss ved hjelp av rulletrapper, gå-bånd og heiser. Vi kjører barn selv korte anstunder til skole og andre aktiviteter. Når vi stadig reduserer energiforbruket må vi også redusere energiinntaket for å oppnå ballanse mellom inntak og forbruk. Denne utgaven av **Sykepleien Forskning** gir innsikt i noen av problemstillingene overvektige opplever når de står overfor valg om å endre vaner, med artikkelen til Borge og kollegaer.

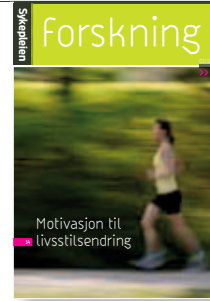


Foto: Colourbox

REDAKSJONSKOMITÉ:



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



Liv Wergeland Sørbye
Professor ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo.



Per Nortvedt
Professor ved Universitetet i Oslo.



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



Liv Merete Reinar
Seksjonsleder, Nasjonalt kunnskaps-senter for helse-tjenesten.



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



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



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@kunnskaps-senteret.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: Color Print A/S

Utgivelsesplan 2012:
22/3, 21/6, 6/9, 29/11
Abonnementspris: Kr. 280,- per år
ISSN 1890-2936

Kvaliteten på norsk sykepleieforskning

Før årsskiftet publiserte Forskningsrådet evalueringer av helseforskningen i Norge. Rapporten var laget av internasjonalt sammensatte grupper på oppdrag fra Forskningsrådet. Deler av den ble gjengitt i Aftenposten. Sykepleieforskningen fikk spesielt sterk kritikk. En forklaring på at noen sykepleieforskningsgrupper kom dårlig ut kan være at noen av gruppene er relativt nye og under oppbygging. Men innvendingene er så alvorlige at evalueringen bør føre til at institusjonene gjennomgår disse miljøene og tar aktive grep.

Små, isolerte forskningsmiljøer kan av og til utvikle uhenksmessige lokale kulturer. Derfor er det viktig at forskere med internasjonal erfaring vurderer oss. Evalueringen er konstruktiv og peker på forbedringspotensialer. Den gir nyttige og klare råd til hva som bør gjøres fremover. Den aktuelle rapporten beskriver imidlertid stor variasjon i kvaliteten på sykepleieforskningen.

I den aktuelle rapporten er det små forskningsgrupper ved høyskolene som trekkes frem som svake. Evalueringsgruppene har imidlertid kun evaluert tre høyskoler. Av disse blir sykepleieforskningen ved én vurdert til å være «god/veldig god». Tilsvarende blir forskergruppene som ledes av, eller hovedsakelig består av sykepleieforskere i de kliniske miljøene ved Oslo Universitets-

sykehus, vurdert til å være «gode» eller «svært gode». «Svært god» er den neste beste karakteren som gis. Forskningen ved Institutt for sykepleievitenskap ved UiO blir også vurdert til å være «god».

Sykepleiere er den største helsepersonellgruppen i helsevesenet og en av yrkesgruppene som tilbringer mest tid sammen med pasientene. For å kunne tilby pasienter sykepleie av god kvalitet, er det viktig å utvikle gode forskningsmiljøer som studerer pasientproblemer som sykepleiere vurderer og behandler.

Fremover vil kvalitetssikring av sykepleieforskningen bli enda viktigere enn tidligere. I siste ledd gjelder dette publiseringen av forskningsresultater som formidles til andre forskere og samfunnet for øvrig. Her spiller vitenskapelige tidsskrifter en viktig rolle.

Sykepleieforskningen kan lære mye av eksternt granskning. Den bør handle mer om pasienters hverdagsopplevelser og behandlingen sykepleiere gir. Slik kan forskningen bidra til å heve kvaliteten på sykepleien pasientene får.



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

Av Tove Strand

f. 1946
 Viseadministrerende direktør
 Samhandling og internasjonalt
 samarbeid, Oslo universitets-
 sykehus

På vei mot likeverd?

> Lik tilgang på helsetjenester er et viktig, men krevende mål.

Regjeringen la nylig fram en stortingsmelding med tittelen Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken. Der legges det stor vekt på at norsk politikk bygger på, og har som målsetting å fremme grunnleggende menneskerettigheter. Lik tilgang til helsetjenester for alle – basert på bredt anlagte og robuste helsesystemer, er retningssigvende.

BIDRAR INTERNASJONALT

Lik tilgang på helsetjenester er et krevende mål, men samtidig en viktig ledestjerne. Det gir retning for tanken og motiverer for handling. Oslo universitetssykehus (OUS) bidrar på mange arenaer for å øke tilgangen på helsetjenester i land som Malawi, India og i palestinske områder. Fokuset har særlig vært på veiledning, praktisk opplæring og utdanning.

I Malawi samarbeider vi med Helse Bergen og Universitetssykehuset Nord-Norge om å sikre jordmor og gynekolog til Lilongwe, hovedstaden i dette

fattige landet. Den norske jordmoren jobber side om side med sine lokale kollegaer. Samtidig som hun tar imot nye borgere på linje med de øvrige kollegaene, skal hun også veilede og bidra til faglig utvikling. Kanskje den aller viktigste rollen hennes er å formidle holdninger gjennom egen atferd. Å se den fødende, møte henne med respekt, vise omsorg.

Det har vært en fryd å høre tilbakemeldingene fra sykehuset i Lilongwe. Det gjør meg så stolt av folka våre. Samtidig har det vært utrolig fint å høre fortellinger fra dem som har vært ute. De har lært mye, både faglig og kulturelt. Antallet barn de har tatt i mot i løpet av én måned, er enormt i forhold til en norsk virkelighet. De må ta selvstendig ansvar i vanskelige situasjoner på en helt annen måte enn her. Og det har de gjort, på en utrolig bra måte.

I palestinske områder har helsepersoneell fra OUS blant annet lært opp kollegaer i laparoskopi slik at kvinnene får en mye min-

dre belastende behandling enn ved gamle metoder. Vi samarbeider også innen organisering og ledelse. Det er bakgrunnen for at jeg nå sitter på et hotellrom i Jerusalem og skriver et innlegg til Sykepleien Forskning.

Det er godt å kunne si at slikt kompetansesamarbeid gjør en forskjell. Det gir flere tilgang til gode tjenester i våre samarbeidsland og vi får medarbeidere med erfaringer det er bruk for i dagens norske samfunn. En endret befolknings sammensetning krever mer global kunnskap om ulike sykdomsbilder, kulturer og tradisjoner.

KOMPLISERT SYSTEM

Oslo universitetssykehus har en styrevedtatt strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold der det presiseres at: 1) Tjenestene skal være av like god kvalitet. 2) Det skal være like god tilgang på tjenester. 3) Tjenestene skal gi resultatlikhet.

Det er et stykke fram! Men jeg tror vi har kommet langt i likebehandling når noen først har blitt



Foto: Ullevål Universitetssykehus

” Min uro nå går på om alle som trenger hjelp, faktisk får det.

pasient hos oss. Det hjelper godt at vi har mange medarbeidere som har arbeidet i andre land, medarbeidere med bakgrunn fra flere land og etter hvert mange med videreutdanning i flerkulturelt helsearbeid. Vi forsøker også å legge til rette for oversettelse av viktig informasjon, bruk av tolker, kultursensitivitet i mattilbudet og tilbud om alternativ tros- og livssynsbetjening for den som ønsker det. Fortsatt kan det gjøres mer, men vi er på god vei.

Min uro nå går på om alle som trenger hjelp, faktisk får det. Vi har et komplisert system, med kommunehelsetjeneste, fastleger, spesialister, sykehus på ulike nivå og det kreves henvisning for å komme videre i systemet. Hvis du ikke kan lese og skrive, eller ikke behersker norsk, er det ikke lett å bestille time hos fastlegen, og enda mer krevende å forklare behovet for en resept eller en henvisning til spesialist. En internasjonal evaluering jeg leste nylig, konkluderte da også med at det norske systemet var komplisert og lite koordinert. Dette håper jeg gjennomføringen av samhandlingsreformen vil gjøre noe med. Men det

tar tid. I mellomtida bruker noen Legevakta som fastlege og andre bruker ingen.

VEKTLIGGER KVINNEHELSE

Norsk helsebistand har et særlig fokus på å bedre kvinners helse og vi støtter viktige globale satsinger. Men også her hjemme trengs målrettet satsing overfor enkelte utsatte grupper. Tre jordmødre på OUS, Ullevål, opplevde at enkelte innvandrerkvinner var så slitne av mange barnefødsler at de ikke gledet seg over et nytt barn. Derfor etablerte jordmødrene i 2010 en kveldspoliklinikk for kvinner som trenger helseinformasjon, etterkontroll etter fødsel og råd og veiledning om prevensjon og familieplanlegging.

Kvinnene forteller hverandre om tilbudet. Så langt har mer enn 600 kvinner benyttet det. I tillegg har enkelte helsestasjoner begynt å henvise dit til seksukers kontroll. Det vitner om at behovet er stort, da det er fullt hver onsdag. Det settes av en time til hver kvinne, der de lærer om egen kropp, får tilbud om prevensjon og det tas celleprøver, noe et stort

flertall av kvinnene aldri har tatt. Prøvene har avdekket forstadier til kreft, og i tillegg et tilfelle av langtkommet kreft. Gjennom denne poliklinikken får kvinnene kunnskap og mulighet til å ta kontroll over eget liv ved å begrense antall barn. For barna betyr dette en mor som har krefter til å følge opp bedre.

HVEM SKAL BETALE?

Også i vårt samfunn er det behov for spesialinnsats hvis vi skal sikre likeverdige tjenester til alle. Enda mer krevende blir det når vi også setter resultatlikhet inn i målbilde. Spørsmålet er hvordan vi skal gjøre dette, hvem skal gjøre hva og hvem dekker kostnadene?

Det samme spørsmålet kan vi stille for innsats utenfor Norge. Skal all støtte gå via multilaterale organisasjoner eller skal vi bidra til økt kompetanse ved målrettet, langsiktig samarbeid? Svaret mitt er selvsagt det siste! Men også her kreves avklaring av rammevilkår og finansieringsformer før vi kan sende ut kvalifiserte og motiverte sykepleiere og andre som vil bidra til å gjøre en forskjell, ute og hjemme!

Les flere anmeldelser på nett



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



Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholt's
stiftelse for forskning

- Forskning innen hjerte-, blinde- og kreftsaken

FORSKNINGSSTIPEND

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

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

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

SØKNADSRIST: 1. MAI 2012

Av Sophie D. Fosså

Professor emerita, Oslo Universitetssykehus, Avdeling for Kreftbehandling, Kompetansesenter for Langtidsstudier etter kreft.



Kreftbehandling har en pris

› Stadige flere overlever kreft, men sliter samtidig med senvirkninger.

I dag overlever vel 60 prosent av kreftpasienter de første fem årene etter diagnosen. Mange av disse kreftoverleverne har seneffekter relatert til sykdommen og/eller behandlingen, som vedvarende utbrenthet (fatigue), hormonelle forstyrrelser eller konstant angst for tilbakefall. Viktig her er at seneffekter etter kreft kan debutere etter lange symptomfrie intervaller, opptil 20–30 år etter kreftbehandlingen.

På grunn av sine store populasjonsbaserte registre er Norge i en spesielt god posisjon til å gjøre forskning på seneffekter etter kreft, ikke bare med henblikk på antallet nye krefttilfeller, men også relatert til årsaksmekanismer. Med utgangspunkt i disse registrene kan langtidsoverlevende kreftpasienter identifiseres og innkalles til etterundersøkelser. Hovedmålsettingen ved slike

prosjekter er å informere pasientene om individuell risiko og foreslå behandling av allerede eksisterende helseproblemer. Det vil si at man yter helsehjelp til den enkelte kreftoverlever. I slike undersøkelser er sykepleiere som jobber med kreftpasienter essensielle medarbeidere for å kartlegge pasientens problemer.

Resultatene av slik forskning har kommet nye kreftpasienter til nytte, slik som innføring av brystbevarende kirurgi ved brystkreft. Men de fleste kreftpasienter må akseptere at behandling av en livstruende sykdom kan medføre seneffekter som de må lære å leve med. Og som de selv kan redusere ved å følge anbefalte livsstilsråd som ikke å røyke og være fysisk aktiv. I denne sammenhengen er helsearbeiderne nødt til å påpeke pasientens eget ansvar.

Organisering av overvåking, diagnose og behandling av sen-

effekter etter kreftbehandling representerer en utfordring for dagens helsevesen, ikke minst i Samhandlingsreformens ånd. Hvilken rolle har fastlegene? Har fastlegene nok kompetanse? Skal man opprette spesialiserte poliklinikker for langtids effekter etter kreftbehandling? Hva ønsker pasientene? Helsedirektoratet har begynt å interessere seg for denne problematikken og nedsatte i 2010 et nasjonalt utvalg av eksperter. Disse har kommet med et forslag til organisering av langtidskontroller av kreftpasienter. Forslaget er å opprette et landsomfattende nettverk av fire–fem spesialister med erfaring i kreftoverlevendes problemer, for å kunne gi råd og opplæring til helsepersonellet i regionen. Høringsuttalelser til dette forslaget foreligger nå, og det er bare å håpe at helsemyndighetene fatter beslutninger vedrørende dette i 2012.

Gasbind og teip kan være bedre enn gjennomsliktig plaster

Sentralt venekateter:

Resultatene fra en ny Cochrane-oversikt viser at bruken av gasbind og teip muligens gir færre kateterrelaterte blodstrømsinfeksjoner enn bruk av gjennomsliktige plaster.

SENTRALT VENEKATETER

Et sentralt venekateter er et kateter plassert i en stor vene i halsen, brystet eller lysken som settes inn ved for eksempel:

- mer intensiv kardiovaskulær overvåkning
- bedre overvåkning av væskestatus
- langsiktig bruk av intravenøse legemidler (som antibiotika eller smertestillende)
- langsiktig parenteral ernæring (spesielt for kronisk syke pasienter)
- andre årsaker til hyppig eller vedvarende behov for intravenøs tilgang eller når perifer tilgang ikke er mulig

Det er mest vanlig å legge inn et sentralt venekateter i vena jugularis interna, vena subclavia eller vena femoralis. Bruk av sentralt venekateter er forbundet med økt risiko for blodstrømsinfeksjon i forhold til perifert venekateter. Ulike typer forbindelse er brukt for å beskytte utgangsstedet hvor det sentrale venekateteret sitter. De vanligste er gasbind og teip eller gjennomsliktige plaster (polyurethane).

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant fire studier som

vurderte bruken av gasbind og teip sammenliknet med gjennomsliktig plaster ved sentralt venekateter. De fant følgende effekter:

- Bruken av gasbind og teip gir muligens færre kateterrelaterte blodstrømsinfeksjoner sammenliknet med bruk av gjennomsliktig plaster.
- Bruken av gasbind og teip gir muligens liten eller ingen forskjell i antall infeksjoner rundt utgangsstedet sammenliknet med bruk av gjennomsliktig plaster.
- Bruken av gasbind og teip gir muligens liten eller ingen forskjell i antall koloniseringer sammenliknet med bruk av gjennomsliktig plaster.

Forskerne fant en firedobling i kateterrelaterte blodstrømsinfeksjoner ved bruk av gjennomsliktig plaster. Men risikoen for å få kateterrelaterte blodstrømsinfeksjoner kan være svært liten (2 prosent) eller betydelig høyere (opptil 17 ganger høyere) ved bruk av gjennomsliktig plaster sammenliknet med gasbind og teip. Det er usikkerhet forbundet med dette funnet. I tillegg er de fire studiene små. Større og robuste studier vil kunne gi oss et sikrere svar på hvilket av tiltakene som egner seg best. Videre er det forskjeller på de gjennomsliktige plasterne som er på markedet. De kan blant annet variere i størrelse og pusteevne.

HVA ER DENNE

INFORMASJONEN BASERT PÅ?

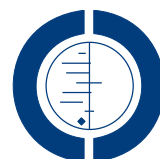
Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av gasbind og teip sammenliknet med gjennomsliktig plaster ved bruk av sentralt venekateter. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser. De fant fire randomiserte studier med til sammen 337 personer som studerte bruken av gasbind og teip sammenliknet med gjennomsliktig plaster. De fire studiene ble publisert mellom 1991 og 2009 og var gjennomført i USA, Spania og Tyrkia. Oversikten inkluderte ytterligere to studier (126 deltakere) som sammenliknet ulike typer gjennomsliktig plaster, men de er ikke omtalt her.

KILDE

Webster J, Gillies D, O’Riordan E, Sherriff KL, Rickard CM. Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD003827. DOI: 10.1002/14651858.CD003827.pub2.

Skrrevet av **Marita Sporstøl Fønhus**,

Nasjonalt kunnskapssenter for
helsetjenesten



THE COCHRANE
COLLABORATION®



Illustrasjon: Lene Ask

Gir færre fødselsrifter

Resultatene fra en ny Cochrane-oversikt viser at varme kompresser eller massasje på perineum ved normale fødsler trolig gir færre alvorlige fødselsrifter.

Under en fødsel oppstår det ofte rifter i hud og slimhinne rundt eller mellom skjede- og endetarmsåpningen (perineum). Det er fire grader av fødselsrifter:

- Grad I: Overflatisk skade av hud i perineum eller skjedens slimhinne.
- Grad II: Dyp perinealskade med skade på muskulatur i perineum. Et klipp, episiotomi, regnes også som grad II.
- Grad III: Skade av perineum der lukkemuskulaturen rundt endetarmsåpningen er helt eller delvis avrevet.
- Grad IV: Større skade av perineum der slimhinnen i endetarmen er ødelagt.

Mindre fødselsrifter (grad I og II) er oftest uproblematisk. Kvinner med alvorlige fødselsrifter (grad III og IV), kan få vedvarende plager og skader. Smerter, urinal og fekal inkontinens, psykiske og sosiale problemer kan oppstå som følge av skaden. Kvinnens omsorg ovenfor barnet og hennes evne til å utføre dagligdagse omsorgsrutiner som morsrollen krever kan også påvirkes. Det er derfor viktig å forebygge alvorlige fødselsrifter.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant åtte studier som vurderte effekter av ulike tiltak gitt til fødende kvinner for å begrense perineale skader etter fødsel:

- Varme kompresser eller massasje gir trolig færre tredjegrads eller fjerdegrads fødselsrifter sammenliknet med kontroll.
- Massasje gir trolig færre episiotomier sammenliknet med kontroll.
- Varme kompresser eller Ritgens manøver gir muligens liten eller ingen forskjell i antall episiotomier («klipping» for å utvide skjedeinngangen) sammenliknet med kontroll.
- «Hands off» gir muligens litt færre episiotomier sammenliknet med «hands on».
- Det er usikkert om «hands off» eller Ritgens manøver har noen effekt på tredjegrads eller fjerdegrads fødselsrifter sammenliknet med henholdsvis «hands on» eller standard behandling.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av ulike tiltak gitt under andre fase av fødselen for å forebygge skader i perineum. Forskerne gjorde

systematiske søk i flere databaser, og fant åtte randomiserte studier med til sammen 11651 kvinner som de inkluderte i oversikten. Studiene var gjennomført i USA, Brasil, Australia, Sverige, Østerrike og Storbritannia. Kvinnene som deltok i studiene var førstegangs fødende eller hadde født tidligere. De var forventet å ha en vaginal fødsel, hvor hodet til





Illustrasjon: Lene Ask

barnet lå ned ved termin og uten medisinske komplikasjoner. De inkluderte studiene hadde betydelig klinisk heterogenitet. Forsøkene ble gjort med ulike teknikker. Uttrykk som «hands on» og «hands off» hadde ulik betydning i ulike studier i tillegg til at selve teknikkene ikke alltid var godt beskrevet. «Hands off» kan bety alt fra ingen hender på perineum til hode kroner frem,

til ingen hender på perineum eller barnets hode før hodet er ute, men også ingen hjelp med å få skuldrene til barnet ut.

KILDE

Aasheim V, Nilsen ABVika, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.

Skrevet av Marita Sporstøl Fønhus, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



Forskningsnytt

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

Fysisk trening mot urinlekkasje

Sykehjemsbeboere som gjennomførte et opplegg med måltrett fysisk trening fikk mindre urinlekkasje i ettertid enn kontrollgruppen. Dette var et av de sentrale funnene i en randomisert kontrollert studie som undersøkte om et individuelt tilrettelagt program med fysisk trening og opptrening i dagliglivets aktiviteter bidro til å redusere urininkontinens hos sykehjemsbeboere. Beboere ved et sykehjem i Trondheim, som var eldre enn 65 år, hadde bodd på sykehjemmet mer enn tre måneder og trengte hjelp til minst én ADL-funksjon, ble

invitert til å delta i studien. Førtiåtte ble inkludert i tiltaksgruppen og 50 i kontrollgruppen. Deltakerne i tiltaksgruppen satte seg individuelle treningsmål. Treningsopplegget innebar tilrettelagt fysisk trening i tre måneder. Treningen besto i forflytning, gå- og balanseøvelser, styrke og utholdenhetstrening. Påkledning, gjennomføring av personlig hygiene og ADL-funksjoner ved måltider inngikk også i treningen. To fysioterapeuter og to ergoterapeuter utenfor sykehjemmet var innleid for å gjennomføre opplegget. Personalet på sykehjemmet ble informert om beboernes individuelle målsetninger og fikk veiledning om hvilken mengde trening den enkelte beboer burde få. Deltakerne i kontrollgruppen fikk vanlig behandling. Urinlekkasje ble målt i gram ved veing av bleier i løpet av 24 timer.

Tre måneder etter avsluttet behandling hadde 35 beboere i til-

taksgruppen og 33 i kontrollgruppen gjennomført målingene. Alderen til deltakerne var i gjennomsnitt 84,3 år. Sytten var menn og 51 var kvinner. Forekomsten av urinlekkasje blant beboerne var 89,7 prosent. Tre måneder etter avsluttet treningsopplegg hadde beboere i tiltaksgruppen redusert urinlekkasje fra gjennomsnittlig 576 til 462 gram per døgn. I kontrollgruppen hadde den økt fra 424 til 653 gram per døgn. Det viste seg også at deltakere med høyere alder, lavere funksjonsnivå og de som var menn hadde en større reduksjon i urinveislekkasjen enn yngre, de med bedre funksjonsnivå og de som var kvinner.

REFERANSE

Vinsnes AG, Helbostad JL, Nyronning S, Harkless GE, Granbo R, Seim A. Effect of physical training on urinary incontinence: a randomized parallel group trial in nursing homes. *Clin Interv Aging* 2012;7:45-50.

KOMMENTAR

Studien føyer seg inn i rekken av andre studier som viser positive resultater av regelmessig fysisk aktivitet og trening. Funnene er et godt eksempel på hvilken effekt ikke-medikamentell behandling kan ha på et helseproblem.

Bruk av avføringsmidler på sykehjem

Nesten alle med normal avføringsfrekvens og konsistens rapporterte allikevel kroniske plager. Tidligere studier har vist at avføringsproblemer forekommer relativt ofte hos beboere på sykehjem. Derfor var forskerne interessert i å undersøke om behandlingen for avføringsproblemer virker, beskrive eventuelle forskjeller mellom ulike behandlingsregimer, samt finne faktorer som var relatert til normal tarmtømming hos beboere på sykehjem.

Problemstillingen ble undersøkt i en tverrsnittsstudie hvor beboere ved sykehjem i Oppland og Hedemark i 2008–2009 deltok. Beboere over 60 år og som brukte avføringsmidler regelmessig eller sporadisk ble rekruttert til studien. Tretten av 24 sykehjem var interessert i å delta. Dette omfattet 31 sykehjemsavdelinger med 647 beboere. Av 266 som samtykket til deltakelse brukte 197 avføringsmiddel og ble inkludert i studiens utvalg.

Sykepleiere og hjelpepleiere ved sykehjemmene samlet inn data om pasientenes sosiodemografiske bakgrunn, ADL-funksjoner, bruk av medikamenter inkludert ulike type avføringsmidler, tarmfunksjon og avføring. Normal defekasjon ble definert som avføring fra tre ganger per uke til tre ganger per dag og en konsistens tilsvarende en skåre på mellom 3–5 på Bristol Stool Form Scale. Alderen på deltakerne varierte fra 67–103 år med

> 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

Forebygging av urinveisinfeksjoner i sykehjem

Bruken av midler for å forebygge urinveisinfeksjon hos sykehjemsbeboere i Norge samsvarte ikke med nasjonale retningslinjer og var ikke evidensbasert. Slik konkluderer forskerne som har studert denne praksisen i norske sykehjem. Urinveisinfeksjon (UVI) er den hyppigste forekommende infeksjonen i sykehjem. Dette var bakgrunnen for å kartlegge hvilke forebyggende midler som brukes i norske sykehjem for å forebygge UVI. Forskerne gjennomførte en endags punktprevalensundersøkelse ved sykehjem i Midt- og Nord-Norge i april og mai 2006. Elleve farmasøyer samlet inn data om hvilke typer og mengde midler pasientene fikk, samt beboernes alder og kjønn, og karakteristika om sykehjemmet. Utvalget i studien besto av 1473 beboere ved 44 sykehjem. Sykehjemmene hadde i gjennomsnitt 33 beboere. Nitent prosent av beboerne bodde på

egne demensavdelinger, 43 prosent på langtids somatisk avdeling og resten på ikke diagnosespesifikke avdelinger. Over halvparten av sykehjemmene (59 prosent) hadde kun enerom. Blant beboerne i utvalget brukte 18 prosent (269 beboere) kun ett forebyggende middel. Andelen som brukte forebyggende midler på de sykehjemmene varierte fra 0 til 50 prosent. Denne andelen utgjorde i gjennomsnitt 15 prosent på demensavdelingene og 19 prosent på de somatiske langtidsavdelingene. Blant beboere som tok forebyggende midler, brukte 74 prosent kun ett middel, mens 26 prosent brukte fra to til fire. Hos dem som brukte forebyggende midler var Methenamine det hyppigste brukte middelet (48 prosent av dem som brukte forebyggende behandling), etterfulgt av C-vitamin (32 prosent), østrogen (30 prosent), tranebærjuice/kapsler (10 prosent), Trimetoprim

(5 prosent) og Nitrofurantion (4 prosent). Ifølge forskerne i studien er Trimeptopri, Nitrofurantion og vaginalt østrogen de anbefalte midlene, men disse ble i liten grad brukt ved sykehjemmene som ble studert.

REFERANSE

Bergman J, Schjott J, Blix HS. Prevention of urinary tract infections in nursing homes: lack of evidence-based prescription? *BMC Geriatr* 2011;11:69.

Studien avdekker at sykehjemmene har svært ulik praksis for bruk av midler til forebygging av UVI. Siden UVI er den hyppigst forekomne infeksjonen hos sykehjemsbeboere, fortjener problematikken større faglig oppmerksomhet og en bred tilnærming hvor også den forebyggende behandlingen inkluderer tiltak utover medikamenter.

KOMMENTAR

et gjennomsnitt på 86 år. Syttifem prosent var kvinner.

Blant beboerne i utvalget brukte 82 prosent avføringsmiddel regelmessig. De hyppigst brukte midlene var laktulose (64 prosent), natriumpikosulfat (21 prosent) og bisakodyl (12 prosent). De fleste med normal tarmfunksjon (97 prosent) oppga vedvarende plager som følelse av ufullstendig tømming, følelse av forstoppelse og at defekasjon måtte fremkalles manuelt.

En multivariat analyse viste at god ernæringsstatus, en tidligere eller nåværende kreftdiagnose eller angst/depresjon var relatert til tarmfunksjon. Forskerne konkluderte med at behandling av obstipasjon hos sykehjemsbeboere var utilfredsstillende

REFERANSE

Fosnes GS, Lydersen S, Farup PG. Effectiveness of laxatives in elderly—a

cross sectional study in nursing homes. *BMC Geriatr* 2011;11:76.

Studien beskriver et viktig tema med stor aktualitet for beboere i sykehjem. På grunn av relativt lav deltakerandel er funnenes representativitet noe usikker. Mens studien belyser bruken av medikamenter ville det også vært interessant om bruken av andre relevante tiltak for å forebygge og behandle obstipasjon var beskrevet.

KOMMENTAR



Motivasjonskurs for personer med sykkelig overvekt



Foto: Erik M. Sundt





Foto: Erik M. sundt



Foto: Erik M. sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: I Norge er behandling og forebygging av sykkelig overvekt et helsepolitisk satsingsområde. I dette endringsarbeidet kan et lærings- og mestringssenter (LMS) være nyttig.

Hensikt: Å få fordypet kunnskap om hva som bidrar til å motivere eller demotivere personer med sykkelig overvekt for livsstilsendring i hverdagen, og hvilken betydning et LMS kan ha i denne sammenheng.

Metode: Studien har et utforskende deskriptivt design og består av individuelle livsformsintervjuer

med elleve personer som tidligere hadde deltatt på et opplæringsprogram ved LMS for sykkelig overvekt. Dataene er analysert ved hjelp av en hermeneutisk – fenomenologisk forståelse.

Resultater: Fem hovedtemaer ble funnet; (1) Stor kropp og belastninger (2) Erfaringer med fastlege og helsepersonell (3) Mellom kunnskap og handling (4) Sosial støtte (5) Operasjon – eneste håp til endring.

Konklusjon: Motivasjon til livsstilsendring kom først når helseplagene

ble for store, og ikke av å ha en stor kropp i seg selv. Kvaliteten på møter med fastleger og helsepersonell var avgjørende for å endre vaner. Et tilpasset opplæringsprogram, der erfarne brukere underviste i samarbeid med helsepersonell, bidro til at deltakerne opplevde kunnskap som personlig og relevant, og økte bevisstgjøring og motivasjon for livsstilsendring. Kognitiv teori kan være et nyttig verktøy i endringsprosessen. Selvhjelpsgrupper kan fungere som et støttende og motivevende nettverk. Operasjon sees på som siste utvei, og gir størst håp om endring

ENGLISH SUMMARY

Motivation for lifestyle changes among morbidly obese people

Background: In Norway, prevention and treatment of morbid obesity are health policy priorities. In this process of change, a learning and mastery centre (LMC) might be helpful.

Objective: To gain deeper knowledge of what contributes to motivating the morbidly obese to lifestyle changes in everyday life, and the importance of an LMC in this context.

Methods: The study has an exploratory descriptive design consisting of individual lifestyle interviews of

eleven people who had previously participated in a training program at an LMC for morbid obesity. The data were analyzed using a hermeneutic-phenomenological understanding.

Results: Five main themes were found: (1) Large body and distress; (2) Experience with GPs and other health professionals; (3) Between knowledge and action; (4) Social support; and (5) Operation—the only hope for change.

Conclusion: Motivation for lifestyle changes emerged when the pro-

blems became too heavy, and were not due to having a large body in itself. The quality of meetings with GPs and other health professionals was crucial for changing habits. An adapted training program, where experienced users taught in collaboration with health care providers, increased the motivation and awareness for lifestyle changes. Cognitive theory can be a useful tool in the change process, and self-help groups can serve as a supportive and motivating network. Operation is seen as the final solution, and provides the greatest hope for change.

>> Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt

Forfattere: Lisbet Borge, Bjørg Christiansen og May Solveig Fagermoen

NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Livsstil
- Overvekt
- Mestring
- Undervisning

INTRODUKSJON

Overvekt og fedme er et økende folkehelseproblem i store deler av den vestlige verden. I Norge er behandling og forebygging av dette problemet et helsepolitisk satsingsområde (1). Nærmere én av 50 har antakelig sykkelig fedme, det vil si en kroppsmasseindeks (KMI) på ≥ 40 kg/m² eller ≥ 35 kg/m² pluss minst en følgesykdom (2). Sykkelig overvekt blir beskrevet som en progredierende, kronisk tilstand preget av mislykkede endringsforsøk og gjentatte tilbakefall (3). Tilstanden er også assosiert med negative holdninger, nedvurdering og stigmatisering fra befolkningen, i egen familie og fra helsepersonell (4,5). Disse aspektene har negative konsekvenser for livskvalitet og psykologisk velvære, som dårlig selvbilde, skamfølelse og økt krenkbarhet (6,7,8).

Studier viser at majoriteten av de som har forsøkt å gå ned i vekt, er tilbake ved utgangspunktet eller verre i løpet av ett år (9). Nyere studier viser at psykologiske intervensjoner som tar i bruk teknikker fra kognitiv atferdsterapi og oppmerksomhetstrening, særlig i kombinasjon med kostholds- og

treningsplan, virker positivt på livsstilsendring og vektreduksjon, selvtilitt og mestringfølelse (10,11).

Livsstilsendring krever kognitive og emosjonelle evner og ferdigheter, motivasjon og sosial støtte, og innsats over lang tid (12). For å oppnå atferdsendring må personen ha tro på sin egen evne til å gjennomføre endringer. Bandura (13) hevder at tiltro til egen mestringsevne (self-efficacy) påvirker hvordan personen selv vurderer sine sjanser for å lykkes. Hans teori har vært grunnlag i intervensjonsstudier med positive resultater for ulike grupper av kronisk syke, der man har vektlagt å styrke mestringstro (14). Motivasjonsintervensjoner, slik som motiverende intervju, der en særlig utforsker personens ambivalens omkring endring, kan være en nyttig hjelp til å ta beslutninger (12).

Helsepersonell som forsøker å motivere og støtte pasienter til livsstilsendring, kan oppleve det som en barriere når pasientene ikke er motivert til behandling (15). I dette endringsarbeidet kan et lærings- og mestringssenter (LMS) gi nyttige bidrag (16). Gjennom helseforetaket, som har et regionalt ansvar for all behandling av sykkelig overvekt, tilrettelegger LMS et obligatorisk opplæringsprogram for pasientene før man bestemmer endelig behandlingsforløp. Disse tilbudene er i liten grad systematisk evaluert. En forskergruppe har satt som mål

å evaluere endringer i form av læring og mestring etter gjennomførte læringstilbud på LMS, også blant personer med sykkelig overvekt (17). Et delprosjekt har til hensikt å innhente kunnskap om kjennetegn ved deltakernes læreprosesser, og hva som bidrar til økt kunnskaps- og handlingsrepertoar i hverdagslivet. Denne artikkelen bygger på funn fra dette delprosjektet og fokuserer følgende forskningsspørsmål: Hva bidrar til å motivere eller demotivere for livsstilsendring i

Hva tilfører artikkelen?

For personer med sykkelig overvekt er livsstilsendring en komplisert prosess. Motivasjonen påvirkes av holdninger hos fastleger og annet helsepersonell. Anerkjennelse og en passe balanse mellom støtte og utfordring synes å være optimalt.

Mer om forfatterne

Lisbet Borge er klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie og førstelektor ved Diakonhjemmet høgskole, Institutt for sykepleie og helse. Bjørg Christiansen, er førsteamanuensis og dr.polit. ved avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo og Akershus. May Solveig Fagermoen er sykepleier, PhD og seniorforsker ved Oslo universitetssykehus, Medisinsk klinikk, Gastromedisinsk avdeling og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap. Kontaktperson: lisbet.borge@diakonhjemmet.no.

hverdagen? Hvilken betydning har deltakelsen i opplæringsprogrammet hatt for dem?

METODE

Vi benyttet utforskende deskriptiv design og samlet inn data ved hjelp av individuelle livsformsintervjuer. Dette er en variant av utforskende, kvalitativt intervju, som tar utgangspunkt i beskrivelser av hverdagslivspraksiser, med tid som en strukturerende akse. (18). Hvert intervju fulgte en tidsmessig rekkefølge av hendelser gjennom døgnet for å få tak i konkrete hendelser og informantens tanker om hendelsene. Intervjuformen er et godt hjelpemiddel til å se informantene som handlende, i forhold til hvem som inngår i handlingene, hva som gjøres av hvem og når, hvor handlingene skjer og vanlige og uvanlige hendelser. Hensikten var å få innsikt i informantens egen forståelse, handlemåter og erfaringer som har betydning for mestring og kunnskapstilegning i hverdagslivet. Deltakere ble intervjuet av henholdsvis første- og andreforfatter på deres arbeidsplass eller ved LMS. Intervjuene tok utgangspunkt i to hovedtemaer: 1) Livsstil i hverdagen som har betydning for helsefremming og sykdomsforebygging og 2) Erfaringer med LMS-kurset: hva har hatt betydning? Hvert intervju

” Å legge om vaner, spesielt spisevaner, var en stor utfordring for de fleste.

varte cirka en drøy time og ble tatt opp på bånd. Alle intervjuene ble transkribert ordrett.

Opplæringsprogram

Opplæringsprogrammet på LMS foregikk i grupper der deltakerne møttes fire timer annenhver uke ti ganger. Tre samlinger besto av

TABELL 1: Beskrivelse av informantene (n=11)

Kvinner/menn	7/4
Alder	26 – 56 år
Samboende/alene	5/6
Utdanning	
Høgskole	2
Videregående	3
Yrkesfag	6
Aktivt i arbeid (100 %)	7
Sykmeldt/attføring eller uføretrygdet	4
Ønsket operasjon/operert	9
Ønske om konservativ behandling	2

informasjon om ulike behandlingsmetoder, de resterende syv fokuserte på endring av vaner og livsstil. Programmet vektla en kognitiv tilnærming, som omhandler hvordan våre følelser påvirkes av hvordan vi tenker og handler (10,12). Erfarne brukere deltok i undervisningen sammen med tverrfaglig helsepersonell, representanter fra aktuelle brukerorganisasjoner og aktivitetstilbud. Deltakerne ble også oppfordret til å etablere selvhjelpsgrupper i forlengelsen av kurset.

Utvalg

Det ble sendt ut skriftlig invitasjon til 44 tidligere kursdeltakere våren 2009, fire til åtte måneder etter fullført opplæringsprogram ved et LMS på Østlandet. Alle som ble kontaktet, var henvist til sykehuset for utredning av sykkelig overvekt. Fagkonsulenten ved

intervjue. Ingen purringer ble foretatt. Beskrivelse av informantene er gitt i tabell 1.

Analyseprosess

Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener hos de involverte (19). Denne studien har valgt å vektlegge anbefalingene til Malterud (19) og Kvale (20), hvor analysen spenner fra en beskrivende til en fortolkende fremstilling i lys av kategorier og teoretisk rammeverk. Det innebærer etablering av helhetlig forståelse og identifisering og kondensering av mening i lys av teoretiske perspektiver. Første og andreforfatter gjorde en foreløpig analyse hver for seg, deretter ble resultatene drøftet og analysert i fellesskap. Vi endte opp med fem hovedtemaer.

Etiske aspekter

Deltakerne ble kontaktet per brev, som ble sendt via LMS. De som ønsket å delta, sendte sitt samtykke i en frankert svarkonvolutt direkte til en av forskerne. Deltakelsen i studien var frivillig og deltakerne kunne trekke seg uten at det ville få konsekvenser for deres helsetilbud. De ble også forsikret om konfidensialitet og anonymitet i presentasjon av resultatene.

Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet for forskning og Regionaletisk forskningskomité i Helse Sørøst.

RESULTATER

I det følgende presenterer vi funn i form av fem hovedtemaer som viser hva som har betydning for informantenes motivasjon og demotivasjon til livsstilsendring. Resultatene presenteres i en tidsakse; tiden før og etter deltakelsen i opplæringsprogrammet.

Tema 1:

Stor kropp og belastninger

Alvorlige helseplager, belastninger og hindringer i hverdags- og arbeidsliv økte motivasjonen for å gripe fatt i egen livssituasjon. Flere fortalte om depressive plager og smerter i kroppen, som til slutt ga dem dyttet til å forstå at de måtte gjøre noe selv. En informant sa: «Det kom ryggplager og prolaps, og jeg fikk beskjed av kirurgen min at hvis jeg ikke ordnet opp i dette, så kunne jeg risikere å havne i rullestol. Og det skremte vettet av meg.»

Flere mente at de var «født store» og dette ble en forklaring på hvorfor det var vanskelig for dem å ta ansvar for egen helse. Å være stor var ingen motivasjon i seg selv for å endre vaner, slik en informant opplevde det: «Men utover det har jeg ikke syntes at overvekten har plaget meg nevneverdig, annet enn de gangene jeg uheldigvis havnet på filmrull og videoteip og så meg selv etterpå. For det var ikke det mennesket jeg hadde i hodet mitt.»

Flere av informantene hadde tidligere vært fysisk aktive, men stor kropp og medfølgende fysiske plager hadde etter hvert hemmet livsutfoldelsen. Dette bidro til å begrense hverdagen, slik en informant sa: «Det å være tjukk det hemmer deg.

Det hemmer deg på jobb og alt mulig ... Og da lager du kanskje noen unnskyldninger på det etter hvert, i hvert fall i hodet. Og så vrir man seg unna.»

Alle hadde prøvd ulike slanketurer gjennom mange år. Dette ble omtalt som «jo-jo slanking». De stadige nederlagene hvor vekten gikk opp igjen ga opplevelse av manglende viljestyrke, mestring og demotivasjon. Informantene uttrykte tydelige ønsker om å gjøre endringer i eget liv. Men siden de alltid hadde vært store, var dette en forklaring på at det var vanskelig å gjøre noe selv. Først da helseplagene ble for alvorlige kom motivasjonen til å søke hjelp.

Tema 2:

Møte med helsepersonell

Informantene fortalte om ulike møter med fastleger og helsepersonell. Helsepersonellets væremåte og forståelse var avgjørende for å bli motivert til livsstilsendring. Flere hadde opplevd negative og fordømmende holdninger, slik en informant fortalte: «Fordi uansett hvilken plage du kommer med, så skyldes det at du er overvektig. Og da får du igjen den at jeg burde skamme meg, altså, for det er bare min egen karakterstyrke og viljestyrke som gjør at jeg er syk. Og det gjør noe med en, altså. Det var vel også det som gjorde at jeg var skeptisk til å delta på lærings- og mestringskursets tilbud om opplæring om fedme.»

Informantenes erfaringer med fastlegen viste betydningen av dette møtet både på godt og vondt. Noen hadde følt seg lite verdsatt og forstått når legen møtte dem med pekefingeren og fortalte om hvor fete de var. Det var flere eksempler på negative møter enn positive. En informant sa: «Men jeg synes at det er ganske sterkt at du går til en doktor, som ikke klarer å imøtekomme

deg eller gi deg noen veiledning på hva du skal gjøre.»

De få som hadde opplevd å bli støttet, beskrev at legen hadde klart å møte dem som personer som var i en vanskelig situasjon. En av informantene beskrev det slik. «... jeg skjønnte at nå må jeg gjøre noe. Og da tok fastlegen min tak i det. Fastlegen min har også vært en utrolig støtte.»

Flere fortalte om blandete erfaringer fra ulike rehabiliteringsopphold i forsøk på å gå ned i vekt. Når informantene følte at de ble sett og forstått, strakk de seg gjerne lenger og ble mer positivt innstilt til treningen. De fortalte at det var lett å komme med negative reaksjoner og motstand, når de ansatte ble opplevd som belærende og lite støttende. Da kom «klørne» ut. En informant fortalte om hvordan han kom i forsvarsposisjon i forbindelse med slike møter: «... da er det veldig lett å tenke at du hører meg ikke, du ser meg ikke. Og da åpner du ikke for noe læring for da drar du ned rullegardinen.»

Informantene uttrykte følelsen av å være lite verdsatt, og dette bidro til at de lett kom i forsvarsposisjon. Deres blandete erfaringer i møte med fastleger og annet helsepersonell påvirket deres motivasjon for livsstilsendring.

Tema 3:

Mellom kunnskap og handling

De fleste informantene forklarte at de hadde mye kunnskap om mat og ernæring, men det var en stor utfordring å få det til i praksis, slik en informant sa: «Når du har møtt mange nok overvektige, så vet du at det skorter ikke på teorien. De kan langt mer enn de fleste ernæringsfysiologer om veldig mye, både kalorier og hvordan ting omsettes i kroppen. Men det er dette her med teori og praksis, og om hvordan å omsette det.»

Deltakelsen på kurset i regi av LMS ble en arena for å øve seg. Dette omfattet å møte opp på det obligatoriske opplegget, møte de andre i gruppen og forplikte seg på noen av hjemmeoppgavene, for eksempel en handlingsplan. Kurset hadde hovedsakelig gitt informantene positive erfaringer, selv om læringsutbyttet varierte. Spesielt nyttig var det når erfarne brukere underviste sammen med fagpersoner. Da fikk kunnskapen personlig relevans for dem, slik en informant fortalte: «Det var svært viktig å møte brukere, som har hatt skoen på og som snakket åpent om skam, skyldfølelse og stigmatisering. Har kjent det på samme måte, men ikke vedkjent meg følelsene. Brukere sammen med fagfolkene – gjennom dette klarte jeg å tilegne meg informasjon på en annen måte. Forsvaret la seg ned.»

Flere sa at kurset hadde bidratt til å gjøre dem oppmerksomme på egne vaner og handlingsmønstre i forhold til spising. «Kurset ga meg sparket» og «wow-opplevelser». Erfaringer om at det var mulig å snu på ting bidro til å øke motivasjonen. Men å legge om vaner, spesielt spisevaner, var en stor utfordring for de fleste. Noen hadde brukt mat for å regulere følelser. Andre brukte mat som belønning og kos. En informant beskrev det slik: «Jeg har misbrukt mat på mange måter, slik som mange overvektige gjør ... Mat kan være et rusmiddel. Det kan være smertestillende, det kan være oppkvikkende. Hva skal jeg fylle tomrommet med når jeg ikke kan bruke maten?»

Andre hadde oppdaget at mat og spisemønstre hadde sammenheng med eget følelsesliv, noe de ikke hadde tenkt på før. Dette ga innsikt i hva som var hensiktsmessig å fokusere på. Flere sa at de også hadde lært mye om sunnere

mat og om å spise mindre porsjoner. En informant beskrev det på denne måten: «Jeg er blitt mer bevisst. Jeg så ikke mulighetene før. De var der, men jeg fortrenget dem. Bruker mat mindre som trøst nå. Er mer bevisst på hva jeg kjøper av mat.»

Noen av informantene savnet mer psykologisk kunnskap under kurset, da de mente at «det sitter jo i hodet». Den kognitive teorien ble fremhevet som spesielt nyttig. En informant sa: «Jeg lærte om kognitiv terapi og at det kan dreie seg om tanker og følelser. Dette hjalp meg i forhold til de ureflekterte vanene.»

Opplevelsen av å ta kontroll i eget liv var viktig for flere. Ikke alle klarte dette, men opplevelsen av egen vilje og eget tempo var viktig: «Jeg har selv grepet tak i det .., men jeg har fått lov til å ta det i mitt tempo, for det er jeg som har valgt.»

Ny kunnskap kan stimulere refleksjon og bevisstgjøring, når det er erfaringsbasert kunnskap som informantene kjenner seg igjen i. Å bli motivert til å komme inn i en erkjennelsesprosess omkring egne vaner, ble av flere beskrevet som bevisstgjøring. Med bevisstgjøringen økte også motivasjonen.

Tema 4: Sosial støtte

LMS-kurset ga støtte ved at deltakerne møtte andre i samme situasjon. De utvekslet erfaringer fra hverdagen, kosthold og tips om matoppskrifter. Selv om noen sa at de hadde vært lite delaktige under kurset, så hadde det likevel vært viktig å høre de andres erfaringer. Dette ga gjenkjennelse, assosiasjoner og følelse av samhold, slik en av informantene sa: «Å høre om andres erfaringer er den beste hjelpen. Vi backer hverandre opp.»

For noen ga det også sosial trening og nye kontakter. «Har

kontakt med andre fra kurset på Facebook.»

Omtrent halvparten deltok i selvhjelpsgrupper etter kurset. Dette ga dem et nytt nettverk, venner, sosial trening og en felles plattform. Å treffe andre som var i samme situasjon betydde mye for å opprettholde innsatsen rettet mot en mer helsefremmende livsstil. Noen brukte gruppen til å gå på turer, som igjen bidro til vektnedgang og bedre fysisk form. Dette ga dem støtte og motivasjon, slik en informant erfarte det: «Det er nødvendig med støtte for å holde fast på et opplegg. Føler at jeg har bevist gjennom 50 år at jeg ikke klarer meg alene. Det er det ingen tvil om. Selvhjelpsgruppa er viktig. Viktig med geografisk nære grupper, slik at en kan møtes.»

Opplevelsen av at «samfunnet mener mye om hvordan vi er», var en ekstra byrde i hverdagslivet og svekket motivasjonen for å få til endring i eget liv. Selvhjelpsgruppene ble derfor en viktig arena for sosial støtte.

Tema 5: Operasjon

Operasjon ble omtalt som den eneste utvei av nesten alle informantene. De erkjente at de ikke klarte å oppnå tilstrekkelig vekt-nedgang ved egen innsats, slik en informant sa: «Nå har jeg bestemt meg for at jeg skal igjennom den operasjonen. Så nå har jeg fått et annet syn på livet. Nå ser jeg en åpning i enden, at jeg skal få en operasjon.»

Operasjon ble også omtalt som å få en indre kroppslig kontroll: «Operasjon er en måte å tvinges til å skape gode mønstre. Det blir et hjelpemiddel til det målet en ønsker.»

Fire av informantene var operert før intervjuet fant sted. En av disse mente at operasjonen var siste utvei, men også en snarvei, «men det var ingen

dans på roser». Det var en lang læringsprosess, både i forhold til nye kostvaner og trening. På den annen side hadde informanten begynt å merke at kreftene hennes nå kunne brukes til å gjøre andre konstruktive ting, som trening og å komme seg i jobb, istedenfor å måle og veie all mat. På den måten kunne stresset bli mindre.

Flere mente at det var svært uheldig å vente så lenge på operasjon, og det hadde bidratt til at de igjen hadde gått opp mange kilo. Flere hadde mistet lysten til å gjøre noe selv etter kurset, og opplevde at motivasjonen hadde dalt da de ble overlatt til seg selv. De var klar over at de måtte gå ned i vekt som forberedelse til operasjon, men dette ble vanskelig når de ikke hadde noen som støttet dem.

DISKUSJON

Vår studie viser at sykkelig overvekt er en sammensatt tilstand, og det er ikke bare å ta seg sammen. Informantenes motivasjon til livsstilsendring kom først når de fysiske og psykiske helseplagene ble store nok, og ikke av overvekten i seg selv. Hvilken kroppsstørrelse man har, er ofte knyttet til personlige standarder og påvirker hvilke endringer som søkes (21). Kvaliteten på møter med fastleger og helsepersonell var avgjørende for om informantene ble motivert til å ta mer ansvar for seg selv. En anerkjennende holdning er svært viktig for denne gruppen, som har økt krenkbarhet for stigmatisering og følelse av skam (5,7,22). Informantenes opplevelse av ikke å ha lykket med livsstilsendringer bidro til et dårlig selvbylde, og operasjon ble derfor betraktet som eneste mulighet for kroppskontroll og siste håp. Dette er også bekreftet av personer som har gjennomført fedmekirurgi (23).

Læringsprosesser gjennom livs-

stilsendring innebar at informantene ble utfordret på inngrodd vaner, som for eksempel overspising og uregelmessige måltider. Ifølge Connerton (24) kan vanen forstås som en handlingsdisposisjon, noe latent, som vekkes av stimuli. Vanen medfører en sterk impuls til å handle på bestemte måter, nesten som i et avhengighetsforhold. Dette kan overskrive, eller til og med gå på tvers av, hvordan vi egentlig ønsker å handle. Vanen kan ha en slik kraft at den oppleves intimt og uløselig forbundet med en selv. Det kan gjøre endringer i livsstil til et sårbart, møysommelig arbeid både for den sykelige overvektige og de som skal hjelpe (25).

Et viktig funn er at erfaringskunnskap og fagkunnskap går hånd i hånd. LMS representerer et møtepunkt mellom pasienter og brukes praksiserfaring og helsepersonells teoretiske kunnskap, og kan således være et egnet sted for kunnskapsutvikling. Dette er et godt utgangspunkt når utfordringen er å omgjøre teoretisk kunnskap til forståelse og handling i eget liv. Motivasjonen for å komme i gang med læringsprosessen ble stimulert hos deltakerne, når de opplevde erfaringsnær kunnskap som var gjenkjennelig for dem. Dette er også bekreftet av andre pasientgrupper (26).

Fagpersonenes påvirkningsmuligheter var å skape betingelser for at deltakerne kunne engasjeres i atferds- og holdningsmessige endringer, og kognitiv teori ble opplevd som nyttig, slik andre studier også har vist (10,11,12). Det fordrer at man gjør kunnskapen tilgjengelig ved å ta utgangspunkt i deltakernes egne tanker og virkelighetsforståelse, og i mindre grad styres av de profesjonelles teoretiske ståsted. En slik dreining av undervisning kan hjelpe deltakerne til å bruke

egne ressurser, i stedet for at deres egenskaper eller problemer skal bli behandlet eller korrigeret. I alle intervensjoner bør pasienter gis mulighet til aktiv bearbeiding gjennom drøfting og diskusjoner med andre (27). Dette kan bidra til økt mestringstro, fordi tanker bevisstgjøres og beslutningsevnen til målrettede positive handlinger blir styrket (13). Betydningen av å styrke egen myndighet hos deltakerne er også bekreftet i en nylig publisert studie av en tilsvarende brukergruppe (28).

Vår studie bekrefter det andre har funnet; personer med sykkelig overvekt ønsker å bli møtt som hele mennesker, få anerkjennelse fra helsepersonell, tilrettelagt hjelp til vektregulering gjennom primærhelsetjenesten og sosial støtte gjennom selvhjelpsgrupper (29). De fleste vet hva de bør gjøre, men at det er vanskelig å legge om vanene. Man anbefaler derfor å tilby intervensjoner som er skreddersydd til den enkelte, samt gruppetilbud (8,27). Motivasjon er ikke bare et individuelt anliggende, men er også knyttet til gode læringsmiljøer, som kan virke stimulerende og støttende. Bandura (13) beskriver at atferden vår blir påvirket gjennom modellering. Brukere kan også være gode læringsmodeller for hverandre gjennom gjenkjennelse av hverandres problemer og reaksjoner (26). Noen av informantene opplevde dette gjennom deltakelse i selvhjelpsgrupper, hvor de motiverte hverandre til mer helsefremmende atferd. Å være sammen med andre i uformelt samvær har også stor betydning for egenverd, motivasjon og læring (30). Læreri situasjoner kan kjenne-tegnes av at personer med sykkelig overvekt får bedre forståelse for sammenhengen mellom deres tilstand, helserelaterte vaner, reaksjonsmønstre og livsstil.

Studiens begrensninger

Resultatene må tolkes med forsiktighet da de uttrykker meninger og erfaringer fra et lite antall informanter etter kursdeltakelse på et LMS. Kun 25 prosent av de som ble forespurt var villige til å delta i undersøkelsen, Vi har ingen opplysninger om dem som ikke deltok, og vi vet derfor ikke i hvilken grad våre resultater er representative for deltakere på LMS-kurs for overvektige. Studier viser at mange personer med sykkelig overvekt ofte føler seg stigmatisert av helsepersonell (7), og dette kan være en forklaring på at så mange takket nei.

KONKLUSJON

For personer med sykkelig overvekt er livsstilsendring en komplisert prosess. Motivasjonen påvirkes av holdninger hos fastleger og annet helsepersonell. Anerkjennelse og en passe balanse mellom støtte og utfordring synes å være optimalt. Et tilpasset opplæringsprogram på LMS, der erfarne brukere underviser i samarbeid med helsepersonell, bidrar til at deltakerne opplever kunnskap som personlig og relevant. Kunnskap og støtte øker bevisstgjøring og motivasjon for livsstilsendring. Kognitiv teori synes å være et nyttig verktøy i endringsprosessen. Selvhjelpsgrupper kan fungere som et støttende og motiverende nettverk. Operasjon sees på som siste utvei, og gir størst håp om endring.

Vi vil takke alle informantene som delte sine erfaringer, og den øvrige forskergruppen; Anners Lerdal, Randi Andenæs, Eva Bjørnsborg, Tore Bonsaksen, Hilde Eide og Kari Hvinden, for nyttige kommentarer i utarbeidelsen av manus. Studien er økonomisk støttet av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, Oslo universitetssykehus.

REFERANSER

1. HelseDirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. IS-1735, 2011.
2. Hjelmesæth J, Hofsvold D, Handeland M, Johnson LK, Sandbu R. Livsstilsbehandling av sykkelig fedme. Tidsskrift for Den norske Legeforening 2007; 127: 2410-2.
3. Rippe JM, McInnis KJ, Melanson KJ. Physician involvement in the management of obesity as a primary medical condition. Obesity Research 2001; 9: 302-11.
4. Brown I. Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. J Adv Nurs 2006; 53: 221-32.
5. Conrad M, Dierk JM, Schlumberger P, Rauh E, Hebebrand J, Rief W. Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt, and weight loss. J Clin Psychol 2008; 64: 1129-44.
6. Kolotkin R, Meter K, Williams G. Quality of life and obesity. Obesity Reviews 2001; 2: 219-29.
7. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: A review and update. Obesity 2009; 17: 941-64.
8. Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Herbert D, Komesaroff PA. Being 'fat' in today's world: A qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. Health Expectations 2008;11: 321-30.
9. Kassirer JP, Angell M. Losing weight – an ill-fated new year's resolution. New England Journal of Medicine 1998; 338: 52-54.
10. Johansen V, Andreassen R. Livsstilsendring og vektreduksjon med kognitiv terapi og oppmerksomhetstrening. Tidsskrift for Kognitiv Terapi 2010; 4: 7-13.
11. Shaw KA, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; 2. Art. No: CD003818. DOI: 10.1002/14651858.CD003818.pub2.
12. Prescott P, Børtveit T. Helse og atferdsendring. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2004.
13. Bandura A. Self-Efficacy. The Exercise of Control. W.H. Freeman and Company, New York. 1997.
14. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: Implications for health education practice [Part II]. Health Promotion Practice 2005; 6: 148-156.
15. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A et al. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. Scan J Primary Health Care 2007; 25: 244-49.
16. Bonsaksen T, Hustadnes AL, Axelssen PM, Bjørnsborg E. Lærer å mestre sykkelig fedme. Tidsskriftet Sykepleien 2011; 99 (02): 58-60.
17. Lerdal A, Andenes R, Bjørnsborg E, Bonsaksen T, Borge L, Christiansen B et al. Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. Quality of Life Research. DOI 10.1007/s11136-011-9865-z.
18. Haavind H. Liten og stor: Mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter. Universitetsforlaget, Oslo. 1987.
19. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget, 2. utg.: Oslo, 2003.
20. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademisk: Oslo, 2006.
21. Chang VW, Christakis NA. Extent and determinants of discrepancy between self-evaluations of weight status and clinical standards. J Gen Inter Medicine 2001; 16: 538-43.
22. Hwang KO, Childs JH, Goodrick GK, Aboughali WA, Thomas EJ, Johnson CW, et al. Explanations for unsuccessful weight loss among bariatric surgery candidates. Obesity Surgery 2009; 19: 1377-83.
23. Ogden J, Clementi C, Aylwin S. The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study. Psychology and Health 2006; 21: 273-93.
24. Connerton P. How societies remember. University Press, Cambridge. 1989.
25. Overgaard D. Being Obese is Paradoxical Living – an exploratory study of five persons lived experiences of being overweight. Theoria: Journal of Nursing Theory 2002; 11: 3-12.
26. Borge L, Hummelvoll JK. Patients' experience of learning and gaining personal knowledge during a stay at a mental hospital. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2008; 15: 365-73.
27. Renjilian DA, Nezu AM, Shermer RL, Perri MG, McKelvey WF, Stephen AD. Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. Journal of Consulting & Clinical Psychology 2001; 4: 717-21.
28. Knutsen IR, Foss C. Caught between conduct and free choice – a field study of an empowering programme in lifestyle change for obese patients. Scand J Caring Sci. 2010; May 27. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00801.x.
29. Merrill E, Grassley J. Women's stories of their experiences as overweight patients. J Adv Nurs 2008; 64 (2): 139-46.
30. Lave J, Wenger E. Situert læring – og andre tekster. Gylling: Hans Reitzels Forlag, 2. utg, 2005.

Livsstilsendring krever motivasjon

› Det er viktig at sykepleier i møte med overvektige som pasientgruppe, får tilstrekkelig kunnskap om pasientens egne erfaringer.



Av Annette Bævre Larsen
Sykepleier ved Overvektsklinikken,
Medisinsk poliklinikk, SI Kongsvinger

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen søker å besvare hva som bidrar til å motivere eller demotivere for livsstilsendring og hvilken betydning deltakelse i et opplæringsprogram for overvektige har for at pasientene skal lykkes med vektreduksjon. Den konkluderer blant annet med at motivasjon for livsstilsendring kommer først når helseplagene er blitt for store, ikke av det å ha en stor kropp i seg selv. Forfatterne viser til at kognitiv teori kan være et nyttig verktøy i endringsprosessen og at operasjon blir sett på som en siste utvei, men samtidig er det som gir størst håp om endring hos pasienten.

Tilbakemeldingene fra pasientene i artikkelen bekrefter svært mye av det jeg erfarer daglig i mitt arbeid som sykepleier ved overvektspoliklinikken. Motivasjonen for vektreduksjon er høyst individuell, men inntreffer ofte når pasienten opplever at helseplagene er blitt for store og livskvaliteten svekket. Mange har smerter i

knær, hofter eller rygg, kroniske sykdommer og er ute av stand til å fungere i jobb eller dagligliv.

Pasientens normalitetsbegrep kan være en utfordring i behandlingen da vi opplever at mange av pasientene sier de alltid har vært store. Dette beskrives også i artikkelen. Disse pasientene har ofte foreldre, søsken og besteforeldre som er overvektige og er arvelig disponert for fedme. Vi erfarer at nedarvete holdninger til mat- og aktivitetsvaner er en stor utfordring for varig vektreduksjon.

I våre behandlingsprogram, der vi følger pasienten tett over to år, bruker vi kognitiv atferdsteori for å oppnå varige endringer. Kognitiv atferdsterapi som metode åpner for refleksjon og evaluering, er retningsgivende og etablerer fokus hos pasienten.

Vi driver utelukkende med konservativ behandling av overvektige, men vi opplever ofte at pasienten har overdreven tro på

at problemet vil være løst ved hjelp av kirurgi. Vi opplever dessverre fra tid til annen at pasienten kommer tilbake tre til fem år etter fedmekirurgi og ber om hjelp. Det kan tyde på at å endre kognitiv atferd hos pasienten, er vel så viktig som kirurgi for å få en varig effekt av inngrepet.

En svakhet ved artikkelen er vi ikke får vite noe om pasientens oppfølgingsevne, som å møte til timene eller egeninnsats i forhold til hjemmearbeid. I praksis ser vi at dette er en stor utfordring og har ofte avgjørende betydning for en god gruppedynamikk og for pasientens utbytte av kurset. Artikkelen omtaler heller ikke i hvilken grad pasienten har nådd sine mål for behandlingen i henhold til handlingsplanen som ble utarbeidet på LMS-kurset. Dette mener jeg ville være sentralt for evalueringen av tilbudet.

Les artikkelen på side 14





SAMMENDRAG

Bakgrunn: Gruppebasert pasientundervisning utviklet og drevet via lærings- og mestringssentre (LMS) er i dag etablert ved samtlige sykehus i landet. Et LMS tilrettelegger og koordinerer ulike læringstilbud til personer med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming og deres familie. Fokus er å bidra til helsefremming gjennom påvirkning av kunnskaper og holdninger. Læringstilbudene utvikles og gjennomføres i nært samarbeid med brukerrepresentanter.

Hensikt: Hensikten var å beskrive

organisering og aktivitetsnivået ved landets LMS. I artikkelen brukes disse data som grunnlag for en diskusjon av hvordan virksomhetens rammevilkår vil kunne påvirke dens kvalitet.

Metode: Egenutviklet spørreskjema gjennom telefonintervju med 63 ledere av lærings- og mestringssentre.

Resultater: Lærings- og mestringssentrene er organisatorisk innpasset i sykehuset på ulike måter. Det er også ulike praksis hva gjelder budsjettering, anset-

telsespraksis og godtgjøring til brukerrepresentanter. Aktiviteten er omfattende, og et grovt anslag av det totale ressursforbruket til gruppebasert lærings- og mestringsaktivitet er på rundt 160 millioner. Det er ingen systematisk og landsdekkende evaluering av virksomheten.

Konklusjon: Feltet bærer preg av lav grad av statlig- og regional styring. Dagens organisering gir stort rom for lokale initiativ, men svekker også mulighetene for robust forskningsbasert kvalitetsutvikling av dagens LMS-virksomhet.

ENGLISH SUMMARY

Activity and organisation of Norwegian learning and mastery centres

Background: Group-based patient education operated through learning and mastery centres (LMCs) are established at all Norwegian hospitals. LMCs develop, operate and coordinate different programs for persons with long-term diseases and their spouses. The focus is on empowering the participants with improved self-management. The programs are developed and carried out in close relationship with expert patients.

Objective: To perform a crude mapping of the organisational structure and activity as a basis for a discussion of how these structures affect the activity.

Method: Data were obtained through telephone interviews with 63 leaders of existing learning and mastery centres. A self-developed questionnaire was used.

Results: The organisational lines between the LMCs and the hospitals differ significantly. Furthermore, there are different practices involving budgeting, employment politics

and allowances to the expert patient. The activity is comprehensive, and a crude cost estimate of the group-based learning and mastery activity is 160 million Nkr. There is no systematic, national evaluation of the activity.

Conclusion: The field is characterized by a lack of appropriate national or regional coordination and organisation. This enhances local initiatives, but could reduce the possibilities of research-based quality assessment and development in the field.

>> Aktivitet ved og organisering av lærings- og mestringssentre

Forfatter: **Christina Foss**

NØKKELORD

- Undervisning
- Pasient
- Pårørende
- Mestring
- Brukermedvirkning

INNLEDNING

I 1980-årene lanserte WHO «Health Promotion», definert som: «the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health»(1). En rekke tiltak for å implementere et sterkere fokus på helsefremmende tiltak er gjennomført også i norsk helsepolitikk. I 2001 ble Lov om spesialisthelsetjeneste revidert. I tillegg til pasientbehandling, utdanning av helsepersonell og forskning tilkom en ny, fjerde oppgave: opplæring av pasienter og pårørende (2). I en leder kommenterte daværende president i Legeforeningen Hans Petter Aarseth den nye oppgaven, og løftet spesielt fram betydningen av opplæring av pasienter med kroniske lidelser: «I det lange løp viser erfaringen at pasientopplæring som gir bedre sykdomsmestring faktisk også er økonomisk lønnsomt. (...) Derfor forutsettes det at foretaksstyrene forstår at nye oppgaver trenger nye ressurser»(3:3015).

Ti år er gått. I dag har samtlige helseforetak valgt å møte behovet for opplæring av pasienter og pårørende gjennom etablering av gruppebaserte lærings- og mest-

ringstilbud forankret i lærings- og mestringssentre (LMS). Det første lærings- og mestringssenteret ble etablert på Aker sykehus høsten 1997. Hensikten var å gi bistand til sykehusets fagpersonell til opplæring av pasienter og pårørende. I 2002 var det etablert 12 LMS (4), og den videre utvikling skjøt fart da daværende helseminister Høybråten i det årlige bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene i 2003 signaliserte at alle helseforetak skulle etablere et LMS. I dag er det etablert 62 LMS rundt om i Norge. I 2000 ble det også etablert et Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NKLMS).

FUNKSJON

Et lærings- og mestringssenter skal være en tilgjengelig møteplass for personer med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming, deres pårørende og fagpersonell. I beskrivelsen av den teoretiske forankring av LMS-aktiviteten heter det at: «... de lokale LMS har pasient- og pårørendeopplæring i et helsefremmende perspektiv som hovedfokus. Målet med opplæringen er en endring av pasientens kunnskaper og holdninger på ferdighets- og følelsesmessig plan» (5). Gruppebaserte lærings- og mestringstilbud er etablert i mange land (6). Enkelte land har valgt en utforming hvor brukerrepresentanter, via deres organisasjoner, både utvikler og driver lærings- og mestringstilbudet. Mens i Norge har man valgt en samarbeidsmodell, hvor en eller flere brukerrepresentanter deltar

i et ideelt sett, likeverdig samarbeid i både planlegging og gjennomføring av læringstilbudene. Med ett unntak er LMSene lagt til sykehusene og har en uttrakt funksjon som både pedagogisk tilrettelegger og koordinator i så vel utvikling og etablering som i gjennomføring av læringstilbud. Koordinatorrollen innebærer at LMSene ofte fungerer som både pådriver og rådgiver, og som en instans som tilbyr infrastruktur og praktisk tilrettelegging for fagmiljøenes opplæringstiltak.

HENSIKT

For å etablere et grunnlag for aktiviteten i det nasjonale kompetansesenteret (NKLMS) gjennomførte NKLMS 2009–2010 en kartleggingsundersøkelse (7). Vi ønsket svar på følgende spørsmål:

- Hvordan er lærings- og mestringssentrene ledet og hvilke organisatoriske rammer har virksomheten?
- Hvordan er de økonomiske

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at lærings- og mestringssentrene har få overordnede retningslinjer for organisering og drift, og lav grad av statlig og regional styring.

Mer om forfatteren:

Christina Foss er sykepleier og dr.polit. Hun er ansatt som professor ved Universitetet i Oslo, Avdeling for Sykepleievitenskap og ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. Kontakt: i.c.foss@medisin.uio.no.

TABELL 1: Organisatorisk innpassing av LMS i sykehusene.

	i stab	i linje	Totalt
Helse Sør-Øst RHF	14	15	29
Helse Vest RHF	0	10	10
Helse Midt-Norge RHF	6	6	12
Helse Nord RHF	5	6	11
	22	34	62

forhold og ressursbruk ved det enkelte LMS?

- Hvilken plass har brukerrepresentantenes i virksomheten?
- Hvilke tilbud gis i regi av lærings- og mestringssentrene?

METODE

Det ble gjort en surveyundersøkelse som omfattet alle landets LMSer. Spørreskjemaet som ble benyttet var egenutviklet. Vi spurte om hvordan organiseringen av det enkelte LMS, økonomiske rammer, hvilke tilbud som ble gitt, hva som foregikk av forsknings- og utviklingsarbeid inkludert rutiner for evaluering. Forslag til spørsmål ble laget av ansatte ved NKLMS, deretter testet ut gjennom tre pilotintervjuer med tilfeldig utvalgte LMSer. Det endelige spørreskjemaet ble så sendt ut til lederne ved de 62 LMSene via e-post slik at de kunne se hvilke opplysninger vi ønsket, samtidig som det ble gjort avtale om tidspunkt for telefonintervju. Slik sikret vi at vi fikk inn alle data fra samtlige 62 LMSer i løpet av en uke i november

2009. Etter at rapporten, basert på de innkomne opplysningene, var lagt ut på nettet våren 2010 kom det imidlertid tilbakemeldinger fra lederne for de regionale LMS-nettverkene. Man pekte på at tallene knyttet til omfang av tilbud var ufullstendig, og ikke representativt for den reelle virksomheten fordi lokale variasjoner kunne føre til feilrapportering. Vi supplerte derfor med en ny runde spørsmål til LMSene. I denne runden ble spørsmålene utformet i samarbeid med lederne i de regionale LMS-nettverkene. Vi ba her LMS-lederne å skille mellom a) kurs som ble gjennomført i regi av LMS og b) kurs som ble gjennomført i regi av avdeling/klinikk i samarbeid med LMS. Data ble innsamlet i løpet av sommeren 2010. Heller ikke disse spørsmålene viste seg å være fullt ut korrekte, idet vi fikk tilbakemeldinger om at skillet mellom a- og b-varianten var kunstig i lys av at LMS-tilbud skal utvikles og gjennomføres som i et samarbeid mellom flere instanser. Den nye runden med datainnsamling ga

TABELL 2: Honorering av brukerrepresentanter

Honorering	Antall (%)
LMS lønner brukerrepresentantene	24 (38.7)
Brukerorganisasjon lønner representantene	5 (8.0)
Annet*	24 (38.7)
Representantene lønnes ikke	9 (14.5)
Total	62 (100)

*som regel lønnes her representantene direkte av helseforetaket eller sykehuset

likevel noen korreksjoner i antallet tilbud.

FUNN

Ledelse og organisatoriske rammer

Lærings- og mestringssentrene er organisatorisk innpasset i sykehuset på ulike måter, som vist i tabell 1. Variasjonen gjelder også innen samme helseforetak; det enkelte sykehus velger selv tilknytningsform. Kartleggingen viser at knapt flertall (55 prosent) har valgt å knytte LMS til sykehuset i linje.

Fra de LMSer som har kommentert spørsmålet ytterligere, ser vi at linjen går til både avdelingsledere ved ulike avdelinger, klinikk-sjefer, divisjonsdirektør, ledere ved ulike enheter og fagdirektør. I noen tilfeller (drøyt 35 prosent) er LMS organisatorisk tilknyttet sykehuset i stab, og da som oftest til klinikk-sjef ved rehabiliteringsavdeling, men også til samhandlingsavdeling eller fagavdeling.

Ressursbruk og omfang

LMS-virksomheten er finansiert over sykehusets faste ordinære budsjett. Et flertall av LMSene (65 prosent) oppgir at de har et eget driftsbudsjett, mens de resterende inngår i budsjettet til en av sykehusets avdelinger (varierende hvilken). Mesteparten av undervisningsaktivitetene foregår utenom de stillingene som er knyttet spesifikt til det aktuelle LMSet. Dette skjer ved at personale i ulike avdelinger i sykehuset eller i kommunale tjenester, gir undervisning i de tilbudene som organiseres og gjennomføres i regi av de ulike LMSer. Vi har innsått ressursbruken for de LMSer som ikke har eget budsjett, ut fra sentre med tilsvarende aktivitetsnivå som har eget budsjett. Vi kommer da opp i et anslag på 12 426 000 kroner. Det pågår også flere prosjekter knyttet til

utvikling av nye læringstilbud, og de samlede midlene for denne aktiviteten legger ytterligere 1 164 000 kroner til det samlede budsjettet. Totalt vil et grovt anslag på den samlede ressursbruk for landets LMS-aktivitet derved utgjøre om lag 80 millioner kroner. Denne summen er ikke inkludert undervisningsressurser hentet fra sykehus- og kommuneansatte. Antall fast ansatte i LMSene, varierer fra ingen til sju fast ansatte inkludert leder. Totalt var det på tidspunktet for undersøkelser nær 130 årsverk tilknyttet LMSer rundt omkring i landet. Antall ansatte er imidlertid langt høyere. Svært mange av stillingene er deltidsstillinger, helt ned i 10 prosent stilling.

Brukerrepresentantene

Praksis når det gjelder honorering av brukerrepresentanter varierer, og heller ikke på dette feltet er valg av rutiner konsistent innen samme helseforetak. Det vanligste er likevel at helseforetaket direkte, eller gjennom sykehuset, honorerer brukerrepresentantene. Alternativt lønnes de over LMSets budsjett der slikt finnes (tabell 2).

I noen svært få tilfeller er det brukerorganisasjonene selv som lønner sine representanter. Det er også et mindretall (15 prosent) av brukerrepresentantene som ikke mottar noen godtgjøring, men som kun får refundert reiseutgifter enten av LMSet eller av egen organisasjon.

Tilbudene som gis

I gjennomsnitt tilbød hvert enkelt LMS drøyt 31 forskjellige lærings-tilbud i 2009, og totalt ble det på landsbasis presentert og gjennomført ulike 1933 lærings-tilbud. Mange av tilbudene ble gitt flere ganger i løpet av året. Vi samlet ikke inn data om omfang av de ulike tilbudene, men alle respon-

dentene pekte i intervjuet på at det er stor variasjon i tilbudenes omfang fra et LMS til et annet. Et tilbud til eksempelvis pasienter med diabetes 2 som varer to–tre timer, og et tilbud som varer over flere dager, vil begge fremstå som ett tilbud i oversikten. Rapporteringen av LMS-tilbud viser at alle LMSer gir tilbud til både barn, unge og voksne, til både pasienter og pårørende og i noen tilfelle til hele miljøer som for eksempel en skoleklasse. Tilbudene varierer fra lengre kurs over dager eller uker til små kafétreff. Enkelte tilbud har undervisning fra flere høyt utdannede helsefagprofesjoner, andre har brukernes erfaringer i fokus. Ikke alle LMSene har oppgitt antall deltakere. På bakgrunn av tall fra de LMSene som har registrert antall deltakere, er et forsiktig anslag at om lag 55 000 brukere (pasienter og pårørende) har deltatt på ulike opplærings-tilbud tilknyttet LMSer rundt om i landet de siste årene. Tabell 3 gir en meget grov oversikt over aktivitetene som ble tilbudt i de fire helseregionene i landet i 2009.

Som det fremgår av tabellen gjenspeiler tilbudene utbredelsen av de vanligste kroniske sykdommer knyttet til livsstil, som diabetes og kronisk obstruktive lungelidelser. Det er forskjeller i fordeling av type tilbud, selv med forbehold om ulikt omfang på de enkelte kurs. Undervisnings-tilbudene preges gjennomgående av stor flerfaglighet, og i gjennomsnitt er åtte ulike profesjoner trukket inn i undervisning i hvert enkelt lærings- og mestringstilbud.

Opplæring av helsepersonell

Lærings- og mestringssentre har også som sin oppgave å bidra til helsepersonellens pedagogiske kompetanse. Enkelte LMSer oppgir at de arrangerer kurs for

brukerrepresentantene for å forberede disse på sin funksjon. I de aller fleste tilfeller vil det være slik at brukerrepresentantene tilbys det samme kurset som personalet tilbys, i andre tilfeller arrangeres det egne kurs for brukerrepresentantene. Ønsket om mer kunnskap innen helsepedagogikk synes å ha resultert i etableringen av interne pedagogiske læringstilbud for ansatte i LMS, og stadig flere LMSer tilbyr kurs i pedagogikk.

FoU-aktivitet ved LMS

Sytten LMSer oppgir at det er gjort FoU-arbeid i form av eksterne forskningsprosjekter. Internt ansatte er også aktive, og 24 LMSer oppgir at det pågår FoU-arbeide ved deres LMS. Det ble oppgitt 11 publikasjoner fra ulike utviklingsarbeider, alle i form av interne rapporter. Tre LMSer oppga at det er oppnevnt egen FoU-ansvarlig, og i alle tilfellene er dette leder for LMS. Flere LMSer planlegger å øke fokus på FoU-aktiviteter.

Evaluering av tilbudene er en form for FoU-virksomhet. Evaluering av tilbudet skjer som oftest ved bruk av ett standard evalueringsskjema utarbeidet av NK LMS (8). Dette er et skjema som fylles ut før kursstart, som samler data om hvorfor brukeren ønsker å delta på kurset, hvordan bruker fikk informasjon om tilbudet, og til slutt etterspør deltakerens kjønn, utdanning og bosituasjon. Deretter benyttes et evalueringsskjema etter gjennomført kurs. Skjemaet samler data om hvem deltakeren er (pasient/pårørende), deltakerens erfaringer med tilbudets nytteverdi, om de savnet noe og hvordan de vurderer innhold og metode (gradert som: ikke viktig – lite viktig – noe viktig – viktig – meget viktig). Ikke alle LMSer oppgir at de helt systematisk evaluerer alle tilbud som gis. Grun-

nen som oppgis er ressursmangel. For disse gjelder det at de oppgir å fokusere evaluering av nye tilbud og tilbud som eventuelt har blitt endret. Noen få LMSer har valgt å justere på «standardskjemaet» eller benytte egenutviklede skjema.

DISKUSJON

Data fra kartleggingen tegner et bilde av en virksomhet med lav grad av statlig og regional styring, hvor de enkelte sykehus har etablert ulik form for praksis. LMS med få ansatte vil ikke kunne dekke alle behov, noe som indikerer behov for samarbeid mellom de ulike LMSer. Organisatorisk er LMSene innpasset i sykehusene på svært ulikt vis. Det er ikke urimelig å anta at ulik organisatorisk innpassing vil kunne påvirke muligheten for samordning av LMS-aktiviteter innen samme helseforetak. I slike tilfeller er det ikke selvsagt hvordan linjene går og hvem man henvender seg til. Budsjettmessig vil de LMSer som har egne budsjett kunne ha større grad autonomi enn de som har sitt budsjett «sammenfiltret» med det aktuelle sykehusets avdelingsbudsjett. Begge disse faktorene kan tenkes å påvirke betingelsene for samarbeid om tilbud på tvers av LMSer.

Data viser stor variasjon i antall ansatte i de ulike LMSene, samt en utstrakt bruk av deltidsstillinger. Generelt vet vi at bruk av deltidsstillinger ofte er lite økonomisk for virksomheten, men også lite gunstig for de ansatte ved at deltidsansatte tenderer til å lønnes lavere enn ansatte med samme funksjon i heltidsstilling (9). En så ny virksomhet som LMS vil også kunne påvirkes negativt av en stor andel deltidsstillinger gjennom økt fare for fragmentering. Den høye andelen av flerfaglighet gir brukerne mye spesifikk kunnskap fra flere felt som for eksempel

ernæring, psykisk stress, medikamentbruk og lignende, men en stor andel ulike faggrupper kombinert med små stillingsbrøker kan samtidig også bidra til å øke faren for at helhet og sammenheng blir vanskelig å ivareta.

Brukerrepresentantene spiller en viktig pedagogisk rolle i lærings- og mestringsaktivitetene, og det er derfor viktig å ha tilgang til den ressursen brukerne representerer (3). Brukerrepresentantenes funksjon er å fungere som et korrektiv til de etablerte profesjonenes perspektiv. Det representerer en mulig måte å sikre et utenfraperspektiv på gjennom å holde en viss distanse til virksomheten. Man kan tenke seg at denne avstanden fremmes gjennom at brukerrepresentanten ikke direkte lønnes av helseforetaket, ikke får samme pedagogiske opplæring som de profesjonelle, og eventuelt at brukerrepresentanten ikke er samme person over lang tid. I litteraturen finner man både de som argumenterer for at brukernes uavhengighet trues når deltakelsen er sponset (10), og de som mener at honorering er viktig for å verdsette brukerne (11).

I en fersk doktorgrad viser forfatteren at selv om brukerrepresentantenes perspektiv har vunnet plass og status, foregår samarbeidet veldig ulikt fra et LMS til et annet (12). Samarbeidet mellom brukerrepresentanter og fagfolkene beskrives som «skjørt», og med en innebygd spenning (12:173). En del av denne spenningen knyttes til spørsmål om hvilken kunnskap som skal telle mest; brukernes erfaringskunnskap eller de profesjonelles medisinske kunnskap. Flere LMSer har etablert opplæring i helsepedagogikk som man ikke bare tilbyr ansatte som driver gruppebasert pasientundervisning, men også brukerrepresentantene. Felles opp-

læring vil kunne fremme et mer samstemmig grunnsyn, men det er samtidig et spørsmål om det vil redusere brukerrepresentantenes representativitet gjennom å gjøre brukere mer lik profesjonelle helsearbeidere.

Et mål for kvalitet er at brukere med like behov skal få tilbud med samme innhold og kvalitet uavhengig av bosted. I tabell 3 er kursene i de enkelte LMSer slått sammen under helseregionen. Når en helseregion ligger henholdsvis langt over eller langt under gjennomsnittet for andel kurs, til for eksempel brukere med diabetes eller astma, er dette ikke nødvendigvis uttrykk for at man har spesielt få eller mange med behov for slikt tilbud i vedkommende region. Det kan like godt være et utslag av at man i denne regionen har LMS med ansatte som har spesiell kompetanse eller eventuelt mangler tilgang til kompetanse innen feltet.

I tråd med et uavklart teoretisk og pedagogisk fundament, viser undersøkelsen at det er stor variasjon i både hvilke kurs som tilbys, deres lengde, omfang, fokus og tidspunkt i sykdomsforløpet. En av forutsetningene for å kunne evaluere virksomhetens kvalitet og effekt, er at tilbudene er så utfyllende beskrevet at det kan gi grunnlag for sammenlikninger mellom ulike tilbud gitt til samme pasientgruppe. Vi mangler utfyllende data om de ulike kurstilbudene, og denne mangelen påvirker igjen mulighet for sammenlikning og utviklingen av kunnskap. Kunnskapsoppsummeringer (16,17) konkluderer med at mesteparten av litteraturen på feltet er preget av store metodologiske begrensninger, blant annet nettopp knyttet til at intervensjonene er lite samordnet og mangelfullt beskrevet. Manglende overordnet samordning og styring synes å ha resultert både i problemer og

TABELL 3: Samlet rangert oversikt over de vanligste LMS-tilbud i Norge pr. november 2010

	Helse-Nord	Helse-Vest	Helse-Midt	Helse Sør-Øst	Sum type tilbud
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Psykisk helse	25 (10,7)	32 (10,5)	92 (21,8)	56 (5,8)	205 (10,7)
Diabetes	30 (12,8)	54 (17,7)	20 (4,7)	92 (9,5)	196 (10,1)
Nevrol. lidelser	18 (7,7)	14 (4,6)	27 (6,4)	87 (9,0)	146 (7,6)
Foreldretilbud	8 (3,4)	7 (2,3)	14 (3,3)	108 (11,1)	137 (7,0)
Muskellidelser	20 (8,5)	17 (5,5)	40 (9,5)	43 (4,4)	120 (6,3)
Hjertelidelser	8 (3,4)	12 (3,9)	12 (2,8)	61 (6,3)	93 (4,8)
Astma/allergi	33 (14,1)	21 (6,9)	5 (1,2)	32 (3,3)	91 (4,7)
Mage/tarm	26 (11,1)	26 (8,5)	6 (1,4)	30 (3,1)	88 (4,5)
Sansetap	20 (8,5)	19 (6,2)	17 (4,0)	23 (2,4)	79 (4,1)
Kols/røykeslutt	10 (4,3)	16 (5,2)	14 (3,3)	38 (3,9)	78 (4,0)
Gen. mestringsstilb.	0 (0)	7 (2,2)	17 (4,0)	38 (3,9)	62 (3,2)
Treff	6 (2,4)	17 (5,5)	7 (1,7)	28 (2,9)	58 (3,0)
Kreft	11 (4,7)	6 (2,0)	7 (1,7)	34 (3,5)	58 (3,0)
Reumatiske lidelser	12 (5,1)	0 (0)	6 (1,4)	35 (3,6)	53 (2,7)
Overvekt	3 (1,3)	4 (1,3)	8 (1,9)	12 (1,2)	27 (1,4)
Slag	3 (1,3)	3 (1,0)	7 (1,7)	10 (1,0)	23 (1,2)
Resterende tilbud	1 (0,4)	51 (16,7)	123 (29,2)	244 (25,1)	419 (21,7)
Sum tilbud	234 (100%)	306 (100%)	422 (100%)	971 (100%)	1933 (100%)

Psykisk helse: læringstiltak innen psykiatri hos voksne, inngår tiltak ved psykoser, depresjon og uspesifiserte psykiatriske lidelser og sorggrupper, samt læringstilbud innen BUP, her inngår ADHD og uspesifiserte diagnoser.

Foreldretilbud: ulike foreldrestøttetilbud til foreldre med barn med ulike fysiske og psykiske funksjonshemninger, foreldre til premature barn, fødselsforberedende kurs ved spesielle behov o.l.

Muskellidelser: tilbud knyttet til plager i muskel og skjelettsystemet: preopr. hoftekurs, uspesifisert muskel og skjelettlidelser, smertekurs og ME.

Astma/allergi: astma og allergi/hudsykd som for eksempel eksem og psoriasis.

Mage-tarmsykdom: inkludert Inflammatory Bowel Disease, Infl. Bowel syndrome, cøliaki, matintoleranse, stomikurs og kurs for uspesifikke autoimmune sykdommer.

Sansetap: vanligst er tinnitus, hørsels- eller synssvikt.

Generelle mestringskurs: her inngår en rekke ulike ikke-diagnosespesifikke tilbud.

Kreft: her inngår vanligvis uspesifiserte tilbud, alternativt mer spesifikke tilbud vanligvis til pasienter med bryst- eller prostatakreft.

Revmatisme: ulike revmatiske sykdommer som Lupus erythematosus, Revmatoid artritt, Mb. Bekhtrew, Mb. Sjøgren og uspesifikke reumatiske plager.

Resterende tilbud: består av en rekke ulike tilbud, hvorav noen sentrale eksempler er tilbud knyttet til rusproblematikk, demens og kroniske smerter.

fortrinn. Det har gitt problemer knyttet til evaluering av virksomheten, men samtidig har ildsjeler i de enkelte LMSer fått mulighet til å bruke sine kunnskaper, erfaring og engasjement til å utvikle en rekke ulike tilbud.

Helsefremming, livsstilsendring, brukermidvirkning og empowerment har fått fotfeste innen

forebyggende og helsefremmende arbeid (13). Ideologiene er imidlertid verken uproblematisk eller lett håndterlige for dem som settes til å forvalte dem, noe ansatte ved LMSene også gir uttrykk for i en evaluering av virksomheten i 2006 (6). I rapporten peker man på at de ansatte ved de lokale LMSene erfarer utfordringer knyttet til å

«få til reell brukermidvirkning, og dilemma forbundet med brukers rett til å foreta egne valg» (6:2). Dette indikerer et behov for at man tilrettelegger for kontinuerlig og tilrettelagt refleksjon og kompetanseoppbygging i samsvar med de oppgaver som er knyttet til LMS-virksomhet. I prosjektperioden er oppstarten av det første

LMS (1997–99), arbeidet man etter en modell som ble etablert som nasjonal standard, referert til som «standard metode» (14). Denne standarden legger føringer for samarbeidet mellom fagfolk og brukerrepresentanter, men ikke for innholdet i de opplæringstilbudene som utvikles. Sintef peker i sin rapport på at de ansatte etterlyste mer kunnskap, mer faglig refleksjon og mer teori som kan gi dem svar på problemer de opplever i praksis. Økte kunnskaper i helsepedagogikk synes å være et voksende behov, noe som gjenspeiles i antall kurs i helsepedagogikk. Samtidig er helsepedagogikk beskrevet som å være dårlig definert, både av NKLMS og i debatten ellers (15).

Man må systematisk dokumentere erfaringer og resultater for å kunne ivareta en kontinuerlig kvalitetsvurdering og -forbedring (10). Å etablere en nasjonal database kan danne grunnlag for å besvare en rekke viktige spørsmål som vi i dag mangler svar på. Det mest sentrale spørsmålet er selvsagt om gruppebaserte lærings- og

mestringskurs virker etter hensikten. En forutsetning for å kunne si noe om effekt på ulike områder, er å identifisere effektmål som er relevante for målsettingen i kurset, og oppfølgingstid for de ulike effektmål. Man har beskrevet en rekke mulige effektmål (16) og ennå flere instrumenter og metoder for å kunne si noe om effekter av tilbudene. Å etablere en større, nasjonal database vil gi et solid grunnlag for å si noe om effekt. Men dette krever samordning og en overordnet styring av hvilke effektmål og evalueringsmetoder som skal benyttes. Et sentralt spørsmål er hvilke pasienter vi når, og hvilke vi ikke når med gruppebasert undervisning. En kunnskapsoppsummering reiser faktisk spørsmålet om gruppebasert pasientundervisning kan bidra til å øke sosiale helseforskjeller dersom man ikke tar opp problemstillinger knyttet til å møte ulike pasientgrupper (17:19). Å systematisk samle inn data om kjønn, etnisitet, utdanning og sosioøkonomisk status hos dem som deltar på lærings- og

mestringskurs vil kunne bidra til viktige kunnskap på dette feltet. Oppbygging av en nasjonal database kan være en av flere viktige bidrag til utvikling av kunnskaper om ulikheter i deltakelse og effekt av deltakelse.

KONKLUSJON

Til tross for en omfattende og voksende virksomhet har lærings- og mestringssentrene få overordnede retningslinjer for organisering og drift, og lav grad av statlig og regional styring. Lite overordnet styring har stimulert til kreativitet. Sammenholder man antall kurs med bruk av ressurser indikerer dette at man får «mye opplæring for pengene» (16-18). Likevel synes det som virksomheten foreløpig er et «stebarn» når det gjelder tilrettelegging og samordning, noe som kan påvirke virksomhetens muligheter for kvalitetsutvikling. På bakgrunn av data fra tverrsnittundersøkelsen synes det som tiden er moden for å evaluere i hvilken grad LMS-virksomheten vil være tjent med en større grad av samordning.

REFERANSER

1. WHO: The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
2. Lov 1999-07-02 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Oslo: Cappelen akademisk forlag; Lovdata. 2001.
3. Aarseth HP. Den fjerde oppgave Tidskr Nor Legeforen 2001; 121: 3015.
4. Strøm A, Fagermoen MS. Lærings- og mestringssentre ved sykehus. Ny arena for samarbeid om pasientopplæring ved kronisk sykdom. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning 2004; 6: 36–44.
5. http://www.mestring.no/teoretisk_forankring
6. Steihaug S, Hatling T. Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Sintef Helse, Trondheim: rapport nr. A6, 2006.
7. Foss C. Virksomheten i norske lærings- og mestringssentre pr. november 2009. Prosjekt rapport 3/2010 Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, Oslo.
8. www.mestring.no/utviklingsarbeid

9. Hofstad E. Flere årsverk ga lavere lønnsutgifter. Sykepleien 29.03 2011. <http://www.sykepleien.no/nyhet/632479/flere-arsverk-ga-lavere-lonnsutgifter>
10. Hogg CN. Patient and public involvement: What is next for the NHS? Health Expect 2007;10:129-38.
11. Rutter D, Manley C, Weaver T, Crawford MJ, Fulop N. Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. Soc Sci & Med 2004; 58: 1973–84.
12. Strøm A. Samarbeid i Lærings- og mestringssenteret – brukermedvirkning og makt. Avhandling for ph.d.-graden, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Oslo 2010.
13. Sørensen M, Graff-Iversen S, Haugstvedt K, Enger-Karlsten T, Narum IG, Nybø A. «Empowerment» i helsefremmende arbeid. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:2379-83.
14. NKLMS. Statusrapport pr. 30. mai 2002. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Oslo: NKLMS, 2002.

15. Ekeland T-J, Heggen K. Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk? Oslo: Willaing I, Folman NB, Gisselbæk AB. Patientskoler og gruppebasert pasientundervisning – en litteraturgjennomgang med fokus på metoder og effektivitet. København; Viden- og dokumentasjonsenheden, Sundhedsstyrelsen 2005.
17. Foster G, Taylor SJC, Eldridge S, Ramsay, KJ, Griffiths CJ. Self-management education programs by lay leaders for people with chronic conditions (Review). The Cochrane Library 4; 2000.
18. Marks R, Allegrante J P, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). Health Promo Pract 2005;6:148-156.

Les kommentaren på side 31 >>

Vi trenger mer kunnskap om LMS

› Vi vet i dag for lite om kvaliteten ved lærings- og mestringsskurs (LMS) og hvilken effekt de har. Dette bør det forskes mer på.



Av Kirsti Jenssen

Cand.paed. og spesialist i klinisk pedagogikk
Lærings- og mestringssenteret,
Lovisenberg Diakonale Sykehus

Sykepleier og dr.polit. Christina Foss foreslår i sin artikkel «Aktivitet og organisering av lærings- og mestringssentre i Norge» å etablere en nasjonal database for å oppnå kvalitetsvurdering og -forbedring av lærings- og mestringsskurs. Den nasjonale databasen skal gi grunnlag for å besvare en rekke viktige spørsmål som vi i dag mangler svar på. Som eksempel peker hun på spørsmålet om hvorvidt gruppebaserte lærings- og mestringsskurs virker etter hensikten.

I denne kommentaren har jeg begrenset meg til opplæring av pasienter og helsepersonell. Ved å bli pålagt å gi opplæring, ble helsepersonell samtidig pålagt en pedagogisk oppgave. Men oppgaven medførte ikke at helsepersonell fikk noen planmessig opplæring i pedagogikk. Mangel på opplæring utviklet på nasjonalt nivå, har medført lokale initiativ for å møte behovet for kompetanse i undervisning,

rådgivning og veiledning. Vi mangler kunnskap om kvalitet på og effekt av opplæringen. Pasientenes rett til opplæring i spesialisthelsetjenesten, innebærer for kronikerne at mye av opplæringen foregår i gruppe som lærings- og mestringsskurs. Dermed kan pasientene utveksle erfaringer og lære av hverandre i tillegg til opplæringen som blir gitt av helsepersonell. I mangel av sentrale føringer for lærings- og mestringssopplæring, har de ansatte vist mye kreativitet og stor innsats for å etablere ulike kurs for pasientene. Men vi mangler kunnskap om kvalitet på og effekt av opplæringen.

Etter kort tids erfaring som pedagogisk rådgiver på lærings- og mestringssenteret, Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo, ble jeg trukket inn i diskusjonen om hvorvidt kursene våre virker etter hensikten. Vi satte dermed i gang systematisering av data om kursene og kursdeltakerne.

Vi vurderer og justerer kursinnkallingene og kursbrosjyrene i forhold til målgruppen og kursets formål. Vi diskuterer også kursenes innhold og form. I tillegg har vi startet samtaler om hva helsepersonell har behov for av undervisning, rådgivning og veiledning for å utføre pasientopplæring i gruppe. I og med at nasjonale data mangler, igangsetter vi disse lokale tiltakene for å skaffe mer kunnskap om kursene, og for å øke kvaliteten på opplæringen av både pasienter og helsepersonell. Jeg håper faglige og politiske myndigheter ressurser til fortsatt forskning på organisering og aktivitetene på lærings- og mestringssentrene. Det trenger vi!

Les artikkelen på side 24





SAMMENDRAG

Bakgrunn: Smarter hos intensivpasienter tilkopleet respirator er underbehandlet, og det er en utfordring for sykepleieren å vurdere smertene hos disse pasientene da de ikke selv kan rapportere sin smerte verbalt.

Hensikt: Å få økte kunnskaper om hvilke indikatorer og hjelpemidler sykepleiere anvender når de vurderer smerter hos sederte respiratorpasienter. Hvilke barrierer sykepleierne mener det er for effektiv smertehåndtering hos

disse pasientene blir også beskrevet.

Metode: En tverrsnittsundersøkelse hvor data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema.

Resultat: De mest brukte indikatorer på smerte var stigende blodtrykk, stigende hjerterefrekvens, ansiktsgrimaser og stigende respirasjonsfrekvens. De minst benyttete var blekhet, pupillestørrelse, fall i hjerterefrekvens og fall i blodtrykk. Utilstrekkelig vurdering av smerter

var den barrieren flest sykepleiere var enig i, og hjelpemidler for smertevurdering ble sjelden benyttet.

Konklusjon: Sykepleiere bruker mange indikatorer ved smertevurdering, men anvender sjelden hjelpemidler for å vurdere smerte. Samtidig blir problemer med å vurdere smerter hos denne pasientgruppen sett på som den største barrieren for effektiv smertelindring. Sykepleierne trenger økte kunnskaper og ferdigheter for å vurdere smerte hos denne pasientgruppen.

ENGLISH SUMMARY

Assessing pain in sedated, ventilated patients

Background: Pain in intensive care patients on mechanical ventilation is still a problem. It is a challenge for nurses to assess pain in these patients who are unable to report their pain verbally.

Objective: To gain knowledge about the indicators and tools nurses use when assessing pain in sedated, ventilated patients and the barriers for effective pain mana-

gement in these patients.

Method: A cross-sectional study where data were collected using a questionnaire.

Results: The most commonly used indicators of pain were increasing blood pressure, increasing heart rate, facial grimaces and increasing respiratory rate. The least-used indicators were paleness, pupillary response, fall in heart rate, and fall in blood pressure. Inadequate assessment of pain was the barrier

most nurses agreed on, and tools for pain assessment were rarely used.

Conclusion: Nurses use many indicators of pain assessment, but rarely use tools to assess pain. Problems in assessing pain were the greatest barrier to effective pain relief, and nurses need more knowledge and skills to assess pain in this patient group.

Key words: pain, nurses, assessment, sedation, mechanically ventilated

» Smertevurdering av sederte pasienter på respirator

Forfatter: Gerd Bjørknes og Tone Rustøen

NØKKELORD

- Smarter
- Sykepleie
- Respirator

INTRODUKSJON

En pasient defineres som en intensivpasient når det foreligger truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner, og man antar at svikten er helt eller delvis reversibel (1). Mange intensivpasienter intuberes og respiratorbehandles (2). Den intuberte pasienten må tolerere endotrakealtuben i tillegg til annen behandling og det kan være angstfylt, stressfremkallende og smertefullt. De fleste trenger derfor sederende og smertestillende medikamenter (3). Sedativer er et beroligende middel og i Norge anvendes ofte Midazolam eller Propofol (4). Midazolam er et benzodiazepin som ved lav dosering gir en beroligende effekt. Ved doseøkning inntreder sedasjon, men det har ingen smertestillende effekt (5, 6). Propofol anvendes ofte ved kort behandlingstid og det har heller ingen analgetisk effekt (5–8).

Smarter hos intensivpasienter er underbehandlet (9, 10), og opp mot 77 prosent av disse pasientene opplever smerter mens de respiratorbehandles (11–14). Leicending er beskrevet som den mest smertefulle prosedyren hos denne pasi-

entgruppen, mens trakealsuging, fjerning av bandasjer og dren også er smertefullt (12, 15, 16). I tillegg forårsaker underliggende sykdommer, kirurgi og traume, smerter (17). I dag har man et økende fokus på betydningen av god smertebehandling hos disse pasientene da det kan føre til redusert respiratortid (18, 19), redusert liggetid på intensivavdelingen (19) og færre nosokomiale infeksjoner (18). I tillegg er det vist at ubehandlede akutte smerter kan påvirke forskjellige organsystemer og gi nedsatt funksjon i organene (9, 20). Inadekvat smertelindring i akutt fase kan også føre til kroniske smerter og økt dødelighet hos pasientene (21).

Systematisk smertekartlegging er et viktig tiltak for effektiv og individuell smertebehandling (22). For våkne pasienter finnes ulike smertemålingsverktøy som visuell analog skala (VAS), numerisk rangeringsskala (NRS) og ansiktskala (FPS). Behavioral Pain Scale (BPS) (23) og Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) (24) er to smertemålingsverktøy som er utviklet spesielt for sederte respiratorpasienter. Begge er basert på observasjon av pasientene.

Både observerbare fysiologiske og atferdsmessige indikatorer eller kjennetegn kan anvendes for å vurdere smerter (25, 26). Fysiologiske indikatorer på smerte er et resultat av stimuli av det autonome nervesystemet, og kan gi stigende hjerterefrekvens, stigende blodtrykk, dilaterte pupiller, økt

respirasjonsfrekvens, økt muskelspenning, blekhet og svette. Ved smerter i mage/tarmkanalen og urinblære innverves parasymptatikus og det kan gi synkende hjerterefrekvens, synkende blodtrykk, kvalme og oppkast (27, 28). De fysiologiske indikatorene på smerte er uspesifikke ettersom endring i verdiene kan ha andre årsaker enn smerte (23, 29). For eksempel kan endring i blodtrykk og puls være forårsaket av medisiner og/eller underliggende sykdom (30). På bakgrunn av dette anbefaler man ikke å anvende disse indikatorene alene (13, 31). Eksempler på atferdsindikatorer forbundet med smerte er ansiktsgrimaser, stivhet i kroppen, rykninger, lukkede øyne, endret muskeltonus og sammenknyttete hender (16, 30). Sykepleieren må kjenne til disse ulike indikatorene, hvilken betydning de har samt komplek-

Hva tilfører artikkelen?

Et sentralt funn i denne studien er at sykepleierne benytter få hjelpemidler for å vurdere smerter hos pasientene.

Mer om forfatterne:

Gerd Bjørknes er intensivsykepleier ved intensivavdelingen Sykehuset Østfold i Fredrikstad. Tone Rustøen er seniorforsker ved Avdeling for forskning og utvikling, Akuttklinikken, OUS og professor ved Lovisenberg Diakonale Høgskole. Kontakt: gerbj@so-hf.no.

siteten i smertevurderingen hos disse pasientene.

Det finnes barrierer for god smertebehandling både hos helsearbeidere, i systemet eller hos pasienten selv (32). Eksempler på barrierer hos helsearbeidere er mangelfulle kunnskaper om smerte og smertebehandling (33, 34), at det ikke ordineres tilstrekkelig analgetika (35), at medika-

ter mellom land på grunn av ulike typer helsevesen. Også på grunn av kulturelle forskjeller med hensyn til smerte og smertebehandling er det viktig at det gjøres slike studier i Norge.

METODE

Studien er en tverrsnittundersøkelse og sykepleiere ved to intensivavdelinger ved to sykehus fylte

sykepleierne som oppfylte inklusionskriteriene ble forespurt. Alle deltakere ble informert om at anonymitet og konfidensialitet ville bli ivarettatt og at returnert utfylt spørreskjema fungerte som informert samtykke.

Datainnsamling

Spørreskjemaet ble utarbeidet på bakgrunn av tre andre spørreskjema. Det ene av disse tre ble benyttet i sin helhet og inneholdt blant annet 14 ulike fysiologiske og atferdsmessige smerteindikatorer for å vurdere smerte (se tabell 1) (40, 41).

Sykepleierne ble spurt om de anvendte disse ved å sette et kryss utenfor indikatoren. Bruk av hjelpemidler for smertevurdering i form av forskjellige smertemålingsverktøy ble kartlagt ved at sykepleierne ble bedt om å krysse av for hvor ofte de anvendte dem; aldri, sjelden, ofte eller systematisk (34) (se tabell 2).

Her ble både bruk av visuell analog skala (VAS), numerisk skala (NRS), ansiktsskala (FPS), «Behavioral Pain scale» (BPS), «Critical Care Pain Observation

” Endring i puls og blodtrykk kan ikke anvendes som indikatorer alene.

menter ikke blir gitt (36), samt at smertebehandling er mangelfullt dokumentert (36, 37). Barrierer i systemet kan være manglende smertevurderingsverktøy (20), høy arbeidsbelastning (35) eller lite fokus på smertebehandling (38). Eksempler på barrierer hos pasienten selv kan være kommunikasjonsproblemer, blant annet på grunn av sedasjon (20). Da pasienten selv ikke kan sette ord på sin smerte, er sykepleieren ofte den som kjenner pasienten best og kan vurdere smerten (39).

Den overordnede hensikten med prosjektet var å få økt kunnskap om smertevurdering og smertebehandling av denne pasientgruppen blant sykepleiere som arbeider på en intensivavdeling. Forskningsspørsmålene er: Hvilke indikatorer og hjelpemidler anvender sykepleiere når de vurderer smerter hos sederte respiratorpasienter? Hvilke barrierer mener sykepleierne det er for effektiv smertehåndtering hos disse pasientene? Slik kunnskap antas å være svært klinisk nyttig ved at man fokuserer på områder sykepleierne trenger mer kunnskap om. Internasjonalt er det vist at pasienter på intensivavdelinger har mye smerter (11-14). Det er gjort svært få slike studier i Norge. Da det kan være ulike-

ut et spørreskjema. Begge intensivavdelingene er generelle intensivavdelinger med både medisinske og kirurgiske intensivpasienter. De er omtrent like store og har plass til cirka ni pasienter. Ingen av avdelingene har retningslinjer for smertevurdering i dag. For å bli inkludert i studien måtte sykepleierne ha mer enn et halvt års ansettelse i avdelingen, arbeide med pasienter direkte og ikke være i permisjon eller sykmeldte.

Tillatelse til å utføre studien ble innhentet fra avdelingssjefen ved de respektive sykehus. Alle

TABELL 1: Smerteindikatorer

Indikatorer for smerte	Valgt av antall sykepleiere (n= 75)	
	n	(%)
Stigning i blodtrykk	73	(97)
Stigning i hjertefrekvens	70	(93)
Ansiktsgrimaser	70	(93)
Stigning i respirasjonsfrekvens	66	(88)
Motorisk uro	64	(85)
Pusting mot respirator	59	(79)
Tåreflod	59	(79)
Svette	59	(79)
Avvergende bevegelser (inkludert stivhet)	49	(65)
Reduksjon av perifer O2 metning	22	(29)
Blekkhet	18	(24)
Pupillestørrelse	15	(20)
Fall i hjertefrekvens	2	(3)
Fall i blodtrykk	1	(1)

TABELL 2: Hjelpemidler for smertevurdering

	Aldri		Sjelden		Ofte		Systematisk	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
VAS (Visuell analog scale) (n=72)	15	(21)	29	(40)	19	(26)	9	(13)
NRS (Numeric rating scale) (n= 73)	46	(63)	19	(26)	5	(7)	3	(4)
FPS (Face pain scale) (n= 72)	59	(82)	12	(17)	1	(1)	0	(0)
BPS (Behavior pain scale) (n= 71)	63	(89)	7	(10)	1	(1)	0	(0)
CPOT (Critical-care pain observation tool) (n= 69)	64	(93)	4	(6)	0	(0)	1	(1)
MAAS (Motor activity assesment scale) (n= 70)	35	(50)	6	(9)	8	(11)	21	(30)
GCS (Glasgow coma scale) (n= 71)	20	(28)	31	(44)	10	(14)	10	(14)
Andre (n= 53)	44	(6)	11	(2)	4	(1)	2	(83)

tool» CPOT), «Motor Activity Assessment scale» (MAAS) (42) og «Glasgow Coma scale» (GCS) (43) kartlagt. MAAS og GCS er instrumenter for å kartlegge sedasjons- og bevissthetsnivå, men de ble inkludert her da de også kartlegger atferd hos pasienten. Antall års erfaring med respiratorpasienter var også et av bakgrunnsspørsmålene. For å kartlegge barrierer knyttet til smertebehandling hos intensivpasienter ble ett spørsmål fra Andersen et al's (44) spørreskjema anvendt. Spørsmålet hadde syv påstander og kartla hva sykepleierne mente var barrierer for effektiv smertehåndtering hos respiratorpasienten. De syv

ulike påstandene hadde svaralternativene «svært uenig», «uenig», «verken enig eller uenig», «enig» og «svært enig» (se Tabell 3).

Før spørreskjemaet ble tatt i bruk ble det pilottestet av fem sykepleiere, som også skulle besvare et skjema om spørreskjemaets spørsmålsformuleringer og innhold. Det ble foretatt små endringer som følge av kommentarene. Vedlagt spørreskjemaet var det et informasjonsskriv om at spørsmålene omhandlet voksne, sederte respiratorpasienter, som ikke hadde fått muskelavslappende medikamenter.

Prosjektet ble innmeldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og ble ikke

igangsatt før svar derfra forelå. Alle sykepleierne ble informert om at det var frivillig å delta i studien, og ingen personidentifiserbare opplysninger er publisert.

Kun data om indikatorer, hjelpemidler og barrierer for smertebehandling, blir presentert i denne artikkelen. For mer detaljer rundt spørreskjemaet henvises til masteroppgaven «Sykepleiers smertevurdering av respiratorpasienten» (45).

Dataanalyse

Statistikkprogrammet SPSS, versjon 16.0 ble anvendt for dataanalyse. Frekvensanalyser med presentasjon av funn i antall og prosent ble brukt.

TABELL 3: Barrierer for smertelindring

Påstander	Svært uenig		Uenig		Verken enig/uenig		Enig		Svært enig	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Det blir ikke ordinert tilstrekkelig smertestillende medikamenter (n=75)	2	(3)	16	(21)	22	(29)	29	(39)	6	(8)
Ordinerte medikamenter blir ikke gitt i tilstrekkelig grad (n=75)	6	(8)	22	(29)	27	(36)	16	(22)	4	(5)
Manglende kunnskap om smerter (n=75)	1	(1)	16	(21)	20	(27)	34	(46)	4	(5)
Utilstrekkelig vurdering av smerter og smertelindring (n= 75)	0	(0)	13	(17)	12	(16)	38	(51)	12	(16)
Forsinket respons på pasientens smerter (n= 73)	1	(1)	8	(11)	29	(40)	33	(45)	2	(3)
Frykt for bivirkninger (n= 74)	5	(7)	42	(57)	14	(19)	10	(13)	3	(4)
Komplekse situasjoner der smerter nedprioriteres (n= 72)	1	(1)	13	(18)	16	(22)	39	(55)	3	(4)

RESULTATER

Det ble delt ut 126 spørreskjema og 75 ble besvart (60 prosent svarrespons). Svarprosenten ved den ene avdelingen var 47 prosent og ved den andre 74 prosent.

Utvalg

Respondentene hadde gjennomsnittlig erfaring med pasientgruppen på 15 år (SD åtte år, spredning ett–33 år). Ved å dele utvalget inn etter antall års erfaring hadde 26 (35 prosent) < ti års erfaring, mens 48 (65 prosent) hadde > ti års erfaring. Kun ni sykepleiere hadde < fem års erfaring med pasientgruppen. Av respondentene (n = 75) var 68 (91 prosent) spesialsykepleiere og sju (9 prosent) hadde ikke videreutdanning. Kartlegging av hvilken spesialitet disse 68 respondentene hadde, viste at 40 (53 prosent) var intensivsykepleiere og to (3 prosent) var anestesisykepleiere. Det var 33 (44 prosent) respondenter som ikke besvarte dette spørsmålet.

Indikatorer

På spørsmål om hvilke indikatorer respondentene mente at de brukte ved smertevurdering, var de fire mest brukte stigende blodtrykk (97 prosent), stigende hjertefrekvens (93 prosent), ansiktsgrimaser (93 prosent) og stigende respirasjonsfrekvens (88 prosent) (tabell 1). De fire minst benyttete indikatorene var blekhet (24 prosent), pupillestørrelse (20 prosent), synkende hjertefrekvens (3 prosent) og synkende blodtrykk (1 prosent).

Hjelpemidler

Som vist i tabell 2 ble hjelpemidler for smertevurdering benyttet i liten grad. Hjelpemidlene som ble benyttet minst var FPS, BPS og CPOT, og det var så mange som 99 prosent som svarte «aldri» eller «sjelden» når det gjaldt å anvende

disse. De hjelpemidlene som ble anvendt oftest var MAAS, GCS og VAS. Svaralternativene «ofte» og «systematisk» viste at MAAS var benyttet av 41 prosent av sykepleierne, VAS av 39 prosent og GCS av 28 prosent.

Barrierer

Hvor enig eller uenig sykepleierne var i forhold til barrierer for smertelindring er vist i tabell 3. Påstanden flest var enig eller svært enig i var «utilstrekkelig vurdering av smerter og smertelindring» (67 prosent). Så mange som 59 prosent rapporterte også at de var enig eller svært enig i at «komplekse situasjoner der smerter nedprioriteres» var en barriere for smertelindring. Når det gjaldt «manglende kunnskap om smerte» var hele 51 prosent enig i dette. Kun 17 prosent var enig eller svært enig i at frykt for bivirkninger var en barriere.

DISKUSJON

I denne studien var det stigende blodtrykk og stigende hjertefrekvens som var de mest brukte indikatorene for å vurdere smerte (tabell 1). Dette er i overensstemmelse med Tøien (40) som fant at disse to indikatorene ble anvendt av 98–99 prosent av sykepleierne, og med Puntillo og kolleger (28) som fant at stigende blodtrykk og puls var de hyppigst brukte fysiologiske indikatorene. Tidligere forskning har imidlertid vist at sykepleierne brukte atferdsindikatorer mer hyppig enn fysiologiske indikatorer for smertevurdering, og at kroppsbevegelse hos pasienten var den hyppigst brukte atferdsindikatoren (28, 30). I denne studien var det atferdsindikatorer som ansiktsgrimaser og motorisk uro som ble hyppigst anvendt. Dette er igjen i overensstemmelse med Tøien (40). I en studie av Gelinas og kolleger

(30) ble kroppsbevegelser anvendt som en smerteindikator av 59 prosent av sykepleierne, mens ansiktsuttrykk kun ble brukt av 6 prosent. Både ansiktsuttrykk og motorisk uro er hyppig anvendte atferdsindikatorer for å vurdere smerte, og de inngår som to av tre områder for vurdering i BPS (23).

Andre studier rapporterer økende respirasjonsfrekvens og nedsatt oksygensaturasjon som hyppig brukte indikatorer (13, 30). Økende respirasjonsfrekvens ble benyttet av 88 prosent av sykepleierne i denne studien, mens 29 prosent benyttet nedsatt oksygensaturasjon (SpO₂). Tøien (40) fant at 44 prosent av sykepleierne brukte nedsatt oksygensaturasjon som smerteindikator. Variasjonene her kan skyldes at det er uenighet om hvor god SpO₂ er som smerteindikator (46). Endret pupillestørrelse er beskrevet som en annen viktig smerteindikator hos dypt sederte pasienter (47), mens i vår studie benyttet kun 20 prosent denne smerteindikatoren. At så få brukte endringer i pupillestørrelse som indikator kan skyldes at man må åpne og lyse i pasientens øyne for å vurdere denne indikatoren, noe man vurderer som forstyrrende for pasienten. Et annet problem er at noen medikamenter påvirker pupillestørrelsen, og det påvirker påliteligheten av denne indikatoren for smertevurdering (48, 49).

Fall i blodtrykk og hjertefrekvens ble nesten ikke benyttet som indikatorer (kun av 1 prosent og 3 prosent) i denne studien, mens blekhet ble benyttet av 24 prosent og svette av 79 prosent av sykepleierne. Svette blir hevdet å være et sentralt tegn på smerte (26, 50). I en studie av Puntillo og kolleger (28) var de minst benyttete fysiologiske smerteindikatorer nedsatt blodtrykk, nedsatt hjertefrekvens, svette og blekhet. Denne ulikhe-

ten kan skyldes at det i studien til Puntillo (28) var kirurgiske pasienter og at sykepleierne anvendte NRS for å estimere smerteintensitet. Selv om en del av disse pasientene var intuberte, var de ikke sederte og kunne selv rapportere smerten sin. Da er det naturlig at det ikke legges så mye vekt på fysiologiske atferdsindikatorer.

Forskning viser at sykepleierne anvender ulike indikatorer når de observerer smerte hos intuberte pasienter. En årsak til dette kan være at bruk av indikatorer er avhengig av sedasjonsnivået til pasienten da de har forskjellig smerteatferd etter hvor medikamentpåvirket de er (51). Senere forskning viser et skifte til mer analgesibasert sedasjon av respiratorpasienter (52). Det er ønskelig å ha en mest mulig våken pasient under behandlingen, og det vil kunne innvirke på smertevurderingen av pasienten ved at det kan bli lettere å smertevurdere hvis pasienten er mer våken. Studien til Egerod (52) viste ellers at flere pasienter ikke hadde smerter.

At sykepleierne i denne studien brukte sju–ti ulike indikatorer i smertevurderingen kan tyde på at det er vanskelig å vurdere smerter hos disse pasientene, og det styrker sykepleierens vurdering da pasienter uttrykker smerter forskjellig (50, 53). Fysiologiske indikatorer som endring i puls og blodtrykk kan ikke anvendes som indikatorer alene da det også er tegn på andre forhold hos en sedert intensivpasient. Derfor må de fysiologiske indikatorene ses sammen med de atferdsmessige i en vurdering av pasientens smerte. Videre forskning er nødvendig for å få mer kunnskap om bruk av indikatorer og hvorfor de anvendes ulikt.

Et sentralt funn i studien er at sykepleierne benytter få hjelpemidler for å vurdere smerter hos

pasientene. Dette samsvarer også med tidligere forskning på intuberte pasienter der smerteskalaer ble dokumentert brukt i 1,6 prosent av tilfellene (30). Ved å ikke bruke hjelpemidler er det vanskelig å anslå en pasients smerteintensitet, og det vanskeliggjør også smertelindringen. Dette stemmer med at den største barrieren for smertelindring ble rapportert å være utilstrekkelig vurdering av smerte og smertelindring. Tidligere forskning viser også at problemer med å vurdere smerter hos

tematisk». Dette er problematisk da VAS ikke egner seg til å vurdere smerteintensitet hos sederte pasienter da skalaen fordrer at pasienten kan rangere smerten på en skala (7). Det er også vist at mangel på vurderingsverktøy for smertevurdering oppgis som en av hovedårsakene til manglende dokumentasjon av observasjoner i forbindelse med smertevurdering (30). Hjelpemidler for smertevurdering er svært viktig for å gi en presis vurdering av pasientens smertenivå.



Omtrent halvparten av sykepleierne mente de manglet kunnskap om smerte.

denne pasientgruppen er en barriere for smertelindring (28, 53).

De hjelpemidlene som ble anvendt hyppigst av sykepleierne var MAAS og GCS. Disse skalaene er ikke utviklet for smertevurdering, men for bevisstetsvurdering. Når mange likevel bruker disse skalaene for smertevurdering kan det skyldes at de også har atferd (for eksempel uro og agitasjon) som vurderingsgrunnlag, og at sykepleiere synes det er lettere å dokumentere smerte ved hjelp av disse i mangel av andre verktøy. Det kan også skyldes at sykepleierne er kjent med disse skjemaene. BPS og CPOT er utviklet spesielt for bruk hos sederte respiratorpasienter (20), men disse verktøyene er forholdsvis nye. Så mange som 99 prosent av sykepleierne hadde krysset av «aldri» eller «sjelden» når det gjaldt bruk av disse, noe som kan tyde på at de ikke er kjent. Forskning anbefaler disse observasjonsskalaene for å vurdere smerter, derfor er det viktig at sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen lærer å anvende dem i sitt kliniske arbeid. VAS ble anvendt av 39 prosent av respondentene «ofte» eller «sys-

Denne studien viste at omtrent halvparten av sykepleierne mente de manglet kunnskap om smerte (tabell 3). Tidligere forskning er ikke entydig på hva antall år med klinisk praksis betyr for å øke kunnskapen om smerter og smertebehandling. Det er vist at lang arbeidserfaring eller økt utdanning ikke bedrer kunnskapsnivået (54). Dette kan muligens variere med hva slags utdanning sykepleierne har. Andre studier av sykepleiere og deres smertekunnskap viste at spesialsykepleiere hadde bedre kunnskap, og at utdanning og undervisning økte kunnskapen (55, 56). Det at sykepleierne selv sier de mangler kunnskaper underbygger at det er viktig med undervisning og muligheter for faglig oppdatering om smertebehandling.

Nesten halvparten av sykepleierne var enige i at det var utilstrekkelig ordinasjon av medikamenter. En tidligere studie har også vist at utilstrekkelig forordning av analgetika var en barriere for god smertelindring (57). Omtrent en fjerdedel (27 prosent) av sykepleierne var «enig» eller «svært enig» i at ordinerte medikamenter ikke ble gitt. En tidli-

gere studie viste at sykepleierne kun ga 47 prosent av ordinert smertestillende til pasienter med smerter (58). Dette var oppsiktsvekkende når studien omfattet våkne pasienter som rapporterte sin smerte. En forklaring på dette kan være frykt for å gi store doser smertestillende slik at det fører til respirasjonsdepresjon. Det er vist at selvpustende pasienter får mindre smertestillende enn intuberte pasienter på grunn av denne faren (59). Få sykepleiere i denne studien fryktet bivirkninger ved administrasjon av smertestillende, noe som kan bekrefte at det ikke ble sett på som en barriere hos de intuberte pasientene. I praksis ser man ofte at pasienter på trykkunderstøttende modus på respirator, som får for lave minuttvolum på grunn av for store doser opiater, kan legges over på en mer kontrollerende modus.

BEGRENSNINGER

Studien har noen begrensninger. Man kan stille spørsmål ved

generaliserbarheten til funnene i studien. Selv om en svarprosent på 60 prosent ikke er dårlig, vet vi ikke om de som ikke ville være med skiller seg veldig fra dem som har svart. Det er også en svakhet at det ved oppstart av studien ikke ble presisert nærmere hva som ble ment med sedert pasient og hvilket sedasjonsnivå det var ønskelig at respondentene skulle ha i tankene da de besvarte spørsmålene. Dette kan være en svakhet som kan ha ført til uklareheter med hensyn til besvaring av spørsmålene. Da alle sykepleierne i studien også har lang klinisk erfaring kan det hende at det ikke er overførbart til de med kortere erfaring. På den annen side ble det ikke funnet mange ulikheter i denne studien avhengig av antall års klinisk praksis. Til slutt kan det trekkes fram som en begrensning at vi ikke vet noe om smertenivået til pasientene på disse avdelingene. Det er da vanskelig å bedømme sykepleiernes kompetanse.

OPPSUMMERING

Sykepleiere bruker mange indikatorer ved smertevurdering av den sederte respiratorpasient. Hjelpemidler for å vurdere smerte ble anvendt i svært liten grad, samtidig som problemer med å vurdere smerter hos denne pasientgruppen ble sett på som den største barrieren for effektiv smertelindring. Utvikling og implementering av retningslinjer for smertelindring på intensivavdelinger anbefales for å bedre smertebehandlingen. Dette kan heve kunnskapen og ansvarliggjøre sykepleieren i arbeidet med smertelindring hos denne pasientgruppen (60). Totalt sett ble det funnet få forskjeller i denne studien mellom sykepleierne som hadde mer eller mindre enn ti års klinisk erfaring. Dette kan understreke at det ikke er nok med erfaring. Man må også ha undervisning og rom for faglig oppdatering mens man arbeider i klinisk praksis for at pasientene skal få den beste smertebehandlingen.

REFERANSER

1. **Standard for intensivmedisin.** Den norske legeforening. 2001; Tilgjengelig fra: <http://www.nafweb.no/index.php?option=comcontent&task=view&id=70&Itemid=27> [26.04.11]
2. **Dybwik K.** Respiratorbehandling: lærebok for sykepleiere. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
3. **Gulbrandsen T.** Smertelindring. I: Gulbrandsen T, Stubberud DG (red). Intensivsykepleie. Oslo: Akribe, 2005:85–96
4. **Kåss E.** Medisinsk ordbok. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1994.
5. **Gulbrandsen T.** Sedasjon. I: Gulbrandsen T, Stubberud DG (red). Intensivsykepleie. Oslo: Akribe, 2005:98–106
6. **Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell.** Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok.
7. **Gulbrandsen T.** Smertelindring. I: Gulbrandsen T, Stubberud DG (red). Intensivsykepleie. Oslo: Akribe, 2010:127–45
8. **Felleskatalogen AS.** Felleskatalogen elektronisk ressurs. Tilgjengelig fra: <http://www.felleskatalogen.no/>

9. **Young J, Siffleet J, Nikoletti S, Shaw T.** Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing* 2006;22:32–9.
10. **Coyer FM, Wheeler MK, Wetzig SM, Couchman BA.** Nursing care of the mechanically ventilated patient: what does the evidence say? Part two. *Intensive and Critical Care Nursing* 2007; 3:71–80.
11. **Li DT, Puntillo K.** A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients. *Applied Nursing Research* 2006;19:216–9.
12. **Gelinas C.** Management of pain in cardiac surgery ICU patients: have we improved over time? *Intensive and Critical Care Nursing* 2007;23:298–303.
13. **Gelinas C, Johnston C.** Pain assessment in the critically ill ventilated adult: validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and physiologic indicators. *The Clinical Journal of Pain* 2007;23: 497–505.
14. **Puntillo KA.** Pain experiences of

intensive care unit patients. *Heart & Lung* 1990;19:526–33.

15. **Payen JF, Chanques G, Mantz J, Hercule C, Auriant I, Leguillou JL, et al.** Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: a prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology* 2007;106:687–95; quiz 891–2.
16. **Puntillo KA, Morris AB, Thompson CL, Stanik-Hutt J, White CA, Wild LR.** Pain behaviors observed during six common procedures: results from Thunder Project II. *Critical Care Medicine* 2004;32:421–7.
17. **Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST, Stanik-Hutt J, Thompson CL, et al.** Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *American Journal of Critical Care* 2001;10:238–51.
18. **Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Violet S, Sebbane M, Perrigault PF, et al.** Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine* 2006; 34:1691–9.

19. **Payen JF, Bosson JL, Chanques G, Mantz J, Labarere J.** Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA study. *Anesthesiology* 2009;111:1308-16.
20. **Martin F, Cherif K, Gentili ME, Enel D, Abe E, Alvarez JC, et al.** Lack of impact of intravenous lidocaine on analgesia, functional recovery, and nociceptive pain threshold after total hip arthroplasty. *Anesthesiology* 2008;109:118-23.
21. **Perkins FM, Kehlet H.** Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology* 2000;93:1123-33.
22. **Torvik K, Skaug M, Rustøen T.** Smertekartlegging. I: Rustøen T, Wahl AK. (red). Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008:51-74.
23. **Aissaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R.** Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg* 2005;101:1470-6.
24. **Gelinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M.** Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American Journal of Critical Care* 2006;15:420-7.
25. **Blenkharn A, Faughnan S, Morgan A.** Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2002; 18:332-41.
26. **Kwekkeboom KL, Herr K.** Assessment of pain in the critically ill. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2001;13:181-94.
27. **Christoph SB.** Pain assessment. The problem of pain in the critically ill patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 1991;3:11-6.
28. **Puntillo KA, Miaskowski C, Kehrle K, Stannard D, Gleeson S, Nye P.** Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. *Critical Care Medicine* 1997;25:1159-66.
29. **Fraser GL, Riker RR.** Sedation and analgesia in the critically ill adult. *Current Opinion in Anaesthesiology* 2007;20:119-23.
30. **Gelinas C, Fortier M, Viens C, Fillion L, Puntillo K.** Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. *American Journal of Critical Care* 2004;13:126-35.
31. **Arbour C, Gelinas C.** Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults? *Intensive and Critical Care Nursing* 2010;26:83-90.
32. **Rustoen T, Miaskowski C.** The use of guidelines, standards, and quality improvement initiatives in the management of postoperative pain. I: Rice ASC (red). *Textbook of Clinical Pain Management.* London, Hodder Arnold; 2008:665-77.
33. **Erkes EB, Parker VG, Carr RL, Mayo RM.** An examination of critical care nurses' knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized patients. *Pain Management Nursing* 2001;2:47-53.
34. **Aslan FE, Badir A, Selimen D.** How do intensive care nurses assess patients' pain? *Nursing in Critical Care* 2003;8:62-7.
35. **Manias E, Bucknall T, Botti M.** Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Management Nursing* 2005;6:18-29.
36. **Tittle M, McMillan SC.** Pain and pain-related side effects in an ICU and on a surgical unit: nurses' management. *American Journal of Critical Care* 1994;3:25-30.
37. **Shannon K, Bucknall T.** Pain assessment in critical care: what have we learnt from research. *Intensive and Critical Care Nursing* 2003;19:154-62.
38. **Cullen L, Greiner J, Titler MG.** Pain management in the culture of critical care. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2001;13:151-66.
39. **Ahlers SJ, van Gulik L, van der Veen AM, van Dongen HP, Bruins P, Belitser SV, et al.** Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care* 2008;12(1): R15.
40. **Tøien K.** Smerten hos den multitraumatiserte intensivpasient: sykepleierens vurdering og ansvar. Oslo: Oslo University College, 2002.
41. **Randen I.** Sederingspraksis og intensivpasientens sederingsbehov – I takt? Avhandling. Oslo, Universitetet i Oslo. 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.duo.uio.no/publ/sykepleie/2008/77038/MasterxRanden.pdf> [25.01.09].
42. **Devlin JW, Fraser GL, Kanji S, Riker RR.** Sedation assessment in critically ill adults. *The Annals of Pharmacotherapy* 2001;35:1624-32.
43. **Teasdale G, Jennett B.** Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974;2:81-4.
44. **Andersen RD, Greve-Isdahl M, Meberg A, Jylli L.** Oppfatninger om kunnskap og barrierer i smertebehandling av nyfødte. *Vård i Norden* 2007;27:22-6.
45. **Bjørknes G.** Sykepleiers smertevurdering av respiratorpasienten. En kvantitativ studie med fokus på hvordan sykepleiere vurderer smerter hos sederte respiratorpasienter. Oslo: Oslo University College, 2010.
46. **Gelinas C, Arbour C.** Behavioral and physiologic indicators during a nociceptive procedure in conscious and unconscious mechanically ventilated adults: similar or different? *Journal of Critical Care* 2009;24:628.
47. **Li D, Miaskowski C, Burkhardt D, Puntillo K.** Evaluations of physiologic reactivity and reflexive behaviors during noxious procedures in sedated critically ill patients. *Journal of Critical Care* 2009;24:472.
48. **Larson MD, Kurz A, Sessler DI, Dechert M, Bjorksten AR, Tayefeh F.** Alfentanil blocks reflex pupillary dilation in response to noxious stimulation but does not diminish the light reflex. *Anesthesiology* 1997;87:849-55.
49. **Larson MD, Berry PD, May J, Bjorksten A, Sessler DI.** Autonomic effects of epidural and intravenous fentanyl. *British Journal of Anaesthesia* 2007;98:263-9.
50. **Labus JS, Keefe FJ, Jensen MP.** Self-reports of pain intensity and direct observations of pain behavior: when are they correlated? *Pain* 2003;102:109-24.
51. **Mateo OM, Krenzischek DA.** A pilot study to assess the relationship between behavioral manifestations and self-report of pain in postanesthesia care unit patients. *Journal of Post Anesthesia Nursing* 1992;7:15-21.
52. **Egerod I, Jensen MB, Herling SF, Welling KL.** Effect of an analgo-sedation protocol for neurointensive patients: a two-phase interventional non-randomized pilot study. *Critical Care* 2010; 4:R71.
53. **Aitken LM, Marshall AP, Elliott R, McKinley S.** Critical care nurses' decision making: sedation assessment and management in intensive care. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18:36-45.
54. **Naser E, Sinwan S, Wong HB.** Nurses' knowledge on pain management. Singapore Nursing Journal. 2005;32:29-36.
55. **Wang HL, Tsai YF.** Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19:3188-96.
56. **Wilson B.** Nurses' knowledge of pain. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16:1012-20.
57. **Van Niekerk LM, Martin F.** The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management. *Pain Management Nursing* 2003;4:3-10.
58. **Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner D, Gallop R.** Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001;36:535-45.
59. **Sun X, Weissman C.** The use of analgesics and sedatives in critically ill patients: physicians' orders versus medications administered. *Heart & Lung* 1994;23:169-76.
60. **Fredheim OM, Kvarstein G, Undall E, Stubhaug A, Rustøen T, Borchgrevink PC.** [Postoperative pain in patient in Norwegian hospitals]. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2011;8; under utgivelse.

Les kommentaren på side 40 >>

Ikke like enkelt å ta i bruk

► For at intensivsykepleiere skal ta i bruk smertevurderingsverktøy må det settes av tid og ressurser.



Av **Knut Dybwik**

Intensivsykepleier og dr.philos
Intensivavdeling ved
Nordlandssykehuset Bodø

Respiratorbehandling er blant de mest avanserte og komplekse behandlingsformer som gis i sykehus. Respiratorpasientene har mange behov som de ikke er i stand til å gi uttrykk for eller dekke selv. Her spiller intensivsykepleierne en vital rolle for å kompensere for pasientens hjelpeløshet og sårbarhet. Studier viser at smerter hos intensivpasienter er underbehandlet og en stor andel av respiratorpasientene opplever smerter.

Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap om smertevurdering og smertebehandling av respiratorpasienter, hos sykepleiere som arbeider på en intensivavdeling. Man ønsket også kunnskap om hvilke barrierer sykepleierne mener det er for effektiv smertehåndtering. Data ble innhentet fra to intensivavdelinger som ikke hadde retningslinjer for smertevurdering, til tross for at det finnes smertevurderingsverktøy for både våkne og

sederte respiratorpasienter. Etter min mening er disse avdelingene ikke alene om denne praksisen. Forfatterne konkluderer med at sykepleierne likevel bruker mange indikatorer ved smertevurdering. Spørsmålet man da sitter igjen med er om smertevurderingen, og dermed smertebehandlingen, hadde blitt bedre om sykepleierne i disse avdelingene hadde brukt smertevurderingsverktøy systematisk, slik anbefalingen er? Dette hadde ikke denne studien til hensikt å avdekke.

Det er et økende fokus på at vi som til daglig jobber rundt respiratorpasientens seng skal ta i bruk ulike typer kvalitets-sikringsverktøy for å øke kvaliteten på behandlingen. Praksis skal være kunnskapsbasert. I praksis opplever vi at det ikke er like enkelt å ta alt dette i bruk. Dette skyldes ikke konservative holdninger eller manglende vilje hos leger og sykepleiere. Mangel på ressurser for å implementere

ny og kunnskapsbasert praksis er etter min mening den viktigste forklaringen. Vi må derfor erkjenne at det finnes en ideell måte og en praktisk å jobbe med smertevurdering på.

Relatert til funnene i denne studien, blir et annet spørsmål om det er noe galt i at sykepleierne bruker sin erfaring, sitt klinisk blikk og endog magefølelse, for å vurdere hvordan pasienten har det? Erfaringsbasert kunnskap inngår tross alt også i begrepet «kunnskapsbasert praksis». Intensivbehandling er kompromissenes arena. I dette ligger blant annet utfordringen i å finne den rette balansen mellom å trene opp det kliniske blikket ved å bruke våre sanser, og samtidig ta i bruk måleverktøy og forskningsbasert kunnskap som gir råd om hva som er til det beste for pasienten.

Les artikkelen på side 32



Beklager!

I Sykepleien Forskning 4-2011 (s. 332–338) ble artikkelen «Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn» av Kari Raaum Hovde m.fl. på grunn av en feil fra vår side, trykket uten referanseliste. Vi gjengir derfor referanselisten i sin helhet her:

REFERANSER

1. Kortesuoma RL, Nikkonen M, Serlo W. "You must have to make the pain go away"- Children's experiences of pain management. *Pain Management Nursing* 2008; 9: 143–9.
2. Schechter NL, Berde CB & Yaster M. Pain in infants, children and adolescents. An overview (2nd) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2003: 3–18.
3. Lioffi C. International Association for the study of pain (IASP). Psychological interventions for acute and chronic pain in children. *Pain Clinical Updates* 2006; 14: 1–4.
4. Finley GA, Franch LS, Grunau RE, von Baeyer CL, Carr DB. International Association for the study of pain (IASP). Why children's pain matters. *Pain Clinical Updates* 2005; 13: 1–6.
5. Karling M, Renström M, Ljungman G. Acute and postoperative pain in children; A Swedish nationwide survey. *Acta Paediatr* 2002; 91: 660–6.
6. Bertilsson S., Sjöström B. Bedömning av smärta hos barn – en review. *Vård i Norden* 2005; 25: 13–18.
7. Ellis JA, O'Connor BV, Cappelli M, Goodman JT, Blouin R, Reid CW. Pain in hospitalized pediatric patient; How are we going? *The Clinical Journal of Pain* 2002; 18: 262–9.
8. Zempsky WT, Cravero JP, & the Committee on Pediatric Emergency Medicine and Section and Anesthesiology and Pain Medicine. American Academy of Pediatrics. Relief of Pain and Anxiety in Pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics* 2004; 114: 1348–56.
9. American Academy of Pediatrics and American Pain Society. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and American Pain Society Task Force on Pain in Infants, Children and Adolescents. A position statement from the American Academy of Pediatrics. *The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children & Adolescents*. *Pediatrics* 2001; 108: 793–7.
10. Stinson J, Yamada J, Dickson A, Lamba J, Stevens B. Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. *Pain Research & Management* 2008; 13: 51–7.
11. NSF. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007).
12. McGrath PA. Children – not simply "Little Adults". Fra Merskey H, Loesner JD, Dubner R.(edt) *The Paths of Pain*. IASP Press Seattle 2005: 433–46.
13. Twycross, A. Managing pain in children; where to from here? *Journal of Clinical Nursing*, 2010 (19): 2090–9.
14. Broome ME og Huth MM. Nursing Management of the Child in Pain. Schechter NL, Berde CB & Yaster M. Pain in infants, children and adolescents. (2nd) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2003: 417–33.
15. Rieman, MT, Gordon M. Pain management Competency Evidenced By a Survey of Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes. *Pediatric Nursing*, 2007; 33: 307–13.
16. Manworren R. Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatric Nursing*, 2000; 26: 610–14.
17. Vincent CVH. Nurses' Knowledge, Attitudes and Practices regarding children's pain. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 2005; 30: 177–83.
18. Salanterä S, Lauri S, Salmi TT, Helenius H. Nurses' Knowledge about Pharmacological and non pharmacological Pain Management in Children. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999; 18: 289–99.
19. Enskär K, Ljusegren G, Berglund G, Eaton N, Harding R, Mokoena J, Chauke M, Moleki M. Attitudes to and knowledge about pain management of nurses working with children with cancer: A comparative study between UK, South Africa and Sweden. *Journal of research in Nursing* 2007; 12: 501–15.
20. Salanterä S, Lauri S, Salmi T, Aantaa R. Nursing activities and outcomes of care in the assessment, management and documentation of children's pain. *Journal of Paediatric Nursing* 1999; 14: 408–15.
21. Andersen RD, Greve-Isdahl M, Meberg A, Jylli L. Oppfatninger om kunnskap og barrierer i smertebehandling av nyfødte. *Vård i Norden*, 2007; 83: 22–6.
22. Manworren R. Development and Testing of the Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. *Pediatric Nursing* 2001; 27: 151–8.
23. McCaffery, M. Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions. Los Angeles: UCLA Students Store 1968: 95.
24. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz, MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 2000; 25: 3186–91.
25. Koller M, Aaronsen NK, Blazebly J, Bottomley A, Dewolf L, Fayers P. Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer*, 43, 2007: 1810–20.
26. Hovde KR, Granheim T, Christophersen KA, Dihle A. The Norwegian Version of the Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain: Reliability and Validity. Akseptert for publikasjon 31.05.2011 i tidsskriftet *Pediatric Nursing*.
27. Sykepleiernes Samarbeid i Norden. Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden, 2003.
28. Kirkevold M. Vitenskap for praksis. Kap 2 Personlig kompetanse – en forutsetning for kunnskapsanvendelse s. 28–48. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 2002.
29. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2. juli 1999; nr.4. (Helsepersonelloven). Tilgjengelig fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>.
30. Manworren R. Ask the expert. It's time to relieve children's pain. *Journal for specialists in Pediatric Nursing* 2007; 12: 196–8.
31. Jacob E, Puntillo KA. Pain in hospitalized children: Pediatric nurses' beliefs and practices. *Journal of Pediatric Nursing* 1999; 14: 379–91.
32. Dihle A, Bjølseth B, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15: 469–79.
33. McClain BC, & Kain ZN. Procedural Pain in Neonates: The New Millennium. *Pediatrics* 2005; 115: 1073 – 6.
34. Franck, LS. Some Pain, Some Gain: Perfections on the past Two Decades of Neonatal Pain Research and Treatment. *Neonatal Network*; 2002; 21: 37–42.
35. Anand KJS, Aaranda JV, Berde CB. Summary proceedings from the neonate pain control group. *Pediatrics*; 2006; 117: 9–22.
36. Mountcastle K. An ounce of Prevention: Decreasing Painful Interventions in the NICU. *Neonatal Network*; 2010; 29: 353–8.



Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Myndighetene vektlegger at det skal satses på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud for beboere i sykehjem. Mangel på kulturelle aktiviteter er en av de største svakhetene i dagens omsorgstilbud.

Hensikt: Å kartlegge hvilke aktiviteter sykehjemsbeboerne har interesse av å delta i og hva de ansatte tror at beboerne har interesse for?

Derneft er det interessant å sammenligne svarene fra gruppene for samsvar og ulikheter.

Metode: Tverrsnittsstudie. Spørreskjemaundersøkelse blant ansatte og strukturert intervju blant beboerne. Alle beboere med språk og evne til å gjennomføre intervjuet ble inkludert.

Resultat: Beboerne ønsket i stor grad aktiviteter der de selv er aktive. De ansatte trodde at bebo-

erne var interessert i aktiviteter der de ansatte er aktive. Det er signifikante forskjeller mellom gruppene i flere av aktivitetsformene. 89 av 103 (86 prosent) beboere og 51 av 98 (52 prosent) ansatte gjennomførte undersøkelsen.

Konklusjon: Funnene kan tyde på at de ansatte ikke kjenner beboernes ønsker og behov godt nok og at de undervurderer beboernes evne og vilje til å være aktive.

Meaningful activities at the nursing home

Background: The government emphasizes the importance of culture, activities and well-being as essential and basic elements of comprehensive care offerings for residents of nursing homes. Lack of cultural activities is one of the biggest weaknesses of the current care services.

Objective: To identify what activities in which the nursing home residents want to participate during their leisure time. In what activities do the

employees think that the residents are interested? Additionally, it is interesting to compare the responses from the groups for conformity and differences.

Method: A cross-sectional study. A questionnaire survey was conducted with nursing home residents and employees. All residents with language and ability to complete the interview were included.

Results: Residents rated activities in which they were active. The staff believed that residents were interested in activities in which the

staff was active. The difference between the groups is significant concerning several activities. Eighty-nine of 103 (86%) residents and 51 of 98 (52%) employees completed the survey.

Conclusion: The findings suggest that staff do not sufficiently know the residents' wants and needs, or that they underestimate the residents' ability and willingness to be active.

Keywords: questionnaire survey, nursing homes, user interaction, coping, dementia

ENGLISH SUMMARY

>> Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet

Forfatter: Britt Øvrebø Haugland

NØKKELORD

- Spørreundersøkelse
- Sykehjem
- Brukermedvirkning
- Mestring
- Demens

INTRODUKSJON

Flere undersøkelser viser at beboere på sykehjem er fornøyd med fysisk pleie og omsorg, men savner meningsfulle dager med sosial kontakt og aktivitet (1, 2). For at beboerne skal oppleve aktivitetene som tilbys på sykehjemmet som meningsfulle, er det viktig å kartlegge hva beboerne selv er interessert i. I den grad beboerne blir spurt, blir beboere med demensdiagnose oftest ekskludert. Ved norske sykehjem regner en at cirka 80 prosent av beboerne har en demensdiagnose (3). Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder. Symptomene på demens er hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsendringer og endring i atferd (4). Dersom man utelater beboerne med kognitiv svikt, vil

man kun få kartlagt interessen til en liten gruppe sykehjemsbeboere. Forskning på ansattes holdninger til sykehjemsbeboere med demens antyder at mange ansatte har liten tro på at denne gruppen har nytte og glede av å delta på aktiviteter (5). Det er lite forskning på hva personer med demens selv opplever som meningsfulle aktiviteter. Som regel blir det fokusert på de begrensningene en demensdiagnose naturlig bringer med seg. I denne undersøkelsen ønsket vi å inkludere alle beboere med språk og evne til å uttrykke seg, uavhengig av kognitiv funksjon.

OFFENTLIG POLITIKK

I Rundskriv om «Kvalitet i pleie og omsorgstjenester» (6), heter det at beboerne har krav på tilbud om varierte og tilpassete aktiviteter både inne og ute. Det er videre kommunens plikt å dekke den enkeltes behov for aktivitet i samarbeid med klienten. Ifølge Stortingsmeldinger (7, 8) påpekes det at den enkelte må få mulighet til å leve i en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Man påpeker videre at mangel på aktivitet, sosiale og kulturelle forhold er noen av de største svakhetene ved dagens omsorgstilbud.

TIDLIGERE FORSKNING

Det har vært foretatt en del forskning på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og forebygging og behandling av ulike sykdommer og tilstander, deriblant demens. Helbostad mfl. (9) antyder at aktivitet generelt og fysisk aktivitet spesielt, kan være gunstig for å forebygge utvikling av demens og hindre funksjonsnedsetning i forbindelse med demens. Oversiktsartiklene til Forbes mfl. (10) og Stern mfl. (11) fant ikke signifikante sammenhenger mellom deltakelse i fysisk aktivitet og forebygging

Hva tilfører artikkelen?

Studien viste at beboerne på sykehjem i stor grad ønsket å delta på aktiviteter der de selv er aktive. De ansatte derimot anga i større grad aktiviteter der beboerne blir «underholdt» som mest interessante.

Mer om forfatter:

Britt Øvrebø Haugland er sykepleier og cand. polit med hovedfag i sykepleievitenskap fra Universitetet i Bergen. Hun er ansatt som høgskolelektor og internasjonal koordinator ved Haraldsplass diakonale høgskole. Kontakt: britt.haugland@haraldsplass.no

av demens. De fant imidlertid at noen fysiske aktiviteter ga mer helsebringende effekt enn andre, som for eksempel hagearbeid, dansing, sykling og spaserturer (11). Phinney (12) viste i sin studie blant personer med demens, at det å være aktiv var den mest drivende kraften i livet. Forskning på sammenhenger mellom aktivitet og helse blant eldre bør inkludere et bredt spekter av aktiviteter, både mentale, sosiale, fysiske og arbeids- og rekreasjonsrelaterte aspekter (12-14). Ifølge Vernooij-Dassen (15) og Pinney mfl. (12) er det stort samsvar mellom aktiviteter som personer med demens opplever som meningsfulle og det andre voksne mennesker opplever som meningsfullt. Haugland (16) påpeker også at personer med kroniske lidelser er like individuelle som resten av befolkningen. Når det gjelder faktorer som må være til stede for god livskvalitet, er det lite

forhold til bruk av individualisert musikk (18). Hensikten med å gjennomføre undersøkelsen er å legge til rette for aktiviteter som beboerne selv ønsker å delta på.

Forskningsspørsmålene i studien er som følger:

- Hvilke aktiviteter har beboerne interesse for å delta på?
- Hvilke aktiviteter tror de ansatte at beboerne har interesse for å delta på?
- Er det samsvar og ulikheter i svarene fra de to gruppene?

METODE

Studien hadde et tverrsnittsdesign hvor data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema. Et til beboerne og et til de ansatte. Beboerne ble spurt om hvilke aktiviteter de hadde interesse for å delta på. De ansatte ble spurt om hvilke aktiviteter de trodde beboerne på deres avdeling eller boenhet hadde interesse for å delta på. De alternative aktivite-

Svaralternativene på alle spørsmålene var ja eller nei. I tillegg ble bakgrunnsvariablene kjønn og alder registrert på beboernes spørreskjema.

Uvalg og setting

Undersøkelsen ble gjennomført ved Løvåsen Undervisningssykehjem i Bergen, i perioden desember 2007 til og med januar 2008. Alle beboerne med språk og evne til å fullføre intervjuet ble inkludert. Av 16 avdelinger og boenheter ble 15 inkludert i studien. Rehabiliteringsavdelingen ble utelatt fordi den skiller seg vesentlig fra de andre, da den kun har beboere med rehabiliterings- og korttidsbehov. Ansatte som arbeidet dagtid på boenheten i 50 prosent stilling eller mer ble inkludert.

Kartlegging

Det ble foretatt et strukturert intervju av beboerne, med utgangspunkt i spørreskjemaet. Prosjektleder gjennomførte intervjuet og fylte ut skjemaet. Intervjuene ble foretatt på beboerrommet eller på et rolig sted i dagligstuen. Intervjuene varierte fra 10 til 45 minutter. Spørreskjema med følgebrev til de ansatte ble delt ut av bogrupperleder på hver bogruppe. Skjemane var umerket og kunne ikke spores tilbake til respondenten. Utfylte skjema ble returnert til sykehjemmets resepsjon.

Etiske overveielser

Institusjonsledelsen initierte og ønsket kartleggingen. Sykepleieansvarlig på avdelingene vurderte hvem av beboerne som var i stand til å gjennomføre intervjuet. Beboerne ble spurt om de ville delta og det ble presisert at det var helt frivillig. Beboernes navn ble ikke påført spørreskjemaet og skjemaene

” Aktivitetene oppleves meningsfulle ved at de gir glede og involvering.

som tyder på at det er vesentlige forskjeller mellom kronisk syke og befolkningen for øvrig. Sosiale relasjoner og fritidsaktiviteter oppgis som svært viktige. Flanagan (17) kopler også deltakelse i meningsfulle aktiviteter til menneskets opplevelse av livskvalitet. Vernooij-Dassen (15) påpeker videre at aktivitetene oppleves meningsfulle ved at de gir glede og involvering, tilhørighet og autonomi og identitet. Det er imidlertid avgjørende at aktivitetene er tilpasset individets interesser for at de skal oppleves som meningsfulle (15, 18, 19). Viktigheten av å tilpasse aktiviteten til den enkeltes interesser støttes også av forskning i

tene tok utgangspunkt i de aktivitetene som sykehjemmet tilbød på det aktuelle tidspunktet. Til sammen 17 ulike aktiviteter ble inkludert, disse ble delt opp og organisert i følgende tre kategorier: 1) Fellesaktiviteter, som stort sett foregår i sykehjemmets storstue: konserter, gudstjenester eller andakter, dans og bingo. 2) Gruppeaktiviteter, som foregår i boenhetene: håndarbeid, maling, baking, høytlesning/avislesing, dikt eller lesegruppe, hagearbeid, sang, bingo, trim. 3) Utflukter: spasertur, biltur, handletur, kulturarrangement. Det ble også spurt om interessen for å få besøk av en individuell besøksvenn eller samtalepartner.

ble nummerert etter hvert som intervjuene ble gjennomført. Samtalene ble gjennomført når det passet beboerne. En beboerliste, som ble makulert i ettertid, ble brukt for å krysse av dem som deltok. Det er ikke mulig å identifisere den enkelte beboer i ettertid. Sekretariatet ved Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) Helse Vest, vurderte prosjektet som ikke fremleggspliktig på grunn av marginale helseopplysninger i spørreskjemaet.

Dataanalyser

Analysene ble utført ved hjelp av SPSS versjon 18. Resultatene rapporteres i en krysstabell. For hver aktivitet oppgis det eksakte antall samt prosentvis fordeling av henholdsvis beboere og ansatte som har svart ja eller nei. For å teste om det er signifikante forskjeller i svarene mellom gruppene, ble det gjennomført kjiqvadrattest og Fishers eksakte test (hvor det er fem eller færre observasjoner i en gruppe). Signifikansnivået ble satt til 0,05 (20).

RESULTATER

Deltakelse

I undersøkelsesperioden var 157 beboere innlagt ved de aktuelle avdelingene eller boenhetene. Pleiansvarlige vurderte 54 beboere som ikke egnet til å delta på grunn av manglende språk eller alvorlig fysisk sykdom. Utvalget ble 103 personer, sju ønsket ikke å delta og sju falt fra på grunn av sykdom. 89 gjennomførte undersøkelsen. Det gir en svarprosent på 86. 72 kvinner og 17 menn deltok. Deltakernes alder varierte fra 66–101 år og gjennomsnittsalderen var 85 år (SD = 8,23).

På undersøkelsestidspunkt

TABELL 1: Oversikt over sykehjemsbeboernes interesse for å delta på ulike aktiviteter og hvilke aktiviteter de ansatte trodde beboernes hadde interesse for å delta på.

Variabler	Beboere N = 89 N (%)	Ansatte N = 51 N (%)	Test X ²	P-verd
Fellesaktiviteter				
Konsserter				
Ja	71 (80)	51 (100)	11,84	<0,001*
Nei	18 (20)	0		
Gudstjenester				
Ja	66 (74)	38 (78)	0,20	0,66
Nei	23 (26)	11 (22)		
Basar				
Ja	62 (70)	36 (73)	0,22	0,64
Nei	27 (30)	13 (27)		
Dans				
Ja	63 (71)	40 (78)	0,98	0,32
Nei	26 (29)	11 (22)		
Gruppeaktiviteter				
Håndarbeid				
Ja	58 (65)	28 (61)	0,24	0,62
Nei	31 (35)	18 (39)		
Maling				
Ja	22 (25)	14 (35)	1,45	0,23
Nei	67 (75)	26 (65)		
Baking				
Ja	59 (66)	30 (68)	0,05	0,83
Nei	30 (34)	14 (32)		
Høytlesning/avis				
Ja	33 (37)	47 (94)	42,46	<0,001*
Nei	56 (63)	3 (6)		
Dikt/lesegruppe				
Ja	41 (46)	36 (77)	11,67	0,001
Nei	48 (54)	11 (23)		
Hagearbeid				
Ja	52 (58)	9 (23)	14,29	<0,001
Nei	37 (42)	31 (77)		
Sang				
Ja	64 (72)	51 (100)	17,44	<0,001*
Nei	25 (28)	0		
Bingo				
Ja	47 (53)	42 (91)	20,00	<0,001*
Nei	42 (47)	4 (9)		
Trim				
Ja	54 (61)	45 (90)	13,43	<0,001*
Nei	35 (39)	5 (10)		
Utflukter				
Spasertur				
Ja	76 (85)	34 (92)	1,00	0,39*
Nei	13 (15)	3 (8)		
Biltur				
Ja	70 (79)	34 (89)	2,10	0,21*
Nei	19 (21)	4 (11)		
Handletur				
Ja	47 (53)	19 (58)	0,22	0,64
Nei	42 (47)	14 (42)		
Kulturarrangement				
Ja	49 (55)	26 (74)	3,89	0,05
Nei	40 (45)	9 (26)		
Individuell besøksvenn				
Ja	34 (38)	31 (94)	30,05	<0,001*
Nei	55 (62)	2 (6)		

Tegnforklaring: X² Kjiqvadrat, * Fishers eksakte test

tet utgjorde aktuelle deltakere blant ansatte 98 personer, 62 personer svarte på skjemaet. 11 av skjemaene ble forkastet på grunn av ufullstendig utfylling. 51 svar ble inkludert i analysen (52 prosent).

Fellesaktiviteter

Resultatene viste at svært mange av beboerne var interesserte i å delta på fellesaktivitetene. Bortsett fra at ansatte vurderte deltakelse på konserter som mer interessant enn beboerne, samsvarte beboernes interesse for å delta i fellesaktiviteter med personalets vurdering eller oppfatning av deres interesser.

Gruppeaktiviteter

Over halvparten av beboerne var interessert i håndarbeid, baking, hagearbeid, sang, bingo og trim. Av de ansatte trodde over halvparten at beboerne var interessert i håndarbeid, baking, høytlesning, dikt eller lesegruppe, sang, bingo og trim. Høytlesning, diktlesning, sang, bingo og trim ble vurdert signifikant høyere av de ansatte enn av beboerne. Gruppene viste størst forskjell i forhold til interessen for høytlesning, hvor 94 prosent av de ansatte trodde at beboerne var interessert, mens kun 37 prosent av beboerne svarte at de var interessert. 77 prosent av de ansatte trodde at beboerne var interessert i dikt eller

i svært stor grad trodde at beboerne var interessert i, men beboerne viste mindre interesse. Hagearbeid derimot ble vurdert signifikant høyere blant beboerne enn av de ansatte. 58 prosent av beboerne oppga at de var interessert i å delta i hagearbeid, mens 23 prosent av de ansatte trodde at beboerne var interessert i dette.

Utflykter

Aktivitetene spasertur og biltur ble vurdert høyt av begge gruppene. Handletur ble oppgitt av 53 prosent av beboerne og 58 prosent av de ansatte. Ansatte vurderte beboernes interesse for deltakelse i kulturaktivitet høyere enn beboerne selv gjorde.

Individuell besøksvenn

38 prosent av beboerne oppga interesse for en individuell besøksvenn, mens 94 prosent av de ansatte trodde at beboerne var interessert. Forskjellen er signifikant.

DISKUSJON

Studien viste at beboerne i stor grad ønsket å delta på aktiviteter der de selv er aktive. De ansatte derimot anga i større grad aktiviteter der beboerne blir «underholdt» som mest interessante. Det kan tyde på at de ansatte tror at beboerne er interessert i «passive» aktivi-

2). Undersøkelsen viste at beboerne var interessert i å delta på aktiviteter som ble arrangert på sykehjemmet, fortrinnsvis der de selv var aktive.

Fellesaktiviteter

Beboernes store interesse for fellesaktivitetene konserter, gudstjeneste, dans og basar kan tyde på at beboerne opplever disse aktivitetene som positive. Stern m.fl. (11) viser at aktiviteter som oppleves lystbetonte, som for eksempel dans, har signifikant helsebringende effekt. Vernoijs-Dassen (15) påpeker at aktiviteter som gir gode opplevelser er like viktig for mennesker med demens som for andre mennesker. På den annen side påpeker Hauge (21) at det ikke nødvendigvis er sosial kontakt blant sykehjemsbeboere selv om de er på samme sted. Det er avhengig av at situasjonen er definert og helst at ansatte er til stede. Disse arrangementene er definert som et underholdningstilbud og det er oftest både ansatte og pårørende til stede. Fellesaktivitetene vurderes også av de ansatte som interessante for beboerne. I forhold til konserter var det imidlertid signifikante forskjeller mellom ansatte og beboernes svar. Hele 100 prosent av de ansatte trodde beboerne var interessert i konserter, mens 80 prosent av beboerne oppga interesse. En forklaring på at beboerne oppga mindre interesse enn de ansatte trodde, kan være at konserter er den av fellesaktivitetene der beboerne er tilhørere og deltar lite selv. I tillegg tilføyde noen av beboerne under intervjuet at de hadde problemer med hørselen på store arrangementer.

Gruppeaktiviteter

Funnene i undersøkelsen viste

” Svært mange av beboerne var interesserte i å delta på fellesaktivitetene.

lesegruppe, mens 46 prosent av beboerne oppga interesse for dette. Alle de ansatte trodde at beboerne var interessert i sang, mens 72 prosent av beboerne oppga interesse. Både bingo og trim var aktiviteter de ansatte

teter. Funnene i undersøkelsen, samt tidligere forskning (1, 2) tyder på at sykehjemsbeboerne ønsker mer enn kun å få dekket elementære behov. Sykehjemsbeboere er i stor grad fornøyde med fysisk pleie og omsorg (1,

at beboerne var interessert i å delta på aktiviteter der de selv er aktive, som håndarbeid, baking, hagearbeid, sang, bingo og trim. De ansatte trodde også at beboerne var interessert i å delta på gruppeaktiviteter. Mange beboere oppga at de hadde interesse for hagearbeid (58 prosent), mens relativt få (23 prosent) av de ansatte trodde beboerne hadde denne interessen. Ifølge Stern m.fl. (11) er hagearbeid og spasertur eksempler på fysiske aktiviteter som gir signifikante helsefremmende effekter.

Svært mange av de ansatte trodde at beboerne, var interessert i høytlesning fra for eksempel avisen og dikt eller lesegruppe, mens beboerne svarte at de ikke var interessert. Disse forskjellene var signifikante. Funnene kan tyde på at de ansatte overvurderte beboernes ønske om «å bli underholdt». De ansatte trodde også at sang, bingo og trim var mer interessant for beboerne enn hva beboerne selv oppga.

Utflukter

Funnene viste at beboerne i høy grad var interesserte i å komme seg ut på spasertur. Mange av beboerne uttrykte spontant under intervjuet: «Ja tenk å få komme seg ut i frisk luft.» Også de ansatte trodde at beboerne ønsker å komme ut. Beboernes ønske om å komme ut samsvarer godt med en Sintef-rapport (22) i forbindelse med nye sykehjemsmodeller. Denne viser at 90 prosent av beboerne (kun «mentalt klare» beboere deltok i undersøkelsen) likte å være ute, ble i bedre humør av å være ute og syntes at de kom seg for lite ut. I Sintefs undersøkelse hadde pårørende og ansatte liten tro på at beboerne likte å komme seg ut. I Norge og Skandinavia

har vi en sterk kultur og tradisjon for friluftsliv (23). Det er ikke grunn til å tro at denne trangten forsvinner selv om man er blitt hjelpetrengende og bor på sykehjem. Forskriften om en verdig eldreomsorg (24) fastsetter at tjenestemottakere i eldreomsorgen skal ha; «et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut.» Funnene fra undersøkelsen støtter at dette er et område man trenger å fokusere

å se det fra den eldre synsvinkel. Når man ser at spasertur er den aktiviteten beboerne er mest interessert i, kan frivillige ses på som en potensiell ressurs for å realisere at beboerne får kommet mer ut. Utfordringen er å presentere denne muligheten på en måte som gjør det attraktivt for beboerne.

Vil være aktive

Er det forskjell på hvilke aktiviteter beboerne selv er interessert

” Beboerne var interessert i å delta på aktiviteter der de selv er aktive.

mer på i eldreomsorgen. Interessen for kulturarrangementer er vurdert signifikant høyere blant de ansatte enn beboerne. Det støtter også funnene i forhold til felles- og gruppeaktiviteter at beboerne ønsker aktiviteter der de selv er aktive, mens de ansatte i større grad tror beboerne vil delta i «passive aktiviteter» eller bli «underholdt».

Individuell besøksvenn

I arbeidet med kvalitetsforbedringsprosjektet ved USH antok prosjektgruppen at det vil være et stort ønske om individuelle besøksvenner. Beboerne viser svak interesse for individuell besøksvenn. Til og med beboere som har lite besøk er skeptiske til fremmede. Den svake interessen for besøksvenner kan også forstås som Carstensen (25) viser, at med økt alder blir man mer selektiv i forhold til sosiale relasjoner og foretrekker etablerte relasjoner. Imidlertid trodde svært mange av de ansatte at beboerne ønsket en besøksvenn. Det kan forklares ut fra at de ansatte vurderer situasjonen i forhold til sine preferanser og har problemer med

i og det de ansatte tror beboerne ønsker? I denne studien gir beboerne uttrykk for at de er interessert i å delta i aktiviteter, dette samsvarer med hva de ansatte tror. Beboerne oppgir at de er interessert i å delta i en rekke aktiviteter der de selv er aktive. Svarene fra de ansatte indikerer imidlertid at de tror at beboerne er interessert i aktiviteter der det er tilstrekkelig kun å være til stede. Kan grunnen være at de ansatte undervurderer beboernes evne og vilje til aktiv deltakelse i aktiviteter?

Diagnoser og demensvurdering ble det ikke tatt hensyn til i forhold til utvalget i undersøkelsen. Med bakgrunn i kunnskap om den store forekomsten av demens på norske sykehjem (3), kan man anta at en stor andel av deltakerne har en demenssykdom. Hvorvidt dette påvirker svarenes gyldighet, kan man ikke si med sikkerhet. Under intervjuene svarte de fleste klart og konsist på spørsmål om hva de var interessert i eller ikke. På om de for eksempel var interessert i å delta i sang, svarte mange at de likte de svært godt og begynte

gjern spontant å synge. Andre svart kontant at de ikke likte å synge og at de aldri hadde hatt sangstemme.

Trenger støtte

En holdning av lav forventning fra pleiepersonalets side til beboernes evne og vilje til deltakelse i aktiviteter kan muligens hindre dem i viktig livsutføelse. Mange eldre har lav selvfølelse. Forskning påpeker (26, 27) at sosial støtte kan være med å øke eldres selvfølelse og tiltro til seg selv. Forskning (5) viser at ansattes tiltro til mestringsevnen til personer med demens er relativt lav. Det kan forklares ut fra at symptomene på demens er hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsendringer og endring i atferd. Det er klart at alder og sykdom kan begrense evnen til aktivitet. Dersom man fokuserer på nedsatt fysisk og mental helse, ser man på beboernes begrensninger i stedet for ressurser. Både de eldre selv og

egen hverdag fremmer helsestatus, og gjør at de eldre er mer sosialt aktive og føler seg lykkeligere. De eldre kan motta hjelp i forhold til funksjonelle begrensninger og kan understøttes i forhold til å delta i aktiviteter som de har spesiell interesse for. Slik kan sykepleieren gi aktiv omsorg. Man kan fremme troen på egen mestring ved sosial støtte og følelsen av at andre har tro på en (26, 27). På den annen side hevder både Bandura (28) og Vernooij-Dassen (15) at når aktiviteter først og fremst er tilpasset institusjonen og dens drift, kan det frata personen psykobiologisk velvære og således virke mot sin hensikt.

Aktiv omsorg

Stortingsmeldingen Mestring, muligheter og mening (7) vektlegger betydningen av aktiv omsorg. Aktiv omsorg må også innebære at man legger til rette for at beboerne får utøve aktiviteter som er viktige og meningsfulle for den enkelte,

å legge til rette for at beboerne kan være med på hagearbeid og komme seg ut på spasertur. Dette kan betraktes som aktiv omsorg. På den annen side må man forstå at beboerne ikke er særlig interessert i å bli lest høyt for. Dette støttes også av Nightingale (30) « Når det gjelder høytlesning i sykeværelse, er det min erfaring at når syke mennesker er for dårlige til å lese på egen hånd, orker de sjelden å bli lest for» (s. 93).

I denne undersøkelsen er det signifikante forskjeller i flere av svarene fra beboere og ansatte. Både beboere og de ansatte har fått de samme spørsmålene. Forholdene har likevel vært noe forskjellige og kan gi seg utslag i ulike svar. De ansatte fikk utlevert spørreskjema med informasjonskriv. Beboerne fikk de samme spørsmålene, men de ble intervjuet av prosjektleder med utgangspunkt i spørreskjemaet. Dersom det var uklareheter, kunne det lettere oppklares i intervju situasjonen. De ansatte hadde ikke samme muligheten til å avklare og måtte svare ut fra hvordan de selv forsto spørsmålene.

På tross av signifikante ulikheter i en del av svarene er både ansatte og beboere opptatt av aktivitet. Denne undersøkelsen er foretatt på et undervisnings-sykehjem med stor vekt på utviklingsarbeid. Det er mulig at de ansatte er mer opptatt av aktiviteter av interesse for beboerne enn hva man vil finne på mange andre sykehjem. Funnene kan ikke uten videre generaliseres. En del av funnene kan likevel ha overføringsverdi til andre sykehjem og til eldreomsorgen generelt.

KONKLUSJON

Resultatene tyder på at man ved

” Sosial støtte kan være med å øke eldres selvfølelse og tiltro til seg selv.

omgivelsene gjør sammenlikninger med yngre mennesker eller slik personen selv fungerte tidligere. Da er det lett å bli motløs og ikke se hva man klarer på tross av nedsatt kapasitet. Dersom man derimot leter etter personens ressurser og støtter beboerens deltakelse i aktiviteter som gir glede og involvering, kan man være med på å styrke personens følelse av å høre til og følelse av autonomi og egen identitet.

Bandura (28) hevder at en følelse av egen mestring og en viss opplevelse av kontroll over

på en slik måte han eller hun selv ville ha gjort dersom han eller hun hadde hatt krefter til det. Dette er i tråd med Virginia Hendersons definisjon på sykepleie, som understreker at sykepleieren understøtter pasientens egne gjøremål (29).

Sykepleieren blir en sentral aktør i å legge til rette for at pasientene kan delta i aktiviteter som er meningsfulle for den enkelte. Utfordringen er å forstå pasienten ut fra pasientens eget ståsted. I forhold til funnene i denne undersøkelsen er det en utfordring for de ansatte

sykehjem i større grad bør kartlegge interessene til den enkelte beboer, og legge til rette for at beboerne kan delta i aktiviteter tilpasset egne interesser. Dette gjelder fortrinnsvis interesser der beboerne selv er aktive, for eksempel å delta i hagearbeid og spaserturer. Studien viser at beboerne svarer at de har interesse for å delta på aktiviteter, men den sier ikke noe om beboernes evne og vilje til faktisk å

gjennomføre de aktivitetene de ønsker. I videre forskning vil jeg anbefale studier der man tester ut samsvaret mellom hva brukerne svarer og det de ansatte mener den enkelte beboer ønsker. I den forbindelse kunne det vært interessant å inkludere bakgrunnsinformasjon om de ansatte. For eksempel alder, kjønn, utdanning, hvor lenge de hadde arbeidet ved institusjonen og liknende. Det kan

gjøre det mulig å vurdere om de ulike gruppene av ansatte vurderer beboernes interesser ulikt. Videre bør man undersøke ulike former for aktiviteter og systematisk evaluerer om sykehjemsbeboerne faktisk har evne og vilje til å gjennomføre aktivitetene. I tillegg ville det være ønskelig å undersøke om individtilpasset aktivitet øker trivsel og livskvalitet for sykehjemsbeboere.

REFERANSER

1. **Røsland A.** Behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og tilfredshed med sykehjemmet: en kartleggingsstudie blant 77 pasienter ved to av sykehjemmene tilknyttet Undervisningssykehjemprosjektet i Norge. Bergen. 2001.

2. **Helsetilsynet.** Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Oslo. 2003.

3. **Engedal K, Haugen PK, Brækhus A.** Demens: fakta og utfordringer : en lærebok. Aldring og helse, Tønsberg. 2009.

4. **Brækhus A.** Hva er demens? Aldring og helse, Tønsberg. 2009.

5. **Kada S, Nygaard HA, Mukesh BN, Geitung JT.** Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. J Clin Nurs. 2009;18:2383-92.

6. **Sosial- og helsedepartementet.** Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Oslo. 1997.

7. **Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.** Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer. Oslo 2006.

8. **Kultur- og kirkedepartementet.** Frivillighet for alle. Oslo. 2007.

9. **Bahr R.** Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Helsedirektoratet, Oslo. 2009.

10. **Forbes D, Forbes S, Morgan DG, Markle-Reid M, Wood J, Culum I.** Physical activity programs for persons with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2008(3):CD006489.

11. **Stern C, Konno R.** Physical leisure activities and their role in preventing dementia: a systematic review. Int J Evid Based Healthc. 2009;7:270-82.

12. **Phinney A, Chaudhury H, O'Connor DL.** Doing as much as I can do: the meaning of activity for people with dementia.

Aging Ment Health. 2007;11:384-93.

13. **Leung GT, Fung AW, Tam CW, Lui VW, Chiu HF, Chan WM, et al.** Examining the association between participation in late-life leisure activities and cognitive function in community-dwelling elderly Chinese in Hong Kong. Int Psychogeriatr. 2010;22:2-13.

14. **Paillard-Borg S, Fratiglioni L, Winblad B, Wang HX.** Leisure activities in late life in relation to dementia risk: principal component analysis. Dement Geriatr Cogn Disord. 2009;28:136-44.

15. **Vernooy-Dassen M.** Meaningful activities for people with dementia. Aging Ment Health. 2007;11:359-60.

16. **Haugland BØ.** Mestringsressurser og helsestatus: en empirisk undersøkelse av personer med revmatoid artritt. Bergen. 1995.

17. **Flanagan JC.** Measurement of quality of life: current state of the art. Arch Phys Med Rehabil. 1982;63:56-9.

18. **Bragstad L, Kirkevold M.** Individualisert musikk for personer med demens. Sykepleien Forskning. 2010;5:8.

19. **Vossius C, Testad I, Skævesland R.** Allsang, bingo og gudstjenester passer ikke for våre beboere. Sykepleien. 2009;97(09):2.

20. **Polit DF, Beck CT.** Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Wolters Kluwer Health, Philadelphia. 2012.

21. **Hauge S.** Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir?: ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. Unipub., Oslo. 2004.

22. **Høyland K.** Ny sykehjemsmodell, et bedre tilbud: erfaringer fra tre nye sykehjem. SINTEF, Trondheim. 2001.

23. **Lagerstrøm D.** Friluftsliv: ein nordischer Weg zur Bewegung und Bewegung-

gskultur? Friluftsliv: Entwicklung, Bedeutung und Perspektive. Meyer & Meyer Verlag, Aachen. 2007 (pp 117-33).

24. **Lovdata.** Forskrift om en verdig eldreomsorg. 11 des 2010; nr.12 (Verdighetsgarantien). Tilgjengelig fra:: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20101112-1426.html>. (Nedlastet 23.09.2011).

25. **Carstensen LL.** Motivation for social contact across the life span: a theory of socioemotional selectivity. Nebr Symp Motiv. 1992;40:209-54.

26. **Drageset J, Eide GE, Nygaard HA, Bondevik M, Nortvedt MW, Natvig GK.** The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents--a questionnaire survey in Bergen, Norway. Int J Nurs Stud. 2009;46:65-75.

27. **Birkeland A, Natvig GK.** Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. Int J Nurs Pract. 2009;15:257-64.

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

29. **Kirkevold M.** Sykepleieteorier: analyse og evaluering. Ad notam Gyldendal, Oslo. 1998.

30. **Nightingale F, Skretkovic V.** Notater om sykepleie. Universitetsforl., Oslo. 1997.

Les kommentaren på side 50 >>

Vi må samarbeide med pårørende

> Artikkelen om sykehjemsbeboeres aktivitetsbehov er relevant for alle som jobber på sykehjem.



Av Elisabeth Rosenvinge

Sykepleier 1 og prosjektleder for prosjektet: «Opp av stolen»
Haugtun Omsorgssenter,
Gjøvik kommune

På generelt grunnlag hersker det ingen tvil om at aktivitet for sykehjemsbeboere, både sosialt, kulturelt, fysisk og åndelig betyr mye for den enkelte. Det viser også denne studien til Haugland og medforfattere. Utfordringen er å kartlegge og definere hva hver enkelt beboer opplever som meningsfylt. Fra et klinisk ståsted vil jeg si at personalet blir stadig mer bevisste på behovet for aktivitet, og hvordan denne organiseres og gjennomføres. Stadig flere er opptatt av tilpasset aktivitet for den enkelte beboer og at aktivitetene skal skje på hans eller hennes premisser. Omsorgstilbudet vårt blir stadig mer personsentrert, noe jeg mener er svært positivt. Personsentrert omsorg vektlegger den enkelte beboer og fokuserer på mestring og tilhørighet. Man er opptatt av å verdsette den enkelte beboers ressurser i stedet for begrensninger.

Studien viser at sykehjems-

beboerne som ble spurt, i stor grad ønsker aktiviteter der de selv aktivt deltar. Det er ingen tvil om at vi fortsatt har en vei å gå, når det gjelder å finne ulike måter å kartlegge disse behovene og ønskene på. I dette arbeidet mener jeg de pårørende representerer en stor ressurs. På bakgrunn av dette mener jeg at denne artikkelen er relevant for alle som arbeider i sykehjem!

Studien viser en signifikant forskjell mellom hva de ansatte tror og mener beboerne ønsker og har behov for av ulike typer aktivitet, og hva beboerne faktisk sier selv. Dette kjenner jeg også igjen fra sykehjemmet hvor jeg selv arbeider. Vi som ansatte har nok til tider andre preferanser for aktiviteter enn beboerne selv. I noen tilfeller kan det være lett å overføre disse preferansene på beboerne. På den måten opplever vi som ansatte aktiviteten som ensartet positiv. Dette kan til en viss grad bidra til at

vi overser hvordan den enkelte beboer opplever aktiviteten. Vi «farger» vår oppfatning av hvordan beboerne har opplevd aktiviteten med vår egen opplevelse. Utgangspunktet for tilrettelegging og gjennomføring av aktiviteter ut ifra den enkelte ansattes ståsted, er godt ment. Men det viser seg at det ikke oppleves godt nok for beboerne. Det samme viser artikkelen.

Jeg er helt sikker på at en mer systematisk kartlegging av beboernes ønsker, i samarbeid med pårørende, vil kunne gi oss et bedre grunnlag for å tilrettelegge aktiviteter ut ifra hver enkelt beboers preferanser.

Les artikkelen på side 42





Kunnskapstørst?

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

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

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

sykepleien

forskning



Foto: E. G. S. O. N. I.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Opprettholdelse av god livskvalitet er et viktig mål i demensomsorgen. Miljøbehandling, inklusive sansehager og målrettet bruk av planter brukes i økt grad, men effekten er usikker.

Hensikt: Undersøke og beskrive hva forskningslitteraturen rapporterer på bruk av sansehager, terapeutisk hagebruk og målrettet bruk av planter innendørs for personer med demens.

Metode: Modifisert scoping review med søk i databasene AMED, Cinahl, Medline, ISI Web of Science, Embase, SCOPUS, og SveMed+. Analyse av utvalgte empiriske studier.

Resultat: Femten studier ble inkludert. Ni undersøkte effekt av sansehage, fem terapeutisk hagebruk, en målrettet bruk av planter innendørs. Funnene tyder på at denne typen miljøbehandling

kan redusere urolig atferd, bruk av psykofarmaka, alvorlige fall, gi bedre søvn og øke trivsel og funksjonsnivå.

Konklusjon: Sansehage, terapeutisk hagebruk og målrettet bruk av planter innendørs kan ha positiv innvirkning på funksjonsnivå, atferd og trivsel hos personer med demens. Mer forskning er nødvendig.

ENGLISH SUMMARY

The importance of sensory garden and therapeutic horticulture in dementia care – a scoping review.

Background: Maintaining quality of life is important in dementia care. Sensory gardens and plants are increasingly used, but their effect is uncertain.

Objective: Examine and describe what is reported in the research literature about use of sensory gardens, therapeutic horticulture and the use of indoor plants for people with dementia.

Methods: Modified scoping review with searches in Amed, Cinahl, Medline, ISI Web of Science, Embase, Scopus and SveMed+. In addition, analysis of selected empirical studies.

Results: Fifteen studies were included. Nine examined the effects of sensory gardens, five, horticultural therapy, and one, the use of plants indoors. The findings suggest that this type of environmental management can reduce disruptive behaviour, use of psychotropic drugs and

serious falls, in addition to improving sleep and increasing well-being and functional level.

Conclusion: Sensory gardens, therapeutic horticulture and other targeted use of plants may have a positive influence on function, behaviour and well-being among people with dementia. More research is needed.

Keywords: dementia, sensory garden, therapeutic horticulture, environmental management, literature review

>> Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review

Forfattere: Marit Kirkevold og Marianne Thorsen Gonzalez

NØKKELOD

- Demens
- Miljø
- Behandling
- Litteraturstudie

INNLEDNING

Demens er en av de store folkesykdommene som særlig rammer eldre mennesker. Omtrent 70.000 lever med demens i Norge og tallet vil øke betydelig i årene som kommer grunnet økt levealder (1-5). Demens er en samlebetegnelse på en rekke ulike medisinske diagnoser. Over tid fører demens til alvorlig kognitiv svikt, atferdsendringer og stort behov for hjelp (1-5). Tidlig diagnose er viktig for å kunne fjerne underliggende årsaker og iverksette medisinsk behandling der det er mulig (1). Oftest finnes ingen kurativ behandling og de viktigste behandlingsprinsippene er å bevare pasientens evner og funksjoner i så stor grad

som mulig, samt fjerne forhold i omgivelsene som forverrer pasientens funksjon, inklusive faktorer som forårsaker stress eller mangel på stimuli (6, 7). Opprettholdelse av god livskvalitet er et viktig overordnet mål i demensomsorgen (1-5). Dette er bakgrunnen for at miljøbehandling er sentralt i demensomsorgen (7-9).

SANSEHAGER

Miljøbehandling vektlegger relasjoner og terapeutiske prosesser i pasientens miljø (7, 8) og omfatter tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale forhold (7-9). Miljøbehandling har som målsetting å bedre funksjonsevnen og øke trivsel, livskvalitet og velvære (1, 7, 9, 10). Et miljøbehandlingstiltak som har fått økende oppmerksomhet i de senere år er bruk av sansehager for personer med demens (9). En sansehage er en tilrettelagt, oftest lukket hage, gjerne plassert i tilknytning til en skjermet enhet for personer med demens hvor pasienter kan oppleve planter og natur, frisk luft og vandre i sikre, tilrettelagte omgivelser (7). Begrepet

sanséhage refererer til at hagen skal stimulere sansene, særlig syn-, lukte og følesansen. Begrepet «vandrehage» brukes også (11-13), da en viktig hensikt med disse hagene har vært å tilrettelegge for at personer som er urolige skal ha et sikkert og tilrettelagt område å bevege seg i. Videre brukes begrepet «teragen»

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at sansehager synes å ha positiv effekt på livskvaliteten til personer med demens.

Mer om forfatterne:

Marit Kirkevold er sykepleier og professor. Hun er ansatt ved avdeling for sykepleievitenskap og helsefag-institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Marianne Thorsen Gonzalez er psykiatrisk sykepleier, PhD. Hun er ansatt som førsteamanuensis II ved avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, og som førsteamanuensis ved institutt for sykepleie og helse, Diakonhjemmet høyskole. Kontakt: mtgonzalez@medisin.uio.no.

peutiske hager» med referanse til at hagen antas å ha terapeutisk effekt på atferdsproblemer og andre helseproblemer, som søvnvansker og nedsatt muskelstyrke (13-15). Bruk av elementer fra naturen som del av miljøbehandling er imidlertid mer omfattende enn det disse begrepene tilsier. I litteraturen omtales også terapeutisk hagebruk (TH) og systematisk bruk av planter innendørs som aktuelle miljøbehandlingstiltak for personer med demens (16).

Det er begrenset forskning på effekten av denne typen «grønn miljøbehandling» for personer med demens. Det meste av forskningen er gjennomført i USA. I Norden er det gjort noen studier i Finland og Sverige. I Norge er det bygget en rekke sansehager for å bedre omsorgen for personer med demens. Det er imidlertid ikke klart hvordan disse hagene brukes og hvilken terapeutisk nytte de har. Hensikten med denne litteraturgjennomgangen er å undersøke og beskrive nøkkelinformasjon fra forskningsfeltet på bruk av sansehage, terapeutisk hagebruk og målrettet bruk av planter innendørs for personer med demens.

METODE

Det er mange typer review eller litteraturstudier, og det er ingen absolutt enighet om hvilke kjen-



Opprettholdelse av god livskvalitet er et viktig overordnet mål i demensomsorgen.

19) som metode. Ifølge Arksey og O'Malley (18) er de primære forskjellene mellom en systematisk litteraturstudie og en scoping review, at en scoping review har et mindre avgrenset forskningsspørsmål enn en systematisk litteraturstudie, bruker flere kilder for å identifisere relevante studier, inkluderer studier med ulike design og metoder og avklarer inklusjonskriterier post hoc (etter at søkene er gjennomført). En scoping review har som hensikt å gi en oversikt over et forskningsfelt og gi en deskriptiv presentasjon av nøkkelinformasjon i de inkluderte artiklene. En scoping review vil således ikke omfatte en summering eller syntese av evidens eller gi en kvalitetsvurdering av evidensnivå, slik man gjerne forventer ved en systematisk litteraturstudie eller metaanalyse. Vi har valgt en scoping review som metode, dels fordi forskningsfeltet er begrenset, og at det derfor var hensiktsmessig å inkludere alle relevante studier som innfridde inklusjonskriteriene, og for å gi en presentasjon av forskningsfeltet. Valg av betegnelsen modifisert scoping review er benyttet fordi vi i noe større grad enn ved en ordinær

systematisk fremgangsmåte i lesing og ekstrahering av informasjon fra artiklene.

Vi har benyttet systematiske søk i mars 2011 i databasene AMED, Cinahl, Medline (Ovid), ISI Web of Knowledge, Embase, SCOPUS, og Sve-Med+. Søkene ble begrenset til fagfellevurderte publikasjoner på engelsk, norsk, svensk eller dansk. I identifikasjon av artikler ble fritekstordene «healing garden», «horticultural therapy», «restorative garden» og «wander garden» benyttet. Fritekstordene ble deretter kombinert med demens og Alzheimer. Det er ikke søkt eksplisitt i forhold til design, metode eller utfallsmål. To reviewere vurderte artiklene med tanke på kriterier for inklusjon i litteraturstudien. Inklusjonskriteriene som ble benyttet var at artiklene ga en tydelig beskrivelse av sentral nøkkelinformasjon som hensikt og problemstilling, utvalg, design og metode, fremgangsmåte i intervusjonen, utfallsmål og funn. Studier som var mangelfullt beskrevet i forhold til flere av kriteriene ble ekskludert. Søkestrategi kan fås ved å kontakte artikkelforfatterne. Nøkkelinformasjon fra artiklene er synliggjort i tabell 1.

RESULTAT

Nittito originale artikler ble gjennomgått ved hjelp av tittel og abstrakt. Femti av disse ble ekskludert ettersom de enten ikke var forskningsartikler, ikke var rettet mot personer med demenslidelser eller benyttet bruk av sansehage, terapeutisk

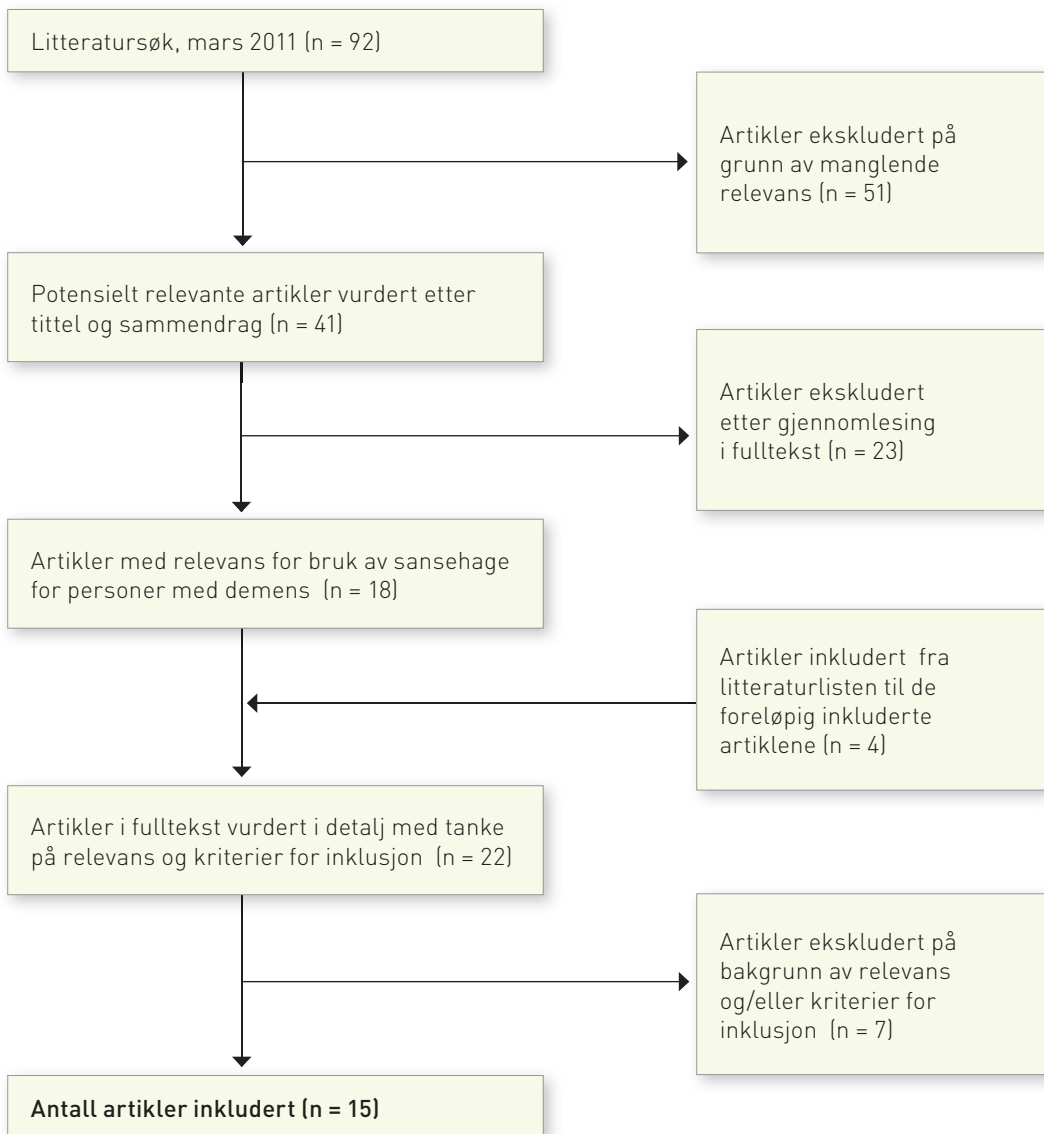


Atferdsproblemer ble redusert og bruk av «ved behov»-medikamenter falt etter at vandrehagen ble åpnet.

netegn eller kriterier som ligger til grunn for den enkelte type review. Vi har i denne litteraturgjennomgangen valgt en modifisert scoping review (17-

scoping review, har benyttet et systematisk søk i databasene for å identifisere artiklene, en systematisk fremgangsmåte i inkludering av artikler og en

FIGUR 1: Artikkellutvelgelse



hagebruk eller «grønn miljøbehandling». Førtien artikler ble etter første gjennomgang vurdert som potensielt relevante og gjennomgått i fulltekst. Tjuetre

av disse ble ekskludert fordi de ikke beskrev en relevant intervensjon, ikke var empiriske studier eller undersøkte personer med demens. Litteraturlistene i

det foreløpige utvalget ble gjennomgått og fire potensielt relevante artikler innhentet. Etter en grundig gjennomlesning i fulltekst med tanke på endelig

TABELL 1: Tabell over inkluderte studier – nøkkelinformasjon

Studie (Forfatter, år, land, ref.nr.)	Hensikt	Studiedesign	Utvalg	Intervensjon
Connell, Sanford, Lewis, 2007 (31)	Undersøke effekten av et utendørs aktivitetsprogram, sammenliknet med et innendørs aktivitetsprogram, på søvn og atferd blant sykehjemsbeboere.	Sammenliknende design med målingspunkter ved baseline og under intervensjonen. Ett års pilotstudie.	Beboere i sykehjem (N=20) (19 menn), 79,7 år (64-90), 5 afroamerikanske, 15 hvite.	Deltakerne ble randomisert til strukturert aktivitetsprogram innendørs (m/hortikulturfokus) eller utendørs (dagslys og strukturerte hageaktiviteter), i gruppe på 4-6 personer.
Calkins, Szmerekovskyy, Biddle, 2007 (24)	Undersøke om økt tid utendørs har betydning for søvn og agitert atferd.	Før og etter kvasi-eksperimentelt design med gjentatte målinger.	Beboere på 3 sykehjem (N=17), 15 kvinner, 15 var hvite, 1 afroamerikansk og 1 hispanic.	Utendørsaktivitet 30 min. daglig. Deltakerne var sine egne kontrollere og ble observert vinter og sommer med og uten aktivitet utendørs. Uten aktivitet var observasjonstid 1 uke, med aktivitet var observasjonstid 2 uker.
Rappe & Topo, 2007 (Finland) (23)	Etablere betydningen av planter for velvære hos finske eldre med demens.	Study 1: Survey med lukkede og åpne spørsmål Study 2: Observasjonsstudie.	Study 1: Personale (N=65). Study 2: Pasienter med demens i 8 demensenheter (N=123).	Ingen.
Gigliotti, Jarrott, 2005 (28)	Undersøke om hagerelaterte aktiviteter mer enn ordinære aktiviteter: Øker nivået av engasjement. Reduserer nivået av ikke-engasjement. Øker positive affekter.	Sammenliknende studie med før og etter design. Observasjonsstudie. Intervju med 7 spørsmål.	Demente brukere av et dagsenter (N=48), 26 menn og 22 kvinner. Gj.snittsalder 80 (46-98). 41 hvite og 7 svarte.	Hagerelaterte aktiviteter ble tilrettelagt ½ time per uke over 9 uker i tillegg til ordinære ADS aktiviteter
Gigliotti, Jarrott, Yorgason, 2004 (29)	Å undersøke utbytte og nytte av hagerelaterte aktiviteter på et dagsenter for voksne demente.	Explorativt før og etter design med deltakerne som sine egne kontrollere. Observasjonsstudie.	Eldre demente (N=14) som deltok i mer enn 5 av 26 HT aktiviteter. Gj.snitt. MMSE=16.7 (2-27).	HT aktiviteter i 30 min., 3xper uke over 9 uker i gruppe både inne og ute.
Cox, Burns, Savage, 2004 (21)	Undersøke og sammenlikne nytten av to typer sansemiljøer (Snoezelen room vs. sansehage) hos personer med demens. Undersøke nytten/responsen hos personale og besøgende.	Sammenliknende studie med innen gruppe cross-over design. Studie 1: Kvantitativ observasjonsstudie av demente. Studie 2: Kvalitativ studie: Ansikt til ansikt intervju av personale og besøgende.	Demente på 3 ulike kognitive nivå (N=24), 23 kvinner. Personale (N=6). Besøkende (N=6).	Studie 1: 3 individuelle sesjoner à 16 min i 3 omganger (9 sesjoner per beboer). Studie 2: Ikke intervensjonsstudie
Mather, Nemecek, Oliver, 1997 (25)	Undersøke om en inngjerdet hage kan bidra til atferdsendring ved Alzheimer.	Sammenliknende, observasjonsstudie med 3 observasjonspunkter (pre-test, mid-test, post-test).	Eldre beboere med Alzheimer (N=10), 3 menn. Gj.snittsalder 83 (69-100).	Intervensjonsstudie med kartlegging av adferdskategorier utendørs og innendørs etter innføring av inngjerdet hage.

Utfallsmål	Hovedfunn
<p>1. Søvnstatus (kl. 19.00-07.00) 10 dager v/baseline og 10 dager intervensjon ble målt m/håndleddsaktigraf (fotocelle).</p> <p>2. Frekvens av oppvåkning, max søvnlengde og totalt søvnmengde ble målt.</p> <p>3. Adferd ble målt vha Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI).</p>	<p>De to gruppene hadde samme lypåvirkning ved baseline. Utendørsgruppen hadde vesentlig mer lypåvirkning ilt intervensjonen enn innendørsgruppen. I løpet av intervensjonsperioden bedret søvnen seg signifikant i utendørsgruppen på to av tre mål. Gjennomsnittlig max søvnlengde økte med en time og total søvnmengde med ca 50 minutter. I innendørsgruppen økte total søvnmengde med ca. 60 minutter. Maksimum søvnlengde endret seg også, men ikke statistisk signifikant. Verbal agitasjon endret seg signifikant i utendørsgruppen. Ingen øvrige endringer i adferd.</p>
<p>1. Søvn: Actilume-L og Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI).</p> <p>2. Atferd: Cohen-Mansfield Agitation Inventory Short Form (CMAI).</p> <p>3. Actiwatch.</p>	<p>Økt tid utendørs gir en moderat bedring i søvn, men ikke målbare endringer i agitasjon.</p>
<p>Study 1: 1. Personalets observasjoner av demente eldre.</p> <p>Study 2: 1. Dementia Care Mapping (DCM).</p>	<p>Study 1: Planter forbedret det fysiske miljøet og bidro til psykologisk velvære og sosiale relasjoner.</p> <p>Study 2: Å være utendørs stimulerte sansene, og ga kontinuitet til livslange vaner.</p>
<p>1. Kognitivt funksjonsnivå: Minimal Mental Status Examination (MMSE).</p> <p>2. Adferd: Kodede kategorier.</p> <p>3. Sosiale, hagerelerte, produktive og ingenting.</p> <p>4. Affect: Dementia Care Mapping (DCM).</p>	<p>Signifikant forskjell i gjennomsnittlig tidsbruk mellom HT (78%) og ADS (28%).</p> <p>Signifikant forskjell i ikke engasjert tidsbruk mellom HT (14%) og ADS (60%).</p> <p>Signifikant høyere positive affekt ved HT.</p> <p>MMSE var positivt assosiert med uttrykt affekt under HT.</p>
<p>1. Kognitivt funksjonsnivå: MMSE.</p> <p>2. Atferd: Kodede kategorier: Sosiale, hagerelerte, produktive og ingenting.</p> <p>3. Affect: DCM.</p>	<p>Ingen signifikante forskjeller mellom de forskjellige aktivitetene i affekter eller % tid benyttet. Høyere affekt og adferd ved HT enn ved normale aktiviteter. Lavere nivåer av ikke-engasjement ved HT enn ved normale aktiviteter. Gj. snitt affekt score var sign. høyere ved HT enn ved normale aktiviteter. MMSE score var korrelert med nivå av affekt og % av tid benyttet i HT. MMSE var ikke sign. korrelert med score på utfallsmål.</p>
<p>Studie 1: 1.Affekter: Affect Rating Scale (ARS).</p>	<p>Studie 1:Ingen konsistent forskjell mellom de fire målingene som ble gjort innen samme miljø. Ingen sign. funn knyttet til utfallsmål knyttet til samme miljø. Det var gjennomgående positive affektnivåer. Signifikant mer rapportert tristhet i dagligstue enn de to sanserommene. De som var på de høyeste kognitive nivåene tenderte til å score høyere på tilfredshet/glede enn de på lavere kognitive nivåer.</p> <p>Studie 2: Nye miljøer så ut til å aktivere mer positive følelser hos beboerne. Hagen engasjerte og aktiverte. Snoezelen roet og virket avslappende.</p>
<p>1. Atferd: Observasjoner av atferdskategorier med Baumgarten, Becker and Gauthier's checklist. Hver deltaker ble vurdert for 22 adferdskategorier. Utendørs om sommeren var det gjennomsnittlig observasjonstid 30 timer pr. måned over 3 måneder. Innendørs var det 32 timer observasjonstid om sommeren og 34 timer om vinteren.</p>	<p>Ingen forskjeller i urolig (disruptive) atferd på ulike døgnskift i ulike sommerperioder. Utendørs observasjoner: Beboerne tilbrakte 14% av tiden utendørs i hagen. 54% av tiden ute ble benyttet til å sitte og evt. snakke. 26% av tiden ble benyttet til gåing. 7% av tiden til soving og 7% i aktiv sosial kontakt med andre. Sammenliknet med innendørs observasjoner: De som hadde størst endringer i atferd var de som benyttet hagen mest. Soving om ettermiddagen, vandring, og kikke ut av vinduet var hyppigere på vinteren enn om sommeren.</p>

Studie (Forfatter, år, land, ref.nr.)	Hensikt	Studiedesign	Utvalg	Intervensjon
Murphy m. fl., 2010* (USA) (11)	Undersøke sammenheng mellom besøk i vandrehage og agitasjon.	Før og etter design. Observasjonsstudie 1 år før og 1 år etter etablering av vandrehage.	Pasienter med demens i demensenheten (N=34). Mellom 74 og 92 år (gjennomsnitt 80.7 år). Alle menn.	Åpnet vandrehage som var fritt tilgjengelig for beboerne i demensenheten.
Jarrot & Gigliotti 2010 (USA) (27)	Undersøke om hagerelaterte aktiviteter mer enn ordinære aktiviteter øker nivået av adaptiv atferd og positiv affekt.	Sammenliknende observasjonsstudie med cluster randomisering. Omsorgsprogrammene ble randomisert, men ikke deltakerne.	Demente i 8 forskjellige omsorgsprogrammer (N=129) 75 i HT gruppen 54 i TA gruppen (HT gruppen var gjennomsnittlig eldre enn TA gruppen).	Deltakelse i HT (hageaktivitet) eller TA (ordinær aktivitet) min 50% av observasjonstiden (50 min.). Grupper på 4-20 pas. med max størrelse på 8 pas.
Detweiler m. fl., 2009* (USA) (12)	Undersøke sammenheng mellom besøk i vandrehage og frekvens og alvorlighetsgrad av fall, samt bruk av medikamenter.	Sammenliknende studie med før og etter design. Observasjoner 1 år før og 1 år etter etablering av vandrehage.	Pasienter med demens (alle menn) i demens-enhet (N=28). Alder mellom 74 og 92 år (gjennomsnitt 80,5 år). Inndelt i 2 grupper	Åpnet vandrehage som var fritt tilgjengelig for beboerne i demensenheten.
Thelander m. fl., 2008 (Sverige) (30)	Evaluerer om hageaktiviteter i utendørsomgivelser kan være en integrert del av rehabilitering og omsorg for personer med demens.	Før og etter design.	Sykehjemsbeboere (N=8) med alvorlig til moderat demens (MMSE 5-18), agitasjon og uro, interesse i utendørsaktiviteter. Ikke rullestolbrukere og personer som ikke tålte fysisk aktivitet.	Individualiserte hageaktiviteter og gange i nærliggende park, 3x per uke i 6 uker (sommertid).
Lee & Kim, 2008 (Korea) (32)	Undersøke nytten av innendørs hagearbeid på søvn, agitasjon og kognisjon blant personer med demens.	Før og etter design med repeterte målepunkter.	Sykehjemsbeboere (N=23) med mild til moderat demens, søvnforstyrrelser, og/eller agitasjon.	Innendørs vannbaserte hageaktiviteter av spiselige vekster (bønneskudd og kinesisk selleri) ble valgt pga gjenkjennelighet, enkelhet, rask vekst etc. 1 ukes baseline registrering, 4 ukers intervensjon. Hver deltaker valgte foretrukket plante, dyrket og høstet x 3-4 ganger i løpet av intervensjonen. Pleier assisterte pasienten morgen og kveld i oppfølging av plantene. Pasient spiste selv grønnsakene.
Grant & Wineman, 2007 (USA) (22)	Utvikle «The Garden-Use Model» – et instrument for økt bruk av utendørsomgivelsene blant personer med demens i sykehjem.	Multi-case studie design.	Fem sykehjem.	Ingen.
Hernandez 2007 (USA) (20)	Undersøke hvilken betydning hagedesignet har på beboernes livskvalitet.	Kvalitativ evalueringsstudie med case studie design med flere metoder (intervju, atferdskartlegging og observasjoner).	Hageområdene i 2 demensenheter i byområde, hvor det var lagt på demensvennlig design.	Ingen.

* Rapporterer fra samme studie/materiale

Utfallsmål	Hovedfunn
<p>1. Agitasjon, registrert v.h.a. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) før hagen ble åpnet og månedlig i 12 mnd etter åpningen.</p>	<p>Agitasjon ble redusert mest blant de som brukte hagen mest. For ambulante beboere var også begrenset bruk av hagen forbundet med redusert agitasjon, mens lav bruk blant personer i rullestol/avhengige av hjelp ikke hadde tilsvarende effekt.</p>
<p>Koding av atferdskategorier med: 1. Minimal Mental Status Exam (MMSE). 2. Apparent Affect Rating Scale (AARS). 3. Engasjement: Menorah Park Engagement Scale (MPES).</p>	<p>Signifikante forskjeller i engasjement i 4 av 5 kategorier knyttet til adaptiv atferd og større prosentvis deltakelse i HT enn TA. TA gruppen var selvgasjert, mens HT gruppen også viste større interesse for andre aktiviteter. Ingen forskjeller i gruppene i affekt. Det var sign. korrelasjon mellom alder og interesse.</p>
<p>1. Frekvens av fall. 2. Alvorlighetsgrad av fall (The Fall Severity Score). 3. Kartlegging av medikamentbruk (type og dose – antidepressiva, angstdempende, antipsykotika, sovemedisiner).</p>	<p>Signifikant reduksjon i fall etter introduksjon av vandrehage (30% reduksjon i antall og alvorlighetsgrad). Færre alvorlige fall. Størst reduksjon i alvorlige fall for beboere i gruppen som brukte hagen mest. Signifikant reduksjon i bruk av antipsykotika, særlig for de som brukte hagen mest.</p>
<p>1. Type aktiviteter som fungerte og ikke. 2. Grad av uavhengighet i gjennomføring av aktiviteter (1=uavhengig, 6= helt avhengig). 3. Faktorer som påvirket evne til gjennomføring.</p>	<p>Type aktivitet som var mulig og tiltalende for den enkelte varierte betydelig. I gjennomsnitt varierte grad av uavhengighet mellom 2-5 på uavhengighets-skalaen. Halvparten trengte kontinuerlig hjelp (4-6), primært pga fare for å falle. Aktiviteter som de selv igangsatte klarte de å utføre mer uavhengig. Mange av aktivitetene var for vanskelige for deltakerne, grunnet dårlig fysisk funksjon (balanse, styrke, nedsatt syn/persepsjon, etc).</p>
<p>Søvn og agitasjon ble kartlagt i en uke før oppstart og dessuten en uke på slutten av intervensjonen. 1. 24-timers søvnlogg ble ført av pleiere daglig i uke 1 og uke 5. 2. Agitasjon ble målt daglig vha CMAI i uke 1 og 7. Kognisjon ble målt 1 gang i uke 1 og i uke 5 vha revised Hasegawa Dementia Scale.</p>	<p>Signifikant bedring i nattesøvn, oppvåkning etter innsovning, soving på dagtid, samt reduksjon i agitasjon og bedret kognisjon. Effekten antas å kunne knyttes til flere faktorer: Bedret kronobiologisk rytme, økt fysisk aktivitet, praktisering av tidligere ferdigheter, hobbyer, minisens, sosial interaksjon, sensorisk stimulering og opplevelse av å ha utrettet noe meningsfullt.</p>
<p>Kartlegging av bruken av utendørsarealene i sykehjemmene: 1. Foreløpig analyse av sykehjemssarealene. 2. Spørreskjema til personalet. 3. Seks dagers observasjon av atferd/bruk av arealene.</p>	<p>«The Garden-Use Model» er en teoretisk modell som kan gi en strukturert basis for å diskutere faktorer som påvirker bruk av utendørsområdene. Metoden kan brukes for å identifisere forhold som kan øke bruken av utendørsområdene.</p>
<p>1. Beboere, personale og pårørende ble intervjuet om bruk av hagen. 2. Observasjon av hvordan hagen ble brukt (atferdskartlegging, hvilke områder ble brukt, hvordan ble områdene brukt). 3. Emosjonell reaksjon på hagen vha AARS (Apparent Affect Rating Scale). 4. Kartlegging av negative og positive emosjoner i periode på 5 minutter.</p>	<p>Totalt 28 personale, 12 pårørende og 5 arkitekter/designere ble intervjuet. Uformelle samtaler med beboere skjedde spontant ilt observasjonsperiodene. Innholdsanalyse identifiserte tre hovedtemaer: 1.Hagen har en terapeutisk effekt psykisk og fysisk 2.Policy/praksis ved sykehjemmene påvirket bruken av hagen. 3. Anbefalinger for å bedre hagen – dvs. gjøre den mer meningsfull og nyttig for beboere, pårørende og personale. Det ble fremhevet at hagen bidro til bedre livskvalitet både gjennom passiv bruk (sitte ute), lavaktivitet (avledning/reduksjon av stress og agitasjon) og ved aktiv bruk (fysisk aktivitet, sosial aktivitet, kulturell aktivitet) og direkte hagebruk. Værforhold og begrenset adgang til hagen reduserte utnyttelsen og effekten.</p>

inkludering i lys av relevans og kriterier for inkludering, ble ytterligere sju artikler ekskludert. Totalt ble 15 artikler inkludert med tanke på relevans og kriterier for inklusjon. Figur 1 sammenfatter artikkelutvelgelsen.

Studiens utvalg er begrenset, antall inkluderte pasienter i studiene varierer fra åtte til 129. Til sammen inkluderer studiene 450 pasienter. Forskningsdesign varierer fra casestudier (n=2), kartleggingsstudie (n=1), intervensjonsstudier med ulike pretest-posttest design (n=10) til randomiserte kontrollerte studier (RCT) (n=2). Casestudiene tilfører litteraturgjennomgangen innsikt i hvordan sansehager og terapeutisk hagebruk kan gjennomføres og ha positiv innvirkning på individnivå. De kontrollerte studiene tilfører innsikt i intervensjonens effekt på gruppenivå. Vi anser det som viktig å inkludere begge nivåene i litteraturgjennomgangen. Anerkjente standardiserte og validerte utfallsmål ble benyttet i de fleste studiene. Nesten alle refererte til teoretisk ram-

Ni av artiklene omhandlet «passiv bruk» av sansehager (11-13, 20-25). Tre artikler (11-13) rapporterer fra forskjellige utfallsmål fra samme observasjonsstudie med et før- og etterdesign gjennomført ved en institusjon for veteraner i USA. En artikkel (11) rapporterer en signifikant nytteverdi på atferd blant dem som spontant brukte hagen mest og de som uavhengig kunne bruke hagen. De som brukte hagen lite eller var avhengige av hjelp for å komme seg ut hadde derimot ikke tilsvarende nytteverdi. I en annen artikkel (12) rapporteres en reduksjon på 30 prosent i antall fall og i alvorlige fall relatert til kategorisering av fall etter et standardisert utfallsmål. Ved å dele brukerne i to grupper (storbrukere og småbrukere) fant forskerne at de brukerne som benyttet hagen mest hadde best nytte i forhold til fallfrekvens og alvorlighetsgrad av fall. De hadde en signifikant reduksjon i bruken av antipsykotika (12). Atferdsproblemer ble redusert og bruk av «ved behov»-medikamenter falt

sanserom) med opphold i sykehjemets dagligstue. Tre ulike kognitive nivåer ble kartlagt i de tre ulike miljøene. Affekt ble observert, og personale og pårørende ble intervjuet om deres inntrykk av hvordan de ulike miljøene innvirket på beboerne. Forskerne rapporterer lave nivåer på negativ affekt (tristhet, sinne, angst) og høye nivåer på positiv affekt (tilfredshet) blant deltakerne generelt. Negativt affektnivå ble ikke påvirket av sansehage eller Snoezelen-rom. Derimot fant man at positivt affektnivå (glede, interesse) var høyere blant beboerne både i sansehagen og Snoezelen-rommet, sammenliknet med noe mer tristhet ved opphold i dagligstuen. Både personale og pårørende mente at sansehagen og Snoezelen-rommet hadde positiv innflytelse på beboerne.

To artikler (20, 22) undersøkte hvordan eksisterende sansehager ble benyttet og hvordan ulike karakteristika ved hagene (utforming, tilgjengelighet, og så videre) og ved institusjonene (policy, personale og praksis) påvirket bruken av sansehagene. Grant og Wineman (22) benyttet et multicase studiedesign og kartla bruken av sansehagene («utendørsarealene») i fem sykehjem gjennom observasjoner og intervjuer med personalet. Med utgangspunkt i analyser av besøksfrekvens i hagen, form på aktivitet og bruk av hagen i forhold til de enkelte beboerne, identifiserte og klassifiserte forskerne en rekke faktorer som fremmet og/eller hemmet bruken av hagearealene: organisasjonens policy, personalets holdninger, visuell tilgjengelighet, fysisk tilgjengelighet og hagens utforming eller design. De fem institusjonene varierte

” Søvnløshet og sosial kontakt bedret seg i perioden da sansehagen var tilgjengelig.

meverk som sier noe om antatte årsaker til at intervensjonen har nytteverdi.

BRUK OG BETYDNING

Bruk av sansehager kan klassifiseres som «passiv» eller «aktiv». Med «passiv bruk» menes tilstedeværelse i sansehagen med stimulering ved å nyte frisk luft, dufter, synsinntrykk, fuglesang, sol og varme. «Aktiv bruk» refererer til mer målrettede aktiviteter utført i hagen (20).

etter at vandrehagen ble åpnet. Denne endringen var mer uttalt for gruppen som brukte hagen mest. Både personalet og pårørende opplevde at hagen bidro til mindre atferdsproblemer, bedre humør og økt livskvalitet (13).

Cox m.fl. (21) benyttet et sammenliknende cross over design og undersøkte nytteverdien av to typer sansemiljø; sansehage og Snoezelen-rom (et spesialinnredet multisensorisk

betydelig med hensyn til hvordan hagene ble benyttet (passiv eller aktivt) og tilgjengelighet. I mange tilfeller bidro institusjonens policy, verdigrunnlag eller personalets holdninger til å skape hindringer. Eksempler på slike hindringer var utstrakt låsing av utgangsdøren til hagene og mangel på støtte til å komme seg ut, selv om hagene for øvrig var tilgjengelige og brukervennlige for beboerne. På bakgrunn av funnene utviklet de et kartleggingsinstrument spesielt med henblikk på å øke tilgjengeligheten og bruken av hagearealer for personer med demens.

Hernandez (20) rapporterer fra en sammenliknende case studie (to sykehjem) med utgangspunkt i deltakernes erfaringer og opplevelser, at sansehagen bidro til positive affekt og endret atferd, men at policy og praksis påvirket bruken. Det ble fremhevet at både passiv bruk (sitte ute), lav aktivitet (avledning/reduksjon av stress og agitasjon) og aktiv bruk (hageaktivitet, fysisk aktivitet, sosial aktivitet, kulturell aktivitet) av hagen hadde positiv betydning på atferd og affekt. Værforhold (høye og lave temperaturer) og begrenset adgang reduserte både nytten og utnyttelsen av hagen. Anbefalinger for å gjøre hagen mer meningsfull og nyttig for beboere og pårørende ble løftet frem.

Calkins m.fl. (24) gjennomførte en før- og etter studie med kvasiekperimentelt design i tre sykehjem, hvor de undersøkte om økt tid utendørs påvirket søvn og agitasjon. Forskerne fant at økt tid utendørs førte til moderat bedring i søvn, med varierende eller ikke målbar endringer i agitasjon. Uvanlig kaldt og vått vær om sommeren

og uvanlig mildt vær om vinteren kan påvirket resultatene ved å redusere forskjellen mellom situasjonene som ble sammenliknet.

I en sammenliknende observasjonsstudie fra Finland undersøkte Rappe og Topo (23) hvordan det å være ute eller å kunne se ut, påvirket livskvalitet blant beboere i seks sykehjemsavdelinger og to dagsentre. Hver beboer ble observert i fire dager

”” Sansehagen bidro til positive affekter og endret atferd.

av to observatører og Dementia Care Mapping ble benyttet i kartleggingen. I tillegg ble det ført detaljerte feltnotater. Feltnotatene viste at det var markert forskjell mellom dagsentrene og sykehjemsavdelingene. Dagsentrene brukte utendørsaktiviteter regelmessig, i gruppe eller individuelt. Beboerne i sykehjemsavdelingene var mindre utendørs, men søkte aktivt til vinduer og/eller balkonger som ga utsikt til livet utenfor. Begrenset tilgang til utendørsarealene var primært av praktiske grunner, som vanskelig tilgang til utearealene, mangel på personale, samt holdninger og kulturelle forhold ved institusjonene.

Mather m.fl. (25) undersøkte om en inngjerdet hage bidro til atferdsendring hos beboere med Alzheimers sykdom i en sammenliknende observasjonsstudie. Forstyrrende atferd, søvn og bruk av hagen ble observert ved tre observasjonspunkter en uke om gangen i løpet av mai (pre test), juli (mid test), september (post test). I tillegg ble beboerne observert inne både sommer og vinter. Beboerne tilbrakte 14 prosent av tiden utendørs i hagen hvor 54 prosent av

tiden ute ble benyttet til å sitte og eventuelt snakke. Vandring utgjorde 26 prosent av tiden ute. Søvn og sosial kontakt bedret seg i perioden da sansehagen var tilgjengelig. Størst endringer i atferd hadde de som benyttet hagen mest. Soving om ettermiddagen, vandring og kiking ut av vinduet var hyppigere vinterstid. Det var ingen reduksjon i urolig atferd når beboerne hadde tilgang til sansehagen;

tvært imot fant de en økning i aggresjon på dagtid midt på sommeren uten at tilgang til hagen bedret situasjonen.

TERAPEUTISK HAGEBRUK

Terapeutisk hagebruk (engelsk: «therapeutic horticulture») innebærer at man bruker planter og planterelaterte aktiviteter for å fremme helse og velvære gjennom aktiv eller passiv deltakelse (26, s. 4). Fem studier (27-31) undersøkte nytten av terapeutisk hagebruk blant personer med demens, hvorav tre kommer fra samme forskningsgruppe (27-29). Jarrott og Gigliotti (27) brukte et sammenliknende kontrollert design med cluster randomisering og undersøkte om hagerelaterte aktiviteter økte nivået av adaptiv atferd (definert som engasjement i aktiviteter) og positiv affekt, sammenliknet med ordinære aktiviteter. Aktivitetene var utformet for å stimulere både individenes og gruppens engasjement, med utgangspunkt i en personsentrert tilnærming. Forskerne fant signifikante forskjeller i deltakernes engasjement i fire av fem engasjementsdimensjoner i

” Mange av aktivitetene var for vanskelige for deltakerne, grunnet dårlig fysisk funksjon.

TH-gruppen. TH-gruppen viste også større interesse for andre aktiviteter og hadde høyere prosentvis deltakelse enn kontrollgruppen. Kontrollgruppen var hyppigere engasjert i repeterende eller selvstimulerende aktiviteter (vandring, plukking og så videre). Det var ingen forskjeller på gruppene når det gjaldt affekt, men en signifikant sammenheng mellom alder og interesse.

Ovennevnte studie bygger videre på to tidligere studier fra de samme forskerne (28, 29). Forskerne (28) anvendte et sammenliknende før og etter design og undersøkte om terapeutiske hageaktiviteter en halv time per uke over ni uker påvirket nivået av engasjement og positiv affekt. Modifisert dementia mapping og atferdskategorier (sosial, hagerelatert, produktiv, ingen) ble kartlagt. Det var signifikant forskjell i gjennomsnittlig aktiv deltakelse i aktiviteter ved terapeutisk hagebruk (78 prosent),

høyere engasjement og affekt, og lavere nivå av ikke-engasjement ved terapeutisk hagebruk, sammenliknet med ordinære aktiviteter (29).

I en liten svensk studie med før og etter design av Thelander m.fl. (30) på sykehjemsbeboere med moderat til alvorlig demens, kartla forskerne hvilke aktiviteter som fungerte eller ikke fungerte for den enkelte, i en parkliknende hage i nærheten av sykehjemmet. Grad av uavhengighet i gjennomføringen av aktivitetene ble også kartlagt. Forskerne rapporterer at typen aktiviteter som var mulig og tiltalende for den enkelte varierte betydelig. I gjennomsnitt varierte grad av uavhengighet mellom 2–5 på uavhengighets-skalaen, hvor lav skår indikerer uavhengighet. Mange av aktivitetene var for vanskelige for deltakerne, grunnet dårlig fysisk funksjon som ubalanse, nedsatt styrke, syns- eller persepsjonsproblemer. Halvparten trengte

enten et strukturert aktivitetsprogram innendørs (med terapeutisk hagebruksfokus) eller et utendørs aktivitetsprogram (dagslys og strukturerte hageaktiviteter), i grupper på fire til seks personer. Søvnstatus ble målt ti dager før oppstart og ti dager i løpet av intervensjonen (med håndleddsaktigraf med fotocelle). De målte også oppvåkning, maksimum søvnlengde, totalt søvnmengde og atferd. Utendørsgruppen hadde vesentlig mer lypåvirkning enn innendørsgruppen, samt bedret søvn på to av tre mål. Gjennomsnittlig søvnlengde økte med en time og total søvnmengde med 50 minutter. Det var en signifikant reduksjon i verbal agitasjon. I innendørsgruppen økte total søvnmengde med 60 minutter.

PLANTER INNENDØRS

I tillegg til Connell m.fl.'s (31) studie, som ble omtalt ovenfor, har en studie av Lee og Kim (32) fra Korea undersøkt nytten av innendørs hageaktiviteter på søvn, agitasjon og kognisjon blant sykehjemsbeboere med mild til moderat demens, søvnforstyrrelser og/eller agitasjon. Innendørs hageaktiviteter med spiselige vannplanter (bønneskudd og kinesisk selleri) som intervensjon, ble valgt på grunn av gjenkjennelighet, enkelhet og rask vekst. Hver deltaker valgte en plante og dyrket og høstet denne tre til fire ganger i løpet av den fire ukers lange intervensjonen. Pleier hjalp pasientene morgen og kveld i oppfølgingen av plantene. Pasientene spiste selv grønnsakene. Nattesøvn, oppvåkning etter innsøvning og soving på dagtid ble signifikant bedre. Agitasjon ble redusert og kognisjonen ble bedre. Man antar at nytten kan knyttes til

” Pleier hjalp pasienten morgen og kveld i oppfølgingen av plantene.

sammenliknet med ordinære aktiviteter (28 prosent). Andelen tid som «ikke engasjert», ble redusert fra 60 prosent i det ordinære aktivitetstilbudet til 14 prosent når deltakerne var engasjert i terapeutiske hageaktiviteter. Forskerne fant også signifikant høyere positiv affekt ved terapeutisk hagebruk, sammenliknet med ordinære aktiviteter. De samme forskerne fant

kontinuerlig hjelp, primært på grunn av fare for å falle. Beboerne utførte aktiviteter som de selv igangsatte mer uavhengig.

Connell m.fl. (31) anvendte et sammenliknende design og undersøkte nytten av et utendørs aktivitetsprogram på søvn og atferd blant sykehjemsbeboere, sammenliknet med et innendørs aktivitetsprogram. Deltakerne ble randomisert til

bedret kronobiologisk rytme, økt fysisk aktivitet, praktisering av tidligere ferdigheter, hobbyer, reminisens, sosial interaksjon, sensorisk stimulering og opplevelse av å ha utrettet noe meningsfullt.

DISKUSJON

Til tross for betydelig oppmerksomhet rundt bruken av sansehager og andre grønne miljøbehandlingstiltak, viser denne litteraturgjennomgangen at det er lite forskning på feltet. Studiene er gjennomgående små og gjennomført av et fåtall forskere, primært i USA. Mangel på randomiserte kontrollerte studier (RCT) gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om kausale sammenhenger. Til tross for betydelige forskjeller i type intervensjon og utfallsmål, tyder de fleste studiene på at sansehager, vandrehager og terapeutisk hagebruk ute og inne kan ha en positiv innvirkning. I motsetning til andre miljøbehandlingstiltak, hvor hovedfokus gjerne er på atferdsproblematikk (10), viser disse studiene et bredere spekter av utfallsmål ofte med fokus på økt trivsel, engasjement og aktivitet. Terapeutisk hagebruk, både ute og inne, ser ut til å bidra til bedret søvn, økt engasjement og trivsel. «Passiv» bruk av sansehager er forbundet med bedret søvn, færre alvorlige fall, nedsatt bruk av psykofarmaka samt økt trivsel og livskvalitet. Litteraturgjennomgangen antyder at individualisering er viktig ved bruk av sansehager og terapeutisk hagebruk, både fordi den enkeltes kognitive funksjon og fysiske helse varierer betydelig og fordi interesser og ferdigheter er forskjellige.

Studiene viser at det er stor variasjon i utforming og tilgang

til sansehager. Det er påfallende at flere av studiene viser at institusjonens policy, personalets holdninger og mangel på støtte reduserer bruken av sansehager, også når de for øvrig er fysisk godt tilrettelagt for personer med demens. Videre fant flere av

mobile å få tilgang til sansehagen. Det anbefales også aktiv støtte av individualisert bruk, samt tilrettelegging for tilpassete gruppeaktiviteter. Betydningen av en utforming som gir skyggemuligheter, le for vinden og attraktive områder

” Det er stor variasjon i utforming og tilgang til sansehager.

studiene at sansehagene hadde begrenset anvendelse store deler av året, grunnet for høye eller lave temperaturer. Manglende skjerming for sol, regn og vind ble påpekt i flere av casestudiene. Manglende opplæring og støtte til å bruke sansehager og terapeutisk hagebruk blant personalet synes å være en viktig faktor som reduserer bruken av denne miljøbehandlingstiltaket. Opplæring synes å bidra til økt bruk og til at hagearealene i sykehjem legges bedre til rette for personer med demens (33).

Litteraturgjennomgangen dokumenterer tydelig behovet for mer forskning på bruk av sansehager og terapeutisk hagebruk for personer med demens. Kunnskapsgrunnlaget på dette feltet er begrenset, men lovende. Særlig trengs det mer kunnskap om hvordan sansehager faktisk benyttes, hvilke faktorer som fremmer og hemmer målrettet bruk av sansehager og terapeutisk hagebruk, samt større, kontrollerte studier som undersøker effekten av denne typen miljøbehandling for funksjon, helse og trivsel hos personer med demens. Eksisterende forskning understreker betydningen av at personalet legger til rette for bruk av sansehager gjennom å fjerne hindringer som gjør det vanskelig for pasienter som er

for å gå og sitte understrekes også. Litteraturen viser videre at nærliggende parker kan benyttes aktivt som sansehager eller arena for terapeutisk hagebruk. Økt kunnskap og opplæring synes nødvendig for å støtte personalet i bruk av denne formen for miljøbehandling. Litteraturen understreker også betydningen av å kunne utnytte elementer fra sansehager og terapeutisk hagebruk innendørs, noe som synes svært viktig i Norge, med sine lange vintre og korte sommersesong.

KONKLUSJON

Forskning om bruken og betydningen av «grønn miljøbehandling» i omsorgen for personer med demens er begrenset. Tilgjengelig forskningslitteratur antyder at sansehager og terapeutisk hagebruk ute og/eller inne kan ha en positiv betydning for personer med demens. Mer systematisk forskning, inklusive studier med randomisert kontrollert design og større utvalg, er nødvendig for å øke kunnskapsgrunnlaget.

Arbeidet med denne artikkelen ble gjennomført med finansiering fra Demensfyrtårnprosjektet og i samarbeid med Utviklingscenter for sykehjem i Oslo.

REFERANSER

1. Engedal K, Haugen PK. Demens. Fakta og utfordringer. Tønsberg: Aldring og helse; 2005.
2. Berentsen VD. Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, editors. Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008. s. 350–82.
3. Statens beretning för medicinsk utvärdering. Demenssykdommer. En systematisk litteraturoversikt. Tønsberg: 2006.
4. Sosial- og Helsedirektoratet. Glemsk, men ikke glem! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo: 2007.
5. Rokstad AMM. Hva er demens? I: Rokstad AMM, Smebye KL. (red). Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Akribe; 2008; 27–45.
6. Rokstad AMM. Utfordrende atferd. I: Rokstad AMM, Smebye KL. (red). Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Akribe; 2008;180-206.
7. Rokstad AMM. Miljøbehandling. I: Rokstad AMM, Smebye KL. (red). Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Akribe; 2008;152-79.
8. Vatne S. Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006. 216 s.
9. Wogn-Henriksen K. Miljøbehandling i demensomsorgen. In: Krüger RME, Øvereng A, editors. Det går an! Muligheter i miljøterapi. Tønsberg: Aldring og helse, 2007: 18–35.
10. Lee A. Pleje- og omsorgsmetoder til demensramte. En litteraturstudie af den dokumenterede effekt. Odense: Styrelsen for social service – CAST – Center for anvendt sundhedstjenesteforskning og teknologivurdering, 2004.
11. Murphy PF, Miyazaki Y, Detweiler MB, Kim KY. Longitudinal analysis of differential effects on agitation of a therapeutic wander garden for dementia patients based on ambulation ability. *Dementia*. 2010;9:355-73.
12. Detweiler MB, Murphy PF, Kim KY, Myers LC, Ashai A. Scheduled medications and falls in dementia patients utilizing a wander garden. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*. 2009;24:322-32.
13. Detweiler MB, Murphy PF, Myers LC, Kim KY. Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*. 2008;23:31-45.
14. Milligan C, Gatrell A, Bingley A. «Cultivating health»: therapeutic landscapes and older people in northern England. *Social Science & Medicine*. 2004;1781-93.
15. Detweiler MB, Warf C. Dementia wander garden aids post cerebrovascular stroke restorative therapy: a case study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 2005;11: 54–8.
16. Haas K, Simson SP, Stevenson NC. Older persons and horticultural theory practice. I: Simson SP, Straus MC.(red). *Horticulture as therapy. Principles and practice*. New York: The Food Product Press; 1995;231-56.
17. Mays N, Roberts E, Popay J. Synthesizing research evidence. I: Fulop P, Allen AC, Black N.(red). *Studying the organisation and delivery of health services: Research Methods*. London: Routledge; 2001; 188–220.
18. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8:19-32.
19. Davis K, Drey N, Geould D. What are scoping studies? A review of the nursing literature *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46:1386-400.
20. Hernandez RO. Effects of therapeutic gardens in special care units for people with dementia: two case studies. *Journal of Housing for the Elderly*. 2007;21:117-52.
21. Cox H, Burns I, Savage S. Multisensory environments for leisure: promoting well-being in nursing home residents with dementia. *Journal of gerontological nursing*. 2004;30: 37–45.
22. Grant CF, Wineman JD. The Garden-Use-Model – An environmental tool for increasing the use of outdoor space by residents with dementia in long-term care facilities. *Journal of Housing for the Elderly*. 2007;21:89-115.
23. Rappe E, Topo P. Contact with outdoor greenery can support competence among people with dementia. *Journal of Housing For the Elderly*. 2007;21:229-48.
24. Calkins M, Szmerekovsky JG, Biddle S. Effect of increased time spent outdoors on individuals with dementia residing in nursing homes. *Journal of Housing For the Elderly*. 2007;21:211-28.
25. Mather JA, Nemecek D, Oliver KO. The effect of a walled garden on behavior of individuals with Alzheimer's. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*. 1997;12:252-57.
26. GrowthPoint. Your future starts here: practitioners determine the way ahead. 1999;79:4-5.
27. Jarrott SE, Gigliotti CM. Comparing responses to horticultural-based and traditional activities in dementia care programs. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*. 2010;25:657-65.
28. Gigliotti CM, Jarrott SE. Effects of horticulture therapy on engagement and affect. *Canadian Journal on Aging- Revue Canadienne Du Vieillessement*. 2005;24:367-77.
29. Gigliotti C, Jarrott S, Yorgason J. Harvesting health: effects of three types of horticultural therapy activities for persons with dementia *Dementia*. 2004;3:161-80.
30. Thelander VB, Wahlin TR, Olofsson L, Heikkila K, Sonde L. Gardening activities for nursing home residents with dementia. *Advances in Physiotherapy*. 2008;10:53-6.
31. Connell BR, Sanford JA, Lewis D. Therapeutic effects of an outdoor activity program on nursing home residents with dementia. *Journal of Housing for the Elderly*. 2007;21:195-209.
32. Lee Y, Kim S. Effects of indoor gardening on sleep, agitation, and cognition in dementia patients – a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;23:485-9.
33. Chapman NJ, Hazen T, Noell-Waggoner E. Gardens for people with dementia: increasing access to the natural environment for residents with Alzheimer's. *Jornal of Housing for the Elderly*. 2007;21:249-63.

Hagebruk demper uro og skaper trivsel

› Opprettholdelse av god livskvalitet er et viktig mål i demensomsorgen.



Av Ida Merethe Dæhlen Larsen

Geriatrisk sykepleier
Markatun III, Gran kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Det at pasientene har fri adgang til og kan oppleve planter og natur, få frisk luft og vandre i sikre, tilrettelagte omgivelser, mener jeg er et svært godt behandlingstiltak for å kunne opprettholde god livskvalitet for personer med demens. Gjennom min praksis har jeg erfart at både aktiv og passiv bruk av sansehagen, kan gi gode opplevelser for pasienter, pårørende og personale.

Det er vanskelig å si noe spesifikt om effekten av å bruke hagen, men sansene blir stimulert på mange måter. Aktiv bruk av hagen, der pasienter kan delta ved å plante, luke blomsterbed, plukke blomster, sommerfrukter og bær, gir økt fysisk aktivitet, og er et godt utgangspunkt for reminisens og praktisering av tidligere ferdigheter. Ikke minst gir det pasientene følelsen av å ha utrettet noe meningsfullt, og gir gode opplevelser som kan vare resten av dagen.

Jeg mener det er viktig at omgivelsene er godt tilrettelagte, slik at pasientene fritt kan benytte

hagen. Min erfaring er at pasientene bruker hagen ofte, spesielt på sommertid, når hagen kan ses gjennom stuevinduene og verandadøren er åpen. Rundt opparbeidete gangstier er det fint at det er beplantet med ulike blomster, frukt og bær som stimulerer sansene, spesielt syns- og luktesans. En slik passiv bruk av sansehagen, der man kan nyte frisk luft, dufter, synsinntrykk, fuglesang, sol og varme, påvirker spesielt søvn og agitasjon. Hagen kan også brukes vintertid ved at gangstiene blir brøytet. Enkelte pasienter har glede av å gå turer ute i hagen også om vinteren. Samlet sett ser jeg i praksis at terapeutisk hagebruk, både passiv- og aktiv, bidrar til å bedre søvn, dempe uro og skaper trivsel.

Studien er relevant for alle som arbeider med personer med demens. Jeg mener det er viktig at omgivelsene er godt tilrettelagte, og at personalet er bevisst bruken av en slik sansehage, slik at pasientene får mulighet til å benytte den. Det er i stor grad personalets

interesse, tilstedeværelse og kreativitet som setter grenser for hva man kan bruke hagen til. Det at ledelsen på institusjonen vektlegger at hagen skal brukes til pasientenes beste, har stor innvirkning på hvordan personalet stiller seg til bruk av hagen.

Artikkelen omhandler ikke bruk av dyr i sansehagen. Jeg vet at dette er forsøkt med hell på flere institusjoner. Selv har jeg erfaring med at vi har hatt høner og kaniner. Mange eldre liker å delta i føring og stell av dyrene så langt det lar seg gjøre. Det å sitte på en krakk foran buret, og se på dyrene, er noe mange koser seg med i lange perioder. Kanskje bør man ta dette med når man gjør undersøkelser i Norge om bruken av sansehager.

Les artikkelen på side 52



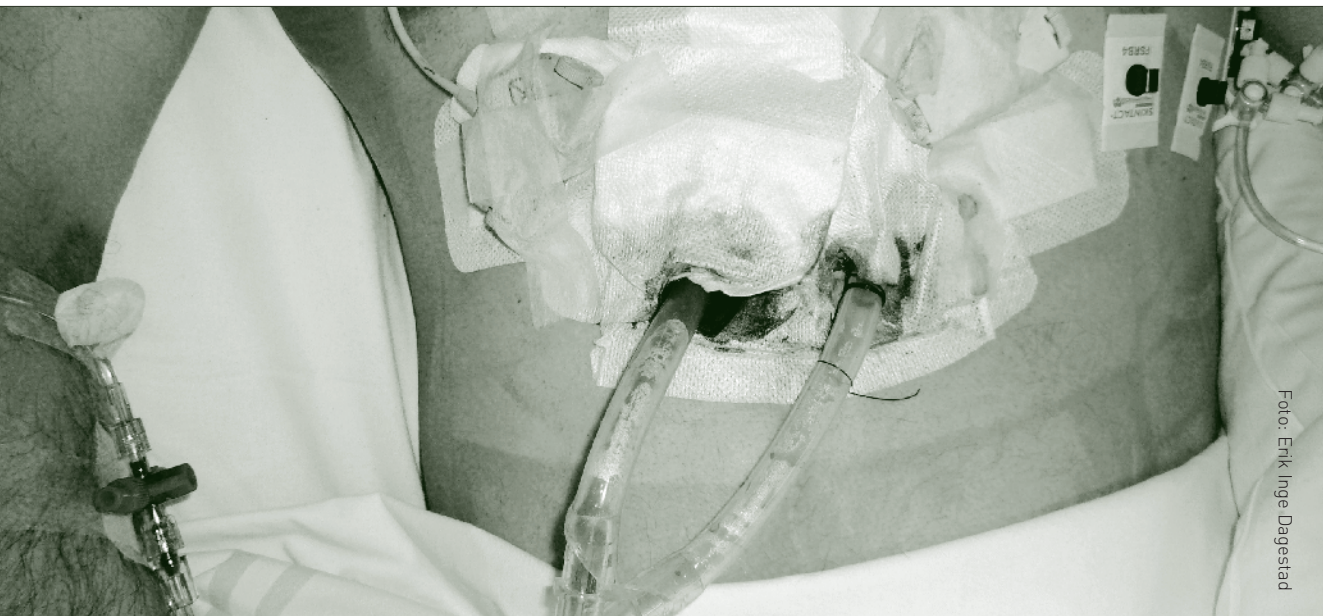


Foto: Erik Inge Dagestad

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Fjerning av retrosternale thoraxdren kan være en smertefull prosedyre. Studier har vist at pasienter rapporterer moderat til sterk smerte ved fjerning av drenene. Internasjonalt fins det få evidensbaserte retningslinjer for smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren, og studier har vist at smertebehandlingen varierer fra sykepleier til sykepleier.

Hensikt: Hensikten med kvalitets-sikringsprosjektet var å kartlegge hvordan smerte- og smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren vurderes, dokumenteres og administreres på postoperativ

enhet, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet.

Metode: Studiedesignet er todelt; retrospektiv kartlegging av smertebehandling i pasientjournaler og spørreskjema til sykepleiere som administrerer smertebehandlingen.

Resultater: Totalt 76 pasientjournaler ble gransket og 31 sykepleiere/intensivsykepleiere svarte på spørreskjemaet. Hovedfunn var at smertedokumentasjonen var mangelfull, kun halvparten av pasientene hadde fått dokumentert smerteintensiteten ved hjelp av NRS (Numeric rating scale) i pasientjournalen. Resultatene viste at sykepleierne mente

de var flinkere i smertedokumentering og administrering av smertestillende enn det objektive funn i pasientjournalen viste. Det var også variasjoner i når smertestillende ble gitt. To tredjedeler av pasientene hadde ikke fått smertestillende innen 30 minutter før drenefjerning. Sykepleierne oppga at manglende kjennskap til hvilket tidspunkt de retrosternale thoraxdrenene skulle fjernes var hovedårsak til at smertestillende ikke ble gitt.

Konklusjon: Dokumentasjonen av smerte- og smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren var mangelfull og smertebehandlingen tilfeldig.

ENGLISH SUMMARY

Pain due to chest-tube removal

Background: Chest tube removal in post cardiac patients can be a painful procedure. Studies have shown that patients report moderate to strong pain due to removal of chest tubes. Internationally, there are few evidence-based guidelines for pain management due to removal of chest tubes, and studies have shown that pain treatment is both subjective and variable.

Objective: To map out how pain and pain management as a result of removal of chest tubes was considered, documented and managed at a postoperative unit, Oslo University

Hospital, Rikshospitalet.

Method: The design is two-fold: retrospective survey of pain management in patient registers and questionnaire for nurses who manage the pain process.

Results: A total of 76 patient journals were reviewed and 31 nurses/intensive nurses responded to the questionnaire. The primary results were that pain documentation was inadequate, as only half of the patients had their NRS (numeric rating scale) documented in the patient register. There was also a gap between what the nurses said that they documented

and what was actually documented. There were also variations in the pain management. Two-thirds of the patients had not been given analgesics within 30 minutes before chest tube removal. The nurses reported that not knowing when the chest tube would be removed was the primary reason why analgesics were not given.

Conclusion: Documentation of pain and pain management due to removal of chest tubes was insufficient and pain treatment random.

Keywords: pain, methods, analgesia, documentation, medical records, data collection

» Smerter ved fjerning av retrosternale thoraxdren

Forfattere: Erik Inge Dagestad, Tone Rosén og Solveig Monica Thorsen

NØKKELOORD

- Smerte
- Prosedyre
- Dokumentasjon
- Journal
- Spørreundersøkelse

INNLEDNING

Det opereres årlig om lag 5000 thoraxpasienter i Norge (1). De fleste av disse opereres med såkalt sternumsplitt (kirurgisk åpning av brystbenet) og får innlagt retrosternale thoraxdren. Disse drenene legges inn for å få ut sår- og pleuravæske fra operasjonsområdet. Litteratursøk høsten 2009 viste at det er gjort få randomiserte studier vedrørende smerter hos sternotomopererte pasienter som får fjernet disse drenene. Bruce et al. (2) gjennomførte i 2006 en litteraturstudie som inkluderte 14 ulike studier, hvorav seks var randomiserte og kontrollerte. Alle disse seks studiene viste at pasienter rapporterte moderat til sterk smerte ved fjerning av retrosternale thoraxdren.

Rawal (3) har i sine studier funnet at smerter er en av de følgende pasienten frykter mest postoperativt. Dette stemmer i stor grad overens med enhetens erfaringer. Sternotomi-pasienter ved postoperativt enhet forteller om frykten for smerter ved fjerning

av retrosternale thoraxdren. Enkelte har hørt skremselshistorier fra andre pasienter. Vår erfaring er også at mange pasienter virker smertepåvirket ved drenefjerning.

Det er også veldokumentert at ubehandlede smerter kan forlenge og forverre pasientens sykehusopphold, samt føre til utvikling av kroniske smerter (4-8). Internasjonalt finnes det få evidensbaserte retningslinjer for hvordan man best mulig skal forebygge og behandle smerter ved fjerning av retrosternale thoraxdren, og studier viser at smertebehandlingen varierer fra sykepleier til sykepleier (2,9-11).

Puntillo og Ley gjennomførte i 2004 en randomisert, dobbeltblind studie av 74 pasienter som fikk fjernet retrosternale thoraxdren (12). Det var Morfin, Ketorolac og pasientinformasjon som ble kombinert på ulike måter. Resultatene viste ingen forskjell i smertelindring om det var Morfin eller Ketorolac som ble gitt i kombinasjon med pasientinformasjon. Konklusjonen var at smertelindring ble oppnådd når intravenøse medikamenter ble gitt i rett mengde og til rett tid før fjerning av retrosternale thoraxdren. Det er også gjort studier med andre legemidler som Entonox (lystgass), Marcain (lokalanestesi), lavdose-Propofol og Midazolam (sedasjon) samt ulike avslapningsteknikker, uten at det har

blitt utarbeidet én standard prosedyre for smertelindring (2,13-15).

Helsepersonell har ikke bare et faglig og etisk ansvar for god smertebehandling, men også et juridisk ansvar. Ifølge «Lov om pasientrettigheter» (16), har pasienten krav på å få vurdert og dokumentert sine smerter. Vurdering av pasientens smerte kan gjøres ved hjelp av ulike smertevurderingsverktøy. Et velkjent og validert verktøy er Numeric Rating Scale (NRS) som er en smertegradskala fra 0–10 (4,17).

Hensikten med dette kvalitetssikringsprosjektet var å kartlegge dagens praksis for fjerning av retrosternale thoraxdren ved Postoperativt enhet, OUS, Rikshospitalet. Problemstillingen ble: «Hvordan vurderes, dokumente-

Hva tilfører artikkelen?

Studien antyder at uten en standard prosedyre som innebærer et fast tidspunkt og en fast mengde smertestillende, blir smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren tilfeldig og vil kunne variere fra sykepleier til sykepleier.

Mer om forfatterne

Erik Inge Dagestad, Tone Rosén og Solveig Monica Thorsen er intensivsykepleiere på postoperativt og akuttmottak, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Kontaktperson: 81thorsen@gmail.com

res og administreres smerte- og smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren hos sternotomiopererte pasienter postoperativt?»

METODE

Studiedesignet er todelt: Retrospektiv granskning av pasientjournaler til sternotomiopererte pasienter og en tverrsnittsstudie ved bruk av spørreskjema til sykepleiere på Postoperativt enhet, OUS, Rikshospitalet.

Del 1 Journalgranskning

Populasjon og utvalgelse

Inklusjonskriterier: Elektive, førstegangsopererte sternotomipasienter over 18 år. Pasientene skal ha fått utført åpen hjertekirurgi og vært behandlet på postoperativt enhet fra januar til juni 2009. Pasientene skal ha hatt to retrosternale thoraxdren postoperativt som skal være fjernet på postoperativt enhet innen 24 timer. Pasienten skal ha vært våken og i stand til å vurdere egen smerte. Det er ikke tatt hensyn til om pasienten har kronisk smertetilstand.

Innsamling: Pasientjournalen består av to dokumentasjonssystemer; Metavision og Doculive. Metavision er for enheten et nytt elektronisk kurveføringssystem. I Metavision lagres elektronisk data fra medisinskteknisk utstyr, som respirator og overvåknings-

Følgende informasjon fra Metavision og Doculive ble brukt i kvalitetssikringsprosjektet: Operasjonstype, tid med retrosternale thoraxdren, dokumentasjon av NRS før/etterdrensfjerning, Paracetamol og andre smertestillende (intravenøst/peroralt) gitt postoperativt, mengde og tidspunkt for Ketorax (ketobemidon) gitt intravenøst før drensfjerning og analgetikaforordning.

Del 2 Spørreskjema til sykepleiere

Populasjon og utvalgelse

Inklusjonskriterier: Alle sykepleiere eller intensivsykepleiere som var i aktivt arbeid januar 2010, og som hadde fått opplæring etter postoperativt enhets retningslinjer om smertebehandling generelt, samt spesiell opplæring i å observere thoraxpasienter.

Innsamling: Da det ikke forelå at validert spørreskjema vi kunne bruke, ble det utviklet et eget spørreskjema med 12 spørsmål. For å kunne kvantifisere svarene ble det valgt stort sett lukkede svaralternativer, og disse varierte fra typen «aldri til alltid», «aldri til x antall ganger» og «1–10». Spørsmålene ble tematisert i forhold til registreringer fra pasientjournalen. Etter to testrunder på ikke-deltakende informanter, ble de endelige

samlet fra spørreskjemaene: Sykepleierens alder, videreutdanning og antall års erfaring med thoraxpasienter, bruk av NRS til den generelle postoperative pasienten og til thoraxpasienten, dokumentering av NRS og administrering av smertestillende ved drensfjerning. I tillegg ble det spurt om hvilken NRS sykepleierne tror at pasientene har med og uten smertestillende ved drensfjerning, samt hvorfor de eventuelt ikke gir smertestillende før prosedyren.

Gjennomføring og analyse

Datainnsamling og bearbeidelse ble utført av minst to av artikkelforfatterne samtidig og senere kontrollert for å sikre reliabilitet. Analysen er utført med SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago) versjon 16.0 i samarbeid med statistiker (18). Det er gjort frekvensanalyser og beregnet gjennomsnittsverdier.

Presentasjon av praksisfeltet

Det arbeider 51 sykepleiere og intensivsykepleiere ved postoperativt enhet (januar 2010) og de fleste av disse har opplæring i å overvåke nyopererte sternotomipasienter. I kvalitetssikringsprosjektets studieperiode (2009) ble det daglig operert cirka fire voksne sternotomipasienter ved Rikshospitalet, og i ukedagene ble to av pasientene overvåket på postoperativt enhet til neste dag. Retrosternaldrenene seponeres vanligvis på morgenen dagen etter operasjonen, før pasientene overflyttes sengepost. Paracetamol (Perfalgan) forordnes som basis smertelindring hver sjettime og Ketorax administreres ved behov. Ketorolac (Toradol) gis også i enkelte tilfeller. Ingen av disse medikamentene gis til en bestemt tid før fjerning av retrosternale thoraxdren.

” Ved å vurdere og dokumentere smerteintensitet kan det være lettere for personalet å gi pasienten en tilpasset smertebehandling.

scop. Data registreres og lagres automatisk sammen med forordninger fra lege og fortløpende dokumentasjon fra sykepleiere. Doculive er et velkjent elektronisk journalsystem ved Rikshospitalet.

spørreskjemaene primo januar 2010 levert ut i posthyllene til de sykepleierne som oppfylte inklusjonskriteriene. Skjemaene ble ultimo samme måned samlet inn i en lukket boks.

Følgende informasjon ble

I postoperativ enhets prosedyre for generelle sykepleieobservasjoner (19), står det at sykepleieren skal observere og dokumentere smerter ved å spørre pasienten om intensitet og lokalisering av smerter ved bruk av NRS. Det er forventet at man dokumenterer NRS minst en gang per vakt i Doculive uten å dobbeltføre i Metavision. I Metavision kan man i utgangspunktet dokumentere NRS én gang i timen, men det også mulig å dokumentere så ofte som hvert minutt. Minstekravet for NRS-dokumentering under oppholdet (inntil 24 timer) er altså tre ganger. Det finnes ingen skriftlig prosedyre eller innarbeidet rutine ved enheten når det gjelder smertevurdering og smertebehandling for fjerning av retrosternale thoraxdren.

Etiske overveielser

Kvalitetssikringsprosjektet ble godkjent av Personvernombudet. Etiske retningslinjer ble fulgt og konfidensialitet, aidentifisering og frivillighet ble ivaretatt. Anonymiteten til respondentene i spørreundersøkelsen ble ivaretatt så langt det var mulig ved at de ikke oppga navn.

RESULTATER

Del 1 Journalgranskning

Journalgranskningen omfattet 76 pasienter. 127 pasientjournaler ble gjennomgått, 51 pasienter måtte forkastes. Av disse 51

pasientene måtte 31 pasienter forkastes grunnet manglende dokumentasjon om retrosternale thoraxdren og 20 pasienter ble overflyttet sengepost med drenene. De 76 pasientene som ble inkludert hadde i gjennomsnitt retrosternale thoraxdren i 20 timer på postoperativ enhet, det vil si over tre vaktskift for sykepleierne.

Smertedokumentering: Halvparten av de 76 pasientene hadde ikke fått dokumentert NRS i Metavision, og halvparten av pasientene hadde ikke fått dokumentert NRS i Doculive. NRS var overhodet ikke dokumentert under oppholdet hos 16 av 76 pasienter. 25 av 76 pasienter fikk oppfylt minstekravet om NRS-dokumentering i Metavision, og to av 76 pasienter fikk dette oppfylt i Doculive. Når det gjaldt smertedokumentering ved drencfjerning hadde bare ni av 76 pasienter fått dokumentert NRS (tabell 1).

Administrering av smertestillende: Journalgranskningen avdekket at 25 av 76 pasienter hadde fått Ketorax innen de siste 30 minuttene før drencfjerningen. 21 av 76 pasienter hadde fått Ketorax 10–30 min før prosedyren.

De 25 pasientene som faktisk hadde fått Ketorax innen 30 minutter før drencfjerning, hadde i gjennomsnitt fått 2,2 mg Ketorax. To av 25 pasienter hadde fått 4 mg eller mer. 23

pasienter hadde fått 3 mg eller mindre.

59 av 76 pasienter hadde fått Ketorax innen de siste tre timer før drencfjerning og da var det i gjennomsnitt gitt 3,7 mg Ketorax.

Hos samtlige pasienter var det standard legeforordning av smertestillende; intravenøs paracetamol (Perfalgan) 1g x 4 og intravenøs Ketorax 1–3 mg ved behov. 75 av 76 pasienter hadde fått Perfalgan postoperativt, og alle pasientene hadde fått Ketorax ved behov. Fire av pasientene hadde i tillegg fått annen analgesi som ketorolac (Toradol), Morfin, Somadril eller Dolcontin. Dette var imidlertid ikke gitt i forbindelse med drencfjerning.

Del 2 Spørreskjema

39 spørreskjema ble levert ut, og med 31 svar ble svarprosenten 79,5. Respondentene i spørreundersøkelsen var fra 26 til 61 år, med en gjennomsnittsalder på 39 år. 25 av sykepleierne hadde videreutdanning. Fire sykepleiere hadde mindre enn ett års erfaring med thoraxpasienter. 27 sykepleiere hadde mer enn ett års erfaring, og av disse hadde ti sykepleiere mer enn fem års erfaring.

Smertedokumentering: 30 av 31 sykepleiere svarte at de spurte den generelle postoperative pasienten om han har smerter og dokumenterer NRS minst en gang per vakt. 27 av 31 sykeplei-

TABELL 1: Dokumentasjon av NRS i Metavision og Doculive i løpet av oppholdet på postoperativ enhet og ved drencfjerning. Antall pasienter n = 76.

Dokumentasjons-system	Ikke dokumentert	1 gang	2 ganger	3 ganger eller flere	NRS ved drencfjerning
METAVISION	33 (43,4 %)	6 (7,9 %)	12 (15,8 %)	25 (32,9 %)	9 (11,8 %)
DOCULIVE	36 (47,4 %)	23 (30,3 %)	15 (19,7 %)	2 (2,6 %)	0

TABELL 2: Sykepleiernes generelle bruk av NRS. Antall sykepleiere n = 31.

Spørsmål	aldri	1-5 ganger pr. vakt	1-5 ganger pr. time	Ikke besvart
Ca. hvor ofte spør du den generelle postoperative pasient om han/hun har smerter?	0	17 (56,7%)	13 (43,3%)	1 (3,2%)
Ca. hvor ofte bruker du NRS som dokumentasjon på smerteintensitet hos den generelle postoperative pasient?	1 (3,2%)	26 (83,9%)	4 (19,7%)	0 (2,6%)
Ca. hvor ofte bruker du NRS til thoraxpasienter?	4 (12,9%)	24 (77,4%)	3 (9,7%)	0

ere svarte at de også bruker NRS til thoraxpasienten (tabell 2).

16 av 31 sykepleiere svarte at de «alltid» eller «nesten alltid» spør pasienten om smerteintensitet i forbindelse med dremsfjerning. Fem av 31 sykepleiere svarte at de «aldri» spør pasienten om smerter under denne prosedyren. 22 av 31 sykepleiere svarte at de «aldri» eller bare «noen ganger» også dokumenterer NRS ved dremsfjerning (tabell 3).

Administrering av smertestillende: 23 av 31 sykepleiere svarte at de «nesten alltid» eller «alltid» gir smertestillende utenom basis

analgesi før fjerning av retrosternale thoraxdren. 14 av 31 sykepleiere svarte at de ga Ketorax under fem minutter før dremsfjerning, altså for kort tid til å virke optimalt. Det var også store variasjoner når smertestillende ble gitt og sju av 31 sykepleiere svarte at det varierer fra gang til gang hvor lenge før prosedyren de gir smertestillende.

De fleste, 20 av 31 sykepleiere, svarte at de gir «2,1–3 mg» Ketorax dersom de gir smertestillende før dremsfjerning. Tre sykepleiere svarte at de gir over 4 mg Ketorax. 26 sykepleiere svarte at de gir under 3 mg Ketorax.

På spørsmålet om årsaker til manglende administrering av smertestillende før dremsfjerning, svarte 19 av 26 sykepleiere at det er vanskelig å få gitt smertestillende i rett tid før dremsfjerning fordi de ikke visste tidspunktet for dremsfjerningen. På svaralternativet «annet», oppga tre av 26 sykepleiere respirasjonsdepresjon som årsak til manglende administrasjon av smertestillende og én sykepleier svarte at hun eller han alltid gir smertestillende (tabell 4).

Smerteoppfatning: Sykepleierne svarte at de tror «gjennomsnittspasienten» i snitt har NRS 7,4 ved dremsfjerning uten smertestillende og NRS 4,0 ved dremsfjerning med smertestillende.

DISKUSJON

Hvordan vurderte og dokumenterte sykepleierne smerte- og smertebehandlingen? Journalgranskningen viste altså at dokumentasjonen av NRS var svært mangelfull både under pasientoppholdet generelt og ved fjerning av de retrosternale thoraxdrenene (tabell 1).

Nesten alle sykepleierne i spørreundersøkelsen hevdet at de dokumenterer NRS minst én gang per vakt (tabell 2). Der-

TABELL 3: Sykepleiernes bruk av NRS smerteskala samt administrering av smertestillende ved dremsfjerning. Antall sykepleiere n = 31.

Spørsmål	Aldri	Noen ganger	Ca. halvparten av gangene	Nesten alltid	Alltid
Ca. hvor ofte spør du pasienten om smerteintensitet i forbindelse med fjerning av retrosternale thoraxdren	5 (16,1%)	10 (32,3%)	0	10 (32,3%)	6 (19,4%)
Ca. hvor ofte dokumenterer du smerte i forbindelse med fjerning av retrosternale thoraxdren	7 (22,6%)	15 (48,4%)	4 (19,7%)	2 (6,5%)	2 (6,5%)
Ca. hvor ofte gir du smertestillende før dremsfjerning (utenom basis analgesi, Perfolgan)?	0	7 (22,6%)	1 (3,2%)	11 (35,5%)	12 (38,7%)

som utgangspunktet skulle være smertevurdering minst én gang per vakt, som sykepleierne sa at de gjorde, burde alle pasientene ha fått minst tre NRS-skåringer i løpet av det postoperative oppholdet. Imidlertid var det bare to av 76 pasienter som hadde fått dette «minimumskravet» oppfylt i Doculive og om lag en tredjedel av pasientene i Metavision, altså ikke i samsvar med det sykepleierne hevdet at de gjorde (tabell 1).

Dihle et al. (20) påviste også, i sine studier, et stort sprik mellom den smertebehandlingen sykepleierne sa at de ga, og den behandlingen pasienten faktisk mottok. I studien av Watt-Watson (21) beskrev de fleste av de 94 sykepleierne som deltok i denne studien sin kompetanse innen smertebehandling som «excellent», til tross for lav skår på kunnskapstester om emnet. Idvall fant også i sin studie fra 2002 at det var store mangler i sykepleiernes dokumentasjon av postoperative smerter, selv om de mente de dokumenterte i henhold til retningslinjene (22).

Når det gjaldt smertedokumentering ved fjerning av retrosternale thoraxdren, sa altså over halvparten av sykepleierne at de spør pasienten om smerter «nesten alltid» eller «alltid». Derimot hevdet over to tredjedeler at de «aldri» og «noen ganger» dokumenterer smerte under denne prosedyren (tabell 3). Her var det noe mer samsvar med funnene i journalgranskningen. Det er vanskelig å vite grunnen til at sykepleierne spør pasienten om smerteintensitet, men ikke dokumenterer svaret. Kanskje føler sykepleierne at de har tilfredsstillt pasientens omsorgsbehov uten å tenke på det juridiske ansvaret for dokumentering der og da? Kanskje bør det bli mer fokus på

TABELL 4: Årsaker til manglende administrering av smertestillende før drencsfjerning. Antall sykepleiere n = 26

De tilfellene du ikke gir smertestillende før drencsfjerning, hvorfor ikke?	Antall sykepleiere
(her kunne flere alternativer angis)	
Tror ikke drencsfjerning er smertefullt	0
Smerten er så kortvarig at smertestillende er uhensiktsmessig	0
Min erfaring er at smertestillende ved drencsfjerning ikke har noen effekt	1
Det er vanskelig å få gitt smertestillende i rett tid før drencsfjerning fordi jeg ikke vet tidspunktet for fjerning av de retrosternale thoraxdrenene	19
Har ikke fått forordning	0
Kirurgen sier at jeg ikke skal gi smertestillende	4
Anestesilegen sier at jeg ikke skal gi smertestillende	0
Jeg spør ikke pasienten om han/hun vil ha smertestillende	0
Pasienten vil ikke ha smertestillende	7
Annet	4

smertedokumentasjon ved prosedyrer som eksempelvis fjerning av retrosternale thoraxdren?

Ved å vurdere og dokumentere smerteintensitet kan det være lettere for personalet å gi pasienten en tilpasset smertebehandling, og sykepleieren kan «tale pasientens sak» i samtale med behandlende lege. Dokumentasjonen bidrar også til at andre i behandlersteamet kan se hvilken smerteintensitet pasienten har og dermed forebygge smerte lettere. Dette kan være med på å gi en helhetlig og tilfredsstillende smertebehandling.

Metavision hadde vært i bruk kun to måneder på postoperativ enhet før perioden journalinformasjonen er hentet fra. Dette kan være en mulig forklaring på den manglende dokumentasjonen. Derimot var dokumentasjonen i Doculive også mangelfull og Doculive er et velkjent dokumentasjonsverktøy i enheten. Sykepleieren har et lovpålagt ansvar for å vurdere og dokumentere pasientens smerte. Dette selv

om den enkelte pasient kan ha problemer med å angi sitt smertenivå.

Mangelfull dokumentasjon av smerte trenger ikke bety manglende smertevurdering og smertebehandling administrert av sykepleieren. Ingen sykepleiere i spørreundersøkelsen oppga vanskelig smertevurdering som årsak til manglende smertebehandling (tabell 4).

Hvordan ble smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren administrert og hva er årsakene til at det eventuelt ikke ble gitt adekvat smertelindring? Sykepleierne i spørreundersøkelsen svarte at fjerning av retrosternale thoraxdren er smertefullt og hadde tro på at smertestillende hjelper. Dette samsvarer med at tre fjerdedeler av sykepleierne svarte at de «nesten alltid» eller «alltid» gir smertestillende før fjerning av retrosternale thoraxdren (tabell 3).

Journalgranskningen viste derimot at kun en tredjedel av pasientene hadde fått smerte-

stillende i løpet av de siste 30 minuttene før drens fjerning. Her er det altså også et gap mellom det sykepleierne sier at de gjør og det som faktisk blir gjort ifølge journalgranskningen (20-22). I prosjektet har man tatt utgangspunkt i at smertestillende gitt innen 30 minutter før drens fjerning har vært gitt for å forebygge smerter ved fjerning av drenene. Men det kan også ha vært tilfeldig administrering for å lindre postoperative smerter, for eksempel sårmerter. Uansett var det store variasjoner i når smertestillende ble gitt. Dette svarer med at mange sykepleiere svarte at det varierer fra gang til gang hvor lenge før drens fjerning man gir medikamentet, og at de fleste oppga at hovedgrunnen til manglende administrering av Ketorax før drens fjerning, var at de ikke visste nøyaktig tidspunkt for drens fjerningen (tabell 4). Ved enheten er det vanlig at de retrosternale thoraxdrenene fjernes av thoraxkirurg første postoperative dag tidlig på

og 20 minutter (23). Dermed kan man anta at noe analgetisk effekt kan ha vært til stede under drens fjerningen, hos de tre fjerdedelene av pasientene som hadde fått Ketorax innen de siste tre timene før drens fjerning. Uansett er den smertestillende effekten hos disse pasientene svært usikker. Kunne et fast tidspunkt eller muntlig avtale med kirurgen før drens fjerning bidra til en mer optimal smertelindring?

Puntillo og Ley sin randomiserte og dobbeltblinde studie viste at når 4 mg intravenøs morfin gis 20 min før, eller 30 mg ketorolac (Toradol) 60 min før drens fjerning, kan man redusere smerter uten at pasienten får for høyt sedasjonsnivå (12). I studien kombinerte Puntillo og Ley smertestillende og informasjon til pasienten i forkant av drens fjerning, noe som ga et gjennomsnittlig NRS-skår på 4 rett etter drens fjerning. På postoperativ enhet er Ketorax (ketobemidon) førstehåndspreparat som postoperativ smertelindring. Da 1 mg

fast mengde smertestillende før drens fjerning bidra til en mer optimal smertelindring?

Watt-Watson fant i sine studier at sykepleiere ikke fullt ut utnytter legenes forordning. Pasientene rapporterte moderat til sterk smerte, mens de kun mottok 47 prosent av den forordnede mengde analgetika (25). Dette problemet oppstår gjerne ved behovsordinasjon. Man ser at pasienter som har fått forordnet en fast dosering er bedre smertelindret (4). Ved postoperativ enhet er forordningen «1–3 mg Ketorax titrert ved behov». Sykepleierne ga ifølge Metavision, i gjennomsnitt 2,2 mg Ketorax. De holder seg innenfor legens forordning, men utnytter den ikke fullt ut. Frykten for respirasjonsdepresjon er ifølge spørreundersøkelsen ikke en fremtredende årsak til mangelfull administrering av smertestillende; kun tre av 26 sykepleiere oppga dette som årsak.

Uten en standard prosedyre som innebærer et fast tidspunkt og en fast mengde smertestillende, er vårt inntrykk at smertebehandlingen blir tilfeldig og vil kunne variere fra sykepleier til sykepleier.

” Kun en tredjedel av pasientene hadde fått smertestillende i løpet av de siste 30 minuttene før drens fjerning.

morgenen, men tidspunktet for drens fjerning viste seg ifølge journalgranskningen å variere svært mye.

Ifølge Pfizer, produsenten av Ketorax, inntreffer effekten av intravenøs Ketorax etter to til fem minutter og maksimal effekt oppnås etter 10–30 minutter (20 minutter er selve peak-tiden) (23). Kun en fjerdedel av pasientene i journalgranskningen hadde fått Ketorax innenfor denne tidsrammen og burde da ha maksimal effekt av smertestillende. Ketorax har en halveringstid på to timer

Ketorax er ekvipotent dose med 1 mg Morfin (24), kan man trekke en parallell til disse resultatene og 4 mg Ketorax er muligens en passende dose ved fjerning av retrosternale thoraxdren.

I spørreundersøkelsen svarte de fleste sykepleiere at de gir under 3 mg Ketorax, altså for lav dose for optimal effekt, ifølge Puntillo. Journalgranskningen viste også at de fleste pasientene hadde fått for liten dose smertestillende før drens fjerningen enn det Puntillo anbefaler i sin studie. Kanskje kunne en

Begrensninger

Av de 129 pasientjournalene vi gjennomgikk, måtte vi forkaste 31 pasienter på grunn av manglende dokumentasjon om både drensinnleggelse og fjerning. En mulig forklaring kan være at Metavision nylig var innført på enheten. Det elektroniske kurveføringsprogrammet inneholder mange dokumentasjonsmuligheter og sykepleierne hadde muligens nok med å dokumentere viktige observasjoner som vitale tegn. Sykepleierne kan også ha dokumentert på feil tidspunkt enn det som var hensikten, da syste-

met godtar etterdokumentering. Dette kan ha gått ut over reliabiliteten ved datainnsamlingen.

Artikkelforfatterne arbeider i enheten og er kolleger med informantene. Svarene kan av denne grunn ha blitt påvirket. Derimot hadde ikke sykepleierne under spørreundersøkelsen kjennskap til del 1, med granskning av dokumentasjon i pasientjournalene. Journalgranskningen ble også gjennomført i en periode da sykepleierne ikke visste om kvalitetssikringsprosjektet.

KONKLUSJON

Dokumentasjonen av smerte- og smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren var mangelfull og det var dessuten et stort sprik i hva sykepleierne

mente om egen vurdering og dokumentering av smerte, og det som faktisk ble dokumentert i pasientjournalen.

Smertebehandlingen viste seg også å være noe mangelfull og tilfeldig. Mange sykepleiere hevdet at hovedårsakene til manglende administrering av smertestillende, var at de ikke visste når kirurgen kom for å fjerne drenene.

Sykepleierne bør dokumentere oftere og mer nøyaktig det de vurderer, skårer og utfører. Man bør også øke kunnskapen om administrering av smertestillende; rett mengde og rett tid i forhold til preparatets virkningsmekanisme. Uten en standard prosedyre som innebærer et fast tidspunkt og en fast mengde

smertestillende, kan muligens smertebehandlingen bli mangelfull og tilfeldig.

Planlegging og samarbeid med kirurgene bør bli bedre. Ut fra våre funn kunne kanskje et fast tidspunkt eller muntlig avtale med kirurgen før drencfjerning bidra til en mer optimal smertelindring.

Vi ønsker å rette en stor takk til våre veiledere Hanne Alfheim og Siv Stafseth, avdelingsledere Roger Haug og Mari Ranneberg-Nilsen, undervisningssykepleier Mona Austenå, statistiker Mari Vårdal samt klinisk bibliotekar Elisabeth Svendsen (alle Rikshospitalet) for godt samarbeid under kvalitetssikringsprosjektet og skriveprosessen.

REFERANSER

1. Veel T, Bugge JF, Kirkeboen KA, Pleym H. Anestesi ved åpen hjertekirurgi hos voksne. Tidsskr Nor Laegeforen 2010;130:618-22.
2. Bruce EA, Howard RF, Franck LS. Chest drain removal pain and its management: a literature review. J Clin Nurs 2006;15:145-54.
3. Rawal Narinder. Acute pain services. In: Shorten G, editor. Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p. XVI, 118-26.
4. Breivik H, Borchgrevik PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. Br J Anaesth 2008;101:17-24.
5. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. Lancet 2006;36:1618-25.
6. Møiniche S, Dahl J. Postoperative smerter. In: Jensen TS, Dahl JB, Arendt-Nielsen L, editors. Smerte- en lærebog. København: FADL; 2003:195-213.
7. Prevost Suzanne. Relieving pain and providing comfort. In: Morton PG, editor. Critical care nursing: a holistic approach. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005; p. XXXII: 46-61.
8. Wu C, Hurlley R. Postoperative pain management and patient outcome. In: Shorten G, editor. Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice. Philadelphia, 2006; p. XVI: 71-83.
9. Broscious SK. Music: an interven-

- tion for pain during chest tube removal after open heart surgery. Am J Crit Care 1999;8:410-5.
10. Gift AG, Bolgiano CS, Cunningham J. Sensations during chest tube removal. Heart Lung 1991;20:131-7.
11. Kinney MR, Kirchoff KT, Puntillo KA. Chest tube removal practices in critical care units in the United States. Am J Crit Care 1995;4:419-24.
12. Puntillo K, Ley SJ. Appropriately timed analgesics control pain due to chest tube removal. Am J Crit Care 2004;13:292-301.
13. Akrofi M, Miller S, Colfar S, Corry PR, Fabri BM, Pullan MD, et al. A randomized comparison of three methods of analgesia for chest drain removal in postcardiac surgical patients. Anesth Analg 2005;100:205-9.
14. McMurray TJ, Bhanumurthy S, Groogan F. Low dose propofol for chest tube removal. Anaesthesia 1995;50:566.
15. Puntillo KA. Effects of interpleural bupivacaine on pleural chest tube removal pain: a randomized controlled trial. Am J Crit Care 1996;5:102-8.
16. Lov om pasientrettigheter. LOV-1999-07-02-63.
17. Ware LJ, Epps CD, Herr K, Packard A. Evaluation of the Revised Faces Pain Scale, Verbal Descriptor Scale, Numeric Rating Scale, and Iowa Pain Thermometer in older minority adults. Pain Manag Nurs 2006;7:117-25.
18. Pallant J. SPSS survival manual: a step by step guide to data analysing

- using SPSS for Windows. Maidenhead: McGraw-Hill: Open University Press; 2007.
19. Elektronisk kvalitetshåndbok. 2008. Generelle sykepleieobservasjoner, postoperativ enhet. [Passordbeskyttet dokument] Lastet ned 2. juni 2010
20. Dihle A, Bjølseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. J Clin Nurs 2006;15:469-79.
21. Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner D, Gallop R. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. J Adv Nurs 2001;36:535-45.
22. Idvall E, Ehrenberg A. Nursing documentation of postoperative pain management. J Clin Nurs 2002;11:734-42.
23. Pfizer. Tone Rosén [Email] sendt til Marianne Witttrup Larsen, PhD EUMED-INFO@Pfizer.com, 2. og 30. juni samt 15. september 2010.
24. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; 2007.
25. Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner D, Gallop R. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. J Adv Nurs 2001;36:535-45.

Les kommentaren på side 74 >>

Smertekartlegging kan korrigere praksis

› Systematiske undersøkelser av pasientens smerteopplevelser kan bidra til å endre oppfatningen vi har av hvor mye pasienten tåler.



Av Anne Line Sneve Rørtveit
Intensivsykepleier Hjerte-/lungeklinikken,
Universitetssykehuset i Nord-Norge

Der jeg jobber benytter vi ikke smerteverktøyet Numeric Rating Scale (NRS) på en systematisk måte med påfølgende dokumentasjon i journal i forbindelse med fjerning av retrosternale thoraxdren. Likevel opplever jeg at intensivsykepleieren eller sykepleieren, er svært opptatt av pasientens smerteopplevelse. Han eller hun har en fortløpende dialog med pasienten og registrerer tegn på smerte som høy puls, overflatisk eller rask respirasjonsfrekvens, uro og lignende. Sykepleierne administrer, på bakgrunn av sine observasjoner, opiat, i tillegg til rutinemessig administrering av Paracet hver sjette time. Eller de gir Toradol på forordning i noen tilfeller der man ikke oppnår tilfredsstillende smertelindring etter åpen hjertekirurgi.

I artikkelen oppgir man manglende kjennskap til tidspunkt for fjerning av dren som

årsak til at smertelindring ikke ble gitt. I min avdeling er det sykepleierne selv som fjerner thoraxdren etter hjertekirurgi, etter at det er vurdert av anestesilege eller kirurg. Dermed kan man ikke angi dette som årsak til eventuell mangelfull forebyggende smertelindring og dokumentasjon med NRS. Likevel tror jeg en systematisk gjennomgang av vår dokumentasjon av smerter, ved hjelp av NRS før dren fjernes, dessverre vil vise det samme som funn i artikkelen viser.

Min oppfatning er at dette er en prosedyre som gir smerter over kort tid, fordi prosedyren tar noen sekunder idet drener trekkes ut. Jeg har inntrykk av at mine kolleger også deler denne oppfatningen. Pasientens uttrykk for smerteopplevelse er etter min erfaring nokså ulik. Noen oppgir at det ikke var så vondt mens andre sier det var ordentlig vondt. Det er derfor

svært nyttig med systematiske undersøkelser. Slike undersøkelser kan korrigere oppfatningen man kan ha i praksis av hvor sterke smerter man aksepterer hos pasienten. Artikkelen viser at både leger og sykepleiere fjerner thoraxdren uten å dokumentere pasientens smerteopplevelse ved hjelp av NRS, og slik forsikre seg om at pasienten har fått tilstrekkelig forebyggende smertelindring før prosedyren utføres. Det kan virke som at legene har samme oppfatning som oss sykepleiere om at dette er litt vondt, men «går fort over», noe forskningen artikkelen bygger på, viser ikke er tilfelle.

Les artikkelen på side 66



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: Styringsdokumenter for norsk sykepleierutdanning vektlegger å utdanne til reflekterte og selvstendige sykepleiere. Kritisk tenkning som læringsutbytte er imidlertid ikke eksplisitt beskrevet. Sammenliknet med internasjonal sykepleierutdanning, har norsk sykepleierutdanning vært relativt lite opptatt av fenomenet kritisk tenkning.

Hensikt: Hensikten med artikkelen er å presentere begrepet kritisk tenkning, slik det framkommer i

sykepleieforskningslitteratur, og betydning for sykepleieutøvelse.

Metode: Det er gjort en litteraturstudie, med systematiske søk i Cinahl-basen, med søkeord «critical thinking», «nursing education» og «nursing». I analysen er Aveyards (1) forenklete tilnærming («simplified approach») anvendt.

Resultat: Kritisk tenkning beskrives som et komplekst begrep med mange aspekter. Grunnelementene er beskrevet med både kognitive

og affektive begreper. Tolkning av begrepsinnholdet i kritisk tenkning resulterte i en modell med fire hovedkategorier; akademiske disposisjoner og ferdigheter, praktiske disposisjoner og ferdigheter, holdningsrelaterede attributter, og innebygde motsetninger.

Konklusjon: Kritisk tenkning er en hovedkomponent i målet for bachelorstudier i sykepleie i deler av verden. Kritisk tenkning anses nødvendig for klinisk beslutningsdyktighet i praksis.

ENGLISH SUMMARY

Critical thinking: a literate study

Background: The Norwegian National Curriculum for a bachelor in nursing degree does not have «critical thinking» as a goal or learning outcome. Comparing with international bachelor in nursing degrees, the Norwegian nursing education has not focused on «critical thinking skills».

Objective: To present how the nurse researchers describe the concept of «critical thinking», and discuss

the importance for the function of nursing.

Method: Literature study, with systematic research in Cinahl-base, using search-word «critical thinking» and «nurse», to determine how nurse researchers describe «critical thinking». Simplified approach is used in the analyze process (1).

Results: The concept «critical thinking» consists of four main categories: academic dispositions and skills; practical dispositions and

skills; attitudes; and built-in contradictions.

Conclusion: Critical thinking is a complex concept with many aspects. The elements are described using both cognitive and affective concepts. Critical thinking is a primary component in the goal of bachelor of nursing in many parts of the world. Critical thinking is considered necessary for good results in clinical practice.

Keywords: critical thinking, literature study

>> Hva kjennetegner kritisk tenkning?

Forfattere: Vigdis Granum, Gry Opsahl og Betty-Ann Solvoll

NØKKELORD

- Sykepleie teori
- Litteraturstudie

INTRODUKSJON

Hensikten med artikkelen er å presentere begrepet «kritisk tenkning», slik internasjonale sykepleieforskere anvender begrepet. Amerikanske sykepleierutdanninger har vektlagt kritisk tenkning i læreplanene siden 1950-årene (2, 3), ettersom fagforbund og tilsynsmyndigheter hevdet at det var nødvendig å trene sykepleiestudenters evne til kritisk tenkning (2, 4). Senere har flere sykepleierutdanninger implementert kritisk tenkning i læreplanene. I norsk rammeplan for sykepleierutdanning, anvendes ikke uttrykket kritisk tenkning eksplisitt. Formålet for utdanningen beskrives som «å utdanne selvstendige og reflekterte sykepleiere» (5). I norsk høyere utdanning har «forsknings- og erfaringsbasert» undervisning vært mer vektlagt (6, 7). Hva innbefatter «kritisk tenkning», som kan ha betydning for norske sykepleiere? For å undersøke dette begrepet, gransket vi beskrivelser av kritisk tenkning i publiserte sykepleieforskningsartikler.

METODE

Framgangsmåten var systematiske søk i sykepleiebasen Cinahl. Søkeordene var critical thinking, nursing, nursing education. Søk på critical thinking i tittel ga 309 treff. En kombinasjon av søkeordene «critical thinking» og «nursing» ga 97 treff. En manuell gjennomgang av treffene eliminerte artikler som ikke representerte forskning. Artikler som ikke var relatert til bachelorutdanning i sykepleie, samt doktorgradsavhandlinger og konferansebidrag ble i tillegg eliminert. Via «snowball sampling» (1) kom noen relevante artikler til. Sluttresultatet ble 32 artikler. Av disse repre-

senterte 17 USA, tre Canada, én Australia, én Skandinavia, to Taiwan, to Kina, tre Korea, én Tyrkia, én Saudi-Arabia og én Jordan (tabell 1).

Inklusjonskriteriene var følgende: Tematisk relevans; avgrenset til søk med «critical thinking» i tittel. Bare studier som omtalte studier av bachelorstudenter og nyutdannede sykepleiere ble utvalgt. Forskningsartikler; både teoretisk og empiriske. Av sistnevnte kategori ble både kvalitative, kvantitative og review-artikler valgt ut. Engelskspråklige artikler i tidsrommet 2006–2010 ble utvalgt (tabell 2). Tanken med søket var å finne forsknings-

TABELL 1:
Geografisk oversikt

Land	Antall
USA	17
Canada	3
Australia	1
Europa	0
Skandinavia	1
Taiwan	2
Kina	2
Korea	3
Tyrkia	1
Saudi-Arabia	1
Jordan	1

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at kritisk tenkning innbefatter tolkning, analyse, evaluering, slutning, utforskning og selvregulering, og er nødvendig for å vurdere pasientsituasjoner og foreta velbegrunnede kliniske beslutninger.

Mer om forfatterne:

Vigdis Granum er sykepleier og ansatt som 1.-amanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Gry Opsahl er sykepleier og ansatt som 1. lektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Betty-Ann Solvoll er sykepleier og ansatt som 1.-amanuensis ved Høgskolen i Vestfold. Kontaktperson: vigdis.granum@hioa.no.

TABELL 3: Artikkelloversikt

Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode
Shin, S. et al (2006)	Critical thinking ability of associate, baccalaureate and RN-BSN senior students in Korea.	Å sammenligne kritisk-tenkningsevne hos to studentgrupper.	Kvantitativ. Komparativ studie. Måleskjema (CTA). Statistisk analyse. 301 stud.
Suliman, W. A. (2006).	Critical thinking and learning styles of students in conventional and accelerated prog-rammes.	Å måle forskjellen mellom kritisk tenkningsdisposisjon og læringstiler hos studenter i to program.	Kvantitativ. Deskriptiv korrelasjonsstudie. 80 stud i program 1, 50 i program 2.
DeSimone B. B.(2006).	Curriculum design to promote the critical thinking of accelerated bachelor's degree nursing students.	Å beskrive curriculum design med intensjon å fremme kritisk tenkning.	Kvantitativ måling av kritisk tenkning hos 38 studenter.
Forneris, S. G., et al (2007)	Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses.	Å bestemme om refleksiv kontekstuell læringsintervensjon forbedrer nyutdannedes evne til kritisk tenkning i første 6 mndr i praksis.	Kvalitativ. Spørsmåls- guide og case study. Stakes datanalyse. 6 dyader med sykepleiere og studenter.
Riddell, T. (2007).	Critical assumptions: thinking critically about critical thinking.	Å beskrive kritisk tenkning.	Teoretisk.
Suliman, W. A., et al (2007).	Critical thinking, self-esteem, and state anxiety of nursing students.	Å måle predominant kritisk tenkningsdisposisjon hos studenter og forholdet til kritisk tenkning.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 105 stud. 1.år, 60 i 4.år.
Lyons, E.M. (2008).	Examining the effects of problem-based learning and NCLEX-RN scores on the critical thinking skills of associate degree nursing students in a southeastern community college.	Å måle effekten av PBL i læring av kritisk tenkning.	Kvantitativ. Pre-post test. Måleskjema. Statistisk analyse. 54 studenter.
Maskey, C. L. (2008).	The coordination of clinical and didactic learning experiences to improve critical-thinking skills and academic performance.	Å utvikle en plan der klasserom og praksis korrelerer for å forbedre kritisk tenkning.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 93 studenter i 3.sem., 114 studenter i 4. sem.
Ozturk, C., Muslu, G. K., & Dicle, A. (2008).	A comparison of problem-based and traditional education on nursing students' critical thinking dispositions.	Å bestemme studentenes kritiske tenkningsnivå etter PBL undervisning.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 147 studenter.
Ravert, P. (2008).	Patient simulator sessions and critical thinking.	Å måle forskjellen mellom kritisk tenkning og studentenes læringsstil i tre grupper.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. Tre studentgrupper.
Rush, K. L., Dyches, C. E., Waldrop, S., & Davis, A. (2008).	Critical thinking among RN-to-BSN distance students participating in human patient simulation.	Å forstå kritisk tenkning hos distansestudenter som deltar i simulering.	Kvalitativ. Rubenfeldts begrepsdefinisjon som analyseredskap. 33 studenter.
Senita, J. (2008).	The use of concept maps to evaluate critical thinking in the clinical setting.	Å vise hvordan begrepskart kan brukes i læring av kritisk tenkning.	Teoretisk art.
Shirrell, D. (2008).	Critical thinking as a predictor of success in an associate degree nursing program.	Å måle om kritisk tenkning er en forutsetning for å lykkes i utdanningen.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 173 studenter.
Spencer, C. (2008).	Critical thinking in nursing: teaching to diverse groups.	Å diskutere forholdet mellom kritisk tenkning og inkorporering av verdier.	Teoretisk art.
Simpson, E., & Courtney, M. (2008).	Implementation and evaluation of critical thinking strategies to enhance critical thinking skills in Middle Eastern nurses.	Å utvikle, implementere og evaluere kritiske tenkningsstrategier for å øke kritisk tenkningsevne.	Evaluering av intervensjonsprogram. 20 nyutdannede.
Sorensen, H. A. J., & Yankech, L. R. (2008).	Precepting in the fast lane: improving critical thinking in new graduate nurses.	Å måle kritisk tenkningsdyktighet.	Kvantitativ og kvalitativ. Måleskjema og fokusgruppe intervju. 16 +15 studenter.
Yuan, H., Kunaviktikul, W., Klunklin, A., & Williams, B. A. (2008).	Improvement of nursing students' critical thinking skills through problem-based learning in the People's Republic of China: a quasiexperimental study.	Å måle effekten av PBL ift kritisk tenkning.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. To grupper studenter, 46.

Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode
Zhang, H., & Lambert, V. (2008).	Critical thinking dispositions and learning styles of baccalaureate nursing students from China.	Å måle forholdet mellom læringsstiler og kritisk tenkning.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 100 studenter.
GyeongJA, MyungSY. (2008)	Critical thinking and learning styles of nursing students at the Baccalaureate nursing program in Korea.	Å måle kritiske teningsdisposisjoner og læringsstiler, og forholdet mellom disse.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 724 studenter.
Fero, L. J., Witsberg C. M., Wesmiller, S. W., Zullo, T. G., & Hoffman, A. (2009)	Critical thinking ability of new graduate and experienced nurses.	Å identifisere kritiske læringsbehov hos nyutdannede.	Kvantitativ. Post hoc retrospektiv analyse. 2144 sykepleiere.
Forneris, S. G & Peden-McAlpine C. (2009).	Creating context for critical thinking in practice: the role of the preceptor.	Å utforske betydning av praksisveilederes veiledning i reflekseive læringsituasjoner.	Kvalitativ. Case studier. 6 dyader med studenter og praksisveiledere.
Hernandez, C. A. (2009).	Student articulation of a nursing philosophical statement: an assignment to enhance critical thinking skills and promote learning.	Å starte filosofisk refleksjon og tenkningsprosess som fremmer kritisk tenkning.	Kvalitativ. Studentene skrev statements; filosofiske synspunkt om metaparadigmebegreper.
McMullen, M. A., & McMullen, W. F. (2009).	Examining patterns of change in the critical thinking skills of graduate nursing students.	Å måle om kritisk tenkning endres i 2.praksisår.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 82 studenter.
Sullivan-Mann, J., Perron, C.A., & Fellner, A. N. (2009).	The Effects of Simulation on Nursing Students' Critical Thinking Scores: A Quantitative Study.	Å måle effekten av kritisk tenkning ved bruk av simulering.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 53 studenter.
Romeo, E. M. (2010).	Quantitative research on critical thinking and predicting nursing students' NCLEX-RN performance.	Å analysere kvantitativ forskning; måling av kritiske tenkningsevner og ferdigheter hos stud.	Teoretisk reviuw artikkel
Lunney, M.(2010)	Use of critical thinking in the diagnostic process.	Å demonstrere bruk av kritisk tenkning i diagnoseprosessen for å oppnå korrekte sykepleiediagnoser.	Kvalitativ. Case-studie. Nyutdannede.
Wangenstein, S. Johansson, I. S. Björkström, M. E. Nordström, G. (2010)	Critical thinking dispositions among newly graduated nurses.	Å måle kritiske tenkningsdisposisjoner hos nyutdannede.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 618 nyutdannede.
Kaddoura, M. A. (2010).	Effect of the Essentials of Critical Care Orientation (ECCO) Program on the Development of Nurses' Critical Thinking Skills.	Å utforske nyutdannedes forestillinger om faktorer som hjelper til å utvikle kritisk tenkning.	Kvantitativ og kvalitativ. Innholdsanalyse. 8 nyutdannede.
Mun, M. S. (2010).	An analysis of narratives to identify critical thinking contexts in psychiatric clinical practice.	Å identifisere kritisk tenkning i kontekst som studentene konfronteres med i psykiatrisk praksis.	Kvalitativ. 30 studenters narrativer ble analysert via filosofisk hermeneutikk.
Hwang, S., Yen, M., Lee, B., Huang, M., & Tseng, H. (2010).	A critical thinking disposition scale for nurses: short form.	Å teste kritiske tenkningsdisposisjoner hos nyutdannede.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 864 sykepleiere.
Feng, R.Chen, M. Pai, Y.(2010)	Critical thinking competence and disposition of clinical nurses in a medical center.	Å måle kritisk tenkningskompetanse og disposisjon hos sykepleiere.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse.? Sykepleiere.
Jones, J. H., & Morris, L. V. (2007).OBS	Evaluation of critical thinking skills in an associate degree nursing program.	Å utforske endring i kritiske tenkningsferdigheter hos studenter, og å undersøke forholdet mellom kritisk tenkningscore og akademisk suksess.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 112 studenter.

artikler som viste hvordan ulike sykepleieforskere definerte og anvendte begrepet kritisk tenkning i sine studier.

I analysen er Aveyards (1) forenklete tilnærming («simplified approach») anvendt. Følgende spørsmål ble stilt i analysen av artiklene:

- Hva er felles substans i kritisk tenkning?
- Hva skiller seg ut?
- Hvordan anvendes kritisk tenkning i sykepleievitenskap?

Funn presenterer fellestrekk og trekk som skiller seg ut ved kritisk tenkning. Videre presenteres beskrivelser av hvordan kritisk tenkning anvendes i sykepleievitenskap. Vår tolkning oppsummeres i en modell.

RESULTAT

Uttrykket «kritisk tenkning» ble lite brukt i sykepleiefaget før på slutten av 1980-tallet (8). Frem til 1990-tallet la beskrivelser av kritisk tenkning fortrinnsvis

vekt på kognitive ferdigheter. Definisjonene viser til kognitive elementer; prinsipper, teorier, abstraksjoner, deduksjoner, fortolkninger og evalueringer av argumenter. Affektive komponenter fikk etter hvert større oppmerksomhet (8). Tanner (9) utvider forståelsen av kritisk tenkning og begrunner nødvendigheten av å vektlegge affektive momenter, fordi sykepleieutøvelse innebærer relasjonelle dimensjoner.

På 1990-tallet eksploderer beskrivelsene av kritisk tenkning med mer nyanserte beskrivelser av begrepet. Fra år 2000 og fremover skjer en videre utvikling av begrepet kritisk tenkning. Særlig har Sheffer et al.'s arbeid vært banebrytende (8). Hvert tiår synes å legge noen nye dimensjoner til forståelsen av kritisk tenkning. Utviklingen viser at forskerne opprinnelig primært var opptatt av kritisk tenkning som kognitive evner. Senere ble affektive elementer trukket inn, samt holdningens betydning for

vurderinger. Etter hvert kom betydning av kunnskap og forskning inn som sentrale sider ved kritisk tenkning, fordi relevant kunnskap måtte ligge til grunn for vurderingene. Deretter har kritiske refleksjoner, og evnen til å forstå og tolke situasjoner med kontekstuelle overveielser, preget beskrivelsene av kritisk tenkning. Kritisk tenkning vekker og utvikler til en nysgjerrig, spørrende kultur.

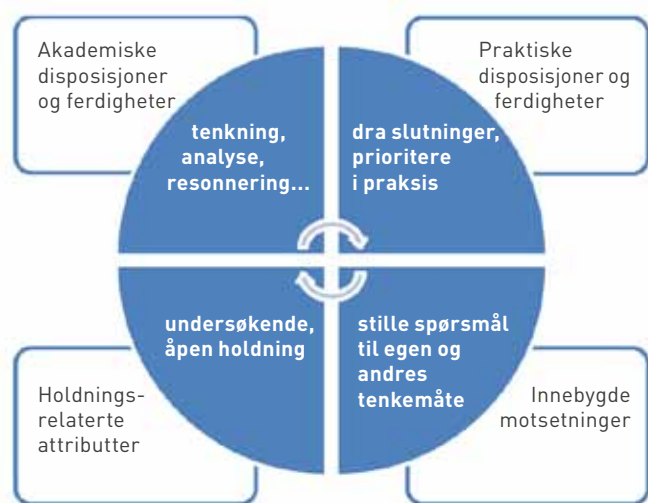
FELLES SUBSTANS

Betoningen av kritisk tenkning som kognitive tankeprosesser er felles hos alle forskerne. Fellesbegreper i forskernes beskrivelser er kognitive; analysere, undersøke, vurdere og treffe beslutninger. Kritisk tenkning som kognitiv og tenkende ferdighet, vies stor oppmerksomhet hos alle forskere.

I Facione et al.'s (10) beskrivelse av kritisk tenkning kommer personlige egenskaper tydeligere til uttrykk, for eksempel klokskap og modenhet, som innbefatter klokskap i å handle, suspendere eller revidere vurdering. Begreper relatert til personlig smidighet og evne til omskiftelighet, samt åpenhet er også begreper som anvendes (8, 10). Facione et al. er alene om å beskrive åpenhet som en dimensjon ved kritisk tenkning.

Scheffer et al. (8) beskriver kritisk tenkning både som kognitive og affektive aspekter, som også innbefatter holdningsmessige og personlige egenskaper. Deres «10 habits-of-mind», inkluderer dimensjoner som selvtillit, kreativitet, intuisjon og utholdenhet. De er alene om å knytte intellektuell integritet til det å overføre kunnskap. Videre tydeliggjøres en sammenheng mellom kombinasjon av intellektuelle tankeprosesser,

FIGUR: Kritisk tenkningsmodell



og personlighetsegenskaper, hvilket de mener er nødvendig i kritisk tenkning. De (8) har dermed utvidet beskrivelsen av kritisk tenkning, sammenliknet med Facione et al. (10).

Ifølge Jones et al. (11) er kritisk tenkning vanskelig å definere, men må forklares og utdypes for at man skal forstå hva begrepet faktisk innebærer. Riddell (12) hevder at mange sykepleieforskere har befattet seg med «pseudokritisk tenkning» fordi uttrykket ofte brukes uten at man har redegjort for innholdet (13). Det er nødvendig å tydeliggjøre egne underliggende antakelser; definere eget perspektiv eller syn, samt å forstå kontekstens betydning for sykepleiehandlinger, for at ikke sykepleiere skal tenke endimensjonalt og drive lineær problemløsnings-tenkning (12). Hun påpeker at det er en overforenkling å si at kritisk tenkning kan reduseres til disse termene.

KRITISK TENKNING

Sykepleieforskere som bruker begrepet kritisk tenkning drar nytte av litteratur fra andre fagfelt, fortrinnsvis fra filosofi (14-17) og pedagogikk (18, 19). Dette gjelder enten begrepet skal implementeres i utdanning, eller måle ferdigheten hos studenter. Man refererer til disse forskerne som ledende innenfor utviklingen av begrepet kritisk tenkning. Paul (17) hevder at kritisk tenkning er «kunsten å tenke om sin egen tenkning mens du tenker», med det formål å gjøre tenkningen enda bedre. Han framsetter tre komponenter som essensielle i kritisk tenkning; tenkeelementer, intellektuelle standarder, og affektive trekk (12, 17).

Når sykepleieforskere relaterer definisjoner av kritisk tenkning til sykepleievitenskap,

legges særlig vekt på handlingsaspektet: Kritisk tenkning er tankeprosesser som ligger til grunn for effektiv klinisk problemløsning og til å foreta beslutninger» (20-22). De kognitive prosessene relateres til anvendelse i sykepleieutøvelse. DeSimone (23) viser til hvordan de ulike kognitive prosessene brukes i praksis: kritisk tenkning er den intellektuelle, systematiske prosess som fungerer som en guide til tenkning og handling (24). Kritisk tenkning gir retning både for tanke og handling i sykepleiepraksis. Sykepleieforskerne, Scheffer et al. (8), knytter også kritisk tenkning til klinisk utøvelse. For øvrig er kritisk tenkning et fenomen man kan studere, lære og forstå, for å bruke i sykepleieutøvelsen.

KRITISK TENKNINGSMODELL

Analyser av de ulike dimensjonene ved kritisk tenkning viser at disse kan kategoriseres inn i fire hovedaspekter; akademiske og praktiske disposisjoner og

være analytisk kan også finnes i mennesket som en disposisjon. Det vil si at personen er tilbøyelig til å være analytisk i gitte situasjoner.

Praktiske disposisjoner

Denne kategorien rommer begreper som vektlegger kritisk tenkning som praktisk utøvelse. De kognitive prosessene foregår i kliniske situasjoner der tenkning og vurderinger omsettes i praktiske utøvelser. Dette innbefatter evnen til å undersøke og ta informerte kliniske beslutninger.

Holdningsmessige attributter

Kognitiv tenkning foregår ikke som rasjonelle prosesser alene. Våre tanker og vurderinger preges også av holdninger. Holdningsrelaterte attributter innebærer affektive elementer som trekker stemningsvarhet inn som et aspekt. Holdninger bidrar og stimulerer for eksempel til kreativitet, intuisjon, nysgjerrighet, fleksibilitet, utholdenhet, integritet og selvtilit. Kreativ tenkning er en kombinasjon av kunnskap og fantasi som hjelper

” Våre tanker og vurderinger preges også av holdninger.

ferdigheter, holdningsmessige attributter og innebygde motsetningsforhold. Disse komponentene er ikke gjensidig utelukkende, men framstår som integrerte fenomener (tbl 4).

Akademiske disposisjoner

Begrepene som beskriver kritisk tenkning peker både på ferdigheter, disposisjoner, og tilbøyeligheter. Kritisk tenkning kan prege et menneske gjennom konkrete ferdigheter. For eksempel ferdigheter av akademisk karakter, som å analysere. Men å

til å forstå forfeilete løsninger, og sikre nødvendig dyktighet for å være en effektiv kritisk tenker.

Innebygde motsetninger

En dimensjon i kritisk tenkning er personers evne til å gi egne opplevelser «motstand». Motsetningsforhold eller motstand innebærer å stille spørsmål ved egen tenkemåte, tro, verdier, holdninger, men også til andres. Evne til å se reaksjoner hos seg selv og være selvavslørende, og vise evne til selvregulering er viktige elementer i kritisk tenk-

ning. Innebygde motsetninger innbefatter evne til å se ulike alternativer og forutse konsekvenser av disse, samt å være kritisk når man søker etter informasjon. Disse aspektene fører til en dyktig beslutningstaker i praksis. Det som kjennetegner fenomenet kritisk tenkning er at de ulike attributter er integrerte og samvirker i personen, slik at han eller hun blir i stand til å være, og å handle, kritisk.

DISKUSJON

Modellen fra analysen viser kritisk tenkning som en kombinasjon av fire aspekter: akademiske og praktiske disposisjoner og ferdigheter i samspill med holdningsrelaterte attributter og disposisjoner, og ferdigheter til å tenke reflektivt og skeptisk. Hva er så genuint ved kritisk tenkning sammenliknet med andre former for rasjonalitet, for eksempel problemløsning, refleksjon eller analytiske tankeprosesser?

Problemløsning er tankeprosesser som analyserer et problem og som tar sikte på å løse det og vurdere gyldigheten. Tankeprosessen beskrives gjerne i ulike steg; man definerer problemet, spesifiserer hva man vil oppnå,

nytt blikk på saken ved å få en distanse og å stille spørsmål ved bestanddelene og den helheten bestanddelene er en del av (27).

Refleksjon er et filosofisk uttrykk som innebærer å tenke over noe, en «refleksjon», altså at en sak eller hendelse hentes fram igjen i tankeprosesser for betraktning og ettertanke. Det innebærer bevissthetens tilbakeblikk på seg selv og egne hendelser, og selvbevissthetens ettertenksomhet både på ytre og indre virkeligheter (27).

Det genuine i en tenkning som gjennomgående er kritisk er at tenkningen har et aspekt av skepsis og motstand. Evnen til å være grunnleggende skeptisk til det man ser, hører og gjør, kan defineres som genuint kritisk. Det innebærer å tenke uforbeholdt om erfaringene, å stille spørsmål til egen tenkemåte, tro, verdier, holdninger, men også til andres. Evne til å være selvavslørende og evne til selvregulering beskrives som viktige elementer i kritisk tenkning.

Internasjonale sykepleieforskere (4, 28-36) hevder at kritisk tenkning er vesentlig i sykepleieutøvelsen, fordi kritisk tenkning og sunn skepsis, gir bedre innsikt og flere alternative løsninger

ger i pasientens tilstand, kunne gjøre kliniske vurderinger og begrunne disse faglig. Dette innebærer både å utføre selvstendig sykepleie, og å kunne vurdere mottatte ordre og prioritere sykepleiefaglige handlinger i praksis (2, 21).

Det er videre rimelig å anta at kritisk tenkende sykepleiere følger opp kvalitetssikring, og varsler, dersom feil eller mangler observeres. Det kan imidlertid koste å være den som varsler (37). Sykepleiere som yter motstand mot den etablerte praksis skaper lett irritasjon i arbeidsmiljøet. Kollegaer og ledelse reagerer og varsleren befinner seg fort i ubehagelige situasjoner.

I mellommenneskelige relasjoner er makt alltid til stede. Makten er ofte subtil, og dens underliggende mekanismer kan være vanskelige å se, og dermed umulig å vurdere og å resonnerer logisk i forhold til. Kritisk tenkning kan være en nødvendig evne i møte med maktmekanismer i helsetjenestevirksomheten, som talsmann for marginaliserte grupper, som ikke selv kan gi uttrykk for egne behov. Her er det behov for politisk bevisste sykepleiere med evne til kritisk tenkning som kan kjempe deres sak (14).

Brookfield (14) påpeker at kritisk tenkning kan ha en sterk sosial og politisk dimensjon. Å tenke kritisk er å sette spørsmålstegn ved maktforhold som tillater, eller fremmer alternativer i praksis. Det er ofte innebygde motsetninger i praksis mellom ulike interesser og aktører. Kritisk tenkning kan bevisstgjøre hvordan markedskrefter rettferdiggjør økonomisk og politisk urettferdighet i praksis (15).

Samhandlingsreformen (38) er det siste politiske innspillet for

” Sykepleieutøvelse som et resultat av kritisk tenkning gir også økt pasientsikkerhet.

funderer omkring årsaker, vurderer og beregner konsekvenser av ulike løsningsvalg, før endelig handling. I sykepleie er «sykepleieprosessen» et eksempel (25, 26). Slik sett ligger tankeprosessen nært knyttet til å se, forstå og løse oppgaver i verden etter årsak og virkning-prinsippet.

Analyse betyr å undersøke sakens enkelte bestanddeler. Gjennom analysen kan man få

når man skal treffe beslutninger for pasienten. Forskningen viser blant annet at sykepleiere som har en kritisk tilnærming, oftere er åpne for andres vurderinger, er fleksible, og villig til å gjøre nye overveielser (4, 28-36).

Sykepleieutøvelse som et resultat av kritisk tenkning gir også økt pasientsikkerhet. For å bedre pasientsikkerheten, må sykepleiere gjenkjenne endrin-

å forbedre helsetjenesten overfor befolkningen. Med sunn skepsis kan man spørre hva denne reformen kan skjule av maktmekanismer. I Norge bruker vi en stadig større andel av bruttonasjonalproduktet på helsetjenester. Politiske myndigheter må derfor finne måter å håndtere økende budsjetter på. På hvilke måter bidrar reformen til å omfordele stramme økonomiske rammer? Blir det mer til statuspreget medisinsk behandling og mindre til eldre og kronisk syke? Slike kritiske spørsmål er viktige i møte med politiske og strukturelle endringer.

Hvis vi ønsker kritisk tenkende sykepleiere i fremtiden, må vi undervise på området. Fastvold (39) skiller mellom rasjonalitet og intellektualitet. En person må ikke ha en bestemt intellektuell kapasitet for å tenke kritisk, for det kan læres. Kritisk tenkning handler om å bruke rasjonaliteten på en selvstendig, undersøkende måte. Kritisk tenkning er aktuelt og ønskelig i norsk sykepleieutøvelse. Spørsmålet er hvorvidt fokus på kritisk tenkning, som en disposisjon og en ferdighet, er tilstrekkelig vektlagt i førende dokumenter, i rammeplanen, i fag- og undervisningsplaner og som læringsaktiviteter i utdanningen. Et mål i dagens rammeplan er at «sykepleieren skal være selvstendig, pasientorientert, ansvarlig» (5). Er dette synonymt med å utdanne kritisk tenkende sykepleiere? I fag- og undervisningsplaner (40) anvender man begrepene «refleksjon og problemløsning», er det tilstrekkelig for å tilegne seg kritisk tenkning? Kritisk tenkning har begrepsforbindelser med refleksiv vurdering, logisk tenkning, beslutningstaking, problemløsning og vitenskapelig

metode, men innholdet i kritisk tenkning er mer omfattende enn hva innholdet i rammeplanen tilsier.

Vi drister oss også til å spørre om utdanningspersonalet er i tilstrekkelig besittelse av evne til

” Kjennetegn ved sykepleiere som kan tenke kritisk er evner til å reflektere.

kritisk tenkning, og om daglig undervisningsvirksomhet gjenspeiler den sunne skeptiske, undrende og utforskende tilnærmingen til oppgavene. Vi mener sunn skepsis som tilnærming til all kunnskapsforvaltning er viktig. Høyere utdanning bør medføre at studenter og lærere opprettholder ferdighetene til systematisk, refleksiv og kritisk tenkning.

IMPLIKASJONER

Dersom man skal forstå sykepleie som et yrke med stor grad av selvstendig utøvelse, er det maktpåliggende for pasientene at utøveren har ferdigheter i å tenke kritisk. Disposisjoner og ferdigheter, både av akademisk og praktisk karakter, gjør at pasienter blir behandlet på grunnlag av grundige faglige og kontekstuelle analyser og beslutninger fattet som et resultat av det. Kjennetegn ved sykepleiere som kan tenke kritisk er evner til å reflektere, både over situasjonen og dens spesifikke kontekst, å stille spørsmål ved seg selv og egen utøvelse og reflektere over egen innvirkning på andre. Dersom evne til kritisk tenkning er disposisjoner og ferdigheter som kan læres slik Fastvold (39) hevder, er det nødvendig og høyst betimelig at tematisering av og opplæring i å tenke kritisk settes på dagsorden i sykepleierutdanning på alle nivåer.

FREMTIDIG FORSKNING

Ytterligere forskning kan inkludere studier med et større utvalg, og utvikle instrumenter for sykepleierutdanning som måler kritisk tenkning, samt longitudinelle studier for å se på utvik-

lingen av kritisk tenkning. Vi anbefaler imidlertid flere kvalitative studier, for eksempel oppfølgingsstudier med intervju og observasjon i praksis, slik at flere dimensjoner ved kritisk tenkning kan utforskes.

METODEKRITIKK

Styrken ved litteraturstudien er den oversikten det gir. Svakheten er det beskjedne utvalget av artikler vi fant som datagrunnlag. Vi har redegjort for hvordan artiklene er fremkommet. «Brillene» analysen er utført med, er analyse spørsmålene. Artiklene har hatt begrensninger i forhold til teoretisk rammeverk, utvalg, metodetilnærming, studentenes utgangspunkt, og måleinstrument. Resultatet dekker ikke all forskning om kritisk tenkning, men viser interessante komponenter.

KONKLUSJON

Hovedfunn viser at beskrivelser av kritisk tenkning varierer, men at grunnelementene er de samme. Konklusjonen er at kritisk tenkning er et komplekst begrep uten definisjonskonsensus i sykepleievitenskap. Man er enige om at kritisk tenkning innebærer tolkning, analyse, evaluering, slutning, utforskning og selvregulering. Kritisk tenkning er nødvendig for å vurdere pasientsituasjoner og foreta velbegrunnede kliniske beslutninger.

REFERANSER

1. **Aveyard H.** Literature review in health and social care. London: Open University Press; 2007.
2. **Fero LJ, Witsberger CM, Wesmiller SW, Zullo TG, Hoffman LA.** Critical thinking ability of new graduate and experienced nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65:139-48.
3. **Simpson E, Courtney M.** Critical thinking in nursing education: literature review. *International Journal of Nursing Practice* 2002;8:89-98.
4. **Simpson E, Courtney M.** Implementation and evaluation of critical thinking strategies to enhance critical thinking skills in Middle Eastern nurses. *International Journal of Nursing Practice* 2008;14:449-54.
5. **Kunnskapsdepartementet.** Rammeplan for sykepleierutdanning 25. januar 2008.
6. **Kunnskapsdepartementet.** Lov om universiteter og høyskoler av 1. april 2005 nr. 15.
7. **Kunnskapsdepartementet.** Forskrifter til universitets- og høyskoleloven, 29.01.2008.
8. **Scheffer BK, Rubinfeld MG.** A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education* 2000;39:352-9.
9. **Tanner CA.** Spock would have been a terrible nurse (and other issues related to critical thinking in nursing). *Journal of Nursing Education* 1997;36:3-4.
10. **Facione NC, Facione PA, Sanchez CA.** Critical thinking disposition as a measure of competent clinical judgment: the development of the California Critical Thinking Disposition Inventory. *Journal of Nursing Education* 1994;33:345-50.
11. **Jones JH, Morris LV.** Evaluation of critical thinking skills in an associate degree nursing program. *Teaching and Learning in Nursing* 2007;2:109-15.
12. **Riddell T.** Critical assumptions: thinking critically about critical thinking. *Journal of Nursing Education* 2007;46:121-6.
13. **Cody WK.** Critical Thinking and Nursing Science: Judgment, or Vision? *Nursing Science Quarterly* 2002;15:184-189.
14. **Brookfield SD.** The power of Critical Theory. Liberating adult learning and teaching.: Jossey-Bass; 2005.
15. **Brookfield S.** The concept of critical reflection: promises and contradictions. *European Journal of Social Work* 2009;12:293-304.
16. **Brookfield S.** Developing Critical Thinkers: Challenging Adults To Explore Alternative Ways of Thinking and Acting: Jossey-Bass Publishers; 1987.
17. **Paul RW.** Critical Thinking: What Every Person Needs to Survive in a Rapidly Changing World Santa Rosa, CA: Foundation for Critical Thinking; 1993.
18. **Mezirow J.** A Critical Theory of Adult Learning and Education. *Adult Education* 32 (1981): 3-23 1981.
19. **Mezirow J.** Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress.: Jossey Bass.; 2000.
20. **Walsh CM, Seldomridge LA.** Critical thinking: back to square two. *Journal of Nursing Education* 2006;45:212-9.
21. **Walsh CM, Seldomridge LA.** Measuring critical thinking: one step forward, one step back. *Nurse Educator* 2006;31:159-62.
22. **Oermann MH.** Evaluating critical thinking in clinical practice. *Nurse Educator* 1997;22:25-8.
23. **DeSimone BB.** Curriculum design to promote the critical thinking of accelerated bachelor's degree nursing students. *Nurse Educator* 2006;31:213-7.
24. **Alexander MK GB.** Critical thinking in clinical learning: a holistic perspective. *Holistic Nursing Practice* 1996;10:15-22 Review.
25. **Carnevali DL, Thomas MD.** Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing: Lippincott; 1993.
26. **Karoliussen M, Smebye KL.** Sykepleie: fag og prosess. Oslo: Universitetsforl.; 1981.
27. **Bie K.** Refleksjonshåndboken: for bedre læring. Oslo: Universitetsforlaget; 2007.
28. **Ozturk C, Mustlu GK, Dicle A.** A comparison of problem-based and traditional education on nursing students' critical thinking dispositions. *Nurse education today*. 2008;28:627-32.
29. **Shin S, Ha J, Shin K, Davis MK.** Critical thinking ability of associate, baccalaureate and RN-BSN senior students in Korea. *Nursing Outlook*. 2006;54:328-33.
30. **Lyons EM.** Examining the effects of problem-based learning and NCLEX-RN scores on the critical thinking skills of associate degree nursing students in a southeastern community college. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2008;5:1-17.
31. **Shirrell D.** Critical thinking as a predictor of success in an associate degree nursing program. *Teaching & Learning in Nursing* 2008;3:131-6.
32. **Sorensen HAJ, Yankech LR.** Precepting in the fast lane: improving critical thinking in new graduate nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing* 2008;39:208-16.
33. **Kaddoura MA.** Effect of the Essentials of Critical Care Orientation (ECCO) Program on the Development of Nurses' Critical Thinking Skills. *Journal of Continuing Education in Nursing* 2010;41:424-32.
34. **Hwang S, Yen M, Lee B, Huang M, Tseng H.** A critical thinking disposition scale for nurses: short form. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19:3171-6.
35. **Profetto-McGrath J, Hesketh KL, Lang S, Estabrooks CA.** A study of critical thinking and research utilization among nurses. *Western Journal of Nursing Research* 2003;25:322-37.
36. **Senita J.** The use of concept maps to evaluate critical thinking in the clinical setting. *Teaching & Learning in Nursing* 2008;3:6-10.
37. **Østby BA.** Varsler-sykepleier hedres med pris. Sykepleien 09032011
38. **Helseogomsorgsdepartementet.** St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen.
39. **Fastvold M.** Kritisk tenkning: sokratisk samtaleledelse i skolen. Oslo: Gylvendal akademisk; 2009.
40. **Solvoll B-A.** Omsorgsferdigheter som pedagogisk prosjekt: en feltstudie i sykepleierutdanningen. Oslo: Unipub; 2007.

Abstrakt om kritisk tenkning

› Kritisk tenkning bør vektlegges i sykepleierutdanningen.



Av Maren Falch Lindberg

Klinisk sykepleiespesialist/
fagutviklingssykepleier
Kirurgisk post 2,
Lovisenberg Diakonale Sykehus

Kritisk tenkende sykepleiere er ifølge artikkelen mer fleksible og åpne for andres vurderinger, og bidrar til økt pasientsikkerhet gjennom mer kvalitetssikring og varsling av feil. Kritisk tenkning beskrives som «tankeprosesser som ligger til grunn for effektiv klinisk problemløsning og til å foreta beslutninger», og kjennetegnes blant annet av sunn skepsis, refleksjon og evne til å være kritisk i informasjonssøking.

I min avdeling veileder vi sykepleierstudenter jevnlig, og da er dette nyttig kunnskap å ha med seg. Evne til kritisk tenkning beskrives som et fenomen som kan læres. Studentene uttrykker ofte at det er i praksis de lærer aller mest, fordi de kan knytte sammen teoretisk og praktisk kunnskap, og de får anledning til å reflektere over selvopplevde situasjoner. Praksisfeltet burde dermed være en god arena for å oppøve evnen til kritisk tenkning. Kritisk

tenkning har også en praktisk dimensjon: Det å gjenkjenne endringer i pasientens tilstand og vurdere og handle riktig, forutsetter kunnskap og erfaring.

Et annet element er evne til å stille spørsmål ved egne og andres holdninger, og varsle om feil. Det kan imidlertid være vanskelig å stille kritiske spørsmål til etablert praksis, samtidig som man er avhengig av velvilje fra sin kontaktsykepleier. Mange sykepleiere opplever det også ubehagelig å melde avvik, spesielt nyutdannete. Da handler det kanskje ikke bare om den enkeltes kritiske sans, men om behovet for en avdelingskultur der man verdsetter kritiske spørsmål og varsling av feil.

Artikkelen beskriver og utdyper begrepet kritisk tenkning. Likevel framstår innholdet som noe abstrakt og komplekst. Det kunne vært interessant å vite noe om hvordan man jobber med å fremme dette fenomenet i land

som har hatt det på rammeplanene i noen år, og om sykepleiere i disse landene skiller seg ut fra norske sykepleiere på noen måte. Jeg deler forfatterens syn på at kritisk tenkning er en viktig egenskap som bør vektlegges i sykepleierutdanningen. Vi ønsker mer kunnskapsbasert praksis, og da er sunn skepsis og evne til å sortere informasjon viktig. Sykepleieryrket er komplekst og krevende, derfor trenger studentene mer enn varme hender når de skal ut i yrkeslivet; de må også ha reflekterte og kritisk tenkende hoder.

Les artikkelen på side 76





«MEWSING» GIR SIKRERE PASIENTVURDERING

» Sykepleiere er flinke til å føle hvordan pasientene har det. Ved hjelp av skåringssystemet MEWS skal vurderingene bli mer presise.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Erik M. Sundt**

Sturle Grønbeck, intensivsykepleier ved Generell intensiv på Rikshospitalet, leder prosjektet Mobil intensivsykepleier. Prosjektet er tredelt og omfatter undervisning, pasientskåring og mobil intensivsykepleier. Det er et samarbeid med Lovisenberg diakonale høgskole.

– Prosjektet er unikt i norsk sammenheng, sier Grønbeck.

Selv har han erfaring fra et lignende prosjekt ved Moss sykehus.

– Vi var en gjeng med ildsjeler som dro til Sykehuset i Lund og lærte om mobil intensivgruppe. Deretter dro vi hjem og implementerte kunnskapen ved hele Moss sykehus. Forskjellen er at prosjektet vi har startet her på Rikshospitalet er helt og holdent sykepleiebasert, forteller han.

GAMMEL KUNNSKAP

På Generell intensiv er det hektisk aktivitet. På et møterom skjenker Grønbeck medbrakt kaffe og forklarer:

– Målet med prosjektet er å

bygge klinisk kompetanse. Dette er egentlig gammel kunnskap som settes i system.

– Vi løfter på dyna, ser på pasienten, kjenner på huden og lytter til pusten. Er han varm eller kald, svett, puster han raskt? Slik kan vi danne oss et inntrykk av pasientens tilstand. Som hjelpemiddel benytter vi skåringssystemet MEWS, som rangerer pasientens tilstand ut ifra seks vitalparametre: respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk, temperatur, CNS-status og urinproduksjon.

” Sykepleiere og leger snakker ikke samme språk.

Sykepleiere fra tre sengeposter ved Rikshospitalet deltar i prosjektet; Kirurgisk uro/gastro, blodsykdommer og voksenortopedisk.

– Alle sykepleierne undervises i å vurdere kroppens vitale funksjoner ved hjelp av enkle undersøkelsesmetoder. Samtidig får de innføring i MEWS. Sykepleierne skal skåre en pasient hver per

vakt og slik sikre at pasienten får optimal overvåkning og sykepleie i henhold til sin sykdomstilstand, sier Grønbeck.

KOMMUNISERE BEDRE

Men han presiserer at ingen skåringssystemer er 100 prosent sikre.

– Opplysningene vi får når vi skårer må kombineres med de kliniske observasjonene vi gjør basert på kompetanse og erfaring, presiserer han.

Grønbeck håper også at prosjektet skal gjøre sykepleierne bedre til å kommunisere med legene om pasientenes tilstand.

– Sykepleiere og leger snakker ikke samme språk, mener han.

– Sykepleiere er flinke til å føle og oppleve hvordan pasienten har det. Men kommunikasjon basert på følelser blir ofte vag og lite presis. Ved å bruke skåringssystemet MEWS venner vi oss til å formulere oss mer presist basert på sikrere kunnskap.

Grønbeck mener mangelen på kunnskap om kroppens vitale funksjoner er en svakhet ved sykepleiefaget.



> **KJENNER ETTER:** Sturle Grønbeck kombinerer gammel metode med ny kunnskap når han vurderer tilstanden hos alvorlig syke pasienter.

– Sykepleierutdanningen på bachelornivå er multiprofesjonell i den grad at kunnskapen om anatomi og fysiologi drukner.

MOBIL INTENSIVSYKEPLEIER

Siste ledd i prosjektet er mobil intensivsykepleier. Det innebærer at sykepleierne på sengepostene som deltar i prosjektet, skal kunne kontakte intensivsykepleier på Generell intensiv 24 timer i døgnet.

– På Generell intensiv er det alltid en intensivsykepleier som har det ansvaret som en del av vekten, sier Grønbeck.

– Intensivsykepleieren kan gi råd og veiledning over telefon eller komme til sengeposten og hjelpe til med å vurdere pasienten, alene eller sammen med lege.

Grønbeck har utelukkende møtt velvilje for prosjektet både hos sykehusledelsen og blant sykepleierne som deltar.

– Enkelte av legene hos oss var litt engstelige i starten for at pro-

sjektet skulle føre til merarbeid, forteller han.

– Men vi tror at denne økte kliniske kompetansen tvert imot vil forebygge at pasientene blir dårligere. Når sykepleierne blir bedre til å vurdere pasienten vil det medføre bedre pleie, og hindre innleggelser på intensivavdelingen.

Ifølge Grønbeck har prosjektet allerede gitt resultater. Men foreløpig foreligger ingen tall.

– Alle sykepleierne som har fått undervisning skal svare på en spørreundersøkelse, i tillegg til at vi skal ha et fokusgruppeintervju. Sammen med pasientdata vil disse resultatene kunne fortelle oss om prosjektet har hatt effekt.

TIDLIG VARSLING

Elin Rørhuus-Øie (bildet øverst til venstre), sykepleier ved seksjon for blodsykdommer, mener prosjektet er svært nyttig.

– Ved vår avdeling er mange av pasientene er veldig syke.

MEWS-systemet sikrer tidlig varslings og brukes av samtlige sykepleiere. Ved hjelp av skåringen deler vi pasientene inn i tre grupper: a) de lette pasientene, b) de med behov for mer sykepleie og intravenøse medisiner, c) veldig dårlige pasienter som trenger konstant overvåkning. Når pasientene skårer over 3 (0=normal) på vitale funksjoner, kontakter vi intensiv.

Rørhuus-Øie opplever at skåringssystemet gjør at de raskere oppdager endringer i pasientens tilstand.

– Vi er så vant til å se veldig dårlige pasienter at vi kan bli litt blinde for små endringer. Å skåre pasientene med MEWS fungerer derfor som en oppvekker, også for legene. Skåringen gir oss en mer presis vurdering av pasientene.

Hun opplever også at prosjektet har skapt et tettere samarbeid med intensivavdelingen.

– Terskelen for å ringe dem er blitt lavere.

FORSKER PÅ FEDMEKURS

› Ingrid Knutsen har sett på tvangsaspektet i behandling av mennesker med sykelig overvekt.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Foto **Erik M. Sundt**

Sykepleier Ingrid Ruud Knutsen har levert doktoravhandlingen sin for to dager siden når hun møter oss på Høgskolen i Oslo og Akershus på Kjeller. Hun har fulgt ni pasienter med sykelig overvekt på kurs i livsstilsendring før fedmeoperasjon, og i året etter operasjonen.

– Jeg intervjuet deltakerne fem ganger på ulike tidspunkt i et behandlingsprogram som strakte seg over cirka ett år. Alle gikk ned mer enn 35 kilo i løpet av denne tiden, forteller Knutsen.

SISTE UTVEI

– Samtlige hadde levd med overvekt i mange år og så på fedmeoperasjon som siste utvei. Alle som deltok i undersøkelsen beskrev operasjonen som vellykket, selv om flere slet med bivirkninger, ambivalens og usikkerhet.

Knutsen forteller at 10–20 prosent av fedmeopererte får bivirkninger etter operasjonen. Bare en av tusen dør.

– Hvis personen går ned i vekt

anses operasjonen som vellykket, til tross for at de aller fleste fedmeopererte over tid øker i vekt igjen, som forskning har vist.

Knutsen begynte å forske på sykelig overvekt fordi hun ville se nærmere på hvordan empowerment fremtrer i praksis.

– Jeg ble tipset om overvektsprogrammet av noen kollegaer i klinikken og forsto at det kunne egne seg da jeg leste programmet, forteller hun.

BETINGET FRIHET

Alle som ønsket fedmeoperasjon måtte først gjennomføre kurset i livsstilsendring på et lærings- og mestringsenter.

– Kurset er i teorien frivillig og legger stor vekt på pasientenes egenmotivasjon og deltakelse, som nettopp er det bærende prinsippet i empowermenttenkningen, sier Knutsen.

– Spørsmålet er i hvor stor grad det kan kalles frivillig. De aller fleste deltakerne ser på fedmeoperasjon som aller siste løsning på en uutholdelig situasjon som de ikke makter å komme ut av alene. Kurset er satt som premiss for å få

Ingrid Ruud Knutsen

f. 1967

Utdanning: Sykepleier med hovedfag i sykepleievitenskap, doktorgradsstipendiat

Arbeidssted: Høgskolen i Oslo og Akershus på Kjeller

operasjon, og det er jo operasjon alle deltakerne vil ha.

Hun mener den individuelle friheten kurset er basert på er betinget.

– De liberale ideene som ligger til grunn for empowermenttenkningen gjør styringsmekanismene mindre synlige, mener Knutsen.

STIGMATISERTE

Hun deltok som observatør på kurset og så at programmet bar i seg spenninger i forholdet mellom styring og frihet.

– Alle de overvektige deltakerne satt i en hestesko. Foran dem sto de to kurslederne, begge var slanke. Skillet mellom det man betrakter som normalt og ikke-normalt ble aktualisert i forholdet mellom kursledere og deltakere, selv om hensikten angivelig var den stikk motsatte, mener hun.

– Intervjuene med deltakerne viste hvor enorm stigmatiseringen av overvektige er i vårt samfunn. Fedme blir betraktet som et tegn på manglende viljestyrke. Mange overvektige isolerer seg. Helsetjenesten har bidratt til stigmatiseringen ved å definere



overvekt som sykdom og utvikle individualiserte tilnærminger for å endre kroppen.

Knutsen påpeker at helsefremmende tiltak er veldig i tiden, og baseres på forståelsen av empowerment.

– Individet skal ansvarliggjøres for egen helse. På en annen side er det helsevesenet som har definert mennesker med overvekt som syke. De befinner seg ikke lenger innenfor normalen. Jeg ønsket å undersøke hva det gjør med oss at helsetjenesten definerer hva som er normalt, sier hun.

STORE KONSEKVENSER

– Empowerment var i utgangspunktet knyttet til demokratiske rettigheter, kvinnefrigjøring og borgerrettighetsarbeid, sier Knutsen.

– Gjennom empowerment ønsker man å bevege seg bort fra den paternalistiske medisinen og mot et mer demokratisk prinsipp; pasientene skal få økt handlingsrom til å bedre egen helse.

Men hva skjer i praksis, hvordan gjør man dette? Og fremfor alt; hvordan opplever pasientene

“ Fedme blir betraktet som et tegn på manglende viljestyrke.

dette? Slike spørsmål er det Knutsen stiller i avhandlingen sin.

– Alle kursdeltakerne hadde store forventninger og mye håp knyttet til behandlingsprogrammet og operasjonen. Derfor kan det bli fatalt hvis behandlingen ikke er vellykket.

– De kroppslige endringene fikk store konsekvenser for dem, ikke bare fysisk, men også psykisk. De beskrev for eksempel at de ble behandlet på en helt annen måte etter vekttapet. Noen opplevde å bli hilst på av mennesker som før hadde oversett dem. Mange opplevde dette svært provoserende, og som en erkjennelse av ikke å være gode nok, forteller hun.

DØMMER IKKE

– Jeg ønsker å synliggjøre hvordan makt og diskurs henger sammen.

Knutsen er inspirert av den franske filosofen og idéhistori-

keren Michel Foucault.

– Å lese Foucault har vært krevende, men svært spennende innrømmer hun.

– Ved å ta på meg «Foucault-briller» oppdager jeg ting ved praksis jeg ellers ikke ville sett.

Hun er klar over at hun som sykepleier selv er en del av den diskursen helsevesenet representerer.

– Dette er et ståsted jeg ikke kan velge bort, men samtidig gir det meg også fortrinn. Som sykepleier er det pasienten og pasientens perspektiv som er mitt fokus, og det kommer godt med i denne undersøkelsen, mener hun.

Knutsen understreker at hun ikke har intensjoner om å dømme eller endre praksis.

– Målet er å være kritisk uten å være normativ. Jeg ønsker å reflektere over hvordan virkeligheten ser ut når man betrakter den gjennom en teoretisk tilnærming som bærer i seg en forståelse av at kunnskap og makt er tett knyttet sammen, sier hun.

Les mer om fedmekurs i forskningsartikkelen på side 14

GOD INFORMASJON TIL PASIENTEN



Av **Hege Underdal**, bibliotekar og konstituert redaksjonssjef i helsebiblioteket.no

I Norge er pasienters rett til medvirkning og medbestemmelse hjemlet i lov, men dette forutsetter kunnskap. Mange tyr til Google for å finne informasjon om sin egen diagnose, men kvaliteten på det man finner er ikke alltid like god. Helsepersonell kan bidra til medvirkning ved at pasienter får korrekt og pålitelig informasjon. Her får du tips om noen kilder som kan være nyttige å kjenne til. Lenkene finnes på Helsebibliotekets side for pasientinformasjon.

HELSENRORGE.NO

I juni i fjor lanserte Helsedirektoratet «helsenorge.no» – den offentlige helseportalen for befolkningen. I tillegg til informasjon om helsetjenesten, rettigheter og selvbetjeningsløsninger, inneholder portalen informasjon om forebygging, sykdom og behandling. Innholdet er produsert av Helsedirektoratet og organisasjoner som Kreftforeningen, Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet. Det meste er på norsk, men det finnes også tekster på somalisk, vietnamesisk, urdu, arabisk, tamilsk, engelsk og tyrkisk.

PASIENTBROSJYRER FRA BMJ

På pasientinformasjonssiden finner du en alfabetisk inngang til cirka 200 brosjyrer om diagnoser som diabetes, ADHD, KOLS og migrene. Brosjyrene er på norsk og egnet for utskrift slik at du kan dele dem ut til pasientene dine. Originaltekstene er produsert av British Medical Journal (BMJ) og oversatt av Helsebiblioteket. Alle tekstene er kvalitetssikret av helsepersonell og innholdet er tilpasset norske forhold, for eksempel ved at navn på preparater som ikke finnes i Norge er byttet ut med navnet på

virkestoffet. Flere av disse brosjyrene finnes også på helsenorge.no.

INFORMASJONSFILMER

Helsefilm.no er en portal med informasjonfilmer utviklet ved Sørlandet sykehus HF. Filmene er sortert i kategoriene kropp, sinn og mestring. Temaene spenner bredt: her finnes alt fra bruk av inhalatorer til akuttbehandling av hjerneslag. Målgruppen er pasienter og pårørende, men filmene kan også brukes i undervisning av helsepersonell. Flere av filmene er spesielt utviklet med tanke på barn og yngre pasienter.

ANATOMISK ATLAS

Anatomisk atlas er et oppslagsverk med illustrasjoner og tekst som beskriver kroppens ulike deler og organer. Helsebiblioteket har oversatt atlaset til norsk. Ressursen er utviklet med tanke på pasienter og pårørende og kan være et nyttig hjelpemiddel for helsepersonell i møte med disse gruppene.

PASIENTERFARINGER

En annen kilde til god informasjon er ulike pasientforeningers hjemmesider, du finner lenke til en oversikt over mange av dem på pasientinformasjonssiden. Både Norsk Revmatikerforbund, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Kreftforeningen, Diabetesforbundet og Norges Astma- og Allergiforbund har utarbeidet egen informasjon til pasienter og pårørende. Pasientinformasjonssiden lenker også til ulike typer nettsteder relatert til pasienterfaringer, som HealthTalkOnline og PatientsLikeMe. Her kan brukere fra hele verden komme i kontakt med andre i samme situasjon, dele erfaringer, stille spørsmål og få råd om mestring av egen sykdom. Begge er på engelsk, men det finnes liknende forum og nettverk hos noen av de norske pasientforeningene.

SPRÅKPERMEN

Språk kan være en utfordring i kommunikasjonen

med pasienter og pårørende. Under «Språkverktøy» på pasientinformasjonssiden finnes «Språkpermen», utviklet ved Sykehuset Innlandet HF. Dette er et enkelt, men nyttig hjelpemiddel for å kommunisere med pasienter eller pårørende som ikke snakker norsk. Her kan du for eksempel krysse av for at du vil fortelle en pasient at hun må faste fra et bestemt klokkeslett før narkose, og få teksten frem på skjermen på det språket du har valgt. Det er også mulig å få teksten lest opp. Blant språkene finnes både russisk, urdu, arabisk og somalisk, for å nevne noen.

ANDRE SPRÅK ENN NORSK

Som nevnt har helsenorge.no pasientinformasjon på andre språk enn norsk, men det finnes også andre nettsteder. MedlinePlus er amerikanske National Institutes of Health sin side for pasienter og pårørende. Her kan du enten gå inn via språk eller via tilstand og finne brosjyrer du kan skrive ut og gi til pasienter slik at de kan sette seg inn i egen tilstand på sitt morsmål. MedlinePlus ligger også under «Språkverktøy» på Helsebibliotekets pasientinformasjonsside. For pasienter som mestrer engelsk kan pasientbrosjyrene i det anerkjente oppslagsverket UpToDate være nyttige. Den avanserte bruker kan også ha glede av hoveddelen i oppslagsverket og kanskje også av andre kilder som egentlig er beregnet på helsepersonell. Takket være nasjonale avtaler er det aller meste på Helsebiblioteket.no fritt tilgjengelig for hele befolkningen.

KVALITETSVURDERING

Portalen Sunnskepsis.no gir råd om kvalitetskriterier for helseinformasjon. Nettstedet er utviklet av forskere og helsepersonell i samarbeid med pasienter og andre brukere. En del av portalen hjelper pasienten med å sjekke påliteligheten av informasjon om behandling. En annen del gir en innføring i søking etter forskning, og en siste gir tips om hva som kan være nyttig å spørre helsepersonell om. Sunnskepsis.no kan være et godt tips for pasienter så vel som helsepersonell, på leting etter pålitelige kilder.



JAKTEN PÅ SVAR



Av **Hege Underdal**, bibliotekar og konstituert redaksjonssjef i helsebiblioteket.no

Hvordan forebygger man fall hos pasienter i sykehus? Hjelper lysbehandling på søvn- og atferdsforstyrrelser ved demens? Sykepleierens hverdag er full av spørsmål, men hvor finnes det egentlig pålitelige svar?

På internett finnes det utallige kilder til svar på kliniske spørsmål, men det er ikke alltid like enkelt å finne ut om innholdet er uavhengig og om informasjonen er til å stole på. Ved å starte jakten på svar på Helsebiblioteket.no kan du føle deg tryggere på det du finner. Her presenteres et utvalg gode kilder for sykepleiere.

SYKEPLEIESIDEN

Innenfor kunnskapsbasert praksis (KBP) er det å basere kliniske beslutninger på kilder til oppsummert forskning fremfor primærforskning, et viktig prinsipp. Dette har vi lagt til grunn når vi har strukturert sykepleiesiden på Helsebiblioteket.no. Innstillingen er bygget rundt ulike informasjonsbehov, og tanken er at brukeren ikke skal behøve å vite så mye om KBP for å velge riktig kilde til sitt behov. Siden inneholder lenker til alt fra oppslagsverk og prosedyrer, til tidsskrifter og nyttige nettsider. Gå til siden via menyen til venstre på Helsebibliotekets startside.

PRAKTISKE PROSEDYRER

Hvordan går man så frem når man ønsker å finne ut hvordan man best kan forebygge fall? En mulighet er å gå til en av kildene under «I pasientmøtet» på

sykepleiesiden. Her finner du blant annet prosedyrer, en kilde til praksisnær, oppsummert kunnskap. På Helsebiblioteket.no publiseres kunnskapsbaserte prosedyrer utviklet innenfor Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, presentert i Sykepleien Forskning nummer 4–2011. Et raskt søk på ordet «fall» inne på nettverkets side gir treff på «Forebygging av fall hos pasienter i sykehus». Denne ligger foreløpig bare på listen over påbegynte prosedyrer, så jakten fortsetter.

INTERNASJONALE OPPSLAGSVERK

Neste stopp er kliniske oppslagsverk – et annet eksempel på kilder til kliniske anbefalinger basert på oppsummert forskning. UpToDate er et oppslagsverk med utspring i spesialisthelsetjenesten og gir svar på mange spørsmål hentet fra vanlige situasjoner i sykehus. Ressursen er mest brukt blant leger, men stadig flere sykepleiere oppdager at UpToDate inneholder relevant stoff. Et søk på «fall prevention» gir blant annet treff på kapittelet «Prevention of falls in nursing care facilities and the hospital setting». Her gjennomgås ulike tiltak som trening, justering av medikamentering og tilskudd av vitamin D. I dette tilfellet konkluderer UpToDate med at det er svak evidens for de fleste tiltakene, men at det er grunn til å vurdere individuelt tilpasset forebygging basert på en vurdering av den enkelte pasients største risikofaktorer.

NORSKE RETNINGSLINJER

Oppslagsverkene er en solid kilde til oppsummert internasjonal kunnskap, men anbefalingene kan noen ganger skille seg fra det som er gjeldende i Norge. Derfor er det viktig også å sjekke norske retningslinjer eller veiledere før man gjør et endelig valg om behandling. Helsebiblioteket samler norske retningslinjer og gjør dem tilgjengelige i en egen database, velg «Retningslinjer» i den horisontale menyen øverst på nettsiden. På sykepleiesiden



Illustrasjonsfoto: Colourbox

er noen retningslinjer trukket frem og presentert under «I pasientmøtet», mens andre er vurdert som mer relevante for faglig fordypning. Et søk på «fall» i retningslinjesamlingen gir blant annet treff i en retningslinje om hjerneslag. Anbefalingene for denne pasientgruppen er på linje med de generelle anbefalingene i UpToDate.

SYSTEMATISKE OVERSIKTER

Ved faglig fordypning er det tidsbesparende å se etter systematiske oversikter som oppsummerer mange sammenliknbare enkeltstudier, fremfor selv å søke etter enkeltartikler og så vurdere og oppsummere disse. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Cochrane Collaboration er viktige produsenter av slike oppsummeringer, samt Joanna Briggs Institute som oppsummerer kunnskap spesielt innen sykepleie, fødselshjelp og beslektete områder. På sykepleiesiden finner du disse under «Faglig fordypning».

SEKUNDÆRTIDSSKRIFTER

De fleste tidsskrifter publiserer artikler basert på enkeltstudier, eller primærforskning, og kalles derfor primærtidsskrifter. Sekundærtidsskrifter bygger på primærlitteraturen ved at artiklene i disse tidsskriftene er en oppsummert kvalitetsvurdering av en artikkel opprinnelig publisert i et annet tidsskrift. Sekundærtidsskrifter er altså vel så viktige som primærtidsskriftene, selv om navnet kanskje skulle tilsi noe annet.

Innenfor kunnskapsbasert praksis er kritisk vurdering et viktig trinn mellom det å formulere et spørsmål og implementering av forskningsresultater i klinisk praksis. Hensikten er å vurdere gyldigheten av informasjonen i en studie. Artiklene i sekundærtidsskrifter er et tidsbesparende alternativ til å gjøre dette selv. Innenfor sykepleiefaget er Evidence-Based Nursing fra BMJ et viktig sekundærtidsskrift. Her vurderes artikler fra en rekke sentrale inter-

nasjonale sykepleietidsskrifter. Tidsskriftet finnes under «Faglig fordypning».

PRIMÆRFORSKNING

Det tar tid fra forskningsresultater publiseres til kunnskapen tas inn som kliniske anbefalinger i prosedyrer, retningslinjer og oppslagsverk. Ikke alle artikler oppsummeres i sekundærtidsskrifter heller, så av og til er vi avhengige av å lete i primærlitteraturen. Dette er selvfølgelig også der ny forskning blir tilgjengelig aller først, og er slik sett en viktig kilde til å holde seg oppdatert innenfor sitt eget fag. Sykepleien Forskning er et eksempel på en slik kilde.

I Helsebiblioteket finnes det cirka 3000 tidsskrifter i fulltekst og mange databaser som registrerer innholdet i disse og mange tusen andre tidsskrifter. Under «Faglig fordypning» på sykepleiesiden finner du et utvalg.

HVA TRENGER DU?

Etter at vi la om sykepleiesiden, er enkelttemaer først og fremst ivarett ved at vi samtidig har styrket utvalgte emneinnganger med mer sykepleiefaglig stoff. Disse sidene er tilgjengelige via venstremenyen på Helsebibliotekets forside, prøv for eksempel emnesiden «Eldre», eller «Legemidler». Resultatet er at sykepleiere nå både har en egen generell inngang med råd om valg av kilde, samtidig som emnesidene er blitt mer relevante for faggruppen. Dette er et resultat av et samarbeid med sykepleiere fra sykehjem, hjemmetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og for å sørge for at Helsebiblioteket er relevant og nyttig tar vi alltid imot innspill og tips fra fagmiljøene. Har du kommentarer eller forslag? Kontakt oss på redaksjonen@helsebiblioteket.no!

Lenker: <http://www.helsebiblioteket.no/>,
<http://www.helsebiblioteket.no/Sykepleie>

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:

KRISTIN HARALDSTAD

Tittel: Health-related quality of life and pain in children and adolescens – the Norwegian KIDSCREEN study.

Arbeidssted: Universitetet i Agder, Institutt for Helse og sykepleievitenskap

Utgått fra: Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning.

Veileder: Professor Sølvi Helseth, HiOA

Disputas: 21. juni 2011

E-post: kristin.haraldstad@uia.no

> **Bakgrunn:** Kunnskap om barns livskvalitet er av særlig interesse i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Forskning på helserelatert livskvalitet (HRQOL) kan gi verdifull informasjon om hvordan barn har det, gi bedre forståelse av barns behov, og identifisere

utsatte grupper. Stadig flere barn og ungdom rapporterer om psykososiale problemer som kan ha negativ påvirkning på livskvaliteten, slik som smerter, et negativt kroppsbilde, overvekt og mobbing.

Hensikt: Å bidra til økt kunnskap om HRQOL og helse hos barn og ungdom ved å studere HRQOL og forklaringsvariabler for HRQOL i et utvalg barn og ungdom i aldersgruppen 8–18 år. Samt å studere barns opplevelse av smerter, og foreldres vurdering av barnas smerter.

Metode: Tverrsnittstudie. En spørreundersøkelse ble gjennomført på 20 barne-, ungdoms- og videregående skoler i østlandsområdet. Et utvalg av 1238 barn og ungdom samt 835 foreldre deltok.

Resultat: Barn og ungdom i aldersgruppen 16–18 år rapporterer om lavere HRQOL enn de yngre barna. Jentene rapporterer

i gjennomsnitt lavere HRQOL enn gutter. Det er en sammenheng mellom lav HRQOL og det å oppleve smerte, bli mobbet og ha et negativt kroppsbilde. Kroppsbilde har størst betydning for variasjon i livskvaliteten. Resultatene viste ingen sammenheng mellom BMI og HRQOL. Mange barn rapporterer om smerte; sju av ti jenter i aldersgruppen 16–18 har hatt smerter de siste tre månedene.

Konklusjon: Flere faktorer har betydning for barn og unges livskvalitet. Kroppsbilde er en viktig forklaringsvariabel for HRQOL hos barn, og alderen 16–18 år er en sårbar fase, særlig for jenter. Mange barn og ungdom har smerter, og smerter er et sentralt helseproblem i denne aldersgruppen. Smerter påvirker dagliglivet og fører til skolefravær, søvnproblemer og fravær fra aktiviteter. Videre er det sammenheng mellom smerter og lav HRQOL. Foreldre er i liten grad klar over barnas smerter.

HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til forskning@sykepleien.no.

Retningslinjer for utforming av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider: www.sykepleien.no.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
**MARY-ELIZABETH
BRADLEY EILERTSEN**

Tittel: Children and Adolescents Surviving Cancer: Psychosocial Health, Quality of Life and Social Support

Arbeidssted: Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU

Utgått fra: NTNU, Det medisinske fakultet, Trondheim

Veileder: Professor Torstein Vik; Høgskolen i Sør-Trøndelag

Disputas: 17. november 2011

E-post: mary.elizabeth.eilertsen@hist.no

> **Bakgrunn:** Å få kreft som barn innebærer en krise for barnet og dets familie. En tverrfaglig samarbeidsmodell for oppfølging av barn med kreft og deres familier var utviklet ved Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim.

Hensikt: Studien var todelt. Målet med del 1 var å utforske og beskrive fagpersoners oppfatning av samarbeid, samt å evaluere samarbeidsmodellen. Målet i del 2 var å beskrive psykososial helse og livskvalitet til unge som overlever kreft tre år eller mer etter diagnose, sammenliknet med en frisk kontrollgruppe.

Metode: I del 1 besvarte 91 fagpersoner fra familiens nærmiljø et spørreskjema og 17 fagpersoner fra Trondheim kommune og Barne- og ungdomsklinikken deltok i fokusgruppeintervjuer. Del 2 omfattet en casekontroll-studie av 50 unge, diagnostisert med kreft mellom 1993–2003, samt foreldre, lærer og kontrollgruppe.

Resultat: Fagpersoner rapporterte veletablerte rutiner for samarbeid som avgjørende for best mulig oppfølging av familier. Ungdommer som overlevde kreft vurderte sin egen livskvalitet som like god som kontrollgruppen. Ungdommer behandlet for hjernesvulst og de som hadde senskader, rapporterte imidlertid mer emosjonelle problemer og dårligere livskvalitet. I tillegg rapporterte foreldrene dårligere livskvalitet for sine barn som overlevde kreft sammenliknet med kontrollere.

Konklusjon: Det er av stor betydning å utvikle gode rutiner for samarbeid og tilpassete tiltak ved planlegging av rehabilitering, spesielt for barn som har vært behandlet for hjernesvulst og de med senskader. Å ta hensyn til informasjon som er både subjektivt og proxy-rapportert er viktig for å bidra til en helhetlig forståelse av barnets psykososiale helse og livskvalitet.



Kandidat:
**RAGNHILD JOHANNE
TVEIT SEKSE**

Tittel: Livet etter underlivskreft. Kvinner sine erfaringar fem og seks år etter behandling for kreftsjukdom.

Arbeidssted: Gynekologisk avdeling, KK, Haukeland universitetssjukehus.

Utgått fra: Det medisinske-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Veileder: Professor Eva Gjøedal, UiB

Disputas: 22. november 2011

E-post: ragnhild.johanne.sekse@helse-bergen.no

> **Bakgrunn:** Talet på menneske som blir langtidsoverlevarar etter kreftsjukdom aukar. Dette skaper eit behov for kunnskap om korleis livet blir opplevd i eit lengre perspektiv etter behandlingsslutt.

Hensikten: Målet med studien var å få kunnskap om korleis kvinner som er behandla for underlivskreft opplever livet i eit langtidsperspektiv.

Metode: Studien har eit kvalitativt design bestående av 32 djupintervju med 16 kvinner i alderen 39–66 år. Studien er forankra i eit fenomenologisk livsverdsperspektiv og



meningsstrukturar kom fram ved hjelp av trinnvis meningsfortetting.

Resultat: Kvinnene sine erfaringar viser at kreftsjukdomen var ein livsendrande prosess som på ulike måtar førte til djuptgripande endringar i livet. Kroppslege endringar, som òg hadde relasjonelle og eksistensielle aspekt, var framleis utfordrande å leva med fem og seks år etter behandling. At endringane òg var knytt til sårbare og intime tema, gjorde dei ekstra vanskelege å koma til rette med. Samstundes hadde kreftsjukdomen henta fram djup takksemd for livet og revitalisert verdiar hjå mange. I tre typlogiar viser studien variasjonar på korleis kvinnene møtte og levde seg gjennom krefterfaringane. Studien har gitt kunnskap om korleis kreftsjukdom kan endra livet på måtar som både er vanskelege og berikande for livet vidare.

Konklusjon: Resultata frå studien gir innsikt som kan brukast til å betra informasjon og vegleiing til kvinner som blir behandla for underlivskreft. Kvinnene kan slik bli betre i stand til å møte kroppslige endringar og mulege konsekvensar på lengre sikt, som til dømes endringar for seksuallivet. Studien viser òg at ein bør styrka den heilskapelege oppfølginga ved mellom anna å skape rom og tid for samtale.



Kandidat:
SIGRID NAKREM

Tittel: Measuring quality of care in nursing homes – what matters?

Arbeidssted: Høgskolen i Sør-Trøndelag Avdeling for sykepleierutdanning.

Utgått fra: NTNU

Veileder: Førsteamanuensis Arnfinn Seim, NTNU DMF

Disputas: 16. desember 2011

E-post: sigrid.nakrem@hist.no

> **Bakgrunn:** Antall eldre over 65 år er økende, noe som innebærer økt press på sykehjem i framtiden. Sykehjemmene har utviklet seg de siste 50 årene fra hovedsakelig et botilbud til helseinstitusjoner som gir avansert helsehjelp. Sykehjemsbeboere er skrøpelige eldre med komplekse problemstillinger, avhengig av avansert sykepleie. Kvalitetsindikatorer er kvantitative mål som reflekterer en profesjonell standard for pleie og omsorg, og slike mål benyttes i økende grad for å vurdere kvalitet i sykehjem. Imidlertid er det nødvendig å inkludere det som har størst betydning for sykehjemsbeboere i slike mål.

Hensikt: Hovedmålsettingen med studien var å bidra til en dypere

forståelse av sykehjemskvalitet, ut fra helsepersonellens, beboernes og pårørendes ståsted.

Metode: Avhandlingen omfatter en systematisk oversikt over kvalitetsindikatorer som er i bruk internasjonalt. Videre er det gjort dybdeintervju av beboere ved fire ulike sykehjem, og fokusgruppeintervjuer med pårørende ved to av sykehjemmene.

Resultat: Funnene viser at kvalitet på pleie og omsorg i sykehjem omfatter minst fire hovedområder: Bokvalitet, personellkvalitet, helsetjenestekvalitet og sosial kvalitet, og disse påvirkes i tillegg av en rekke eksterne faktorer. Den internasjonale oversikten over kvalitetsindikatorer gir indikasjoner på at noen av dem kan brukes som pålitelige og gyldige evalueringer av kvaliteten på pleie og omsorg. Den kvalitative intervjuundersøkelsen med beboere og pårørende viste at fysisk og psykisk velvære, mellommenneskelige forhold og det sosiale miljøet har betydning for kvaliteten.

Konklusjon: Indikatorer for de beboerfarte områdene for kvalitet må utvikles. For å sikre at disse er pasientsentrerte, bør utviklingen gjøres i tett samarbeid med sykehjemsbeboerne og pårørende, i tillegg til helsepersonell.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
ELISABETH HOLM HANSEN

Tittel: Monitoring activities in out-of-hours emergency primary care in Norway. A special emphasis on nurses telephone triage and counseling.

Arbeidssted: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research, Uni Helse og Haraldsplass diakonale høgskole.

Utgått fra: Medisinsk-odontologisk fakultet, Universitetet i Bergen.

Veileder: Steinar Hunskaar, UjB

Disputas: 18. november 2011

E-post: elisabeth.holm-hansen@uni.no

► **Bakgrunn:** Legevakt er en viktig del av primærhelsetjenesten, og det har ikke eksistert noen systematisk kartlegging av legevaktaktiviteter i Norge. Sykepleiere ved legevakter og legevaktsentraler vurderer og prioriterer pasienthenvendelser og henviser til lege eller gir medisinske råd. Det har så langt ikke vært gjort noen studier på prioriteringer og sykepleiers rådgivning ved norske legevakter.

Hensikt: Hensikten med studiene i avhandlingen har vært å utvikle en

metode for å samle inn valide data fra et representativt utvalg av legevakter i Norge. Videre ønsket man å undersøke hvordan sykepleiere i legevakt fastsetter pasientenes hastegrad og hvordan pasienter som får medisinske råd av sykepleier forstår og følger rådene.

Metode: Sykepleiere ved sju legevakter og 18 kommuner underskrev en kontrakt om å levere data på et bestemt sett av variabler hele døgnet, hele uken, alle årets dager. Ved undersøkelse av fastsetting av hastegrad ble 88 sykepleiere i det samme representative utvalget bedt om å vurdere og fastsette hastegrad på 20 skriftlige scenarier i henhold til Norsk indeks. For å undersøke sykepleiers medisinske telefonrådgivning ble det gjennomført intervju med 100 pasienter der deler av informasjonen fra intervjuene ble sammenliknet med pasientenes lydlogg.

Resultat: Studiene har avdekket store variasjoner i henvendelser til legevakt med høyest kontaktrate for barn og eldre. Norge hadde den høyeste kontaktraten til legevakt sammenliknet med studier fra andre land, med unntak av Danmark. Tilstander som ikke haster utgjorde 76 prosent av alle henvendelsene, og 2 prosent var akutte, alvorlige tilstander. Sykepleierne håndterte 24 prosent av

alle kontaktene alene. Sykepleiernes fastsetting av hastegrad viste totalt 77 prosent korrekte vurderinger i henhold til Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp. Studien fant en undertriagering av hastegrad som var betydelig lavere enn tilsvarende studier i andre land. Samsvar mellom sykepleiernes vurderinger var høy og revurderingene viste god konsistens. Av pasientene som fikk råd av sykepleier på telefonen, sa 99 prosent at de forsto rådene, og flesteparten sa de fulgte dem. Ved sammenlikning av lydlogg var det diskrepans på 18 prosent i forståelse av rådene. Innringere som ikke snakket flytende norsk var mindre trygge på sykepleierne, og fulgte rådene i mindre grad enn andre innringere. Etter kontakt med sykepleier kontaktet 22 prosent av innringerne fastlegen og 11 prosent rekontaktet legevakten.

Konklusjon: Norge har en høy kontaktrate til legevakt sammenliknet med andre land og en høy andel ikke-akutte tilstander. Sykepleiers fastsetting av hastegrad var trygge, og intern konsistens var god. Pasienter som fikk medisinske råd av sykepleier forsto og fulgte rådene i stor grad, men det er kommunikasjonsutfordringer i kontakt med ikke-norske. Pasientenes utkomme etter rådgivning fra sykepleier var god.



Contents >>

Editorial: The quality of the research on nursing	3
Contributions:	
Tove Strand: On the road to equality?	4
Sophie D. Fosså: Cancer treatment has a price	7
Summarised research:	
Cochrane	8
Research news	12
Research articles:	
Motivation for lifestyle changes among morbidly obese people. Av Lisbet Borge, Bjørg Christiansen og May Solveig Fagermoe	14
Comment: Lifestyle change requires motivation. Av Annette Bævre Larsen	23
Activity and organisation of Norwegian learning and mastery centres. Av Christina Foss	24
Comment: We need more knowledge about Learning and mastery centres. Av Kirsti Jenssen.....	31
Assessing pain in sedated, ventilated patients. Av Gerd Bjørknes og Tone Rustøen.....	32
Comment: Not as easy to utilise. Av Knut Dybwik	40
Meaningful activities at the nursing home. Av Britt Øvrebø Haugland.....	42
Comment: We must cooperate with the relatives. Av Elisabeth Rosenvinge	50
The importance of sensory garden and therapeutic horticulture in dementia care:	
A scoping review. Av Marianne Thoresen Gonzalez og Marit Kirkevold	52
Comment: Horticulture reduces anxiety and creates well-being. Av Ida Merethe Dæhlen Larsen	65
Pain due to chest-tube removal. Av Erik Inge Dagestad, Tone Rosén og Solveig Monica Thorsen	66
Comment: The mapping of pain can correct practice. Av Anne Line Sneve Rørtveit	74
Critical thinking: a literate study. Av Vigdis Granum, Gry Opsahl og Betty-Ann Solvoll	76
Kommentar: Abstract about critical thinking. Av Maren Falch Lindberg	85
Research in practice	86
Research Interview	88
New and useful	90



Innhold >>

Leder: Kvaliteten på norsk sykepleieforskning	3
Innspill:	
Tove Strand: På vei mot likeverd?	4
Sophie D. Fosså: Kreftbehandling har en pris	7
Oppsummert forskning:	
Cochrane	8
Forskningsnytt	12
Forskningsartikler:	
Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. Av Lisbet Borge, Bjørg Christiansen og May Solveig Fagermoe	14.
Kommentar: Livsstilsendring krever motivasjon. Av Annette Bævre Larsen	23
Aktivitet ved og organisering av lærings- og mestringssentre. Av Christina Foss	24
Kommentar: Vi trenger mer kunnskap om LMS. Av Kirsti Jenssen.....	31
Smertevurdering av sederte pasienter på respirator. Av Gerd Bjørknes og Tone Rustøen.....	32
Kommentar: Ikke like enkelt å ta i bruk. Av Knut Dybwik	40
Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. Av Britt Øvrebø Haugland.....	42
Kommentar: Vi må samarbeide med pårørende. Av Elisabeth Rosenvinge	50
Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens:	
En scoping review. Av Marianne Thoresen Gonzalez og Marit Kirkevold	52
Kommentar: Hagebruk demper uro og skaper trivsel. Av Ida Merethe Dæhlen Larsen	65
Smerter ved fjerning av retrosternale thoraxdren.	
Av Erik Inge Dagestad, Tone Rosén og Solveig Monica Thorsen	66
Kommentar: Smertekartlegging kan korrigere praksis. Av Anne Line Sneve Rørtveit	74
Hva kjennetegner kritisk tenkning? Av Vigdis Granum, Gry Opsahl og Betty-Ann Solvoll	76
Kommentar: Abstrakt om kritisk tenkning. Av Maren Falch Lindberg	85
Forskning i praksis	86
Forskerintervju	88
Nytt og nyttig	90

Den teknologiske og samfunnsmessige utviklingen gjør oss stadig mer inaktive. Vi bruker mer tid foran elektroniske skjermer, enten det er TV, PC eller elektroniske spill. Vi forflytter oss ved hjelp av rulletrapper, gå-bånd og heiser. Vi kjører barn selv korte anstunder til skole og andre aktiviteter. Når vi stadig reduserer energiforbruket må vi også redusere energiinntaket for å oppnå ballanse mellom inntak og forbruk. Denne utgaven av **Sykepleien Forskning** gir innsikt i noen av problemstillingene overvektige opplever når de står overfor valg om å endre vaner, med artikkelen til Borge og kollegaer.

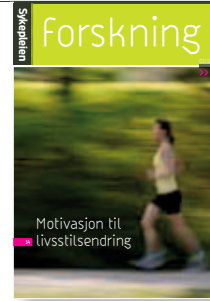


Foto: Colourbox

REDAKSJONSKOMITÉ:



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



Liv Wergeland Sørbye
Professor ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo.



Per Nortvedt
Professor ved Universitetet i Oslo.



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



Liv Merete Reinar
Seksjonsleder, Nasjonalt kunnskaps-senter for helse-tjenesten.



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



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



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@kunnskaps-senteret.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: Color Print A/S

Utgivelsesplan 2012:
22/3, 21/6, 6/9, 29/11
Abonnementspris: Kr. 280,- per år
ISSN 1890-2936

Kvaliteten på norsk sykepleieforskning

Før årsskiftet publiserte Forskningsrådet evalueringer av helseforskningen i Norge. Rapporten var laget av internasjonalt sammensatte grupper på oppdrag fra Forskningsrådet. Deler av den ble gjengitt i Aftenposten. Sykepleieforskningen fikk spesielt sterk kritikk. En forklaring på at noen sykepleieforskningsgrupper kom dårlig ut kan være at noen av gruppene er relativt nye og under oppbygging. Men innvendingene er så alvorlige at evalueringen bør føre til at institusjonene gjennomgår disse miljøene og tar aktive grep.

Små, isolerte forskningsmiljøer kan av og til utvikle uhenksmessige lokale kulturer. Derfor er det viktig at forskere med internasjonal erfaring vurderer oss. Evalueringen er konstruktiv og peker på forbedringspotensialer. Den gir nyttige og klare råd til hva som bør gjøres fremover. Den aktuelle rapporten beskriver imidlertid stor variasjon i kvaliteten på sykepleieforskningen.

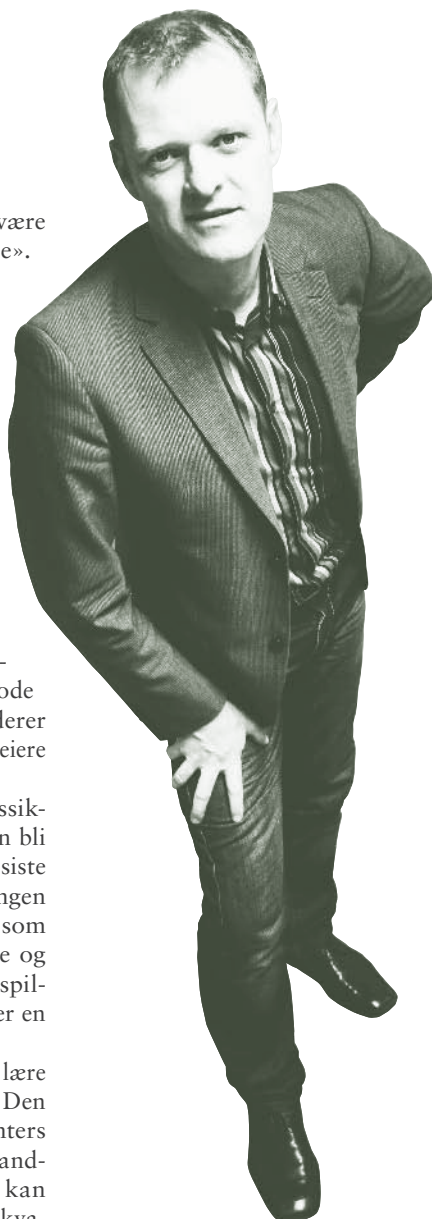
I den aktuelle rapporten er det små forskningsgrupper ved høyskolene som trekkes frem som svake. Evalueringsgruppene har imidlertid kun evaluert tre høyskoler. Av disse blir sykepleieforskningen ved én vurdert til å være «god/veldig god». Tilsvarende blir forskergruppene som ledes av, eller hovedsakelig består av sykepleieforskere i de kliniske miljøene ved Oslo Universitets-

sykehus, vurdert til å være «gode» eller «svært gode». «Svært god» er den neste beste karakteren som gis. Forskningen ved Institutt for sykepleievitenskap ved UiO blir også vurdert til å være «god».

Sykepleiere er den største helsepersonellgruppen i helsevesenet og en av yrkesgruppene som tilbringer mest tid sammen med pasientene. For å kunne tilby pasienter sykepleie av god kvalitet, er det viktig å utvikle gode forskningsmiljøer som studerer pasientproblemer som sykepleiere vurderer og behandler.

Fremover vil kvalitetssikring av sykepleieforskningen bli enda viktigere enn tidligere. I siste ledd gjelder dette publiseringen av forskningsresultater som formidles til andre forskere og samfunnet for øvrig. Her spiller vitenskapelige tidsskrifter en viktig rolle.

Sykepleieforskningen kan lære mye av eksternt granskning. Den bør handle mer om pasienters hverdagsopplevelser og behandlingen sykepleiere gir. Slik kan forskningen bidra til å heve kvaliteten på sykepleien pasientene får.



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

Av Tove Strand

f. 1946
 Viseadministrerende direktør
 Samhandling og internasjonalt
 samarbeid, Oslo universitets-
 sykehus

På vei mot likeverd?

> Lik tilgang på helsetjenester er et viktig, men krevende mål.

Regjeringen la nylig fram en stortingsmelding med tittelen Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken. Der legges det stor vekt på at norsk politikk bygger på, og har som målsetting å fremme grunnleggende menneskerettigheter. Lik tilgang til helsetjenester for alle – basert på bredt anlagte og robuste helsesystemer, er retningssigvende.

BIDRAR INTERNASJONALT

Lik tilgang på helsetjenester er et krevende mål, men samtidig en viktig ledestjerne. Det gir retning for tanken og motiverer for handling. Oslo universitetssykehus (OUS) bidrar på mange arenaer for å øke tilgangen på helsetjenester i land som Malawi, India og i palestinske områder. Fokuset har særlig vært på veiledning, praktisk opplæring og utdanning.

I Malawi samarbeider vi med Helse Bergen og Universitetssykehuset Nord-Norge om å sikre jordmor og gynekolog til Lilongwe, hovedstaden i dette

fattige landet. Den norske jordmoren jobber side om side med sine lokale kollegaer. Samtidig som hun tar imot nye borgere på linje med de øvrige kollegaene, skal hun også veilede og bidra til faglig utvikling. Kanskje den aller viktigste rollen hennes er å formidle holdninger gjennom egen atferd. Å se den fødende, møte henne med respekt, vise omsorg.

Det har vært en fryd å høre tilbakemeldingene fra sykehuset i Lilongwe. Det gjør meg så stolt av folka våre. Samtidig har det vært utrolig fint å høre fortellinger fra dem som har vært ute. De har lært mye, både faglig og kulturelt. Antallet barn de har tatt i mot i løpet av én måned, er enormt i forhold til en norsk virkelighet. De må ta selvstendig ansvar i vanskelige situasjoner på en helt annen måte enn her. Og det har de gjort, på en utrolig bra måte.

I palestinske områder har helsepersoneell fra OUS blant annet lært opp kollegaer i laparoskopi slik at kvinnene får en mye min-

dre belastende behandling enn ved gamle metoder. Vi samarbeider også innen organisering og ledelse. Det er bakgrunnen for at jeg nå sitter på et hotellrom i Jerusalem og skriver et innlegg til Sykepleien Forskning.

Det er godt å kunne si at slikt kompetansesamarbeid gjør en forskjell. Det gir flere tilgang til gode tjenester i våre samarbeidsland og vi får medarbeidere med erfaringer det er bruk for i dagens norske samfunn. En endret befolknings sammensetning krever mer global kunnskap om ulike sykdomsbilder, kulturer og tradisjoner.

KOMPLISERT SYSTEM

Oslo universitetssykehus har en styrevedtatt strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold der det presiseres at: 1) Tjenestene skal være av like god kvalitet. 2) Det skal være like god tilgang på tjenester. 3) Tjenestene skal gi resultatlikhet.

Det er et stykke fram! Men jeg tror vi har kommet langt i likebehandling når noen først har blitt



Foto: Ullevål Universitetssykehus

” Min uro nå går på om alle som trenger hjelp, faktisk får det.

pasient hos oss. Det hjelper godt at vi har mange medarbeidere som har arbeidet i andre land, medarbeidere med bakgrunn fra flere land og etter hvert mange med videreutdanning i flerkulturelt helsearbeid. Vi forsøker også å legge til rette for oversettelse av viktig informasjon, bruk av tolker, kultursensitivitet i mattilbudet og tilbud om alternativ tros- og livssynsbetjening for den som ønsker det. Fortsatt kan det gjøres mer, men vi er på god vei.

Min uro nå går på om alle som trenger hjelp, faktisk får det. Vi har et komplisert system, med kommunehelsetjeneste, fastleger, spesialister, sykehus på ulike nivå og det kreves henvisning for å komme videre i systemet. Hvis du ikke kan lese og skrive, eller ikke behersker norsk, er det ikke lett å bestille time hos fastlegen, og enda mer krevende å forklare behovet for en resept eller en henvisning til spesialist. En internasjonal evaluering jeg leste nylig, konkluderte da også med at det norske systemet var komplisert og lite koordinert. Dette håper jeg gjennomføringen av samhandlingsreformen vil gjøre noe med. Men det

tar tid. I mellomtida bruker noen Legevakta som fastlege og andre bruker ingen.

VEKTLIGGER KVINNEHELSE

Norsk helsebistand har et særlig fokus på å bedre kvinners helse og vi støtter viktige globale satsinger. Men også her hjemme trengs målrettet satsing overfor enkelte utsatte grupper. Tre jordmødre på OUS, Ullevål, opplevde at enkelte innvandrerkvinner var så slitne av mange barnefødsler at de ikke gledet seg over et nytt barn. Derfor etablerte jordmødrene i 2010 en kveldspoliklinikk for kvinner som trenger helseinformasjon, etterkontroll etter fødsel og råd og veiledning om prevensjon og familieplanlegging.

Kvinnene forteller hverandre om tilbudet. Så langt har mer enn 600 kvinner benyttet det. I tillegg har enkelte helsestasjoner begynt å henvise dit til seksukers kontroll. Det vitner om at behovet er stort, da det er fullt hver onsdag. Det settes av en time til hver kvinne, der de lærer om egen kropp, får tilbud om prevensjon og det tas celleprøver, noe et stort

flertall av kvinnene aldri har tatt. Prøvene har avdekket forstadier til kreft, og i tillegg et tilfelle av langtkommet kreft. Gjennom denne poliklinikken får kvinnene kunnskap og mulighet til å ta kontroll over eget liv ved å begrense antall barn. For barna betyr dette en mor som har krefter til å følge opp bedre.

HVEM SKAL BETALE?

Også i vårt samfunn er det behov for spesialinnsats hvis vi skal sikre likeverdige tjenester til alle. Enda mer krevende blir det når vi også setter resultatlikhet inn i målbilde. Spørsmålet er hvordan vi skal gjøre dette, hvem skal gjøre hva og hvem dekker kostnadene?

Det samme spørsmålet kan vi stille for innsats utenfor Norge. Skal all støtte gå via multilaterale organisasjoner eller skal vi bidra til økt kompetanse ved målrettet, langsiktig samarbeid? Svaret mitt er selvsagt det siste! Men også her kreves avklaring av rammevilkår og finansieringsformer før vi kan sende ut kvalifiserte og motiverte sykepleiere og andre som vil bidra til å gjøre en forskjell, ute og hjemme!

Les flere anmeldelser på nett



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



Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholt's
stiftelse for forskning

- Forskning innen hjerte-, blinde- og kreftsaken

FORSKNINGSSTIPEND

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

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

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

SØKNADSRIST: 1. MAI 2012

Av Sophie D. Fosså

Professor emerita, Oslo Universitetssykehus, Avdeling for Kreftbehandling, Kompetansesenter for Langtidsstudier etter kreft.



Kreftbehandling har en pris

› Stadige flere overlever kreft, men sliter samtidig med senvirkninger.

I dag overlever vel 60 prosent av kreftpasienter de første fem årene etter diagnosen. Mange av disse kreftoverleverne har seneffekter relatert til sykdommen og/eller behandlingen, som vedvarende utbrenthet (fatigue), hormonelle forstyrrelser eller konstant angst for tilbakefall. Viktig her er at seneffekter etter kreft kan debutere etter lange symptomfrie intervaller, opptil 20–30 år etter kreftbehandlingen.

På grunn av sine store populasjonsbaserte registre er Norge i en spesielt god posisjon til å gjøre forskning på seneffekter etter kreft, ikke bare med henblikk på antallet nye krefttilfeller, men også relatert til årsaksmekanismer. Med utgangspunkt i disse registrene kan langtidsoverlevende kreftpasienter identifiseres og innkalles til etterundersøkelser. Hovedmålsettingen ved slike

prosjekter er å informere pasientene om individuell risiko og foreslå behandling av allerede eksisterende helseproblemer. Det vil si at man yter helsehjelp til den enkelte kreftoverlever. I slike undersøkelser er sykepleiere som jobber med kreftpasienter essensielle medarbeidere for å kartlegge pasientens problemer.

Resultatene av slik forskning har kommet nye kreftpasienter til nytte, slik som innføring av brystbevarende kirurgi ved brystkreft. Men de fleste kreftpasienter må akseptere at behandling av en livstruende sykdom kan medføre seneffekter som de må lære å leve med. Og som de selv kan redusere ved å følge anbefalte livsstilsråd som ikke å røyke og være fysisk aktiv. I denne sammenhengen er helsearbeiderne nødt til å påpeke pasientens eget ansvar.

Organisering av overvåking, diagnose og behandling av sen-

effekter etter kreftbehandling representerer en utfordring for dagens helsevesen, ikke minst i Samhandlingsreformens ånd. Hvilken rolle har fastlegene? Har fastlegene nok kompetanse? Skal man opprette spesialiserte poliklinikker for langtids effekter etter kreftbehandling? Hva ønsker pasientene? Helsedirektoratet har begynt å interessere seg for denne problematikken og nedsatte i 2010 et nasjonalt utvalg av eksperter. Disse har kommet med et forslag til organisering av langtidskontroller av kreftpasienter. Forslaget er å opprette et landsomfattende nettverk av fire–fem spesialister med erfaring i kreftoverlevendes problemer, for å kunne gi råd og opplæring til helsepersonellet i regionen. Høringsuttalelser til dette forslaget foreligger nå, og det er bare å håpe at helsemyndighetene fatter beslutninger vedrørende dette i 2012.

Gasbind og teip kan være bedre enn gjennomiktig plaster

Sentralt venekateter:

Resultatene fra en ny Cochrane-oversikt viser at bruken av gasbind og teip muligens gir færre kateterrelaterte blodstrømsinfeksjoner enn bruk av gjennomiktig plaster.

SENTRALT VENEKATETER

Et sentralt venekateter er et kateter plassert i en stor vene i halsen, brystet eller lysken som settes inn ved for eksempel:

- mer intensiv kardiovaskulær overvåkning
- bedre overvåkning av væskestatus
- langsiktig bruk av intravenøse legemidler (som antibiotika eller smertestillende)
- langsiktig parenteral ernæring (spesielt for kronisk syke pasienter)
- andre årsaker til hyppig eller vedvarende behov for intravenøs tilgang eller når perifer tilgang ikke er mulig

Det er mest vanlig å legge inn et sentralt venekateter i vena jugularis interna, vena subclavia eller vena femoralis. Bruk av sentralt venekateter er forbundet med økt risiko for blodstrømsinfeksjon i forhold til perifert venekateter. Ulike typer forbindelse er brukt for å beskytte utgangsstedet hvor det sentrale venekateteret sitter. De vanligste er gasbind og teip eller gjennomiktige plastre (polyurethane).

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant fire studier som

vurderte bruken av gasbind og teip sammenliknet med gjennomiktig plaster ved sentralt venekateter. De fant følgende effekter:

- Bruken av gasbind og teip gir muligens færre kateterrelaterte blodstrømsinfeksjoner sammenliknet med bruk av gjennomiktig plaster.
- Bruken av gasbind og teip gir muligens liten eller ingen forskjell i antall infeksjoner rundt utgangsstedet sammenliknet med bruk av gjennomiktig plaster.
- Bruken av gasbind og teip gir muligens liten eller ingen forskjell i antall koloniseringer sammenliknet med bruk av gjennomiktig plaster.

Forskerne fant en firedobling i kateterrelaterte blodstrømsinfeksjoner ved bruk av gjennomiktig plaster. Men risikoen for å få kateterrelaterte blodstrømsinfeksjoner kan være svært liten (2 prosent) eller betydelig høyere (opptil 17 ganger høyere) ved bruk av gjennomiktig plaster sammenliknet med gasbind og teip. Det er usikkerhet forbundet med dette funnet. I tillegg er de fire studiene små. Større og robuste studier vil kunne gi oss et sikrere svar på hvilket av tiltakene som egner seg best. Videre er det forskjeller på de gjennomiktige plastrer som er på markedet. De kan blant annet variere i størrelse og pusteevne.

HVA ER DENNE

INFORMASJONEN BASERT PÅ?

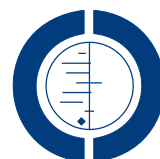
Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av gasbind og teip sammenliknet med gjennomiktig plaster ved bruk av sentralt venekateter. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser. De fant fire randomiserte studier med til sammen 337 personer som studerte bruken av gasbind og teip sammenliknet med gjennomiktig plaster. De fire studiene ble publisert mellom 1991 og 2009 og var gjennomført i USA, Spania og Tyrkia. Oversikten inkluderte ytterligere to studier (126 deltakere) som sammenliknet ulike typer gjennomiktig plaster, men de er ikke omtalt her.

KILDE

Webster J, Gillies D, O’Riordan E, Sherriff KL, Rickard CM. Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD003827. DOI: 10.1002/14651858.CD003827.pub2.

Skrevet av **Marita Sporstøl Fønhus**,

Nasjonalt kunnskapssenter for
helsetjenesten



THE COCHRANE
COLLABORATION®



Illustrasjon: Lene Ask

Gir færre fødselsrifter

Resultatene fra en ny Cochrane-oversikt viser at varme kompresser eller massasje på perineum ved normale fødsler trolig gir færre alvorlige fødselsrifter.

Under en fødsel oppstår det ofte rifter i hud og slimhinne rundt eller mellom skjede- og endetarmsåpningen (perineum). Det er fire grader av fødselsrifter:

- Grad I: Overflatisk skade av hud i perineum eller skjedens slimhinne.
- Grad II: Dyp perinealskade med skade på muskulatur i perineum. Et klipp, episiotomi, regnes også som grad II.
- Grad III: Skade av perineum der lukkemuskulaturen rundt endetarmsåpningen er helt eller delvis avrevet.
- Grad IV: Større skade av perineum der slimhinnen i endetarmen er ødelagt.

Mindre fødselsrifter (grad I og II) er oftest uproblematisk. Kvinner med alvorlige fødselsrifter (grad III og IV), kan få vedvarende plager og skader. Smerter, urinal og fekal inkontinens, psykiske og sosiale problemer kan oppstå som følge av skaden. Kvinnens omsorg ovenfor barnet og hennes evne til å utføre dagligdagse omsorgsrutiner som morsrollen krever kan også påvirkes. Det er derfor viktig å forebygge alvorlige fødselsrifter.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne fant åtte studier som vurderte effekter av ulike tiltak gitt til fødende kvinner for å begrense perineale skader etter fødsel:

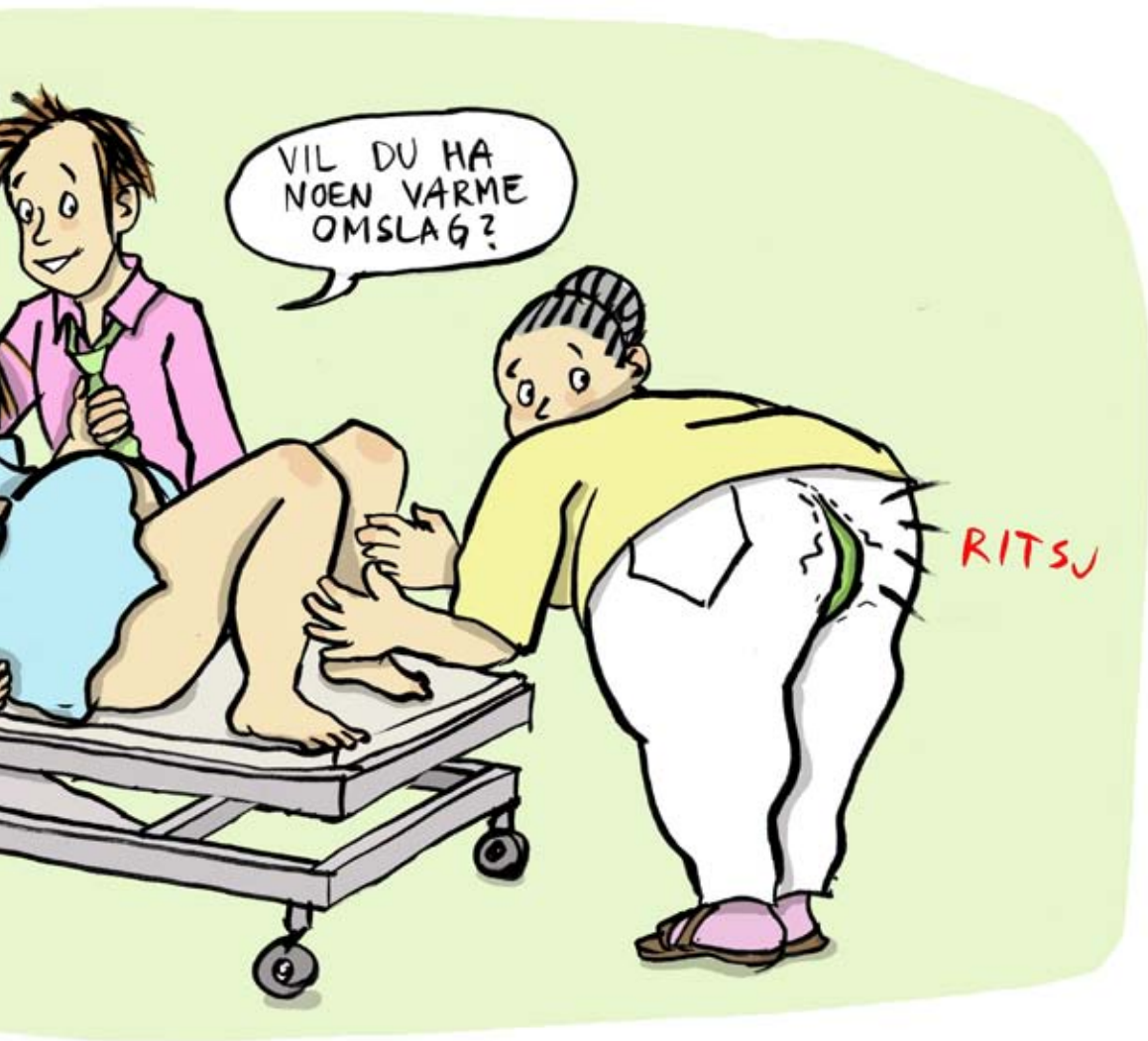
- Varme kompresser eller massasje gir trolig færre tredjegrads eller fjerdegrads fødselsrifter sammenliknet med kontroll.
- Massasje gir trolig færre episiotomier sammenliknet med kontroll.
- Varme kompresser eller Ritgens manøver gir muligens liten eller ingen forskjell i antall episiotomier («klipping» for å utvide skjedeinngangen) sammenliknet med kontroll.
- «Hands off» gir muligens litt færre episiotomier sammenliknet med «hands on».
- Det er usikkert om «hands off» eller Ritgens manøver har noen effekt på tredjegrads eller fjerdegrads fødselsrifter sammenliknet med henholdsvis «hands on» eller standard behandling.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av ulike tiltak gitt under andre fase av fødselen for å forebygge skader i perineum. Forskerne gjorde

systematiske søk i flere databaser, og fant åtte randomiserte studier med til sammen 11651 kvinner som de inkluderte i oversikten. Studiene var gjennomført i USA, Brasil, Australia, Sverige, Østerrike og Storbritannia. Kvinnene som deltok i studiene var førstegangs fødende eller hadde født tidligere. De var forventet å ha en vaginal fødsel, hvor hodet til





Illustrasjon: Lene Ask

barnet lå ned ved termin og uten medisinske komplikasjoner. De inkluderte studiene hadde betydelig klinisk heterogenitet. Forsøkene ble gjort med ulike teknikker. Uttrykk som «hands on» og «hands off» hadde ulik betydning i ulike studier i tillegg til at selve teknikkene ikke alltid var godt beskrevet. «Hands off» kan bety alt fra ingen hender på perineum til hode kroner frem,

til ingen hender på perineum eller barnets hode før hodet er ute, men også ingen hjelp med å få skuldrene til barnet ut.

KILDE

Aasheim V, Nilsen ABVika, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.

Skrevet av Marita Sporstøl Fønhus, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



Forskningsnytt

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

Fysisk trening mot urinlekkasje

Sykehjemsbeboere som gjennomførte et opplegg med måltrettet fysisk trening fikk mindre urinlekkasje i ettertid enn kontrollgruppen. Dette var et av de sentrale funnene i en randomisert kontrollert studie som undersøkte om et individuelt tilrettelagt program med fysisk trening og opptrening i dagliglivets aktiviteter bidro til å redusere urininkontinens hos sykehjemsbeboere. Beboere ved et sykehjem i Trondheim, som var eldre enn 65 år, hadde bodd på sykehjemmet mer enn tre måneder og trengte hjelp til minst én ADL-funksjon, ble

invitert til å delta i studien. Førtiåtte ble inkludert i tiltaksgruppen og 50 i kontrollgruppen. Deltakerne i tiltaksgruppen satte seg individuelle treningsmål. Treningsopplegget innebar tilrettelagt fysisk trening i tre måneder. Treningen besto i forflytning, gå- og balanseøvelser, styrke og utholdenhetstrening. Påkledning, gjennomføring av personlig hygiene og ADL-funksjoner ved måltider inngikk også i treningen. To fysioterapeuter og to ergoterapeuter utenfor sykehjemmet var innleid for å gjennomføre opplegget. Personalet på sykehjemmet ble informert om beboernes individuelle målsetninger og fikk veiledning om hvilken mengde trening den enkelte beboer burde få. Deltakerne i kontrollgruppen fikk vanlig behandling. Urinlekkasje ble målt i gram ved veing av bleier i løpet av 24 timer.

Tre måneder etter avsluttet behandling hadde 35 beboere i til-

taksgruppen og 33 i kontrollgruppen gjennomført målingene. Alderen til deltakerne var i gjennomsnitt 84,3 år. Sytten var menn og 51 var kvinner. Forekomsten av urinlekkasje blant beboerne var 89,7 prosent. Tre måneder etter avsluttet treningsopplegg hadde beboere i tiltaksgruppen redusert urinlekkasje fra gjennomsnittlig 576 til 462 gram per døgn. I kontrollgruppen hadde den økt fra 424 til 653 gram per døgn. Det viste seg også at deltakere med høyere alder, lavere funksjonsnivå og de som var menn hadde en større reduksjon i urinveislekkasjen enn yngre, de med bedre funksjonsnivå og de som var kvinner.

REFERANSE

Vinsnes AG, Helbostad JL, Nyronning S, Harkless GE, Granbo R, Seim A. Effect of physical training on urinary incontinence: a randomized parallel group trial in nursing homes. *Clin Interv Aging* 2012;7:45-50.

KOMMENTAR

Studien føyer seg inn i rekken av andre studier som viser positive resultater av regelmessig fysisk aktivitet og trening. Funnene er et godt eksempel på hvilken effekt ikke-medikamentell behandling kan ha på et helseproblem.

Bruk av avføringsmidler på sykehjem

Nesten alle med normal avføringsfrekvens og konsistens rapporterte allikevel kroniske plager. Tidligere studier har vist at avføringsproblemer forekommer relativt ofte hos beboere på sykehjem. Derfor var forskerne interessert i å undersøke om behandlingen for avføringsproblemer virker, beskrive eventuelle forskjeller mellom ulike behandlingsregimer, samt finne faktorer som var relatert til normal tarmtømming hos beboere på sykehjem.

Problemstillingen ble undersøkt i en tverrsnittsstudie hvor beboere ved sykehjem i Oppland og Hedemark i 2008–2009 deltok. Beboere over 60 år og som brukte avføringsmidler regelmessig eller sporadisk ble rekruttert til studien. Tretten av 24 sykehjem var interessert i å delta. Dette omfattet 31 sykehjemsavdelinger med 647 beboere. Av 266 som samtykket til deltakelse brukte 197 avføringsmiddel og ble inkludert i studiens utvalg.

Sykepleiere og hjelpepleiere ved sykehjemmene samlet inn data om pasientenes sosiodemografiske bakgrunn, ADL-funksjoner, bruk av medikamenter inkludert ulike type avføringsmidler, tarmfunksjon og avføring. Normal defekasjon ble definert som avføring fra tre ganger per uke til tre ganger per dag og en konsistens tilsvarende en skåre på mellom 3–5 på Bristol Stool Form Scale. Alderen på deltakerne varierte fra 67–103 år med

> 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

Forebygging av urinveisinfeksjoner i sykehjem

Bruken av midler for å forebygge urinveisinfeksjon hos sykehjemsbeboere i Norge samsvarte ikke med nasjonale retningslinjer og var ikke evidensbasert. Slik konkluderer forskerne som har studert denne praksisen i norske sykehjem. Urinveisinfeksjon (UVI) er den hyppigste forekommende infeksjonen i sykehjem. Dette var bakgrunnen for å kartlegge hvilke forebyggende midler som brukes i norske sykehjem for å forebygge UVI. Forskerne gjennomførte en endags punktprevalensundersøkelse ved sykehjem i Midt- og Nord-Norge i april og mai 2006. Elleve farmasøyer samlet inn data om hvilke typer og mengde midler pasientene fikk, samt beboernes alder og kjønn, og karakteristika om sykehjemmet. Utvalget i studien besto av 1473 beboere ved 44 sykehjem. Sykehjemmene hadde i gjennomsnitt 33 beboere. Nitrent prosent av beboerne bodde på

egne demensavdelinger, 43 prosent på langtids somatisk avdeling og resten på ikke diagnosespesifikke avdelinger. Over halvparten av sykehjemmene (59 prosent) hadde kun enerom. Blant beboerne i utvalget brukte 18 prosent (269 beboere) kun ett forebyggende middel. Andelen som brukte forebyggende midler på de sykehjemmene varierte fra 0 til 50 prosent. Denne andelen utgjorde i gjennomsnitt 15 prosent på demensavdelingene og 19 prosent på de somatiske langtidsavdelingene. Blant beboere som tok forebyggende midler, brukte 74 prosent kun ett middel, mens 26 prosent brukte fra to til fire. Hos dem som brukte forebyggende midler var Methenamine det hyppigste brukte middelet (48 prosent av dem som brukte forebyggende behandling), etterfulgt av C-vitamin (32 prosent), østrogen (30 prosent), tranebærjuice/kapsler (10 prosent), Trimetoprim

(5 prosent) og Nitrofurantion (4 prosent). Ifølge forskerne i studien er Trimeptopri, Nitrofurantion og vaginalt østrogen de anbefalte midlene, men disse ble i liten grad brukt ved sykehjemmene som ble studert.

REFERANSE

Bergman J, Schjott J, Blix HS. Prevention of urinary tract infections in nursing homes: lack of evidence-based prescription? *BMC Geriatr* 2011;11:69.

Studien avdekker at sykehjemmene har svært ulik praksis for bruk av midler til forebygging av UVI. Siden UVI er den hyppigst forekomne infeksjonen hos sykehjemsbeboere, fortjener problematikken større faglig oppmerksomhet og en bred tilnærming hvor også den forebyggende behandlingen inkluderer tiltak utover medikamenter.

KOMMENTAR

et gjennomsnitt på 86 år. Syttifem prosent var kvinner.

Blant beboerne i utvalget brukte 82 prosent avføringsmiddel regelmessig. De hyppigst brukte midlene var laktulose (64 prosent), natriumpikosulfat (21 prosent) og bisakodyl (12 prosent). De fleste med normal tarmfunksjon (97 prosent) oppga vedvarende plager som følelse av ufullstendig tømming, følelse av forstoppelse og at defekasjon måtte fremkalles manuelt.

En multivariat analyse viste at god ernæringsstatus, en tidligere eller nåværende kreftdiagnose eller angst/depresjon var relatert til tarmfunksjon. Forskerne konkluderte med at behandling av obstipasjon hos sykehjemsbeboere var utilfredsstillende

REFERANSE

Fosnes GS, Lydersen S, Farup PG. Effectiveness of laxatives in elderly—a

cross sectional study in nursing homes. *BMC Geriatr* 2011;11:76.

Studien beskriver et viktig tema med stor aktualitet for beboere i sykehjem. På grunn av relativt lav deltakerandel er funnenes representativitet noe usikker. Mens studien belyser bruken av medikamenter ville det også vært interessant om bruken av andre relevante tiltak for å forebygge og behandle obstipasjon var beskrevet.

KOMMENTAR



Motivasjonskurs for personer med sykkelig overvekt



Foto: Erik M. Sundt





Foto: Erik M. sundt



Foto: Erik M. sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: I Norge er behandling og forebygging av sykkelig overvekt et helsepolitisk satsingsområde. I dette endringsarbeidet kan et lærings- og mestringssenter (LMS) være nyttig.

Hensikt: Å få fordypet kunnskap om hva som bidrar til å motivere eller demotivere personer med sykkelig overvekt for livsstilsendring i hverdagen, og hvilken betydning et LMS kan ha i denne sammenheng.

Metode: Studien har et utforskende deskriptivt design og består av individuelle livsformsintervjuer

med elleve personer som tidligere hadde deltatt på et opplæringsprogram ved LMS for sykkelig overvekt. Dataene er analysert ved hjelp av en hermeneutisk – fenomenologisk forståelse.

Resultater: Fem hovedtemaer ble funnet; (1) Stor kropp og belastninger (2) Erfaringer med fastlege og helsepersonell (3) Mellom kunnskap og handling (4) Sosial støtte (5) Operasjon – eneste håp til endring.

Konklusjon: Motivasjon til livsstilsendring kom først når helseplagene

ble for store, og ikke av å ha en stor kropp i seg selv. Kvaliteten på møter med fastleger og helsepersonell var avgjørende for å endre vaner. Et tilpasset opplæringsprogram, der erfarne brukere underviste i samarbeid med helsepersonell, bidro til at deltakerne opplevde kunnskap som personlig og relevant, og økte bevisstgjøring og motivasjon for livsstilsendring. Kognitiv teori kan være et nyttig verktøy i endringsprosessen. Selvhjelpsgrupper kan fungere som et støttende og motivevende nettverk. Operasjon sees på som siste utvei, og gir størst håp om endring

ENGLISH SUMMARY

Motivation for lifestyle changes among morbidly obese people

Background: In Norway, prevention and treatment of morbid obesity are health policy priorities. In this process of change, a learning and mastery centre (LMC) might be helpful.

Objective: To gain deeper knowledge of what contributes to motivating the morbidly obese to lifestyle changes in everyday life, and the importance of an LMC in this context.

Methods: The study has an exploratory descriptive design consisting of individual lifestyle interviews of

eleven people who had previously participated in a training program at an LMC for morbid obesity. The data were analyzed using a hermeneutic-phenomenological understanding.

Results: Five main themes were found: (1) Large body and distress; (2) Experience with GPs and other health professionals; (3) Between knowledge and action; (4) Social support; and (5) Operation—the only hope for change.

Conclusion: Motivation for lifestyle changes emerged when the pro-

blems became too heavy, and were not due to having a large body in itself. The quality of meetings with GPs and other health professionals was crucial for changing habits. An adapted training program, where experienced users taught in collaboration with health care providers, increased the motivation and awareness for lifestyle changes. Cognitive theory can be a useful tool in the change process, and self-help groups can serve as a supportive and motivating network. Operation is seen as the final solution, and provides the greatest hope for change.

>> Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt

Forfattere: Lisbet Borge, Bjørg Christiansen og May Solveig Fagermoen

NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Livsstil
- Overvekt
- Mestring
- Undervisning

INTRODUKSJON

Overvekt og fedme er et økende folkehelseproblem i store deler av den vestlige verden. I Norge er behandling og forebygging av dette problemet et helsepolitisk satsingsområde (1). Nærmere én av 50 har antakelig sykkelig fedme, det vil si en kroppsmasseindeks (KMI) på ≥ 40 kg/m² eller ≥ 35 kg/m² pluss minst en følgesykdom (2). Sykkelig overvekt blir beskrevet som en progredierende, kronisk tilstand preget av mislykkede endringsforsøk og gjentatte tilbakefall (3). Tilstanden er også assosiert med negative holdninger, nedvurdering og stigmatisering fra befolkningen, i egen familie og fra helsepersonell (4,5). Disse aspektene har negative konsekvenser for livskvalitet og psykologisk velvære, som dårlig selvbilde, skamfølelse og økt krenkbarhet (6,7,8).

Studier viser at majoriteten av de som har forsøkt å gå ned i vekt, er tilbake ved utgangspunktet eller verre i løpet av ett år (9). Nyere studier viser at psykologiske intervensjoner som tar i bruk teknikker fra kognitiv atferdsterapi og oppmerksomhetstrening, særlig i kombinasjon med kostholds- og

treningsplan, virker positivt på livsstilsendring og vektreduksjon, selvtilitt og mestringfølelse (10,11).

Livsstilsendring krever kognitive og emosjonelle evner og ferdigheter, motivasjon og sosial støtte, og innsats over lang tid (12). For å oppnå atferdsendring må personen ha tro på sin egen evne til å gjennomføre endringer. Bandura (13) hevder at tiltro til egen mestringsevne (self-efficacy) påvirker hvordan personen selv vurderer sine sjanser for å lykkes. Hans teori har vært grunnlag i intervensjonsstudier med positive resultater for ulike grupper av kronisk syke, der man har vektlagt å styrke mestringstro (14). Motivasjonsintervensjoner, slik som motiverende intervju, der en særlig utforsker personens ambivalens omkring endring, kan være en nyttig hjelp til å ta beslutninger (12).

Helsepersonell som forsøker å motivere og støtte pasienter til livsstilsendring, kan oppleve det som en barriere når pasientene ikke er motivert til behandling (15). I dette endringsarbeidet kan et lærings- og mestringssenter (LMS) gi nyttige bidrag (16). Gjennom helseforetaket, som har et regionalt ansvar for all behandling av sykkelig overvekt, tilrettelegger LMS et obligatorisk opplæringsprogram for pasientene før man bestemmer endelig behandlingsforløp. Disse tilbudene er i liten grad systematisk evaluert. En forskergruppe har satt som mål

å evaluere endringer i form av læring og mestring etter gjennomførte læringstilbud på LMS, også blant personer med sykkelig overvekt (17). Et delprosjekt har til hensikt å innhente kunnskap om kjennetegn ved deltakernes læreprosesser, og hva som bidrar til økt kunnskaps- og handlingsrepertoar i hverdagslivet. Denne artikkelen bygger på funn fra dette delprosjektet og fokuserer følgende forskningsspørsmål: Hva bidrar til å motivere eller demotivere for livsstilsendring i

Hva tilfører artikkelen?

For personer med sykkelig overvekt er livsstilsendring en komplisert prosess. Motivasjonen påvirkes av holdninger hos fastleger og annet helsepersonell. Anerkjennelse og en passe balanse mellom støtte og utfordring synes å være optimalt.

Mer om forfatterne

Lisbet Borge er klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie og førstelektor ved Diakonhjemmet høgskole, Institutt for sykepleie og helse. Bjørg Christiansen, er førsteamanuensis og dr.polit. ved avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo og Akershus. May Solveig Fagermoen er sykepleier, PhD og seniorforsker ved Oslo universitetssykehus, Medisinsk klinikk, Gastromedisinsk avdeling og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap. Kontaktperson: lisbet.borge@diakonhjemmet.no.

hverdagen? Hvilken betydning har deltakelsen i opplæringsprogrammet hatt for dem?

METODE

Vi benyttet utforskende deskriptivt design og samlet inn data ved hjelp av individuelle livsformsintervjuer. Dette er en variant av utforskende, kvalitativt intervju, som tar utgangspunkt i beskrivelser av hverdagslivspraksiser, med tid som en strukturerende akse. (18). Hvert intervju fulgte en tidsmessig rekkefølge av hendelser gjennom døgnet for å få tak i konkrete hendelser og informantens tanker om hendelsene. Intervjuformen er et godt hjelpemiddel til å se informantene som handlende, i forhold til hvem som inngår i handlingene, hva som gjøres av hvem og når, hvor handlingene skjer og vanlige og uvanlige hendelser. Hensikten var å få innsikt i informantens egen forståelse, handlemåter og erfaringer som har betydning for mestring og kunnskapstilegning i hverdagslivet. Deltakere ble intervjuet av henholdsvis første- og andreforfatter på deres arbeidsplass eller ved LMS. Intervjuene tok utgangspunkt i to hovedtemaer: 1) Livsstil i hverdagen som har betydning for helsefremming og sykdomsforebygging og 2) Erfaringer med LMS-kurset: hva har hatt betydning? Hvert intervju

” Å legge om vaner, spesielt spisevaner, var en stor utfordring for de fleste.

varte cirka en drøy time og ble tatt opp på bånd. Alle intervjuene ble transkribert ordrett.

Opplæringsprogram

Opplæringsprogrammet på LMS foregikk i grupper der deltakerne møttes fire timer annenhver uke ti ganger. Tre samlinger besto av

TABELL 1: Beskrivelse av informantene (n=11)

Kvinner/menn	7/4
Alder	26 – 56 år
Samboende/alene	5/6
Utdanning	
Høgskole	2
Videregående	3
Yrkesfag	6
Aktivt i arbeid (100 %)	7
Sykmeldt/attføring eller uføretrygdet	4
Ønsket operasjon/operert	9
Ønske om konservativ behandling	2

informasjon om ulike behandlingsmetoder, de resterende syv fokuserte på endring av vaner og livsstil. Programmet vektla en kognitiv tilnærming, som omhandler hvordan våre følelser påvirkes av hvordan vi tenker og handler (10,12). Erfarne brukere deltok i undervisningen sammen med tverrfaglig helsepersonell, representanter fra aktuelle brukerorganisasjoner og aktivitetstilbud. Deltakerne ble også oppfordret til å etablere selvhjelpsgrupper i forlengelsen av kurset.

Utvalg

Det ble sendt ut skriftlig invitasjon til 44 tidligere kursdeltakere våren 2009, fire til åtte måneder etter fullført opplæringsprogram ved et LMS på Østlandet. Alle som ble kontaktet, var henvist til sykehuset for utredning av sykkelig overvekt. Fagkonsulenten ved

intervjue. Ingen purringer ble foretatt. Beskrivelse av informantene er gitt i tabell 1.

Analyseprosess

Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener hos de involverte (19). Denne studien har valgt å vektlegge anbefalingene til Malterud (19) og Kvale (20), hvor analysen spenner fra en beskrivende til en fortolkende fremstilling i lys av kategorier og teoretisk rammeverk. Det innebærer etablering av helhetlig forståelse og identifisering og kondensering av mening i lys av teoretiske perspektiver. Første og andreforfatter gjorde en foreløpig analyse hver for seg, deretter ble resultatene drøftet og analysert i fellesskap. Vi endte opp med fem hovedtemaer.

Etiske aspekter

Deltakerne ble kontaktet per brev, som ble sendt via LMS. De som ønsket å delta, sendte sitt samtykke i en frankert svarkonvolutt direkte til en av forskerne. Deltakelsen i studien var frivillig og deltakerne kunne trekke seg uten at det ville få konsekvenser for deres helsetilbud. De ble også forsikret om konfidensialitet og anonymitet i presentasjon av resultatene.

Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet for forskning og Regionaletisk forskningskomité i Helse Sørøst.

RESULTATER

I det følgende presenterer vi funn i form av fem hovedtemaer som viser hva som har betydning for informantenes motivasjon og demotivasjon til livsstilsendring. Resultatene presenteres i en tids-akse; tiden før og etter deltakelsen i opplæringsprogrammet.

Tema 1:

Stor kropp og belastninger

Alvorlige helseplager, belastninger og hindringer i hverdags- og arbeidsliv økte motivasjonen for å gripe fatt i egen livssituasjon. Flere fortalte om depressive plager og smerter i kroppen, som til slutt ga dem dyttet til å forstå at de måtte gjøre noe selv. En informant sa: «Det kom ryggplager og prolaps, og jeg fikk beskjed av kirurgen min at hvis jeg ikke ordnet opp i dette, så kunne jeg risikere å havne i rullestol. Og det skremte vettet av meg.»

Flere mente at de var «født store» og dette ble en forklaring på hvorfor det var vanskelig for dem å ta ansvar for egen helse. Å være stor var ingen motivasjon i seg selv for å endre vaner, slik en informant opplevde det: «Men utover det har jeg ikke syntes at overvekten har plaget meg nevneverdig, annet enn de gangene jeg uheldigvis havnet på filmrull og videoteip og så meg selv etterpå. For det var ikke det mennesket jeg hadde i hodet mitt.»

Flere av informantene hadde tidligere vært fysisk aktive, men stor kropp og medfølgende fysiske plager hadde etter hvert hemmet livsutfoldelsen. Dette bidro til å begrense hverdagen, slik en informant sa: «Det å være tjukk det hemmer deg.

Det hemmer deg på jobb og alt mulig ... Og da lager du kanskje noen unnskyldninger på det etter hvert, i hvert fall i hodet. Og så vrir man seg unna.»

Alle hadde prøvd ulike slanketurer gjennom mange år. Dette ble omtalt som «jo-jo slanking». De stadige nederlagene hvor vekten gikk opp igjen ga opplevelse av manglende viljestyrke, mestring og demotivasjon. Informantene uttrykte tydelige ønsker om å gjøre endringer i eget liv. Men siden de alltid hadde vært store, var dette en forklaring på at det var vanskelig å gjøre noe selv. Først da helseplagene ble for alvorlige kom motivasjonen til å søke hjelp.

Tema 2:

Møte med helsepersonell

Informantene fortalte om ulike møter med fastleger og helsepersonell. Helsepersonellets væremåte og forståelse var avgjørende for å bli motivert til livsstilsendring. Flere hadde opplevd negative og fordømmende holdninger, slik en informant fortalte: «Fordi uansett hvilken plage du kommer med, så skyldes det at du er overvektig. Og da får du igjen den at jeg burde skamme meg, altså, for det er bare min egen karakterstyrke og viljestyrke som gjør at jeg er syk. Og det gjør noe med en, altså. Det var vel også det som gjorde at jeg var skeptisk til å delta på lærings- og mestringskursets tilbud om opplæring om fedme.»

Informantenes erfaringer med fastlegen viste betydningen av dette møtet både på godt og vondt. Noen hadde følt seg lite verdsatt og forstått når legen møtte dem med pekefingeren og fortalte om hvor fete de var. Det var flere eksempler på negative møter enn positive. En informant sa: «Men jeg synes at det er ganske sterkt at du går til en doktor, som ikke klarer å imøtekomme

deg eller gi deg noen veiledning på hva du skal gjøre.»

De få som hadde opplevd å bli støttet, beskrev at legen hadde klart å møte dem som personer som var i en vanskelig situasjon. En av informantene beskrev det slik. «... jeg skjønnte at nå må jeg gjøre noe. Og da tok fastlegen min tak i det. Fastlegen min har også vært en utrolig støtte.»

Flere fortalte om blandete erfaringer fra ulike rehabiliteringsopphold i forsøk på å gå ned i vekt. Når informantene følte at de ble sett og forstått, strakk de seg gjerne lenger og ble mer positivt innstilt til treningen. De fortalte at det var lett å komme med negative reaksjoner og motstand, når de ansatte ble opplevd som belærende og lite støttende. Da kom «klørne» ut. En informant fortalte om hvordan han kom i forsvarsposisjon i forbindelse med slike møter: «... da er det veldig lett å tenke at du hører meg ikke, du ser meg ikke. Og da åpner du ikke for noe læring for da drar du ned rullegardinen.»

Informantene uttrykte følelsen av å være lite verdsatt, og dette bidro til at de lett kom i forsvarsposisjon. Deres blandete erfaringer i møte med fastleger og annet helsepersonell påvirket deres motivasjon for livsstilsendring.

Tema 3:

Mellom kunnskap og handling

De fleste informantene forklarte at de hadde mye kunnskap om mat og ernæring, men det var en stor utfordring å få det til i praksis, slik en informant sa: «Når du har møtt mange nok overvektige, så vet du at det skorter ikke på teorien. De kan langt mer enn de fleste ernæringsfysiologer om veldig mye, både kalorier og hvordan ting omsettes i kroppen. Men det er dette her med teori og praksis, og om hvordan å omsette det.»

Deltakelsen på kurset i regi av LMS ble en arena for å øve seg. Dette omfattet å møte opp på det obligatoriske opplegget, møte de andre i gruppen og forplikte seg på noen av hjemmeoppgavene, for eksempel en handlingsplan. Kurset hadde hovedsakelig gitt informantene positive erfaringer, selv om læringsutbyttet varierte. Spesielt nyttig var det når erfarne brukere underviste sammen med fagpersoner. Da fikk kunnskapen personlig relevans for dem, slik en informant fortalte: «Det var svært viktig å møte brukere, som har hatt skoen på og som snakket åpent om skam, skyldfølelse og stigmatisering. Har kjent det på samme måte, men ikke vedkjent meg følelsene. Brukere sammen med fagfolkene – gjennom dette klarte jeg å tilegne meg informasjon på en annen måte. Forsvaret la seg ned.»

Flere sa at kurset hadde bidratt til å gjøre dem oppmerksomme på egne vaner og handlingsmønstre i forhold til spising. «Kurset ga meg sparket» og «wow-opplevelser». Erfaringer om at det var mulig å snu på ting bidro til å øke motivasjonen. Men å legge om vaner, spesielt spisevaner, var en stor utfordring for de fleste. Noen hadde brukt mat for å regulere følelser. Andre brukte mat som belønning og kos. En informant beskrev det slik: «Jeg har misbrukt mat på mange måter, slik som mange overvektige gjør ... Mat kan være et rusmiddel. Det kan være smertestillende, det kan være oppkvikkende. Hva skal jeg fylle tomrommet med når jeg ikke kan bruke maten?»

Andre hadde oppdaget at mat og spisemønstre hadde sammenheng med eget følelsesliv, noe de ikke hadde tenkt på før. Dette ga innsikt i hva som var hensiktsmessig å fokusere på. Flere sa at de også hadde lært mye om sunnere

mat og om å spise mindre porsjoner. En informant beskrev det på denne måten: «Jeg er blitt mer bevisst. Jeg så ikke mulighetene før. De var der, men jeg fortrenget dem. Bruker mat mindre som trøst nå. Er mer bevisst på hva jeg kjøper av mat.»

Noen av informantene savnet mer psykologisk kunnskap under kurset, da de mente at «det sitter jo i hodet». Den kognitive teorien ble fremhevet som spesielt nyttig. En informant sa: «Jeg lærte om kognitiv terapi og at det kan dreie seg om tanker og følelser. Dette hjalp meg i forhold til de ureflekterte vanene.»

Opplevelsen av å ta kontroll i eget liv var viktig for flere. Ikke alle klarte dette, men opplevelsen av egen vilje og eget tempo var viktig: «Jeg har selv grepet tak i det .., men jeg har fått lov til å ta det i mitt tempo, for det er jeg som har valgt.»

Ny kunnskap kan stimulere refleksjon og bevisstgjøring, når det er erfaringsbasert kunnskap som informantene kjenner seg igjen i. Å bli motivert til å komme inn i en erkjennelsesprosess omkring egne vaner, ble av flere beskrevet som bevisstgjøring. Med bevisstgjøringen økte også motivasjonen.

Tema 4: Sosial støtte

LMS-kurset ga støtte ved at deltakerne møtte andre i samme situasjon. De utvekslet erfaringer fra hverdagen, kosthold og tips om matoppskrifter. Selv om noen sa at de hadde vært lite delaktige under kurset, så hadde det likevel vært viktig å høre de andres erfaringer. Dette ga gjenkjennelse, assosiasjoner og følelse av samhold, slik en av informantene sa: «Å høre om andres erfaringer er den beste hjelpen. Vi backer hverandre opp.»

For noen ga det også sosial trening og nye kontakter. «Har

kontakt med andre fra kurset på Facebook.»

Omtrent halvparten deltok i selvhjelpsgrupper etter kurset. Dette ga dem et nytt nettverk, venner, sosial trening og en felles plattform. Å treffe andre som var i samme situasjon betydde mye for å opprettholde innsatsen rettet mot en mer helsefremmende livsstil. Noen brukte gruppen til å gå på turer, som igjen bidro til vektnedgang og bedre fysisk form. Dette ga dem støtte og motivasjon, slik en informant erfarte det: «Det er nødvendig med støtte for å holde fast på et opplegg. Føler at jeg har bevist gjennom 50 år at jeg ikke klarer meg alene. Det er det ingen tvil om. Selvhjelpsgruppa er viktig. Viktig med geografisk nære grupper, slik at en kan møtes.»

Opplevelsen av at «samfunnet mener mye om hvordan vi er», var en ekstra byrde i hverdagslivet og svekket motivasjonen for å få til endring i eget liv. Selvhjelpsgruppene ble derfor en viktig arena for sosial støtte.

Tema 5: Operasjon

Operasjon ble omtalt som den eneste utvei av nesten alle informantene. De erkjente at de ikke klarte å oppnå tilstrekkelig vektnedgang ved egen innsats, slik en informant sa: «Nå har jeg bestemt meg for at jeg skal igjennom den operasjonen. Så nå har jeg fått et annet syn på livet. Nå ser jeg en åpning i enden, at jeg skal få en operasjon.»

Operasjon ble også omtalt som å få en indre kroppslig kontroll: «Operasjon er en måte å tvinges til å skape gode mønstre. Det blir et hjelpemiddel til det målet en ønsker.»

Fire av informantene var operert før intervjuet fant sted. En av disse mente at operasjonen var siste utvei, men også en snarvei, «men det var ingen

dans på roser». Det var en lang læringsprosess, både i forhold til nye kostvaner og trening. På den annen side hadde informanten begynt å merke at kreftene hennes nå kunne brukes til å gjøre andre konstruktive ting, som trening og å komme seg i jobb, istedenfor å måle og veie all mat. På den måten kunne stresset bli mindre.

Flere mente at det var svært uheldig å vente så lenge på operasjon, og det hadde bidratt til at de igjen hadde gått opp mange kilo. Flere hadde mistet lysten til å gjøre noe selv etter kurset, og opplevde at motivasjonen hadde dalt da de ble overlatt til seg selv. De var klar over at de måtte gå ned i vekt som forberedelse til operasjon, men dette ble vanskelig når de ikke hadde noen som støttet dem.

DISKUSJON

Vår studie viser at sykkelig overvekt er en sammensatt tilstand, og det er ikke bare å ta seg sammen. Informantenes motivasjon til livsstilsendring kom først når de fysiske og psykiske helseplagene ble store nok, og ikke av overvekten i seg selv. Hvilken kroppsstørrelse man har, er ofte knyttet til personlige standarder og påvirker hvilke endringer som søkes (21). Kvaliteten på møter med fastleger og helsepersonell var avgjørende for om informantene ble motivert til å ta mer ansvar for seg selv. En anerkjennende holdning er svært viktig for denne gruppen, som har økt krenkbarhet for stigmatisering og følelse av skam (5,7,22). Informantenes opplevelse av ikke å ha lykket med livsstilsendringer bidro til et dårlig selvbylde, og operasjon ble derfor betraktet som eneste mulighet for kroppskontroll og siste håp. Dette er også bekreftet av personer som har gjennomført fedmekirurgi (23).

Læringsprosesser gjennom livs-

stilsendring innebar at informantene ble utfordret på inngrodd vaner, som for eksempel overspising og uregelmessige måltider. Ifølge Connerton (24) kan vanen forstås som en handlingsdisposisjon, noe latent, som vekkes av stimuli. Vanen medfører en sterk impuls til å handle på bestemte måter, nesten som i et avhengighetsforhold. Dette kan overskrive, eller til og med gå på tvers av, hvordan vi egentlig ønsker å handle. Vanen kan ha en slik kraft at den oppleves intimt og uløselig forbundet med en selv. Det kan gjøre endringer i livsstil til et sårbart, møysommelig arbeid både for den sykelige overvektige og de som skal hjelpe (25).

Et viktig funn er at erfaringskunnskap og fagkunnskap går hånd i hånd. LMS representerer et møtepunkt mellom pasienter og brukes praksiserfaring og helsepersonells teoretiske kunnskap, og kan således være et egnet sted for kunnskapsutvikling. Dette er et godt utgangspunkt når utfordringen er å omgjøre teoretisk kunnskap til forståelse og handling i eget liv. Motivasjonen for å komme i gang med læringsprosessen ble stimulert hos deltakerne, når de opplevde erfaringsnær kunnskap som var gjenkjennelig for dem. Dette er også bekreftet av andre pasientgrupper (26).

Fagpersonenes påvirkningsmuligheter var å skape betingelser for at deltakerne kunne engasjeres i atferds- og holdningsmessige endringer, og kognitiv teori ble opplevd som nyttig, slik andre studier også har vist (10,11,12). Det fordrer at man gjør kunnskapen tilgjengelig ved å ta utgangspunkt i deltakernes egne tanker og virkelighetsforståelse, og i mindre grad styres av de profesjonelles teoretiske ståsted. En slik dreining av undervisning kan hjelpe deltakerne til å bruke

egne ressurser, i stedet for at deres egenskaper eller problemer skal bli behandlet eller korrigeret. I alle intervensjoner bør pasienter gis mulighet til aktiv bearbeiding gjennom drøfting og diskusjoner med andre (27). Dette kan bidra til økt mestringstro, fordi tanker bevisstgjøres og beslutningsevnen til målrettede positive handlinger blir styrket (13). Betydningen av å styrke egen myndighet hos deltakerne er også bekreftet i en nylig publisert studie av en tilsvarende brukergruppe (28).

Vår studie bekrefter det andre har funnet; personer med sykkelig overvekt ønsker å bli møtt som hele mennesker, få anerkjennelse fra helsepersonell, tilrettelagt hjelp til vektregulering gjennom primærhelsetjenesten og sosial støtte gjennom selvhjelpsgrupper (29). De fleste vet hva de bør gjøre, men at det er vanskelig å legge om vanene. Man anbefaler derfor å tilby intervensjoner som er skreddersydd til den enkelte, samt gruppetilbud (8,27). Motivasjon er ikke bare et individuelt anliggende, men er også knyttet til gode læringsmiljøer, som kan virke stimulerende og støttende. Bandura (13) beskriver at atferden vår blir påvirket gjennom modellering. Brukere kan også være gode læringsmodeller for hverandre gjennom gjenkjennelse av hverandres problemer og reaksjoner (26). Noen av informantene opplevde dette gjennom deltakelse i selvhjelpsgrupper, hvor de motiverte hverandre til mer helsefremmende atferd. Å være sammen med andre i uformelt samvær har også stor betydning for egenverd, motivasjon og læring (30). Læreri situasjoner kan kjenne-tegnes av at personer med sykkelig overvekt får bedre forståelse for sammenhengen mellom deres tilstand, helserelaterte vaner, reaksjonsmønstre og livsstil.

Studiens begrensninger

Resultatene må tolkes med forsiktighet da de uttrykker meninger og erfaringer fra et lite antall informanter etter kursdeltakelse på et LMS. Kun 25 prosent av de som ble forespurt var villige til å delta i undersøkelsen, Vi har ingen opplysninger om dem som ikke deltok, og vi vet derfor ikke i hvilken grad våre resultater er representative for deltakere på LMS-kurs for overvektige. Studier viser at mange personer med sykkelig overvekt ofte føler seg stigmatisert av helsepersonell (7), og dette kan være en forklaring på at så mange takket nei.

KONKLUSJON

For personer med sykkelig overvekt er livsstilsendring en komplisert prosess. Motivasjonen påvirkes av holdninger hos fastleger og annet helsepersonell. Anerkjennelse og en passe balanse mellom støtte og utfordring synes å være optimalt. Et tilpasset opplæringsprogram på LMS, der erfarne brukere underviser i samarbeid med helsepersonell, bidrar til at deltakerne opplever kunnskap som personlig og relevant. Kunnskap og støtte øker bevisstgjøring og motivasjon for livsstilsendring. Kognitiv teori synes å være et nyttig verktøy i endringsprosessen. Selvhjelpsgrupper kan fungere som et støttende og motiverende nettverk. Operasjon sees på som siste utvei, og gir størst håp om endring.

Vi vil takke alle informantene som delte sine erfaringer, og den øvrige forskergruppen; Anners Lerdal, Randi Andenæs, Eva Bjørnsborg, Tore Bonsaksen, Hilde Eide og Kari Hvinden, for nyttige kommentarer i utarbeidelsen av manus. Studien er økonomisk støttet av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, Oslo universitetssykehus.

REFERANSER

1. HelseDirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. IS-1735, 2011.
2. Hjelmesæth J, Hofsvold D, Handeland M, Johnson LK, Sandbu R. Livsstilsbehandling av sykkelig fedme. Tidsskrift for Den norske Legeforening 2007; 127: 2410-2.
3. Rippe JM, McInnis KJ, Melanson KJ. Physician involvement in the management of obesity as a primary medical condition. Obesity Research 2001; 9: 302-11.
4. Brown I. Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. J Adv Nurs 2006; 53: 221-32.
5. Conrad M, Dierk JM, Schlumberger P, Rauh E, Hebebrand J, Rief W. Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt, and weight loss. J Clin Psychol 2008; 64: 1129-44.
6. Kolotkin R, Meter K, Williams G. Quality of life and obesity. Obesity Reviews 2001; 2: 219-29.
7. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: A review and update. Obesity 2009; 17: 941-64.
8. Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Herbert D, Komesaroff PA. Being 'fat' in today's world: A qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. Health Expectations 2008; 11: 321-30.
9. Kassirer JP, Angell M. Losing weight - an ill-fated new year's resolution. New England Journal of Medicine 1998; 338: 52-54.
10. Johansen V, Andreassen R. Livsstilsendring og vektreduksjon med kognitiv terapi og oppmerksomhetstrening. Tidsskrift for Kognitiv Terapi 2010; 4: 7-13.
11. Shaw KA, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; 2. Art. No: CD003818. DOI: 10.1002/14651858.CD003818.pub2.
12. Prescott P, Børtveit T. Helse og atferdsendring. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2004.
13. Bandura A. Self-Efficacy. The Exercise of Control. W.H. Freeman and Company, New York. 1997.
14. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: Implications for health education practice [Part II]. Health Promotion Practice 2005; 6: 148-156.
15. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A et al. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. Scan

- J Primary Health Care 2007; 25: 244-49.
16. Bonsaksen T, Hustadnes AL, Axelssen PM, Bjørnsborg E. Lærer å mestre sykkelig fedme. Tidsskriftet Sykepleien 2011; 99 (02): 58-60.
 17. Lerdal A, Andenes R, Bjørnsborg E, Bonsaksen T, Borge L, Christiansen B et al. Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. Quality of Life Research. DOI 10.1007/s11136-011-9865-z.
 18. Haavind H. Liten og stor: Mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter. Universitetsforlaget, Oslo. 1987.
 19. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget, 2. utg.: Oslo, 2003.
 20. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademisk; Oslo, 2006.
 21. Chang VW, Christakis NA. Extent and determinants of discrepancy between self-evaluations of weight status and clinical standards. J Gen Inter Medicine 2001; 16: 538-43.
 22. Hwang KO, Childs JH, Goodrick GK, Aboughali WA, Thomas EJ, Johnson CW, et al. Explanations for unsuccessful weight loss among bariatric surgery candidates. Obesity Surgery 2009; 19: 1377-83.
 23. Ogden J, Clementi C, Aylwin S. The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study. Psychology and Health 2006; 21: 273-93.
 24. Connerton P. How societies remember. University Press, Cambridge. 1989.
 25. Overgaard D. Being Obese is Paradoxical Living - an exploratory study of five persons lived experiences of being overweight. Theoria: Journal of Nursing Theory 2002; 11: 3-12.
 26. Borge L, Hummelvoll JK. Patients' experience of learning and gaining personal knowledge during a stay at a mental hospital. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2008; 15: 365-73.
 27. Renjilian DA, Nezu AM, Shermer RL, Perri MG, McKelvey WF, Stephen AD. Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. Journal of Consulting & Clinical Psychology 2001; 4: 717-21.
 28. Knutsen IR, Foss C. Caught between conduct and free choice - a field study of an empowering programme in lifestyle change for obese patients. Scand J Caring Sci. 2010; May 27. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00801.x.
 29. Merrill E, Grassley J. Women's stories of their experiences as overweight patients. J Adv Nurs 2008; 64 (2): 139-46.
 30. Lave J, Wenger E. Situert læring - og andre tekster. Gylling: Hans Reitzels Forlag, 2. utg, 2005.

Les kommentaren på side 23 >>

Livsstilsendring krever motivasjon

› Det er viktig at sykepleier i møte med overvektige som pasientgruppe, får tilstrekkelig kunnskap om pasientens egne erfaringer.



Av Annette Bævre Larsen
Sykepleier ved Overvektsklinikken,
Medisinsk poliklinikk, SI Kongsvinger

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen søker å besvare hva som bidrar til å motivere eller demotivere for livsstilsendring og hvilken betydning deltakelse i et opplæringsprogram for overvektige har for at pasientene skal lykkes med vektreduksjon. Den konkluderer blant annet med at motivasjon for livsstilsendring kommer først når helseplagene er blitt for store, ikke av det å ha en stor kropp i seg selv. Forfatterne viser til at kognitiv teori kan være et nyttig verktøy i endringsprosessen og at operasjon blir sett på som en siste utvei, men samtidig er det som gir størst håp om endring hos pasienten.

Tilbakemeldingene fra pasientene i artikkelen bekrefter svært mye av det jeg erfarer daglig i mitt arbeid som sykepleier ved overvektspoliklinikken. Motivasjonen for vektreduksjon er høyst individuell, men inntreffer ofte når pasienten opplever at helseplagene er blitt for store og livskvaliteten svekket. Mange har smerter i

knær, hofter eller rygg, kroniske sykdommer og er ute av stand til å fungere i jobb eller dagligliv.

Pasientens normalitetsbegrep kan være en utfordring i behandlingen da vi opplever at mange av pasientene sier de alltid har vært store. Dette beskrives også i artikkelen. Disse pasientene har ofte foreldre, søsken og besteforeldre som er overvektige og er arvelig disponert for fedme. Vi erfarer at nedarvete holdninger til mat- og aktivitetsvaner er en stor utfordring for varig vektreduksjon.

I våre behandlingsprogram, der vi følger pasienten tett over to år, bruker vi kognitiv atferdsteori for å oppnå varige endringer. Kognitiv atferdsterapi som metode åpner for refleksjon og evaluering, er retningsgivende og etablerer fokus hos pasienten.

Vi driver utelukkende med konservativ behandling av overvektige, men vi opplever ofte at pasienten har overdreven tro på

at problemet vil være løst ved hjelp av kirurgi. Vi opplever dessverre fra tid til annen at pasienten kommer tilbake tre til fem år etter fedmekirurgi og ber om hjelp. Det kan tyde på at å endre kognitiv atferd hos pasienten, er vel så viktig som kirurgi for å få en varig effekt av inngrepet.

En svakhet ved artikkelen er vi ikke får vite noe om pasientens oppfølgingsevne, som å møte til timene eller egeninnsats i forhold til hjemmearbeid. I praksis ser vi at dette er en stor utfordring og har ofte avgjørende betydning for en god gruppedynamikk og for pasientens utbytte av kurset. Artikkelen omtaler heller ikke i hvilken grad pasienten har nådd sine mål for behandlingen i henhold til handlingsplanen som ble utarbeidet på LMS-kurset. Dette mener jeg ville være sentralt for evalueringen av tilbudet.

Les artikkelen på side 14





SAMMENDRAG

Bakgrunn: Gruppebasert pasientundervisning utviklet og drevet via lærings- og mestringssentre (LMS) er i dag etablert ved samtlige sykehus i landet. Et LMS tilrettelegger og koordinerer ulike læringstilbud til personer med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming og deres familie. Fokus er å bidra til helsefremming gjennom påvirkning av kunnskaper og holdninger. Læringstilbudene utvikles og gjennomføres i nært samarbeid med brukerrepresentanter.

Hensikt: Hensikten var å beskrive

organisering og aktivitetsnivået ved landets LMS. I artikkelen brukes disse data som grunnlag for en diskusjon av hvordan virksomhetens rammevilkår vil kunne påvirke dens kvalitet.

Metode: Egenutviklet spørreskjema gjennom telefonintervju med 63 ledere av lærings- og mestringssentre.

Resultater: Lærings- og mestringssentrene er organisatorisk innpasset i sykehuset på ulike måter. Det er også ulike praksiser hva gjelder budsjettering, anset-

telsespraksis og godtgjøring til brukerrepresentanter. Aktiviteten er omfattende, og et grovt anslag av det totale ressursforbruket til gruppebasert lærings- og mestringsaktivitet er på rundt 160 millioner. Det er ingen systematisk og landsdekkende evaluering av virksomheten.

Konklusjon: Feltet bærer preg av lav grad av statlig- og regional styring. Dagens organisering gir stort rom for lokale initiativ, men svekker også mulighetene for robust forskningsbasert kvalitetsutvikling av dagens LMS-virksomhet.

ENGLISH SUMMARY

Activity and organisation of Norwegian learning and mastery centres

Background: Group-based patient education operated through learning and mastery centres (LMCs) are established at all Norwegian hospitals. LMCs develop, operate and coordinate different programs for persons with long-term diseases and their spouses. The focus is on empowering the participants with improved self-management. The programs are developed and carried out in close relationship with expert patients.

Objective: To perform a crude mapping of the organisational structure and activity as a basis for a discussion of how these structures affect the activity.

Method: Data were obtained through telephone interviews with 63 leaders of existing learning and mastery centres. A self-developed questionnaire was used.

Results: The organisational lines between the LMCs and the hospitals differ significantly. Furthermore, there are different practices involving budgeting, employment politics

and allowances to the expert patient. The activity is comprehensive, and a crude cost estimate of the group-based learning and mastery activity is 160 million NOK. There is no systematic, national evaluation of the activity.

Conclusion: The field is characterized by a lack of appropriate national or regional coordination and organisation. This enhances local initiatives, but could reduce the possibilities of research-based quality assessment and development in the field.

>> Aktivitet ved og organisering av lærings- og mestringssentre

Forfatter: **Christina Foss**

NØKKELORD

- Undervisning
- Pasient
- Pårørende
- Mestring
- Brukermedvirkning

INNLEDNING

I 1980-årene lanserte WHO «Health Promotion», definert som: «the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health»(1). En rekke tiltak for å implementere et sterkere fokus på helsefremmende tiltak er gjennomført også i norsk helsepolitikk. I 2001 ble Lov om spesialisthelsetjeneste revidert. I tillegg til pasientbehandling, utdanning av helsepersonell og forskning tilkom en ny, fjerde oppgave: opplæring av pasienter og pårørende (2). I en leder kommenterte daværende president i Legeforeningen Hans Petter Aarseth den nye oppgaven, og løftet spesielt fram betydningen av opplæring av pasienter med kroniske lidelser: «I det lange løp viser erfaringen at pasientopplæring som gir bedre sykdomsmestring faktisk også er økonomisk lønnsomt. (...) Derfor forutsettes det at foretaksstyrene forstår at nye oppgaver trenger nye ressurser»(3:3015).

Ti år er gått. I dag har samtlige helseforetak valgt å møte behovet for opplæring av pasienter og pårørende gjennom etablering av gruppebaserte lærings- og mest-

ringstilbud forankret i lærings- og mestringssentre (LMS). Det første lærings- og mestringssenteret ble etablert på Aker sykehus høsten 1997. Hensikten var å gi bistand til sykehusets fagpersonell til opplæring av pasienter og pårørende. I 2002 var det etablert 12 LMS (4), og den videre utvikling skjøt fart da daværende helseminister Høybråten i det årlige bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene i 2003 signaliserte at alle helseforetak skulle etablere et LMS. I dag er det etablert 62 LMS rundt om i Norge. I 2000 ble det også etablert et Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NKLMS).

FUNKSJON

Et lærings- og mestringssenter skal være en tilgjengelig møteplass for personer med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming, deres pårørende og fagpersonell. I beskrivelsen av den teoretiske forankring av LMS-aktiviteten heter det at: «... de lokale LMS har pasient- og pårørendeopplæring i et helsefremmende perspektiv som hovedfokus. Målet med opplæringen er en endring av pasientens kunnskaper og holdninger på ferdighets- og følelsesmessig plan» (5). Gruppebaserte lærings- og mestringstilbud er etablert i mange land (6). Enkelte land har valgt en utforming hvor brukerrepresentanter, via deres organisasjoner, både utvikler og driver lærings- og mestringstilbudet. Mens i Norge har man valgt en samarbeidsmodell, hvor en eller flere brukerrepresentanter deltar

i et ideelt sett, likeverdig samarbeid i både planlegging og gjennomføring av læringstilbudene. Med ett unntak er LMSene lagt til sykehusene og har en uttrakt funksjon som både pedagogisk tilrettelegger og koordinator i så vel utvikling og etablering som i gjennomføring av læringstilbud. Koordinatorrollen innebærer at LMSene ofte fungerer som både pådriver og rådgiver, og som en instans som tilbyr infrastruktur og praktisk tilrettelegging for fagmiljøenes opplæringstiltak.

HENSIKT

For å etablere et grunnlag for aktiviteten i det nasjonale kompetansesenteret (NKLMS) gjennomførte NKLMS 2009–2010 en kartleggingsundersøkelse (7). Vi ønsket svar på følgende spørsmål:

- Hvordan er lærings- og mestringssentrene ledet og hvilke organisatoriske rammer har virksomheten?
- Hvordan er de økonomiske

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at lærings- og mestringssentrene har få overordnede retningslinjer for organisering og drift, og lav grad av statlig og regional styring.

Mer om forfatteren:

Christina Foss er sykepleier og dr.polit. Hun er ansatt som professor ved Universitetet i Oslo, Avdeling for Sykepleievitenskap og ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. Kontakt: i.c.foss@medisin.uio.no.

TABELL 1: Organisatorisk innpassing av LMS i sykehusene.

		i stab	i linje	Totalt
Helseregion	Helse Sør-Øst RHF	14	15	29
	Helse Vest RHF	0	10	10
	Helse Midt-Norge RHF	6	6	12
	Helse Nord RHF	5	6	11
		22	34	62

forhold og ressursbruk ved det enkelte LMS?

- Hvilken plass har brukerrepresentantenes i virksomheten?
- Hvilke tilbud gis i regi av lærings- og mestringssentrene?

METODE

Det ble gjort en surveyundersøkelse som omfattet alle landets LMSer. Spørreskjemaet som ble benyttet var egenutviklet. Vi spurte om hvordan organiseringen av det enkelte LMS, økonomiske rammer, hvilke tilbud som ble gitt, hva som foregikk av forsknings- og utviklingsarbeid inkludert rutiner for evaluering. Forslag til spørsmål ble laget av ansatte ved NKLMS, deretter testet ut gjennom tre pilotintervjuer med tilfeldig utvalgte LMSer. Det endelige spørreskjemaet ble så sendt ut til lederne ved de 62 LMSene via e-post slik at de kunne se hvilke opplysninger vi ønsket, samtidig som det ble gjort avtale om tidspunkt for telefonintervju. Slik sikret vi at vi fikk inn alle data fra samtlige 62 LMSer i løpet av en uke i november

2009. Etter at rapporten, basert på de innkomne opplysningene, var lagt ut på nettet våren 2010 kom det imidlertid tilbakemeldinger fra lederne for de regionale LMS-nettverkene. Man pekte på at tallene knyttet til omfang av tilbud var ufullstendig, og ikke representativt for den reelle virksomheten fordi lokale variasjoner kunne føre til feilrapportering. Vi supplerte derfor med en ny runde spørsmål til LMSene. I denne runden ble spørsmålene utformet i samarbeid med lederne i de regionale LMS-nettverkene. Vi ba her LMS-lederne å skille mellom a) kurs som ble gjennomført i regi av LMS og b) kurs som ble gjennomført i regi av avdeling/klinikk i samarbeid med LMS. Data ble innsamlet i løpet av sommeren 2010. Heller ikke disse spørsmålene viste seg å være fullt ut korrekte, idet vi fikk tilbakemeldinger om at skillet mellom a- og b-varianten var kunstig i lys av at LMS-tilbud skal utvikles og gjennomføres som i et samarbeid mellom flere instanser. Den nye runden med datainnsamling ga

TABELL 2: Honorering av brukerrepresentanter

Honorering	Antall (%)
LMS lønner brukerrepresentantene	24 (38.7)
Brukerorganisasjon lønner representantene	5 (8.0)
Annet*	24 (38.7)
Representantene lønnes ikke	9 (14.5)
Total	62 (100)

*som regel lønnes her representantene direkte av helseforetaket eller sykehuset

likevel noen korreksjoner i antallet tilbud.

FUNN

Ledelse og organisatoriske rammer

Lærings- og mestringssentrene er organisatorisk innpasset i sykehuset på ulike måter, som vist i tabell 1. Variasjonen gjelder også innen samme helseforetak; det enkelte sykehus velger selv tilknytningsform. Kartleggingen viser at knapt flertall (55 prosent) har valgt å knytte LMS til sykehuset i linje.

Fra de LMSer som har kommentert spørsmålet ytterligere, ser vi at linjen går til både avdelingsledere ved ulike avdelinger, klinikk-sjefer, divisjonsdirektør, ledere ved ulike enheter og fagdirektør. I noen tilfeller (drøyt 35 prosent) er LMS organisatorisk tilknyttet sykehuset i stab, og da som oftest til klinikk-sjef ved rehabiliteringsavdeling, men også til samhandlingsavdeling eller fagavdeling.

Ressursbruk og omfang

LMS-virksomheten er finansiert over sykehusets faste ordinære budsjett. Et flertall av LMSene (65 prosent) oppgir at de har et eget driftsbudsjett, mens de resterende inngår i budsjettet til en av sykehusets avdelinger (varierende hvilken). Mesteparten av undervisningsaktivitetene foregår utenom de stillingene som er knyttet spesifikt til det aktuelle LMSet. Dette skjer ved at personale i ulike avdelinger i sykehuset eller i kommunale tjenester, gir undervisning i de tilbudene som organiseres og gjennomføres i regi av de ulike LMSer. Vi har anslått ressursbruken for de LMSer som ikke har eget budsjett, ut fra sentre med tilsvarende aktivitetsnivå som har eget budsjett. Vi kommer da opp i et anslag på 12 426 000 kroner. Det pågår også flere prosjekter knyttet til

utvikling av nye læringstilbud, og de samlede midlene for denne aktiviteten legger ytterligere 1 164 000 kroner til det samlede budsjettet. Totalt vil et grovt anslag på den samlede ressursbruk for landets LMS-aktivitet derved utgjøre om lag 80 millioner kroner. Denne summen er ikke inkludert undervisningsressurser hentet fra sykehus- og kommuneansatte. Antall fast ansatte i LMSene, varierer fra ingen til sju fast ansatte inkludert leder. Totalt var det på tidspunktet for undersøkelsen nær 130 årsverk tilknyttet LMSer rundt omkring i landet. Antall ansatte er imidlertid langt høyere. Svært mange av stillingene er deltidsstillinger, helt ned i 10 prosent stilling.

Brukerrepresentantene

Praksis når det gjelder honorering av brukerrepresentanter varierer, og heller ikke på dette feltet er valg av rutiner konsistent innen samme helseforetak. Det vanligste er likevel at helseforetaket direkte, eller gjennom sykehuset, honorerer brukerrepresentantene. Alternativt lønnes de over LMSets budsjett der slikt finnes (tabell 2).

I noen svært få tilfeller er det brukerorganisasjonene selv som lønner sine representanter. Det er også et mindretall (15 prosent) av brukerrepresentantene som ikke mottar noen godtgjøring, men som kun får refundert reiseutgifter enten av LMSet eller av egen organisasjon.

Tilbudene som gis

I gjennomsnitt tilbød hvert enkelt LMS drøyt 31 forskjellige lærings-tilbud i 2009, og totalt ble det på landsbasis presentert og gjennomført ulike 1933 lærings-tilbud. Mange av tilbudene ble gitt flere ganger i løpet av året. Vi samlet ikke inn data om omfang av de ulike tilbudene, men alle respon-

dentene pekte i intervjuet på at det er stor variasjon i tilbudenes omfang fra et LMS til et annet. Et tilbud til eksempelvis pasienter med diabetes 2 som varer to–tre timer, og et tilbud som varer over flere dager, vil begge fremstå som ett tilbud i oversikten. Rapporteringen av LMS-tilbud viser at alle LMSer gir tilbud til både barn, unge og voksne, til både pasienter og pårørende og i noen tilfelle til hele miljøer som for eksempel en skoleklasse. Tilbudene varierer fra lengre kurs over dager eller uker til små kafétreff. Enkelte tilbud har undervisning fra flere høyt utdannede helsefagprofesjoner, andre har brukernes erfaringer i fokus. Ikke alle LMSene har oppgitt antall deltakere. På bakgrunn av tall fra de LMSene som har registrert antall deltakere, er et forsiktig anslag at om lag 55 000 brukere (pasienter og pårørende) har deltatt på ulike opplærings-tilbud tilknyttet LMSer rundt om i landet de siste årene. Tabell 3 gir en meget grov oversikt over aktivitetene som ble tilbudt i de fire helseregionene i landet i 2009.

Som det fremgår av tabellen gjenspeiler tilbudene utbredelsen av de vanligste kroniske sykdommer knyttet til livsstil, som diabetes og kronisk obstruktive lungelidelser. Det er forskjeller i fordeling av type tilbud, selv med forbehold om ulikt omfang på de enkelte kurs. Undervisnings-tilbudene preges gjennomgående av stor flerfaglighet, og i gjennomsnitt er åtte ulike profesjoner trukket inn i undervisning i hvert enkelt lærings- og mestringstilbud.

Opplæring av helsepersonell

Lærings- og mestringssentre har også som sin oppgave å bidra til helsepersonellens pedagogiske kompetanse. Enkelte LMSer oppgir at de arrangerer kurs for

brukerrepresentantene for å forberede disse på sin funksjon. I de aller fleste tilfeller vil det være slik at brukerrepresentantene tilbys det samme kurset som personalet tilbys, i andre tilfeller arrangeres det egne kurs for brukerrepresentantene. Ønsket om mer kunnskap innen helsepedagogikk synes å ha resultert i etableringen av interne pedagogiske læringstilbud for ansatte i LMS, og stadig flere LMSer tilbyr kurs i pedagogikk.

FoU-aktivitet ved LMS

Sytten LMSer oppgir at det er gjort FoU-arbeid i form av eksterne forskningsprosjekter. Internt ansatte er også aktive, og 24 LMSer oppgir at det pågår FoU-arbeide ved deres LMS. Det ble oppgitt 11 publikasjoner fra ulike utviklingsarbeider, alle i form av interne rapporter. Tre LMSer oppga at det er oppnevnt egen FoU-ansvarlig, og i alle tilfellene er dette leder for LMS. Flere LMSer planlegger å øke fokus på FoU-aktiviteter.

Evaluering av tilbudene er en form for FoU-virksomhet. Evaluering av tilbudet skjer som oftest ved bruk av ett standard evalueringsskjema utarbeidet av NK LMS (8). Dette er et skjema som fylles ut før kursstart, som samler data om hvorfor brukeren ønsker å delta på kurset, hvordan bruker fikk informasjon om tilbudet, og til slutt etterspør deltakerens kjønn, utdanning og bosituasjon. Deretter benyttes et evalueringsskjema etter gjennomført kurs. Skjemaet samler data om hvem deltakeren er (pasient/pårørende), deltakerens erfaringer med tilbudets nytteverdi, om de savnet noe og hvordan de vurderer innhold og metode (gradert som: ikke viktig – lite viktig – noe viktig – viktig – meget viktig). Ikke alle LMSer oppgir at de helt systematisk evaluerer alle tilbud som gis. Grun-

nen som oppgis er ressursmangel. For disse gjelder det at de oppgir å fokusere evaluering av nye tilbud og tilbud som eventuelt har blitt endret. Noen få LMSer har valgt å justere på «standardskjemaet» eller benytte egenutviklede skjema.

DISKUSJON

Data fra kartleggingen tegner et bilde av en virksomhet med lav grad av statlig og regional styring, hvor de enkelte sykehus har etablert ulik form for praksis. LMS med få ansatte vil ikke kunne dekke alle behov, noe som indikerer behov for samarbeid mellom de ulike LMSer. Organisatorisk er LMSene innpasset i sykehusene på svært ulikt vis. Det er ikke urimelig å anta at ulik organisatorisk innpassing vil kunne påvirke muligheten for samordning av LMS-aktiviteter innen samme helseforetak. I slike tilfeller er det ikke selvsagt hvordan linjene går og hvem man henvender seg til. Budsjettmessig vil de LMSer som har egne budsjett kunne ha større grad autonomi enn de som har sitt budsjett «sammenfiltret» med det aktuelle sykehusets avdelingsbudsjett. Begge disse faktorene kan tenkes å påvirke betingelsene for samarbeid om tilbud på tvers av LMSer.

Data viser stor variasjon i antall ansatte i de ulike LMSene, samt en utstrakt bruk av deltidsstillinger. Generelt vet vi at bruk av deltidsstillinger ofte er lite økonomisk for virksomheten, men også lite gunstig for de ansatte ved at deltidsansatte tenderer til å lønnes lavere enn ansatte med samme funksjon i heltidsstilling (9). En så ny virksomhet som LMS vil også kunne påvirkes negativt av en stor andel deltidsstillinger gjennom økt fare for fragmentering. Den høye andelen av flerfaglighet gir brukerne mye spesifikk kunnskap fra flere felt som for eksempel

ernæring, psykisk stress, medikamentbruk og lignende, men en stor andel ulike faggrupper kombinert med små stillingsbrøker kan samtidig også bidra til å øke faren for at helhet og sammenheng blir vanskelig å ivareta.

Brukerrepresentantene spiller en viktig pedagogisk rolle i lærings- og mestringsaktivitetene, og det er derfor viktig å ha tilgang til den ressursen brukerne representerer (3). Brukerrepresentantenes funksjon er å fungere som et korrektiv til de etablerte profesjonenes perspektiv. Det representerer en mulig måte å sikre et utenfraperspektiv på gjennom å holde en viss distanse til virksomheten. Man kan tenke seg at denne avstanden fremmes gjennom at brukerrepresentanten ikke direkte lønnes av helseforetaket, ikke får samme pedagogiske opplæring som de profesjonelle, og eventuelt at brukerrepresentanten ikke er samme person over lang tid. I litteraturen finner man både de som argumenterer for at brukernes uavhengighet trues når deltakelsen er sponset (10), og de som mener at honorering er viktig for å verdsette brukerne (11).

I en fersk doktorgrad viser forfatteren at selv om brukerrepresentantenes perspektiv har vunnet plass og status, foregår samarbeidet veldig ulikt fra et LMS til et annet (12). Samarbeidet mellom brukerrepresentanter og fagfolkene beskrives som «skjørt», og med en innebygd spenning (12:173). En del av denne spenningen knyttes til spørsmål om hvilken kunnskap som skal telle mest; brukernes erfaringskunnskap eller de profesjonelles medisinske kunnskap. Flere LMSer har etablert opplæring i helsepedagogikk som man ikke bare tilbyr ansatte som driver gruppebasert pasientundervisning, men også brukerrepresentantene. Felles opp-

læring vil kunne fremme et mer samstemmig grunnsyn, men det er samtidig et spørsmål om det vil redusere brukerrepresentantenes representativitet gjennom å gjøre brukere mer lik profesjonelle helsearbeidere.

Et mål for kvalitet er at brukere med like behov skal få tilbud med samme innhold og kvalitet uavhengig av bosted. I tabell 3 er kursene i de enkelte LMSer slått sammen under helseregionen. Når en helseregion ligger henholdsvis langt over eller langt under gjennomsnittet for andel kurs, til for eksempel brukere med diabetes eller astma, er dette ikke nødvendigvis uttrykk for at man har spesielt få eller mange med behov for slikt tilbud i vedkommende region. Det kan like godt være et utslag av at man i denne regionen har LMS med ansatte som har spesiell kompetanse eller eventuelt mangler tilgang til kompetanse innen feltet.

I tråd med et uavklart teoretisk og pedagogisk fundament, viser undersøkelsen at det er stor variasjon i både hvilke kurs som tilbys, deres lengde, omfang, fokus og tidspunkt i sykdomsforløpet. En av forutsetningene for å kunne evaluere virksomhetens kvalitet og effekt, er at tilbudene er så utfyllende beskrevet at det kan gi grunnlag for sammenlikninger mellom ulike tilbud gitt til samme pasientgruppe. Vi mangler utfyllende data om de ulike kurstilbudene, og denne mangelen påvirker igjen mulighet for sammenlikning og utviklingen av kunnskap. Kunnskapsoppsummeringer (16,17) konkluderer med at mesteparten av litteraturen på feltet er preget av store metodologiske begrensninger, blant annet nettopp knyttet til at intervensjonene er lite samordnet og mangelfullt beskrevet. Manglende overordnet samordning og styring synes å ha resultert både i problemer og

TABELL 3: Samlet rangert oversikt over de vanligste LMS-tilbud i Norge pr. november 2010

	Helse-Nord	Helse-Vest	Helse-Midt	Helse Sør-Øst	Sum type tilbud
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Psykisk helse	25 (10,7)	32 (10,5)	92 (21,8)	56 (5,8)	205 (10,7)
Diabetes	30 (12,8)	54 (17,7)	20 (4,7)	92 (9,5)	196 (10,1)
Nevrol. lidelser	18 (7,7)	14 (4,6)	27 (6,4)	87 (9,0)	146 (7,6)
Foreldretilbud	8 (3,4)	7 (2,3)	14 (3,3)	108 (11,1)	137 (7,0)
Muskellidelser	20 (8,5)	17 (5,5)	40 (9,5)	43 (4,4)	120 (6,3)
Hjertelidelser	8 (3,4)	12 (3,9)	12 (2,8)	61 (6,3)	93 (4,8)
Astma/allergi	33 (14,1)	21 (6,9)	5 (1,2)	32 (3,3)	91 (4,7)
Mage/tarm	26 (11,1)	26 (8,5)	6 (1,4)	30 (3,1)	88 (4,5)
Sansetap	20 (8,5)	19 (6,2)	17 (4,0)	23 (2,4)	79 (4,1)
Kols/røykeslutt	10 (4,3)	16 (5,2)	14 (3,3)	38 (3,9)	78 (4,0)
Gen. mestringsstilb.	0 (0)	7 (2,2)	17 (4,0)	38 (3,9)	62 (3,2)
Treff	6 (2,4)	17 (5,5)	7 (1,7)	28 (2,9)	58 (3,0)
Kreft	11 (4,7)	6 (2,0)	7 (1,7)	34 (3,5)	58 (3,0)
Reumatiske lidelser	12 (5,1)	0 (0)	6 (1,4)	35 (3,6)	53 (2,7)
Overvekt	3 (1,3)	4 (1,3)	8 (1,9)	12 (1,2)	27 (1,4)
Slag	3 (1,3)	3 (1,0)	7 (1,7)	10 (1,0)	23 (1,2)
Resterende tilbud	1 (0,4)	51 (16,7)	123 (29,2)	244 (25,1)	419 (21,7)
Sum tilbud	234 (100%)	306 (100%)	422 (100%)	971 (100%)	1933 (100%)

Psykisk helse: læringstiltak innen psykiatri hos voksne, inngår tiltak ved psykoser, depresjon og uspesifiserte psykiatriske lidelser og sorggrupper, samt læringstilbud innen BUP, her inngår ADHD og uspesifiserte diagnoser.

Foreldretilbud: ulike foreldrestøttetilbud til foreldre med barn med ulike fysiske og psykiske funksjonshemninger, foreldre til premature barn, fødselsforberedende kurs ved spesielle behov o.l.

Muskellidelser: tilbud knyttet til plager i muskel og skjelettsystemet: preopr. hoftekurs, uspesifisert muskel og skjelettlidelser, smertekurs og ME.

Astma/allergi: astma og allergi/hudsykd som for eksempel eksem og psoriasis.

Mage-tarmsykdom: inkludert Inflammatory Bowel Disease, Infl. Bowel syndrome, cøliaki, matintoleranse, stomikurs og kurs for uspesifikke autoimmune sykdommer.

Sansetap: vanligst er tinnitus, hørsels- eller synssvikt.

Generelle mestringskurs: her inngår en rekke ulike ikke-diagnosespesifikke tilbud.

Kreft: her inngår vanligvis uspesifiserte tilbud, alternativt mer spesifikke tilbud vanligvis til pasienter med bryst- eller prostatakreft.

Revmatisme: ulike revmatiske sykdommer som Lupus erythematosus, Revmatoid artritt, Mb. Bekhtrew, Mb. Sjøgren og uspesifikke reumatiske plager.

Resterende tilbud: består av en rekke ulike tilbud, hvorav noen sentrale eksempler er tilbud knyttet til rusproblematikk, demens og kroniske smerter.

fortrinn. Det har gitt problemer knyttet til evaluering av virksomheten, men samtidig har ildsjeler i de enkelte LMSer fått mulighet til å bruke sine kunnskaper, erfaring og engasjement til å utvikle en rekke ulike tilbud.

Helsefremming, livsstilsendring, brukermidvirkning og empowerment har fått fotfeste innen

forebyggende og helsefremmende arbeid (13). Ideologiene er imidlertid verken uproblematisk eller lett håndterlige for dem som settes til å forvalte dem, noe ansatte ved LMSene også gir uttrykk for i en evaluering av virksomheten i 2006 (6). I rapporten peker man på at de ansatte ved de lokale LMSene erfarer utfordringer knyttet til å

«få til reell brukermidvirkning, og dilemma forbundet med brukers rett til å foreta egne valg» (6:2). Dette indikerer et behov for at man tilrettelegger for kontinuerlig og tilrettelagt refleksjon og kompetanseoppbygging i samsvar med de oppgaver som er knyttet til LMS-virksomhet. I prosjektperioden er oppstarten av det første

LMS (1997–99), arbeidet man etter en modell som ble etablert som nasjonal standard, referert til som «standard metode» (14). Denne standarden legger føringer for samarbeidet mellom fagfolk og brukerrepresentanter, men ikke for innholdet i de opplæringstilbudene som utvikles. Sintef peker i sin rapport på at de ansatte etterlyste mer kunnskap, mer faglig refleksjon og mer teori som kan gi dem svar på problemer de opplever i praksis. Økte kunnskaper i helsepedagogikk synes å være et voksende behov, noe som gjenspeiles i antall kurs i helsepedagogikk. Samtidig er helsepedagogikk beskrevet som å være dårlig definert, både av NKLMS og i debatten ellers (15).

Man må systematisk dokumentere erfaringer og resultater for å kunne ivareta en kontinuerlig kvalitetsvurdering og -forbedring (10). Å etablere en nasjonal database kan danne grunnlag for å besvare en rekke viktige spørsmål som vi i dag mangler svar på. Det mest sentrale spørsmålet er selvsagt om gruppebaserte lærings- og

mestringskurs virker etter hensikten. En forutsetning for å kunne si noe om effekt på ulike områder, er å identifisere effektmål som er relevante for målsettingen i kurset, og oppfølgingstid for de ulike effektmål. Man har beskrevet en rekke mulige effektmål (16) og ennå flere instrumenter og metoder for å kunne si noe om effekter av tilbudene. Å etablere en større, nasjonal database vil gi et solid grunnlag for å si noe om effekt. Men dette krever samordning og en overordnet styring av hvilke effektmål og evalueringsmetoder som skal benyttes. Et sentralt spørsmål er hvilke pasienter vi når, og hvilke vi ikke når med gruppebasert undervisning. En kunnskapsoppsummering reiser faktisk spørsmålet om gruppebasert pasientundervisning kan bidra til å øke sosiale helseforskjeller dersom man ikke tar opp problemstillinger knyttet til å møte ulike pasientgrupper (17:19). Å systematisk samle inn data om kjønn, etnisitet, utdanning og sosioøkonomisk status hos dem som deltar på lærings- og

mestringskurs vil kunne bidra til viktige kunnskap på dette feltet. Oppbygging av en nasjonal database kan være en av flere viktige bidrag til utvikling av kunnskaper om ulikheter i deltakelse og effekt av deltakelse.

KONKLUSJON

Til tross for en omfattende og voksende virksomhet har lærings- og mestringssentrene få overordnede retningslinjer for organisering og drift, og lav grad av statlig og regional styring. Lite overordnet styring har stimulert til kreativitet. Sammenholder man antall kurs med bruk av ressurser indikerer dette at man får «mye opplæring for pengene» (16-18). Likevel synes det som virksomheten foreløpig er et «stebarn» når det gjelder tilrettelegging og samordning, noe som kan påvirke virksomhetens muligheter for kvalitetsutvikling. På bakgrunn av data fra tverrsnittundersøkelsen synes det som tiden er moden for å evaluere i hvilken grad LMS-virksomheten vil være tjent med en større grad av samordning.

REFERANSER

1. WHO: The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
2. Lov 1999-07-02 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Oslo: Cappelen akademisk forlag; Lovdata. 2001.
3. Aarseth HP. Den fjerde oppgave Tidskr Nor Legeforen 2001; 121: 3015.
4. Strøm A, Fagermoen MS. Lærings- og mestringssentre ved sykehus. Ny arena for samarbeid om pasientopplæring ved kronisk sykdom. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning 2004; 6: 36–44.
5. http://www.mestring.no/teoretisk_forankring
6. Steihaug S, Hatling T. Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Sintef Helse, Trondheim: rapport nr. A6, 2006.
7. Foss C. Virksomheten i norske lærings- og mestringssentre pr. november 2009. Prosjekt rapport 3/2010 Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, Oslo.
8. www.mestring.no/utviklingsarbeid

9. Hofstad E. Flere årsverk ga lavere lønnsutgifter. Sykepleien 29.03 2011. <http://www.sykepleien.no/nyhet/632479/flere-arsverk-ga-lavere-lonnsutgifter>
10. Hogg CN. Patient and public involvement: What is next for the NHS? Health Expect 2007;10:129-38.
11. Rutter D, Manley C, Weaver T, Crawford MJ, Fulop N. Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. Soc Sci & Med 2004; 58: 1973–84.
12. Strøm A. Samarbeid i Lærings- og mestringssenteret – brukermedvirkning og makt. Avhandling for ph.d.-graden, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Oslo 2010.
13. Sørensen M, Graff-Iversen S, Haugstvedt K, Enger-Karlsten T, Narum IG, Nybø A. «Empowerment» i helsefremmende arbeid. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:2379-83.
14. NKLMS. Statusrapport pr. 30. mai 2002. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Oslo: NKLMS, 2002.

15. Ekeland T-J, Heggen K. Meistring og myndiggjøring – reform eller retorikk? Oslo: Willaing I, Folman NB, Gisselbæk AB. Patientskoler og gruppebasert pasientundervisning – en litteraturgjennomgang med fokus på metoder og effektivitet. København; Viden- og dokumentasjonsenheden, Sundhedsstyrelsen 2005.
17. Foster G, Taylor SJC, Eldridge S, Ramsay, KJ, Griffiths CJ. Self-management education programs by lay leaders for people with chronic conditions (Review). The Cochrane Library 4; 2000.
18. Marks R, Allegrante J P, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). Health Promo Pract 2005;6:148-156.

Les kommentaren på side 31 >>

Vi trenger mer kunnskap om LMS

> Vi vet i dag for lite om kvaliteten ved lærings- og mestringsskurs (LMS) og hvilken effekt de har. Dette bør det forskes mer på.



Av Kirsti Jenssen

Cand.paed. og spesialist i klinisk pedagogikk
Lærings- og mestringssenteret,
Lovisenberg Diakonale Sykehus

Sykepleier og dr.polit. Christina Foss foreslår i sin artikkel «Aktivitet og organisering av lærings- og mestringssentre i Norge» å etablere en nasjonal database for å oppnå kvalitetsvurdering og -forbedring av lærings- og mestringsskurs. Den nasjonale databasen skal gi grunnlag for å besvare en rekke viktige spørsmål som vi i dag mangler svar på. Som eksempel peker hun på spørsmålet om hvorvidt gruppebaserte lærings- og mestringsskurs virker etter hensikten.

I denne kommentaren har jeg begrenset meg til opplæring av pasienter og helsepersonell. Ved å bli pålagt å gi opplæring, ble helsepersonell samtidig pålagt en pedagogisk oppgave. Men oppgaven medførte ikke at helsepersonell fikk noen planmessig opplæring i pedagogikk. Mangel på opplæring utviklet på nasjonalt nivå, har medført lokale initiativ for å møte behovet for kompetanse i undervisning,

rådgivning og veiledning. Vi mangler kunnskap om kvalitet på og effekt av opplæringen. Pasientenes rett til opplæring i spesialisthelsetjenesten, innebærer for kronikerne at mye av opplæringen foregår i gruppe som lærings- og mestringsskurs. Dermed kan pasientene utveksle erfaringer og lære av hverandre i tillegg til opplæringen som blir gitt av helsepersonell. I mangel av sentrale føringer for lærings- og mestringssopplæring, har de ansatte vist mye kreativitet og stor innsats for å etablere ulike kurs for pasientene. Men vi mangler kunnskap om kvalitet på og effekt av opplæringen.

Etter kort tids erfaring som pedagogisk rådgiver på lærings- og mestringssenteret, Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo, ble jeg trukket inn i diskusjonen om hvorvidt kursene våre virker etter hensikten. Vi satte dermed i gang systematisering av data om kursene og kursdeltakerne.

Vi vurderer og justerer kursinnkallingene og kursbrosjyrene i forhold til målgruppen og kursets formål. Vi diskuterer også kursenes innhold og form. I tillegg har vi startet samtaler om hva helsepersonell har behov for av undervisning, rådgivning og veiledning for å utføre pasientopplæring i gruppe. I og med at nasjonale data mangler, igangsetter vi disse lokale tiltakene for å skaffe mer kunnskap om kursene, og for å øke kvaliteten på opplæringen av både pasienter og helsepersonell. Jeg håper faglige og politiske myndigheter ressurser til fortsatt forskning på organisering og aktivitetene på lærings- og mestringssentrene. Det trenger vi!

Les artikkelen på side 24





SAMMENDRAG

Bakgrunn: Smarter hos intensivpasienter tilkopleet respirator er underbehandlet, og det er en utfordring for sykepleieren å vurdere smertene hos disse pasientene da de ikke selv kan rapportere sin smerte verbalt.

Hensikt: Å få økte kunnskaper om hvilke indikatorer og hjelpemidler sykepleiere anvender når de vurderer smerter hos sederte respiratorpasienter. Hvilke barrierer sykepleierne mener det er for effektiv smertehåndtering hos

disse pasientene blir også beskrevet.

Metode: En tverrsnittsundersøkelse hvor data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema.

Resultat: De mest brukte indikatorer på smerte var stigende blodtrykk, stigende hjerterefrekvens, ansiktsgrimaser og stigende respirasjonsfrekvens. De minst benyttete var blekhet, pupillestørrelse, fall i hjerterefrekvens og fall i blodtrykk. Utilstrekkelig vurdering av smerter

var den barrieren flest sykepleiere var enig i, og hjelpemidler for smertevurdering ble sjelden benyttet.

Konklusjon: Sykepleiere bruker mange indikatorer ved smertevurdering, men anvender sjelden hjelpemidler for å vurdere smerte. Samtidig blir problemer med å vurdere smerter hos denne pasientgruppen sett på som den største barrieren for effektiv smertelindring. Sykepleierne trenger økte kunnskaper og ferdigheter for å vurdere smerte hos denne pasientgruppen.

ENGLISH SUMMARY

Assessing pain in sedated, ventilated patients

Background: Pain in intensive care patients on mechanical ventilation is still a problem. It is a challenge for nurses to assess pain in these patients who are unable to report their pain verbally.

Objective: To gain knowledge about the indicators and tools nurses use when assessing pain in sedated, ventilated patients and the barriers for effective pain mana-

gement in these patients.

Method: A cross-sectional study where data were collected using a questionnaire.

Results: The most commonly used indicators of pain were increasing blood pressure, increasing heart rate, facial grimaces and increasing respiratory rate. The least-used indicators were paleness, pupillary response, fall in heart rate, and fall in blood pressure. Inadequate assessment of pain was the barrier

most nurses agreed on, and tools for pain assessment were rarely used.

Conclusion: Nurses use many indicators of pain assessment, but rarely use tools to assess pain. Problems in assessing pain were the greatest barrier to effective pain relief, and nurses need more knowledge and skills to assess pain in this patient group.

Key words: pain, nurses, assessment, sedation, mechanically ventilated

» Smertevurdering av sederte pasienter på respirator

Forfatter: Gerd Bjørknes og Tone Rustøen

NØKKELORD

- Smarter
- Sykepleie
- Respirator

INTRODUKSJON

En pasient defineres som en intensivpasient når det foreligger truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner, og man antar at svikten er helt eller delvis reversibel (1). Mange intensivpasienter intuberes og respiratorbehandles (2). Den intuberte pasienten må tolerere endotrakealtuben i tillegg til annen behandling og det kan være angstfylt, stressfremkallende og smertefullt. De fleste trenger derfor sederende og smertestillende medikamenter (3). Sedativer er et beroligende middel og i Norge anvendes ofte Midazolam eller Propofol (4). Midazolam er et benzodiazepin som ved lav dosering gir en beroligende effekt. Ved doseøkning inntreder sedasjon, men det har ingen smertestillende effekt (5, 6). Propofol anvendes ofte ved kort behandlingstid og det har heller ingen analgetisk effekt (5–8).

Smarter hos intensivpasienter er underbehandlet (9, 10), og opp mot 77 prosent av disse pasientene opplever smerter mens de respiratorbehandles (11–14). Leicending er beskrevet som den mest smertefulle prosedyren hos denne pasi-

entgruppen, mens trakealsuging, fjerning av bandasjer og dren også er smertefullt (12, 15, 16). I tillegg forårsaker underliggende sykdommer, kirurgi og traume, smerter (17). I dag har man et økende fokus på betydningen av god smertebehandling hos disse pasientene da det kan føre til redusert respiratortid (18, 19), redusert liggetid på intensivavdelingen (19) og færre nosokomiale infeksjoner (18). I tillegg er det vist at ubehandlede akutte smerter kan påvirke forskjellige organsystemer og gi nedsatt funksjon i organene (9, 20). Inadekvat smertelindring i akutt fase kan også føre til kroniske smerter og økt dødelighet hos pasientene (21).

Systematisk smertekartlegging er et viktig tiltak for effektiv og individuell smertebehandling (22). For våkne pasienter finnes ulike smertemålingsverktøy som visuell analog skala (VAS), numerisk rangeringsskala (NRS) og ansiktskala (FPS). Behavioral Pain Scale (BPS) (23) og Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) (24) er to smertemålingsverktøy som er utviklet spesielt for sederte respiratorpasienter. Begge er basert på observasjon av pasientene.

Både observerbare fysiologiske og atferdsmessige indikatorer eller kjennetegn kan anvendes for å vurdere smerter (25, 26). Fysiologiske indikatorer på smerte er et resultat av stimuli av det autonome nervesystemet, og kan gi stigende hjerterefrekvens, stigende blodtrykk, dilaterte pupiller, økt

respirasjonsfrekvens, økt muskelspenning, blekhet og svette. Ved smerter i mage/tarmkanalen og urinblære innverves parasymptikus og det kan gi synkende hjerterefrekvens, synkende blodtrykk, kvalme og oppkast (27, 28). De fysiologiske indikatorene på smerte er uspesifikke ettersom endring i verdiene kan ha andre årsaker enn smerte (23, 29). For eksempel kan endring i blodtrykk og puls være forårsaket av medisiner og/eller underliggende sykdom (30). På bakgrunn av dette anbefaler man ikke å anvende disse indikatorene alene (13, 31). Eksempler på atferdsindikatorer forbundet med smerte er ansiktsgrimaser, stivhet i kroppen, rykninger, lukkede øyne, endret muskeltonus og sammenknyttete hender (16, 30). Sykepleieren må kjenne til disse ulike indikatorene, hvilken betydning de har samt komplek-

Hva tilfører artikkelen?

Et sentralt funn i denne studien er at sykepleierne benytter få hjelpemidler for å vurdere smerter hos pasientene.

Mer om forfatterne:

Gerd Bjørknes er intensivsykepleier ved intensivavdelingen Sykehuset Østfold i Fredrikstad. Tone Rustøen er seniorforsker ved Avdeling for forskning og utvikling, Akuttklinikken, OUS og professor ved Lovisenberg Diakonale Høgskole. Kontakt: gerbj@so-hf.no.

siteten i smertevurderingen hos disse pasientene.

Det finnes barrierer for god smertebehandling både hos helsearbeidere, i systemet eller hos pasienten selv (32). Eksempler på barrierer hos helsearbeidere er mangelfulle kunnskaper om smerte og smertebehandling (33, 34), at det ikke ordineres tilstrekkelig analgetika (35), at medika-

ter mellom land på grunn av ulike typer helsevesen. Også på grunn av kulturelle forskjeller med hensyn til smerte og smertebehandling er det viktig at det gjøres slike studier i Norge.

METODE

Studien er en tverrsnittundersøkelse og sykepleiere ved to intensivavdelinger ved to sykehus fylte

sykepleierne som oppfylte inklusionskriteriene ble forespurt. Alle deltakere ble informert om at anonymitet og konfidensialitet ville bli ivarettatt og at returnert utfylt spørreskjema fungerte som informert samtykke.

Datainnsamling

Spørreskjemaet ble utarbeidet på bakgrunn av tre andre spørreskjema. Det ene av disse tre ble benyttet i sin helhet og inneholdt blant annet 14 ulike fysiologiske og atferdsmessige smerteindikatorer for å vurdere smerte (se tabell 1) (40, 41).

Sykepleierne ble spurt om de anvendte disse ved å sette et kryss utenfor indikatoren. Bruk av hjelpemidler for smertevurdering i form av forskjellige smertemålingsverktøy ble kartlagt ved at sykepleierne ble bedt om å krysse av for hvor ofte de anvendte dem; aldri, sjelden, ofte eller systematisk (34) (se tabell 2).

Her ble både bruk av visuell analog skala (VAS), numerisk skala (NRS), ansiktsskala (FPS), «Behavioral Pain scale» (BPS), «Critical Care Pain Observation

” Endring i puls og blodtrykk kan ikke anvendes som indikatorer alene.

menter ikke blir gitt (36), samt at smertebehandling er mangelfullt dokumentert (36, 37). Barrierer i systemet kan være manglende smertevurderingsverktøy (20), høy arbeidsbelastning (35) eller lite fokus på smertebehandling (38). Eksempler på barrierer hos pasienten selv kan være kommunikasjonsproblemer, blant annet på grunn av sedasjon (20). Da pasienten selv ikke kan sette ord på sin smerte, er sykepleieren ofte den som kjenner pasienten best og kan vurdere smerten (39).

Den overordnede hensikten med prosjektet var å få økt kunnskap om smertevurdering og smertebehandling av denne pasientgruppen blant sykepleiere som arbeider på en intensivavdeling. Forskningsspørsmålene er: Hvilke indikatorer og hjelpemidler anvender sykepleiere når de vurderer smerter hos sederte respiratorpasienter? Hvilke barrierer mener sykepleierne det er for effektiv smertehåndtering hos disse pasientene? Slik kunnskap antas å være svært klinisk nyttig ved at man fokuserer på områder sykepleierne trenger mer kunnskap om. Internasjonalt er det vist at pasienter på intensivavdelinger har mye smerter (11-14). Det er gjort svært få slike studier i Norge. Da det kan være ulike-

ut et spørreskjema. Begge intensivavdelingene er generelle intensivavdelinger med både medisinske og kirurgiske intensivpasienter. De er omtrent like store og har plass til cirka ni pasienter. Ingen av avdelingene har retningslinjer for smertevurdering i dag. For å bli inkludert i studien måtte sykepleierne ha mer enn et halvt års ansettelse i avdelingen, arbeide med pasienter direkte og ikke være i permisjon eller sykmeldte.

Tillatelse til å utføre studien ble innhentet fra avdelingssjefen ved de respektive sykehus. Alle

TABELL 1: Smerteindikatorer

Indikatorer for smerte	Valgt av antall sykepleiere (n= 75)	
	n	(%)
Stigning i blodtrykk	73	(97)
Stigning i hjertefrekvens	70	(93)
Ansiktsgrimaser	70	(93)
Stigning i respirasjonsfrekvens	66	(88)
Motorisk uro	64	(85)
Pusting mot respirator	59	(79)
Tåreflod	59	(79)
Svette	59	(79)
Avvergende bevegelser (inkludert stivhet)	49	(65)
Reduksjon av perifer O2 metning	22	(29)
Blekhhet	18	(24)
Pupillestørrelse	15	(20)
Fall i hjertefrekvens	2	(3)
Fall i blodtrykk	1	(1)

TABELL 2: Hjelpemidler for smertevurdering

	Aldri		Sjelden		Ofte		Systematisk	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
VAS (Visuell analog scale) (n=72)	15	(21)	29	(40)	19	(26)	9	(13)
NRS (Numeric rating scale) (n= 73)	46	(63)	19	(26)	5	(7)	3	(4)
FPS (Face pain scale) (n= 72)	59	(82)	12	(17)	1	(1)	0	(0)
BPS (Behavior pain scale) (n= 71)	63	(89)	7	(10)	1	(1)	0	(0)
CPOT (Critical-care pain observation tool) (n= 69)	64	(93)	4	(6)	0	(0)	1	(1)
MAAS (Motor activity assesment scale) (n= 70)	35	(50)	6	(9)	8	(11)	21	(30)
GCS (Glasgow coma scale) (n= 71)	20	(28)	31	(44)	10	(14)	10	(14)
Andre (n= 53)	44	(6)	11	(2)	4	(1)	2	(83)

tool» CPOT), «Motor Activity Assessment scale» (MAAS) (42) og «Glasgow Coma scale» (GCS) (43) kartlagt. MAAS og GCS er instrumenter for å kartlegge sedasjons- og bevissthetsnivå, men de ble inkludert her da de også kartlegger atferd hos pasienten. Antall års erfaring med respiratorpasienter var også et av bakgrunnsspørsmålene. For å kartlegge barrierer knyttet til smertebehandling hos intensivpasienter ble ett spørsmål fra Andersen et al's (44) spørreskjema anvendt. Spørsmålet hadde syv påstander og kartla hva sykepleierne mente var barrierer for effektiv smertehåndtering hos respiratorpasienten. De syv

ulike påstandene hadde svaralternativene «svært uenig», «uenig», «verken enig eller uenig», «enig» og «svært enig» (se Tabell 3).

Før spørreskjemaet ble tatt i bruk ble det pilottestet av fem sykepleiere, som også skulle besvare et skjema om spørreskjemaets spørsmålsformuleringer og innhold. Det ble foretatt små endringer som følge av kommentarene. Vedlagt spørreskjemaet var det et informasjonsskriv om at spørsmålene omhandlet voksne, sederte respiratorpasienter, som ikke hadde fått muskelavslappende medikamenter.

Prosjektet ble innmeldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og ble ikke

igangsatt før svar derfra forelå. Alle sykepleierne ble informert om at det var frivillig å delta i studien, og ingen personidentifiserbare opplysninger er publisert.

Kun data om indikatorer, hjelpemidler og barrierer for smertebehandling, blir presentert i denne artikkelen. For mer detaljer rundt spørreskjemaet henvises til masteroppgaven «Sykepleiers smertevurdering av respiratorpasienten» (45).

Dataanalyse

Statistikkprogrammet SPSS, versjon 16.0 ble anvendt for dataanalyse. Frekvensanalyser med presentasjon av funn i antall og prosent ble brukt.

TABELL 3: Barrierer for smertelindring

Påstander	Svært uenig		Uenig		Verken enig/uenig		Enig		Svært enig	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Det blir ikke ordinert tilstrekkelig smertestillende medikamenter (n=75)	2	(3)	16	(21)	22	(29)	29	(39)	6	(8)
Ordinerte medikamenter blir ikke gitt i tilstrekkelig grad (n=75)	6	(8)	22	(29)	27	(36)	16	(22)	4	(5)
Manglende kunnskap om smerter (n=75)	1	(1)	16	(21)	20	(27)	34	(46)	4	(5)
Utilstrekkelig vurdering av smerter og smertelindring (n= 75)	0	(0)	13	(17)	12	(16)	38	(51)	12	(16)
Forsinket respons på pasientens smerter (n= 73)	1	(1)	8	(11)	29	(40)	33	(45)	2	(3)
Frykt for bivirkninger (n= 74)	5	(7)	42	(57)	14	(19)	10	(13)	3	(4)
Komplekse situasjoner der smerter nedprioriteres (n= 72)	1	(1)	13	(18)	16	(22)	39	(55)	3	(4)

RESULTATER

Det ble delt ut 126 spørreskjema og 75 ble besvart (60 prosent svarrespons). Svarprosenten ved den ene avdelingen var 47 prosent og ved den andre 74 prosent.

Utvalg

Respondentene hadde gjennomsnittlig erfaring med pasientgruppen på 15 år (SD åtte år, spredning ett–33 år). Ved å dele utvalget inn etter antall års erfaring hadde 26 (35 prosent) < ti års erfaring, mens 48 (65 prosent) hadde > ti års erfaring. Kun ni sykepleiere hadde < fem års erfaring med pasientgruppen. Av respondentene (n = 75) var 68 (91 prosent) spesialsykepleiere og sju (9 prosent) hadde ikke videreutdanning. Kartlegging av hvilken spesialitet disse 68 respondentene hadde, viste at 40 (53 prosent) var intensivsykepleiere og to (3 prosent) var anestesisykepleiere. Det var 33 (44 prosent) respondenter som ikke besvarte dette spørsmålet.

Indikatorer

På spørsmål om hvilke indikatorer respondentene mente at de anvendte ved smertevurdering, var de fire mest brukte stigende blodtrykk (97 prosent), stigende hjerterefrekvens (93 prosent), ansiktsgrimaser (93 prosent) og stigende respirasjonsfrekvens (88 prosent) (tabell 1). De fire minst benyttete indikatorene var blekhet (24 prosent), pupillestørrelse (20 prosent), synkende hjerterefrekvens (3 prosent) og synkende blodtrykk (1 prosent).

Hjelpemidler

Som vist i tabell 2 ble hjelpemidler for smertevurdering benyttet i liten grad. Hjelpemidlene som ble benyttet minst var FPS, BPS og CPOT, og det var så mange som 99 prosent som svarte «aldri» eller «sjelden» når det gjaldt å anvende

disse. De hjelpemidlene som ble anvendt oftest var MAAS, GCS og VAS. Svaralternativene «ofte» og «systematisk» viste at MAAS var benyttet av 41 prosent av sykepleierne, VAS av 39 prosent og GCS av 28 prosent.

Barrierer

Hvor enig eller uenig sykepleierne var i forhold til barrierer for smertelindring er vist i tabell 3. Påstanden flest var enig eller svært enig i var «utilstrekkelig vurdering av smerter og smertelindring» (67 prosent). Så mange som 59 prosent rapporterte også at de var enig eller svært enig i at «komplekse situasjoner der smerter nedprioriteres» var en barriere for smertelindring. Når det gjaldt «manglende kunnskap om smerte» var hele 51 prosent enig i dette. Kun 17 prosent var enig eller svært enig i at frykt for bivirkninger var en barriere.

DISKUSJON

I denne studien var det stigende blodtrykk og stigende hjerterefrekvens som var de mest anvendte indikatorene for å vurdere smerte (tabell 1). Dette er i overensstemmelse med Tøien (40) som fant at disse to indikatorene ble anvendt av 98–99 prosent av sykepleierne, og med Puntillo og kolleger (28) som fant at stigende blodtrykk og puls var de hyppigst anvendte fysiologiske indikatorene. Tidligere forskning har imidlertid vist at sykepleierne brukte atferdsindikatorer mer hyppig enn fysiologiske indikatorer for smertevurdering, og at kroppsbevegelse hos pasienten var den hyppigste anvendte atferdsindikatoren (28, 30). I denne studien var det atferdsindikatorer som ansiktsgrimaser og motorisk uro som ble hyppigst anvendt. Dette er igjen i overensstemmelse med Tøien (40). I en studie av Gelinas og kolleger

(30) ble kroppsbevegelser anvendt som en smerteindikator av 59 prosent av sykepleierne, mens ansiktsuttrykk kun ble brukt av 6 prosent. Både ansiktsuttrykk og motorisk uro er hyppig anvendte atferdsindikatorer for å vurdere smerte, og de inngår som to av tre områder for vurdering i BPS (23).

Andre studier rapporterer økende respirasjonsfrekvens og nedsatt oksygensaturasjon som hyppig brukte indikatorer (13, 30). Økende respirasjonsfrekvens ble benyttet av 88 prosent av sykepleierne i denne studien, mens 29 prosent benyttet nedsatt oksygensaturasjon (SpO₂). Tøien (40) fant at 44 prosent av sykepleierne anvendte nedsatt oksygensaturasjon som smerteindikator. Variasjonene her kan skyldes at det er uenighet om hvor god SpO₂ er som smerteindikator (46). Endret pupillestørrelse er beskrevet som en annen viktig smerteindikator hos dypt sederte pasienter (47), mens i vår studie benyttet kun 20 prosent denne smerteindikatoren. At så få anvendte endringer i pupillestørrelse som indikator kan skyldes at man må åpne og lyse i pasientens øyne for å vurdere denne indikatoren, noe man vurderer som forstyrrende for pasienten. Et annet problem er at noen medikamenter påvirker pupillestørrelsen, og det påvirker påliteligheten av denne indikatoren for smertevurdering (48, 49).

Fall i blodtrykk og hjerterefrekvens ble nesten ikke benyttet som indikatorer (kun av 1 prosent og 3 prosent) i denne studien, mens blekhet ble benyttet av 24 prosent og svette av 79 prosent av sykepleierne. Svette blir hevdet å være et sentralt tegn på smerte (26, 50). I en studie av Puntillo og kolleger (28) var de minst benyttete fysiologiske smerteindikatorer nedsatt blodtrykk, nedsatt hjerterefrekvens, svette og blekhet. Denne ulikhe-

ten kan skyldes at det i studien til Puntillo (28) var kirurgiske pasienter og at sykepleierne anvendte NRS for å estimere smerteintensitet. Selv om en del av disse pasientene var intuberte, var de ikke sederte og kunne selv rapportere smerten sin. Da er det naturlig at det ikke legges så mye vekt på fysiologiske atferdsindikatorer.

Forskning viser at sykepleierne anvender ulike indikatorer når de observerer smerte hos intuberte pasienter. En årsak til dette kan være at bruk av indikatorer er avhengig av sedasjonsnivået til pasienten da de har forskjellig smerteatferd etter hvor medikamentpåvirket de er (51). Senere forskning viser et skifte til mer analgesibasert sedasjon av respiratorpasienter (52). Det er ønskelig å ha en mest mulig våken pasient under behandlingen, og det vil kunne innvirke på smertevurderingen av pasienten ved at det kan bli lettere å smertevurdere hvis pasienten er mer våken. Studien til Egerod (52) viste ellers at flere pasienter ikke hadde smerter.

At sykepleierne i denne studien brukte sju–ti ulike indikatorer i smertevurderingen kan tyde på at det er vanskelig å vurdere smerter hos disse pasientene, og det styrker sykepleierens vurdering da pasienter uttrykker smerter forskjellig (50, 53). Fysiologiske indikatorer som endring i puls og blodtrykk kan ikke anvendes som indikatorer alene da det også er tegn på andre forhold hos en sedert intensivpasient. Derfor må de fysiologiske indikatorene ses sammen med de atferdsmessige i en vurdering av pasientens smerte. Videre forskning er nødvendig for å få mer kunnskap om bruk av indikatorer og hvorfor de anvendes ulikt.

Et sentralt funn i studien er at sykepleierne benytter få hjelpemidler for å vurdere smerter hos

pasientene. Dette samsvarer også med tidligere forskning på intuberte pasienter der smerteskalaer ble dokumentert brukt i 1,6 prosent av tilfellene (30). Ved å ikke bruke hjelpemidler er det vanskelig å anslå en pasients smerteintensitet, og det vanskeliggjør også smertelindringen. Dette stemmer med at den største barrieren for smertelindring ble rapportert å være utilstrekkelig vurdering av smerte og smertelindring. Tidligere forskning viser også at problemer med å vurdere smerter hos

tematisk». Dette er problematisk da VAS ikke egner seg til å vurdere smerteintensitet hos sederte pasienter da skalaen fordrer at pasienten kan rangere smerten på en skala (7). Det er også vist at mangel på vurderingsverktøy for smertevurdering oppgis som en av hovedårsakene til manglende dokumentasjon av observasjoner i forbindelse med smertevurdering (30). Hjelpemidler for smertevurdering er svært viktig for å gi en presis vurdering av pasientens smertenivå.

” Omtrent halvparten av sykepleierne mente de manglet kunnskap om smerte.

denne pasientgruppen er en barriere for smertelindring (28, 53).

De hjelpemidlene som ble anvendt hyppigst av sykepleierne var MAAS og GCS. Disse skalaene er ikke utviklet for smertevurdering, men for bevisstetsvurdering. Når mange likevel bruker disse skalaene for smertevurdering kan det skyldes at de også har atferd (for eksempel uro og agitasjon) som vurderingsgrunnlag, og at sykepleiere synes det er lettere å dokumentere smerte ved hjelp av disse i mangel av andre verktøy. Det kan også skyldes at sykepleierne er kjent med disse skjemaene. BPS og CPOT er utviklet spesielt for bruk hos sederte respiratorpasienter (20), men disse verktøyene er forholdsvis nye. Så mange som 99 prosent av sykepleierne hadde krysset av «aldri» eller «sjelden» når det gjaldt bruk av disse, noe som kan tyde på at de ikke er kjent. Forskning anbefaler disse observasjonsskalaene for å vurdere smerter, derfor er det viktig at sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen lærer å anvende dem i sitt kliniske arbeid. VAS ble anvendt av 39 prosent av respondentene «ofte» eller «sys-

Denne studien viste at omtrent halvparten av sykepleierne mente de manglet kunnskap om smerte (tabell 3). Tidligere forskning er ikke entydig på hva antall år med klinisk praksis betyr for å øke kunnskapen om smerter og smertebehandling. Det er vist at lang arbeidserfaring eller økt utdanning ikke bedrer kunnskapsnivået (54). Dette kan muligens variere med hva slags utdanning sykepleierne har. Andre studier av sykepleiere og deres smertekunnskap viste at spesialsykepleiere hadde bedre kunnskap, og at utdanning og undervisning økte kunnskapen (55, 56). Det at sykepleierne selv sier de mangler kunnskaper underbygger at det er viktig med undervisning og muligheter for faglig oppdatering om smertebehandling.

Nesten halvparten av sykepleierne var enige i at det var utilstrekkelig ordinasjon av medikamenter. En tidligere studie har også vist at utilstrekkelig forordning av analgetika var en barriere for god smertelindring (57). Omtrent en fjerdedel (27 prosent) av sykepleierne var «enig» eller «svært enig» i at ordinerte medikamenter ikke ble gitt. En tidli-

gere studie viste at sykepleierne kun ga 47 prosent av ordinert smertestillende til pasienter med smerter (58). Dette var oppsiktsvekkende når studien omfattet våkne pasienter som rapporterte sin smerte. En forklaring på dette kan være frykt for å gi store doser smertestillende slik at det fører til respirasjonsdepresjon. Det er vist at selvpustende pasienter får mindre smertestillende enn intuberte pasienter på grunn av denne faren (59). Få sykepleiere i denne studien fryktet bivirkninger ved administrasjon av smertestillende, noe som kan bekrefte at det ikke ble sett på som en barriere hos de intuberte pasientene. I praksis ser man ofte at pasienter på trykkunderstøttende modus på respirator, som får for lave minuttvolum på grunn av for store doser opiater, kan legges over på en mer kontrollerende modus.

BEGRENSNINGER

Studien har noen begrensninger. Man kan stille spørsmål ved

generaliserbarheten til funnene i studien. Selv om en svarprosent på 60 prosent ikke er dårlig, vet vi ikke om de som ikke ville være med skiller seg veldig fra dem som har svart. Det er også en svakhet at det ved oppstart av studien ikke ble presisert nærmere hva som ble ment med sedert pasient og hvilket sedasjonsnivå det var ønskelig at respondentene skulle ha i tankene da de besvarte spørsmålene. Dette kan være en svakhet som kan ha ført til uklareheter med hensyn til besvaring av spørsmålene. Da alle sykepleierne i studien også har lang klinisk erfaring kan det hende at det ikke er overførbart til de med kortere erfaring. På den annen side ble det ikke funnet mange ulikheter i denne studien avhengig av antall års klinisk praksis. Til slutt kan det trekkes fram som en begrensning at vi ikke vet noe om smertenivået til pasientene på disse avdelingene. Det er da vanskelig å bedømme sykepleiernes kompetanse.

OPPSUMMERING

Sykepleiere bruker mange indikatorer ved smertevurdering av den sederte respiratorpasient. Hjelpemidler for å vurdere smerte ble anvendt i svært liten grad, samtidig som problemer med å vurdere smerter hos denne pasientgruppen ble sett på som den største barrieren for effektiv smertelindring. Utvikling og implementering av retningslinjer for smertelindring på intensivavdelinger anbefales for å bedre smertebehandlingen. Dette kan heve kunnskapen og ansvarliggjøre sykepleieren i arbeidet med smertelindring hos denne pasientgruppen (60). Totalt sett ble det funnet få forskjeller i denne studien mellom sykepleierne som hadde mer eller mindre enn ti års klinisk erfaring. Dette kan understreke at det ikke er nok med erfaring. Man må også ha undervisning og rom for faglig oppdatering mens man arbeider i klinisk praksis for at pasientene skal få den beste smertebehandlingen.

REFERANSER

1. **Standard for intensivmedisin.** Den norske legeförening. 2001; Tilgjengelig fra: <http://www.nafweb.no/index.php?option=comcontent&task=view&id=70&Itemid=27> [26.04.11]
2. **Dybwik K.** Respiratorbehandling: lærebok for sykepleiere. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
3. **Gulbrandsen T.** Smertelindring. I: Gulbrandsen T, Stubberud DG (red). Intensivsykepleie. Oslo: Akribe, 2005:85–96
4. **Kåss E.** Medisinsk ordbok. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1994.
5. **Gulbrandsen T.** Sedasjon. I: Gulbrandsen T, Stubberud DG (red). Intensivsykepleie. Oslo: Akribe, 2005:98–106
6. **Norsk legemiddelhandbók for helsepersonell.** Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhandbók.
7. **Gulbrandsen T.** Smertelindring. I: Gulbrandsen T, Stubberud DG (red). Intensivsykepleie. Oslo: Akribe, 2010:127–45
8. **Felleskatalogen AS.** Felleskatalogen elektronisk ressurs. Tilgjengelig fra: <http://www.felleskatalogen.no/>

9. **Young J, Siffleet J, Nikoletti S, Shaw T.** Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing* 2006;22:32–9.
10. **Coyer FM, Wheeler MK, Wetzig SM, Couchman BA.** Nursing care of the mechanically ventilated patient: what does the evidence say? Part two. *Intensive and Critical Care Nursing* 2007;3:71–80.
11. **Li DT, Puntillo K.** A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients. *Applied Nursing Research* 2006;19:216–9.
12. **Gelinas C.** Management of pain in cardiac surgery ICU patients: have we improved over time? *Intensive and Critical Care Nursing* 2007;23:298–303.
13. **Gelinas C, Johnston C.** Pain assessment in the critically ill ventilated adult: validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and physiologic indicators. *The Clinical Journal of Pain* 2007;23: 497–505.
14. **Puntillo KA.** Pain experiences of

intensive care unit patients. *Heart & Lung* 1990;19:526–33.

15. **Payen JF, Chanques G, Mantz J, Hercule C, Auriant I, Leguillou JL, et al.** Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: a prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology* 2007;106:687–95; quiz 891–2.
16. **Puntillo KA, Morris AB, Thompson CL, Stanik-Hutt J, White CA, Wild LR.** Pain behaviors observed during six common procedures: results from Thunder Project II. *Critical Care Medicine* 2004;32:421–7.
17. **Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST, Stanik-Hutt J, Thompson CL, et al.** Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *American Journal of Critical Care* 2001;10:238–51.
18. **Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Violet S, Sebbane M, Perrigault PF, et al.** Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine* 2006; 34:1691–9.

19. **Payen JF, Bosson JL, Chanques G, Mantz J, Labarere J.** Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA study. *Anesthesiology* 2009;111:1308-16.
20. **Martin F, Cherif K, Gentili ME, Enel D, Abe E, Alvarez JC, et al.** Lack of impact of intravenous lidocaine on analgesia, functional recovery, and nociceptive pain threshold after total hip arthroplasty. *Anesthesiology* 2008;109:118-23.
21. **Perkins FM, Kehlet H.** Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology* 2000;93:1123-33.
22. **Torvik K, Skaug M, Rustøen T.** Smertekartlegging. I: Rustøen T, Wahl AK. (red). Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008:51-74.
23. **Aissaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R.** Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg* 2005;101:1470-6.
24. **Gelinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M.** Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American Journal of Critical Care* 2006;15:420-7.
25. **Blenkharn A, Faughnan S, Morgan A.** Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2002; 18:332-41.
26. **Kwekkeboom KL, Herr K.** Assessment of pain in the critically ill. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2001;13:181-94.
27. **Christoph SB.** Pain assessment. The problem of pain in the critically ill patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 1991;3:11-6.
28. **Puntillo KA, Miaskowski C, Kehrle K, Stannard D, Gleeson S, Nye P.** Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. *Critical Care Medicine* 1997;25:1159-66.
29. **Fraser GL, Riker RR.** Sedation and analgesia in the critically ill adult. *Current Opinion in Anaesthesiology* 2007;20:119-23.
30. **Gelinas C, Fortier M, Viens C, Fillion L, Puntillo K.** Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. *American Journal of Critical Care* 2004;13:126-35.
31. **Arbour C, Gelinas C.** Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults? *Intensive and Critical Care Nursing* 2010;26:83-90.
32. **Rustoen T, Miaskowski C.** The use of guidelines, standards, and quality improvement initiatives in the management of postoperative pain. I: Rice ASC (red). *Textbook of Clinical Pain Management.* London, Hodder Arnold; 2008:665-77.
33. **Erkes EB, Parker VG, Carr RL, Mayo RM.** An examination of critical care nurses' knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized patients. *Pain Management Nursing* 2001;2:47-53.
34. **Aslan FE, Badir A, Selimen D.** How do intensive care nurses assess patients' pain? *Nursing in Critical Care* 2003;8:62-7.
35. **Manias E, Bucknall T, Botti M.** Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Management Nursing* 2005;6:18-29.
36. **Tittle M, McMillan SC.** Pain and pain-related side effects in an ICU and on a surgical unit: nurses' management. *American Journal of Critical Care* 1994;3:25-30.
37. **Shannon K, Bucknall T.** Pain assessment in critical care: what have we learnt from research. *Intensive and Critical Care Nursing* 2003;19:154-62.
38. **Cullen L, Greiner J, Titler MG.** Pain management in the culture of critical care. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2001;13:151-66.
39. **Ahlers SJ, van Gulik L, van der Veen AM, van Dongen HP, Bruins P, Belitser SV, et al.** Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care* 2008;12(1): R15.
40. **Tøien K.** Smertor hos den multitraumatiserte intensivpasient: sykepleierens vurdering og ansvar. Oslo: Oslo University College, 2002.
41. **Randen I.** Sederingspraksis og intensivpasientens sederingsbehov – I takt? Avhandling. Oslo, Universitetet i Oslo. 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.duo.uio.no/publ/sykepleie/2008/77038/MasterxRanden.pdf> [25.01.09].
42. **Devlin JW, Fraser GL, Kanji S, Riker RR.** Sedation assessment in critically ill adults. *The Annals of Pharmacotherapy* 2001;35:1624-32.
43. **Teasdale G, Jennett B.** Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974;2:81-4.
44. **Andersen RD, Greve-Isdahl M, Meberg A, Jylli L.** Oppfatninger om kunnskap og barrierer i smertebehandling av nyfødte. *Vård i Norden* 2007;27:22-6.
45. **Bjørknes G.** Sykepleiers smertevurdering av respiratorpasienten. En kvantitativ studie med fokus på hvordan sykepleiere vurderer smerter hos sederte respiratorpasienter. Oslo: Oslo University College, 2010.
46. **Gelinas C, Arbour C.** Behavioral and physiologic indicators during a nociceptive procedure in conscious and unconscious mechanically ventilated adults: similar or different? *Journal of Critical Care* 2009;24:628.
47. **Li D, Miaskowski C, Burkhardt D, Puntillo K.** Evaluations of physiologic reactivity and reflexive behaviors during noxious procedures in sedated critically ill patients. *Journal of Critical Care* 2009;24:472.
48. **Larson MD, Kurz A, Sessler DI, Dechert M, Bjorksten AR, Tayefeh F.** Alfentanil blocks reflex pupillary dilation in response to noxious stimulation but does not diminish the light reflex. *Anesthesiology* 1997;87:849-55.
49. **Larson MD, Berry PD, May J, Bjorksten A, Sessler DI.** Autonomic effects of epidural and intravenous fentanyl. *British Journal of Anaesthesia* 2007;98:263-9.
50. **Labus JS, Keefe FJ, Jensen MP.** Self-reports of pain intensity and direct observations of pain behavior: when are they correlated? *Pain* 2003;102:109-24.
51. **Mateo OM, Krenzischek DA.** A pilot study to assess the relationship between behavioral manifestations and self-report of pain in postanesthesia care unit patients. *Journal of Post Anesthesia Nursing* 1992;7:15-21.
52. **Egerod I, Jensen MB, Herling SF, Welling KL.** Effect of an analgo-sedation protocol for neurointensive patients: a two-phase interventional non-randomized pilot study. *Critical Care* 2010; 4:R71.
53. **Aitken LM, Marshall AP, Elliott R, McKinley S.** Critical care nurses' decision making: sedation assessment and management in intensive care. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18:36-45.
54. **Naser E, Sinwan S, Wong HB.** Nurses' knowledge on pain management. Singapore Nursing Journal. 2005;32:29-36.
55. **Wang HL, Tsai YF.** Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19:3188-96.
56. **Wilson B.** Nurses' knowledge of pain. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16:1012-20.
57. **Van Niekerk LM, Martin F.** The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management. *Pain Management Nursing* 2003;4:3-10.
58. **Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner D, Gallop R.** Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001;36:535-45.
59. **Sun X, Weissman C.** The use of analgesics and sedatives in critically ill patients: physicians' orders versus medications administered. *Heart & Lung* 1994;23:169-76.
60. **Fredheim OM, Kvarstein G, Undall E, Stubhaug A, Rustøen T, Borchgrevink PC.** [Postoperative pain in patient in Norwegian hospitals]. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2011;8; under utgivelse.

Les kommentaren på side 40 >>

Ikke like enkelt å ta i bruk

► For at intensivsykepleiere skal ta i bruk smertevurderingsverktøy må det settes av tid og ressurser.



Av **Knut Dybwik**

Intensivsykepleier og dr.philos
Intensivavdeling ved
Nordlandssykehuset Bodø

Respiratorbehandling er blant de mest avanserte og komplekse behandlingsformer som gis i sykehus. Respiratorpasientene har mange behov som de ikke er i stand til å gi uttrykk for eller dekke selv. Her spiller intensivsykepleierne en vital rolle for å kompensere for pasientens hjelpeløshet og sårbarhet. Studier viser at smerter hos intensivpasienter er underbehandlet og en stor andel av respiratorpasientene opplever smerter.

Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap om smertevurdering og smertebehandling av respiratorpasienter, hos sykepleiere som arbeider på en intensivavdeling. Man ønsket også kunnskap om hvilke barrierer sykepleierne mener det er for effektiv smertehåndtering. Data ble innhentet fra to intensivavdelinger som ikke hadde retningslinjer for smertevurdering, til tross for at det finnes smertevurderingsverktøy for både våkne og

sederte respiratorpasienter. Etter min mening er disse avdelingene ikke alene om denne praksisen. Forfatterne konkluderer med at sykepleierne likevel bruker mange indikatorer ved smertevurdering. Spørsmålet man da sitter igjen med er om smertevurderingen, og dermed smertebehandlingen, hadde blitt bedre om sykepleierne i disse avdelingene hadde brukt smertevurderingsverktøy systematisk, slik anbefalingen er? Dette hadde ikke denne studien til hensikt å avdekke.

Det er et økende fokus på at vi som til daglig jobber rundt respiratorpasientens seng skal ta i bruk ulike typer kvalitets-sikringsverktøy for å øke kvaliteten på behandlingen. Praksis skal være kunnskapsbasert. I praksis opplever vi at det ikke er like enkelt å ta alt dette i bruk. Dette skyldes ikke konservative holdninger eller manglende vilje hos leger og sykepleiere. Mangel på ressurser for å implementere

ny og kunnskapsbasert praksis er etter min mening den viktigste forklaringen. Vi må derfor erkjenne at det finnes en ideell måte og en praktisk å jobbe med smertevurdering på.

Relatert til funnene i denne studien, blir et annet spørsmål om det er noe galt i at sykepleierne bruker sin erfaring, sitt klinisk blikk og endog magefølelse, for å vurdere hvordan pasienten har det? Erfaringsbasert kunnskap inngår tross alt også i begrepet «kunnskapsbasert praksis». Intensivbehandling er kompromissenes arena. I dette ligger blant annet utfordringen i å finne den rette balansen mellom å trene opp det kliniske blikket ved å bruke våre sanser, og samtidig ta i bruk måleverktøy og forskningsbasert kunnskap som gir råd om hva som er til det beste for pasienten.

Les artikkelen på side 32



Beklager!

I Sykepleien Forskning 4-2011 (s. 332–338) ble artikkelen «Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn» av Kari Raaum Hovde m.fl. på grunn av en feil fra vår side, trykket uten referanseliste. Vi gjengir derfor referanselisten i sin helhet her:

REFERANSER

1. Kortesuoma RL, Nikkonen M, Serlo W. "You must have to make the pain go away"- Children's experiences of pain management. *Pain Management Nursing* 2008; 9: 143–9.
2. Schechter NL, Berde CB & Yaster M. Pain in infants, children and adolescents. An overview (2nd) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2003: 3–18.
3. Lioffi C. International Association for the study of pain (IASP). Psychological interventions for acute and chronic pain in children. *Pain Clinical Updates* 2006; 14: 1–4.
4. Finley GA, Franch LS, Grunau RE, von Baeyer CL, Carr DB. International Association for the study of pain (IASP). Why children's pain matters. *Pain Clinical Updates* 2005; 13: 1–6.
5. Karling M, Renström M, Ljungman G. Acute and postoperative pain in children; A Swedish nationwide survey. *Acta Paediatr* 2002; 91: 660–6.
6. Bertilsson S., Sjöström B. Bedömning av smärta hos barn – en review. *Vård i Norden* 2005; 25: 13–18.
7. Ellis JA, O'Connor BV, Cappelli M, Goodman JT, Blouin R, Reid CW. Pain in hospitalized pediatric patient; How are we going? *The Clinical Journal of Pain* 2002; 18: 262–9.
8. Zempsky WT, Cravero JP, & the Committee on Pediatric Emergency Medicine and Section and Anesthesiology and Pain Medicine. American Academy of Pediatrics. Relief of Pain and Anxiety in Pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics* 2004; 114: 1348–56.
9. American Academy of Pediatrics and American Pain Society. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and American Pain Society Task Force on Pain in Infants, Children and Adolescents. A position statement from the American Academy of Pediatrics. *The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children & Adolescents*. *Pediatrics* 2001; 108: 793–7.
10. Stinson J, Yamada J, Dickson A, Lamba J, Stevens B. Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. *Pain Research & Management* 2008; 13: 51–7.
11. NSF. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007).
12. McGrath PA. Children – not simply "Little Adults". Fra Merskey H, Loesner JD, Dubner R.(edt) *The Paths of Pain*. IASP Press Seattle 2005: 433–46.
13. Twycross, A. Managing pain in children; where to from here? *Journal of Clinical Nursing*, 2010 (19): 2090–9.
14. Broome ME og Huth MM. Nursing Management of the Child in Pain. Schechter NL, Berde CB & Yaster M. Pain in infants, children and adolescents. (2nd) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2003: 417–33.
15. Rieman, MT, Gordon M. Pain management Competency Evidenced By a Survey of Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes. *Pediatric Nursing*, 2007; 33: 307–13.
16. Manworren R. Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatric Nursing*, 2000; 26: 610–14.
17. Vincent CVH. Nurses' Knowledge, Attitudes and Practices regarding children's pain. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 2005; 30: 177–83.
18. Salanterä S, Lauri S, Salmi TT, Helenius H. Nurses' Knowledge about Pharmacological and non pharmacological Pain Management in Children. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999; 18: 289–99.
19. Enskär K, Ljusegren G, Berglund G, Eaton N, Harding R, Mokoena J, Chauke M, Moleki M. Attitudes to and knowledge about pain management of nurses working with children with cancer: A comparative study between UK, South Africa and Sweden. *Journal of research in Nursing* 2007; 12: 501–15.
20. Salanterä S, Lauri S, Salmi T, Aantaa R. Nursing activities and outcomes of care in the assessment, management and documentation of children's pain. *Journal of Paediatric Nursing* 1999; 14: 408–15.
21. Andersen RD, Greve-Isdahl M, Meberg A, Jylli L. Oppfatninger om kunnskap og barrierer i smertebehandling av nyfødte. *Vård i Norden*, 2007; 83: 22–6.
22. Manworren R. Development and Testing of the Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. *Pediatric Nursing* 2001; 27: 151–8.
23. McCaffery, M. Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions. Los Angeles: UCLA Students Store 1968: 95.
24. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz, MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 2000; 25: 3186–91.
25. Koller M, Aaronsen NK, Blazebly J, Bottomley A, Dewolf L, Fayers P. Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer*, 43, 2007: 1810–20.
26. Hovde KR, Granheim T, Christophersen KA, Dihle A. The Norwegian Version of the Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain: Reliability and Validity. Akseptert for publikasjon 31.05.2011 i tidsskriftet *Pediatric Nursing*.
27. Sykepleiernes Samarbeid i Norden. Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden, 2003.
28. Kirkevold M. Vitenskap for praksis. Kap 2 Personlig kompetanse – en forutsetning for kunnskapsanvendelse s. 28–48. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 2002.
29. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2. juli 1999; nr.4. (Helsepersonelloven). Tilgjengelig fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>.
30. Manworren R. Ask the expert. It's time to relieve children's pain. *Journal for specialists in Pediatric Nursing* 2007; 12: 196–8.
31. Jacob E, Puntillo KA. Pain in hospitalized children: Pediatric nurses' beliefs and practices. *Journal of Pediatric Nursing* 1999; 14: 379–91.
32. Dihle A, Bjølseth B, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15: 469–79.
33. McClain BC, & Kain ZN. Procedural Pain in Neonates: The New Millennium. *Pediatrics* 2005; 115: 1073 – 6.
34. Franck, LS. Some Pain, Some Gain: Perfections on the past Two Decades of Neonatal Pain Research and Treatment. *Neonatal Network*; 2002; 21: 37–42.
35. Anand KJS, Aaranda JV, Berde CB. Summary proceedings from the neonate pain control group. *Pediatrics*; 2006; 117: 9–22.
36. Mountcastle K. An ounce of Prevention: Decreasing Painful Interventions in the NICU. *Neonatal Network*; 2010; 29: 353–8.



Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Myndighetene vektlegger at det skal satses på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud for beboere i sykehjem. Mangel på kulturelle aktiviteter er en av de største svakhetene i dagens omsorgstilbud.

Hensikt: Å kartlegge hvilke aktiviteter sykehjemsbeboerne har interesse av å delta i og hva de ansatte tror at beboerne har interesse for?

Derne er det interessant å sammenligne svarene fra gruppene for samsvar og ulikheter.

Metode: Tverrsnittsstudie. Spørreskjemaundersøkelse blant ansatte og strukturert intervju blant beboerne. Alle beboere med språk og evne til å gjennomføre intervjuet ble inkludert.

Resultat: Beboerne ønsket i stor grad aktiviteter der de selv er aktive. De ansatte trodde at bebo-

erne var interessert i aktiviteter der de ansatte er aktive. Det er signifikante forskjeller mellom gruppene i flere av aktivitetsformene. 89 av 103 (86 prosent) beboere og 51 av 98 (52 prosent) ansatte gjennomførte undersøkelsen.

Konklusjon: Funnene kan tyde på at de ansatte ikke kjenner beboernes ønsker og behov godt nok og at de undervurderer beboernes evne og vilje til å være aktive.

Meaningful activities at the nursing home

Background: The government emphasizes the importance of culture, activities and well-being as essential and basic elements of comprehensive care offerings for residents of nursing homes. Lack of cultural activities is one of the biggest weaknesses of the current care services.

Objective: To identify what activities in which the nursing home residents want to participate during their leisure time. In what activities do the

employees think that the residents are interested? Additionally, it is interesting to compare the responses from the groups for conformity and differences.

Method: A cross-sectional study. A questionnaire survey was conducted with nursing home residents and employees. All residents with language and ability to complete the interview were included.

Results: Residents rated activities in which they were active. The staff believed that residents were interested in activities in which the

staff was active. The difference between the groups is significant concerning several activities. Eighty-nine of 103 (86%) residents and 51 of 98 (52%) employees completed the survey.

Conclusion: The findings suggest that staff do not sufficiently know the residents' wants and needs, or that they underestimate the residents' ability and willingness to be active.

Keywords: questionnaire survey, nursing homes, user interaction, coping, dementia

ENGLISH SUMMARY

» Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet

Forfatter: Britt Øvrebø Haugland

NØKKELORD

- Spørreundersøkelse
- Sykehjem
- Brukermedvirkning
- Mestring
- Demens

INTRODUKSJON

Flere undersøkelser viser at beboere på sykehjem er fornøyd med fysisk pleie og omsorg, men savner meningsfulle dager med sosial kontakt og aktivitet (1, 2). For at beboerne skal oppleve aktivitetene som tilbys på sykehjemmet som meningsfulle, er det viktig å kartlegge hva beboerne selv er interessert i. I den grad beboerne blir spurt, blir beboere med demensdiagnose oftest ekskludert. Ved norske sykehjem regner en at cirka 80 prosent av beboerne har en demensdiagnose (3). Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder. Symptomene på demens er hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsendringer og endring i atferd (4). Dersom man utelater beboerne med kognitiv svikt, vil

man kun få kartlagt interessen til en liten gruppe sykehjemsbeboere. Forskning på ansattes holdninger til sykehjemsbeboere med demens antyder at mange ansatte har liten tro på at denne gruppen har nytte og glede av å delta på aktiviteter (5). Det er lite forskning på hva personer med demens selv opplever som meningsfulle aktiviteter. Som regel blir det fokusert på de begrensningene en demensdiagnose naturlig bringer med seg. I denne undersøkelsen ønsket vi å inkludere alle beboere med språk og evne til å uttrykke seg, uavhengig av kognitiv funksjon.

OFFENTLIG POLITIKK

I Rundskriv om «Kvalitet i pleie og omsorgstjenester» (6), heter det at beboerne har krav på tilbud om varierte og tilpassete aktiviteter både inne og ute. Det er videre kommunens plikt å dekke den enkeltes behov for aktivitet i samarbeid med klienten. Ifølge Stortingsmeldinger (7, 8) påpekes det at den enkelte må få mulighet til å leve i en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Man påpeker videre at mangel på aktivitet, sosiale og kulturelle forhold er noen av de største svakhetene ved dagens omsorgstilbud.

TIDLIGERE FORSKNING

Det har vært foretatt en del forskning på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og forebygging og behandling av ulike sykdommer og tilstander, deriblant demens. Helbostad mfl. (9) antyder at aktivitet generelt og fysisk aktivitet spesielt, kan være gunstig for å forebygge utvikling av demens og hindre funksjonsnedsetning i forbindelse med demens. Oversiktsartiklene til Forbes mfl. (10) og Stern mfl. (11) fant ikke signifikante sammenhenger mellom deltakelse i fysisk aktivitet og forebygging

Hva tilfører artikkelen?

Studien viste at beboerne på sykehjem i stor grad ønsket å delta på aktiviteter der de selv er aktive. De ansatte derimot anga i større grad aktiviteter der beboerne blir «underholdt» som mest interessante.

Mer om forfatter:

Britt Øvrebø Haugland er sykepleier og cand. polit med hovedfag i sykepleievitenskap fra Universitetet i Bergen. Hun er ansatt som høgskolelektor og internasjonal koordinator ved Haraldsplass diakonale høgskole. Kontakt: britt.haugland@haraldsplass.no

av demens. De fant imidlertid at noen fysiske aktiviteter ga mer helsebringende effekt enn andre, som for eksempel hagearbeid, dansing, sykling og spaserturer (11). Phinney (12) viste i sin studie blant personer med demens, at det å være aktiv var den mest drivende kraften i livet. Forskning på sammenhenger mellom aktivitet og helse blant eldre bør inkludere et bredt spekter av aktiviteter, både mentale, sosiale, fysiske og arbeids- og rekreasjonsrelaterte aspekter (12-14). Ifølge Vernooij-Dassen (15) og Pinney mfl. (12) er det stort samsvar mellom aktiviteter som personer med demens opplever som meningsfulle og det andre voksne mennesker opplever som meningsfullt. Haugland (16) påpeker også at personer med kroniske lidelser er like individuelle som resten av befolkningen. Når det gjelder faktorer som må være til stede for god livskvalitet, er det lite

forhold til bruk av individualisert musikk (18). Hensikten med å gjennomføre undersøkelsen er å legge til rette for aktiviteter som beboerne selv ønsker å delta på.

Forskningsspørsmålene i studien er som følger:

- Hvilke aktiviteter har beboerne interesse for å delta på?
- Hvilke aktiviteter tror de ansatte at beboerne har interesse for å delta på?
- Er det samsvar og ulikheter i svarene fra de to gruppene?

METODE

Studien hadde et tverrsnittsdesign hvor data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema. Et til beboerne og et til de ansatte. Beboerne ble spurt om hvilke aktiviteter de hadde interesse for å delta på. De ansatte ble spurt om hvilke aktiviteter de trodde beboerne på deres avdeling eller boenhet hadde interesse for å delta på. De alternative aktivite-

Svaralternativene på alle spørsmålene var ja eller nei. I tillegg ble bakgrunnsvariablene kjønn og alder registrert på beboernes spørreskjema.

Uvalg og setting

Undersøkelsen ble gjennomført ved Løvåsen Undervisningssykehjem i Bergen, i perioden desember 2007 til og med januar 2008. Alle beboerne med språk og evne til å fullføre intervjuet ble inkludert. Av 16 avdelinger og boenheter ble 15 inkludert i studien. Rehabiliteringsavdelingen ble utelatt fordi den skiller seg vesentlig fra de andre, da den kun har beboere med rehabiliterings- og korttidsbehov. Ansatte som arbeidet dagtid på boenheten i 50 prosent stilling eller mer ble inkludert.

Kartlegging

Det ble foretatt et strukturert intervju av beboerne, med utgangspunkt i spørreskjemaet. Prosjektleder gjennomførte intervjuet og fylte ut skjemaet. Intervjuene ble foretatt på beboerrommet eller på et rolig sted i dagligstuen. Intervjuene varierte fra 10 til 45 minutter. Spørreskjema med følgebrev til de ansatte ble delt ut av bogrupperleder på hver bogruppe. Skjemane var umerket og kunne ikke spores tilbake til respondenten. Utfylte skjema ble returnert til sykehjemmets resepsjon.

Etiske overveielser

Institusjonsledelsen initierte og ønsket kartleggingen. Sykepleieansvarlig på avdelingene vurderte hvem av beboerne som var i stand til å gjennomføre intervjuet. Beboerne ble spurt om de ville delta og det ble presisert at det var helt frivillig. Beboernes navn ble ikke påført spørreskjemaet og skjemaene

” Aktivitetene oppleves meningsfulle ved at de gir glede og involvering.

som tyder på at det er vesentlige forskjeller mellom kronisk syke og befolkningen for øvrig. Sosiale relasjoner og fritidsaktiviteter oppgis som svært viktige. Flanagan (17) kopler også deltakelse i meningsfulle aktiviteter til menneskets opplevelse av livskvalitet. Vernooij-Dassen (15) påpeker videre at aktivitetene oppleves meningsfulle ved at de gir glede og involvering, tilhørighet og autonomi og identitet. Det er imidlertid avgjørende at aktivitetene er tilpasset individets interesser for at de skal oppleves som meningsfulle (15, 18, 19). Viktigheten av å tilpasse aktiviteten til den enkeltes interesser støttes også av forskning i

tene tok utgangspunkt i de aktivitetene som sykehjemmet tilbød på det aktuelle tidspunktet. Til sammen 17 ulike aktiviteter ble inkludert, disse ble delt opp og organisert i følgende tre kategorier: 1) Fellesaktiviteter, som stort sett foregår i sykehjemmets storstue: konserter, gudstjenester eller andakter, dans og bingo. 2) Gruppeaktiviteter, som foregår i boenhetene: håndarbeid, maling, baking, høytlesning/avislesing, dikt eller lesegruppe, hagearbeid, sang, bingo, trim. 3) Utflukter: spasertur, biltur, handletur, kulturarrangement. Det ble også spurt om interessen for å få besøk av en individuell besøksvenn eller samtalepartner.

ble nummerert etter hvert som intervjuene ble gjennomført. Samtalene ble gjennomført når det passet beboerne. En beboerliste, som ble makulert i ettertid, ble brukt for å krysse av dem som deltok. Det er ikke mulig å identifisere den enkelte beboer i ettertid. Sekretariatet ved Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) Helse Vest, vurderte prosjektet som ikke fremleggspliktig på grunn av marginale helseopplysninger i spørreskjemaet.

Dataanalyser

Analysene ble utført ved hjelp av SPSS versjon 18. Resultatene rapporteres i en krysstabell. For hver aktivitet oppgis det eksakte antall samt prosentvis fordeling av henholdsvis beboere og ansatte som har svart ja eller nei. For å teste om det er signifikante forskjeller i svarene mellom gruppene, ble det gjennomført kjiqvadrattest og Fishers eksakte test (hvor det er fem eller færre observasjoner i en gruppe). Signifikansnivået ble satt til 0,05 (20).

RESULTATER

Deltakelse

I undersøkelsesperioden var 157 beboere innlagt ved de aktuelle avdelingene eller boenhetene. Pleiansvarlige vurderte 54 beboere som ikke egnet til å delta på grunn av manglende språk eller alvorlig fysisk sykdom. Utvalget ble 103 personer, sju ønsket ikke å delta og sju falt fra på grunn av sykdom. 89 gjennomførte undersøkelsen. Det gir en svarprosent på 86. 72 kvinner og 17 menn deltok. Deltakernes alder varierte fra 66–101 år og gjennomsnittsalderen var 85 år (SD = 8,23).

På undersøkelsestidspunkt

TABELL 1: Oversikt over sykehjemsbeboernes interesse for å delta på ulike aktiviteter og hvilke aktiviteter de ansatte trodde beboernes hadde interesse for å delta på.

Variabler	Beboere N = 89 N (%)	Ansatte N = 51 N (%)	Test X ²	P-verd
Fellesaktiviteter				
Konsserter				
Ja	71 (80)	51 (100)	11,84	<0,001*
Nei	18 (20)	0		
Gudstjenester				
Ja	66 (74)	38 (78)	0,20	0,66
Nei	23 (26)	11 (22)		
Basar				
Ja	62 (70)	36 (73)	0,22	0,64
Nei	27 (30)	13 (27)		
Dans				
Ja	63 (71)	40 (78)	0,98	0,32
Nei	26 (29)	11 (22)		
Gruppeaktiviteter				
Håndarbeid				
Ja	58 (65)	28 (61)	0,24	0,62
Nei	31 (35)	18 (39)		
Maling				
Ja	22 (25)	14 (35)	1,45	0,23
Nei	67 (75)	26 (65)		
Baking				
Ja	59 (66)	30 (68)	0,05	0,83
Nei	30 (34)	14 (32)		
Høytlesning/avis				
Ja	33 (37)	47 (94)	42,46	<0,001*
Nei	56 (63)	3 (6)		
Dikt/lesegruppe				
Ja	41 (46)	36 (77)	11,67	0,001
Nei	48 (54)	11 (23)		
Hagearbeid				
Ja	52 (58)	9 (23)	14,29	<0,001
Nei	37 (42)	31 (77)		
Sang				
Ja	64 (72)	51 (100)	17,44	<0,001*
Nei	25 (28)	0		
Bingo				
Ja	47 (53)	42 (91)	20,00	<0,001*
Nei	42 (47)	4 (9)		
Trim				
Ja	54 (61)	45 (90)	13,43	<0,001*
Nei	35 (39)	5 (10)		
Utflukter				
Spasertur				
Ja	76 (85)	34 (92)	1,00	0,39*
Nei	13 (15)	3 (8)		
Biltur				
Ja	70 (79)	34 (89)	2,10	0,21*
Nei	19 (21)	4 (11)		
Handletur				
Ja	47 (53)	19 (58)	0,22	0,64
Nei	42 (47)	14 (42)		
Kulturarrangement				
Ja	49 (55)	26 (74)	3,89	0,05
Nei	40 (45)	9 (26)		
Individuell besøksvenn				
Ja	34 (38)	31 (94)	30,05	<0,001*
Nei	55 (62)	2 (6)		

Tegnforklaring: X² Kjiqvadrat, * Fishers eksakte test

tet utgjorde aktuelle deltakere blant ansatte 98 personer, 62 personer svarte på skjemaet. 11 av skjemaene ble forkastet på grunn av ufullstendig utfylling. 51 svar ble inkludert i analysen (52 prosent).

Fellesaktiviteter

Resultatene viste at svært mange av beboerne var interesserte i å delta på fellesaktivitetene. Bortsett fra at ansatte vurderte deltakelse på konserter som mer interessant enn beboerne, samsvarte beboernes interesse for å delta i fellesaktiviteter med personalets vurdering eller oppfatning av deres interesser.

Gruppeaktiviteter

Over halvparten av beboerne var interessert i håndarbeid, baking, hagearbeid, sang, bingo og trim. Av de ansatte trodde over halvparten at beboerne var interessert i håndarbeid, baking, høytlesning, dikt eller lesegruppe, sang, bingo og trim. Høytlesning, diktlesning, sang, bingo og trim ble vurdert signifikant høyere av de ansatte enn av beboerne. Gruppene viste størst forskjell i forhold til interessen for høytlesning, hvor 94 prosent av de ansatte trodde at beboerne var interessert, mens kun 37 prosent av beboerne svarte at de var interessert. 77 prosent av de ansatte trodde at beboerne var interessert i dikt eller

i svært stor grad trodde at beboerne var interessert i, men beboerne viste mindre interesse. Hagearbeid derimot ble vurdert signifikant høyere blant beboerne enn av de ansatte. 58 prosent av beboerne oppga at de var interessert i å delta i hagearbeid, mens 23 prosent av de ansatte trodde at beboerne var interessert i dette.

Utflykter

Aktivitetene spasertur og biltur ble vurdert høyt av begge gruppene. Handletur ble oppgitt av 53 prosent av beboerne og 58 prosent av de ansatte. Ansatte vurderte beboernes interesse for deltakelse i kulturaktivitet høyere enn beboerne selv gjorde.

Individuell besøksvenn

38 prosent av beboerne oppga interesse for en individuell besøksvenn, mens 94 prosent av de ansatte trodde at beboerne var interessert. Forskjellen er signifikant.

DISKUSJON

Studien viste at beboerne i stor grad ønsket å delta på aktiviteter der de selv er aktive. De ansatte derimot anga i større grad aktiviteter der beboerne blir «underholdt» som mest interessante. Det kan tyde på at de ansatte tror at beboerne er interessert i «passive» aktivi-

2). Undersøkelsen viste at beboerne var interessert i å delta på aktiviteter som ble arrangert på sykehjemmet, fortrinnsvis der de selv var aktive.

Fellesaktiviteter

Beboernes store interesse for fellesaktivitetene konserter, gudstjeneste, dans og basar kan tyde på at beboerne opplever disse aktivitetene som positive. Stern m.fl. (11) viser at aktiviteter som oppleves lystbetonte, som for eksempel dans, har signifikant helsebringende effekt. Vernoijs-Dassen (15) påpeker at aktiviteter som gir gode opplevelser er like viktig for mennesker med demens som for andre mennesker. På den annen side påpeker Hauge (21) at det ikke nødvendigvis er sosial kontakt blant sykehjemsbeboere selv om de er på samme sted. Det er avhengig av at situasjonen er definert og helst at ansatte er til stede. Disse arrangementene er definert som et underholdningstilbud og det er oftest både ansatte og pårørende til stede. Fellesaktivitetene vurderes også av de ansatte som interessante for beboerne. I forhold til konserter var det imidlertid signifikante forskjeller mellom ansatte og beboernes svar. Hele 100 prosent av de ansatte trodde beboerne var interessert i konserter, mens 80 prosent av beboerne oppga interesse. En forklaring på at beboerne oppga mindre interesse enn de ansatte trodde, kan være at konserter er den av fellesaktivitetene der beboerne er tilhørere og deltar lite selv. I tillegg tilføyde noen av beboerne under intervjuet at de hadde problemer med hørselen på store arrangementer.

Gruppeaktiviteter

Funnene i undersøkelsen viste

” Svært mange av beboerne var interesserte i å delta på fellesaktivitetene.

lesegruppe, mens 46 prosent av beboerne oppga interesse for dette. Alle de ansatte trodde at beboerne var interessert i sang, mens 72 prosent av beboerne oppga interesse. Både bingo og trim var aktiviteter de ansatte

teter. Funnene i undersøkelsen, samt tidligere forskning (1, 2) tyder på at sykehjemsbeboerne ønsker mer enn kun å få dekket elementære behov. Sykehjemsbeboere er i stor grad fornøyde med fysisk pleie og omsorg (1,

at beboerne var interessert i å delta på aktiviteter der de selv er aktive, som håndarbeid, baking, hagearbeid, sang, bingo og trim. De ansatte trodde også at beboerne var interessert i å delta på gruppeaktiviteter. Mange beboere oppga at de hadde interesse for hagearbeid (58 prosent), mens relativt få (23 prosent) av de ansatte trodde beboerne hadde denne interessen. Ifølge Stern m.fl. (11) er hagearbeid og spasertur eksempler på fysiske aktiviteter som gir signifikante helsefremmende effekter.

Svært mange av de ansatte trodde at beboerne, var interessert i høytlesning fra for eksempel avisen og dikt eller lesegruppe, mens beboerne svarte at de ikke var interessert. Disse forskjellene var signifikante. Funnene kan tyde på at de ansatte overvurderte beboernes ønske om «å bli underholdt». De ansatte trodde også at sang, bingo og trim var mer interessant for beboerne enn hva beboerne selv oppga.

Utflukter

Funnene viste at beboerne i høy grad var interesserte i å komme seg ut på spasertur. Mange av beboerne uttrykte spontant under intervjuet: «Ja tenk å få komme seg ut i frisk luft.» Også de ansatte trodde at beboerne ønsker å komme ut. Beboernes ønske om å komme ut samsvarer godt med en Sintef-rapport (22) i forbindelse med nye sykehjemsmodeller. Denne viser at 90 prosent av beboerne (kun «mentalt klare» beboere deltok i undersøkelsen) likte å være ute, ble i bedre humør av å være ute og syntes at de kom seg for lite ut. I Sintefs undersøkelse hadde pårørende og ansatte liten tro på at beboerne likte å komme seg ut. I Norge og Skandinavia

har vi en sterk kultur og tradisjon for friluftsliv (23). Det er ikke grunn til å tro at denne trangten forsvinner selv om man er blitt hjelpetrengende og bor på sykehjem. Forskriften om en verdig eldreomsorg (24) fastsetter at tjenestemottakere i eldreomsorgen skal ha; «et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut.» Funnene fra undersøkelsen støtter at dette er et område man trenger å fokusere

å se det fra den eldre synsvinkel. Når man ser at spasertur er den aktiviteten beboerne er mest interessert i, kan frivillige ses på som en potensiell ressurs for å realisere at beboerne får kommet mer ut. Utfordringen er å presentere denne muligheten på en måte som gjør det attraktivt for beboerne.

Vil være aktive

Er det forskjell på hvilke aktiviteter beboerne selv er interessert

” Beboerne var interessert i å delta på aktiviteter der de selv er aktive.

mer på i eldreomsorgen. Interessen for kulturarrangementer er vurdert signifikant høyere blant de ansatte enn beboerne. Det støtter også funnene i forhold til felles- og gruppeaktiviteter at beboerne ønsker aktiviteter der de selv er aktive, mens de ansatte i større grad tror beboerne vil delta i «passive aktiviteter» eller bli «underholdt».

Individuell besøksvenn

I arbeidet med kvalitetsforbedringsprosjektet ved USH antok prosjektgruppen at det vil være et stort ønske om individuelle besøksvenner. Beboerne viser svak interesse for individuell besøksvenn. Til og med beboere som har lite besøk er skeptiske til fremmede. Den svake interessen for besøksvenner kan også forstås som Carstensen (25) viser, at med økt alder blir man mer selektiv i forhold til sosiale relasjoner og foretrekker etablerte relasjoner. Imidlertid trodde svært mange av de ansatte at beboerne ønsket en besøksvenn. Det kan forklares ut fra at de ansatte vurderer situasjonen i forhold til sine preferanser og har problemer med

i og det de ansatte tror beboerne ønsker? I denne studien gir beboerne uttrykk for at de er interessert i å delta i aktiviteter, dette samsvarer med hva de ansatte tror. Beboerne oppgir at de er interessert i å delta i en rekke aktiviteter der de selv er aktive. Svarene fra de ansatte indikerer imidlertid at de tror at beboerne er interessert i aktiviteter der det er tilstrekkelig kun å være til stede. Kan grunnen være at de ansatte undervurderer beboernes evne og vilje til aktiv deltakelse i aktiviteter?

Diagnoser og demensvurdering ble det ikke tatt hensyn til i forhold til utvalget i undersøkelsen. Med bakgrunn i kunnskap om den store forekomsten av demens på norske sykehjem (3), kan man anta at en stor andel av deltakerne har en demenssykdom. Hvorvidt dette påvirker svarenes gyldighet, kan man ikke si med sikkerhet. Under intervjuene svarte de fleste klart og konsist på spørsmål om hva de var interessert i eller ikke. På om de for eksempel var interessert i å delta i sang, svarte mange at de likte de svært godt og begynte

gjern spontant å synge. Andre svart kontant at de ikke likte å synge og at de aldri hadde hatt sangstemme.

Trenger støtte

En holdning av lav forventning fra pleiepersonalets side til beboernes evne og vilje til deltakelse i aktiviteter kan muligens hindre dem i viktig livsutføelse. Mange eldre har lav selvfølelse. Forskning påpeker (26, 27) at sosial støtte kan være med å øke eldres selvfølelse og tiltro til seg selv. Forskning (5) viser at ansattes tiltro til mestringsevnene til personer med demens er relativt lav. Det kan forklares ut fra at symptomene på demens er hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsendringer og endring i atferd. Det er klart at alder og sykdom kan begrense evnen til aktivitet. Dersom man fokuserer på nedsatt fysisk og mental helse, ser man på beboernes begrensninger i stedet for ressurser. Både de eldre selv og

egen hverdag fremmer helsestatus, og gjør at de eldre er mer sosialt aktive og føler seg lykkeligere. De eldre kan motta hjelp i forhold til funksjonelle begrensninger og kan understøttes i forhold til å delta i aktiviteter som de har spesiell interesse for. Slik kan sykepleieren gi aktiv omsorg. Man kan fremme troen på egen mestring ved sosial støtte og følelsen av at andre har tro på en (26, 27). På den annen side hevder både Bandura (28) og Vernooij-Dassen (15) at når aktiviteter først og fremst er tilpasset institusjonen og dens drift, kan det frata personen psykobiologisk velvære og således virke mot sin hensikt.

Aktiv omsorg

Stortingsmeldingen Mestring, muligheter og mening (7) vektlegger betydningen av aktiv omsorg. Aktiv omsorg må også innebære at man legger til rette for at beboerne får utøve aktiviteter som er viktige og meningsfulle for den enkelte,

å legge til rette for at beboerne kan være med på hagearbeid og komme seg ut på spasertur. Dette kan betraktes som aktiv omsorg. På den annen side må man forstå at beboerne ikke er særlig interessert i å bli lest høyt for. Dette støttes også av Nightingale (30) « Når det gjelder høytlesning i sykeværelse, er det min erfaring at når syke mennesker er for dårlige til å lese på egen hånd, orker de sjelden å bli lest for» (s. 93).

I denne undersøkelsen er det signifikante forskjeller i flere av svarene fra beboere og ansatte. Både beboere og de ansatte har fått de samme spørsmålene. Forholdene har likevel vært noe forskjellige og kan gi seg utslag i ulike svar. De ansatte fikk utlevert spørreskjema med informasjonskriv. Beboerne fikk de samme spørsmålene, men de ble intervjuet av prosjektleder med utgangspunkt i spørreskjemaet. Dersom det var uklareheter, kunne det lettere oppklares i intervju situasjonen. De ansatte hadde ikke samme muligheten til å avklare og måtte svare ut fra hvordan de selv forsto spørsmålene.

På tross av signifikante ulikheter i en del av svarene er både ansatte og beboere opptatt av aktivitet. Denne undersøkelsen er foretatt på et undervisnings-sykehjem med stor vekt på utviklingsarbeid. Det er mulig at de ansatte er mer opptatt av aktiviteter av interesse for beboerne enn hva man vil finne på mange andre sykehjem. Funnene kan ikke uten videre generaliseres. En del av funnene kan likevel ha overføringsverdi til andre sykehjem og til eldreomsorgen generelt.

KONKLUSJON

Resultatene tyder på at man ved

” Sosial støtte kan være med å øke eldres selvfølelse og tiltro til seg selv.

omgivelsene gjør sammenlikninger med yngre mennesker eller slik personen selv fungerte tidligere. Da er det lett å bli motløs og ikke se hva man klarer på tross av nedsatt kapasitet. Dersom man derimot leter etter personens ressurser og støtter beboerens deltakelse i aktiviteter som gir glede og involvering, kan man være med på å styrke personens følelse av å høre til og følelse av autonomi og egen identitet.

Bandura (28) hevder at en følelse av egen mestring og en viss opplevelse av kontroll over

på en slik måte han eller hun selv ville ha gjort dersom han eller hun hadde hatt krefter til det. Dette er i tråd med Virginia Hendersons definisjon på sykepleie, som understreker at sykepleieren understøtter pasientens egne gjøremål (29).

Sykepleieren blir en sentral aktør i å legge til rette for at pasientene kan delta i aktiviteter som er meningsfulle for den enkelte. Utfordringen er å forstå pasienten ut fra pasientens eget ståsted. I forhold til funnene i denne undersøkelsen er det en utfordring for de ansatte

sykehjem i større grad bør kartlegge interessene til den enkelte beboer, og legge til rette for at beboerne kan delta i aktiviteter tilpasset egne interesser. Dette gjelder fortrinnsvis interesser der beboerne selv er aktive, for eksempel å delta i hagearbeid og spaserturer. Studien viser at beboerne svarer at de har interesse for å delta på aktiviteter, men den sier ikke noe om beboernes evne og vilje til faktisk å

gjennomføre de aktivitetene de ønsker. I videre forskning vil jeg anbefale studier der man tester ut samsvaret mellom hva brukerne svarer og det de ansatte mener den enkelte beboer ønsker. I den forbindelse kunne det vært interessant å inkludere bakgrunnsinformasjon om de ansatte. For eksempel alder, kjønn, utdanning, hvor lenge de hadde arbeidet ved institusjonen og liknende. Det kan

gjøre det mulig å vurdere om de ulike gruppene av ansatte vurderer beboernes interesser ulikt. Videre bør man undersøke ulike former for aktiviteter og systematisk evaluere om sykehjemsbeboerne faktisk har evne og vilje til å gjennomføre aktivitetene. I tillegg ville det være ønskelig å undersøke om individtilpasset aktivitet øker trivsel og livskvalitet for sykehjemsbeboere.

REFERANSER

1. Røsland A. Behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og tilfredshed med sykehjemmet: en kartleggingsstudie blant 77 pasienter ved to av sykehjemmene tilknyttet Undervisningssykehjemprosjektet i Norge. Bergen. 2001.
2. Helsetilsynet. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Oslo. 2003.
3. Engedal K, Haugen PK, Brækhus A. Demens: fakta og utfordringer: en lærebok. Aldring og helse, Tønsberg. 2009.
4. Brækhus A. Hva er demens? Aldring og helse, Tønsberg. 2009.
5. Kada S, Nygaard HA, Mukesh BN, Geitung JT. Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. J Clin Nurs. 2009;18:2383-92.
6. Sosial- og helsedepartementet. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Oslo. 1997.
7. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer. Oslo 2006.
8. Kultur- og kirkedepartementet. Frivillighet for alle. Oslo. 2007.
9. Bahr R. Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Helsedirektoratet, Oslo. 2009.
10. Forbes D, Forbes S, Morgan DG, Markle-Reid M, Wood J, Culum I. Physical activity programs for persons with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2008(3):CD006489.
11. Stern C, Konno R. Physical leisure activities and their role in preventing dementia: a systematic review. Int J Evid Based Healthc. 2009;7:270-82.
12. Phinney A, Chaudhury H, O'Connor DL. Doing as much as I can do: the meaning of activity for people with dementia.

Aging Ment Health. 2007;11:384-93.

13. Leung GT, Fung AW, Tam CW, Lui VW, Chiu HF, Chan WM, et al. Examining the association between participation in late-life leisure activities and cognitive function in community-dwelling elderly Chinese in Hong Kong. Int Psychogeriatr. 2010;22:2-13.
14. Paillard-Borg S, Fratiglioni L, Winblad B, Wang HX. Leisure activities in late life in relation to dementia risk: principal component analysis. Dement Geriatr Cogn Disord. 2009;28:136-44.
15. Vernooij-Dassen M. Meaningful activities for people with dementia. Aging Ment Health. 2007;11:359-60.
16. Haugland BØ. Mestringsressurser og helsestatus: en empirisk undersøkelse av personer med revmatoid artritt. Bergen. 1995.
17. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current state of the art. Arch Phys Med Rehabil. 1982;63:56-9.
18. Bragstad L, Kirkevold M. Individualisert musikk for personer med demens. Sykepleien Forskning. 2010;5:8.
19. Vossius C, Testad I, Skævesland R. Allsang, bingo og gudstjenester passer ikke for våre beboere. Sykepleien. 2009;97(09):2.
20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Wolters Kluwer Health, Philadelphia. 2012.
21. Hauge S. Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir?: ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. Unipub., Oslo. 2004.
22. Høyland K. Ny sykehjemsmodell, et bedre tilbud: erfaringer fra tre nye sykehjem. SINTEF, Trondheim. 2001.
23. Lagerstrøm D. Friluftsliv: ein nordischer Weg zur Bewegung und Bewegung-

gskultur? Friluftsliv: Entwicklung, Bedeutung und Perspektive. Meyer & Meyer Verlag, Aachen. 2007 (pp 117-33).

24. Lovdata. Forskrift om en verdig eldreomsorg. 11 des 2010; nr.12 (Verdighetsgarantien). Tilgjengelig fra:: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20101112-1426.html>. (Nedlastet 23.09.2011).
25. Carstensen LL. Motivation for social contact across the life span: a theory of socioemotional selectivity. Nebr Symp Motiv. 1992;40:209-54.
26. Drageset J, Eide GE, Nygaard HA, Bondevik M, Nortvedt MW, Natvig GK. The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents--a questionnaire survey in Bergen, Norway. Int J Nurs Stud. 2009;46:65-75.
27. Birkeland A, Natvig GK. Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. Int J Nurs Pract. 2009;15:257-64.
28. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. Freeman, New York. 1997.
29. Kirkevold M. Sykepleieteorier: analyse og evaluering. Ad notam Gyldendal, Oslo. 1998.
30. Nightingale F, Skretkovic V. Notater om sykepleie. Universitetsforl., Oslo. 1997.

Les kommentaren på side 50



Vi må samarbeide med pårørende

› Artikkelen om sykehjemsbeboeres aktivitetsbehov er relevant for alle som jobber på sykehjem.



Av Elisabeth Rosenvinge

Sykepleier 1 og prosjektleder for prosjektet: «Opp av stolen»
Haugtun Omsorgssenter,
Gjøvik kommune

På generelt grunnlag hersker det ingen tvil om at aktivitet for sykehjemsbeboere, både sosialt, kulturelt, fysisk og åndelig betyr mye for den enkelte. Det viser også denne studien til Haugland og medforfattere. Utfordringen er å kartlegge og definere hva hver enkelt beboer opplever som meningsfylt. Fra et klinisk ståsted vil jeg si at personalet blir stadig mer bevisste på behovet for aktivitet, og hvordan denne organiseres og gjennomføres. Stadig flere er opptatt av tilpasset aktivitet for den enkelte beboer og at aktivitetene skal skje på hans eller hennes premisser. Omsorgstilbudet vårt blir stadig mer personsentrert, noe jeg mener er svært positivt. Personsentrert omsorg vektlegger den enkelte beboer og fokuserer på mestring og tilhørighet. Man er opptatt av å verdsette den enkelte beboers ressurser i stedet for begrensninger.

Studien viser at sykehjems-

beboerne som ble spurt, i stor grad ønsker aktiviteter der de selv aktivt deltar. Det er ingen tvil om at vi fortsatt har en vei å gå, når det gjelder å finne ulike måter å kartlegge disse behovene og ønskene på. I dette arbeidet mener jeg de pårørende representerer en stor ressurs. På bakgrunn av dette mener jeg at denne artikkelen er relevant for alle som arbeider i sykehjem!

Studien viser en signifikant forskjell mellom hva de ansatte tror og mener beboerne ønsker og har behov for av ulike typer aktivitet, og hva beboerne faktisk sier selv. Dette kjenner jeg også igjen fra sykehjemmet hvor jeg selv arbeider. Vi som ansatte har nok til tider andre preferanser for aktiviteter enn beboerne selv. I noen tilfeller kan det være lett å overføre disse preferansene på beboerne. På den måten opplever vi som ansatte aktiviteten som ensartet positiv. Dette kan til en viss grad bidra til at

vi overser hvordan den enkelte beboer opplever aktiviteten. Vi «farger» vår oppfatning av hvordan beboerne har opplevd aktiviteten med vår egen opplevelse. Utgangspunktet for tilrettelegging og gjennomføring av aktiviteter ut ifra den enkelte ansattes ståsted, er godt ment. Men det viser seg at det ikke oppleves godt nok for beboerne. Det samme viser artikkelen.

Jeg er helt sikker på at en mer systematisk kartlegging av beboernes ønsker, i samarbeid med pårørende, vil kunne gi oss et bedre grunnlag for å tilrettelegge aktiviteter ut ifra hver enkelt beboers preferanser.

Les artikkelen på side 42





Kunnskapstørst?

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

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

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

sykepleien

forskning



Foto: E. S. S. S. S.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Opprettholdelse av god livskvalitet er et viktig mål i demensomsorgen. Miljøbehandling, inklusive sansehager og målrettet bruk av planter brukes i økt grad, men effekten er usikker.

Hensikt: Undersøke og beskrive hva forskningslitteraturen rapporterer på bruk av sansehager, terapeutisk hagebruk og målrettet bruk av planter innendørs for personer med demens.

Metode: Modifisert scoping review med søk i databasene AMED, Cinahl, Medline, ISI Web of Science, Embase, SCOPUS, og SveMed+. Analyse av utvalgte empiriske studier.

Resultat: Femten studier ble inkludert. Ni undersøkte effekt av sansehage, fem terapeutisk hagebruk, en målrettet bruk av planter innendørs. Funnene tyder på at denne typen miljøbehandling

kan redusere urolig atferd, bruk av psykofarmaka, alvorlige fall, gi bedre søvn og øke trivsel og funksjonsnivå.

Konklusjon: Sansehage, terapeutisk hagebruk og målrettet bruk av planter innendørs kan ha positiv innvirkning på funksjonsnivå, atferd og trivsel hos personer med demens. Mer forskning er nødvendig.

ENGLISH SUMMARY

The importance of sensory garden and therapeutic horticulture in dementia care – a scoping review.

Background: Maintaining quality of life is important in dementia care. Sensory gardens and plants are increasingly used, but their effect is uncertain.

Objective: Examine and describe what is reported in the research literature about use of sensory gardens, therapeutic horticulture and the use of indoor plants for people with dementia.

Methods: Modified scoping review with searches in Amed, Cinahl, Medline, ISI Web of Science, Embase, Scopus and SveMed+. In addition, analysis of selected empirical studies.

Results: Fifteen studies were included. Nine examined the effects of sensory gardens, five, horticultural therapy, and one, the use of plants indoors. The findings suggest that this type of environmental management can reduce disruptive behaviour, use of psychotropic drugs and

serious falls, in addition to improving sleep and increasing well-being and functional level.

Conclusion: Sensory gardens, therapeutic horticulture and other targeted use of plants may have a positive influence on function, behaviour and well-being among people with dementia. More research is needed.

Keywords: dementia, sensory garden, therapeutic horticulture, environmental management, literature review

>> Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review

Forfattere: Marit Kirkevold og Marianne Thorsen Gonzalez

NØKKELOD

- Demens
- Miljø
- Behandling
- Litteraturstudie

INNLEDNING

Demens er en av de store folkesykdommene som særlig rammer eldre mennesker. Omtrent 70.000 lever med demens i Norge og tallet vil øke betydelig i årene som kommer grunnet økt levealder (1-5). Demens er en samlebetegnelse på en rekke ulike medisinske diagnoser. Over tid fører demens til alvorlig kognitiv svikt, atferdsendringer og stort behov for hjelp (1-5). Tidlig diagnose er viktig for å kunne fjerne underliggende årsaker og iverksette medisinsk behandling der det er mulig (1). Oftest finnes ingen kurativ behandling og de viktigste behandlingsprinsippene er å bevare pasientens evner og funksjoner i så stor grad

som mulig, samt fjerne forhold i omgivelsene som forverrer pasientens funksjon, inklusive faktorer som forårsaker stress eller mangel på stimuli (6, 7). Opprettholdelse av god livskvalitet er et viktig overordnet mål i demensomsorgen (1-5). Dette er bakgrunnen for at miljøbehandling er sentralt i demensomsorgen (7-9).

SANSEHAGER

Miljøbehandling vektlegger relasjoner og terapeutiske prosesser i pasientens miljø (7, 8) og omfatter tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale forhold (7-9). Miljøbehandling har som målsetting å bedre funksjonsevnen og øke trivsel, livskvalitet og velvære (1, 7, 9, 10). Et miljøbehandlingstiltak som har fått økende oppmerksomhet i de senere år er bruk av sansehager for personer med demens (9). En sansehage er en tilrettelagt, oftest lukket hage, gjerne plassert i tilknytning til en skjermet enhet for personer med demens hvor pasienter kan oppleve planter og natur, frisk luft og vandre i sikre, tilrettelagte omgivelser (7). Begrepet

sanséhage refererer til at hagen skal stimulere sansene, særlig syn-, lukte og følesansen. Begrepet «vandrehage» brukes også (11-13), da en viktig hensikt med disse hagene har vært å tilrettelegge for at personer som er urolige skal ha et sikkert og tilrettelagt område å bevege seg i. Videre brukes begrepet «tera-

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at sansehager synes å ha positiv effekt på livskvaliteten til personer med demens.

Mer om forfatterne:

Marit Kirkevold er sykepleier og professor. Hun er ansatt ved avdeling for sykepleievitenskap og helsefag-institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Marianne Thorsen Gonzalez er psykiatrisk sykepleier, PhD. Hun er ansatt som førsteamanuensis II ved avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, og som førsteamanuensis ved institutt for sykepleie og helse, Diakonhjemmet høyskole. Kontakt: mtgonzalez@medisin.uio.no.

peutiske hager» med referanse til at hagen antas å ha terapeutisk effekt på atferdsproblemer og andre helseproblemer, som søvnvansker og nedsatt muskelstyrke (13-15). Bruk av elementer fra naturen som del av miljøbehandling er imidlertid mer omfattende enn det disse begrepene tilsier. I litteraturen omtales også terapeutisk hagebruk (TH) og systematisk bruk av planter innendørs som aktuelle miljøbehandlingstiltak for personer med demens (16).

Det er begrenset forskning på effekten av denne typen «grønn miljøbehandling» for personer med demens. Det meste av forskningen er gjennomført i USA. I Norden er det gjort noen studier i Finland og Sverige. I Norge er det bygget en rekke sansehager for å bedre omsorgen for personer med demens. Det er imidlertid ikke klart hvordan disse hagene brukes og hvilken terapeutisk nytte de har. Hensikten med denne litteraturgjennomgangen er å undersøke og beskrive nøkkelinformasjon fra forskningsfeltet på bruk av sansehage, terapeutisk hagebruk og målrettet bruk av planter innendørs for personer med demens.

METODE

Det er mange typer review eller litteraturstudier, og det er ingen absolutt enighet om hvilke kjen-



Opprettholdelse av god livskvalitet er et viktig overordnet mål i demensomsorgen.

19) som metode. Ifølge Arksey og O'Malley (18) er de primære forskjellene mellom en systematisk litteraturstudie og en scoping review, at en scoping review har et mindre avgrenset forskningsspørsmål enn en systematisk litteraturstudie, bruker flere kilder for å identifisere relevante studier, inkluderer studier med ulike design og metoder og avklarer inklusjonskriterier post hoc (etter at søkene er gjennomført). En scoping review har som hensikt å gi en oversikt over et forskningsfelt og gi en deskriptiv presentasjon av nøkkelinformasjon i de inkluderte artiklene. En scoping review vil således ikke omfatte en summering eller syntese av evidens eller gi en kvalitetsvurdering av evidensnivå, slik man gjerne forventer ved en systematisk litteraturstudie eller metaanalyse. Vi har valgt en scoping review som metode, dels fordi forskningsfeltet er begrenset, og at det derfor var hensiktsmessig å inkludere alle relevante studier som innfridde inklusjonskriteriene, og for å gi en presentasjon av forskningsfeltet. Valg av betegnelsen modifisert scoping review er benyttet fordi vi i noe større grad enn ved en ordinær

systematisk fremgangsmåte i lesing og ekstrahering av informasjon fra artiklene.

Vi har benyttet systematiske søk i mars 2011 i databasene AMED, Cinahl, Medline (Ovid), ISI Web of Knowledge, Embase, SCOPUS, og Sve-Med+. Søkene ble begrenset til fagfellevurderte publikasjoner på engelsk, norsk, svensk eller dansk. I identifikasjon av artikler ble fritekstordene «healing garden», «horticultural therapy», «restorative garden» og «wander garden» benyttet. Fritekstordene ble deretter kombinert med demens og Alzheimer. Det er ikke søkt eksplisitt i forhold til design, metode eller utfallsmål. To reviewere vurderte artiklene med tanke på kriterier for inklusjon i litteraturstudien. Inklusjonskriteriene som ble benyttet var at artiklene ga en tydelig beskrivelse av sentral nøkkelinformasjon som hensikt og problemstilling, utvalg, design og metode, fremgangsmåte i intervusjonen, utfallsmål og funn. Studier som var mangelfullt beskrevet i forhold til flere av kriteriene ble ekskludert. Søkestrategi kan fås ved å kontakte artikkelforfatterne. Nøkkelinformasjon fra artiklene er synliggjort i tabell 1.

RESULTAT

Nittito originale artikler ble gjennomgått ved hjelp av tittel og abstrakt. Femtien av disse ble ekskludert ettersom de enten ikke var forskningsartikler, ikke var rettet mot personer med demenslidelser eller benyttet bruk av sansehage, terapeutisk

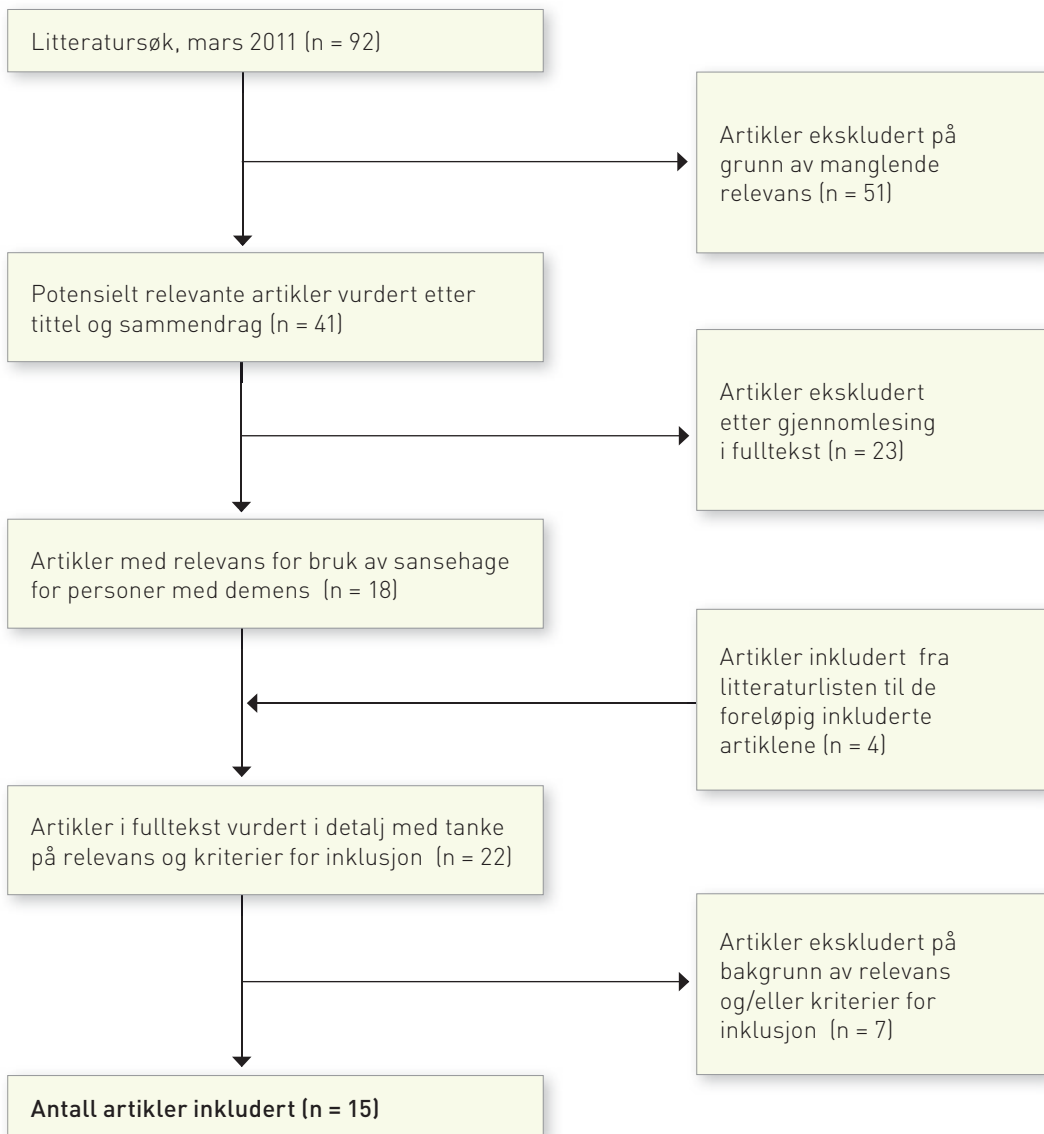


Atferdsproblemer ble redusert og bruk av «ved behov»-medikamenter falt etter at vandrehagen ble åpnet.

netegn eller kriterier som ligger til grunn for den enkelte type review. Vi har i denne litteraturgjennomgangen valgt en modifisert scoping review (17-

scoping review, har benyttet et systematisk søk i databasene for å identifisere artiklene, en systematisk fremgangsmåte i inkludering av artikler og en

FIGUR 1: Artikkellutvelgelse



hagebruk eller «grønn miljøbehandling». Førtien artikler ble etter første gjennomgang vurdert som potensielt relevante og gjennomgått i fulltekst. Tjuetre

av disse ble ekskludert fordi de ikke beskrev en relevant intervensjon, ikke var empiriske studier eller undersøkte personer med demens. Litteraturlistene i

det foreløpige utvalget ble gjennomgått og fire potensielt relevante artikler innhentet. Etter en grundig gjennomlesning i fulltekst med tanke på endelig

TABELL 1: Tabell over inkluderte studier – nøkkelinformasjon

Studie (Forfatter, år, land, ref.nr.)	Hensikt	Studiedesign	Utvalg	Intervensjon
Connell, Sanford, Lewis, 2007 (31)	Undersøke effekten av et utendørs aktivitetsprogram, sammenliknet med et innendørs aktivitetsprogram, på søvn og atferd blant sykehjemsbeboere.	Sammenliknende design med målingspunkter ved baseline og under intervensjonen. Ett års pilotstudie.	Beboere i sykehjem (N=20) (19 menn), 79,7 år (64-90), 5 afroamerikanske, 15 hvite.	Deltakerne ble randomisert til strukturert aktivitetsprogram innendørs (m/hortikulturfokus) eller utendørs (dagslys og strukturerte hageaktiviteter), i gruppe på 4-6 personer.
Calkins, Szmerkovsky, Biddle, 2007 (24)	Undersøke om økt tid utendørs har betydning for søvn og agitert atferd.	Før og etter kvasi-eksperimentelt design med gjentatte målinger.	Beboere på 3 sykehjem (N=17), 15 kvinner, 15 var hvite, 1 afroamerikansk og 1 hispanic.	Utendørsaktivitet 30 min. daglig. Deltakerne var sine egne kontrollere og ble observert vinter og sommer med og uten aktivitet utendørs. Uten aktivitet var observasjonstid 1 uke, med aktivitet var observasjonstid 2 uker.
Rappe & Topo, 2007 (Finland) (23)	Etablere betydningen av planter for velvære hos finske eldre med demens.	Study 1: Survey med lukkede og åpne spørsmål Study 2: Observasjonsstudie.	Study 1: Personale (N=65). Study 2: Pasienter med demens i 8 demensenheter (N=123).	Ingen.
Gigliotti, Jarrott, 2005 (28)	Undersøke om hagerelaterte aktiviteter mer enn ordinære aktiviteter: Øker nivået av engasjement. Reduserer nivået av ikke-engasjement. Øker positive affekter.	Sammenliknende studie med før og etter design. Observasjonsstudie. Intervju med 7 spørsmål.	Demente brukere av et dagsenter (N=48), 26 menn og 22 kvinner. Gj.snittsalder 80 (46-98). 41 hvite og 7 svarte.	Hagerelaterte aktiviteter ble tilrettelagt ½ time per uke over 9 uker i tillegg til ordinære ADS aktiviteter
Gigliotti, Jarrott, Yorgason, 2004 (29)	Å undersøke utbytte og nytte av hagerelaterte aktiviteter på et dagsenter for voksne demente.	Explorativt før og etter design med deltakerne som sine egne kontrollere. Observasjonsstudie.	Eldre demente (N=14) som deltok i mer enn 5 av 26 HT aktiviteter. Gj.snitt. MMSE=16.7 (2-27).	HT aktiviteter i 30 min., 3x per uke over 9 uker i gruppe både inne og ute.
Cox, Burns, Savage, 2004 (21)	Undersøke og sammenlikne nytten av to typer sansemiljøer (Snoezelen room vs. sansehage) hos personer med demens. Undersøke nytten/responsen hos personale og besøkende.	Sammenliknende studie med innen gruppe cross-over design. Studie 1: Kvantitativ observasjonsstudie av demente. Studie 2: Kvalitativ studie: Ansikt til ansikt intervju av personale og besøkende.	Demente på 3 ulike kognitive nivå (N=24), 23 kvinner. Personale (N=6). Besøkende (N=6).	Studie 1: 3 individuelle sesjoner à 16 min i 3 omganger (9 sesjoner per beboer). Studie 2: Ikke intervensjonsstudie
Mather, Nemecek, Oliver, 1997 (25)	Undersøke om en inngjerdet hage kan bidra til atferdsendring ved Alzheimer.	Sammenliknende, observasjonsstudie med 3 observasjonspunkter (pre-test, mid-test, post-test).	Eldre beboere med Alzheimer (N=10), 3 menn. Gj.snittsalder 83 (69-100).	Intervensjonsstudie med kartlegging av adferdskategorier utendørs og innendørs etter innføring av inngjerdet hage.

Utfallsmål	Hovedfunn
<p>1. Søvnstatus (kl. 19.00-07.00) 10 dager v/baseline og 10 dager intervensjon ble målt m/håndleddsaktigraf (fotocelle). 2. Frekvens av oppvåkning, max søvnlengde og totalt søvnmengde ble målt. 3. Adferd ble målt vha Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI).</p>	<p>De to gruppene hadde samme lypåvirkning ved baseline. Utendørsgruppen hadde vesentlig mer lypåvirkning ilt intervensjonen enn innendørsgruppen. I løpet av intervensjonsperioden bedret søvnen seg signifikant i utendørsgruppen på to av tre mål. Gjennomsnittlig max søvnlengde økte med en time og total søvnmengde med ca 50 minutter. I innendørsgruppen økte total søvnmengde med ca. 60 minutter. Maksimum søvnlengde endret seg også, men ikke statistisk signifikant. Verbal agitasjon endret seg signifikant i utendørsgruppen. Ingen øvrige endringer i adferd.</p>
<p>1. Søvn: Actilume-L og Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI). 2. Atferd: Cohen-Mansfield Agitation Inventory Short Form (CMAI). 3. Actiwatch.</p>	<p>Økt tid utendørs gir en moderat bedring i søvn, men ikke målbare endringer i agitasjon.</p>
<p>Study 1: 1. Personalets observasjoner av demente eldre. Study 2: 1. Dementia Care Mapping (DCM).</p>	<p>Study 1: Planter forbedret det fysiske miljøet og bidro til psykologisk velvære og sosiale relasjoner. Study 2: Å være utendørs stimulerte sansene, og ga kontinuitet til livslange vaner.</p>
<p>1. Kognitivt funksjonsnivå: Minimal Mental Status Examination (MMSE). 2. Adferd: Kodede kategorier. 3. Sosiale, hagerelerte, produktive og ingenting. 4. Affect: Dementia Care Mapping (DCM).</p>	<p>Signifikant forskjell i gjennomsnittlig tidsbruk mellom HT (78%) og ADS (28%). Signifikant forskjell i ikke engasjert tidsbruk mellom HT (14%) og ADS (60%). Signifikant høyere positive affekt ved HT. MMSE var positivt assosiert med uttrykt affekt under HT.</p>
<p>1. Kognitivt funksjonsnivå: MMSE. 2. Atferd: Kodede kategorier: Sosiale, hagerelerte, produktive og ingenting. 3. Affekt: DCM.</p>	<p>Ingen signifikante forskjeller mellom de forskjellige aktivitetene i affekter eller % tid benyttet. Høyere affekt og adferd ved HT enn ved normale aktiviteter. Lavere nivåer av ikke-engasjement ved HT enn ved normale aktiviteter. Gj. snitt affekt score var sign. høyere ved HT enn ved normale aktiviteter. MMSE score var korrelert med nivå av affekt og % av tid benyttet i HT. MMSE var ikke sign. korrelert med score på utfallsmål.</p>
<p>Studie 1: 1.Affekter: Affect Rating Scale (ARS).</p>	<p>Studie 1: Ingen konsistent forskjell mellom de fire målingene som ble gjort innen samme miljø. Ingen sign. funn knyttet til utfallsmål knyttet til samme miljø. Det var gjennomgående positive affektnivåer. Signifikant mer rapportert tristhet i dagligstue enn de to sanserommene. De som var på de høyeste kognitive nivåene tenderte til å score høyere på tilfredshet/glede enn de på lavere kognitive nivåer. Studie 2: Nye miljøer så ut til å aktivere mer positive følelser hos beboerne. Hagen engasjerte og aktiverte. Snoezelen roet og virket avslappende.</p>
<p>1. Atferd: Observasjoner av atferdskategorier med Baumgarten, Becker and Gauthier's checklist. Hver deltaker ble vurdert for 22 atferdskategorier. Utendørs om sommeren var det gjennomsnittlig observasjonstid 30 timer pr. måned over 3 måneder. Innendørs var det 32 timer observasjonstid om sommeren og 34 timer om vinteren.</p>	<p>Ingen forskjeller i urolig (disruptive) atferd på ulike døgnskift i ulike sommerperioder. Utendørs observasjoner: Beboerne tilbrakte 14% av tiden utendørs i hagen. 54% av tiden ute ble benyttet til å sitte og evt. snakke. 26% av tiden ble benyttet til gåing. 7% av tiden til soving og 7% i aktiv sosial kontakt med andre. Sammenliknet med innendørs observasjoner: De som hadde størst endringer i atferd var de som benyttet hagen mest. Soving om ettermiddagen, vandring, og kikke ut av vinduet var hyppigere på vinteren enn om sommeren.</p>

Studie (Forfatter, år, land, ref.nr.)	Hensikt	Studiedesign	Utvalg	Intervensjon
Murphy m. fl., 2010* (USA) (11)	Undersøke sammenheng mellom besøk i vandrehage og agitasjon.	Før og etter design. Observasjonsstudie 1 år før og 1 år etter etablering av vandrehage.	Pasienter med demens i demensenheten (N=34). Mellom 74 og 92 år (gjennomsnitt 80.7 år). Alle menn.	Åpnet vandrehage som var fritt tilgjengelig for beboerne i demensenheten.
Jarrot & Gigliotti 2010 (USA) (27)	Undersøke om hagerelaterte aktiviteter mer enn ordinære aktiviteter øker nivået av adaptiv atferd og positiv affekt.	Sammenliknende observasjonsstudie med cluster randomisering. Omsorgsprogrammene ble randomisert, men ikke deltakerne.	Demente i 8 forskjellige omsorgsprogrammer (N=129) 75 i HT gruppen 54 i TA gruppen (HT gruppen var gjennomsnittlig eldre enn TA gruppen).	Deltakelse i HT (hageaktivitet) eller TA (ordinær aktivitet) min 50% av observasjonstiden (50 min.). Grupper på 4-20 pas. med max størrelse på 8 pas.
Detweiler m. fl., 2009* (USA) (12)	Undersøke sammenheng mellom besøk i vandrehage og frekvens og alvorlighetsgrad av fall, samt bruk av medikamenter.	Sammenliknende studie med før og etter design. Observasjoner 1 år før og 1 år etter etablering av vandrehage.	Pasienter med demens (alle menn) i demens-enhet (N=28). Alder mellom 74 og 92 år (gjennomsnitt 80,5 år). Inndelt i 2 grupper	Åpnet vandrehage som var fritt tilgjengelig for beboerne i demensenheten.
Thelander m. fl., 2008 (Sverige) (30)	Evaluerer om hageaktiviteter i utendørsmiljøer kan være en integrert del av rehabilitering og omsorg for personer med demens.	Før og etter design.	Sykehjemsbeboere (N=8) med alvorlig til moderat demens (MMSE 5-18), agitasjon og uro, interesse i utendørsaktiviteter. Ikke rullestolbrukere og personer som ikke tålte fysisk aktivitet.	Individualiserte hageaktiviteter og gange i nærliggende park, 3x per uke i 6 uker (sommertid).
Lee & Kim, 2008 (Korea) (32)	Undersøke nytten av innendørs hagearbeid på søvn, agitasjon og kognisjon blant personer med demens.	Før og etter design med repeterte målepunkter.	Sykehjemsbeboere (N=23) med mild til moderat demens, søvnforstyrrelser, og/eller agitasjon.	Innendørs vannbaserte hageaktiviteter av spiselige vekster (bønneskudd og kinesisk selleri) ble valgt pga gjenkjennelighet, enkelhet, rask vekst etc. 1 ukes baseline registrering, 4 ukers intervensjon. Hver deltaker valgte foretrukket plante, dyrket og høstet x 3-4 ganger i løpet av intervensjonen. Pleier assisterte pasienten morgen og kveld i oppfølging av plantene. Pasient spiste selv grønnsakene.
Grant & Wineman, 2007 (USA) (22)	Utvikle «The Garden-Use Model» – et instrument for økt bruk av utendørsmiljøene blant personer med demens i sykehjem.	Multi-case studie design.	Fem sykehjem.	Ingen.
Hernandez 2007 (USA) (20)	Undersøke hvilken betydning hagedesignet har på beboernes livskvalitet.	Kvalitativ evalueringstudie med case studie design med flere metoder (intervju, atferdskartlegging og observasjoner).	Hageområdene i 2 demensenheter i byområde, hvor det var lagt på demensvennlig design.	Ingen.

* Rapporterer fra samme studie/materiale

Utfallsmål	Hovedfunn
<p>1. Agitasjon, registrert v.h.a. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) før hagen ble åpnet og månedlig i 12 mnd etter åpningen.</p>	<p>Agitasjon ble redusert mest blant de som brukte hagen mest. For ambulante beboere var også begrenset bruk av hagen forbundet med redusert agitasjon, mens lav bruk blant personer i rullestol/avhengige av hjelp ikke hadde tilsvarende effekt.</p>
<p>Koding av atferdskategorier med: 1. Minimal Mental Status Exam (MMSE). 2. Apparent Affect Rating Scale (AARS). 3. Engasjement: Menorah Park Engagement Scale (MPES).</p>	<p>Signifikante forskjeller i engasjement i 4 av 5 kategorier knyttet til adaptiv atferd og større prosentvis deltakelse i HT enn TA. TA gruppen var selvgasjert, mens HT gruppen også viste større interesse for andre aktiviteter. Ingen forskjeller i gruppene i affekt. Det var sign. korrelasjon mellom alder og interesse.</p>
<p>1. Frekvens av fall. 2. Alvorlighetsgrad av fall (The Fall Severity Score). 3. Kartlegging av medikamentbruk (type og dose – antidepressiva, angstdempende, antipsykotika, sovemedisiner).</p>	<p>Signifikant reduksjon i fall etter introduksjon av vandrehage (30% reduksjon i antall og alvorlighetsgrad). Færre alvorlige fall. Størst reduksjon i alvorlige fall for beboere i gruppen som brukte hagen mest. Signifikant reduksjon i bruk av antipsykotika, særlig for de som brukte hagen mest.</p>
<p>1. Type aktiviteter som fungerte og ikke. 2. Grad av uavhengighet i gjennomføring av aktiviteter (1=uavhengig, 6= helt avhengig). 3. Faktorer som påvirket evne til gjennomføring.</p>	<p>Type aktivitet som var mulig og tiltalende for den enkelte varierte betydelig. I gjennomsnitt varierte grad av uavhengighet mellom 2-5 på uavhengighets-skalaen. Halvparten trengte kontinuerlig hjelp (4-6), primært pga fare for å falle. Aktiviteter som de selv igangsatte klarte de å utføre mer uavhengig. Mange av aktivitetene var for vanskelige for deltakerne, grunnet dårlig fysisk funksjon (balanse, styrke, nedsatt syn/persepsjon, etc).</p>
<p>Søvn og agitasjon ble kartlagt i en uke før oppstart og dessuten en uke på slutten av intervensjonen. 1. 24-timers søvnlogg ble ført av pleiere daglig i uke 1 og uke 5. 2. Agitasjon ble målt daglig vha CMAI i uke 1 og 7. Kognisjon ble målt 1 gang i uke 1 og i uke 5 vha revised Hasegawa Dementia Scale.</p>	<p>Signifikant bedring i nattesøvn, oppvåkning etter innsovning, soving på dagtid, samt reduksjon i agitasjon og bedret kognisjon. Effekten antas å kunne knyttes til flere faktorer: Bedret kronobiologisk rytme, økt fysisk aktivitet, praktisering av tidligere ferdigheter, hobbyer, minisens, sosial interaksjon, sensorisk stimulering og opplevelse av å ha utrettet noe meningsfullt.</p>
<p>Kartlegging av bruken av utendørsarealene i sykehjemmene: 1. Foreløpig analyse av sykehjemssarealene. 2. Spørreskjema til personalet. 3. Seks dagers observasjon av atferd/bruk av arealene.</p>	<p>«The Garden-Use Model» er en teoretisk modell som kan gi en strukturert basis for å diskutere faktorer som påvirker bruk av utendørsområdene. Metoden kan brukes for å identifisere forhold som kan øke bruken av utendørsområdene.</p>
<p>1. Beboere, personale og pårørende ble intervjuet om bruk av hagen. 2. Observasjon av hvordan hagen ble brukt (atferdskartlegging, hvilke områder ble brukt, hvordan ble områdene brukt). 3. Emosjonell reaksjon på hagen vha AARS (Apparent Affect Rating Scale). 4. Kartlegging av negative og positive emosjoner i periode på 5 minutter.</p>	<p>Totalt 28 personale, 12 pårørende og 5 arkitekter/designere ble intervjuet. Uformelle samtaler med beboere skjedde spontant ilt observasjonsperiodene. Innholdsanalyse identifiserte tre hovedtemaer: 1.Hagen har en terapeutisk effekt psykisk og fysisk 2.Policy/praksis ved sykehjemmene påvirket bruken av hagen. 3. Anbefalinger for å bedre hagen – dvs. gjøre den mer meningsfull og nyttig for beboere, pårørende og personale. Det ble fremhevet at hagen bidro til bedre livskvalitet både gjennom passiv bruk (sitte ute), lavaktivitet (avledning/reduksjon av stress og agitasjon) og ved aktiv bruk (fysisk aktivitet, sosial aktivitet, kulturell aktivitet) og direkte hagebruk. Værforhold og begrenset adgang til hagen reduserte utnyttelsen og effekten.</p>

inkludering i lys av relevans og kriterier for inkludering, ble ytterligere sju artikler ekskludert. Totalt ble 15 artikler inkludert med tanke på relevans og kriterier for inklusjon. Figur 1 sammenfatter artikkelutvelgelsen.

Studiene utvalg er begrenset, antall inkluderte pasienter i studiene varierer fra åtte til 129. Til sammen inkluderer studiene 450 pasienter. Forskningsdesign varierer fra casestudier (n=2), kartleggingsstudie (n=1), intervensjonsstudier med ulike pretest-posttest design (n=10) til randomiserte kontrollerte studier (RCT) (n=2). Casestudiene tilfører litteraturgjennomgangen innsikt i hvordan sansehager og terapeutisk hagebruk kan gjennomføres og ha positiv innvirkning på individnivå. De kontrollerte studiene tilfører innsikt i intervensjonens effekt på gruppenivå. Vi anser det som viktig å inkludere begge nivåene i litteraturgjennomgangen. Anerkjente standardiserte og validerte utfallsmål ble benyttet i de fleste studiene. Nesten alle refererte til teoretisk ram-

Ni av artiklene omhandlet «passiv bruk» av sansehager (11-13, 20-25). Tre artikler (11-13) rapporterer fra forskjellige utfallsmål fra samme observasjonsstudie med et før- og etterdesign gjennomført ved en institusjon for veteraner i USA. En artikkel (11) rapporterer en signifikant nytteverdi på atferd blant dem som spontant brukte hagen mest og de som uavhengig kunne bruke hagen. De som brukte hagen lite eller var avhengige av hjelp for å komme seg ut hadde derimot ikke tilsvarende nytteverdi. I en annen artikkel (12) rapporteres en reduksjon på 30 prosent i antall fall og i alvorlige fall relatert til kategorisering av fall etter et standardisert utfallsmål. Ved å dele brukerne i to grupper (storbrukere og småbrukere) fant forskerne at de brukerne som benyttet hagen mest hadde best nytte i forhold til fallfrekvens og alvorlighetsgrad av fall. De hadde en signifikant reduksjon i bruken av antipsykotika (12). Atferdsproblemer ble redusert og bruk av «ved behov»-medikamenter falt

sanserom) med opphold i sykehjemets dagligstue. Tre ulike kognitive nivåer ble kartlagt i de tre ulike miljøene. Affekt ble observert, og personale og pårørende ble intervjuet om deres inntrykk av hvordan de ulike miljøene innvirket på beboerne. Forskerne rapporterer lave nivåer på negativ affekt (tristhet, sinne, angst) og høye nivåer på positiv affekt (tilfredshet) blant deltakerne generelt. Negativt affektnivå ble ikke påvirket av sansehage eller Snoezelen-rom. Derimot fant man at positivt affektnivå (glede, interesse) var høyere blant beboerne både i sansehagen og Snoezelen-rommet, sammenliknet med noe mer tristhet ved opphold i dagligstuen. Både personale og pårørende mente at sansehagen og Snoezelen-rommet hadde positiv innflytelse på beboerne.

To artikler (20, 22) undersøkte hvordan eksisterende sansehager ble benyttet og hvordan ulike karakteristika ved hagene (utforming, tilgjengelighet, og så videre) og ved institusjonene (policy, personale og praksis) påvirket bruken av sansehagene. Grant og Wineman (22) benyttet et multicase studiedesign og kartla bruken av sansehagene («utendørsarealene») i fem sykehjem gjennom observasjoner og intervjuer med personalet. Med utgangspunkt i analyser av besøksfrekvens i hagen, form på aktivitet og bruk av hagen i forhold til de enkelte beboerne, identifiserte og klassifiserte forskerne en rekke faktorer som fremmet og/eller hemmet bruken av hagearealene: organisasjonens policy, personalets holdninger, visuell tilgjengelighet, fysisk tilgjengelighet og hagens utforming eller design. De fem institusjonene varierte

” Søvnløshet og sosial kontakt bedret seg i perioden da sansehagen var tilgjengelig.

meverk som sier noe om antatte årsaker til at intervensjonen har nytteverdi.

BRUK OG BETYDNING

Bruk av sansehager kan klassifiseres som «passiv» eller «aktiv». Med «passiv bruk» menes tilstedeværelse i sansehagen med stimulering ved å nyte frisk luft, dufter, synsinntrykk, fuglesang, sol og varme. «Aktiv bruk» refererer til mer målrettede aktiviteter utført i hagen (20).

etter at vandrehagen ble åpnet. Denne endringen var mer uttalt for gruppen som brukte hagen mest. Både personalet og pårørende opplevde at hagen bidro til mindre atferdsproblemer, bedre humør og økt livskvalitet (13).

Cox m.fl. (21) benyttet et sammenliknende cross over design og undersøkte nytteverdien av to typer sansemiljø; sansehage og Snoezelen-rom (et spesialinnredet multisensorisk

betydelig med hensyn til hvordan hagene ble benyttet (passiv eller aktivt) og tilgjengelighet. I mange tilfeller bidro institusjonens policy, verdigrunnlag eller personalets holdninger til å skape hindringer. Eksempler på slike hindringer var utstrakt låsing av utgangsdøren til hagene og mangel på støtte til å komme seg ut, selv om hagene for øvrig var tilgjengelige og brukervennlige for beboerne. På bakgrunn av funnene utviklet de et kartleggingsinstrument spesielt med henblikk på å øke tilgjengeligheten og bruken av hagearealer for personer med demens.

Hernandez (20) rapporterer fra en sammenliknende case studie (to sykehjem) med utgangspunkt i deltakernes erfaringer og opplevelser, at sansehagen bidro til positive affekt og endret atferd, men at policy og praksis påvirket bruken. Det ble fremhevet at både passiv bruk (sitte ute), lav aktivitet (avledning/reduksjon av stress og agitasjon) og aktiv bruk (hageaktivitet, fysisk aktivitet, sosial aktivitet, kulturell aktivitet) av hagen hadde positiv betydning på atferd og affekt. Værforhold (høye og lave temperaturer) og begrenset adgang reduserte både nytten og utnyttelsen av hagen. Anbefalinger for å gjøre hagen mer meningsfull og nyttig for beboere og pårørende ble løftet frem.

Calkins m.fl. (24) gjennomførte en før- og etter studie med kvasiekperimentelt design i tre sykehjem, hvor de undersøkte om økt tid utendørs påvirket søvn og agitasjon. Forskerne fant at økt tid utendørs førte til moderat bedring i søvn, med varierende eller ikke målbar endringer i agitasjon. Uvanlig kaldt og vått vær om sommeren

og uvanlig mildt vær om vinteren kan ha påvirket resultatene ved å redusere forskjellen mellom situasjonene som ble sammenliknet.

I en sammenliknende observasjonsstudie fra Finland undersøkte Rappe og Topo (23) hvordan det å være ute eller å kunne se ut, påvirket livskvalitet blant beboere i seks sykehjemsavdelinger og to dagsentre. Hver beboer ble observert i fire dager

”” Sansehagen bidro til positive affekter og endret atferd.

av to observatører og Dementia Care Mapping ble benyttet i kartleggingen. I tillegg ble det ført detaljerte feltnotater. Feltnotatene viste at det var markert forskjell mellom dagsentrene og sykehjemsavdelingene. Dagsentrene brukte utendørsaktiviteter regelmessig, i gruppe eller individuelt. Beboerne i sykehjemsavdelingene var mindre utendørs, men søkte aktivt til vinduer og/eller balkonger som ga utsikt til livet utenfor. Begrenset tilgang til utendørsarealene var primært av praktiske grunner, som vanskelig tilgang til utearealene, mangel på personale, samt holdninger og kulturelle forhold ved institusjonene.

Mather m.fl. (25) undersøkte om en inngjerdet hage bidro til atferdsendring hos beboere med Alzheimers sykdom i en sammenliknende observasjonsstudie. Forstyrrende atferd, søvn og bruk av hagen ble observert ved tre observasjonspunkter en uke om gangen i løpet av mai (pre test), juli (mid test), september (post test). I tillegg ble beboerne observert inne både sommer og vinter. Beboerne tilbrakte 14 prosent av tiden utendørs i hagen hvor 54 prosent av

tiden ute ble benyttet til å sitte og eventuelt snakke. Vandring utgjorde 26 prosent av tiden ute. Søvn og sosial kontakt bedret seg i perioden da sansehagen var tilgjengelig. Størst endringer i atferd hadde de som benyttet hagen mest. Soving om ettermiddagen, vandring og kiking ut av vinduet var hyppigere vinterstid. Det var ingen reduksjon i urolig atferd når beboerne hadde tilgang til sansehagen;

tvært imot fant de en økning i aggresjon på dagtid midt på sommeren uten at tilgang til hagen bedret situasjonen.

TERAPEUTISK HAGEBRUK

Terapeutisk hagebruk (engelsk: «therapeutic horticulture») innebærer at man bruker planter og planterelaterte aktiviteter for å fremme helse og velvære gjennom aktiv eller passiv deltakelse (26, s. 4). Fem studier (27-31) undersøkte nytten av terapeutisk hagebruk blant personer med demens, hvorav tre kommer fra samme forskningsgruppe (27-29). Jarrott og Gigliotti (27) brukte et sammenliknende kontrollert design med cluster randomisering og undersøkte om hagerelaterte aktiviteter økte nivået av adaptiv atferd (definert som engasjement i aktiviteter) og positiv affekt, sammenliknet med ordinære aktiviteter. Aktivitetene var utformet for å stimulere både individenes og gruppens engasjement, med utgangspunkt i en personsentrert tilnærming. Forskerne fant signifikante forskjeller i deltakernes engasjement i fire av fem engasjementsdimensjoner i

” Mange av aktivitetene var for vanskelige for deltakerne, grunnet dårlig fysisk funksjon.

TH-gruppen. TH-gruppen viste også større interesse for andre aktiviteter og hadde høyere prosentvis deltakelse enn kontrollgruppen. Kontrollgruppen var hyppigere engasjert i repeterte eller selvstimulerende aktiviteter (vandring, plukking og så videre). Det var ingen forskjeller på gruppene når det gjaldt affekt, men en signifikant sammenheng mellom alder og interesse.

Ovennevnte studie bygger videre på to tidligere studier fra de samme forskerne (28, 29). Forskerne (28) anvendte et sammenliknende før og etter design og undersøkte om terapeutiske hageaktiviteter en halv time per uke over ni uker påvirket nivået av engasjement og positiv affekt. Modifisert dementia mapping og atferdskategorier (sosial, hagerelatert, produktiv, ingen) ble kartlagt. Det var signifikant forskjell i gjennomsnittlig aktiv deltakelse i aktiviteter ved terapeutisk hagebruk (78 prosent),

høyere engasjement og affekt, og lavere nivå av ikke-engasjement ved terapeutisk hagebruk, sammenliknet med ordinære aktiviteter (29).

I en liten svensk studie med før og etter design av Thelander m.fl. (30) på sykehjemsbeboere med moderat til alvorlig demens, kartla forskerne hvilke aktiviteter som fungerte eller ikke fungerte for den enkelte, i en parkliknende hage i nærheten av sykehjemmet. Grad av uavhengighet i gjennomføringen av aktivitetene ble også kartlagt. Forskerne rapporterer at typen aktiviteter som var mulig og tiltalende for den enkelte varierte betydelig. I gjennomsnitt varierte grad av uavhengighet mellom 2–5 på uavhengighetskalaen, hvor lav skår indikerer uavhengighet. Mange av aktivitetene var for vanskelige for deltakerne, grunnet dårlig fysisk funksjon som ubalanse, nedsatt styrke, syns- eller persepsjonsproblemer. Halvparten trengte

enten et strukturert aktivitetsprogram innendørs (med terapeutisk hagebruksfokus) eller et utendørs aktivitetsprogram (dagslys og strukturerte hageaktiviteter), i grupper på fire til seks personer. Søvnstatus ble målt ti dager før oppstart og ti dager i løpet av intervensjonen (med håndleddsaktigraf med fotocelle). De målte også oppvåkning, maksimum søvnlengde, totalt søvnmengde og atferd. Utendørsgruppen hadde vesentlig mer lypåvirkning enn innendørsgruppen, samt bedret søvn på to av tre mål. Gjennomsnittlig søvnlengde økte med en time og total søvnmengde med 50 minutter. Det var en signifikant reduksjon i verbal agitasjon. I innendørsgruppen økte total søvnmengde med 60 minutter.

PLANTER INNENDØRS

I tillegg til Connell m.fl.'s (31) studie, som ble omtalt ovenfor, har en studie av Lee og Kim (32) fra Korea undersøkt nytten av innendørs hageaktiviteter på søvn, agitasjon og kognisjon blant sykehjemsbeboere med mild til moderat demens, søvnforstyrrelser og/eller agitasjon. Innendørs hageaktiviteter med spiselige vannplanter (bønneskudd og kinesisk selleri) som intervensjon, ble valgt på grunn av gjenkjennelighet, enkelhet og rask vekst. Hver deltaker valgte en plante og dyrket og høstet denne tre til fire ganger i løpet av den fire ukers lange intervensjonen. Pleier hjalp pasientene morgen og kveld i oppfølgingen av plantene. Pasientene spiste selv grønnsakene. Nattesøvn, oppvåkning etter innsøvning og soving på dagtid ble signifikant bedre. Agitasjon ble redusert og kognisjonen ble bedre. Man antar at nytten kan knyttes til

” Pleier hjalp pasienten morgen og kveld i oppfølgingen av plantene.

sammenliknet med ordinære aktiviteter (28 prosent). Andelen tid som «ikke engasjert», ble redusert fra 60 prosent i det ordinære aktivitetstilbudet til 14 prosent når deltakerne var engasjert i terapeutiske hageaktiviteter. Forskerne fant også signifikant høyere positiv affekt ved terapeutisk hagebruk, sammenliknet med ordinære aktiviteter. De samme forskerne fant

kontinuerlig hjelp, primært på grunn av fare for å falle. Beboerne utførte aktiviteter som de selv igangsatte mer uavhengig.

Connell m.fl. (31) anvendte et sammenliknende design og undersøkte nytten av et utendørs aktivitetsprogram på søvn og atferd blant sykehjemsbeboere, sammenliknet med et innendørs aktivitetsprogram. Deltakerne ble randomisert til

bedret kronobiologisk rytme, økt fysisk aktivitet, praktisering av tidligere ferdigheter, hobbyer, reminisens, sosial interaksjon, sensorisk stimulering og opplevelse av å ha utrettet noe meningsfullt.

DISKUSJON

Til tross for betydelig oppmerksomhet rundt bruken av sansehager og andre grønne miljøbehandlingstiltak, viser denne litteraturgjennomgangen at det er lite forskning på feltet. Studiene er gjennomgående små og gjennomført av et fåtall forskere, primært i USA. Mangel på randomiserte kontrollerte studier (RCT) gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om kausale sammenhenger. Til tross for betydelige forskjeller i type intervensjon og utfallsmål, tyder de fleste studiene på at sansehager, vandrehager og terapeutisk hagebruk ute og inne kan ha en positiv innvirkning. I motsetning til andre miljøbehandlingstiltak, hvor hovedfokus gjerne er på atferdsproblematikk (10), viser disse studiene et bredere spekter av utfallsmål ofte med fokus på økt trivsel, engasjement og aktivitet. Terapeutisk hagebruk, både ute og inne, ser ut til å bidra til bedret søvn, økt engasjement og trivsel. «Passiv» bruk av sansehager er forbundet med bedret søvn, færre alvorlige fall, nedsatt bruk av psykofarmaka samt økt trivsel og livskvalitet. Litteraturgjennomgangen antyder at individualisering er viktig ved bruk av sansehager og terapeutisk hagebruk, både fordi den enkeltes kognitive funksjon og fysiske helse varierer betydelig og fordi interesser og ferdigheter er forskjellige.

Studiene viser at det er stor variasjon i utforming og tilgang

til sansehager. Det er påfallende at flere av studiene viser at institusjonens policy, personalets holdninger og mangel på støtte reduserer bruken av sansehager, også når de for øvrig er fysisk godt tilrettelagt for personer med demens. Videre fant flere av

 Det er stor variasjon i utforming og tilgang til sansehager.

studiene at sansehagene hadde begrenset anvendelse store deler av året, grunnet for høye eller lave temperaturer. Manglende skjerming for sol, regn og vind ble påpekt i flere av casestudiene. Manglende opplæring og støtte til å bruke sansehager og terapeutisk hagebruk blant personalet synes å være en viktig faktor som reduserer bruken av denne miljøbehandlingstiltaket. Opplæring synes å bidra til økt bruk og til at hagearealene i sykehjem legges bedre til rette for personer med demens (33).

Litteraturgjennomgangen dokumenterer tydelig behovet for mer forskning på bruk av sansehager og terapeutisk hagebruk for personer med demens. Kunnskapsgrunnlaget på dette feltet er begrenset, men lovende. Særlig trengs det mer kunnskap om hvordan sansehager faktisk benyttes, hvilke faktorer som fremmer og hemmer målrettet bruk av sansehager og terapeutisk hagebruk, samt større, kontrollerte studier som undersøker effekten av denne typen miljøbehandling for funksjon, helse og trivsel hos personer med demens. Eksisterende forskning understreker betydningen av at personalet legger til rette for bruk av sansehager gjennom å fjerne hindringer som gjør det vanskelig for pasienter som er

mobile å få tilgang til sansehager. Det anbefales også aktiv støtte av individualisert bruk, samt tilrettelegging for tilpassete gruppeaktiviteter. Betydningen av en utforming som gir skyggemuligheter, le for vinden og attraktive områder

for å gå og sitte understrekes også. Litteraturen viser videre at nærliggende parker kan benyttes aktivt som sansehager eller arena for terapeutisk hagebruk. Økt kunnskap og opplæring synes nødvendig for å støtte personalet i bruk av denne formen for miljøbehandling. Litteraturen understreker også betydningen av å kunne utnytte elementer fra sansehager og terapeutisk hagebruk innendørs, noe som synes svært viktig i Norge, med sine lange vintre og korte sommersesong.

KONKLUSJON

Forskning om bruken og betydningen av «grønn miljøbehandling» i omsorgen for personer med demens er begrenset. Tilgjengelig forskningslitteratur antyder at sansehager og terapeutisk hagebruk ute og/eller inne kan ha en positiv betydning for personer med demens. Mer systematisk forskning, inklusive studier med randomisert kontrollert design og større utvalg, er nødvendig for å øke kunnskapsgrunnlaget.

Arbeidet med denne artikkelen ble gjennomført med finansiering fra Demensfyrtårnprosjektet og i samarbeid med Utviklingscenter for sykehjem i Oslo.

REFERANSER

1. Engedal K, Haugen PK. Demens. Fakta og utfordringer. Tønsberg: Aldring og helse; 2005.
2. Berentsen VD. Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, editors. Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008. s. 350–82.
3. Statens beretning för medicinsk utvärdering. Demenssykdommer. En systematisk litteraturoversikt. Tønsberg: 2006.
4. Sosial- og Helsedirektoratet. Glemsk, men ikke glem! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo: 2007.
5. Rokstad AMM. Hva er demens? I: Rokstad AMM, Smebye KL. (red). Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Akribe; 2008; 27–45.
6. Rokstad AMM. Utfordrende atferd. I: Rokstad AMM, Smebye KL. (red). Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Akribe; 2008;180-206.
7. Rokstad AMM. Miljøbehandling. I: Rokstad AMM, Smebye KL. (red). Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Akribe; 2008;152-79.
8. Vatne S. Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006. 216 s.
9. Wogn-Henriksen K. Miljøbehandling i demensomsorgen. In: Krüger RME, Øvereng A, editors. Det går an! Muligheter i miljøterapi. Tønsberg: Aldring og helse, 2007: 18–35.
10. Lee A. Pleje- og omsorgsmetoder til demensramte. En litteraturstudie af den dokumenterede effekt. Odense: Styrelsen for social service – CAST – Center for anvendt sundhedstjenesteforskning og teknologivurdering, 2004.
11. Murphy PF, Miyazaki Y, Detweiler MB, Kim KY. Longitudinal analysis of differential effects on agitation of a therapeutic wander garden for dementia patients based on ambulation ability. *Dementia*. 2010;9:355-73.
12. Detweiler MB, Murphy PF, Kim KY, Myers LC, Ashai A. Scheduled medications and falls in dementia patients utilizing a wander garden. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*. 2009;24:322-32.
13. Detweiler MB, Murphy PF, Myers LC, Kim KY. Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*. 2008;23:31-45.
14. Milligan C, Gatrell A, Bingley A. «Cultivating health»: therapeutic landscapes and older people in northern England. *Social Science & Medicine*. 2004;1781-93.
15. Detweiler MB, Warf C. Dementia wander garden aids post cerebrovascular stroke restorative therapy: a case study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 2005;11: 54–8.
16. Haas K, Simson SP, Stevenson NC. Older persons and horticultural theory practice. I: Simson SP, Straus MC.(red). *Horticulture as therapy. Principles and practice*. New York: The Food Product Press; 1995;231-56.
17. Mays N, Roberts E, Popay J. Synthesizing research evidence. I: Fulop P, Allen AC, Black N.(red). *Studying the organisation and delivery of health services: Research Methods*. London: Routledge; 2001; 188–220.
18. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8:19-32.
19. Davis K, Drey N, Geould D. What are scoping studies? A review of the nursing literature *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46:1386-400.
20. Hernandez RO. Effects of therapeutic gardens in special care units for people with dementia: two case studies. *Journal of Housing for the Elderly*. 2007;21:117-52.
21. Cox H, Burns I, Savage S. Multisensory environments for leisure: promoting well-being in nursing home residents with dementia. *Journal of gerontological nursing*. 2004;30: 37–45.
22. Grant CF, Wineman JD. The Garden-Use-Model – An environmental tool for increasing the use of outdoor space by residents with dementia in long-term care facilities. *Journal of Housing for the Elderly*. 2007;21:89-115.
23. Rappe E, Topo P. Contact with outdoor greenery can support competence among people with dementia. *Journal of Housing For the Elderly*. 2007;21:229-48.
24. Calkins M, Szmerekovsky JG, Biddle S. Effect of increased time spent outdoors on individuals with dementia residing in nursing homes. *Journal of Housing For the Elderly*. 2007;21:211-28.
25. Mather JA, Nemecek D, Oliver KO. The effect of a walled garden on behavior of individuals with Alzheimer's. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*. 1997;12:252-57.
26. GrowthPoint. Your future starts here: practitioners determine the way ahead. 1999;79:4-5.
27. Jarrott SE, Gigliotti CM. Comparing responses to horticultural-based and traditional activities in dementia care programs. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*. 2010;25:657-65.
28. Gigliotti CM, Jarrott SE. Effects of horticulture therapy on engagement and affect. *Canadian Journal on Aging- Revue Canadienne Du Vieillessement*. 2005;24:367-77.
29. Gigliotti C, Jarrott S, Yorgason J. Harvesting health: effects of three types of horticultural therapy activities for persons with dementia *Dementia*. 2004;3:161-80.
30. Thelander VB, Wahlin TR, Olofsson L, Heikkila K, Sonde L. Gardening activities for nursing home residents with dementia. *Advances in Physiotherapy*. 2008;10:53-6.
31. Connell BR, Sanford JA, Lewis D. Therapeutic effects of an outdoor activity program on nursing home residents with dementia. *Journal of Housing for the Elderly*. 2007;21:195-209.
32. Lee Y, Kim S. Effects of indoor gardening on sleep, agitation, and cognition in dementia patients – a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;23:485-9.
33. Chapman NJ, Hazen T, Noell-Waggoner E. Gardens for people with dementia: increasing access to the natural environment for residents with Alzheimer's. *Jornal of Housing for the Elderly*. 2007;21:249-63.

Hagebruk demper uro og skaper trivsel

› Opprettholdelse av god livskvalitet er et viktig mål i demensomsorgen.



Av Ida Merethe Dæhlen Larsen

Geriatrisk sykepleier
Markatun III, Gran kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Det at pasientene har fri adgang til og kan oppleve planter og natur, få frisk luft og vandre i sikre, tilrettelagte omgivelser, mener jeg er et svært godt behandlingstiltak for å kunne opprettholde god livskvalitet for personer med demens. Gjennom min praksis har jeg erfart at både aktiv og passiv bruk av sansehagen, kan gi gode opplevelser for pasienter, pårørende og personale.

Det er vanskelig å si noe spesifikt om effekten av å bruke hagen, men sansene blir stimulert på mange måter. Aktiv bruk av hagen, der pasienter kan delta ved å plante, luke blomsterbed, plukke blomster, sommerfrukter og bær, gir økt fysisk aktivitet, og er et godt utgangspunkt for reminisens og praktisering av tidligere ferdigheter. Ikke minst gir det pasientene følelsen av å ha utrettet noe meningsfullt, og gir gode opplevelser som kan vare resten av dagen.

Jeg mener det er viktig at omgivelsene er godt tilrettelagte, slik at pasientene fritt kan benytte

hagen. Min erfaring er at pasientene bruker hagen ofte, spesielt på sommertid, når hagen kan ses gjennom stuevindue og verandadøren er åpen. Rundt opparbeidete gangstier er det fint at det er beplantet med ulike blomster, frukt og bær som stimulerer sansene, spesielt syns- og luktesans. En slik passiv bruk av sansehagen, der man kan nyte frisk luft, dufter, synsinntrykk, fuglesang, sol og varme, påvirker spesielt søvn og agitasjon. Hagen kan også brukes vintertid ved at gangstiene blir brøytet. Enkelte pasienter har glede av å gå turer ute i hagen også om vinteren. Samlet sett ser jeg i praksis at terapeutisk hagebruk, både passiv- og aktiv, bidrar til å bedre søvn, dempe uro og skaper trivsel.

Studien er relevant for alle som arbeider med personer med demens. Jeg mener det er viktig at omgivelsene er godt tilrettelagte, og at personalet er bevisst bruken av en slik sansehage, slik at pasientene får mulighet til å benytte den. Det er i stor grad personalets

interesse, tilstedeværelse og kreativitet som setter grenser for hva man kan bruke hagen til. Det at ledelsen på institusjonen vektlegger at hagen skal brukes til pasientenes beste, har stor innvirkning på hvordan personalet stiller seg til bruk av hagen.

Artikkelen omhandler ikke bruk av dyr i sansehagen. Jeg vet at dette er forsøkt med hell på flere institusjoner. Selv har jeg erfaring med at vi har hatt høner og kaniner. Mange eldre liker å delta i føring og stell av dyrene så langt det lar seg gjøre. Det å sitte på en krakk foran buret, og se på dyrene, er noe mange koser seg med i lange perioder. Kanskje bør man ta dette med når man gjør undersøkelser i Norge om bruken av sansehager.

Les artikkelen på side 52





Foto: Erik Inge Dagestad

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Fjerning av retrosternale thoraxdren kan være en smertefull prosedyre. Studier har vist at pasienter rapporterer moderat til sterk smerte ved fjerning av drenene. Internasjonalt fins det få evidensbaserte retningslinjer for smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren, og studier har vist at smertebehandlingen varierer fra sykepleier til sykepleier.

Hensikt: Hensikten med kvalitets-sikringsprosjektet var å kartlegge hvordan smerte- og smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren vurderes, dokumenteres og administreres på postoperativ

enhet, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet.

Metode: Studiedesignet er todelt; retrospektiv kartlegging av smertebehandling i pasientjournaler og spørreskjema til sykepleiere som administrerer smertebehandlingen.

Resultater: Totalt 76 pasientjournaler ble gransket og 31 sykepleiere/intensivsykepleiere svarte på spørreskjemaet. Hovedfunn var at smertedokumentasjonen var mangelfull, kun halvparten av pasientene hadde fått dokumentert smerteintensiteten ved hjelp av NRS (Numeric rating scale) i pasientjournalen. Resultatene viste at sykepleierne mente

de var flinkere i smertedokumentering og administrering av smertestillende enn det objektive funn i pasientjournalen viste. Det var også variasjoner i når smertestillende ble gitt. To tredjedeler av pasientene hadde ikke fått smertestillende innen 30 minutter før drenefjerning. Sykepleierne oppga at manglende kjennskap til hvilket tidspunkt de retrosternale thoraxdrenene skulle fjernes var hovedårsak til at smertestillende ikke ble gitt.

Konklusjon: Dokumentasjonen av smerte- og smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren var mangelfull og smertebehandlingen tilfeldig.

ENGLISH SUMMARY

Pain due to chest-tube removal

Background: Chest tube removal in post cardiac patients can be a painful procedure. Studies have shown that patients report moderate to strong pain due to removal of chest tubes. Internationally, there are few evidence-based guidelines for pain management due to removal of chest tubes, and studies have shown that pain treatment is both subjective and variable.

Objective: To map out how pain and pain management as a result of removal of chest tubes was considered, documented and managed at a postoperative unit, Oslo University

Hospital, Rikshospitalet.

Method: The design is two-fold: retrospective survey of pain management in patient registers and questionnaire for nurses who manage the pain process.

Results: A total of 76 patient journals were reviewed and 31 nurses/intensive nurses responded to the questionnaire. The primary results were that pain documentation was inadequate, as only half of the patients had their NRS (numeric rating scale) documented in the patient register. There was also a gap between what the nurses said that they documented

and what was actually documented. There were also variations in the pain management. Two-thirds of the patients had not been given analgesics within 30 minutes before chest tube removal. The nurses reported that not knowing when the chest tube would be removed was the primary reason why analgesics were not given.

Conclusion: Documentation of pain and pain management due to removal of chest tubes was insufficient and pain treatment random.

Keywords: pain, methods, analgesia, documentation, medical records, data collection

» Smerter ved fjerning av retrosternale thoraxdren

Forfattere: Erik Inge Dagestad, Tone Rosén og Solveig Monica Thorsen

NØKKELORD

- Smerte
- Prosedyre
- Dokumentasjon
- Journal
- Spørreundersøkelse

INNLEDNING

Det opereres årlig om lag 5000 thoraxpasienter i Norge (1). De fleste av disse opereres med såkalt sternumsplitt (kirurgisk åpning av brystbenet) og får innlagt retrosternale thoraxdren. Disse drenene legges inn for å få ut sår- og pleuravæske fra operasjonsområdet. Litteratursøk høsten 2009 viste at det er gjort få randomiserte studier vedrørende smerter hos sternotomopererte pasienter som får fjernet disse drenene. Bruce et al. (2) gjennomførte i 2006 en litteraturstudie som inkluderte 14 ulike studier, hvorav seks var randomiserte og kontrollerte. Alle disse seks studiene viste at pasienter rapporterte moderat til sterk smerte ved fjerning av retrosternale thoraxdren.

Rawal (3) har i sine studier funnet at smerter er en av de følgende pasienten frykter mest postoperativt. Dette stemmer i stor grad overens med enhetens erfaringer. Sternotomi-pasienter ved postoperativt enhet forteller om frykten for smerter ved fjer-

ning av retrosternale thoraxdren. Enkelte har hørt skremselshistorier fra andre pasienter. Vår erfaring er også at mange pasienter virker smertepåvirket ved drenefjerning.

Det er også veldokumentert at ubehandlede smerter kan forlenge og forverre pasientens sykehusopphold, samt føre til utvikling av kroniske smerter (4-8). Internasjonalt finnes det få evidensbaserte retningslinjer for hvordan man best mulig skal forebygge og behandle smerter ved fjerning av retrosternale thoraxdren, og studier viser at smertebehandlingen varierer fra sykepleier til sykepleier (2,9-11).

Puntillo og Ley gjennomførte i 2004 en randomisert, dobbeltblind studie av 74 pasienter som fikk fjernet retrosternale thoraxdren (12). Det var Morfin, Ketorolac og pasientinformasjon som ble kombinert på ulike måter. Resultatene viste ingen forskjell i smertelindring om det var Morfin eller Ketorolac som ble gitt i kombinasjon med pasientinformasjon. Konklusjonen var at smertelindring ble oppnådd når intravenøse medikamenter ble gitt i rett mengde og til rett tid før fjerning av retrosternale thoraxdren. Det er også gjort studier med andre legemidler som Entonox (lystgass), Marcain (lokalanestesi), lavdose-Propofol og Midazolam (sedasjon) samt ulike avslapningsteknikker, uten at det har

blitt utarbeidet én standard prosedyre for smertelindring (2,13-15).

Helsepersonell har ikke bare et faglig og etisk ansvar for god smertebehandling, men også et juridisk ansvar. Ifølge «Lov om pasientrettigheter» (16), har pasienten krav på å få vurdert og dokumentert sine smerter. Vurdering av pasientens smerte kan gjøres ved hjelp av ulike smertevurderingsverktøy. Et velkjent og validert verktøy er Numeric Rating Scale (NRS) som er en smertegradskala fra 0–10 (4,17).

Hensikten med dette kvalitetssikringsprosjektet var å kartlegge dagens praksis for fjerning av retrosternale thoraxdren ved Postoperativt enhet, OUS, Rikshospitalet. Problemstillingen ble: «Hvordan vurderes, dokumente-

Hva tilfører artikkelen?

Studien antyder at uten en standard prosedyre som innebærer et fast tidspunkt og en fast mengde smertestillende, blir smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren tilfeldig og vil kunne variere fra sykepleier til sykepleier.

Mer om forfatterne

Erik Inge Dagestad, Tone Rosén og Solveig Monica Thorsen er intensivsykepleiere på postoperativt og akuttmottak, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Kontaktperson: 81thorsen@gmail.com

res og administreres smerte- og smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren hos sternotomiopererte pasienter postoperativt?»

METODE

Studiedesignet er todelt: Retrospektiv granskning av pasientjournaler til sternotomiopererte pasienter og en tverrsnittsstudie ved bruk av spørreskjema til sykepleiere på Postoperativt enhet, OUS, Rikshospitalet.

Del 1 Journalgranskning

Populasjon og utvalgelse

Inklusjonskriterier: Elektive, førstegangsopererte sternotomipasienter over 18 år. Pasientene skal ha fått utført åpen hjertekirurgi og vært behandlet på postoperativt enhet fra januar til juni 2009. Pasientene skal ha hatt to retrosternale thoraxdren postoperativt som skal være fjernet på postoperativt enhet innen 24 timer. Pasienten skal ha vært våken og i stand til å vurdere egen smerte. Det er ikke tatt hensyn til om pasienten har kronisk smertetilstand.

Innsamling: Pasientjournalen består av to dokumentasjonssystemer; Metavision og Doculive. Metavision er for enheten et nytt elektronisk kurveføringssystem. I Metavision lagres elektronisk data fra medisinskteknisk utstyr, som respirator og overvåknings-

Følgende informasjon fra Metavision og Doculive ble brukt i kvalitetssikringsprosjektet: Operasjonstype, tid med retrosternale thoraxdren, dokumentasjon av NRS før/etterdrensfjerning, Paracetamol og andre smertestillende (intravenøst/peroralt) gitt postoperativt, mengde og tidspunkt for Ketorax (ketobemidon) gitt intravenøst før drensfjerning og analgetikaforordning.

Del 2 Spørreskjema til sykepleiere

Populasjon og utvalgelse

Inklusjonskriterier: Alle sykepleiere eller intensivsykepleiere som var i aktivt arbeid januar 2010, og som hadde fått opplæring etter postoperativt enhets retningslinjer om smertebehandling generelt, samt spesiell opplæring i å observere thoraxpasienter.

Innsamling: Da det ikke forelå at validert spørreskjema vi kunne bruke, ble det utviklet et eget spørreskjema med 12 spørsmål. For å kunne kvantifisere svarene ble det valgt stort sett lukkede svaralternativer, og disse varierte fra typen «aldri til alltid», «aldri til x antall ganger» og «1–10». Spørsmålene ble tematisert i forhold til registreringer fra pasientjournalen. Etter to testrunder på ikke-deltakende informanter, ble de endelige

samlet fra spørreskjemaene: Sykepleierens alder, videreutdanning og antall års erfaring med thoraxpasienter, bruk av NRS til den generelle postoperative pasienten og til thoraxpasienten, dokumentering av NRS og administrering av smertestillende ved drensfjerning. I tillegg ble det spurt om hvilken NRS sykepleierne tror at pasientene har med og uten smertestillende ved drensfjerning, samt hvorfor de eventuelt ikke gir smertestillende før prosedyren.

Gjennomføring og analyse

Datainnsamling og bearbeidelse ble utført av minst to av artikkelforfatterne samtidig og senere kontrollert for å sikre reliabilitet. Analysen er utført med SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago) versjon 16.0 i samarbeid med statistiker (18). Det er gjort frekvensanalyser og beregnet gjennomsnittsverdier.

Presentasjon av praksisfeltet

Det arbeider 51 sykepleiere og intensivsykepleiere ved postoperativt enhet (januar 2010) og de fleste av disse har opplæring i å overvåke nyopererte sternotomipasienter. I kvalitetssikringsprosjektets studieperiode (2009) ble det daglig operert cirka fire voksne sternotomipasienter ved Rikshospitalet, og i ukedagene ble to av pasientene overvåket på postoperativt enhet til neste dag. Retrosternaldrenene seponeres vanligvis på morgenen dagen etter operasjonen, før pasientene overflyttes sengepost. Paracetamol (Perfalgan) forordnes som basis smertelindring hver sjettime og Ketorax administreres ved behov. Ketorolac (Toradol) gis også i enkelte tilfeller. Ingen av disse medikamentene gis til en bestemt tid før fjerning av retrosternale thoraxdren.

” Ved å vurdere og dokumentere smerteintensitet kan det være lettere for personalet å gi pasienten en tilpasset smertebehandling.

scop. Data registreres og lagres automatisk sammen med forordninger fra lege og fortløpende dokumentasjon fra sykepleiere. Doculive er et velkjent elektronisk journalsystem ved Rikshospitalet.

spørreskjemaene primo januar 2010 levert ut i posthyllene til de sykepleierne som oppfylte inklusjonskriteriene. Skjemaene ble ultimo samme måned samlet inn i en lukket boks.

Følgende informasjon ble

I postoperativ enhets prosedyre for generelle sykepleieobservasjoner (19), står det at sykepleieren skal observere og dokumentere smerter ved å spørre pasienten om intensitet og lokalisering av smerter ved bruk av NRS. Det er forventet at man dokumenterer NRS minst en gang per vakt i Doculive uten å dobbeltføre i Metavision. I Metavision kan man i utgangspunktet dokumentere NRS én gang i timen, men det også mulig å dokumentere så ofte som hvert minutt. Minstekravet for NRS-dokumentering under oppholdet (inntil 24 timer) er altså tre ganger. Det finnes ingen skriftlig prosedyre eller innarbeidet rutine ved enheten når det gjelder smertevurdering og smertebehandling for fjerning av retrosternale thoraxdren.

Etiske overveielser

Kvalitetssikringsprosjektet ble godkjent av Personvernombudet. Etiske retningslinjer ble fulgt og konfidensialitet, aidentifisering og frivillighet ble ivaretatt. Anonymiteten til respondentene i spørreundersøkelsen ble ivaretatt så langt det var mulig ved at de ikke oppga navn.

RESULTATER

Del 1 Journalgranskning

Journalgranskningen omfattet 76 pasienter. 127 pasientjournaler ble gjennomgått, 51 pasienter måtte forkastes. Av disse 51

pasientene måtte 31 pasienter forkastes grunnet manglende dokumentasjon om retrosternale thoraxdren og 20 pasienter ble overflyttet sengepost med drenene. De 76 pasientene som ble inkludert hadde i gjennomsnitt retrosternale thoraxdren i 20 timer på postoperativ enhet, det vil si over tre vaktskift for sykepleierne.

Smertedokumentering: Halvparten av de 76 pasientene hadde ikke fått dokumentert NRS i Metavision, og halvparten av pasientene hadde ikke fått dokumentert NRS i Doculive. NRS var overhodet ikke dokumentert under oppholdet hos 16 av 76 pasienter. 25 av 76 pasienter fikk oppfylt minstekravet om NRS-dokumentering i Metavision, og to av 76 pasienter fikk dette oppfylt i Doculive. Når det gjaldt smertedokumentering ved drencfjerning hadde bare ni av 76 pasienter fått dokumentert NRS (tabell 1).

Administrering av smertestillende: Journalgranskningen avdekket at 25 av 76 pasienter hadde fått Ketorax innen de siste 30 minuttene før drencfjerningen. 21 av 76 pasienter hadde fått Ketorax 10–30 min før prosedyren.

De 25 pasientene som faktisk hadde fått Ketorax innen 30 minutter før drencfjerning, hadde i gjennomsnitt fått 2,2 mg Ketorax. To av 25 pasienter hadde fått 4 mg eller mer. 23

pasienter hadde fått 3 mg eller mindre.

59 av 76 pasienter hadde fått Ketorax innen de siste tre timer før drencfjerning og da var det i gjennomsnitt gitt 3,7 mg Ketorax.

Hos samtlige pasienter var det standard legeforordning av smertestillende; intravenøs paracetamol (Perfalgan) 1g x 4 og intravenøs Ketorax 1–3 mg ved behov. 75 av 76 pasienter hadde fått Perfalgan postoperativt, og alle pasientene hadde fått Ketorax ved behov. Fire av pasientene hadde i tillegg fått annen analgesi som ketorolac (Toradol), Morfin, Somadril eller Dolcontin. Dette var imidlertid ikke gitt i forbindelse med drencfjerning.

Del 2 Spørreskjema

39 spørreskjema ble levert ut, og med 31 svar ble svarprosenten 79,5. Respondentene i spørreundersøkelsen var fra 26 til 61 år, med en gjennomsnittsalder på 39 år. 25 av sykepleierne hadde videreutdanning. Fire sykepleiere hadde mindre enn ett års erfaring med thoraxpasienter. 27 sykepleiere hadde mer enn ett års erfaring, og av disse hadde ti sykepleiere mer enn fem års erfaring.

Smertedokumentering: 30 av 31 sykepleiere svarte at de spør den generelle postoperative pasienten om han har smerter og dokumenterer NRS minst en gang per vakt. 27 av 31 sykeplei-

TABELL 1: Dokumentasjon av NRS i Metavision og Doculive i løpet av oppholdet på postoperativ enhet og ved drencfjerning. Antall pasienter n = 76.

Dokumentasjons-system	Ikke dokumentert	1 gang	2 ganger	3 ganger eller flere	NRS ved drencfjerning
METAVISION	33 (43,4 %)	6 (7,9 %)	12 (15,8 %)	25 (32,9 %)	9 (11,8 %)
DOCULIVE	36 (47,4 %)	23 (30,3 %)	15 (19,7 %)	2 (2,6 %)	0

TABELL 2: Sykepleiernes generelle bruk av NRS. Antall sykepleiere n = 31.

Spørsmål	aldri	1-5 ganger pr. vakt	1-5 ganger pr. time	Ikke besvart
Ca. hvor ofte spør du den generelle postoperative pasient om han/hun har smerter?	0	17 (56,7%)	13 (43,3%)	1 (3,2%)
Ca. hvor ofte bruker du NRS som dokumentasjon på smerteintensitet hos den generelle postoperative pasient?	1 (3,2%)	26 (83,9%)	4 (19,7%)	0 (2,6%)
Ca. hvor ofte bruker du NRS til thoraxpasienter?	4 (12,9%)	24 (77,4%)	3 (9,7%)	0

ere svarte at de også bruker NRS til thoraxpasienten (tabell 2).

16 av 31 sykepleiere svarte at de «alltid» eller «nesten alltid» spør pasienten om smerteintensitet i forbindelse med dremsfjerning. Fem av 31 sykepleiere svarte at de «aldri» spør pasienten om smerter under denne prosedyren. 22 av 31 sykepleiere svarte at de «aldri» eller bare «noen ganger» også dokumenterer NRS ved dremsfjerning (tabell 3).

Administrering av smertestillende: 23 av 31 sykepleiere svarte at de «nesten alltid» eller «alltid» gir smertestillende utenom basis

analgesi før fjerning av retrosternale thoraxdren. 14 av 31 sykepleiere svarte at de ga Ketorax under fem minutter før dremsfjerning, altså for kort tid til å virke optimalt. Det var også store variasjoner når smertestillende ble gitt og sju av 31 sykepleiere svarte at det varierer fra gang til gang hvor lenge før prosedyren de gir smertestillende.

De fleste, 20 av 31 sykepleiere, svarte at de gir «2,1–3 mg» Ketorax dersom de gir smertestillende før dremsfjerning. Tre sykepleiere svarte at de gir over 4 mg Ketorax. 26 sykepleiere svarte at de gir under 3 mg Ketorax.

På spørsmålet om årsaker til manglende administrering av smertestillende før dremsfjerning, svarte 19 av 26 sykepleiere at det er vanskelig å få gitt smertestillende i rett tid før dremsfjerning fordi de ikke visste tidspunktet for dremsfjerningen. På svaralternativet «annet», oppga tre av 26 sykepleiere respirasjonsdepresjon som årsak til manglende administrasjon av smertestillende og én sykepleier svarte at hun eller han alltid gir smertestillende (tabell 4).

Smerteoppfatning: Sykepleierne svarte at de tror «gjennomsnittspasienten» i snitt har NRS 7,4 ved dremsfjerning uten smertestillende og NRS 4,0 ved dremsfjerning med smertestillende.

DISKUSJON

Hvordan vurderte og dokumenterte sykepleierne smerte- og smertebehandlingen? Journalgranskningen viste altså at dokumentasjonen av NRS var svært mangelfull både under pasientoppholdet generelt og ved fjerning av de retrosternale thoraxdrenene (tabell 1).

Nesten alle sykepleierne i spørreundersøkelsen hevdet at de dokumenterer NRS minst én gang per vakt (tabell 2). Der-

TABELL 3: Sykepleiernes bruk av NRS smerteskala samt administrering av smertestillende ved dremsfjerning. Antall sykepleiere n = 31.

Spørsmål	Aldri	Noen ganger	Ca. halvparten av gangene	Nesten alltid	Alltid
Ca. hvor ofte spør du pasienten om smerteintensitet i forbindelse med fjerning av retrosternale thoraxdren	5 (16,1%)	10 (32,3%)	0	10 (32,3%)	6 (19,4%)
Ca. hvor ofte dokumenterer du smerte i forbindelse med fjerning av retrosternale thoraxdren	7 (22,6%)	15 (48,4%)	4 (19,7%)	2 (6,5%)	2 (6,5%)
Ca. hvor ofte gir du smertestillende før dremsfjerning (utenom basis analgesi, Perfolgan)?	0	7 (22,6%)	1 (3,2%)	11 (35,5%)	12 (38,7%)

som utgangspunktet skulle være smertevurdering minst én gang per vakt, som sykepleierne sa at de gjorde, burde alle pasientene ha fått minst tre NRS-skåringer i løpet av det postoperative oppholdet. Imidlertid var det bare to av 76 pasienter som hadde fått dette «minimumskravet» oppfylt i Doculive og om lag en tredjedel av pasientene i Metavision, altså ikke i samsvar med det sykepleierne hevdet at de gjorde (tabell 1).

Dihle et al. (20) påviste også, i sine studier, et stort sprik mellom den smertebehandlingen sykepleierne sa at de ga, og den behandlingen pasienten faktisk mottok. I studien av Watt-Watson (21) beskrev de fleste av de 94 sykepleierne som deltok i denne studien sin kompetanse innen smertebehandling som «excellent», til tross for lav skår på kunnskapstester om emnet. Idvall fant også i sin studie fra 2002 at det var store mangler i sykepleiernes dokumentasjon av postoperative smerter, selv om de mente de dokumenterte i henhold til retningslinjene (22).

Når det gjaldt smertedokumentering ved fjerning av retrosternale thoraxdren, sa altså over halvparten av sykepleierne at de spør pasienten om smerter «nesten alltid» eller «alltid». Derimot hevdet over to tredjedeler at de «aldri» og «noen ganger» dokumenterer smerte under denne prosedyren (tabell 3). Her var det noe mer samsvar med funnene i journalgranskningen. Det er vanskelig å vite grunnen til at sykepleierne spør pasienten om smerteintensitet, men ikke dokumenterer svaret. Kanskje føler sykepleierne at de har tilfredsstillt pasientens omsorgsbehov uten å tenke på det juridiske ansvaret for dokumentering der og da? Kanskje bør det bli mer fokus på

TABELL 4: Årsaker til manglende administrering av smertestillende før dremsfjerning. Antall sykepleiere n = 26

De tilfellene du ikke gir smertestillende før dremsfjerning, hvorfor ikke?	Antall sykepleiere
(her kunne flere alternativer angis)	
Tror ikke dremsfjerning er smertefullt	0
Smerten er så kortvarig at smertestillende er uhensiktsmessig	0
Min erfaring er at smertestillende ved dremsfjerning ikke har noen effekt	1
Det er vanskelig å få gitt smertestillende i rett tid før dremsfjerning fordi jeg ikke vet tidspunktet for fjerning av de retrosternale thoraxdrenene	19
Har ikke fått forordning	0
Kirurgen sier at jeg ikke skal gi smertestillende	4
Anestesilegen sier at jeg ikke skal gi smertestillende	0
Jeg spør ikke pasienten om han/hun vil ha smertestillende	0
Pasienten vil ikke ha smertestillende	7
Annet	4

smertedokumentasjon ved prosedyrer som eksempelvis fjerning av retrosternale thoraxdren?

Ved å vurdere og dokumentere smerteintensitet kan det være lettere for personalet å gi pasienten en tilpasset smertebehandling, og sykepleieren kan «tale pasientens sak» i samtale med behandlerne. Dokumentasjonen bidrar også til at andre i behandlerlaget kan se hvilken smerteintensitet pasienten har og dermed forebygge smerte lettere. Dette kan være med på å gi en helhetlig og tilfredsstillende smertebehandling.

Metavision hadde vært i bruk kun to måneder på postoperativ enhet før perioden journalinformasjonen er hentet fra. Dette kan være en mulig forklaring på den manglende dokumentasjonen. Derimot var dokumentasjonen i Doculive også mangelfull og Doculive er et velkjent dokumentasjonsverktøy i enheten. Sykepleieren har et lovpålagt ansvar for å vurdere og dokumentere pasientens smerte. Dette selv

om den enkelte pasient kan ha problemer med å angi sitt smertenivå.

Mangelfull dokumentasjon av smerte trenger ikke bety manglende smertevurdering og smertebehandling administrert av sykepleieren. Ingen sykepleiere i spørreundersøkelsen oppga vanskelig smertevurdering som årsak til manglende smertebehandling (tabell 4).

Hvordan ble smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren administrert og hva er årsakene til at det eventuelt ikke ble gitt adekvat smertelindring? Sykepleierne i spørreundersøkelsen svarte at fjerning av retrosternale thoraxdren er smertefullt og hadde tro på at smertestillende hjelper. Dette samsvarer med at tre fjerdedeler av sykepleierne svarte at de «nesten alltid» eller «alltid» gir smertestillende før fjerning av retrosternale thoraxdren (tabell 3).

Journalgranskningen viste derimot at kun en tredjedel av pasientene hadde fått smerte-

stillende i løpet av de siste 30 minuttene før drens fjerning. Her er det altså også et gap mellom det sykepleierne sier at de gjør og det som faktisk blir gjort ifølge journalgranskningen (20-22). I prosjektet har man tatt utgangspunkt i at smertestillende gitt innen 30 minutter før drens fjerning har vært gitt for å forebygge smerter ved fjerning av drenene. Men det kan også ha vært tilfeldig administrering for å lindre postoperative smerter, for eksempel sårmerter. Uansett var det store variasjoner i når smertestillende ble gitt. Dette svarer med at mange sykepleiere svarte at det varierer fra gang til gang hvor lenge før drens fjerning man gir medikamentet, og at de fleste oppga at hovedgrunnen til manglende administrering av Ketorax før drens fjerning, var at de ikke visste nøyaktig tidspunkt for drens fjerningen (tabell 4). Ved enheten er det vanlig at de retrosternale thoraxdrenene fjernes av thoraxkirurg første postoperative dag tidlig på

og 20 minutter (23). Dermed kan man anta at noe analgetisk effekt kan ha vært til stede under drens fjerningen, hos de tre fjerdedelene av pasientene som hadde fått Ketorax innen de siste tre timene før drens fjerning. Uansett er den smertestillende effekten hos disse pasientene svært usikker. Kunne et fast tidspunkt eller muntlig avtale med kirurgen før drens fjerning bidra til en mer optimal smertelindring?

Puntillo og Ley sin randomiserte og dobbeltblinde studie viste at når 4 mg intravenøs morfin gis 20 min før, eller 30 mg ketorolac (Toradol) 60 min før drens fjerning, kan man redusere smerter uten at pasienten får for høyt sedasjonsnivå (12). I studien kombinerte Puntillo og Ley smertestillende og informasjon til pasienten i forkant av drens fjerning, noe som ga et gjennomsnittlig NRS-skår på 4 rett etter drens fjerning. På postoperativ enhet er Ketorax (ketobemidon) førstehåndspreparat som postoperativ smertelindring. Da 1 mg

fast mengde smertestillende før drens fjerning bidra til en mer optimal smertelindring?

Watt-Watson fant i sine studier at sykepleiere ikke fullt ut utnytter legenes forordning. Pasientene rapporterte moderat til sterk smerte, mens de kun mottok 47 prosent av den forordnede mengde analgetika (25). Dette problemet oppstår gjerne ved behovsordinasjon. Man ser at pasienter som har fått forordnet en fast dosering er bedre smertelindret (4). Ved postoperativ enhet er forordningen «1–3 mg Ketorax titrert ved behov». Sykepleierne ga ifølge Metavision, i gjennomsnitt 2,2 mg Ketorax. De holder seg innenfor legens forordning, men utnytter den ikke fullt ut. Frykten for respirasjonsdepresjon er ifølge spørreundersøkelsen ikke en fremtredende årsak til mangelfull administrering av smertestillende; kun tre av 26 sykepleiere oppga dette som årsak.

Uten en standard prosedyre som innebærer et fast tidspunkt og en fast mengde smertestillende, er vårt inntrykk at smertebehandlingen blir tilfeldig og vil kunne variere fra sykepleier til sykepleier.

” Kun en tredjedel av pasientene hadde fått smertestillende i løpet av de siste 30 minuttene før drens fjerning.

morgenen, men tidspunktet for drens fjerning viste seg ifølge journalgranskningen å variere svært mye.

Ifølge Pfizer, produsenten av Ketorax, inntreffer effekten av intravenøs Ketorax etter to til fem minutter og maksimal effekt oppnås etter 10–30 minutter (20 minutter er selve peak-tiden) (23). Kun en fjerdedel av pasientene i journalgranskningen hadde fått Ketorax innenfor denne tidsrammen og burde da ha maksimal effekt av smertestillende. Ketorax har en halveringstid på to timer

Ketorax er ekvipotent dose med 1 mg Morfin (24), kan man trekke en parallell til disse resultatene og 4 mg Ketorax er muligens en passende dose ved fjerning av retrosternale thoraxdren.

I spørreundersøkelsen svarte de fleste sykepleiere at de gir under 3 mg Ketorax, altså for lav dose for optimal effekt, ifølge Puntillo. Journalgranskningen viste også at de fleste pasientene hadde fått for liten dose smertestillende før drens fjerningen enn det Puntillo anbefaler i sin studie. Kanskje kunne en

Begrensninger

Av de 129 pasientjournalene vi gjennomgikk, måtte vi forkaste 31 pasienter på grunn av manglende dokumentasjon om både drensinnleggelse og fjerning. En mulig forklaring kan være at Metavision nylig var innført på enheten. Det elektroniske kurveføringsprogrammet inneholder mange dokumentasjonsmuligheter og sykepleierne hadde muligens nok med å dokumentere viktige observasjoner som vitale tegn. Sykepleierne kan også ha dokumentert på feil tidspunkt enn det som var hensikten, da syste-

met godtar etterdokumentering. Dette kan ha gått ut over reliabiliteten ved datainnsamlingen.

Artikkelforfatterne arbeider i enheten og er kolleger med informantene. Svarene kan av denne grunn ha blitt påvirket. Derimot hadde ikke sykepleierne under spørreundersøkelsen kjennskap til del 1, med granskning av dokumentasjon i pasientjournalene. Journalgranskningen ble også gjennomført i en periode da sykepleierne ikke visste om kvalitetssikringsprosjektet.

KONKLUSJON

Dokumentasjonen av smerte- og smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraxdren var mangelfull og det var dessuten et stort sprik i hva sykepleierne

mente om egen vurdering og dokumentering av smerte, og det som faktisk ble dokumentert i pasientjournalen.

Smertebehandlingen viste seg også å være noe mangelfull og tilfeldig. Mange sykepleiere hevdet at hovedårsakene til manglende administrering av smertestillende, var at de ikke visste når kirurgen kom for å fjerne drenene.

Sykepleierne bør dokumentere oftere og mer nøyaktig det de vurderer, skårer og utfører. Man bør også øke kunnskapen om administrering av smertestillende; rett mengde og rett tid i forhold til preparatets virkningsmekanisme. Uten en standard prosedyre som innebærer et fast tidspunkt og en fast mengde

smertestillende, kan muligens smertebehandlingen bli mangelfull og tilfeldig.

Planlegging og samarbeid med kirurgene bør bli bedre. Ut fra våre funn kunne kanskje et fast tidspunkt eller muntlig avtale med kirurgen før drenefjerning bidra til en mer optimal smertelindring.

Vi ønsker å rette en stor takk til våre veiledere Hanne Alfheim og Siv Stafseth, avdelingsledere Roger Haug og Mari Ranneberg-Nilsen, undervisningssykepleier Mona Austenå, statistiker Mari Vårdal samt klinisk bibliotekar Elisabeth Svendsen (alle Rikshospitalet) for godt samarbeid under kvalitetssikringsprosjektet og skriveprosessen.

REFERANSER

1. Veel T, Bugge JF, Kirkeboen KA, Pleym H. Anestesi ved åpen hjertekirurgi hos voksne. Tidsskr Nor Laegeforen 2010;130:618-22.
2. Bruce EA, Howard RF, Franck LS. Chest drain removal pain and its management: a literature review. J Clin Nurs 2006;15:145-54.
3. Rawal Narinder. Acute pain services. In: Shorten G, editor. Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p. XVI, 118-26.
4. Breivik H, Borchgrevik PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. Br J Anaesth 2008;101:17-24.
5. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. Lancet 2006;36:1618-25.
6. Møiniche S, Dahl J. Postoperative smerter. In: Jensen TS, Dahl JB, Arendt-Nielsen L, editors. Smerte- en lærebog. København: FADL; 2003:195-213.
7. Prevost Suzanne. Relieving pain and providing comfort. In: Morton PG, editor. Critical care nursing: a holistic approach. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005; p. XXXII: 46-61.
8. Wu C, Hurlley R. Postoperative pain management and patient outcome. In: Shorten G, editor. Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice. Philadelphia, 2006; p. XVI: 71-83.
9. Brosnious SK. Music: an interven-

tion for pain during chest tube removal after open heart surgery. Am J Crit Care 1999;8:410-5.

10. Gift AG, Bolgiano CS, Cunningham J. Sensations during chest tube removal. Heart Lung 1991;20:131-7.

11. Kinney MR, Kirchoff KT, Puntillo KA. Chest tube removal practices in critical care units in the United States. Am J Crit Care 1995;4:419-24.

12. Puntillo K, Ley SJ. Appropriately timed analgesics control pain due to chest tube removal. Am J Crit Care 2004;13:292-301.

13. Akrofi M, Miller S, Colfar S, Corry PR, Fabri BM, Pullan MD, et al. A randomized comparison of three methods of analgesia for chest drain removal in postcardiac surgical patients. Anesth Analg 2005;100:205-9.

14. McMurray TJ, Bhanumurthy S, Groogan F. Low dose propofol for chest tube removal. Anaesthesia 1995;50:566.

15. Puntillo KA. Effects of interpleural bupivacaine on pleural chest tube removal pain: a randomized controlled trial. Am J Crit Care 1996;5:102-8.

16. Lov om pasientrettigheter. LOV-1999-07-02-63.

17. Ware LJ, Epps CD, Herr K, Packard A. Evaluation of the Revised Faces Pain Scale, Verbal Descriptor Scale, Numeric Rating Scale, and Iowa Pain Thermometer in older minority adults. Pain Manag Nurs 2006;7:117-25.

18. Pallant J. SPSS survival manual: a step by step guide to data analysing

using SPSS for Windows. Maidenhead: McGraw-Hill: Open University Press; 2007.

19. Elektronisk kvalitetshåndbok. 2008. Generelle sykepleieobservasjoner, postoperativ enhet. [Passordbeskyttet dokument] Lastet ned 2. juni 2010

20. Dihle A, Bjølseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. J Clin Nurs 2006;15:469-79.

21. Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner D, Gallop R. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. J Adv Nurs 2001;36:535-45.

22. Idvall E, Ehrenberg A. Nursing documentation of postoperative pain management. J Clin Nurs 2002;11:734-42.

23. Pfizer. Tone Rosén [Email] sendt til Marianne Witttrup Larsen, PhD EUMED-INFO@Pfizer.com, 2. og 30. juni samt 15. september 2010.

24. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; 2007.

25. Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner D, Gallop R. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. J Adv Nurs 2001;36:535-45.

Les kommentaren på side 74 >>

Smertekartlegging kan korrigere praksis

› Systematiske undersøkelser av pasientens smerteopplevelser kan bidra til å endre oppfatningen vi har av hvor mye pasienten tåler.



Av Anne Line Sneve Rørtveit
Intensivsykepleier Hjerte-/lungeklinikken,
Universitetssykehuset i Nord-Norge

Der jeg jobber benytter vi ikke smerteverktøyet Numeric Rating Scale (NRS) på en systematisk måte med påfølgende dokumentasjon i journal i forbindelse med fjerning av retrosternale thoraxdren. Likevel opplever jeg at intensivsykepleieren eller sykepleieren, er svært opptatt av pasientens smerteopplevelse. Han eller hun har en fortløpende dialog med pasienten og registrerer tegn på smerte som høy puls, overflatisk eller rask respirasjonsfrekvens, uro og lignende. Sykepleierne administrer, på bakgrunn av sine observasjoner, opiat, i tillegg til rutinemessig administrering av Paracet hver sjette time. Eller de gir Toradol på forordning i noen tilfeller der man ikke oppnår tilfredsstillende smertelindring etter åpen hjertekirurgi.

I artikkelen oppgir man manglende kjennskap til tidspunkt for fjerning av dren som

årsak til at smertelindring ikke ble gitt. I min avdeling er det sykepleierne selv som fjerner thoraxdren etter hjertekirurgi, etter at det er vurdert av anestesilege eller kirurg. Dermed kan man ikke angi dette som årsak til eventuell mangelfull forebyggende smertelindring og dokumentasjon med NRS. Likevel tror jeg en systematisk gjennomgang av vår dokumentasjon av smerter, ved hjelp av NRS før dren fjernes, dessverre vil vise det samme som funn i artikkelen viser.

Min oppfatning er at dette er en prosedyre som gir smerter over kort tid, fordi prosedyren tar noen sekunder idet drene trekkes ut. Jeg har inntrykk av at mine kolleger også deler denne oppfatningen. Pasientens uttrykk for smerteopplevelse er etter min erfaring nokså ulik. Noen oppgir at det ikke var så vondt mens andre sier det var ordentlig vondt. Det er derfor

svært nyttig med systematiske undersøkelser. Slike undersøkelser kan korrigere oppfatningen man kan ha i praksis av hvor sterke smerter man aksepterer hos pasienten. Artikkelen viser at både leger og sykepleiere fjerner thoraxdren uten å dokumentere pasientens smerteopplevelse ved hjelp av NRS, og slik forsikre seg om at pasienten har fått tilstrekkelig forebyggende smertelindring før prosedyren utføres. Det kan virke som at legene har samme oppfatning som oss sykepleiere om at dette er litt vondt, men «går fort over», noe forskningen artikkelen bygger på, viser ikke er tilfelle.

Les artikkelen på side 66



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: Styringsdokumenter for norsk sykepleierutdanning vektlegger å utdanne til reflekterte og selvstendige sykepleiere. Kritisk tenkning som læringsutbytte er imidlertid ikke eksplisitt beskrevet. Sammenliknet med internasjonal sykepleierutdanning, har norsk sykepleierutdanning vært relativt lite opptatt av fenomenet kritisk tenkning.

Hensikt: Hensikten med artikkelen er å presentere begrepet kritisk tenkning, slik det framkommer i

sykepleieforskningslitteratur, og betydning for sykepleieutøvelse.

Metode: Det er gjort en litteraturstudie, med systematiske søk i Cinahl-basen, med søkeord «critical thinking», «nursing education» og «nursing». I analysen er Aveyards (1) forenklete tilnærming («simplified approach») anvendt.

Resultat: Kritisk tenkning beskrives som et komplekst begrep med mange aspekter. Grunnelementene er beskrevet med både kognitive

og affektive begreper. Tolkning av begrepsinnholdet i kritisk tenkning resulterte i en modell med fire hovedkategorier; akademiske disposisjoner og ferdigheter, praktiske disposisjoner og ferdigheter, holdningsrelaterede attributter, og innebygde motsetninger.

Konklusjon: Kritisk tenkning er en hovedkomponent i målet for bachelorstudier i sykepleie i deler av verden. Kritisk tenkning anses nødvendig for klinisk beslutningsdyktighet i praksis.

ENGLISH SUMMARY

Critical thinking: a literate study

Background: The Norwegian National Curriculum for a bachelor in nursing degree does not have «critical thinking» as a goal or learning outcome. Comparing with international bachelor in nursing degrees, the Norwegian nursing education has not focused on «critical thinking skills».

Objective: To present how the nurse researchers describe the concept of «critical thinking», and discuss

the importance for the function of nursing.

Method: Literature study, with systematic research in Cinahl-base, using search-word «critical thinking» and «nurse», to determine how nurse researchers describe «critical thinking». Simplified approach is used in the analyze process (1).

Results: The concept «critical thinking» consists of four main categories: academic dispositions and skills; practical dispositions and

skills; attitudes; and built-in contradictions.

Conclusion: Critical thinking is a complex concept with many aspects. The elements are described using both cognitive and affective concepts. Critical thinking is a primary component in the goal of bachelor of nursing in many parts of the world. Critical thinking is considered necessary for good results in clinical practice.

Keywords: critical thinking, literature study

>> Hva kjennetegner kritisk tenkning?

Forfattere: Vigdis Granum, Gry Opsahl og Betty-Ann Solvoll

NØKKELORD

- Sykepleie teori
- Litteraturstudie

INTRODUKSJON

Hensikten med artikkelen er å presentere begrepet «kritisk tenkning», slik internasjonale sykepleieforskere anvender begrepet. Amerikanske sykepleierutdanninger har vektlagt kritisk tenkning i læreplanene siden 1950-årene (2, 3), ettersom fagforbund og tilsynsmyndigheter hevdet at det var nødvendig å trene sykepleiestudenters evne til kritisk tenkning (2, 4). Senere har flere sykepleierutdanninger implementert kritisk tenkning i læreplanene. I norsk rammeplan for sykepleierutdanning, anvendes ikke uttrykket kritisk tenkning eksplisitt. Formålet for utdanningen beskrives som «å utdanne selvstendige og reflekterte sykepleiere» (5). I norsk høyere utdanning har «forsknings- og erfaringsbasert» undervisning vært mer vektlagt (6, 7). Hva innbefatter «kritisk tenkning», som kan ha betydning for norske sykepleiere? For å undersøke dette begrepet, gransket vi beskrivelser av kritisk tenkning i publiserte sykepleieforskningsartikler.

METODE

Framgangsmåten var systematiske søk i sykepleiebasen Cinahl. Søkeordene var critical thinking, nursing, nursing education. Søk på critical thinking i tittel ga 309 treff. En kombinasjon av søkeordene «critical thinking» og «nursing» ga 97 treff. En manuell gjennomgang av treffene eliminerte artikler som ikke representerte forskning. Artikler som ikke var relatert til bachelorutdanning i sykepleie, samt doktorgradsavhandlinger og konferansebidrag ble i tillegg eliminert. Via «snowball sampling» (1) kom noen relevante artikler til. Sluttresultatet ble 32 artikler. Av disse repre-

senterte 17 USA, tre Canada, én Australia, én Skandinavia, to Taiwan, to Kina, tre Korea, én Tyrkia, én Saudi-Arabia og én Jordan (tabell 1).

Inklusjonskriteriene var følgende: Tematisk relevans; avgrenset til søk med «critical thinking» i tittel. Bare studier som omtalte studier av bachelorstudenter og nyutdannede sykepleiere ble utvalgt. Forskningsartikler; både teoretisk og empiriske. Av sistnevnte kategori ble både kvalitative, kvantitative og review-artikler valgt ut. Engelskspråklige artikler i tidsrommet 2006–2010 ble utvalgt (tabell 2). Tanken med søket var å finne forsknings-

TABELL 1:
Geografisk oversikt

Land	Antall
USA	17
Canada	3
Australia	1
Europa	0
Skandinavia	1
Taiwan	2
Kina	2
Korea	3
Tyrkia	1
Saudi-Arabia	1
Jordan	1

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at kritisk tenkning innbefatter tolkning, analyse, evaluering, slutning, utforskning og selvregulering, og er nødvendig for å vurdere pasientsituasjoner og foreta velbegrunnede kliniske beslutninger.

Mer om forfatterne:

Vigdis Granum er sykepleier og ansatt som 1.-amanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Gry Opsahl er sykepleier og ansatt som 1. lektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Betty-Ann Solvoll er sykepleier og ansatt som 1.-amanuensis ved Høgskolen i Vestfold. Kontaktperson: vigdis.granum@hioa.no.

TABELL 3: Artikkelloversikt

Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode
Shin, S. et al (2006)	Critical thinking ability of associate, baccalaureate and RN-BSN senior students in Korea.	Å sammenligne kritisk-tenkningsevne hos to studentgrupper.	Kvantitativ. Komparativ studie. Måleskjema (CTA). Statistisk analyse. 301 stud.
Suliman, W. A. (2006).	Critical thinking and learning styles of students in conventional and accelerated prog-rammes.	Å måle forskjellen mellom kritisk tenkningsdisposisjon og læringstiler hos studenter i to program.	Kvantitativ. Deskriptiv korrelasjonsstudie. 80 stud i program 1, 50 i program 2.
DeSimone B. B.(2006).	Curriculum design to promote the critical thinking of accelerated bachelor's degree nursing students.	Å beskrive curriculum design med intensjon å fremme kritisk tenkning.	Kvantitativ måling av kritisk tenkning hos 38 studenter.
Forneris, S. G., et al (2007)	Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses.	Å bestemme om refleksiv kontekstuell læringsintervensjon forbedrer nyutdannedes evne til kritisk tenkning i første 6 mndr i praksis.	Kvalitativ. Spørsmåls- guide og case study. Stakes datanalyse. 6 dyader med sykepleiere og studenter.
Riddell, T. (2007).	Critical assumptions: thinking critically about critical thinking.	Å beskrive kritisk tenkning.	Teoretisk.
Suliman, W. A., et al (2007).	Critical thinking, self-esteem, and state anxiety of nursing students.	Å måle predominant kritisk tenkningsdisposisjon hos studenter og forholdet til kritisk tenkning.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 105 stud. 1.år, 60 i 4.år.
Lyons, E.M. (2008).	Examining the effects of problem-based learning and NCLEX-RN scores on the critical thinking skills of associate degree nursing students in a southeastern community college.	Å måle effekten av PBL i læring av kritisk tenkning.	Kvantitativ. Pre-post test. Måleskjema. Statistisk analyse. 54 studenter.
Maskey, C. L. (2008).	The coordination of clinical and didactic learning experiences to improve critical-thinking skills and academic performance.	Å utvikle en plan der klas-serom og praksis korre-lerer for å forbedre kritisk tenkning.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 93 studenter i 3.sem., 114 studenter i 4. sem.
Ozturk, C., Muslu, G. K., & Dicle, A. (2008).	A comparison of problem-based and traditional education on nursing students' critical thinking dispositions.	Å bestemme studentenes kritiske tenkningsnivå etter PBL undervisning.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 147 studenter.
Ravert, P. (2008).	Patient simulator sessions and critical thinking.	Å måle forskjellen mellom kritisk tenkning og studentenes læringsstil i tre grupper.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. Tre studentgrupper.
Rush, K. L., Dyches, C. E., Waldrop, S., & Davis, A. (2008).	Critical thinking among RN-to-BSN distance students participating in human patient simulation.	Å forstå kritisk tenkning hos distansestudenter som deltar i simulering.	Kvalitativ. Rubenfeldts begrepsdefinisjon som analyseredskap. 33 studenter.
Senita, J. (2008).	The use of concept maps to evaluate critical thinking in the clinical setting.	Å vise hvordan begreps-kart kan brukes i læring av kritisk tenkning.	Teoretisk art.
Shirrell, D. (2008).	Critical thinking as a predictor of success in an associate degree nursing program.	Å måle om kritisk tenkning er en forutsetning for å lykkes i utdanningen.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 173 studenter.
Spencer, C. (2008).	Critical thinking in nursing: teaching to diverse groups.	Å diskutere forholdet mellom kritisk tenkning og inkorporering av verdier.	Teoretisk art.
Simpson, E., & Courtney, M. (2008).	Implementation and evaluation of critical thinking strategies to enhance critical thinking skills in Middle Eastern nurses.	Å utvikle, implementere og evaluere kritiske tenknings-strategier for å øke kritisk tenkningsevne.	Evaluering av intervensjonsprogram. 20 nyutdannede.
Sorensen, H. A. J., & Yankech, L. R. (2008).	Precepting in the fast lane: improving critical thinking in new graduate nurses.	Å måle kritisk tenkningsdyktighet.	Kvantitativ og kvalitativ. Måleskjema og fokusgruppe intervju. 16 +15 studenter.
Yuan, H., Kunaviktikul, W., Klunklin, A., & Williams, B. A. (2008).	Improvement of nursing students' critical thinking skills through problem-based learning in the People's Republic of China: a quasiexperimental study.	Å måle effekten av PBL ift kritisk tenkning.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. To grupper studenter, 46.

Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode
Zhang, H., & Lambert, V. (2008).	Critical thinking dispositions and learning styles of baccalaureate nursing students from China.	Å måle forholdet mellom læringsstiler og kritisk tenkning.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 100 studenter.
GyeongJA, MyungSY. (2008)	Critical thinking and learning styles of nursing students at the Baccalaureate nursing program in Korea.	Å måle kritiske tenningsdisposisjoner og læringsstiler, og forholdet mellom disse.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 724 studenter.
Fero, L. J., Witsberg C. M., Wesmiller, S. W., Zullo, T. G., & Hoffman, A. (2009)	Critical thinking ability of new graduate and experienced nurses.	Å identifisere kritiske læringsbehov hos nyutdannede.	Kvantitativ. Post hoc retrospektiv analyse. 2144 sykepleiere.
Forneris, S. G & Peden-McAlpine C. (2009).	Creating context for critical thinking in practice: the role of the preceptor.	Å utforske betydning av praksisveilederes veiledning i reflekseive læringsituasjoner.	Kvalitativ. Case studier. 6 dyader med studenter og praksisveiledere.
Hernandez, C. A. (2009).	Student articulation of a nursing philosophical statement: an assignment to enhance critical thinking skills and promote learning.	Å starte filosofisk refleksjon og tenkningsprosess som fremmer kritisk tenkning.	Kvalitativ. Studentene skrev statements; filosofiske synspunkt om metaparadigmebegreper.
McMullen, M. A., & McMullen, W. F. (2009).	Examining patterns of change in the critical thinking skills of graduate nursing students.	Å måle om kritisk tenkning endres i 2.praksisår.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 82 studenter.
Sullivan-Mann, J., Perron, C.A., & Fellner, A. N. (2009).	The Effects of Simulation on Nursing Students' Critical Thinking Scores: A Quantitative Study.	Å måle effekten av kritisk tenkning ved bruk av simulering.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 53 studenter.
Romeo, E. M. (2010).	Quantitative research on critical thinking and predicting nursing students' NCLEX-RN performance.	Å analysere kvantitativ forskning; måling av kritiske tenkningsevner og ferdigheter hos stud.	Teoretisk reviuw artikkel
Lunney, M.(2010)	Use of critical thinking in the diagnostic process.	Å demonstrere bruk av kritisk tenkning i diagnoseprosessen for å oppnå korrekte sykepleiediagnoser.	Kvalitativ. Case-studie. Nyutdannede.
Wangenstein, S. Johansson, I. S. Björkström, M. E. Nordström, G. (2010)	Critical thinking dispositions among newly graduated nurses.	Å måle kritiske tenkningsdisposisjoner hos nyutdannede.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 618 nyutdannede.
Kaddoura, M. A. (2010).	Effect of the Essentials of Critical Care Orientation (ECCO) Program on the Development of Nurses' Critical Thinking Skills.	Å utforske nyutdannedes forestillinger om faktorer som hjelper til å utvikle kritisk tenkning.	Kvantitativ og kvalitativ. Innholdsanalyse. 8 nyutdannede.
Mun, M. S. (2010).	An analysis of narratives to identify critical thinking contexts in psychiatric clinical practice.	Å identifisere kritisk tenkning i kontekst som studentene konfronteres med i psykiatrisk praksis.	Kvalitativ. 30 studenters narrativer ble analysert via filosofisk hermeneutikk.
Hwang, S., Yen, M., Lee, B., Huang, M., & Tseng, H. (2010).	A critical thinking disposition scale for nurses: short form.	Å teste kritiske tenkningsdisposisjoner hos nyutdannede.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 864 sykepleiere.
Feng, R.Chen, M. Pai, Y.(2010)	Critical thinking competence and disposition of clinical nurses in a medical center.	Å måle kritisk tenkningskompetanse og disposisjon hos sykepleiere.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse.? Sykepleiere.
Jones, J. H., & Morris, L. V. (2007).OBS	Evaluation of critical thinking skills in an associate degree nursing program.	Å utforske endring i kritiske tenkningsferdigheter hos studenter, og å undersøke forholdet mellom kritisk tenkningscore og akademisk suksess.	Kvantitativ. Måleskjema. Statistisk analyse. 112 studenter.

artikler som viste hvordan ulike sykepleieforskere definerte og anvendte begrepet kritisk tenkning i sine studier.

I analysen er Aveyards (1) forenklete tilnærming («simplified approach») anvendt. Følgende spørsmål ble stilt i analysen av artiklene:

- Hva er felles substans i kritisk tenkning?
- Hva skiller seg ut?
- Hvordan anvendes kritisk tenkning i sykepleievitenskap?

Funn presenterer fellestrekk og trekk som skiller seg ut ved kritisk tenkning. Videre presenteres beskrivelser av hvordan kritisk tenkning anvendes i sykepleievitenskap. Vår tolkning oppsummeres i en modell.

RESULTAT

Uttrykket «kritisk tenkning» ble lite brukt i sykepleiefaget før på slutten av 1980-tallet (8). Frem til 1990-tallet la beskrivelser av kritisk tenkning fortrinnsvis

vekt på kognitive ferdigheter. Definisjonene viser til kognitive elementer; prinsipper, teorier, abstraksjoner, deduksjoner, fortolkninger og evalueringer av argumenter. Affektive komponenter fikk etter hvert større oppmerksomhet (8). Tanner (9) utvider forståelsen av kritisk tenkning og begrunner nødvendigheten av å vektlegge affektive momenter, fordi sykepleieutøvelse innebærer relasjonelle dimensjoner.

På 1990-tallet eksploderer beskrivelsene av kritisk tenkning med mer nyanserte beskrivelser av begrepet. Fra år 2000 og fremover skjer en videre utvikling av begrepet kritisk tenkning. Særlig har Sheffer et al.'s arbeid vært banebrytende (8). Hvert tiår synes å legge noen nye dimensjoner til forståelsen av kritisk tenkning. Utviklingen viser at forskerne opprinnelig primært var opptatt av kritisk tenkning som kognitive evner. Senere ble affektive elementer trukket inn, samt holdningens betydning for

vurderinger. Etter hvert kom betydning av kunnskap og forskning inn som sentrale sider ved kritisk tenkning, fordi relevant kunnskap måtte ligge til grunn for vurderingene. Deretter har kritiske refleksjoner, og evnen til å forstå og tolke situasjoner med kontekstuelle overveielser, preget beskrivelsene av kritisk tenkning. Kritisk tenkning vekker og utvikler til en nysgjerrig, spørrende kultur.

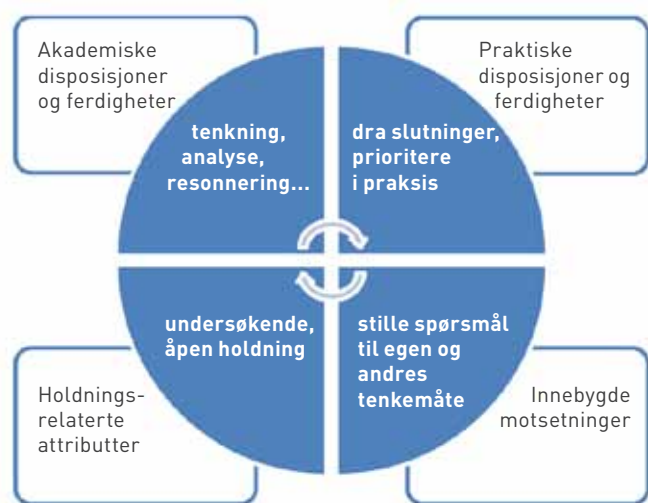
FELLES SUBSTANS

Betoningen av kritisk tenkning som kognitive tankeprosesser er felles hos alle forskerne. Fellesbegreper i forskernes beskrivelser er kognitive; analysere, undersøke, vurdere og treffe beslutninger. Kritisk tenkning som kognitiv og tenkende ferdighet, vies stor oppmerksomhet hos alle forskere.

I Facione et al.'s (10) beskrivelse av kritisk tenkning kommer personlige egenskaper tydeligere til uttrykk, for eksempel klokskap og modenhet, som innbefatter klokskap i å handle, suspendere eller revidere vurdering. Begreper relatert til personlig smidighet og evne til omskiftelighet, samt åpenhet er også begreper som anvendes (8, 10). Facione et al. er alene om å beskrive åpenhet som en dimensjon ved kritisk tenkning.

Scheffer et al. (8) beskriver kritisk tenkning både som kognitive og affektive aspekter, som også innbefatter holdningsmessige og personlige egenskaper. Deres «10 habits-of-mind», inkluderer dimensjoner som selvtilitt, kreativitet, intuisjon og utholdenhet. De er alene om å knytte intellektuell integritet til det å overføre kunnskap. Videre tydeliggjøres en sammenheng mellom kombinasjon av intellektuelle tankeprosesser,

FIGUR: Kritisk tenkningsmodell



og personlighetsegenskaper, hvilket de mener er nødvendig i kritisk tenkning. De (8) har dermed utvidet beskrivelsen av kritisk tenkning, sammenliknet med Facione et al. (10).

Ifølge Jones et al. (11) er kritisk tenkning vanskelig å definere, men må forklares og utdypes for at man skal forstå hva begrepet faktisk innebærer. Riddell (12) hevder at mange sykepleieforskere har befattet seg med «pseudokritisk tenkning» fordi uttrykket ofte brukes uten at man har redegjort for innholdet (13). Det er nødvendig å tydeliggjøre egne underliggende antakelser; definere eget perspektiv eller syn, samt å forstå kontekstens betydning for sykepleiehandlinger, for at ikke sykepleiere skal tenke endimensjonalt og drive lineær problemløsnings-tenkning (12). Hun påpeker at det er en overforenkling å si at kritisk tenkning kan reduseres til disse termene.

KRITISK TENKNING

Sykepleieforskere som bruker begrepet kritisk tenkning drar nytte av litteratur fra andre fagfelt, fortrinnsvis fra filosofi (14-17) og pedagogikk (18, 19). Dette gjelder enten begrepet skal implementeres i utdanning, eller måle ferdigheten hos studenter. Man refererer til disse forskerne som ledende innenfor utviklingen av begrepet kritisk tenkning. Paul (17) hevder at kritisk tenkning er «kunsten å tenke om sin egen tenkning mens du tenker», med det formål å gjøre tenkningen enda bedre. Han framsetter tre komponenter som essensielle i kritisk tenkning; tenkeelementer, intellektuelle standarder, og affektive trekk (12, 17).

Når sykepleieforskere relaterer definisjoner av kritisk tenkning til sykepleievitenskap,

legges særlig vekt på handlingsaspektet: Kritisk tenkning er tankeprosesser som ligger til grunn for effektiv klinisk problemløsning og til å foreta beslutninger» (20-22). De kognitive prosessene relateres til anvendelse i sykepleieutøvelse. DeSimone (23) viser til hvordan de ulike kognitive prosessene brukes i praksis: kritisk tenkning er den intellektuelle, systematiske prosess som fungerer som en guide til tenkning og handling (24). Kritisk tenkning gir retning både for tanke og handling i sykepleiepraksis. Sykepleieforskerne, Scheffer et al. (8), knytter også kritisk tenkning til klinisk utøvelse. For øvrig er kritisk tenkning et fenomen man kan studere, lære og forstå, for å bruke i sykepleieutøvelsen.

KRITISK TENKNINGSMODELL

Analyser av de ulike dimensjonene ved kritisk tenkning viser at disse kan kategoriseres inn i fire hovedaspekter; akademiske og praktiske disposisjoner og

være analytisk kan også finnes i mennesket som en disposisjon. Det vil si at personen er tilbøyelig til å være analytisk i gitte situasjoner.

Praktiske disposisjoner

Denne kategorien rommer begreper som vektlegger kritisk tenkning som praktisk utøvelse. De kognitive prosessene foregår i kliniske situasjoner der tenkning og vurderinger omsettes i praktiske utøvelser. Dette innbefatter evnen til å undersøke og ta informerte kliniske beslutninger.

Holdningsmessige attributter

Kognitiv tenkning foregår ikke som rasjonelle prosesser alene. Våre tanker og vurderinger preges også av holdninger. Holdningsrelaterte attributter innebærer affektive elementer som trekker stemningsvarhet inn som et aspekt. Holdninger bidrar og stimulerer for eksempel til kreativitet, intuisjon, nysgjerrighet, fleksibilitet, utholdenhet, integritet og selvtilit. Kreativ tenkning er en kombinasjon av kunnskap og fantasi som hjelper

” Våre tanker og vurderinger preges også av holdninger.

ferdigheter, holdningsmessige attributter og innebygde motsetningsforhold. Disse komponentene er ikke gjensidig utelukkende, men framstår som integrerte fenomener (tbl 4).

Akademiske disposisjoner

Begrepene som beskriver kritisk tenkning peker både på ferdigheter, disposisjoner, og tilbøyeligheter. Kritisk tenkning kan prege et menneske gjennom konkrete ferdigheter. For eksempel ferdigheter av akademisk karakter, som å analysere. Men å

til å forstå forfeilete løsninger, og sikre nødvendig dyktighet for å være en effektiv kritisk tenker.

Innebygde motsetninger

En dimensjon i kritisk tenkning er personers evne til å gi egne opplevelser «motstand». Motsetningsforhold eller motstand innebærer å stille spørsmål ved egen tenkemåte, tro, verdier, holdninger, men også til andres. Evne til å se reaksjoner hos seg selv og være selvavslørende, og vise evne til selvregulering er viktige elementer i kritisk tenk-

ning. Innebygde motsetninger innbefatter evne til å se ulike alternativer og forutse konsekvenser av disse, samt å være kritisk når man søker etter informasjon. Disse aspektene fører til en dyktig beslutningstaker i praksis. Det som kjennetegner fenomenet kritisk tenkning er at de ulike attributter er integrerte og samvirker i personen, slik at han eller hun blir i stand til å være, og å handle, kritisk.

DISKUSJON

Modellen fra analysen viser kritisk tenkning som en kombinasjon av fire aspekter: akademiske og praktiske disposisjoner og ferdigheter i samspill med holdningsrelaterte attributter og disposisjoner, og ferdigheter til å tenke reflektivt og skeptisk. Hva er så genuint ved kritisk tenkning sammenliknet med andre former for rasjonalitet, for eksempel problemløsning, refleksjon eller analytiske tankeprosesser?

Problemløsning er tankeprosesser som analyserer et problem og som tar sikte på å løse det og vurdere gyldigheten. Tankeprosessen beskrives gjerne i ulike steg; man definerer problemet, spesifiserer hva man vil oppnå,

nytt blikk på saken ved å få en distanse og å stille spørsmål ved bestanddelene og den helheten bestanddelene er en del av (27).

Refleksjon er et filosofisk uttrykk som innebærer å tenke over noe, en «refleksjon», altså at en sak eller hendelse hentes fram igjen i tankeprosesser for betraktning og ettertanke. Det innebærer bevissthetens tilbakeblikk på seg selv og egne hendelser, og selvbevissthetens ettertenksomhet både på ytre og indre virkeligheter (27).

Det genuine i en tenkning som gjennomgående er kritisk er at tenkningen har et aspekt av skepsis og motstand. Evnen til å være grunnleggende skeptisk til det man ser, hører og gjør, kan defineres som genuint kritisk. Det innebærer å tenke uforbeholdt om erfaringene, å stille spørsmål til egen tenkemåte, tro, verdier, holdninger, men også til andres. Evne til å være selvavslørende og evne til selvregulering beskrives som viktige elementer i kritisk tenkning.

Internasjonale sykepleieforskere (4, 28-36) hevder at kritisk tenkning er vesentlig i sykepleieutøvelsen, fordi kritisk tenkning og sunn skepsis, gir bedre innsikt og flere alternative løsninger

ger i pasientens tilstand, kunne gjøre kliniske vurderinger og begrunne disse faglig. Dette innebærer både å utføre selvstendig sykepleie, og å kunne vurdere mottatte ordre og prioritere sykepleiefaglige handlinger i praksis (2, 21).

Det er videre rimelig å anta at kritisk tenkende sykepleiere følger opp kvalitetssikring, og varsler, dersom feil eller mangler observeres. Det kan imidlertid koste å være den som varsler (37). Sykepleiere som yter motstand mot den etablerte praksis skaper lett irritasjon i arbeidsmiljøet. Kollegaer og ledelse reagerer og varsleren befinner seg fort i ubehagelige situasjoner.

I mellommenneskelige relasjoner er makt alltid til stede. Makten er ofte subtil, og dens underliggende mekanismer kan være vanskelige å se, og dermed umulig å vurdere og å resonnerer logisk i forhold til. Kritisk tenkning kan være en nødvendig evne i møte med maktmekanismer i helsetjenestevirksomheten, som talsmann for marginaliserte grupper, som ikke selv kan gi uttrykk for egne behov. Her er det behov for politisk bevisste sykepleiere med evne til kritisk tenkning som kan kjempe deres sak (14).

Brookfield (14) påpeker at kritisk tenkning kan ha en sterk sosial og politisk dimensjon. Å tenke kritisk er å sette spørsmålstegn ved maktforhold som tillater, eller fremmer alternativer i praksis. Det er ofte innebygde motsetninger i praksis mellom ulike interesser og aktører. Kritisk tenkning kan bevisstgjøre hvordan markedskrefter rettferdiggjør økonomisk og politisk urettferdighet i praksis (15).

Samhandlingsreformen (38) er det siste politiske innspillet for

” Sykepleieutøvelse som et resultat av kritisk tenkning gir også økt pasientsikkerhet.

funderer omkring årsaker, vurderer og beregner konsekvenser av ulike løsningsvalg, før endelig handling. I sykepleie er «sykepleieprosessen» et eksempel (25, 26). Slik sett ligger tankeprosessen nært knyttet til å se, forstå og løse oppgaver i verden etter årsak og virkning-prinsippet.

Analyse betyr å undersøke sakens enkelte bestanddeler. Gjennom analysen kan man få

når man skal treffe beslutninger for pasienten. Forskningen viser blant annet at sykepleiere som har en kritisk tilnærming, oftere er åpne for andres vurderinger, er fleksible, og villig til å gjøre nye overveielser (4, 28-36).

Sykepleieutøvelse som et resultat av kritisk tenkning gir også økt pasientsikkerhet. For å bedre pasientsikkerheten, må sykepleiere gjenkjenne endrin-

å forbedre helsetjenesten overfor befolkningen. Med sunn skepsis kan man spørre hva denne reformen kan skjule av maktmekanismer. I Norge bruker vi en stadig større andel av bruttonasjonalproduktet på helsetjenester. Politiske myndigheter må derfor finne måter å håndtere økende budsjetter på. På hvilke måter bidrar reformen til å omfordele stramme økonomiske rammer? Blir det mer til statuspreget medisinsk behandling og mindre til eldre og kronisk syke? Slike kritiske spørsmål er viktige i møte med politiske og strukturelle endringer.

Hvis vi ønsker kritisk tenkende sykepleiere i fremtiden, må vi undervise på området. Fastvold (39) skiller mellom rasjonalitet og intellektualitet. En person må ikke ha en bestemt intellektuell kapasitet for å tenke kritisk, for det kan læres. Kritisk tenkning handler om å bruke rasjonaliteten på en selvstendig, undersøkende måte. Kritisk tenkning er aktuelt og ønskelig i norsk sykepleieutøvelse. Spørsmålet er hvorvidt fokus på kritisk tenkning, som en disposisjon og en ferdighet, er tilstrekkelig vektlagt i førende dokumenter, i rammeplanen, i fag- og undervisningsplaner og som læringsaktiviteter i utdanningen. Et mål i dagens rammeplan er at «sykepleieren skal være selvstendig, pasientorientert, ansvarlig» (5). Er dette synonymt med å utdanne kritisk tenkende sykepleiere? I fag- og undervisningsplaner (40) anvender man begrepene «refleksjon og problemløsning», er det tilstrekkelig for å tilegne seg kritisk tenkning? Kritisk tenkning har begrepsforbindelser med refleksiv vurdering, logisk tenkning, beslutningstaking, problemløsning og vitenskapelig

metode, men innholdet i kritisk tenkning er mer omfattende enn hva innholdet i rammeplanen tilsier.

Vi drister oss også til å spørre om utdanningspersonalet er i tilstrekkelig besittelse av evne til

” Kjennetegn ved sykepleiere som kan tenke kritisk er evner til å reflektere.

kritisk tenkning, og om daglig undervisningsvirksomhet gjenspeiler den sunne skeptiske, undrende og utforskende tilnærmingen til oppgavene. Vi mener sunn skepsis som tilnærming til all kunnskapsforvaltning er viktig. Høyere utdanning bør medføre at studenter og lærere opprettholder ferdighetene til systematisk, refleksiv og kritisk tenkning.

IMPLIKASJONER

Dersom man skal forstå sykepleie som et yrke med stor grad av selvstendig utøvelse, er det maktpåliggende for pasientene at utøveren har ferdigheter i å tenke kritisk. Disposisjoner og ferdigheter, både av akademisk og praktisk karakter, gjør at pasienter blir behandlet på grunnlag av grundige faglige og kontekstuelle analyser og beslutninger fattet som et resultat av det. Kjennetegn ved sykepleiere som kan tenke kritisk er evner til å reflektere, både over situasjonen og dens spesifikke kontekst, å stille spørsmål ved seg selv og egen utøvelse og reflektere over egen innvirkning på andre. Dersom evne til kritisk tenkning er disposisjoner og ferdigheter som kan læres slik Fastvold (39) hevder, er det nødvendig og høyst betimelig at tematisering av og opplæring i å tenke kritisk settes på dagsorden i sykepleierutdanning på alle nivåer.

FREMTIDIG FORSKNING

Ytterligere forskning kan inkludere studier med et større utvalg, og utvikle instrumenter for sykepleierutdanning som måler kritisk tenkning, samt longitudinelle studier for å se på utvik-

lingen av kritisk tenkning. Vi anbefaler imidlertid flere kvalitative studier, for eksempel oppfølgingsstudier med intervju og observasjon i praksis, slik at flere dimensjoner ved kritisk tenkning kan utforskes.

METODEKRITIKK

Styrken ved litteraturstudien er den oversikten det gir. Svakheten er det beskjedne utvalget av artikler vi fant som datagrunnlag. Vi har redegjort for hvordan artiklene er fremkommet. «Brillene» analysen er utført med, er analyse spørsmålene. Artiklene har hatt begrensninger i forhold til teoretisk rammeverk, utvalg, metodetilnærming, studentenes utgangspunkt, og måleinstrument. Resultatet dekker ikke all forskning om kritisk tenkning, men viser interessante komponenter.

KONKLUSJON

Hovedfunn viser at beskrivelser av kritisk tenkning varierer, men at grunnelementene er de samme. Konklusjonen er at kritisk tenkning er et komplekst begrep uten definisjonskonsensus i sykepleievitenskap. Man er enige om at kritisk tenkning innebærer tolkning, analyse, evaluering, slutning, utforskning og selvregulering. Kritisk tenkning er nødvendig for å vurdere pasientsituasjoner og foreta velbegrunnede kliniske beslutninger.

REFERANSER

1. **Aveyard H.** Literature review in health and social care. London: Open University Press; 2007.
2. **Fero LJ, Witsberger CM, Wesmiller SW, Zullo TG, Hoffman LA.** Critical thinking ability of new graduate and experienced nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65:139-48.
3. **Simpson E, Courtney M.** Critical thinking in nursing education: literature review. *International Journal of Nursing Practice* 2002;8:89-98.
4. **Simpson E, Courtney M.** Implementation and evaluation of critical thinking strategies to enhance critical thinking skills in Middle Eastern nurses. *International Journal of Nursing Practice* 2008;14:449-54.
5. **Kunnskapsdepartementet.** Rammeplan for sykepleierutdanning 25. januar 2008.
6. **Kunnskapsdepartementet.** Lov om universiteter og høyskoler av 1. april 2005 nr. 15.
7. **Kunnskapsdepartementet.** Forskrifter til universitets- og høyskoleloven, 29.01.2008.
8. **Scheffer BK, Rubinfeld MG.** A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education* 2000;39:352-9.
9. **Tanner CA.** Spock would have been a terrible nurse (and other issues related to critical thinking in nursing). *Journal of Nursing Education* 1997;36:3-4.
10. **Facione NC, Facione PA, Sanchez CA.** Critical thinking disposition as a measure of competent clinical judgment: the development of the California Critical Thinking Disposition Inventory. *Journal of Nursing Education* 1994;33:345-50.
11. **Jones JH, Morris LV.** Evaluation of critical thinking skills in an associate degree nursing program. *Teaching and Learning in Nursing* 2007;2:109-15.
12. **Riddell T.** Critical assumptions: thinking critically about critical thinking. *Journal of Nursing Education* 2007;46:121-6.
13. **Cody WK.** Critical Thinking and Nursing Science: Judgment, or Vision? *Nursing Science Quarterly* 2002;15:184-189.
14. **Brookfield SD.** The power of Critical Theory. Liberating adult learning and teaching.: Jossey-Bass; 2005.
15. **Brookfield S.** The concept of critical reflection: promises and contradictions. *European Journal of Social Work* 2009;12:293-304.
16. **Brookfield S.** Developing Critical Thinkers: Challenging Adults To Explore Alternative Ways of Thinking and Acting: Jossey-Bass Publishers; 1987.
17. **Paul RW.** Critical Thinking: What Every Person Needs to Survive in a Rapidly Changing World Santa Rosa, CA: Foundation for Critical Thinking; 1993.
18. **Mezirow J.** A Critical Theory of Adult Learning and Education. *Adult Education* 32 (1981): 3-23 1981.
19. **Mezirow J.** Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress.: Jossey Bass.; 2000.
20. **Walsh CM, Seldomridge LA.** Critical thinking: back to square two. *Journal of Nursing Education* 2006;45:212-9.
21. **Walsh CM, Seldomridge LA.** Measuring critical thinking: one step forward, one step back. *Nurse Educator* 2006;31:159-62.
22. **Oermann MH.** Evaluating critical thinking in clinical practice. *Nurse Educator* 1997;22:25-8.
23. **DeSimone BB.** Curriculum design to promote the critical thinking of accelerated bachelor's degree nursing students. *Nurse Educator* 2006;31:213-7.
24. **Alexander MK GB.** Critical thinking in clinical learning: a holistic perspective. *Holistic Nursing Practice* 1996;10:15-22 Review.
25. **Carnevali DL, Thomas MD.** Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing: Lippincott; 1993.
26. **Karoliussen M, Smebye KL.** Sykepleie: fag og prosess. Oslo: Universitetsforl.; 1981.
27. **Bie K.** Refleksjonshåndboken: for bedre læring. Oslo: Universitetsforlaget; 2007.
28. **Ozturk C, Mustlu GK, Dicle A.** A comparison of problem-based and traditional education on nursing students' critical thinking dispositions. *Nurse education today*. 2008;28:627-32.
29. **Shin S, Ha J, Shin K, Davis MK.** Critical thinking ability of associate, baccalaureate and RN-BSN senior students in Korea. *Nursing Outlook*. 2006;54:328-33.
30. **Lyons EM.** Examining the effects of problem-based learning and NCLEX-RN scores on the critical thinking skills of associate degree nursing students in a southeastern community college. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2008;5:1-17.
31. **Shirrell D.** Critical thinking as a predictor of success in an associate degree nursing program. *Teaching & Learning in Nursing* 2008;3:131-6.
32. **Sorensen HAJ, Yankech LR.** Precepting in the fast lane: improving critical thinking in new graduate nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing* 2008;39:208-16.
33. **Kaddoura MA.** Effect of the Essentials of Critical Care Orientation (ECCO) Program on the Development of Nurses' Critical Thinking Skills. *Journal of Continuing Education in Nursing* 2010;41:424-32.
34. **Hwang S, Yen M, Lee B, Huang M, Tseng H.** A critical thinking disposition scale for nurses: short form. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19:3171-6.
35. **Profetto-McGrath J, Hesketh KL, Lang S, Estabrooks CA.** A study of critical thinking and research utilization among nurses. *Western Journal of Nursing Research* 2003;25:322-37.
36. **Senita J.** The use of concept maps to evaluate critical thinking in the clinical setting. *Teaching & Learning in Nursing* 2008;3:6-10.
37. **Østby BA.** Varsler-sykepleier hedres med pris. Sykepleien 09032011
38. **Helseogomsorgsdepartementet.** St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen.
39. **Fastvold M.** Kritisk tenkning: sokratisk samtaleledelse i skolen. Oslo: Gylvendal akademisk; 2009.
40. **Solvoll B-A.** Omsorgsferdigheter som pedagogisk prosjekt: en feltstudie i sykepleierutdanningen. Oslo: Unipub; 2007.

Abstrakt om kritisk tenkning

› Kritisk tenkning bør vektlegges i sykepleierutdanningen.



Av Maren Falch Lindberg

Klinisk sykepleiespesialist/
fagutviklingssykepleier
Kirurgisk post 2,
Lovisenberg Diakonale Sykehus

Kritisk tenkende sykepleiere er ifølge artikkelen mer fleksible og åpne for andres vurderinger, og bidrar til økt pasientsikkerhet gjennom mer kvalitetssikring og varsling av feil. Kritisk tenkning beskrives som «tankeprosesser som ligger til grunn for effektiv klinisk problemløsning og til å foreta beslutninger», og kjennetegnes blant annet av sunn skepsis, refleksjon og evne til å være kritisk i informasjonssøking.

I min avdeling veileder vi sykepleierstudenter jevnlig, og da er dette nyttig kunnskap å ha med seg. Evne til kritisk tenkning beskrives som et fenomen som kan læres. Studentene uttrykker ofte at det er i praksis de lærer aller mest, fordi de kan knytte sammen teoretisk og praktisk kunnskap, og de får anledning til å reflektere over selvopplevde situasjoner. Praksisfeltet burde dermed være en god arena for å oppøve evnen til kritisk tenkning. Kritisk

tenkning har også en praktisk dimensjon: Det å gjenkjenne endringer i pasientens tilstand og vurdere og handle riktig, forutsetter kunnskap og erfaring.

Et annet element er evne til å stille spørsmål ved egne og andres holdninger, og varsle om feil. Det kan imidlertid være vanskelig å stille kritiske spørsmål til etablert praksis, samtidig som man er avhengig av velvilje fra sin kontaktsykepleier. Mange sykepleiere opplever det også ubehagelig å melde avvik, spesielt nyutdannete. Da handler det kanskje ikke bare om den enkeltes kritiske sans, men om behovet for en avdelingskultur der man verdsetter kritiske spørsmål og varsling av feil.

Artikkelen beskriver og utdyper begrepet kritisk tenkning. Likevel framstår innholdet som noe abstrakt og komplekst. Det kunne vært interessant å vite noe om hvordan man jobber med å fremme dette fenomenet i land

som har hatt det på rammeplanene i noen år, og om sykepleiere i disse landene skiller seg ut fra norske sykepleiere på noen måte. Jeg deler forfatterens syn på at kritisk tenkning er en viktig egenskap som bør vektlegges i sykepleierutdanningen. Vi ønsker mer kunnskapsbasert praksis, og da er sunn skepsis og evne til å sortere informasjon viktig. Sykepleieryrket er komplekst og krevende, derfor trenger studentene mer enn varme hender når de skal ut i yrkeslivet; de må også ha reflekterte og kritisk tenkende hoder.

Les artikkelen på side 76





«MEWSING» GIR SIKRERE PASIENTVURDERING

» Sykepleiere er flinke til å føle hvordan pasientene har det. Ved hjelp av skåringssystemet MEWS skal vurderingene bli mer presise.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Erik M. Sundt**

Sturle Grønbeck, intensivsykepleier ved Generell intensiv på Rikshospitalet, leder prosjektet Mobil intensivsykepleier. Prosjektet er tredelt og omfatter undervisning, pasientskåring og mobil intensivsykepleier. Det er et samarbeid med Lovisenberg diakonale høgskole.

– Prosjektet er unikt i norsk sammenheng, sier Grønbeck.

Selv har han erfaring fra et lignende prosjekt ved Moss sykehus.

– Vi var en gjeng med ildsjeler som dro til Sykehuset i Lund og lærte om mobil intensivgruppe. Deretter dro vi hjem og implementerte kunnskapen ved hele Moss sykehus. Forskjellen er at prosjektet vi har startet her på Rikshospitalet er helt og holdent sykepleiebasert, forteller han.

GAMMEL KUNNSKAP

På Generell intensiv er det hektisk aktivitet. På et møterom skjenker Grønbeck medbrakt kaffe og forklarer:

– Målet med prosjektet er å

bygge klinisk kompetanse. Dette er egentlig gammel kunnskap som settes i system.

– Vi løfter på dyna, ser på pasienten, kjenner på huden og lytter til pusten. Er han varm eller kald, svett, puster han raskt? Slik kan vi danne oss et inntrykk av pasientens tilstand. Som hjelpemiddel benytter vi skåringssystemet MEWS, som rangerer pasientens tilstand ut ifra seks vitalparametre: respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk, temperatur, CNS-status og urinproduksjon.

” Sykepleiere og leger snakker ikke samme språk.

Sykepleiere fra tre sengeposter ved Rikshospitalet deltar i prosjektet; Kirurgisk uro/gastro, blodsykdommer og voksenortopedisk.

– Alle sykepleierne undervises i å vurdere kroppens vitale funksjoner ved hjelp av enkle undersøkelsesmetoder. Samtidig får de innføring i MEWS. Sykepleierne skal skåre en pasient hver per

vakt og slik sikre at pasienten får optimal overvåkning og sykepleie i henhold til sin sykdomstilstand, sier Grønbeck.

KOMMUNISERE BEDRE

Men han presiserer at ingen skåringssystemer er 100 prosent sikre.

– Opplysningene vi får når vi skårer må kombineres med de kliniske observasjonene vi gjør basert på kompetanse og erfaring, presiserer han.

Grønbeck håper også at prosjektet skal gjøre sykepleierne bedre til å kommunisere med legene om pasientenes tilstand.

– Sykepleiere og leger snakker ikke samme språk, mener han.

– Sykepleiere er flinke til å føle og oppleve hvordan pasienten har det. Men kommunikasjon basert på følelser blir ofte vag og lite presis. Ved å bruke skåringssystemet MEWS venner vi oss til å formulere oss mer presist basert på sikrere kunnskap.

Grønbeck mener mangelen på kunnskap om kroppens vitale funksjoner er en svakhet ved sykepleiefaget.



> **KJENNER ETTER:** Sturle Grønbeck kombinerer gammel metode med ny kunnskap når han vurderer tilstanden hos alvorlig syke pasienter.

– Sykepleierutdanningen på bachelornivå er multiprofesjonell i den grad at kunnskapen om anatomi og fysiologi drukner.

MOBIL INTENSIVSYKEPLEIER

Siste ledd i prosjektet er mobil intensivsykepleier. Det innebærer at sykepleierne på sengepostene som deltar i prosjektet, skal kunne kontakte intensivsykepleier på Generell intensiv 24 timer i døgnet.

– På Generell intensiv er det alltid en intensivsykepleier som har det ansvaret som en del av vekten, sier Grønbeck.

– Intensivsykepleieren kan gi råd og veiledning over telefon eller komme til sengeposten og hjelpe til med å vurdere pasienten, alene eller sammen med lege.

Grønbeck har utelukkende møtt velvilje for prosjektet både hos sykehusledelsen og blant sykepleierne som deltar.

– Enkelte av legene hos oss var litt engstelige i starten for at pro-

sjektet skulle føre til merarbeid, forteller han.

– Men vi tror at denne økte kliniske kompetansen tvert imot vil forebygge at pasientene blir dårligere. Når sykepleierne blir bedre til å vurdere pasienten vil det medføre bedre pleie, og hindre innleggelser på intensivavdelingen.

Ifølge Grønbeck har prosjektet allerede gitt resultater. Men foreløpig foreligger ingen tall.

– Alle sykepleierne som har fått undervisning skal svare på en spørreundersøkelse, i tillegg til at vi skal ha et fokusgruppeintervju. Sammen med pasientdata vil disse resultatene kunne fortelle oss om prosjektet har hatt effekt.

TIDLIG VARSLING

Elin Rørhuus-Øie (bildet øverst til venstre), sykepleier ved seksjon for blodsykdommer, mener prosjektet er svært nyttig.

– Ved vår avdeling er mange av pasientene er veldig syke.

MEWS-systemet sikrer tidlig varslings og brukes av samtlige sykepleiere. Ved hjelp av skåringen deler vi pasientene inn i tre grupper: a) de lette pasientene, b) de med behov for mer sykepleie og intravenøse medisiner, c) veldig dårlige pasienter som trenger konstant overvåking. Når pasientene skårer over 3 (0=normal) på vitale funksjoner, kontakter vi intensiv.

Rørhuus-Øie opplever at skåringssystemet gjør at de raskere oppdager endringer i pasientens tilstand.

– Vi er så vant til å se veldig dårlige pasienter at vi kan bli litt blinde for små endringer. Å skåre pasientene med MEWS fungerer derfor som en oppvekker, også for legene. Skåringen gir oss en mer presis vurdering av pasientene.

Hun opplever også at prosjektet har skapt et tettere samarbeid med intensivavdelingen.

– Terskelen for å ringe dem er blitt lavere.

FORSKER PÅ FEDMEKURS

› Ingrid Knutsen har sett på tvangsaspektet i behandling av mennesker med sykelig overvekt.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Foto **Erik M. Sundt**

Sykepleier Ingrid Ruud Knutsen har levert doktoravhandlingen sin for to dager siden når hun møter oss på Høgskolen i Oslo og Akershus på Kjeller. Hun har fulgt ni pasienter med sykelig overvekt på kurs i livsstilsendring før fedmeoperasjon, og i året etter operasjonen.

– Jeg intervjuet deltakerne fem ganger på ulike tidspunkt i et behandlingsprogram som strakte seg over cirka ett år. Alle gikk ned mer enn 35 kilo i løpet av denne tiden, forteller Knutsen.

SISTE UTVEI

– Samtlige hadde levd med overvekt i mange år og så på fedmeoperasjon som siste utvei. Alle som deltok i undersøkelsen beskrev operasjonen som vellykket, selv om flere slet med bivirkninger, ambivalens og usikkerhet.

Knutsen forteller at 10–20 prosent av fedmeopererte får bivirkninger etter operasjonen. Bare en av tusen dør.

– Hvis personen går ned i vekt

anses operasjonen som vellykket, til tross for at de aller fleste fedmeopererte over tid øker i vekt igjen, som forskning har vist.

Knutsen begynte å forske på sykelig overvekt fordi hun ville se nærmere på hvordan empowerment fremtrer i praksis.

– Jeg ble tipset om overvektsprogrammet av noen kollegaer i klinikken og forsto at det kunne egne seg da jeg leste programmet, forteller hun.

BETINGET FRIHET

Alle som ønsket fedmeoperasjon måtte først gjennomføre kurset i livsstilsendring på et lærings- og mestringsenter.

– Kurset er i teorien frivillig og legger stor vekt på pasientenes egenmotivasjon og deltakelse, som nettopp er det bærende prinsippet i empowermenttenkningen, sier Knutsen.

– Spørsmålet er i hvor stor grad det kan kalles frivillig. De aller fleste deltakerne ser på fedmeoperasjon som aller siste løsning på en uutholdelig situasjon som de ikke makter å komme ut av alene. Kurset er satt som premiss for å få

Ingrid Ruud Knutsen

f. 1967

Utdanning: Sykepleier med hovedfag i sykepleievitenskap, doktorgradsstipendiat

Arbeidssted: Høgskolen i Oslo og Akershus på Kjeller

operasjon, og det er jo operasjon alle deltakerne vil ha.

Hun mener den individuelle friheten kurset er basert på er betinget.

– De liberale ideene som ligger til grunn for empowermenttenkningen gjør styringsmekanismene mindre synlige, mener Knutsen.

STIGMATISERTE

Hun deltok som observatør på kurset og så at programmet bar i seg spenninger i forholdet mellom styring og frihet.

– Alle de overvektige deltakerne satt i en hestesko. Foran dem sto de to kurslederne, begge var slanke. Skillet mellom det man betrakter som normalt og ikke-normalt ble aktualisert i forholdet mellom kursledere og deltakere, selv om hensikten angivelig var den stikk motsatte, mener hun.

– Intervjuene med deltakerne viste hvor enorm stigmatiseringen av overvektige er i vårt samfunn. Fedme blir betraktet som et tegn på manglende viljestyrke. Mange overvektige isolerer seg. Helsetjenesten har bidratt til stigmatiseringen ved å definere



overvekt som sykdom og utvikle individualiserte tilnærminger for å endre kroppen.

Knutsen påpeker at helsefremmende tiltak er veldig i tiden, og baseres på forståelsen av empowerment.

– Individet skal ansvarliggjøres for egen helse. På en annen side er det helsevesenet som har definert mennesker med overvekt som syke. De befinner seg ikke lenger innenfor normalen. Jeg ønsket å undersøke hva det gjør med oss at helsetjenesten definerer hva som er normalt, sier hun.

STORE KONSEKVENSER

– Empowerment var i utgangspunktet knyttet til demokratiske rettigheter, kvinnefrigjøring og borgerrettighetsarbeid, sier Knutsen.

– Gjennom empowerment ønsker man å bevege seg bort fra den paternalistiske medisinen og mot et mer demokratisk prinsipp; pasientene skal få økt handlingsrom til å bedre egen helse.

Men hva skjer i praksis, hvordan gjør man dette? Og fremfor alt; hvordan opplever pasientene

“ Fedme blir betraktet som et tegn på manglende viljestyrke.

dette? Slike spørsmål er det Knutsen stiller i avhandlingen sin.

– Alle kursdeltakerne hadde store forventninger og mye håp knyttet til behandlingsprogrammet og operasjonen. Derfor kan det bli fatalt hvis behandlingen ikke er vellykket.

– De kroppslige endringene fikk store konsekvenser for dem, ikke bare fysisk, men også psykisk. De beskrev for eksempel at de ble behandlet på en helt annen måte etter vekttapet. Noen opplevde å bli hilst på av mennesker som før hadde oversett dem. Mange opplevde dette svært provoserende, og som en erkjennelse av ikke å være gode nok, forteller hun.

DØMMER IKKE

– Jeg ønsker å synliggjøre hvordan makt og diskurs henger sammen.

Knutsen er inspirert av den franske filosofen og idéhistori-

keren Michel Foucault.

– Å lese Foucault har vært krevende, men svært spennende innrømmer hun.

– Ved å ta på meg «Foucault-briller» oppdager jeg ting ved praksis jeg ellers ikke ville sett.

Hun er klar over at hun som sykepleier selv er en del av den diskursen helsevesenet representerer.

– Dette er et ståsted jeg ikke kan velge bort, men samtidig gir det meg også fortrinn. Som sykepleier er det pasienten og pasientens perspektiv som er mitt fokus, og det kommer godt med i denne undersøkelsen, mener hun.

Knutsen understreker at hun ikke har intensjoner om å dømme eller endre praksis.

– Målet er å være kritisk uten å være normativ. Jeg ønsker å reflektere over hvordan virkeligheten ser ut når man betrakter den gjennom en teoretisk tilnærming som bærer i seg en forståelse av at kunnskap og makt er tett knyttet sammen, sier hun.

Les mer om fedmekurs i forskningsartikkelen på side 14

GOD INFORMASJON TIL PASIENTEN



Av **Hege Underdal**, bibliotekar og konstituert redaksjonssjef i helsebiblioteket.no

I Norge er pasienters rett til medvirkning og medbestemmelse hjemlet i lov, men dette forutsetter kunnskap. Mange tyr til Google for å finne informasjon om sin egen diagnose, men kvaliteten på det man finner er ikke alltid like god. Helsepersonell kan bidra til medvirkning ved at pasienter får korrekt og pålitelig informasjon. Her får du tips om noen kilder som kan være nyttige å kjenne til. Lenkene finnes på Helsebibliotekets side for pasientinformasjon.

HELSE NORGE.NO

I juni i fjor lanserte Helsedirektoratet «helsenorge.no» – den offentlige helseportalen for befolkningen. I tillegg til informasjon om helsetjenesten, rettigheter og selvbetjeningsløsninger, inneholder portalen informasjon om forebygging, sykdom og behandling. Innholdet er produsert av Helsedirektoratet og organisasjoner som Kreftforeningen, Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet. Det meste er på norsk, men det finnes også tekster på somalisk, vietnamesisk, urdu, arabisk, tamilsk, engelsk og tyrkisk.

PASIENTBROSJYRER FRA BMJ

På pasientinformasjonssiden finner du en alfabetisk inngang til cirka 200 brosjyrer om diagnoser som diabetes, ADHD, KOLS og migrene. Brosjyrene er på norsk og egnet for utskrift slik at du kan dele dem ut til pasientene dine. Originaltekstene er produsert av British Medical Journal (BMJ) og oversatt av Helsebiblioteket. Alle tekstene er kvalitetssikret av helsepersonell og innholdet er tilpasset norske forhold, for eksempel ved at navn på preparater som ikke finnes i Norge er byttet ut med navnet på

virkestoffet. Flere av disse brosjyrene finnes også på helsenorge.no.

INFORMASJONSFILMER

Helsefilm.no er en portal med informasjonfilmer utviklet ved Sørlandet sykehus HF. Filmene er sortert i kategoriene kropp, sinn og mestring. Temaene spenner bredt: her finnes alt fra bruk av inhalatorer til akuttbehandling av hjerneslag. Målgruppen er pasienter og pårørende, men filmene kan også brukes i undervisning av helsepersonell. Flere av filmene er spesielt utviklet med tanke på barn og yngre pasienter.

ANATOMISK ATLAS

Anatomisk atlas er et oppslagsverk med illustrasjoner og tekst som beskriver kroppens ulike deler og organer. Helsebiblioteket har oversatt atlasen til norsk. Ressursen er utviklet med tanke på pasienter og pårørende og kan være et nyttig hjelpemiddel for helsepersonell i møte med disse gruppene.

PASIENTERFARINGER

En annen kilde til god informasjon er ulike pasientforeningers hjemmesider, du finner lenke til en oversikt over mange av dem på pasientinformasjonssiden. Både Norsk Revmatikerforbund, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Kreftforeningen, Diabetesforbundet og Norges Astma- og Allergiforbund har utarbeidet egen informasjon til pasienter og pårørende. Pasientinformasjonssiden lenker også til ulike typer nettsteder relatert til pasienterfaringer, som HealthTalkOnline og PatientsLikeMe. Her kan brukere fra hele verden komme i kontakt med andre i samme situasjon, dele erfaringer, stille spørsmål og få råd om mestring av egen sykdom. Begge er på engelsk, men det finnes liknende forum og nettverk hos noen av de norske pasientforeningene.

SPRÅKPERMEN

Språk kan være en utfordring i kommunikasjonen

med pasienter og pårørende. Under «Språkverktøy» på pasientinformasjonssiden finnes «Språkpermen», utviklet ved Sykehuset Innlandet HF. Dette er et enkelt, men nyttig hjelpemiddel for å kommunisere med pasienter eller pårørende som ikke snakker norsk. Her kan du for eksempel krysse av for at du vil fortelle en pasient at hun må faste fra et bestemt klokkeslett før narkose, og få teksten frem på skjermen på det språket du har valgt. Det er også mulig å få teksten lest opp. Blant språkene finnes både russisk, urdu, arabisk og somalisk, for å nevne noen.

ANDRE SPRÅK ENN NORSK

Som nevnt har helsenorge.no pasientinformasjon på andre språk enn norsk, men det finnes også andre nettsteder. MedlinePlus er amerikanske National Institutes of Health sin side for pasienter og pårørende. Her kan du enten gå inn via språk eller via tilstand og finne brosjyrer du kan skrive ut og gi til pasienter slik at de kan sette seg inn i egen tilstand på sitt morsmål. MedlinePlus ligger også under «Språkverktøy» på Helsebibliotekets pasientinformasjonsside. For pasienter som mestrer engelsk kan pasientbrosjyrene i det anerkjente oppslagsverket UpToDate være nyttige. Den avanserte bruker kan også ha glede av hoveddelen i oppslagsverket og kanskje også av andre kilder som egentlig er beregnet på helsepersonell. Takket være nasjonale avtaler er det aller meste på Helsebiblioteket.no fritt tilgjengelig for hele befolkningen.

KVALITETSVURDERING

Portalen Sunnskepsis.no gir råd om kvalitetskriterier for helseinformasjon. Nettstedet er utviklet av forskere og helsepersonell i samarbeid med pasienter og andre brukere. En del av portalen hjelper pasienten med å sjekke påliteligheten av informasjon om behandling. En annen del gir en innføring i søking etter forskning, og en siste gir tips om hva som kan være nyttig å spørre helsepersonell om. Sunnskepsis.no kan være et godt tips for pasienter så vel som helsepersonell, på leting etter pålitelige kilder.



JAKTEN PÅ SVAR



Av **Hege Underdal**, bibliotekar og konstituert redaksjonssjef i helsebiblioteket.no

Hvordan forebygger man fall hos pasienter i sykehus? Hjelper lysbehandling på søvn- og atferdsforstyrrelser ved demens? Sykepleierens hverdag er full av spørsmål, men hvor finnes det egentlig pålitelige svar?

På internett finnes det utallige kilder til svar på kliniske spørsmål, men det er ikke alltid like enkelt å finne ut om innholdet er uavhengig og om informasjonen er til å stole på. Ved å starte jakten på svar på Helsebiblioteket.no kan du føle deg tryggere på det du finner. Her presenteres et utvalg gode kilder for sykepleiere.

SYKEPLEIESIDEN

Innenfor kunnskapsbasert praksis (KBP) er det å basere kliniske beslutninger på kilder til oppsummert forskning fremfor primærforskning, et viktig prinsipp. Dette har vi lagt til grunn når vi har strukturert sykepleiesiden på Helsebiblioteket.no. Innstillingen er bygget rundt ulike informasjonsbehov, og tanken er at brukeren ikke skal behøve å vite så mye om KBP for å velge riktig kilde til sitt behov. Siden inneholder lenker til alt fra oppslagsverk og prosedyrer, til tidsskrifter og nyttige nettsider. Gå til siden via menyen til venstre på Helsebibliotekets startside.

PRAKTISKE PROSEDYRER

Hvordan går man så frem når man ønsker å finne ut hvordan man best kan forebygge fall? En mulighet er å gå til en av kildene under «I pasientmøtet» på

sykepleiesiden. Her finner du blant annet prosedyrer, en kilde til praksisnær, oppsummert kunnskap. På Helsebiblioteket.no publiseres kunnskapsbaserte prosedyrer utviklet innenfor Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, presentert i Sykepleien Forskning nummer 4–2011. Et raskt søk på ordet «fall» inne på nettverkets side gir treff på «Forebygging av fall hos pasienter i sykehus». Denne ligger foreløpig bare på listen over påbegynte prosedyrer, så jakten fortsetter.

INTERNASJONALE OPPSLAGSVERK

Neste stopp er kliniske oppslagsverk – et annet eksempel på kilder til kliniske anbefalinger basert på oppsummert forskning. UpToDate er et oppslagsverk med utspring i spesialisthelsetjenesten og gir svar på mange spørsmål hentet fra vanlige situasjoner i sykehus. Ressursen er mest brukt blant leger, men stadig flere sykepleiere oppdager at UpToDate inneholder relevant stoff. Et søk på «fall prevention» gir blant annet treff på kapittelet «Prevention of falls in nursing care facilities and the hospital setting». Her gjennomgås ulike tiltak som trening, justering av medikamentering og tilskudd av vitamin D. I dette tilfellet konkluderer UpToDate med at det er svak evidens for de fleste tiltakene, men at det er grunn til å vurdere individuelt tilpasset forebygging basert på en vurdering av den enkelte pasients største risikofaktorer.

NORSKE RETNINGSLINJER

Oppslagsverkene er en solid kilde til oppsummert internasjonal kunnskap, men anbefalingene kan noen ganger skille seg fra det som er gjeldende i Norge. Derfor er det viktig også å sjekke norske retningslinjer eller veiledere før man gjør et endelig valg om behandling. Helsebiblioteket samler norske retningslinjer og gjør dem tilgjengelige i en egen database, velg «Retningslinjer» i den horisontale menyen øverst på nettsiden. På sykepleiesiden



Illustrasjonsfoto: Colourbox

er noen retningslinjer trukket frem og presentert under «I pasientmøtet», mens andre er vurdert som mer relevante for faglig fordypning. Et søk på «fall» i retningslinjesamlingen gir blant annet treff i en retningslinje om hjerneslag. Anbefalingene for denne pasientgruppen er på linje med de generelle anbefalingene i UpToDate.

SYSTEMATISKE OVERSIKTER

Ved faglig fordypning er det tidsbesparende å se etter systematiske oversikter som oppsummerer mange sammenliknbare enkeltstudier, fremfor selv å søke etter enkeltartikler og så vurdere og oppsummere disse. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Cochrane Collaboration er viktige produsenter av slike oppsummeringer, samt Joanna Briggs Institute som oppsummerer kunnskap spesielt innen sykepleie, fødselshjelp og beslektete områder. På sykepleiesiden finner du disse under «Faglig fordypning».

SEKUNDÆRTIDSSKRIFTER

De fleste tidsskrifter publiserer artikler basert på enkeltstudier, eller primærforskning, og kalles derfor primærtidsskrifter. Sekundærtidsskrifter bygger på primærlitteraturen ved at artiklene i disse tidsskriftene er en oppsummert kvalitetsvurdering av en artikkel opprinnelig publisert i et annet tidsskrift. Sekundærtidsskrifter er altså vel så viktige som primærtidsskriftene, selv om navnet kanskje skulle tilsi noe annet.

Innenfor kunnskapsbasert praksis er kritisk vurdering et viktig trinn mellom det å formulere et spørsmål og implementering av forskningsresultater i klinisk praksis. Hensikten er å vurdere gyldigheten av informasjonen i en studie. Artiklene i sekundærtidsskrifter er et tidsbesparende alternativ til å gjøre dette selv. Innenfor sykepleiefaget er Evidence-Based Nursing fra BMJ et viktig sekundærtidsskrift. Her vurderes artikler fra en rekke sentrale inter-

nasjonale sykepleietidsskrifter. Tidsskriftet finnes under «Faglig fordypning».

PRIMÆRFORSKNING

Det tar tid fra forskningsresultater publiseres til kunnskapen tas inn som kliniske anbefalinger i prosedyrer, retningslinjer og oppslagsverk. Ikke alle artikler oppsummeres i sekundærtidsskrifter heller, så av og til er vi avhengige av å lete i primærlitteraturen. Dette er selvfølgelig også der ny forskning blir tilgjengelig aller først, og er slik sett en viktig kilde til å holde seg oppdatert innenfor sitt eget fag. Sykepleien Forskning er et eksempel på en slik kilde.

I Helsebiblioteket finnes det cirka 3000 tidsskrifter i fulltekst og mange databaser som registrerer innholdet i disse og mange tusen andre tidsskrifter. Under «Faglig fordypning» på sykepleiesiden finner du et utvalg.

HVA TRENGER DU?

Etter at vi la om sykepleiesiden, er enkelttemaer først og fremst ivarett ved at vi samtidig har styrket utvalgte emneinnganger med mer sykepleiefaglig stoff. Disse sidene er tilgjengelige via venstremenyen på Helsebibliotekets forside, prøv for eksempel emnesiden «Eldre», eller «Legemidler». Resultatet er at sykepleiere nå både har en egen generell inngang med råd om valg av kilde, samtidig som emnesidene er blitt mer relevante for faggruppen. Dette er et resultat av et samarbeid med sykepleiere fra sykehjem, hjemmetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og for å sørge for at Helsebiblioteket er relevant og nyttig tar vi alltid imot innspill og tips fra fagmiljøene. Har du kommentarer eller forslag? Kontakt oss på redaksjonen@helsebiblioteket.no!

Lenker: <http://www.helsebiblioteket.no/>,
<http://www.helsebiblioteket.no/Sykepleie>

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:

KRISTIN HARALDSTAD

Tittel: Health-related quality of life and pain in children and adolescens – the Norwegian KIDSCREEN study.

Arbeidssted: Universitetet i Agder, Institutt for Helse og sykepleievitenskap

Utgått fra: Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning.

Veileder: Professor Sølvi Helseth, HiOA

Disputas: 21. juni 2011

E-post: kristin.haraldstad@uia.no

> **Bakgrunn:** Kunnskap om barns livskvalitet er av særlig interesse i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Forskning på helserelatert livskvalitet (HRQOL) kan gi verdifull informasjon om hvordan barn har det, gi bedre forståelse av barns behov, og identifisere

utsatte grupper. Stadig flere barn og ungdom rapporterer om psykososiale problemer som kan ha negativ påvirkning på livskvaliteten, slik som smerter, et negativt kroppsbilde, overvekt og mobbing.

Hensikt: Å bidra til økt kunnskap om HRQOL og helse hos barn og ungdom ved å studere HRQOL og forklaringsvariabler for HRQOL i et utvalg barn og ungdom i aldersgruppen 8–18 år. Samt å studere barns opplevelse av smerter, og foreldres vurdering av barnas smerter.

Metode: Tverrsnittstudie. En spørreundersøkelse ble gjennomført på 20 barne-, ungdoms- og videregående skoler i østlandsområdet. Et utvalg av 1238 barn og ungdom samt 835 foreldre deltok.

Resultat: Barn og ungdom i aldersgruppen 16–18 år rapporterer om lavere HRQOL enn de yngre barna. Jentene rapporterer

i gjennomsnitt lavere HRQOL enn gutter. Det er en sammenheng mellom lav HRQOL og det å oppleve smerte, bli mobbet og ha et negativt kroppsbilde. Kroppsbilde har størst betydning for variasjon i livskvaliteten. Resultatene viste ingen sammenheng mellom BMI og HRQOL. Mange barn rapporterer om smerte; sju av ti jenter i aldersgruppen 16–18 har hatt smerter de siste tre månedene.

Konklusjon: Flere faktorer har betydning for barn og unges livskvalitet. Kroppsbilde er en viktig forklaringsvariabel for HRQOL hos barn, og alderen 16–18 år er en sårbar fase, særlig for jenter. Mange barn og ungdom har smerter, og smerter er et sentralt helseproblem i denne aldersgruppen. Smerter påvirker dagliglivet og fører til skolefravær, søvnproblemer og fravær fra aktiviteter. Videre er det sammenheng mellom smerter og lav HRQOL. Foreldre er i liten grad klar over barnas smerter.

HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til forskning@sykepleien.no.

Retningslinjer for utforming av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider: www.sykepleien.no.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
**MARY-ELIZABETH
BRADLEY EILERTSEN**

Tittel: Children and Adolescents Surviving Cancer: Psychosocial Health, Quality of Life and Social Support

Arbeidssted: Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU

Utgått fra: NTNU, Det medisinske fakultet, Trondheim

Veileder: Professor Torstein Vik; Høgskolen i Sør-Trøndelag

Disputas: 17. november 2011

E-post: mary.elizabeth.eilertsen@hist.no

> **Bakgrunn:** Å få kreft som barn innebærer en krise for barnet og dets familie. En tverrfaglig samarbeidsmodell for oppfølging av barn med kreft og deres familier var utviklet ved Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim.

Hensikt: Studien var todelt. Målet med del 1 var å utforske og beskrive fagpersoners oppfatning av samarbeid, samt å evaluere samarbeidsmodellen. Målet i del 2 var å beskrive psykososial helse og livskvalitet til unge som overlever kreft tre år eller mer etter diagnose, sammenliknet med en frisk kontrollgruppe.

Metode: I del 1 besvarte 91 fagpersoner fra familiens nærmiljø et spørreskjema og 17 fagpersoner fra Trondheim kommune og Barne- og ungdomsklinikken deltok i fokusgruppeintervjuer. Del 2 omfattet en casekontroll-studie av 50 unge, diagnostisert med kreft mellom 1993–2003, samt foreldre, lærer og kontrollgruppe.

Resultat: Fagpersoner rapporterte veletablerte rutiner for samarbeid som avgjørende for best mulig oppfølging av familier. Ungdommer som overlevde kreft vurderte sin egen livskvalitet som like god som kontrollgruppen. Ungdommer behandlet for hjernesvulst og de som hadde senskader, rapporterte imidlertid mer emosjonelle problemer og dårligere livskvalitet. I tillegg rapporterte foreldrene dårligere livskvalitet for sine barn som overlevde kreft sammenliknet med kontrollere.

Konklusjon: Det er av stor betydning å utvikle gode rutiner for samarbeid og tilpassete tiltak ved planlegging av rehabilitering, spesielt for barn som har vært behandlet for hjernesvulst og de med senskader. Å ta hensyn til informasjon som er både subjektivt og proxy-rapportert er viktig for å bidra til en helhetlig forståelse av barnets psykososiale helse og livskvalitet.



Kandidat:
**RAGNHILD JOHANNE
TVEIT SEKSE**

Tittel: Livet etter underlivskreft. Kvinner sine erfaringar fem og seks år etter behandling for kreftsjukdom.

Arbeidssted: Gynekologisk avdeling, KK, Haukeland universitetssjukehus.

Utgått fra: Det medisinske-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Veileder: Professor Eva Gjøedal, UiB

Disputas: 22. november 2011

E-post: ragnhild.johanne.sekse@helse-bergen.no

> **Bakgrunn:** Talet på menneske som blir langtidsoverlevarar etter kreftsjukdom aukar. Dette skaper eit behov for kunnskap om korleis livet blir opplevd i eit lengre perspektiv etter behandlingsslutt.

Hensikten: Målet med studien var å få kunnskap om korleis kvinner som er behandla for underlivskreft opplever livet i eit langtidsperspektiv.

Metode: Studien har eit kvalitativt design bestående av 32 djupintervju med 16 kvinner i alderen 39–66 år. Studien er forankra i eit fenomenologisk livsverdsperspektiv og



meningsstrukturar kom fram ved hjelp av trinnvis meningsfortetting.

Resultat: Kvinnene sine erfaringar viser at kreftsjukdomen var ein livsendrande prosess som på ulike måtar førte til djuptgripande endringar i livet. Kroppslege endringar, som òg hadde relasjonelle og eksistensielle aspekt, var framleis utfordrande å leva med fem og seks år etter behandling. At endringane òg var knytt til sårbare og intime tema, gjorde dei ekstra vanskelege å koma til rette med. Samstundes hadde kreftsjukdomen henta fram djup takksemd for livet og revitalisert verdiar hjå mange. I tre typlogiar viser studien variasjonar på korleis kvinnene møtte og levde seg gjennom krefterfaringane. Studien har gitt kunnskap om korleis kreftsjukdom kan endra livet på måtar som både er vanskelege og berikande for livet vidare.

Konklusjon: Resultata frå studien gir innsikt som kan brukast til å betra informasjon og vegleiing til kvinner som blir behandla for underlivskreft. Kvinnene kan slik bli betre i stand til å møte kropplege endringar og mulege konsekvensar på lengre sikt, som til dømes endringar for seksuallivet. Studien viser òg at ein bør styrka den heilskaplege oppfølginga ved mellom anna å skape rom og tid for samtale.



Kandidat:
SIGRID NAKREM

Tittel: Measuring quality of care in nursing homes – what matters?

Arbeidssted: Høgskolen i Sør-Trøndelag Avdeling for sykepleierutdanning.

Utgått fra: NTNU

Veileder: Førsteamanuensis Arnfinn Seim, NTNU DMF

Disputas: 16. desember 2011

E-post: sigrid.nakrem@hist.no

> **Bakgrunn:** Antall eldre over 65 år er økende, noe som innebærer økt press på sykehjem i framtiden. Sykehjemmene har utviklet seg de siste 50 årene fra hovedsakelig et botilbud til helseinstitusjoner som gir avansert helsehjelp. Sykehjemsbeboere er skrøpelige eldre med komplekse problemstillinger, avhengig av avansert sykepleie. Kvalitetsindikatorer er kvantitative mål som reflekterer en profesjonell standard for pleie og omsorg, og slike mål benyttes i økende grad for å vurdere kvalitet i sykehjem. Imidlertid er det nødvendig å inkludere det som har størst betydning for sykehjemsbeboere i slike mål.

Hensikt: Hovedmålsettingen med studien var å bidra til en dypere

forståelse av sykehjemskvalitet, ut fra helsepersonellens, beboernes og pårørendes ståsted.

Metode: Avhandlingen omfatter en systematisk oversikt over kvalitetsindikatorer som er i bruk internasjonalt. Videre er det gjort dybdeintervju av beboere ved fire ulike sykehjem, og fokusgruppeintervjuer med pårørende ved to av sykehjemmene.

Resultat: Funnene viser at kvalitet på pleie og omsorg i sykehjem omfatter minst fire hovedområder: Bokvalitet, personellkvalitet, helsetjenestekvalitet og sosial kvalitet, og disse påvirkes i tillegg av en rekke eksterne faktorer. Den internasjonale oversikten over kvalitetsindikatorer gir indikasjoner på at noen av dem kan brukes som pålitelige og gyldige evalueringer av kvaliteten på pleie og omsorg. Den kvalitative intervjuundersøkelsen med beboere og pårørende viste at fysisk og psykisk velvære, mellommenneskelige forhold og det sosiale miljøet har betydning for kvaliteten.

Konklusjon: Indikatorer for de beboerfarte områdene for kvalitet må utvikles. For å sikre at disse er pasientsentrerte, bør utviklingen gjøres i tett samarbeid med sykehjemsbeboerne og pårørende, i tillegg til helsepersonell.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
ELISABETH HOLM HANSEN

Tittel: Monitoring activities in out-of-hours emergency primary care in Norway. A special emphasis on nurses telephone triage and counseling.

Arbeidssted: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research, Uni Helse og Haraldsplass diakonale høgskole.

Utgått fra: Medisinsk-odontologisk fakultet, Universitetet i Bergen.

Veileder: Steinar Hunskaar, UiB

Disputas: 18. november 2011

E-post: elisabeth.holm-hansen@uni.no

► **Bakgrunn:** Legevakt er en viktig del av primærhelsetjenesten, og det har ikke eksistert noen systematisk kartlegging av legevaktaktiviteter i Norge. Sykepleiere ved legevakter og legevaktsentraler vurderer og prioriterer pasienthenvendelser og henviser til lege eller gir medisinske råd. Det har så langt ikke vært gjort noen studier på prioriteringer og sykepleiers rådgivning ved norske legevakter.

Hensikt: Hensikten med studiene i avhandlingen har vært å utvikle en

metode for å samle inn valide data fra et representativt utvalg av legevakter i Norge. Videre ønsket man å undersøke hvordan sykepleiere i legevakt fastsetter pasientenes hastegrad og hvordan pasienter som får medisinske råd av sykepleier forstår og følger rådene.

Metode: Sykepleiere ved sju legevakter og 18 kommuner underskrev en kontrakt om å levere data på et bestemt sett av variabler hele døgnet, hele uken, alle årets dager. Ved undersøkelse av fastsetting av hastegrad ble 88 sykepleiere i det samme representative utvalget bedt om å vurdere og fastsette hastegrad på 20 skriftlige scenarier i henhold til Norsk indeks. For å undersøke sykepleiers medisinske telefonrådgivning ble det gjennomført intervju med 100 pasienter der deler av informasjonen fra intervjuene ble sammenliknet med pasientenes lydlogg.

Resultat: Studiene har avdekket store variasjoner i henvendelser til legevakt med høyest kontaktrate for barn og eldre. Norge hadde den høyeste kontaktraten til legevakt sammenliknet med studier fra andre land, med unntak av Danmark. Tilstander som ikke haster utgjorde 76 prosent av alle henvendelsene, og 2 prosent var akutte, alvorlige tilstander. Sykepleierne håndterte 24 prosent av

alle kontaktene alene. Sykepleiernes fastsetting av hastegrad viste totalt 77 prosent korrekte vurderinger i henhold til Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp. Studien fant en undertriagering av hastegrad som var betydelig lavere enn tilsvarende studier i andre land. Samsvar mellom sykepleiernes vurderinger var høy og revurderingene viste god konsistens. Av pasientene som fikk råd av sykepleier på telefonen, sa 99 prosent at de forsto rådene, og flesteparten sa de fulgte dem. Ved sammenlikning av lydlogg var det diskrepans på 18 prosent i forståelse av rådene. Innringere som ikke snakket flytende norsk var mindre trygge på sykepleierne, og fulgte rådene i mindre grad enn andre innringere. Etter kontakt med sykepleier kontaktet 22 prosent av innringerne fastlegen og 11 prosent rekontaktet legevakten.

Konklusjon: Norge har en høy kontaktrate til legevakt sammenliknet med andre land og en høy andel ikke-akutte tilstander. Sykepleiers fastsetting av hastegrad var trygge, og intern konsistens var god. Pasienter som fikk medisinske råd av sykepleier forsto og fulgte rådene i stor grad, men det er kommunikasjonsutfordringer i kontakt med ikke-norske. Pasientenes utkomme etter rådgivning fra sykepleier var god.



Contents >>

Editorial: The quality of the research on nursing	3
Contributions:	
Tove Strand: On the road to equality?	4
Sophie D. Fosså: Cancer treatment has a price	7
Summarised research:	
Cochrane	8
Research news	12
Research articles:	
Motivation for lifestyle changes among morbidly obese people. Av Lisbet Borge, Bjørg Christiansen og May Solveig Fagermoe	14
Comment: Lifestyle change requires motivation. Av Annette Bævre Larsen	23
Activity and organisation of Norwegian learning and mastery centres. Av Christina Foss	24
Comment: We need more knowledge about Learning and mastery centres. Av Kirsti Jenssen.....	31
Assessing pain in sedated, ventilated patients. Av Gerd Bjørknes og Tone Rustøen.....	32
Comment: Not as easy to utilise. Av Knut Dybwik	40
Meaningful activities at the nursing home. Av Britt Øvrebø Haugland.....	42
Comment: We must cooperate with the relatives. Av Elisabeth Rosenvinge	50
The importance of sensory garden and therapeutic horticulture in dementia care:	
A scoping review. Av Marianne Thoresen Gonzalez og Marit Kirkevold	52
Comment: Horticulture reduces anxiety and creates well-being. Av Ida Merethe Dæhlen Larsen	65
Pain due to chest-tube removal. Av Erik Inge Dagestad, Tone Rosén og Solveig Monica Thorsen	66
Comment: The mapping of pain can correct practice. Av Anne Line Sneve Rørtveit	74
Critical thinking: a literate study. Av Vigdis Granum, Gry Opsahl og Betty-Ann Solvoll	76
Kommentar: Abstract about critical thinking. Av Maren Falch Lindberg	85
Research in practice	86
Research Interview	88
New and useful	90



Innhold >>

Leder: Kvaliteten på norsk sykepleieforskning	3
Innspill:	
Tove Strand: På vei mot likeverd?	4
Sophie D. Fosså: Kreftbehandling har en pris	7
Oppsummert forskning:	
Cochrane	8
Forskningsnytt	12
Forskningsartikler:	
Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykelig overvekt. Av Lisbet Borge, Bjørg Christiansen og May Solveig Fagermoe	14.
Kommentar: Livsstilsendring krever motivasjon. Av Annette Bævre Larsen	23
Aktivitet ved og organisering av lærings- og mestringssentre. Av Christina Foss	24
Kommentar: Vi trenger mer kunnskap om LMS. Av Kirsti Jenssen.....	31
Smertevurdering av sederte pasienter på respirator. Av Gerd Bjørknes og Tone Rustøen.....	32
Kommentar: Ikke like enkelt å ta i bruk. Av Knut Dybwik	40
Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. Av Britt Øvrebø Haugland.....	42
Kommentar: Vi må samarbeide med pårørende. Av Elisabeth Rosenvinge	50
Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens:	
En scoping review. Av Marianne Thoresen Gonzalez og Marit Kirkevold	52
Kommentar: Hagebruk demper uro og skaper trivsel. Av Ida Merethe Dæhlen Larsen	65
Smerter ved fjerning av retrosternale thoraxdren.	
Av Erik Inge Dagestad, Tone Rosén og Solveig Monica Thorsen	66
Kommentar: Smertekartlegging kan korrigere praksis. Av Anne Line Sneve Rørtveit	74
Hva kjennetegner kritisk tenkning? Av Vigdis Granum, Gry Opsahl og Betty-Ann Solvoll	76
Kommentar: Abstrakt om kritisk tenkning. Av Maren Falch Lindberg	85
Forskning i praksis	86
Forskerintervju	88
Nytt og nyttig	90