

Forskning

02|12



Spisevansker hos barn med hjertefeil

114

Riktig ernæring er nødvendig for at vi skal fungere som aktive mennesker. Studier har vist at ernæringstiltak reduserer komplikasjoner og infeksjoner, og bidrar til redusert liggetid i sykehus. I denne utgaven av **Sykepleien Forskning** beskriver Bente S. Tandberg og hennes medforfattere matvaner og forekomst av spisevansker hos barn med medfødt hjertefeil. Studien fant at barn med samsykdommer spiste spesielt dårlig.



Foto: Erik M. Sundt

REDAKSJONSKOMITÉ:



Liv Merete Reinar
Seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.



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



Liv Wergeland Sørbye
Førsteamanuensis 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.



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



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



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

Sykepleien Forskning skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, for høgskoler og for studenter. Sykepleien Forskning kommer ut sammen med Sykepleien og utøver uavhengig og kritisk forskningsformidling.

Sykepleien Forskning

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

Ansvarlig redaktør:

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaktør: Anners Lerdal

anners.lerdal@lds.no

Assisterende redaktører: Liv Merete Reinar

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

Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson

susanne.dietrichson@sykepleien.no

Markedssjef: Ingunn Roald

ingunn.roald@sykepleien.no

Statistiker: Guri Feten

guri.feten@bfk.no

Grafisk produksjon: Sykepleien

Repro og trykk: Color Print A/S

Utgivelsesplan 2012:

18/10, 6/12

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

Trygg i sykepleiehender

I januar lanserte Helsedirektoratet en treårig pasientsikkerhetskampanje med overskriften I trygge hender. Målet er blant annet å redusere antall fall, urinveisinfeksjoner, trykksår, infeksjoner ved sentralt venekateter og bidra til riktig legemiddelbruk hos pasienter i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Alt dette er sentrale ansvarsområder for sykepleierne. Kampanjen kan gi ny oppmerksomhet på utøvelse av god sykepleie. Et suksesskriterium vil være at sykepleiere aktivt driver fram kampanjen innenfor egne ansvarsområder på de ulike arbeidsplassene. Det er behov for konkretisering og en faglig vurdering av hvilke risikovurderinger og behandlingsplaner som skal innføres. Ettersom sykepleieleidelsen i helseforetakene er pulverisert de seinere år, blir det interessant å se hvordan helseforetakene tar ansvar for utviklingen av typiske sykepleiefaglige områder. Forekomsten av skader skal kartlegges og rapporteres basert på gjennomgang av pasientjournaler ved bruk av metoden Global Trigger Tool. Det virker noe underlig at kampanjen ikke omfatter screening og oppfølging av underernæring.

Pasienter som har økt risiko for pasientskader skal identifiseres. Men man tar ikke stilling til hvilke grupper som skal screenes, hvilke screeningsverktøy man skal bruke og om hvor omfat-

tende kampanjen skal være. Sykehus i Sverige, Danmark og Storbritannia har gjort ulike valg med hensyn til dette. Man bør ta bestemmelsene på bakgrunn av forskningsresultater, kjennskap til pasientgruppene og behandlingen foretaket eller den aktuelle kommunehelsetjenesten gir. Kampanjeområdene er sentrale i sykepleierutdanningen. Samtidig har høyskolene og universitetene som utdanner sykepleiere de største miljøene med forskningskompetanse. Det er derfor naturlig at høyskoler med sykepleierutdanning engasjerer seg i utviklingen av kunnskapsgrunnlaget for risikovurderingene og behandlingsplanene for pasienter med økt risiko.

Screening av pasienter vil naturligvis legge beslag på sykepleiernes tid. Vi må derfor vurdere om screeningene kan inngå i eller erstatte eksisterende rutiner, for eksempel i inntakssamtalen. Dermed er det ikke sikkert at screeningene vil ta særlig mye mer tid. Erfaringer fra andre land viser at pasientskader er redusert med 30 prosent etter innføring av screening og målrettede forebyggende tiltak. Så sykepleiere, løft blikket og engasjer dere i dette viktige arbeidet.

Anners Lerdal



Redaktør

Anners Lerdal, anners.lerdal@ldh.no

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

Hvordan skapes omdømme?

► En risiko som står på listen til enhver profesjonsorganisasjon, er omdømme.

Omdømme gjør det enklere å få jobber og hyggeligere å jobbe. Når en person folk hører på sier noe nedsettende om en profesjons omdømme, tar profesjonens tillitsvalgte gjerne kraftig og offentlig til motmæle.

GODT OMDØMME

Det hender imidlertid at profesjoner ikke ser noe poeng i å rette opp feil. Jeg har for eksempel til gode å høre en sykepleier forsøke å rette på noen som legger ut om hvor snill og omsorgsfull Florence Nightingale var. At Miss Nightingale var skeptisk til omsorgsidealet og hadde blikket solid festet på profesjonalisering av yrket, er noe alle sykepleiere lærer, men hvorfor skite i eget rede når det er historier om omsorg folk vil ha? Jeg hører heller aldri om de rumenske sykepleierne som lot det gå sport i å klemme hardt på og rispe opp i sårene som

flere av de unge demonstrantene mot Romanias diktator kom inn med i 1989. Slikt er jo så lite representativt.

RÅMATERIALE

Det råmaterialet som omdømme skapes av, er ikke bare å finne i egne opplevelser, det være seg dem man har opplevd selv eller dem man blir fortalt om ansikt til ansikt. De formes også av ting man ser på TV og leser i avisen. Vi har alle våre meninger om hva politiet gjorde og ikke gjorde 22. juli, men så godt som ingen av oss var der, og bare et fåtall av oss har selv hørt historiene.

EGNE OPPLEVELSER

Alt dette er ting profesjoner har et aktivt forhold til. Det er verken nytt eller kontroversielt. Folks bilde av sykepleiere er godt. Mange mener også de vet hvor sykepleieres omdømme kommer fra. Det er folks egne

opplevelser på helsestasjoner og sykehus som skaper dem, og kanskje i noen grad venners og families historier om opplevelser på sykehus. Men stemmer dette? Skal det bli noe luft i luka i denne artikkelen, må det snart komme noe pang. Det kommer nå. En profesjons omdømme skapes ikke bare av egne opplevelser og nyheter. Det skapes også av alt det andre vi tar inn av informasjon.

TV SOM REFERANSE

For å holde oss til politieksempelet, kan jeg rapportere at kriminologen Liv Finstad for noen år siden brukte et snaut års tid på å sitte i en politibil og observere hvordan politifolkene plukket ut og behandlet mistenkte. I boken «Politiblikket» rapporterte hun at en rekke pågrepne insisterte på å få ta den telefonsamtalen de hadde krav på før de ble kastet i kasjotten. Da



Foto: NUPPI

” Folks bilde av sykepleiere er godt.

oppsto det et problem. I Norge har ikke pågrepne noen slik rett. Det har de derimot i USA. Hvorfor mente så de pågrepne at de hadde denne retten? Den eneste forklaringen jeg kan finne, er at de har det fra TV. Den gjennomsnittlige nordmann bruker over tre timer foran skjermen. Hun bruker mest tid på underholdning. I så godt som hver bidige episode av NYPD Blue, The Wire, LA Cop og alle B-filmene om politi, krever folk å få ta den telefonsamtalen. Har man sett nok slike, former det ens virkelighetsforståelse. Jeg tar meg selv i dette stadig vekk. Det jeg kunne om jødiske bryllupsskikker hadde jeg fra Fiddler on the Roof, og slik var det inntil jeg ble buden i et. Her forleden var det en barnehageansatt som ikke ville gi fra seg et barn til faren, for han så iransk ut og hun hadde nettopp sett «Ikke uten min datter». Jeg vil tippe

at mang en leser har tatt seg i å tenke på scener fra Mulan som kinesisk historie. I forfjor skrev sjefen ved West Point, den viktigste krigsskolen i USA, til teamet bak TV-showet «24» og bad dem slutte å vise scener hvor helten Jack Bauer torturerer skurker. Kadettene hans trodde det var slik det skulle være, og West Point fikk en masse arbeid med å plukke det av dem.

KJÆRLIGHET I HVITT

Relevansen av alt dette for norske sykepleiere skulle være åpenbar. «Medical drama» er en egen genre på amerikansk TV. En serie som «ER» gikk i femten år. Gray's Anatomy har vært en stor hit også på norsk TV. Og så har vi kjærlighet i hvitt-genren. Jeg tror knapt jeg har vært i et større norsk supermarked som ikke har et rikt tilbud av pocketbøker med lykelige, hvitkledde par på cove-

ret (han gjerne på høyre side, brun, smilende ned til henne). Alt dette er bra for omdømmet. Sykepleiere blir stort sett presentert som hyggelige, velmenende og kompetente. Det amerikanske sykepleieforbundet har spilt på «kjærlighet i hvitt»-genren i rekrutteringsarbeidet. Jeg har i årevis forsøkt å få en eller annen til å skrive masteroppgave om populærkulturens sykepleierbilder, men uten hell.

GAL PROFESSOR

Det er nok fordi folk ikke vil være ved at slikt har betydning. Slik kan det ikke være. Folk kan da skille mellom virkelighet og underholdning? Vel, la oss si at det er den gale professoren som slår til igjen. Ideen om den gale professoren kommer forresten fra en roman skrevet av Mary Shelley på begynnelsen av 1800-tallet, og har utelukkende spredt seg via populærkulturen.



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

Av Egil W. Martinsen

Leder for Avdeling for forskning og utvikling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF og professor i psykiatri, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.



Move your ass – and your mind will follow

> Fysisk aktivitet kan påvirke tanker og følelser positivt.

Psykiske lidelser påvirker hele mennesket; både følelser, tanker, kropp og atferd. Når plagene varer over tid, blir hele mennesket fastlåst, vi går i baklås. Vonde følelser og negative bekymrede tanker kommer igjen og igjen, og vi kan ende opp passive, tilbaketrukket og hjelpeløse.

Det er vanskelig å skyve bort vonde følelser. Det er heller ikke lett å la være å tenke negative tanker eller å avbryte bekymringstenkning eller grubling. Den lureste metoden jeg kjenner, er å bevege kroppen. Da kan tanker og følelser også begynne å røre på seg. Formuleringen i overskriften fikk jeg av en amerikansk kollega og idrettsforsker. Men dette er gammel kunnskap, som spesielt filosofer har vært opptatt av.

Thomas Hobbes levde før blyant og kulepenn var oppfunnet. Han monterte inn et

blekkhus i spaserstaven sin, slik at han kunne notere ned de gode ideene han fikk mens han var ute og gikk. Jean Jacques Rousseau formulerte følgende: Jeg kan bare meditere når jeg går. Når jeg stopper, slutter jeg å tenke; sinnet mitt fungerer bare sammen med beina mine. Friedrich Nietzsche skal ha sagt: For rekreasjon vender jeg meg til tre ting, og for en vidunderlig rekreasjon de gir: Min Schopenhauer, Schumanns musikk, og til slutt ensomme spaserturer. Søren Kierkegaard har en kjent formulering: Men fremfor alt, tab ikke lysten til at gå. Jeg går mig hver dag til det daglig velbefindende og går fra enhver sykdom. Jeg har gået mig til mine beste tanker, og jeg kender ingen tanke så tung at man ikke kan gå sig fra den. Og når man slik fortsetter at gå, så går det nok. Henry David Thoreau, amerikansk forfatter,

filosof og samfunnskritiker, har skrevet: I det øyeblikket beina mine begynner å bevege seg, begynner tankene å flyte.

Ulike former for fysisk aktivitet kan påvirke tanker og følelser. Tankegang er et begrep fra dagligspråket, som fanger opp sammenhengen mellom kroppslig bevegelse og tanker. Kognitiv terapi fremhever at psykiske lidelser blir vedlikeholdt av negative eller bekymrede tanker og tilbaketrukket, inaktiv atferd. Unngåelse og tilbaketrekning beskytter på kort sikt mot følelsesmessige smerter, men fører på lang sikt til at plager vedlikeholdes. For å komme ut av uføret må vi komme i bevegelse. De som har angst må eksponere seg, mens deprimerede må aktivisere seg. Da vil mange oppleve at tanker og følelser også begynner å bevege seg, og at de får et bedre liv gjennom egen innsats.

Aromaterapi mot postoperativ kvalme

Resultatene fra en ny Cochrane-oversikt viser at aromaterapi i form av «isopropyl alkohol» er effektiv mot postoperativ kvalme sammenliknet med placebo. Men den virker ikke bedre enn vanlige kvalmestillende medisiner. Det er uklart om peppermyn-teolje er effektivt mot kvalme.

AROMATERAPI

Postoperativ kvalme og oppkast er et vanlig og ubehagelig fenomen. Det er en av de vanligste bivirkninger etter operasjon og alle typer anestesi, og har en forekomst på 20 til 30 prosent. Vanlig behandling er ikke alltid effektiv for pasienter og aromaterapi kan kanskje være et supplement eller alternativ. Aromaterapi kan ha effekt på annen type kvalme. Det er særlig ingefær, fennikel og peppermyn-te (i form av massasje, kompress eller inhalasjon) som brukes mot kvalme. Postoperativt tilbys aromaterapi i form av inhalasjon av dampen fra essensielle oljer. I foreliggende studier ble effekten av «isopropyl alkohol» og peppermyn-teolje vurdert.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne inkluderte ni studier

som vurderte bruken av aromaterapi sammenliknet med placebo og fant følgende resultater:

- Inhalasjon av «isopropyl alkohol» reduserte behovet for andre kvalmereduserende medikamenter
- Det er ikke nok data tilgjengelig om effekten av peppermyn-teolje
- Ingen studier rapporterte data om eventuelle bivirkninger
- Pasientene var like fornøyde med aromaterapi som medikamentell behandling

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

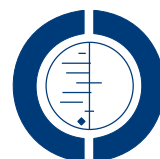
Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av aromaterapi på alvorlighetsgrad og varighet av postoperativ kvalme og oppkast. De ønsket også å undersøke om aromaterapi er trygt å bruke sammenliknet med standard medikamentell behandling. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant ni studier med til sammen 402 pasienter, 91 barn og 311 voksne. De ni studiene ble publisert mellom 1997 og 2009

og var gjennomført i USA, Iran og England. Studiene hadde stort sett mangelfull metodisk kvalitet. De ni studiene målte effekten av inhalasjon av to typer aromaterapi («isopropyl alkohol» og peppermyn-teolje) brukt mot postoperativ kvalme, og ingen viste bedre effekt enn standard medikamentell behandling. Isopropyl var likevel mer effektivt enn placebo.

KILDE

Hines S, Steels E, Chang A, Gibbons K. Aromatherapy for treatment of postoperative nausea and vomiting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 4.

Skrevet av Liv Merete Reinar,
Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten



THE COCHRANE
COLLABORATION®



Illustrasjon: Lene Ask

Kronisk syke i kommunehelsetjenesten

Resultatene fra en ny Cochrane-oversikt viser at tiltak rettet mot organisering av tjenestene eller rettet mot hjemmeboende pasienter med samsykdom kan være nyttig. Funnene baserer seg på studier som er hovedsakelig rettet mot en eldre populasjon.

SAMSYKDOM

Mange personer med kroniske lidelser har mer enn én kronisk sykdom og dette blir gjerne referert til som samsykdom eller komorbiditet. Man har rettet oppmerksomheten mot kommunebaserte tiltak som kan tenkes å bedre livet og helsetilstanden for personer med samsykdom som bor hjemme. Disse tiltakene kan være rettet mot helsepersonell, for eksempel ved opplæring eller videreutdanning. Det kan også skje i form av økonomiske incentiver; for eksempel ved å øke konsultasjonslengden, eller gjennom organisatoriske tiltak; for eksempel personlig plan eller økt tverrfaglighet i omsorgsgruppen. Man kan også benytte pasientrettede tiltak, som pasientopplæring og støtte til egenomsorg, eller lover og reguleringer, for eksempel innføring av forskrifter som skal endre praksis for å bedre helseutfall. Individuer med samsykdom har høyere dødelighet, mer innleggelse i sykehus og

lengre sykehusopphold. De kan også ha lavere livskvalitet, lavere fysisk funksjon og økt forekomst av depresjon. Å bruke mange medikamenter kan også være utfordrende å holde styr på samt føre til bivirkninger. Samsykdom rammer særlig eldre og viser seg gjerne i befolkningsgrupper over 60 år. I lys av samhandlingsreformen og styrking av kommunehelsetjenesten i Norge kan denne oversikten være av spesiell interesse.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Denne systematiske oversikten hadde til hensikt å finne og oppsummere kunnskap om effekten av helsetjenester kommunehelsetjenesten tilbyr for å bedre helsen til personer med samsykdom. Forfatterne inkluderte ti studier som vurderte effekten av tiltak rettet mot organisering av tjenestene eller rettet mot individer. Resultatene viste at:

- Det var blandet effekt av tiltak på fysisk helse
- Noe bedring i forskrivning av medikamenter
- Noe bedring i medikamentbruk
- Det er krevende å bedre helsen i denne populasjonen
- Å fokusere på spesielle risikofaktorer og funksjonsproblemer kan være hensiktsmessig

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av tiltak som skal bedre utfall for personer med samsykdom som bor hjemme. Utfallene de var interessert i var validerte mål for fysisk og psykisk funksjon, psykososial status, livskvalitet, velvære og grad av funksjonshemming. De lette også etter studier som målte atferden til pasienter eller helsearbeidere, etterlevelse ved medikamentbruk, bruk av helsetjenester, tilfredshet med tjenestene og kostnader. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant ti randomiserte studier med til sammen 3357 pasienter. De ti studiene ble publisert mellom 1999 og 2011 og var gjennomført i USA, Canada og England. Studiene hadde stort sett god metodisk kvalitet. De ti studiene var veldig forskjellige og det var ikke mulig å slå sammen resultatene i metaanalyser. Hovedsakelig var det organisatoriske eller pasientrettede tiltak som ble evaluert. Funn fra enkelte studier antydde bedring på utfall som blodtrykk, blodsukker og sosial deltakelse, ikke entydige funn på depresjon og livskvalitet eller fysisk aktivitet. Interesserte lesere bør gå



Illustrasjon: Lene Ask

til Cochrane Library, via hel-sebiblioteket.no, og hente fram hele oversikten for mer utfyllende informasjon.

KILDE
Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving

outcome in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 4.

Skrevet av Liv Merete Reinart, 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.

Nytt kartleggings skjema for tannhelse

Smerter eller ubehag i munnen, munntørrehet, spising og informasjon om munnhelse er aspekter som er relatert til livskvaliteten hos pasienter med kreft. Dette fant forskerne som skulle utvikle et kartleggings skjema til registrering av munnhelsen til pasienter med kreft. Målsettingen var at det nye skjemaet skal utgjøre et tillegg til EORTC – C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Core Questionnaire). EORTC brukes til kartleg-

ging av livskvalitet hos pasienter som har eller har hatt kreft.

Utviklingen av kartleggings skjemaet for tannhelse fulgte veiledningen EORTC har laget for utvikling av slike kartleggingsverktøy. Fase 1 ble gjennomført i Frankrike, Tyskland, Hellas, Nederland, Norge og Storbritannia. Syv land ble inkludert i fase 2. I denne fasen finner forskerne fram til hva som kan være aktuelt innhold når munnhelsen skal kartlegges. Forskerne gjennomførte litteratursøk i ulike databaser ved hjelp av emneordene (MESH) «oral health», «cancer/neoplasm», «quality of life», «oral morbidity» i ulike kombinasjoner. I tillegg til gjennomgang av 85 forskningsstudier, intervjuet de 18 personer som enten var sykepleiere, leger, tannleger eller tannpleiere, og 83 pasienter fra de ulike landene. Forskergruppen lagde nye spørsmål om munnhelse og et utkast til spørreskjema. Spørsmålene ble deretter oversatt

til ulike språk. Hensikten med fase 3 er å teste ut om spørsmålene er relevante og forståelige for deretter eventuelt å modifisere dem. I denne fasen fylte 178 pasienter fra ulike europeiske land ut skjemaet, for deretter å bli intervjuet om spørsmålene og spørreskjemaet. Utviklingsprosessen endte med 17 spørsmål som omhandlet områdene smerter og ubehag i munnen, munntørrehet, spising og informasjon om munnhelse. Forskerne skriver at de nå vil gjennomføre ytterligere testing av hvordan pasientene skårer på de ulike spørsmålene og områdene i neste fase (fase 4).

REFERANSE:

Hjermstad MJ, Bergenmar M, Fisher SE, Montel S, Nicolatou-Galitis O, Raber-Durlacher J, et al. The EORTC QLQ-OH17: A supplementary module to the EORTC QLQ-C30 for assessment of oral health and quality of life in cancer patients. Eur J Cancer 2012. DOI: 10.1016/j.ejca.2012.04.003.

KOMMENTAR

En kompetent vurdering og behandling av pasienters munnproblemer er et viktig sykepleieansvar med stor betydning for at pasienter tar til seg riktig ernæring og for velbehag og livskvalitet. Kartlegging før, under og etter den medisinske behandlingen av kreftsykdommen vil gi viktig kunnskap om forekomst om munnproblemer og muliggjøre tidlig iverksetting av behandlingstiltak.

Kvaliteten på psykiatrisk poliklinisk behandling

Kvinner, eldre, pasienter med partnere, de med lavest utdanningsnivå og de som var yrkesaktive var mest fornøyd med kvaliteten på tjenesten. Dette går fram av en studie hvor pasienter som fikk poliklinisk behandling på psykiatriske poliklinikker i Sverige vurderte behandlingstilbudet de fikk.

Studien hadde et tverrsnittsdesign. Data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjemaet Quality in Psy-

chiatric Care-Out-Patient (QPC-OP). Deltakerne til studien ble rekruttert fra 15 poliklinikker i tre fylker i Sverige av resepsjonistene som tok imot pasientene som møtte til timeavtaler. De som var 18 år og eldre, møtte ved en av poliklinikene i studien, kunne snakke og lese svensk og hadde kognitiv funksjon god nok til å besvare spørsmålene, ble inkludert i studien. Pasienter som tilfredsstilte inklusjonskrite-

riene og som ønsket å delta fylte ut spørreskjemaet anonymt og leverte dette i en forseglet konvolutt. QPC-OP består av 15 spørsmål om pasientenes sosiodemografiske bakgrunn og bruk av poliklinikken. I tillegg inngår 30 spørsmål som måler følgende åtte dimensjoner: møtet, bemyndiget deltakelse, deltakelse – informasjon, utskrivning, støtte, miljø, pårørende og tilgjengelighet. Av de 2292 som tilfreds-

> TIPS OSS

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

Tips kan sendes til annners.lerdal@ldh.no

Mangelfull behandling av eldre pasienter

Både leger og sykepleiere sa de behandlet eldre pasienter forskjellig fra yngre pasienter, og eldre fikk ofte lavere prioritet. Helge Skirbekk og Per Nortvedt har studert helsepersonell sine etiske overveielser knyttet til prioriteringer og behandling av eldre pasienter.

Studien hadde et kvalitativt design. For å få informasjon fra ulike helsetilbud, ble leger og sykepleiere rekruttert fra en intensivavdeling, tre indremedisinske avdelinger og tre allmennpraksiser i Oslo-området. Data ble samlet inn gjennom 21 dybdeintervjuer og tre fokusgruppeintervjuer med deltakerne. Intervjuene med deltakerne fra intensivavdelingene fokuserte på situasjoner med akutt behandling og raske beslutninger. Intervjuene med deltakerne fra de indremedisinske avdelingene fokuserte på et helhetsperspektiv. I intervjuene med allmennpraktikerne ble det

fokusert på fordeling av behandlingstilbudet.

Fra de indremedisinske avdelingene deltok 13 personer og fra intensivavdelingen fem personer. De tre legene fra allmennpraksis hadde hver sin praksis. Elleve leger og ti sykepleiere deltok, elleve kvinner og ti menn. Deltakerne hadde jobbet fra ett til 35 år og i gjennomsnitt elleve år. Både leger og sykepleierne fortalte at de behandlet eldre pasienter annerledes enn yngre pasienter og at eldre ofte fikk lavere prioritet. Under- eller overbehandling av eldre pasienter ble beskrevet relativt hyppig og som en uønsket konsekvens. Dette handlet blant annet om et høyt medikamentbruk og for mange tiltak kombinert med mangelfull omsorg og oppfølging. En forklaring som ble gitt på den manglende balansen var at eldre pasienter tolererer behandlingen dårligere enn yngre.

Flere deltakere stilte spørsmål ved livskvaliteten til de eldre pasientene etter gjennomført behandling.

REFERANSE:

Skirbekk H, Nortvedt P. Inadequate Treatment for Elderly Patients: Professional Norms and Tight Budgets Could Cause «Ageism» in Hospitals. *Health Care Anal* 2012. DOI: 10.1007/s10728-012-0207-2.

Studien reiser reelle problemstillinger som i framtiden trolig vil bli enda mer problematiske når helsetjenester skal prioriteres i en befolkning hvor andelen gamle øker. At gamle har flere samsykdommer enn yngre kompliserer behandlingen ved at behandlingen av en sykdom kan virke negativt inn på en annen.

KOMMENTAR

stille inklusjonskriteriene, ble 1618 skjemaer levert inn hvorav 1340 var så fullstendig utfylte at de ble brukt i analysene. Kvinner utgjorde 69 prosent av utvalget og gjennomsnittsalderen på deltakerne var 40 år. Kvinner, eldre, pasienter med partnere, de med lavest utdanningsnivå og de som var yrkesaktive var mest fornøyd med kvaliteten på tjenesten. Kvinnene og de som var eldre rapporterte også bedre psy-

kisk helse enn menn og yngre. Kortere ventetid, bedre informasjon og møte med færre yrkesgrupper var relatert til bedre egenrapportert psykisk helse.

REFERANSE:

Lundqvist LO, Ahlstrom G, Wilde-Larsson B, Schroder A. The patient's view of quality in psychiatric outpatient care. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2012.01899.x.

Studier har vist at det kan være store sosiale ulikheter i befolkningens helsetilstand. Det er derfor interessant å undersøke om tilfredsheten med ulike behandlingstilbud varierer med brukernes sosiodemografiske bakgrunn. At enkelte brukergrupper er mindre tilfreds enn andre bør få oss til å stille spørsmål ved om disse gruppene får et tilfredsstillende behandlingstilbud.

KOMMENTAR



SPISEVANSKER HOS BARN MED MEDFØDT HJERTEFEIL



Foto:
Erik M. Sundt





Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Barn med medfødt hjertefeil overlever som følge av kirurgisk og intensiv behandling. Noen av barna utvikler også spisevansker.

Hensikt: Å beskrive forekomst av gastrostomi hos barn med medfødt hjertefeil, og hva barnas mødre rapporterer om hvilke matvarer barna spiser og barnas spisevaner, sammenliknet med friske barn ved 18 måneders alder.

Metode: En longitudinell kaskontroll design studie hvor datamaterialet

er hentet fra MoBa (65764), gjennomført av Nasjonalt folkehelseinstitutt og samkjørt med et landsdekkende register for barn med hjertefeil i 2010. Vi identifiserte 122 barn med mild og moderat hjertefeil, 54 med alvorlig hjertefeil og 22 med hjertefeil og samsykdom. Gruppene ble sammenliknet med kontrollgruppen med logistisk regresjon og kji-kvadrat test med henhold til kostholdsvariabler.

Resultater: Seks av 198 barn med medfødt hjertefeil har fått innlagt gastrostomi. Mødre til barn med

alvorlig hjertefeil og barn med hjertefeil og samsykdom har høyere odds for å rapportere spisevansker. Ved undersøkelse av kostholdet skiller kun gruppen med hjertefeil og samsykdom seg signifikant ut.

Konklusjon: Mødre til barn med alvorlig hjertefeil og barn med hjertefeil og samsykdom rapporterer spisevansker oftere enn mødre til friske barn. På tross av dette er det sjelden behov for innleggelse av gastrostomi, og kostholdet er kun signifikant forskjellig hos barn med hjertefeil og samsykdom.

ENGLISH SUMMARY

Gastronomy and diet in 18-month-old children with congenital heart defects

Background: Children with congenital heart disease (CHD) survive due to surgical and intensive treatment. Some of these children experience feeding challenges.

Objective: To describe the incidences of gastrostomy and what the mothers of children with CHD report concerning their children's diet and eating habits compared to healthy children at 18 months of age.

Method: A longitudinal case control

design study with data extracted from the MoBa Study (65,764) conducted by the Norwegian Institute of Public Health and merged with a 2010 nationwide registry of CHD. We identified 122 children with mild and moderate CHD, 54 with severe CHD and 22 with CHD and co-morbidity. The groups were compared with the control group using logistic regression and the chi square test regarding dietary variables.

Results: Six out of 198 children with CHD were registered with gastrostomy. Mothers of children with severe CHD and children with CHD and co-morbidity have higher odds of reporting feeding difficulties. After

an examination of the diets, the only group that stands out significantly is the group with CHD and co-morbidity.

Conclusions: Mothers of children with severe CHD and CHD and co-morbidity report feeding difficulties more often than mothers of healthy children. In spite of this, there is rarely a need for gastrostomy. Moreover, the children's diet was only significantly different in children with CHD and co-morbidity.

Keyword: Children illness, nutrition, cardiovascular disease, congenital heart disease, feeding difficulties, gastrostomy.

» Gastrostomi og spisevansker hos 18 måneder gamle barn med medfødt hjertefeil

Forfattere: Bente Silnes Tandberg,
Ragnhild Eek Brandlistuen,
Margarete Erika Vollrath,
Leif Eskedal og Ingrid B. Helland

NØKKELORD

- Barn
- Ernæring
- Hjerte- og karsykdom
- Mage-tarm-system

INTRODUKSJON

Hvert år fødes cirka 240–720 barn med medfødt hjertefeil i Norge (1-3). De siste tiår har fremskritt innen kirurg, anestesiti og postoperativ behandling og pleie medført redusert dødelighet (4-6). De ulike typene av medfødt hjertefeil kan variere fra små defekter som ikke påvirker barnets liv, vekst, ernæring eller utvikling til alvorlige tilstander som er uforenlig med liv. Noen av barna har også andre misdannelser i tillegg til hjertefeilen. De alvorligst syke barna gjennomgår omfattende og gjentatt kirurgisk og intensiv behandling som kan forhindre normalt inntak av ernæring samt medføre redusert vekst (7-12). Barn med medfødt hjertefeil har økt metabolsk

omsetning og energikrav (8) og i tillegg kan de ha redusert oksygentilførsel til tarmen, noe som kan redusere absorpsjonen av næringsstoffer (7). Eskedal med kollegaer gjennomførte en studie hvor de så på barn som var operert for hjertefeil og som overlevde de første 30 postoperative dagene, men senere døde. De fant at barn som senere døde hadde redusert vekst under oppfølging sammenliknet med barn som overlevde (13). Barnets vektutvikling kan slik sett ha prognostisk betydning. Det er ikke bare behandlingen og konsekvensene av denne, også sykdommen i seg selv påvirker spising og vekst.

I klinisk praksis erfarer ofte helsepersonell at anoreksi, kvalme, oppkast og ubehag kan vanskeliggjøre næringsinntaket for disse barna. I tillegg trenger mange av barna tilskudd for å oppnå tilfredsstillende vekst. Samtidig kan væskerestriksjon være en del av den medisinske behandlingen. For å sikre både riktig mengde og riktig sammensetning av næring, blir en del barn ernært via nesonde eller gastrostomi. En nesonde er et tynt rør av plast eller sili-

kon som legges ned i spiserøret til magesekken via nesen. Ved gastrostomi anlegges en kanal gjennom bukveggen direkte inn i magesekken slik at tilfør-

Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at bare noen få barn med medfødt hjertefeil har hatt en så utfordrende ernæringsmessig situasjon at det har vært nødvendig å legge inn en gastrostomi.

Mer om forfatter:

Bente Silnes Tandberg er cand. san og rådgiver for forskning og utvikling ved Kvinne og barneklivnikken, Barneavdelingen i Vestre Viken HF. Ragnhild Eek Brandlistuen er PhD-stipendiat ved avdeling for Psykosomatikk og helseatferd, Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo og Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Margarete Erika Vollrath er professor, dr. phil og seniorforsker ved avdeling for Psykosomatikk og helseatferd, Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo. Ingrid B. Helland er dr.med. og overlege ved Kvinne og barneklivnikken, Seksjon for barnenevrologi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Kontaktperson: btandb@vestreviken.no

sel av væske og ernæring kan gis direkte via stomikanalen. Ernæring via sonde er et utbredt tiltak hos premature og syke nyfødte for å sikre tilstrekkelig ernæring. Man kan gi sondemat i kortere eller lengre perioder, som fullernæring eller som supplement til amming eller annen mat barnet spiser selv. All type næringstilførsel via sonde kan imidlertid forstyrre barnets naturlige utvikling av drikke- og spiseferdigheter (14). Barn mellom fire og seks måneder er generelt åpne for eksponering for nye smaker (14). Barn fra seks til 12 måneder er i en følsom periode for innføring av mer faste konsistenser. Det er i denne perioden barnet lærer å bevege tungen og å flytte fast føde rundt i munnen for bearbeiding før svelging. En eventuelt forsinket innføring av fastere konsistenser kan føre til problemer med å akseptere vanskeligere konsistenser senere i barndommen (14).

Det finnes begrenset litteratur tilgjengelig med henhold til kosthold og spisevansker

måned) med medfødt hjertefeil sammenliknet amming til 64 friske kontroller (13 mnd.) (16). Barn med hjertefeil hadde signifikant større vanskeligheter med amming. En fersk amerikansk studie på nyfødte viste at barn med cyanotisk hjertefeil (pulmonalstenose, Fallots tettrade) hadde betydelige forsinkelser i forhold til spising med henhold til oromotoriske ferdigheter (17). Det er sannsynlig at for barn med medfødt hjertefeil og samsykdom, er spising og ernæring spesielt utfordrende. Det er begrenset kunnskap om hvorvidt eventuelle periodiske ernæringsmessige utfordringer som barn med medfødt hjertefeil har, påvirker kosten på lengre sikt. Man vet også lite om i hvilken grad mer omfattende tiltak, som for eksempel kirurgisk innleggelse av gastrostomi, er nødvendig.

HENSIKT

Denne studien vil beskrive forekomsten av gastrostomianleggelse, samt hva mødre til barn med medfødt hjertefeil rap-

Rikshospitalet og Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) i Norge. Både barn med medfødt hjertefeil og kontroller er deltakere i Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa), og i denne studien kombineres data fra MoBa med data fra et landsomfattende register for barn med medfødt hjertefeil (BERTE). I tillegg er data fra pasientjournaler ved OUS benyttet. Denne studien er en naturlig forlengelse av vårt tidligere prosjekt Breastfeeding in newborn with CHD (15).

Studien har et longitudinell kaskontroll design (n = 65 764), der barn med medfødt hjertefeil ble identifisert blant deltakerne i MoBa (18). For MoBa var målgruppen alle kvinner som føder i Norge, noe som gir denne nasjonale kohortstudien bred basis for å studere helseutvikling. Data ble også hentet fra Medisinsk fødselsregister i Norge (MFR) og fra BERTE. MFR registrerer informasjon om alle fødsler i Norge, inkludert informasjon om mors sivilstand, svangerskap, mors helse, fødsel og barnets status ved fødselen (18). BERTE er et register over pediatrisk hjertesykdom i Norge og inneholder data om diagnoser, intervensjoner, kirurgi og klinisk utfall. Alle undersøkelser, prosedyrer og kontakter med pasienter med medfødt hjertefeil er lagt inn i databasen. For å sikre kvaliteten på registeret, er det bare senior pediatrike kardiologer som legger inn data i registeret. Inndelingen baserer seg på Hoffman og Kaplan fra 2002 (19). Barna med medfødt hjertefeil ble identifisert ved å matche barnets personnummer i BERTE-registeret med databasen til MoBa-studien. Både registerdata fra MFR og

” Mødrene til barn med alvorlig hjertefeil forteller at barna deres spiser dårlig.

hos barn med medfødt hjertefeil. Silnes Tandberg og kollegaer har tidligere rapportert at mødrene i relativt stor grad opprettholdt brystmelkernæring til barna når de er mellom to og seks måneder gamle. Dette til tross for at mødrene til barn med moderat og alvorlig medfødt hjertefeil, og særlig de med hjertefeil og samsykdom, hadde en høyere hazard ratio (henholdsvis HR 1,69 og 3,54) for å avvenne barnet fra brystmelk (15). En britisk kaskontroll studie av 64 barn (13

portere om barnas spisevaner og kosthold ved 18 måneders alder. Studien undersøker om spisevansker og kosthold hos disse barna skiller seg fra det man ser hos friske barn.

METODE

Dette prosjektet er koplet opp mot samarbeidsprosjektet (HEARTKIDS – Psykiske lidelser og utviklingsforstyrrelser hos barn med medfødt hjertefeil) mellom Kvinne- og barneklivnikken ved Oslo universitetssykehus (OUS),

BERTE er longitudinelle og samlet prospektivt.

VARIABLER

Alle journalene til barn med medfødt hjertefeil (n=198) ved OUS ble gjennomgått manuelt for dokumentasjon av gastrostomi og sonde. Det foreligger ikke systematisk dokumentasjon på oppstartsdatato eller varighet for bruk av nesesonde. Det ble derfor i denne studien dannet en variabel som heter «ekstralang-sondetid». Dette begrepet er vanligvis kjent brukt om sondetid utover tre måneder. Denne variabelen ble brukt kun der hvor legen eksplisitt hadde dokumentert «ekstralang-sondetid». Spørreskjema fra MoBa-undersøkelsen, som alle mødre fyller ut 18 måneder etter fødsel, ga informasjon om hvordan mødre opplevde barnas spiseatferd. Mor rapporterer om «barnet mitt spiser all mat» og om «barnet spiser dårlig» med svarkategoriene: «passer godt/ofte» eller «passer litt/passert noen ganger» eller at utsagnet ikke passer. Bare dersom mødre svarte «passer godt/ofte», ble det ansett som relevant i denne sammenheng. Det vil si at bare de barna der mødre bekreftet at barnet spiser dårlig ble regnet som relevante for undersøkelsen. I tillegg rapporterer mødre hvor ofte barnet får en rekke ulike matvarer (grøt, brød, grønnsaker med mer) og frekvensen på spising av de samme matvarene når barnet er 18 måneder. Svaralternativene er aldri, mindre enn en gang per uke, én til tre ganger per uke, fire til seks ganger per uke, en til to ganger per døgn og til sist tre ganger per døgn eller mer. Svarvariablene ble dikto-

tomisert, slik at man skilte ut de som svarte aldri og mindre enn en gang i uken som egen gruppe. I analysen ble gruppen «aldri/sjelden» sammenliknet med alle de andre svaralternativene, slik at vi fikk frem de barna som så å si aldri spiser visse matvarer.

STATISTIKK

Alle analysene ble beregnet ved hjelp av SPSS 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Data er analysert med kaskontroll

om deltakelse i forbindelse med ultralyd av fosteret i uke 18. 42,7 prosent av mødre som ble forespurt deltok (18). I studien inkluderte vi spørreskjemadata fra 18 måneder postpartum (77 prosent deltakelse ved 18 måneder). MoBa er en serie med spørreskjemaer som berører en rekke temaer. Særlig med henhold til kostholdsvariabler finner man at mange respondenter ikke svarer på spørsmålene om ernæring. Dette er fordi spørsmålene er

” Klinisk erfaring tilsier at det er i gruppen med alvorlige hjertefeil at det finnes spisevaner av betydning.

sammenlikninger. Barna med medfødt hjertefeil ble sammenliknet med friske barn, men også de ulike undergruppene ble sammenliknet. Barn med medfødt hjertefeil ble sammenliknet med kontrollgruppen ved hjelp av logistisk regresjon og ved hjelp av kji-kvadrat test med henhold til kostholdsvariabler.

ETISKE HENSYN

Deltakerne har gitt informert samtykke til at MoBa-studien kan knyttes til helseregistre så lenge dette er innenfor det generelle målet med studien. Det norske Datatilsynet og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk godkjente både denne delstudien og MoBa.

RESULTATER

MoBa-undersøkelsen følger mødre fra tidlig graviditet og under barnets oppvekst med gjentatte spørreundersøkelser. Alle gravide ved de aller fleste sykehus i Norge ble forespurt

detaljerte og til dels krevende å svare på. Det er derfor en betydelig andel «missing» i forhold til matvariablene i MoBa-materialet. Dette gjelder imidlertid både kaser og kontroller, og er tilfeldig i begge grupper. Det gjør at antallet i kontrollgruppen varierer fra spørsmål til spørsmål i vår studie. Gruppene med barn med medfødt hjertefeil er målt opp mot alle andre i kontrollgruppen som har svart på spørsmålet. De som er ekskludert er derfor de som av ukjente årsaker har valgt ikke å svare på det enkelte spørsmål.

Solberg og kollegaer har tidligere presentert data med detaljerte opplysninger for studiegruppen som ikke viste noen forskjell i utdanning mellom mødre til barn med hjertefeil sammenliknet med mødre til barn i kontrollgruppen (14,5 år \pm 2,5) (20). Det var heller ikke noen forskjell på inntekt, sosial støtte, mors alder eller utdanning innenfor de ulike hjertegruppene ved fødsel (20).

Det ble identifisert 317 sped-

barn med medfødt hjertefeil som deltakere i MoBa-studien. Etter gjennomgang frafalt 119 på grunn av at de ikke hadde besvart spørsmål om spisevaner og kosthold. Det var da igjen 198 barn med medfødt hjertefeil fordelt på grupper som gjenspeiler alvorlighetsgraden av tilstanden deres:

1. «Mild medfødt hjertefeil» (n=80). Dette er barn som vanligvis er asymptomatiske og uten behov for behandling. De vanligste feilene er hemodynamisk ubetydelig venstre til høyre shunter og mindre klaffe-anomalier (for eksempel bicuspid aortaklaff). Disse

dom» (n=54). Denne gruppen inkluderer barn med hjertefeil som trenger behandling og/eller oppfølging. Mange er alvorlig syke i nyfødtpåperioden og har behov for tidlig kirurgisk behandling.

4. Hjertefeil med samsykdom (n = 22). Denne gruppen inkluderer barn med alle typer hjertefeil og i tillegg andre alvorlige tilstander som forventes å påvirke barnets utvikling, herunder spising. Diagnoser som er inkludert er misdannelser i mage/tarm (n=4), alvorlig astma (n=2) ekstrakardiale misdannelser (n=6), cerebrale misdannelser (n=2), kreft (n=2) og enkle

Av disse var 11 i gruppen med alvorlig hjertefeil, to i moderate/milde og fire i gruppen med hjertefeil og samsykdom.

Den logistiske regresjonsanalysen (tabell 1) viste at mødre til barn med alvorlig hjertefeil og barn med alvorlig hjertefeil og samsykdom hadde økt risiko for å tilhøre gruppen som rapporterte at barnet spiste dårlig i forhold til kontrollgruppen. (Se tabell 1.)

Da vi undersøkte om kosten barn med hjertefeil fikk, skilte seg fra kosten friske barn på tilsvarende alder fikk, viste analysene (tabell 2) at barn med medfødt hjertefeil spiser matvarer på lik linje med friske barn på 18 måneder. Det gjelder både barna med mild og moderat hjertefeil og dem med de alvorligste tilstandene. Det er gruppen medfødt hjertefeil og samsykdom som skiller seg signifikant ut ved å spise mindre brød med kjøttpålegg, frukt og mindre rå grønnsaker. (Se tabell 2.)

” Svært få barn med medfødt hjertefeil hadde fått innlagt gastrostomi ved 18 måneders alder.

hertefeilene forventes ikke å påvirke ernæring og spisemønstre.

2. «Moderat medfødt hjertefeil» (n = 42). Disse barna har symptomer som kan kreve oppfølging gjennom barndommen. Det er vanligvis tilstrekkelig med invasiv behandling som banding, ballongdilatasjon eller små stenter.

3. «Alvorlig medfødt hjertesyk-

dom» (n=54). Denne gruppen inkluderer barn med hjertefeil som trenger behandling og/eller oppfølging. Mange er alvorlig syke i nyfødtpåperioden og har behov for tidlig kirurgisk behandling.

Barn med alvorlig hjertefeil og samsykdom hadde økt risiko for å tilhøre gruppen som rapporterte at barnet spiste dårlig i forhold til kontrollgruppen. (Se tabell 1.)

Da vi undersøkte om kosten barn med hjertefeil fikk, skilte seg fra kosten friske barn på tilsvarende alder fikk, viste analysene (tabell 2) at barn med medfødt hjertefeil spiser matvarer på lik linje med friske barn på 18 måneder. Det gjelder både barna med mild og moderat hjertefeil og dem med de alvorligste tilstandene. Det er gruppen medfødt hjertefeil og samsykdom som skiller seg signifikant ut ved å spise mindre brød med kjøttpålegg, frukt og mindre rå grønnsaker. (Se tabell 2.)

DISKUSJON

Denne studien viser at svært få barn med medfødt hjertefeil hadde fått innlagt gastrostomi ved 18 måneders alder (seks av 198 barn). Mødrene til barna med alvorlig hjertefeil og barn med hjertefeil og samsykdom hadde høyere odds for å rapportere at barnet deres spiser dårlig, men ved undersøkelse av hva slags typer matvarer barna får er det bare gruppen med samsykdom som skiller seg signifikant ut.

GASTROSTOMI OG SONDE

Forekomst av gastrostomi blant de mest alvorlig syke barna var overraskende lav i forhold til det man hadde forventet på forhånd. Også forekomsten

TABELL 1: Logistisk regresjonsanalyse av å spise dårlig og ha medfødt hjertefeil.

Variabler	Odds ratio	95% KI
Mild / Moderate hjertefeil	0,53	0,13-2,13
Alvorlig CHD	5,64***	2,75-11,56
Hjertefeil og samsykdom	4,87*	1,43-16,62

Odds ratio og 95 % KI= Konfidensintervall er vist; *p < 0,05, ***p < 0,001. Referansekategori er friske barn i MoBa.

TABELL 2: Rapportert inntak (aldri/sjelden) av matvarer hos barn med medfødt hjertefeil.

Matvarer	Mild/moderat hjertefeil	Alvortig hjertefeil	Hjertefeil og kormorbiditet	Kontroller n = 42853	P Pearsons kjkvadrat
	n = 122 n %	n = 54 n %	n = 22 n %	n %	
Brød med leverpostei	16 (15)	9 (17)	8 (40)	6092 (14)	0,189
Brød med kjøttpålegg	38 (36)	18 (35)	11 (61)*	17005 (41)	0,012
Brød med fisk	73 (67)	34 (65)	13 (72)	28015 (67)	0,962
Brød med ost	20 (19)	16 (31)	6 (32)	7629 (18)	0,052
Brød med syltetøy/honning	61 (57)	34 (65)	15 (79)	24229 (58)	0,202
Brød med annet pålegg	28 (28)	13 (27)	6 (33)	10077 (25)	0,835
Industri fremstilt barnegrøt	83 (77)	40 (77)	10 (53)	29960 (72)	0,140
Hjemmelaget grøt	79 (73)	37 (71)	14 (74)	30195 (73)	0,994
Kjøtt, pølse, kjøttboller o.l	7 (6)	5 (10)	3 (16)	3389 (8)	0,551
Fisk, fiskeboller, fiskepudding	20 (19)	13 (25)	7 (35)	7520 (18)	0,120
Pannekaker	99 (91)	48 (92)	18 (95)	37328 (89)	0,666
Poteter	16 (15)	6 (12)	3 (15)	3558 (8)	0,062
Pasta	17 (16)	8 (15)	7 (35)	8347 (20)	0,191
Ris	38 (35)	22 (43)	9 (45)	16058 (38)	0,697
Erter, bønner	81 (76)	37 (71)	15 (78)	31577 (76)	0,864
Andre kokte grønnsaker	12 (11)	4 (8)	3 (15)	3358 (8)	0,438
Rå grønnsaker	55 (51)	35 (67)	12 (68)*	20105 (48)	0,016
Frukt	1 (9)	2 (4)	3 (15)**	635 (2)	<0,000
Kaker/våfler/søt kjeks	48 (46)	27 (52)	12 (60)	19381 (46)	0,521
Dessert/is	81 (74)	39 (75)	16 (84)	30384 (72)	0,895
Sjokolade	87 (81)	40 (77)	14 (70)	32041 (76)	0,632
Smågodt, seigmenn, annet godteri	100 (92)	47 (90)	16 (84)	36084 (85)	0,212

Pearsons Kjkvadrat *p < 0.05, **p < 0.010, n angis i fht besvarelser på variabelen og % angis i fht hjertegruppen.

av «ekstra lang sondetid» var relativt lav, noe som tilsier at barna ikke ernæres via nese-sonde i stedet for gastrostomi. Erfaringsmessig har noen barn sonde over lang tid. Siden næringstilførsel via sonde er et såpass utbredt tiltak blant små barn på sykehus skal den ernæringsmessige situasjonen til barnet svekkes betraktelig før barnekardiologene dokumenterer sondebruk spesielt. Det er derfor knyttet usikker-

het til denne dokumentasjonen. Vi har ingen opplysninger om hvorvidt barn med nese-sonde også spiser selv, i tillegg til at de får sondeernæring.

Belastning for familien når et barn ikke spiser må anses å være betydelig. Man kan spørre seg om noen av disse barna ville ha profittert på en gastrostomi fremfor langvarig bruk av nese-sonde. Likevel må man understreke at resultatene viser at tiltak som gastrostomi

og langvarig bruk av sonde bare er nødvendig hos et fåtall av barna med medfødt hjertefeil, og gjelder naturlig nok de barna som er hjertemessig sykest og de med samsykdom.

MØDRENE RAPPORTERING

Mødrene til barn med alvorlig hjertefeil forteller at barna deres spiser dårlig, med en OR på 5,64 (tabell 1). Dessverre mangler vi detaljert beskrivelse fra mødre av hva de definerer

som «spiser dårlig». Det vi vet er at et barn som er småspist og kresent er en kilde til bekymring for foreldrene, og disse barna er potensielt i fare for ernæringsmessige underskudd (21).

Kan vi stole på at det mor rapporterer i henhold til barns spisevansker virkelig gjenspeiler barnas faktiske kosthold? Man kan anta at barn som spiser dårlig kanskje vil velge matvarer mer selektivt enn barn som spiser godt. Våre resultater viser at de som har mild og moderat hjertefeil får

” De som har mild og moderat hjertefeil får samme typer matvarer som friske.

samme typer matvarer som friske. Når det gjelder barn med alvorlig hjertefeil indikerer resultatene at de spiser mer selektivt enn friske barn. Selv om barnas ernærings situasjon ikke tilsier sondeernæring, betyr det likevel at disse familiene kan oppleve vansker knyttet til barnas spiseatferd. Vi vet for eksempel ikke hvordan barna får i seg kosten, om det tar lang tid, om maten blir moset eller findelt og så videre. Selv om grunnlaget for vurdering av spisevaner kun er basert på ett spørsmål i denne studien, er mødrenes rapportering på dette spørsmålet tydelig nok. Barnas kost skiller seg imidlertid ikke signifikant fra kosten til de friske barna. Likevel tilsier trender i materialet at mødrene til barna med alvorlig hjertefeil, prosentmessig rapporterer oftere at barna aldri eller svært sjelden spiser alle typer matvarer. Unntaket er hjemmelaget grøt, pasta, og belgfrukter (erter, bønner) (tabell 2) (22). Men forskjellene er ikke signifikante, slik

som hos gruppen med medfødt hjertefeil og samsykdom. Barna med alvorlige hjertefeil legger seg prosentmessig mellom gruppen med hjertefeil og samsykdom og kontrollene.

Barna med hjertefeil og samsykdom skiller seg ut ved å spise mindre av noen få matvarer, som brød med kjøttpålegg, frukt og rå grønnsaker. Dette er matvarer som krever utviklet munnmotorikk og som er vanskeligere å fordøye. Vi vet ikke hvorvidt mødre som rapporterer at barna spiser dårlig kan hjelpes, for eksempel med bedre

veiledning fra helsepersonell og kliniske ernæringsfysiologer. Man kan også spørre seg om mødre til barn med hjertefeil er mer opptatt av at barnet skal spise godt, og derfor oftere opplever at barnet spiser for lite, enn mødre til friske barn.

Kunnskaper om spisevansker og kosthold hos barn med medfødt hjertefeil er nødvendig for å utvikle effektive intervensjoner. Noen få barn med alvorlig medfødt hjertefeil har en ernæringsmessig situasjon som krever omfattende tiltak. Dette sammenfaller også godt med vår tidligere MoBa-studie hvor vi så på amming hos barn med medfødt hjertefeil ved seks måneders alder (15). For disse barna er det viktigste tiltaket en hemodynamisk revurdering – det er her kilden til problemene ligger hos de hjertemessig sykeste. Det hjelper lite å tvinge vekten opp hos et barn som ikke har tilfredsstillende sirkulatorisk kapasitet. Samtidig er det fremdeles uavklarte spørsmål knyttet til spiseutvik-

ling. Men det er rimelig å anta at det er av stor betydning å opprettholde en så normalisert spiseutvikling som mulig, selv om barnet i en periode må sondeernæres.

STUDIENS BEGRENSNINGER

Kvinner med høyere sosioøkonomisk status er sannsynligvis overrepresentert i MoBa-studien, noe høy andel av høyskole eller universitetsutdanning i forhold til den generelle befolkningen gjenspeiler (20). Dette kan ha ført til en skjevhet i retning av mer kapable mødre, noe som kan tenkes å påvirke deres oppfølging av barnets kosthold. Videre er det viktig å understreke at mødrene ikke ble spurt om hvordan deres barn faktisk spiser de ulike matvarene (mates, spiser selv, får moset mat og så videre), bare hvorvidt de spiser matvarene eller ikke. Våre funn bør leses i lys av dette. Dessuten var gruppestørrelsene til barn med medfødt hjertefeil forholdsvis små, noe som gjorde det vanskelig å finne signifikante forskjeller. Kontrollene i denne studien er bare de som har svart på kostholdsspørsmålene i spørreskjemaet ved 18 måneder. Vi mener at kontrollgruppens størrelse gjør at det på tross av denne svakheten, er mulig å sammenlikne gruppene.

KONKLUSJONEN

Denne studien viser at få 18 måneder gamle barn med medfødt hjertefeil har hatt en så utfordrende spise-/ernæringsmessig situasjon at det har vært nødvendig å legge inn en gastrostomi. For noen av barna er det nødvendig med bruk av nesesonde utover tre måneder for å sikre tilstrekkelig ernæringstilførsel. Mødrene til

barna med alvorlig hjertefeil og barn med hjertefeil og samsykdom har en høyere odds for å rapportere at barnet deres spiser dårlig. Dette kan indikere at de opplever at det er vanskelig å få barnet til å spise, på tross av at resultatene kun viser signifikante forskjeller i inntaket av enkelte matvarer hos barn med hjertefeil og samsykdom. Man

kan forstå resultatene slik at kosthold og barnets spisevaner er et relevant tema for informasjon og veiledning til foreldre med medfødt hjertefeil.

FINANSIERING

Den norske mor og barn undersøkelsen ble støttet av det norske Helsedepartementet, NIH / NIEHS (stipend

ingen N01-ES-85 433), NIH / NINDS (tilskudd no. 1 U01 NS 047537-01) og Norges forskningsråd (tilskudd no 151918 / S10). Denne studien om gastrostomi, spisevansker og kosthold hos 18 måneder gamle barn med medfødt hjertefeil er støttet av Kvinne- og barnekliviken ved Oslo universitetssykehus.

REFERANSER

1. Botto LD, Correa A, Erickson JD. Racial and temporal variations in the prevalence of heart defects. *Pediatrics*, 2001;107:32.
2. Meberg A, Lindberg H, Thaulow E. Congenital heart defects: the patients who die. *Acta Paediatrica*, 2005;94:1060-5.
3. Pradat P, Francannet C, Harris JA, Robert E. The epidemiology of cardiovascular defects, part I: a study based on data from three large registries of congenital malformations. *Pediatric cardiology*, 2003;24:195-221.
4. Allen SW, Gauvreau K, Bloom BT, Jenkins KJ. Evidence-based referral results in significantly reduced mortality after congenital heart surgery. *Pediatrics*, 2003;112:24.
5. Boneva RS, Botto LD, Moore CA, Yang Q, Correa A, Erickson JD. Mortality associated with congenital heart defects in the United States: trends and racial disparities, 1979-1997. *Circulation*, 2001;103:2376-81.
6. Stark J, Gallivan S, Lovegrove J, Hamilton JRL, Monro JL, Pollock JCS, et al. Mortality rates after surgery for congenital heart defects in children and surgeons' performance. *The Lancet*, 2000;355:1004-7.
7. Kuip M, Hoos MB, Forget PP, Westerterp KR, Gemke R, Meer K. Energy expenditure in infants with congenital heart disease, including a metaanaly-

sis. *Acta Paediatrica*, 2003;92:921-7.
8. Smith P. Primary care in children with congenital heart disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 2001;16:308-19.
9. Varan B, Tokel K, Yilmaz G. Malnutrition and growth failure in cyanotic and acyanotic congenital heart disease with and without pulmonary hypertension. *Arch Dis Child*, 1999;81:49-52.
10. Chen CW, Li CY, Wang JK. Growth and development of children with congenital heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 2004;47:260-9.
11. Green A. Outcomes of congenital heart disease: a review. *Pediatric Nursing*, 2004;30:280-4.
12. Forchietti ML, McColl R, Walker WA, Lo C. Children with congenital heart disease: a nutrition challenge. *Nutrition reviews*, 1994;52:348-53.
13. Eskedal LT, Hagemo PS, Seem E, Eskild A, Cvcancarova M, Seiler S, et al. Impaired weight gain predicts risk of late death after surgery for congenital heart defects. *Archives of disease in childhood*, 2008;93:495-501.
14. Mason SJ, Harris G, Blissett J. Tube Feeding in Infancy: Implications for the Development of Normal Eating and Drinking Skills. *Dysphagia*, 2005;20:46-61.
15. Tandberg BS, Ystrom E, Vollrath ME, Holmstrøm H. Feeding infants with CHD with breast milk: Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Acta Paediatrica*, 2010;99:373-8.

16. Rendón-Macias ME, Castañeda-Muciño G, Cruz JJ, Mejia-Aranguré JM, Villasis-Keever MA. Breastfeeding among patients with congenital malformations. *Archives of Medical Research*, 2002;33:269-75.
17. Jadcherla SR, Vijayapal AS, Leuthner S. Feeding abilities in neonates with congenital heart disease: a retrospective study. *Journal of Perinatology*, 2008;29:112-8.
18. Magnus P, Irgens LM, Haug K, Nystad W, Skjærven R, Stoltenberg C. Cohort profile: the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *International Journal of Epidemiology*, 2006;35:1146-50.
19. Hoffman JIE, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 2002;39:1890.
20. Solberg Ø, Grønning Dale MT, Holmstrøm H, Eskedal LT, Landolt MA, Vollrath ME. Long-Term Symptoms of Depression and Anxiety in Mothers of Infants with Congenital Heart Defects. *Journal of pediatric psychology*, 2011;36:179.
21. Ekstein S, Laniado D, Glick B. Does Picky Eating Affect Weight-for-Length Measurements in Young Children? *Clinical pediatrics*, 2010;49:217-20.
22. Magnus P. The Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)-new research possibilities. *Norsk epidemiologi*, 2009;17(2).



Illustrasjonfoto: Chariclo/NTBscampix

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Alvorlig vekttao forekommer ofte hos pasienter med kreft i palliativ fase og i særlig grad hos lungekreftpasienter. Vekttaoet er ikke mulig å reversere i framskredet stadium.

Hensikt: Utforske hvordan pårørende opplever og erfarer ufrivillig vekttao ved lungekreft i palliativ fase.

Metode: Kvalitativt design med semistrukturerte intervju. Studien omfatter intervju med fire pårørende til en lungekreftpasient, i palliativ

fase. Tekstanalysen er inspirert av Lundman og Graneheims strukturering og tolkning av mening i teksten (2008). Richard S. Lazarus' (2006) teori om mestring og tidligere forskning anvendes i fortolkingene.

Resultat: Pårørende beskrev sine bekymringer i hverdagen i lys av relasjonen til personen med alvorlig lungekreft. I pårørendes beskrivelser av sine erfaringer vever alt seg inn i den sansemessige opplevelsen av kroppslige endringer og de følelsesmessige reaksjonene dette vekker.

De leter etter forklaringer i fortid og nåtid og etter mulige løsninger mens de kjemper med stort engasjement for sine syke nærmeste.

Konklusjon: Den sansemessige opplevelsen av ufrivillig vekttao vekker bekymring hos pårørende, og de kjemper kontinuerlig med uviss-heten og håpet om positiv endring. Ved å rette oppmerksomheten mot ufrivillig vekttao kan helsepersonell etterspørre pårørendes erfaringer og gi både pasienten og pårørende nødvendig informasjon og støtte.

ENGLISH SUMMARY

Next of kin's experiences with lung cancer patients' involuntary weight loss during palliative phase

Background: Involuntary weight loss is a frequent complication of advanced cancer, especially in lung cancer patients. This loss of weight cannot be reversed in severe stages of cancer.

Purpose: To investigate how lung cancer patients' next of kin experience involuntary weight loss common to cancer in palliative phase.

Method: Qualitative design with semi structured interviews. The study includes interviews of four women

who are next of kin to lung cancer patients in palliative phase. The qualitative content analysis is inspired by Lundman and Graneheim's structuring and interpretation of the text's meaning (2008). Also used is Richard S. Lazarus's (2006) concept of coping and previous studies.

Result: Next of kin described their every day distresses in light of their relationship to the lung cancer patient. In the next of kin's descriptions of their experiences, everything relates to their perceptual experience of bodily changes and the emotional reactions that arise there from. They search for past and present explanations and for possible

solutions, while fighting with great commitment for their sick close relatives.

Conclusion: The sensory experience from involuntary weight loss causes distress for their next of kin, and they continuously fight the uncertainty while they hope for positive change. By adjusting their attention towards involuntary weight loss, health personnel could ask for the next of kin's experiences and provide both the patient and their next of kin necessary information and support.

Keywords: Next of kin, cancer cachexia, involuntary weight loss, palliative phase, qualitative method.

>> Pårørendes opplevelser og erfaringer ved ufrivillig vekttap hos lungekreftpasienter i palliativ fase

Forfattere: **Hilde Plathe**
og **Liv Helene Jensen**

NØKKELORD

- Pårørende
- Kreft
- Vekt
- Palliasjon
- Kvalitativ metode

INNLEDNING

Ufrivillig vekttap, cachexia, ved kreft kjennetegnes ved alvorlig avmagring med tydelig nedbrytning av både muskelmasse og fett (1). Vekttapet knyttes til tumorrelaterte endringer i kroppen (2, 3). Cachexia opptrer hos halvparten av nydiagnostiserte kreftpasienter, og assosieres særlig til lunge- og gastrointestinalkreft (1,4,5). Flere studier viser at det ikke er mulig å reversere denne tilstanden i framskredet stadium av kreftsykdom (4,6-9).

Lungekreft utgjør 10 prosent av alle krefttilfeller hos menn og 8 prosent hos kvinner, og har større dødelighet enn andre kreftformer (5). Overlevelse fem år etter diagnosetidspunktet er mindre enn 10 prosent (5).

Oppdages sykdommen i tidlig fase kan sykdommen behandles kirurgisk og følges opp med kjemoterapi og strålebehandling (10, 11). De vanligste symptomene er hoste, tung pust, vekttap og brystmerter (11). At pasientene forbinder symptomene med «røykhoste» kan være en av årsakene til at lungekreftsykdommen oppdages sent (11, 12). Sykdommen vil da være inoperabel og behandlingen palliativ med kjemo- og stråleterapi som lindrer symptomer og kan forlenge livskvaliteten (10, 12, 13).

Pasienter med lungekreft utfordres både av den alvorlige lungekreftdiagnosen og betydningen ufrivillig vekttap og mat har for å opprettholde livet. Spising endrer seg fra noe man tar for gitt, som hyggelige situasjoner, til noe uforutsigbart og ofte stressende. Disse endringene kan vekke bekymringer hos både pasienten og pårørende (14). I flere studier er det vist at pårørende er mer bekymret for det ufrivillige vekttapet og lavt matinntak, enn pasient og helsepersonell (14-17). Studiene viser

at pårørende endrer sine daglige rutiner og forsøker å lage fristende mat og hyppige måltider, og de søker informasjon fra venner og fra helsepersonell for å få den syke til å spise (15,17,18). Noen opplever det som en lettelse når parenteral ernæring blir iverksatt i hjemmet i tillegg til måltider, men pasientene blir bundet. Pasientene blir avhengig av kompetent helsepersonell og gleden ved måltider faller bort (19).

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at nærmeste pårørende til pasienter med lungekreft i palliativ fase bekymrer seg for vekttapet hos disse pasientene og forsøker å motarbeide det, på tross av at det er irreversibelt.

Mer om forfatterne

Hilde Plathe er høgskolelektor, spesialsykepleier i intensiv og palliasjon, og har en master i klinisk helsearbeid, studieretning palliasjon. Liv Helene Jensen er førsteamanuensis og sykepleier med PhD i sykepleievitenskap. Begge er ansatt ved Høgskolen i Buskerud, Fakultet for helsevitenskap. Kontakt: hilde.plathe@hibu.no.

Hvordan man handler og reagerer i utfordrende livssituasjoner er avhengig av hvilken betydning personen tilskriver det som skjer. Richard S. Lazarus (1922–2002) anvender derfor i sin teori om stress og mestring, begrepet relasjonell mening (20). Mening konstrueres av personen i samspillet mellom egne ressurser og miljøet som en prosessuell evaluerende vurdering. Mening er avhengig av informasjon, men informasjon er ikke det samme som mening (21). Det er denne forståelsen av begrepet relasjonell mening, som ligger til grunn for studien denne artikkelen bygger på (22). Ufrivillig vekttaap forstås som noe mer

valgte vi kvalitativ design med semistrukturerte intervjuer som forskningstilnærming. Denne formen for intervju ligger nær opp til en samtale i dagliglivet, men utføres med en intervjuguide som sirkler inn temaer basert på forskningsspørsmålene, tidligere forskning og klinisk erfaring i palliasjon (21).

Informantene

Informantene var pårørende. De ble rekruttert fra palliativ enhet ved et lokalsykehus, som har to sengeplasser og poliklinikk og er organisert under medisinsk avdeling. Medisinsk overlege rekrutterte ved først å innhentet samtykke fra pasien-

tretti år og datter til en lungekreftsyk mor.

Datainnsamling

Temaene i den semistrukturerte intervjuguiden omfattet pårørendes opplevelse av endringer i eget liv og mestring av vekttaapet. Det ble brukt åpne spørsmål hvor informantene ble utfordret til å beskrive sin opplevelse og erfaring med pasientens vekttaap, og hvordan de handlet så konkret som mulig (21). Intervjuer var lyttende og anvendte i tillegg reflekterende spørsmål for utdyping av sentrale temaer (21). Samtalene varte fra én til halvannen time og ble gjennomført av førsteforfatter i informantenes hjem med lydopptak.

” Klærne hang nesten ikke på kroppen lengre.

enn en hendelse eller stressor, og en respons eller reaksjon (20). Lazarus beskriver mestringsprosessen med to hovedfunksjoner; en følelsesfokuseret og en problemløsende (20).

Hensikten med studien er å utforske hvordan pårørende til pasienter med lungekreft i palliativ fase opplever og erfarer cancer cachexia, som ufrivillig vekttaap. Palliativ fase defineres i Standard for palliasjon (23) som aktiv symptomforebyggende og lindrende behandling av pasienter med inkurabel sykdom med kort forventet levetid, hvor målet er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende. Artikkelen belyser følgende spørsmål: Hva forteller pårørende om det synlige vekttaapet? Hvordan mestrer pårørende vekttaapet?

METODE

Design

For å prøve å forstå de pårørendes følelser og erfaringer

ten om at pårørende hadde fått informasjon om pasientenes helsetilstand (24), og at man kunne forespørre disse om å delta i studien. Kreftsyepleier informerte muntlig om studien. Intervjuer deltok bevisst ikke i rekrutteringen, for at pårørende ikke skulle føle seg presset til å delta.

Pårørende defineres i pasientrettighetsloven § 3–1b som: «Den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende» (24). Inklusjonskriteriene var nære pårørende (ektefelle/samboer, datter/sønn og myndig) som skulle forstå og snakke godt norsk, og gi informert samtykke. Inklusjonsperioden ble satt til ett halvt år, og i alt ble seks pårørende forespurt over seks måneder, to ønsket ikke å delta. Utvalget ble totalt fire pårørende, hvorav alle var kvinner. Tre var i alder sytti til åtti år, ektefelle til kreftpasienter. Den fjerde informant var

Analyse

Analyseprosessen omfatter flere trinn, og startet allerede i samtalen med oppklarende spørsmål og oppsummeringer, ved at informanten kunne bekrefte eller avkrefte forståelsen (21). Intervjuer nedtegnet sine inntrykk av hvordan intervjuet forløp og sentrale temaer umiddelbart etter intervjuet. Førsteforfatter transkriberte lydopptakene. Den kvalitative tekstanalysen vektlegger det språkliggjorte, det manifeste (21, 25). Følelsesmessige uttrykk som gråt, svak stemme og latter ble også nedtegnet i transkripsjonene og inngår i analysen. Hvert intervju ble først analysert separat for om mulig å prøve å forstå denne personens opplevelse og erfaringer som helhet, deretter ble alle intervjuene lest igjennom og kategorisert av begge forfattere (25).

Tekstanalysen omfatter følgende trinn: 1) Gjennomlesning av intervjuet for å få et

helhetsinntrykk. 2) Systematisk lesing rettet mot forsknings-spørsmålene og nye temaer intervjupersonene vektla. 3) Teksten merkes i meningsheter, kodes i intervjupersonens egne ord og fortettes. 4) Koder med lignende innhold ble satt sammen til en kategori. 5) Kodene og kategoriene fra de individuelle analysene settes sammen. Fem hovedkategorier framstod på tvers av materialet; «visuell kroppslig forandring», «kompenserende handlinger», «nære relasjoner», «kommunikasjon med helsepersonell» og «håp og håpløshet». Fortolkningen av meningsinnholdet i kategoriene strekker seg ut over det manifeste, det som blir sagt (21). I denne fortolkningen ble Lazarus' teori om stress og følelser (20) og tidligere forskning, anvendt som fortolkningsramme. Fortolkningene ble sett i sammenheng med livssituasjonen personene befant seg i, for å se mulige variasjoner og likheter i det totale materialet (21). De eldste kvinnenes (tre) fortellinger har mye felles, men er også forskjellige ved at de frambringer ulike perspektiver. De er pensjonerte og deres ektefeller med lungekreft er på samme alder. Den yngste informanten er i fullt arbeid og hun har en syk mor med lungekreft. Alle var opptatt av den sykes situasjon «her og nå». Gjennom intervju-spørsmålene ble fortid og framtid knyttet sammen. I tillegg gjorde informantene vurderinger underveis i selve intervjuet og satte ord på sine følelser og handlinger. På denne måten fikk både informanten og intervjuer ny innsikt og kunnskap om opplevelsen og erfaringene med vekttapet. Gjennom analysene i ettertid har forskernes kunnskaper og

forståelse også påvirket fortolkningene (21).

Etiske hensyn

Studien ble tilrådd av Regional etisk komité og av Personvernet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig data-tjeneste i august 2008 (22). Ivaretagelse av pårørende, som mulig sårbare omsorgspersoner for pasienter i palliativ fase, ble særlig vektlagt i planlegging av studien. Palliativt team ved sykehuset kunne kontaktes etter intervjuene, men ingen pårørende benyttet dette. Ingen inkluderte pårørende trakk seg underveis. I presentasjonene av intervjutekstene er persondata anonymisert.

RESULTAT

Pårørende beskrev sine bekymringer i hverdagen i lys av relasjonen til personen med alvorlig lungekreft, som ektefelle eller datter. I kvinnenes beskrivelser av sine opplevelser og erfaringer vever alt seg inn i den sansemessige opplevelsen av kroppslige endringer og de følelsesmessige reaksjonene som vekkes av dette. De leter etter forklaringer i fortid og nåtid og etter mulige løsninger, mens de kjemper med stort engasjement for sine syke.

Nære relasjoner

Relasjonene til den syke endret seg i løpet av sykdomsprosessen. De eldre kvinnene påtok seg mer omsorgsansvar overfor sine syke ektemenn og ga uttrykk for at de følte seg bundet: «Jo, det blir jo litt ekstra da» og «Jeg blir jo mer bundet». Selv om de eldre kvinnene erfarte at de levde tett med ektemennene, opplevde de kommunikasjonen med sine syke ektemenn som vanskelig. De var tause om vekttapet og syk-

dommen: «Han er ganske taus, han er ikke en som prater noe». De eldre kvinnene hadde også liten sosial kontakt med andre. Kvinnene prøvde å skåne den syke ektefellen og dempe egne følelsesuttrykk ved å skjule sine følelser eller bruke humor: «Jeg kan gråte litt i enerom. Så jeg ikke viser det da, overfor ham i alle fall».

Den unge kvinnen erfarte at hun hadde en god dialog med foreldrene om hvor mye hun hadde mulighet til å være hos dem i forhold til oppgaver i egen familie. Hun hadde en åpen dialog med sin syke mor hvor hun anvendte egen helsefaglig kunnskap, også om vekttapet: «Hun sier jo selv at hun har gått ned ... Så jeg har jo snakket mye med henne om dette her, at det er en periode nå. Når du begynner å spise igjen vil det kanskje bli annerledes».

Kroppslig forandring

Pårørende var opptatte av den synlige endringen av kroppen. Det første vekttapet kom raskt og deretter var de kroppslige endringene mer gradvise og umerkelige. Vekttapet ble først oppdaget da de så at klærne var blitt for store: «Klærne hang nesten ikke på kroppen lengre, det var for mye tøy som slang rundt». En eldre kvinne reflekterte over hvorfor hun ikke oppdaget dette tidligere: «Det er ikke naturlig for oss å være sammen på badet og han kler ikke av seg om sommeren», sa hun. Kvinnene beskrev at kroppsforandringene kom før ektefelle eller mor hadde fått lungekreftdiagnosen. Denne perioden innebar stor usikkerhet i forhold til om de var syke eller ikke. En kvinne beskrev symptom som diaré, en annen sterke magesmerter som ikke ga

seg og den tredje feber og hoste. Disse individuelle sykdomstegnene knyttet de sammen med at ektemann eller mor ble synlig tynnere, noe som innebar bekymring og uro.

Kvinnene var ikke opptatt av det målbare vekttapet i antall kilo redusert kroppsvekt, men den synlige kroppslige forandringen: «Ja, det er et skjelett med skinn og bein på, rett og slett» og «Har utstående øyne og innhule kjaker, for å si det sånn». De visuelle erfaringene ble beskrevet med negative og følelsesladete ord, som: «helt forferdelig», «fælt», «stusselig» og «I herrens navn som han ser ut».

” Ja, det er et skjelett med skinn og bein på, rett og slett.

Å se at kroppen ble tynnere var en erfaring i nåtid, men samtidig sett i en prosess fra fortid til nåtid: «I ettertid ser jeg jo at hun har gått ned veldig mye». Vekttapet ble sett, men ifølge pårørende snakket de ikke med den syke om dette. En av kvinnene beskrev imidlertid at hun fulgte med på vekten før hvert legebesøk: «Men, så er det 14 dager da, så har han gått opp 200 gram. Så da er det lettere igjen. Nei, dette vekttapet er nesten det verste med hele greia». Kvinnen opplevde en lettelse ved å følge med på vekten, men det var ikke udelt positivt. Det opplevdes som lettelse når vekten økte og maktesløshet når vekten gikk ned.

Tilpasninger

Gjennom konkrete hverdags-handlinger prøvde kvinnene ulike praktiske løsningsstrategier. Tilpasning av klær etter-som vekten endret seg var en

betydningsfull handling for kvinnene: «Jeg har vært og kjøpt noen klær som passer per i dag, så får vi se hvor lenge de passer». Redusert appetitt og smaksforandringer, som følge av sykdommen eller behandlingen, ble kompensert med tilpasning i måltidene. Fellesmåltidene ble færre og maten ble servert i små porsjoner, tilpasset den sykes dagsform: «Prøver å spørre ham ut om han ønsker sånn og sånn. Enkelte ganger, bare han ser maten, greier han ikke å få det i seg». Kvinnene gjorde stadige tilpasninger. To av kvinnene fortalte at maten skapte uoverensstemmelser mellom ektefellene når de stadig tilbød ulike former

for mat: «Jeg, oh ... hold nå fred med den matgreia. Det er klart han blir lei det. Og da skal du prøve den gylne middelvei». Kvinnene søkte etter alternative løsninger for å redusere vekt-tapet ved å tilrettelegge måltidene. De søkte også informasjon hos helsepersonell, fortrinnsvis fastlege og spesialist, unntaksvis hos sykepleiere.

Helsepersonell

Pårørende hadde varierende erfaringer i sykdomsforløpet i kommunikasjon med helsepersonell. En kvinne beskrev at det var god dialog mellom den sykes fastlege og hennes fastlege. Hun hadde faste avtaler hver tredje uke: «Min fastlege har sagt at jeg skal gå til ham fast hver tredje uke, det hjelper meg veldig altså. Jeg vet alt om Y's sykdom og det er godt å være der å prate». Kvinnene fortalte at de prøvde å bringe samtalen med fastlegene inn på vekt-tapet,

uten å få respons. De opplevde at annen behandling var i fokus.

I kommunikasjon med personalet i spesialisthelsetjenesten opplevde kvinnene at oppmerksomheten var rettet mot den lindrende behandlingen og prognosen: «Da har det vært det som er tema, dette med prognosen og videre undersøkelser, ikke vekt-tapet». De omtalte sykepleierne ved (kreft) poliklinikken som «damene som arbeider der», «enestående» og «englene». Pårørende fortalte at de kunne snakke med sykepleiere om hverdagens hendelser med ektemann eller mor, men de hadde ikke faste samtaler med sykepleier. Vekt-tapet og hva pårørende gjorde eller kunne gjøre for å redusere det, var ikke tema i disse dialogene.

Håp og håpløshet

Alle de pårørende uttrykte håp om noen gode dager sammen med sine nærmeste. De håpet på at enkle tilpasninger kunne redusere ubehag ved måltidene. Håpet om at moren kunne drikke en kopp suppe selv om sårheten i halsen var smertefull og appetitten liten, ble beskrevet av den unge kvinnen: «Det jeg var redd for var at suppen ikke skulle svare til forventningene og ha forandret smak. Hun syns suppa var god, at den ikke var for sterk, den var helt perfekt». Hun var opptatt av å motivere, og håpet at moren ville bli bedre. En av de eldre kvinnene håpet at den lindrende behandlingen skulle føre til at de fikk flere dager sammen: «Ja, for han kunne få noen måneder lenger, da, sa legen. Hvis han var heldig. Så det håpet har vi». Hun visste at mannen hadde en hissig kreftform. Å holde ut ubehaget som palliative cel-lekurer ga ham, kunne gi dem

begge framtidshåp. For å opprettholde håpet motiverte hun ektemannen med ord, holdt ham i hånden og viste kjærlighet.

Konkrete problemløsninger var en sterk drivkraft som hjalp kvinnene til å håndtere hverdagen, men håpløsheten var til stede i korte øyeblikk. Håpløsheten ble knyttet direkte til vekttapet og tanken om framtiden: «Ja, å snu den vekta, det tror jeg er håpløst». Opplevelsen pendlet mellom håp og håpløshet, og ble omformulert i en kontinuerlig prosess etter som den relasjonelle mening endret seg.

DISKUSJON

Pårørendes beskrivelser av den kreftsyke ektefellens eller mors ufrivillige vekttap veves inn deres følelsesmessige reaksjoner og om hvordan hverdagslivet og relasjonene endres. Tidsaspektet i fortellingene er først og fremst knyttet til opplevelsene av situasjonen «her og nå», men dreier seg og om en bevegelse fra det som var, til det som skal komme.

De kroppslige forandringene som fulgte med vekttapet, var synlig før lungekreftdiagnosen var stilt og det som vekket størst bekymring hos de pårørende. Gjennom konkrete sansbare ord som «et skjelett med skinn på» uttrykte pårørende sin tristhet i et hverdagslig språk som gjør det mulig å samtale og som kan fortolkes. Lignende funn er også beskrevet i annen kvalitativ forskning om ufrivillig vekttap ved kreft (15,18). Å se og å ta inntrykket opp i seg og uttrykke det kan være smertelig (26). På en annen side kan ordene få fram tristheten og fortvilelsen og gjøre det mulig å forstå for pårørende selv og andre. Funnet i denne studien viste at pårørendes erfaring av

de kroppslige endringene, hvor den syke blir stadig tynnere, er en erkjennelse som skjer i en prosess over en lengre tidsperiode. Kvinnene ser vekttapet i nåtid, men det knyttes samtidig til endringer i sykdomsforløpet. De tidlige sanseerfaringene med vekttapet vekket følelsesmessig bekymring hos de pårørende, samtidig som de lette etter forklaringer og problemløsninger. På tross av den åpenbare kroppslige endringen hos den syke var vekttapet ikke et tema mellom de eldre ektefellene, og heller ikke mellom pårørende og helsepersonell. Pårørendes følelsesmessige reaksjoner ble båret i det stille, og informantene beskrev at de ikke kunne legge denne bekymringen bort. Når kvinnene reflekterte over situasjonen ble det skapt rom for ettertanke i forhold til de visuelle inntrykkene og følelsesmessige erfaringene. Dette var noe de ikke hadde samtalt med noen om tidligere, og de eldre kvin-

se og når hun ikke vil se (27). Det siste kan man fortolke som å sette trusselen på vent, eller at andre trusler opptar tiden. Lazarus (20) betegner dette som distansering. Når pårørende ikke verbaliserer eller uttrykker, kan de stå i fare for tilleggs lidelser som depressive reaksjoner (28). En kvalitativ studie (29) viser at kvinnelige pårørende til lungekreftpasienter er mer utsatt for depresjon, og helsepersonell må være oppmerksom på denne tilleggsdimensjonen.

Pårørende beskrev negative følelser preget av bekymring og maktesløshet ved ikke å kunne snu vekttapet, og de strevde vedvarende med konkrete handlinger for å tilpasse måltider og søkte etter informasjon. Denne vedvarende mestringsprosessen omtaler Lazarus (20) som en måte å opprettholde kontroll på. Problemløsningene var knyttet til områder de eldre kvinnene har lang erfaring med. De har vært husmødre i ekteskapet

” Nei, dette vekttapet er nesten det verste med hele greia.

nene beskrev at de skjulte sine opplevelser av tristhet slik at ektemannen ikke skulle oppdage at de gråt. De snakket ikke om en forventet død, men om uvissheten, bekymringen og «skjelettet med skinn og bein». Samtidig hadde de håpet at å tilrettelegge tilpassete måltider kunne bidra til å snu situasjonen, og helst føre til at den kjære kunne leve videre.

Følelsesmessige reaksjoner kan knyttes til vurderinger og hvordan pårørende forstår situasjonen (20). Å erkjenne eller å innse konsekvensene av det synbare, kan man også knytte til at mennesket kan velge når hun vil

og har ivaretatt mat og annen husholdning. Det er variasjon i materialet. En av de eldre kvinnene veier mannen, som er svært tynn, etter fastlegens anbefaling. Denne handlingen skaper et dilemma. Hun tolker vektøkning positivt og som en lettelse, mens vekttap gjør henne maktesløs og fortvilet. Kvinnen fortsatte å veie. Dette beskriver Lazarus (20) med at mestringsprosessen ikke trenger å være vellykket. Pårørendes ansvar for veiing sent i sykdomsforløpet kan bli en belastning. Falkmer (30) anbefaler kartlegging av ernæringsstilstand på et tidlig tidspunkt for om mulig å

bremse vektneidgangen. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (31) anbefaler ogsâ at man systematisk vurderer ernæringsmessig risiko for alle pasienter, men retningslinjene beskriver ikke tiltak for pasienter i palliativ fase.

Våre funn bekrefter tidligere forskning som viser at familien på alle mulige måter prøver å tilrettelegge næringsrik mat og lage hyggelige måltider (14). At

krever særlig omtanke (32). Samarbeidet med medisinsk overlege og kreftsykepleier ved palliativ enhet var nødvendig for å ivareta mulig oppfølging av deres behov i ettetid. Intervjuene ble ogsâ gjennomført der informantene ønsket det, noe som bidro til en trygg ramme. Antallet informanter i studien var begrenset av antallet som fikk behandling ved den palliative enheten. Hensynet til støtte og oppfølging veide tyngre enn

som har ulik grad av nærhet til informantene. Funnene har blitt diskutert kontinuerlig for å utvikle så rikholdige og uttømmende tolkninger som mulig (21, 33).

IMPLIKASJONER

Den sansemessige erfaringen av ufrivillig vekttaap vekker bekymring hos pårørende til pasienter med lungekreft. Pårørende anvender problemløsende mestringsstrategier i takt med hvordan de erfarer sykdomsutviklingen og forsøker å tilrettelegge passende måltider for den syke. På dette området har helsepersonell mye å lære av pårørende. Helsepersonell bør samtidig være oppmerksomme på og gi råd om hvordan pårørende kan unngå virkningsløse tiltak, og forklare hvorfor ufrivillig vekttaap er irreversibelt i palliativ fase av lungekreft. Ulike fortolkninger av erfaringer er ekstra viktig for helsearbeidere å være klar over, ettersom deres fortolkning av en konkret situasjon kan få direkte konsekvens for hva slags hjelp man tilbyr (34). I den åpne dialogen mellom pasient og informerte pårørende kan sykepleiere med kompetanse på dette området, ivareta familiens behov for samtale om det ufrivillige vekttaapet. Nasjonalt handlingsprogram for pasienter i palliasjon (35) og Nasjonal Standard for palliasjon (23) understreker at det er viktig å opparbeide rutiner for inklusjon og systematisk oppfølging av pårørende med samtaler.

VIDERE FORSKNING

Det er behov for både kvalitative og kvantitative studier for å gi klinikere bredere kunnskap om hvordan de best mulig kan støtte pårørende og pasienter med ufrivillig vekttaap ved lungekreft i

” Jeg har vært og kjøpt noen klær som passer per i dag, så får vi se hvor lenge de passer.

disse handlingene samtidig er strevsomme og hele tiden må balansere i forhold til endringer i den sykes situasjon, ble beskrevet som konfliktfullt. Pårørendes kamp for å overkomme den sykes manglende appetitt og problemer ved måltidene, var drevet av håpet om at det vil nytte. Pårørende i denne studien var ikke informert om at vekttaapet ved lungekreft i palliativ fase er irreversibelt, til tross for at de alle var i kontakt med helsepersonell. Å overkomme disse problemene beskrives i andre studier som kampen om «et tapt slag» (16-18), eller som «å slåss mot en vindmølle» (14). Informasjon fra helsepersonell om spising og næringsinntak ved alvorlig grad av lungekreft kan følgelig være utfordrende. Hensynsfull kommunikasjon om vekttaapet kan kanskje åpne for at de pårørende får uttrykt sine bekymringer på ett viktig område.

Utfordringer

I planleggingen av studien var vi oppmerksomme på at rekruttering av pårørende til pasienter med lungekreft i palliativ fase

antallet, som ikke er et sentralt spørsmål i kvalitative studier (22, 33). Spørsmålet dreier seg mer om å få innsikt i ulike aspekter ved de pårørendes opplevelser og erfaringer. Det kan derfor være en styrke i studien at de pårørende representerer ulike familiemedlemmer (ektefelle og datter) (33). Med få pårørende og stort spenn i alder (30-80 år) er utvalget ikke homogent, og funnene i studien kan ikke overføres til å gjelde pårørende i tilsvarende situasjon, noe som fordrer videre forskning. Det er imidlertid en styrke i studien at kvinnene ga uttrykk for at de opplevde det meningsfylt å samtale med intervjuer om sine opplevelser og følelser. Dette var positivt, men ikke tilsiktet i forskningsprosjektet. Kvinnenes beskrivelser og følelsesreaksjoner kan være preget av ulike måter å se og erkjenne utfordringene de sto overfor. Fortellingene kan derfor være et viktig redskap for å utvikle kunnskap om og respekt for de pårørendes ulike erfaringer (20, 34). For å styrke påliteligheten i analyseprosessen er materialet gjennomgått av begge forskerne,

palliativ fase. Kvalitative studier med både kvinner og menn som pårørende kan gi mer innsikt i deres opplevelser og erfaringer

ved lungekreftpasienters vekt- tap. Det kan også være aktu- elt å utforske helsepersonells kunnskap og erfaring om ufri-

villig vekttap ved lungekreft og studere hvordan helsepersonell kan møte disse utfordringene i framtiden.

REFERANSER

1. Tisdale MJ. Mechanisms of cancer cachexia. *Physiological Reviews*. 2009; 89: 381–410.

2. Gunter P, Ferguson M, Thust K, Voss AC. Understanding Tumor-Induced Weight loss. *Med Surg Nursing*. 2002;11:215–27.

3. Stepp L, Pakiz TS. Anorexia and cachexia in advanced cancer. Palliative and supportive of advanced cancer. 2001;36:735–44.

4. Sarhill N, Mahmoud F, Walsh D, Nelson KA, Komurcu S, Davis M, Le Grand S, Abdullah O, Rybicki L. Evaluation of nutritional status in advanced meta- static cancer. *Support care cancer*. 2003;11:652–9.

5. Krefregisteret. Cancer in Norway. 2009. http://www.krefregisteret.no/Global/CIN_2009_endelig%20utgave.pdf [28.02.2012].

6. Berenstein EG og Oritz Z. Megestrole acetate for the treatment of anorexia cachexia-syndrome. *The Cochrane Library*. 2011, Issue 7.

7. Cimino JE. The role of nutrition in hospice and palliative care of the cancer patient. *Topics in clinical nutrition*. 2003;18:154–61.

8. Dewey A, Baughan C, Taraneh DP, Higgins B, Johnson I. Eicosapentaenoic acid (EPA, an omega 3- fatty acid form fish oils) for treatment of cancer cachexia. *The Cochrane Library*. 2010, Issue 11.

9. Holder H. Nursing management of nutrition in cancer and palliative care. *British journal of nursing*. 2003;11:667–74.

10. Goldberg SW, Mulshine JL, Hagstrom D, Pyenson B. An Actuarial Approach to Comparing Early Stage and Late Stage Lung Cancer Mortality and Survival. *Population Health Management*. 2010;13:33–46.

11. Tod AM, Joanne R. Overcoming delay in the diagnosis of lung cancer: a qualitative study. *Nursing Standard*. 2010;24:35–43.

12. Tyson L. Non-Small Cell Lung Cancer: New Hope for a Chronic Illness. *Oncology Nursing Forum*. 2007;34:963–70.

13. Peak M. An overview of lung cancer. *The Pharmaceutical Journal*. 2006;277, 7424: 521–24.

14. Strasser F, Binswanger J, Cerny T, Kesselring A. Fighting a losing bat-

tel: eating-related distress of men with advanced cancer and their female partners. A mixed methods study. *Palliative Medicine*. 2007; 21: 129–37.

15. Hopkinson J, Wright D, Mc Donald J, Corner JC. The prevalence and concern about weight loss and change in eating habits in people with advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2006;32:322–31.

16. McClement S, Degner L, Harlos M. Family response to declining intake and weightloss in a terminal relative. Part 1 fighting back. *Journal of palliative care*. 2004; (2): 93–100.

17. Pool K, Frogatt K. Loss of appetite in advanced cancer: a problem for the patient, the carer or the health professional? *Palliative medicine*. 2002;16:499–508.

18. Reid J, McKenna H, Fitzsimons D, McCane, T. The experience of cancer cachexia: A qualitative study of advanced cancer patients and their family members. *International Journal of Nursing studies*. 2008;46:606–16.

19. Orrevall Y, Tishelman C, Permert J. Home parenteral nutrition: A qualitative interview study of experiences of advanced cancer patients and their families. *Clinical nutrition*. 2005; 24,961–70.

20. Lazarus RS. Stress og følelser – en ny syntese. København: Akademisk Forlag. 2006.

21. Kvale S, Brinkmann, S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2009.

22. Plathe H. «Åh, så tynn – håper det retter seg ...» Kvinners opplevelse av ufrivillig vekttap hos sin nærmeste, i palliativ fase. Mastergradsoppgave i klinisk helsearbeid, studieretning palliasjon. Avdeling for helsefag. Høgskolen i Buskerud. 2010.

23. Norsk forening for palliative medisin. Standard for palliasjon. 2004. http://www.legeforenningen.no/asset/24404/2/24404_2.pdf [26.02.2012].

24. Lovdata. Pasientrettighetsloven. Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63. (Pasientrettighetsloven). <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> [26.02.2012].

25. Lundman B og Graneheim UH. Kvalitativ innehållsanalyse. I: M. Granskär & B. Höglund- Nielsen (red.). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso

och sjukvård Lund: Studentlitteratur. 2008:159–72.

26. Martinsen K. Evidens – begrensende eller opplysende? I: K. Martinsen, K. Eriksson. Å se og å innse. Oslo: Akribe. 2009:81–170.

27. Eriksson K. Evidens – det sanna, det sköna, det goda och det eviga. I: K. Martinsen, K. Erikson. Å se og å innse. Oslo: Akribe. 2009:35–40.

28. Grov EK, Fosså SD, Sørebo Ø, Dahl AA. Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Social science & Medicine*. 2006; (63): 2429–39.

29. Given B, Wyatt G, Given C, Sherwood P, Gift, A, DeVoss D, Rahbar M. Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncology Nursing Forum*. 2004;31:1105–17.

30. Falkmer UG. Vedlegg 4. Nutritions- och vätskebehandling. I. Terapi- og behandling. Palliativ behandling på sykehus og i hjemmet. Oslo Statens legemiddelverk. 2001; 2: 31– 8. <http://www.legemiddelverket.no/upload/16261/publikasjon2-2001.pdf> [26.02.2012].

31. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. 2009. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archiv/00277/Nasjonale_faglige_r_277739a.PDF [26.02.2012].

32. Fog J. Med samtalen som utgangspunkt. København: Akademisk forlag. 2004.

33. Morse JM., Barret, M., Mayan, M.J., Olson, K., Spiers, J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *Int Journal Qualitative Methods*, 2002;1:1–11.

34. Hovland BE. Narrativ etikk og profesjonelt hjelpearbeid. Oslo: Gyldendal akademisk. 2011.

35. Sosial- og helsedepartementet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. 2007. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archiv/00035/Nasjonalt_handlingsp_35529a.pdf [26.02.2012].

Les kommentaren på side 132 >>

Snakk med pårørende om pasientens vekttap

► Studien gir nyttig informasjon om hvordan sykepleier kan støtte pårørende til lungekreftpasienter i palliativ fase.



Trine Oksholm

Stipendiat, Oslo universitetssykehus.

Hensikten med studien er å få kunnskap om hvordan pårørende til lungekreftpasienter opplever pasientens vekttap i den palliative fasen. Fire pårørende til lungekreftpasienter er intervjuet om sine erfaringer. Studien viser at pårørende bekymrer seg mye for pasientens vekttap. De blir triste over de synlige forandringene av pasientens kropp, og prøver å finne forklaringer på vekttapet. Pårørende forteller at de føler lettelse når vekten øker og fortvilelse når den går ned. De forsøker hele tiden å lage fristende og næringsrike måltider, og enkelte pasienter ga uttrykk for at det ble mye mas. Pårørende snakket lite både med den lungekreftsyke og helsepersonell om vektnedgangen.

Resultatene fra studien stemmer med erfaringer jeg har fra egen praksis. Mat og vekttap kan ofte bli vanskelig å takle for pasienter og pårørende i den

palliative fasen. Pårørende bruker ofte mye tid og krefter på å lage fristende og næringsrik mat. Når pasientene på grunn av sykdommen eller behandlingen ikke orker å spise maten kan de ofte føle at de svikter de pårørende og bli lei seg. De pårørende kan på sin side oppleve at de ikke strekker til. Dette fører til at måltidet ikke lenger blir en hyggelig samling av familien, men isteden preget av skuffelser og mas.

Jeg er enig med artikkelforfatteren i at det er viktig å snakke med pårørende om ernæring. De trenger informasjon om at vekttap i denne fasen av sykdommen ofte er uunngåelig, uansett hvor god og næringsrik mat de lager. En slik samtale kan også gi pårørende mulighet til å snakke om andre ting som bekymrer dem. Av og til har jeg opplevd at pårørende snakker mye om pasientens ernæring og vekt,

selv når pasienten er terminal og døende. Da er det viktig at helsepersonell informerer dem om hva som er fokus i de ulike stadiene av sykdommen.

De pårørende som ble intervjuet i studien synes det var godt å fortelle om sine erfaringer. En begrensning ved studien er at det var få respondenter, med den gir allikevel viktig kunnskap om pårørendes opplevelser. En viktig implikasjon for praksis er at sykepleiere må snakke med pårørende om hvilke tiltak som kan redusere vektreduksjonen og informere dem om at vekttap ofte er uunngåelig.

Les artikkelen på side 124



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.



Illustrasjonsfoto:
George Wada/NTBscanpix

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Utenlandsrekruttering av sykepleiere er kontroversielt. Fram til begynnelsen av 2000-tallet rekrutterte statlige myndigheter aktivt fra utlandet. Dette ble sterkt kritisert, noe som resulterte i en omlegging av politikken. Vi fikk en ny situasjon, der statlige myndigheter fraskrev seg ansvaret for utenlandsrekruttering og overlot feltet til private aktører.

Hensikt: Hensikten med artikkelen er å belyse noen hovedargumenter som ble brukt i diskusjonen, og å

utforske hvilke konkrete endringer omleggingen har ført til.

Metode: Artikkelen er basert på data samlet inn gjennom kvalitativ forskning: intervjuer og skriftlige kilder, sammenstilt med tilgjengelig statistisk materiale.

Resultater: I diskusjonen om utenlandsrekruttering av sykepleiere var argumenter knyttet til «brain drain», «care drain», sosial dumping og sykepleiertetthet sentrale. Jeg

viser hvordan tilsynelatende motsatte argumenter er sanne samtidig, og spør om det er egne interesser som styrer hvilke argumenter man velger å framføre.

Konklusjon: Den politiske snuoperasjonen har ikke hindret negative konsekvenser for fattigere land og for sykepleiere fra fattigere land. Hovedeffekten av snuoperasjonen er at statlige myndigheter har overlatt ansvaret for eventuelle negative konsekvenser til private aktører.

ENGLISH SUMMARY

Nurses from abroad - from public to private responsibility? A critical look at Norwegian recruitment policy debates and practices

Background: Recruitment of nurses from poorer countries is a controversial issue. Until 2003, Norwegian government agencies actively recruited from abroad. This policy was subject to strong criticism, which resulted in a change of policy. Thereafter, government authorities left this field to private participants.

Objective: The purpose of the arti-

cle is to shed light on certain primary arguments of this discussion, and to explore specific changes in the aftermath of the policy turnaround.

Methods: The article is based upon qualitative research from interviews and written sources, combined with available statistical data.

Results: In the debate concerning the international recruitment of nurses, the central arguments related to brain drain, care drain, social dumping and nurse density. Both

sides in the debate were right and I ask whether interests, rather than ethics, may have guided the choice of arguments.

Conclusion: Rather than preventing negative consequences for poorer countries and for nurses from those poorer countries, a primary result of the political turnaround is that the government has left the responsibility for any adverse consequences to private actors.

Keywords: Recruitment, politics, ethics, healthcare, qualitative study.

>> Sykepleiere fra utlandet – fra statlig til privat ansvar?

Forfatter: Marie Louise Seeberg

NØKKELORD

- Rekruttering
- Politikk
- Etikk
- Helsepersonell
- Kvalitativ studie

INTRODUKSJON

Arbeidsmarkedet for helsepersonell blir stadig mer internasjonalsert. Sykepleiermigrasjon til Norge fra land med svakere økonomi er en del av bildet. Slik migrasjon fra fattigere til rikere land er omdiskutert internasjonalt og nasjonalt. I denne artikkelen tar jeg for meg noen hovedargumenter i diskusjonen. På den ene siden hevdes det at rike lands import av helsepersonell fører til en tapping av fattige lands ressurser i form av såkalt brain drain («hjerneflukt») og care drain («omsorgsflukt»). På den andre siden hevder man, at en regulert import av helsepersonell kan bidra til en global utjevning gjennom penger som migranter sender hjem (remittance) og bistand til helseutdanning. Debatten slik den kommer fram mellom vikarbyråene og Norsk Sykepleierforbund, gir et godt innblikk i de mest sentrale argumentene. Jeg vil derfor presentere debatten gjennom disse to aktørene. Fra 2003–2009 arbeidet jeg med to forskningsprosjekter om innvandret helsepersonell. I denne perioden skjedde det en politisk vending, fra statlig utenlandsrekruttering i regi av Aetat til en situasjon der statlige myndigheter fraskrev seg direkte befat-

ning med utenlandsrekruttering. I denne artikkelen vil jeg se nærmere på forholdet mellom hovedargumentene for å avslutte den statlige rekrutteringen og konsekvenser av den politiske vendingen. Jeg spør: har den statlige tilbaketrekkingen bidratt til å løse problemene med hjerneflukt og omsorgsflukt?

METODE

Artikkelen tar utgangspunkt i to kvalitative studier av innvandret helsepersonell. Den første studien (2003–2006) fokuserte på helsearbeidsplassen (1-3). Her utførte jeg feltarbeid og intervjuer ved et sykehjem og et sykehus. Dette var også arbeidsplassene til noen av sykepleierne i det andre prosjektet (2006–2009), hvor jeg fokuserte på sykepleiermigrasjon. Tema for intervjuene med sykepleiere i dette prosjektet var migrasjonsprosessen, livet før migrasjonen og erfaringene etterpå (4-6). Jeg intervjuet også to representanter for helsearbeidsgivere, tre ansatte i Utlendingsdirektoratet (UDI), to ansatte i Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH), to ansatte ved sykepleierutdanningen, samt tre representanter for vikarbyråer som rekrutterte fra utlandet. Disse intervjuene (2007–2008) utgjør en del av grunnlaget for denne artikkelen. Som kilde til Norsk Sykepleierforbunds synspunkter har jeg brukt dokumenter og intervjuer hentet fra deres og andres nettsider. Statistiske data hentet inn fra SAFH, SSB, OECD og andre kilder inngår i materialet, sammen med medieoppslag etter søk på frasen «syke-

pleiere fra utlandet» for perioden 1990–2011 i cirka 100 norske papirmedier. Analysen av dette søket gir en tidfesting av debatten i norske medier, mens analysen av det øvrige materialet består i en gjennomgang og diskusjon av de enkelte argumenter.

RESULTATER

Kursending

Tre handlingsplaner illustrerer den politiske snuoperasjonen godt. I «Rett person på rett plass» (1998) heter det: «Utenlandsk helsepersonell utgjør en arbeidskraftreserve for Norge. ... På kort sikt er ... import av utenlandsk personell den eneste muligheten vi har til å øke antallet helsearbeidere. ... Departementet vil ... Styrke rekrutteringstiltakene for helsepersonell fra utlandet ... Departementet vurderer om det bør etableres ... rekrutteringsprosjekter med norskopplæring for ... sykepleiere» (7, punkt 6.4). Handlingsplanen «Rekruttering for bedre kvalitet» (2002) beskriver arbeidet slik: «Arbeidsmarknadsetaten (Aetat)

Hva tilfører denne artikkelen?

Forfatteren peker på at staten har overlatt ansvaret for rekruttering av utenlandske sykepleiere til private aktører, og viser hvordan argumenter både for og imot slik rekruttering kan forsvares.

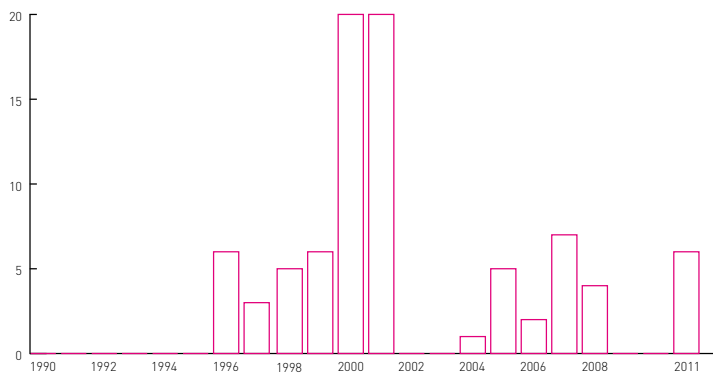
Mer om forfatteren:

Marie Louise Seeberg er sosialantropolog, dr.polit. og seniorforsker ved Norsk institutt for forskning om velferd, oppvekst og aldring (NOVA). Kontakt: mse@nova.no

driv med rekruttering av helsepersonell frå utlandet og organiserer norsk kurs for aktuelle arbeidssøkjere i heimlandet deira. Fram til 2001 rekrutterte Aetat helsepersonell berre frå EØS-land. Frå 2001 rekrutterer Aetat personell også frå land utanfor EØS. Det er inngått avtalar med Polen (sjukepleiarar) [og] Filippinene (sjukepleiarar)» (8: 13). Vendepunktet kom i 2007 med «En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell»: «Norge skal, som et av verdens rikeste land, ta ansvar for å bidra til en utvikling som fordeler de globale helsepersonellressursene på en solidarisk måte. Regjeringen har i Stortingsproposisjon nummer 1 (2006–2007) forpliktet seg til å føre en politikk som motarbeider strømmen av kvalifiserte helsearbeidere fra fattige land» (9). Konteksten rundt disse styringsdokumentene er dels den nasjonale debatten om rekruttering av helsepersonell fra utlandet som er tema i denne artikkelen, og dels beslektete debatter internasjonalt (10-17).

Debatten

Den norske mediedebatten om sykepleiere fra utlandet kan tidfestes slik, se figur 1:



FIGUR 1: Antall treff på søket «Sykepleiere fra utlandet» i norske nett- og papiraviser 1.1.1990-29.12.2011. Kilde: Retriever.

Illustrasjonen viser hvordan diskusjonen toppet seg i 2000 og 2001. Vi ser også at temaet vekket ny interesse rundt 2005, med en topp i 2007, og at det igjen er aktuelt i 2011. Frasen «sykepleiere fra utlandet» er et snevert søkebegrep som sikrer få irrelevante treff. I søket har jeg fjernet treff som inneholdt ordet «korrupsjon», fordi dette ordet ga mange identiske treff på én sak.

Sykepleierforbundet og vikarbyråene representerer hver sine interesser i denne saken, og utgjør motpolarer i debatten. I et av intervjuene mine med representanter for vikarbyråer kom det tydelig fram hvem som var hovedmotstander, og hvilke argumenter som ble framført: «Det Norsk Sykepleierforbund mener, er at det er bedre at sykepleiere går arbeidsledige i Filippinene enn at de kommer til Norge og får jobb. Du vet, de hylar jo så fort det kommer en utenlandsk sykepleier, og mener at det er uetisk og det er stygt og ... care drain kaller de det nå, det nye moteordet. Og så ser de på sykepleiertettheten i Norge kontra sykepleiertettheten i andre land. De mener det er bedre bruk for sykepleiere der – for da

er de i hvert fall i det landet hvor de trengs – eller hvor det er mindre sykepleiere. ... Det Sykepleierforbundet sier er: Hvis bare alle sykepleierne i Norge får full jobb, altså 100 prosent stilling, så har en nok sykepleiere. Og det er jo korrekt. Men sykepleierne ønsker jo ikke full jobb – det tror jeg heller ikke Sykepleierforbundet ser – og det finnes jo ikke så veldig mange fulle stillinger – eller det finnes jo veldig mange deltidsstillinger da – det er ikke så lett å legge om på det heller. De aller fleste, de ønsker å jobbe deltid.»

Her viser min informant til care drain, «omsorgsflukt». Dette begrepet, sammen med brain drain og brain gain, er en del av en internasjonal debatt (18-22). Jeg skal komme tilbake til denne debatten og hvilken rolle disse begrepene spiller. Informanten trakk også fram argumentasjonen rundt sykepleiertetthet som problematisk, sett i lys av den høye andelen deltidsarbeidende sykepleiere i Norge. Representanter for vikarbyråene påpekte i andre intervjuer at det var stor etterspørsel etter kvalifiserte sykepleiere med norsk autorisasjon, enten de var utdannet i Norge eller ikke. De framhevet også at sykepleierne som reiser ut, sender penger tilbake (remittances) og dermed bidrar til å bygge opp økonomien i hjemlandet.

Ulike aktører har ulike posisjoner, og Norsk Sykepleierforbund så saken i et annet perspektiv enn vikarbyråene gjorde. De mente at det ikke var behov for utenlandsrekruttering, men at det burde tilrettelegges for at sykepleiere med norsk utdanning går inn i heltidsstillinger (23). Som representanten for vikarbyrået påpekte, trakk Norsk Sykepleierforbund fram den høye norske sykepleiertettheten som et argument mot utenlandsrekruttering: «Å hente helsearbeidere i fattige land, hvor

helsesystemene er såpass mye dårligere bemannet, er uetisk» (tidligere leder Bente Slaatten: 23).

Oppslag i Sykepleien og i andre norske medier om utbytting og sosial dumping i private aktørers regi (24, se også tema om sosial dumping på Sykepleien.no) og om ureglementerte autorisasjoner i offentlige myndigheters regi (25), bidro til å underbygge og bekrefte argumentene om at utenlandsrekruttering var problematisk. I tillegg kom argumentasjonen om at fattigere land trenger og har rett til sine sykepleiere selv: sykepleierdekningen er lavere, befolkningens helse dårligere, og avsenderlandene investerer i sykepleierutdanninger som de ikke får uttelling for. Alle disse argumentene kom sterkt til uttrykk i debatten, og bidro til en endring i politikken på området.

Rekruttering fra utlandet

Fra 1998 til 2003 rekrutterte Norge sykepleiere fra utlandet gjennom Aetat helserekruttering, i samarbeid med kommuner som arbeidsgivere. Aetat helserekruttering ble nedlagt i 2003, men utenlandsrekrutteringen av sykepleiere fortsatte. Antall autorisasjoner til sykepleiere og hjelpepleiere fra land utenfor EØS stiger, uavhengig av «snuoperasjonen», se figur 2:

Selv om «land utenfor EØS» er et upresist mål på «fattigere land», indikerer stigningen at rekrutteringen herfra fortsetter. Det nye er at det har oppstått et skille mellom aktiv, statlig rekruttering av sykepleiere fra utlandet og sykepleiere som kommer på egen hånd eller gjennom private formidlingsbyråer. Flere kommuner har fortsatt med å legge til rette for sykepleiere som «bare kommer», og med egen rekruttering av sykepleiere fra ulike land. Rekrutteringen har ikke vært uproblematisk. Språk og kommunikasjon gir utfordringer som må håndteres, og flere tilfeller av falsk eller manglende utdanningsdokumentasjon, korrupsjon, og ulovlige dobbeltkontrakter er avdekket (1, 26-28).

DISKUSJON

Sterke interesser

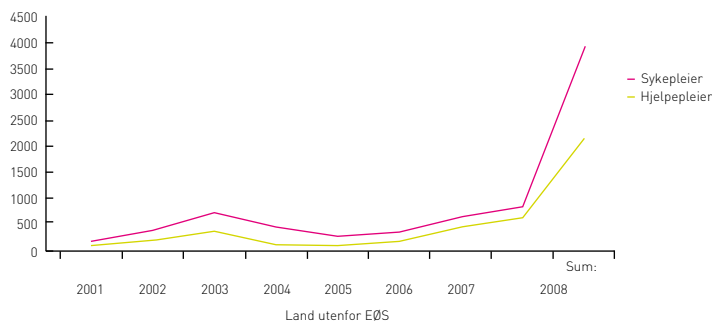
Ifølge OECD har Norge den høyeste sykepleierdekningen av alle OECD-land; omtrent tre ganger så mange sykepleiere per innbygger som Sverige og Storbritannia, og dobbelt så mange som Irland og Danmark (29, 30). Verdens helseorganisasjon opererer med litt andre tall, men også her ligger Norge høyt oppe, som nummer to etter Irland (31). Det er ikke lett å finne ut om sammenlikningen med

andre land blir riktig. Tallene som er grunnlag for OECDs og WHO's statistikk regner nemlig dels antall hele stillinger, dels antall ansatte sykepleiere (SSB, personlig meddelelse). Det blir to forskjellige ting, fordi sykepleiere i Norge ofte arbeider deltid.

Flere undersøkelser bekrefter at mange sykepleiere er fornøyd med å arbeide deltid (32-34), men deltidsorienteringen svekkes gradvis (35). Hvor frivillig en slik tilpasning til etablerte kjønnsforhold er, kan diskuteres (35, 36). Svært mange sykepleiere arbeider dessuten mer enn deres stillingsprosent tilsier. Sykepleieres arbeidsplasser er avhengige av at ansatte tar ekstravakter, og det er komplisert å forandre dette systemet (35). Det er komplekse samspill mellom individuelle valg og strukturelle rammer. Det er derfor usikkert i hvilken grad deltidsansatte utgjør en reell arbeidskraftreserve.

SSB anslår at det i 2007 var cirka 1200 ubesatte sykepleierstillinger i Norge, mens det var registrert «bare noen få hundre» arbeidsledige sykepleiere (37). Arbeidsgivere jeg intervjuet strevde med å få kvalifiserte søkere til utlyste sykepleierstillinger, særlig innen kommunal sektor (jf. 38). Rekrutteringen er lettere for sykehusene enn for kommunene. Sykehus tilbyr mer varierte og prestisjetunge arbeidsoppgaver, som gir yrkesutøverne og institusjonene høyere status (1). Dermed blir det også lettere for staten som arbeidsgiver å klare seg uten rekruttering fra utlandet, enn for kommunene.

Det er riktig som Norsk Sykepleierforbund og deres meningsfeller sier at Norge har svært mange sykepleiere. Det er også riktig som bemanningsbyråene og kommunene hevder: Norge har behov for flere sykepleiere. Når begge deler er sant, bør man spørre om interessene styrer argumentasjo-



FIGUR 2: Innvilgede søknader om autorisasjon 2001-2008. Kilde: SAFH.

nen. At etikkargumentene mot utenlandsrekruttering beskytter nasjonale profesjonsinteresser, kan det være liten tvil om. Tilsvarende er det riktig at penger som sendes hjem, utgjør større deler av mange fattige lands nasjonale økonomi enn bistandsmidler (39-41). Sykepleiere fra fattigere land vil, som migranter flest, bidra økonomisk til familien i det opprinnelige hjemlandet. Mine sykepleierinformanter sendte jevnlig

ble på ny tatt i bruk for å kritisere Storbritannias betydelige import av sykepleiere og leger fra tidligere kolonier i Afrika utover 1980-, 90- og 2000-tallet (21). Metaforen var godt egnet til å synliggjøre det problematiske ved denne situasjonen. Avsenderland som Ghana og Nigeria hadde behov for sykepleiere under den økende AIDS-epidemien. Storbritannias egen utdanning av sykepleiere var for nedadgående,

” Å sende penger hjem er en langt mer effektiv form for bistand enn bistandsmidler.

faste beløp. Selv om også dette er sant, er det slik at vikarbyråer som rekrutterer sykepleiere fra utlandet, utvilsomt er tjent med å legge vekt både på behovet for flere sykepleiere i Norge og på at de fattigere avsenderlandene også kan tjene på migrasjonen. La oss derfor se nærmere på premissene for denne diskusjonen.

Ressurser og rettferdighet

Brain drain-begrepet ble lansert i Storbritannia på 1960-tallet, og beskrev utvandringen av kvalifiserte fagpersoner til USA etter krigen. Begrepet forutsetter at nasjonalstaters interesser settes opp mot hverandre og er viktigere enn individuelle eller andre kollektive interesser. Det tegnes bilder av mennesker som brikker i et spill: de rike landene er vinnerne og de fattige landene taperne, og gevinsten det spilles om er kompetent arbeidskraft. Begrepet er negativt ideologisk ladd, men retter oppmerksomheten mot et reelt problem. Når en stor andel av de best kvalifiserte individene i et samfunn utvandrer, er det et symptom på mangler ved samfunnet, samtidig som utvandringen kan forsterke manglene. Brain drain-begrepet

selv om landet hadde et økende behov for sykepleiere. Når den samme metaforen ukritisk overføres til den norske debatten, kan man lett ta det for gitt at vi har en tilsvarende situasjon. Det er ikke nødvendigvis sant.

Brain drain-begrepet legger vekt på kunnskap som en vare, som enkeltpersoner bærer med seg og som overføres mellom land når mennesker migrerer. I helsesektoren er det særlig utvandring av leger og forskere som trekkes fram som brain drain, men også sykepleiermigrasjon beskrives med denne metaforen. Pleiedelen av arbeidet karakteriseres som omsorgsarbeid, care work. Omsorgsarbeid assosieres med kvinnelighet, og yrker som særlig utfører slikt arbeid er kvinnedominerte. Kvinners omsorgsarbeid utføres både som lønnet arbeid og som en del av familielivet. Her kommer begrepet care drain (18) inn, i takt med at fokus på kvinnemigrasjon har økt sterkt de senere tiårene. Her er man særlig opptatt av forholdet mellom mødre og barn når mor migrerer for å utføre omsorgsarbeid i rike land, og egne barn blir igjen hjemme, under andres omsorg. Både care drain- og brain drain-

begrepet beskriver aspekter ved de større migrasjonsprosessene som mine sykepleierinformanter inngår i. I et slikt perspektiv tar de både med seg sin utdanningskapital og sitt omsorgspotensial når de forlater familie og kolleger i hjemlandet for å bruke sin kompetanse i Norge.

Trengs sykepleierne mer i sine opprinnelige hjemland enn i Norge? Er det et overskudd av sykepleiere i avsenderlandene? Jeg skal ikke prøve å svare på disse spørsmålene, men påpeke at vi må skille mellom mange og svært ulike avsenderland, og vi må definere «overskudd» og «underskudd» av sykepleiere. Antall ledige stillinger reflekterer ikke nødvendigvis behovet for sykepleiere. De fleste land i verden har langt færre sykepleiere per innbygger enn Norge. Det betyr ikke nødvendigvis at det finnes ubesatte stillinger. Stillinger koster penger, og svært mange av de landene som eksporterer sykepleiere har et underutbygd helsevesen. Dermed kan man sette problemet på spissen, slik representanten for vikarbyrået gjorde ovenfor: sykepleiere blir gående arbeidsledige i sine hjemland, når de kunne ha vært i jobb i Norge og sendt penger hjem.

Kan man si at det å sende penger hjem fungerer som en slags godtgjørelse for utgiftene familie og avsendersamfunn har hatt til sykepleierutdanningen? Sett fra et privat synspunkt er det utvilsomt slik at disse pengene er en gjenytelse, ett takk for hjelpen, en del av gjensidigheten familie og venner imellom (42). I mange tilfeller har framtidige migranter også tatt opp regulære lån i hjemlandet for å finansiere utdanning og/eller migrasjon, og tilbakebetalingen innebærer også overføring av penger til hjemlandet. Likevel ytes ikke pengene

direkte fra det norske samfunnet; sykepleierne sender en del av sin egen nettolønn, etter at skatt er betalt til Norge. Pengene går heller ikke til avsenderstaten som har organisert og kanskje finansiert utdanningen, men til familier og utlånere. Dette er altså private overføringer. På den annen side hevdes det at å sende penger hjem er en langt mer effektiv form for bistand enn bistandsmidler. Pengene går direkte til «vanlige folk» som bruker dem til sine daglige utgifter og til utdanning. Dermed kommer pengene også lokalsamfunnene til gode både på kort og lang sikt (43).

I en rapport fra Sosial- og Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet (44) diskuteres flere aspekter ved dette problemkomplekset. Her foreslår man også en type tiltak som hittil ikke har blitt iverksatt, nemlig en formell kompensasjon fra mottaker- til avsenderlandet for mottatt ferdig utdannet helsepersonell. Ideen om slik kompensasjon er ikke ny, men har vært gjenstand for internasjonal debatt i flere årtier (45-47). To hovedårsaker til at kompensasjon hittil ikke har blitt løsningen, peker seg ut: 1) Mottakerlandene ønsker ikke å forplikte seg til å betale for noe de kan få gratis. 2) Kompensasjon forutsetter et så komplisert regnestykke at ingen ennå har klart å sette det opp. Hva som må med i regnestykket, for eksempel hvordan man tar hensyn til utbredte fenomener som migrasjon videre til tredje land, eller remigrasjon til

opprinnelseslandet etter år med kompetanseutvikling i ett eller flere mottakerland, er hittil uløste utfordringer. Dette reflekterer at brain drain-metaforene og nullsumspillet er overforenklinger, som ikke beskriver det sammensatte fenomenet som sykepleiermigrasjon er (48).

Brain gain (gain = gevinst) er det motsatte av brain drain, og kan ganske enkelt vise til vinnerens gevinst i nullsumspillet. Imidlertid kan dette begrepet også rette oppmerksomheten mot andre og mer sammensatte sider ved sykepleiermigrasjonen. Vi kan holde oss til spillteori for å finne en annen metafor enn nullsummodellen, nemlig variabelsummodellen. I et variabelsumspill er ikke den totale gevinsten konstant. Det passer bra når vi tenker på at verdens totale antall sykepleiere heller ikke er konstant, men endrer seg hele tiden. En slik modell virker også mer fornuftig med tanke på at den «kapitalen» det er snakk om, nemlig sykepleieres samlede kunnskap, ikke kan måles og avgrenses. Videre kan flere deltakere i et slikt spill ha felles interesser, og det kan derfor lønne seg å samarbeide for at den samlede gevinsten, fordelt på flere vinnere, skal bli så høy som mulig. Hvis deltakerne i det globale spillet om sykepleierne er verdens nasjonalstater, så innebærer en slik modell at et internasjonalt samarbeid om sykepleiermigrasjon kan være til fordel for både avsender- og mottakerland. Man kan diskutere om utvandrin-

gen av fagfolk fra fattigere land nødvendigvis vil føre til at disse landene aldri vil få løst sine store økonomiske problemer. Man kan også tenke seg at et internasjonalt samarbeid kan innebære en mulighet, også for de fattigere avsenderlandene, til å vinne noe ved slik migrasjon. Uten slikt statlig og mellomstatlig ansvar er det mer tilfeldig om migrasjonen vil føre til en jevnere fordeling.

KONKLUSJON

Flere forhold som virker sammen gjør det umulig ut fra forskningsbasert kunnskap, å svare på om rekruttering av sykepleiere fra utlandet er «bra» eller «ikke bra». Enten norske og andre lands myndigheter aktivt går inn og tar ansvar på dette området eller ikke, vil rekrutteringen likevel fortsette. Som partiet Rødt kanskje litt uventet påpeker i et brev til helseministeren: «Norge er i dag og vil i mange år, være avhengig av helsepersonell med utenlandsk utdanning» (49). Store spørsmål kan se enkle ut, men de er sammensatte, og de krever sammensatte svar. Gjennom å avslutte den aktive rekrutteringen avsluttet den norske stat sitt direkte ansvar for slik rekruttering. Rekrutteringen av sykepleiere fra utlandet til norske offentlige arbeidsplasser skjer nå via private formidlere. De har bare arbeidsgiveransvaret. Staten toer sine hender, og det overordnede ansvaret for regulering av utenlandsrekrutteringen pulveriseres.

REFERANSER

1. Seeberg ML, Dahle R. «Det er kunnskapene mine dere trenger, ikke språket mitt»: etnisitet, kjønn og klasse ved to arbeidsplasser i helse- og omsorgssektoren [You need my knowledge, not my language]: ethnicity, gender and class in

two healthcare workplaces]. Oslo: NOVA-rapport 24/05, 2005.

2. Seeberg ML, Dahle R. Innvandrede helsearbeidere – og et inkluderende arbeidsliv? [Immigrant health workers – and an inclusive working life?]. In: Hammer T, Øverbye E. (eds.) Inkluderende

arbeidsliv? Erfaringer og strategier [An inclusive working life? Experiences and strategies]. Gyldendal Akademisk, Oslo, 2006. (s. 79–102)

3. Seeberg ML. Velferdsstaten møter verden: arbeidsplasser i endring [The welfare state meets the world: changes

in the workplace]. Gyldendal akademisk, Oslo, 2007.

4. **Seeberg ML.** Exploring intersectionality, systems and capitals: the case of a Filipino nurse in Norway. In: Sollund R. (ed.) *Transnational Rights, Gender and Migration*. Emerald Group Publishing; 2012.
5. **Seeberg ML.** Immigrant careworkers and Norwegian gender equality: institutions, identities, intersections. *European Journal of Women's Studies*. 2012; 19: 173-85.
6. **Seeberg ML, Sollund R.** Openings and Obstacles for Migrant Care Workers: Filipino Au Pairs and Nurses in Norway. In: Shechory M, Ben-David S, Soen D, (eds.) *Who pays the price? Foreign Workers, Society, Crime and the Law*. Nova Science Publishers, New York, 2009. [s. 45-55]
7. **Sosial- og helsedepartementet.** Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001: rett person på rett plass. 2. utgave. 1998.
8. **Sosial- og Helsedirektoratet.** Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006: rekruttering for bedre kvalitet. Oslo, 2002.
9. **Sosial- og Helsedirektoratet.** En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, 2007.
10. **Ball RE.** Divergent development, racialised rights: globalised labour markets and the trade of nurses – The case of the Philippines. *Women Stud Int Forum*. 2004;27:119-33.
11. **Brush BL.** Global Nurse Migration Today. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008;40:20-5.
12. **Coonan C.** Western demand drains Philippines of 85 per cent of its trained nurses. *The Independent*. 2008 Friday, 25 January.
13. **Kingma M.** Nurses on the move: migration and the global health care economy. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press; 2006.
14. **Ross SJ, Polsky D, Sochalski J.** Nursing shortages and international nurse migration. *Int Nurs Rev*. 2005;52:253-62.
15. **Smith P.** Profession, market and class: nurse migration and the remaking of division and disadvantage. *J Clin Nurs*. 2007;16:2213-20.
16. **Yeates N.** Production for Export: The Role of the State in the Development and Operation of Global Care Chains. *Popul Space Place*. 2009;15:175-87.
17. **Connell J.** *The International migration of health workers*. New York: Routledge; 2008.
18. **Hochschild AR.** Global care chains and emotional surplus value. In: Giddens A, Hutton W, editors. *On the edge: Living with global capitalism*. London: Sage; 2000. [s. 130-46]
19. **Yeates N.** *Global Care Chains – Critical Reflections and Lines of Enquiry*. Inter-

national Feminist Journal of Politics. 2004;6:369-91.

20. **Clark PF, Stewart JB, Clark DA.** The globalization of the labour market for health-care professionals. *Int Labour Rev*. 2006;145:37-64.
21. **Eastwood JB, Conroy RE, Naicker S, West PA, Tutt RC, Plange-Rhule J.** Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK. *The Lancet* 2005;6/3;365:1893-900.
22. **Hart DM.** From Brain Drain to Mutual Gain: Sharing the Benefits of High-Skill Migration. *Issues in science and technology*. 2006; Fall: 53-62.
23. **Meland Ø.** Nok sykepleiere i Norge. *Verdensmagasinet X*. 2007, 16.12.
24. **Helmers A-KB, Solem LK, Dolonen KA.** Drømmereisen. *Sykepleien*. 2008; http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=153347
25. **Dolonen KA.** Stanser autorisasjoner. *Sykepleien*. 2010; http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=397712
26. **Gedde-Dahl S.** Paddeflat Adecco-sjef – Etterbetaler overtid og lover tarifflønn Aftenposten 4.3.2011, s. 8. – Side: 8, Seksjon: Nyheter – Del: 1 2011.
27. **NTB Tekst.** Tidligere Aetat-ansatte fengslet for korrupsjon. 18.06.2009.
28. **Sæther AS, Solem LK, Helsingeng T, Mikalsen H.** Jukser seg til jobb – i norsk helsevesen. Dokumenter dobbeltsjekkes ikke. Mangelfull utdanning godkjennes. VG-Nett <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=10006721>. 19.05.2010.
29. **OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development].** *OECD Health Data 2008: Country Notes*. http://www.oecd.org/document/46/0,3343,en_2649_34631_34971438_1_1_1_1,00.html [nedlastet 18.05.2009]. 2008.
30. **OECD.** *OECD Health Data 2008: Statistics and Indicators for 30 Countries*. Online version: ISSN 1683-6243. OECD; 2008 [nedlastet 30.06.2009]. www.oecd.org/health/healthdata. 2008.
31. **WHO.** WHOSIS: WHO Statistical Information System, detailed database search. <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>; 2009 [nedlastet 18.05.2009].
32. **Abrahamsen B.** Female professionals' working hours in the welfare state services. *Ergonomia*. 2007;29:193-7.
33. **NOU 2008:17.** Skift- og turnusutvalget. Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid/elektronisk ressurs. Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Oslo, 2008. [s. 144]
34. **Olson T.** Arbeidskraftreserven blant deltidsansatte: arbeidskraftreserven blant deltidsansatte sykepleiere og hjelpepleiere i sykehussektoren. Agderforskning, Kristiansand. FOU-rapport 3/2002.
35. **Abrahamsen B.** Deltidsarbeid på

retur? En sammenlikning av tre kull sykepleiere utdannet i 1977, 1992 og 2003. *Søkelys på arbeidslivet*. 2010;27:5-18.

36. **Kjelstad R.** Hvorfor deltid? *Tidsskrift for samfunnsforskning*. 2006;47:513-44.
37. **Texmon I, Stølen NM.** *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030*. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008. Statistisk sentralbyrå, Oslo/Kongsvinger. SSB-rapport 9/2009.
38. **Berge ØM.** Skaff oss dem vi trenger: om arbeidskraftstrategier og forebygging av sosial dumping i helse og omsorg. Fafo, Oslo. Fafo-rapport 20/2011.
39. **Tribune IH.** Philippines forecasts 2007 remittances from overseas workers to hit record US\$14.1 billion. *International Herald Tribune – Associated Press*. 2006 November 20, 2006.
40. **World Bank.** *Migration and Remittances Factbook: Philippines*. <http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1199807908806/Philippines.pdf> World Bank; 2008. [nedlastet 06.09.2010]
41. **World Bank.** *Migration and remittances*. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,contentMDK:20648762-menuPK:34480-pagePK:64257043-piPK:437376-theSitePK:4607,00.html> 2009. [nedlastet 06.09.2010]
42. **Åkesson L.** *Remittances and Relationships: Exchange in Cape Verdean Transnational Families*. *Ethnos*. 2011/09/01;76:326-47.
43. **Maimbo S, Ratha D.** *Remittances: development impact and future prospects*: World Bank Publications. 2005.
44. **Sosial- og Helsedirektoratet.** *Recruitment of Health Workers: Towards Global Solidarity*. Rapport IS 1490-E. Oslo, 2007.
45. **Kenecukwu A, Megan L.** Compensation for the brain drain from developing countries. *The Lancet*. 2009;373:1665-6.
46. **Bhagwati J, Hamada K.** The brain drain, international integration of markets for professionals and unemployment: a theoretical analysis. *Journal of Development Economics*. 1974:19-42.
47. **Johnson HG.** Some economic aspects of the brain drain. *Issue: a journal of opinion*. 1979;9:7-14.
48. **Johnson HG.** The economics of the «brain drain»: The Canadian case. *Minerva*. 1965;3:299-311.
49. **Thomassen T.** Uavhengig gransking av autorisasjon av utenlandsk helsepersonell i Norge. <http://roedt.no/nyheter/2010/06/uavhengig-gransking-av-safh-etter-cv-jukset/Rødt>; 2010.

Norge trenger flere sykepleiere

› Vi må forvalte utenlandske sykepleieres kompetanse bedre.

Foto: Erik M. Sundt



Av Magne Hustavenes
Sjef for helsefag, Lovisenberg
Diakonale Sykehus.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen «Sykepleiere fra utlandet – fra statlig til privat ansvar» er dels basert på studier, og dels på offentlige debatter. Den gir en interessant beskrivelse av myndighetens snuoperasjon fra aktiv rekruttering, til en politikk hvor man skal motarbeide strømmen av helsearbeidere fra fattige land. Videre belyser den argumenter for og imot rekruttering fra utlandet, ved hjelp av begreper som «care drain» og «brain drain». Dette er veldig ladete begreper, og artikkelen beskriver kompleksiteten på en god måte.

Målgruppen for artikkelen vil være ledere og beslutningstakere, og primært de som har ansvaret for rekruttering. Som det fremgår av artikkelen så går debatten i bølger, og det er åpenbart at det snart kommer en ny bølge. Ferske tall fra Statistisk sentralbyrå viser at Norge i 2035 vil mangle 28 000 sykepleierårsverk og 56 000 helsefagarbeiderårs-

verk, dette vil tvinge frem en ny debatt om hvordan vi skal klare å rekruttere nok helsepersonell. Partene i debatten vil trolig ha de samme argumentene, men en debatt vil kanskje også tvinge myndighetene til en mer aktiv rolle enn det de har nå.

Artikkelforfatterens hypotese er at ansvaret for rekrutteringen nå er opp til den enkelte institusjon, myndighetene har ikke en aktiv rolle. Det betyr at det er opp til dem som rekrutterer å leve opp til å «motarbeide strømmen av helsearbeidere fra fattige land». Spørsmålet er om dette er en ansvarsfraskrivelse eller en delegasjon? Når man sitter med en søknad foran seg så må det være kompetansen som avgjør, ikke hvor du er født eller hvor du tok din utdanning. Så hvordan skal vi forvalte myndighetenes signaler?

Fra mitt ståsted er spørsmålet hvorvidt vi forvalter den kompetansen de har med seg til Norge

på riktig måte. Dersom du er sykepleier fra Filippinene får du autorisasjon som helsefagarbeider, men for å få autorisasjon som sykepleier må du gjennom språktest, eksamen i Nasjonale fag, og praksis på sykehjem og/eller psykiatri. Det er et komplisert system, som søkeren har ansvar for alene. Min erfaring er at sykepleier fra utlandet har vanskelig for å få praksisplass. Sykehusene er presset på praksisplasser, og i konkurransen med «vanlige» studenter taper denne gruppen ofte. Norge trenger sykepleiere fra utlandet fremover, men en bedre ordning og et klarere ansvar for kvalifiseringen ville medført at mange flere fikk autorisasjon som sykepleiere.

Les artikkelen på side 134





SKREV NOTATER. I artikkelen «Teoriundervisning i sykepleiefagets pionertid» har Jorunn Mathisen gjort en innholdsanalyse av to notatbøker skrevet av sykepleiere rundt forrige århundre. Marie Olsen (1885–1944), nederst til venstre på bildet, har skrevet den ene notatboken. Foto: Privat.





Foto: Privat

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Rundt år 1900 ble opplæring i praktisk sykepleie ansett som det viktigste en elev lærte i løpet av utdanningen. Elevene fikk i tillegg noen forelesninger, men innhold og omfang av teoretisk undervisning har hittil vært lite kjent.

Hensikt: Å belyse de kunnskaper som ble formidlet teoretisk i en tid da praktisk opplæring dominerte skoleplanen.

Metode: Historisk metode med innholdsanalyse av to notatbøker fra forelesninger ved en lege i 1897 og ved en oversykepleier i 1906.

Resultater: Undervisernes bakgrunn preget deres undervisning. Legen la stor vekt på naturvitenskapelig kunnskap. Oversøster fremhevet yrkets moralske dimensjon og etiske krav. Allikevel formidlet de begge, men på forskjellig måte, de samme kunnskaper. De snakket

om det vi dag kaller grunnleggende sykepleie.

Konklusjon: Innholdet i disse to notatbøkene gir grunn til å anta at det fantes en felles forståelse av hva det var nødvendig for sykepleiere å ha teoretiske kunnskaper om. Notatbøkens innhold viser at teorien det ble forelest om for over hundre år siden, handler om det vi fortsatt kaller grunnleggende kunnskaper i sykepleiefaget.

ENGLISH SUMMARY

Theoretical education during the pioneer years of nursing

Background: Around 1900, clinical nursing was considered the most important skill in becoming a nurse. Students were also required to attend some lectures, but up to the present we did not have much information about these theoretical lectures.

Objective: To inquire into the theoretical knowledge transferred at a time when the acquisition of

practical skills dominated the curriculum.

Method: Historical method, namely the analysis of the content of notes taken by students from lectures given by a medical doctor in 1897 and a head nurse in 1906.

Results: The background of the lecturers had a strong impact on the content of their lectures. The medical doctor focused on scientific knowledge. The head nurse underlined the moral dimension and the

ethical challenges of the profession. Still, in a sense, they both lectured about the same subject, what we today call basic knowledge of nursing.

Conclusion: The content of these two convolutes provides evidence that there was a shared understanding of what it was necessary for a nurse to have theoretical knowledge.

Key words: nursing history, nursing education, nursing theory.

>> Teoriundervisning i sykepleiefagets pionertid

Forfatter: **Jorunn Mathisen**

NØKKELORD

- Sykepleiens historie
- Sykepleierutdanning
- Sykepleierteori

INNLEDNING

I årene rundt 1900 befester sykepleiefaget og yrket seg i Norge. Utdanningen var på ett år og elevtiden besto hovedsakelig av praktisk opplæring i faget. Dette var likt ved alle skoler, mens den teoretiske undervisning varierte både i omfang og innhold (1-3). Hva undervisningen inneholdt, har vært lite kjent. Funnet av to notatbøker fra forelesninger i 1897 og 1906 gir en unik mulighet til å studere dette nærmere. Notatene er skrevet ned fra forelesninger med to forskjellige lærere, ved to forskjellige skoler. Den ene foreleseren var lege, den andre var oversykepleier. Med utgangspunkt i historisk metode vil innholdet i de to notatbøker presenteres og drøftes i denne artikkelen. Spørsmålene i studien har vært: Hvilke temaer og

kunnskaper var det nødvendig å formidle teoretisk for at elevene skulle bli, som det står i den ene teksten, «skolede søstre»? Kan vi ut fra innholdet i notatbøkene se at det fantes en felles forståelse av hva slags teoretisk kunnskap sykepleiefaget burde bestå av?

METODISKE OVERVEIELSER

Studien bygger på to primærkilder. Den ene er Marie Tønnesens (Andina Maria f. 1874, dødsår ukjent) håndskrevne notatbok fra 1897 (4). Den andre er Marie Olsens (1885–1944) notatbok fra 1906 (5). Det er naturlig å benytte historisk metode og tekstanalyse når kilder som skal undersøkes er historiske tekster. Innholdsanalyse av tekster vektlegger både det som er skrevet ned, hvordan stoffet er presentert og antakelser som indirekte kan tolkes ut fra måten stoffet presenteres på (6). Primærkildene beretter direkte om det som fant sted, og har en nær tilknytning til den sosiale situasjon de oppsto i (7). Det har også blitt benyttet sekundærkilder i denne studien,

spesielt i form av publikasjoner i forbindelse med jubileer. Ved å benytte flere kilder samtidig økes validiteten av de opplysninger som står i notatbøkene (8).

Tekster som kildemateriale bør i størst mulig grad granskes i sin originale form. Det kan være utfordrende når notatene er håndskrevne. I tillegg kan eldre tekster ha både grammatiske og meningsbærende elementer som ikke uten videre har samme betydning i dag (9). Etter flere gangers gjennomlesning blir man fortrolig med håndskriften i notatbøkene.

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at det finnes kunnskaper av varig karakter i sykepleiefaget, og at det ble lagt et grunnlag i sykepleiens pionertid som faget siden har videreutviklet.

Mer om forfatter:

Jorunn Mathisen er førstelektor i sykepleie ved Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Østfold. Kontakt: jorunn.mathisen@hiof.no

Ord og formuleringer som brukes er stort sett gjenkjennelige ut fra dagens normer for rettskrivning. Sykepleiefaglig inn-sikt bidrar også på sin måte til å gjøre innholdet i notatbøkene forståelige.

Historiske kilder i form av tekst referer først og fremst til opphavsmannen eller -kvinnen (7,8). I dette tilfelle har ikke opphavsmannen skrevet ned

” Intet er rent som ikke er kokt.

sitt anliggende. Det har to tilhørere gjort. Det er allikevel grunn til å anta at notatene så å si er identiske med det som ble sagt. Formen og innholdet vitner om det. Dessuten var det på den tiden en anerkjent pedagogisk metode at elevene skrev ned det læreren sa så nøyaktig som mulig. Det gjør det mindre problematisk å lese lærerens meninger gjennom elevens notater. Antakelsen støttes av at formuleringene i tekstene gir leseren en opplevelse av «å høre» lærerens stemme.

UTDANNINGSSTEDENE

Rammefaktorer, tid, sted og personer som har påvirket tekstene danner bakgrunn for å tolke innholdet i historiske tekster og bør omtales (6). Dette vil jeg gjøre kort her.

Marie Tønnesen begynte 24 år gammel som elev ved Frk. Bornemanns Hjem for Røde Kors-sykepleiersker i november 1897. Hun ble skolens 24. utdannede sykepleier (14). Utdanningen hadde startet i 1895 for kvinner mellom 20 og 30 år, «af evangelisk trosbekjennelse, med uplettet rykte, god helbred, mildt og behagelig væsen, alvorlig lyst

til sygepleien og for øvrig med egenskaber der gjør dem skikket dertil» (3 s. 12). Elevene betalte 30 kroner i måneden for opphold og utdanning (10). Dette førte til at skolen rekrutterte kvinner fra øvre sosiale lag av befolkningen. Elevene hadde ingen lærebok, men fikk forelesninger ved dr. Christian Fredrik Sontum (1858–1902) (11-13).

Marie Olsen begynte 20 år gammel som elev ved Kristiania Kommunale Sykehusers skole (Ullevål) i oktober 1905. Kort tid før henne var også Bergljot Larsson, grunnleggeren av Norsk Sykepleierskeforbund, opptatt som elev der (14). Skolen var opprettet i 1900 som et kortere kurs for pleiepersonale ved sykehuset. Tre år senere ble den utvidet til ett år og åpnet for søkere fra hele landet. Elevene betalte ikke skolepenger, derimot fikk de 50 kroner til nødvendige utgifter, som for eksempel innkjøp av en uniform (15). En tredjedel av undervisningen var ved en av sykehusets oversøstre, antakelig Marie Harbtiz (1867–1937) (16). I resten av forelesningene underviste leger som var ansatt på sykehuset (15). I tillegg hadde elevene her en lærebok (17).

NOTATBØKENE

I møte med historiske tekster kan det være relevant å spørre hvilken stemme man «hører» i teksten. Det vil si hvem som snakker, og hvordan de snakker til dem de henvender seg til (18,19). Hvem som snakker og hvilke roller de har, er i dette tilfelle tydelig. I notatene fra 1897 «snakker» en lege og mann. I notatene fra 1906 «snakker» en oversykepleier og kvinne. Legene hadde stor innflytelse på sykepleierutdanningen. De forvaltet den medisinske kunn-

skapen som var høyt verdsett, og de var stort sett menn i en tid hvor hierarkiet i sykehusene var preget av det patriarkalske familiemønsteret. Oversøstre hadde også en plass høyt opp i hierarkiet. De hadde selv vært elever og kjente yrket fra innsiden.

Etter å ha lest notatbøkene innhold flere ganger ble det tydelig hva de to lærerne vektla i sin undervisning og måten de formidlet kunnskapene på (6). Funnene presenteres og drøftes slik:

- Forelesningenes generelle innhold og lærernes fokus i undervisningen.
- Teoretiske kunnskaper om praktisk sykepleie.
- Kravene yrket fordret av en «skoled søsters» holdning og atferd.

FORELESNINGENE

Notatboken fra legens timer i 1897 utgjør 140 sider med noter fra 42 forelesninger. Temaet for den første forelesning er «læren om legemets bygning» (anatomi) og «læren om livet, livsytringen, livskraften og livsvirksomhet i sund tilstand» (fysiologi) (4;1). Timene om anatomi og fysiologi fyller en tredjedel av bokens innhold. Størst plass får anatomien. Deretter følger omtalen av «sygepleje» på 42 sider. I disse timene snakket legen om sykepleierens praktiske oppgaver og plikter, men mest av alt benyttet han tiden til å lære dem å observere syke. Det gjorde han strukturert og systematisk, og han benyttet ofte gjentakelsens hemmelighet som pedagogisk virkemiddel. For eksempel skulle urinens «hyp-pighed, mængde, beskaffenhed» vurderes, og han benyttet akkurat de samme ordene når han snakket om å observere andre

av kroppens avfallsstoffer. Når han snakket om forhold ved indre organer, lærte han dem alltid først om ufarlige symptomer. For eksempel at urinens mengde avhenger av hva den syke hadde drukket. Så omtalte han tegn på sykdom; stor tørste og mye urin kan skyldes «sukkersyge». Symptomer på fysisk og psykisk sykdom gjorde han ingen forskjell på: «Krampe er et sygdomstegn for nervesystemet», «Sandenes indtrykk ledes til den store hjerne. Hallusinationer – man indbilder sig at høre eller se noget som ikke er til» (4;95,98). Bortsett fra en kort omtale av smittsomme sykdommer, var symptomer på sykdom den eneste form for sykdomslære elevene fikk. Når han snakket om de smittsomme sykdommer kan man nærmest «høre» hans optimisme: «I de sidste 25 aar er man skredet langt frem i kjennskapet til smittestoffet ...» «Det er mikroskopet som har hjulpet vaare videnskapsmænd til dette resultat» (4;99). Dermed viste lege og sykepleiere nå for eksempel at tuberkulose skyldtes en bakterie. Effektiv behandling fantes ikke, men sykdommen kunne forebygges. Gjentatte ganger fikk elevene høre: «Intet er rent som ikke er kokt». Noe for øvrig også oversøster poengterte i sin undervisning. Legen avsluttet forelesningene med medikamenthåndtering, barselpleie i private hjem og nødhjelp (førstehjelp).

Det er interessant å legge merke til hva han ikke snakket om. Elevene lærte om symptomer på sykdom, men aldri hvordan legen behandlet sykdommen. Det var legens domene (11). En annen påfallende utelatelse er omtalen av kjønnsorganenes anatomi og fysiologi, samt symptomer på

sykdom i disse organene. Han nevnte i undervisningen om de smittsomme sykdommer, noen få eksempler på kjønnsykdommer. Det var alt, selv om kjønnsykdommer var velkjente både i helsevesenet og i samfunnet for øvrig. Kunstneren Christian Krohg (1852–1925) hadde for eksempel benyttet temaet i den omdiskuterte romanen *Albertine* (1886), og i maleriet «*Albertine i politilegens venteværelse*» (1887). At legen derfor ikke snakker om dette er påtakelig. Antakelig var årsaken både tidens norm og uskrevne regler for en skole som rekrutterte kvinner fra overklassen. Og kanskje var det også vanskelig å snakke om dette tema for en mann, på tross av at han var lege og lærer for seks unge kvinner som skulle bli sykepleiere (11). På tross av at hans forelesninger var saksorienterte, og strukturerte og at han stort sett formidlet naturvitenskapelig kunnskap til sine tilhørere.

Notatboken fra 1906 inneholder 30 sider med notater

forelesning begynte hun slik: «Er det ikke troskap Herre, som dine öine søger. Gjør det lille du kan – disse ord burde staa over enhver sygepleierskes liv» (5;1). Og den siste avsluttet hun med: «Det at sidde dag efter dag ved sygesengen altid at være lige kjærlig lys og god og lige samvittighedsfuld, det er stort. Men dette gjør hun ikke af egen kraft, det gjør kun en sand Jesu discipel. (...) For en sådan böer alle seg, selv legen trækker sig tilbage, vis paa at den syge er i de beste hender» (5;39). Men selv om oversøster både implisitt og eksplisitt fremhever kallet og den kristne tros betydning for sykepleieryrket, så er det omsorgen og omtanken for pasienten hun er grunnleggende opptatt av. Dette kommer til syne i alle notatene fra hennes noe ustrukturerte undervisning.

Det er påtakelige ulikheter og likheter i disse tekstene. Legens forelesninger er saksorienterte og har en stram pedagogisk oppbygning. I hovedsak snakket han om naturviten-

” Gjør det lille du kan – disse ord burde staa over enhver sygepleierskes liv.

fra oversøstres timer. I tillegg er det ti sider med latinske navn på medikamenter, og om behandling av sterilt utstyr. Disse sidene har en helt annen form enn forelesningsnotatene. Antakelig er de avskrift av prosedyrebøker. De oppfattes derfor ikke som oversøstres «stemme» og utelates i denne sammenheng.

Oversøster underviste om praktiske sykepleietiltak, observasjon av naturlige funksjoner og utdeling av medisiner, men først og fremst om verdigrunlaget i sykepleieryrket. Sin første

skapelig kunnskap med et medisinsk fokus. Oversøstres forelesninger var mindre strukturerte og det medisinske fokuset mindre påtakelig. Hun var opptatt av omtanken for pasientens beste, sykepleieryrkets etiske og moralske dimensjon og det kristne kalls betydning i arbeidet. Dessuten foreleste hun med erfaring fra innsiden av yrket: «At være elev er alltid slet ikke saa let, men nu skal hun være underordnet og ingen vilje have. Det maa nu saa være og hun faar huske at elevtiden er en skoletid» (5;5).

Kildene viser at både formen, innholdet og lærerens rolle var forskjellig. Samtidig viser kildene også en påtakelig likhet i deres undervisning. Elevene må, sa begge lærere: ... kjende til de midler hvortil sykepleien arbeider», «... utøve lægens ordre med absolutt paalidelighet og noiagtighed», og «... forstaa at give legen besked om den syges tilstand» (4;54, 5;9). Begge sa at «hovedsak i sykepleie var renslighet» og «sykepleie var at stelle med og omkring den syke.» Og de foreste begge om prosedyren for smørekur med kvikksølv som behandling mot lus, for å nevne et eksempel på noe som i dag er historie.

I neste avsnitt vil jeg omtale noe av det begge lærere formidlet som teoretiske kunnskap om praktisk sykepleie.

TEORETISK KUNNSKAP

En elev måtte, sa legen: «... erhvare sig teknisk og praktisk øvelse i at benytte de midler som står til hendes raadighed» (4;54). Det skulle de lære i praksis. Men noe var tydeligvis så viktig at det også ble fremhevet teoretisk. Et eksempel på dette var kravene til et sykerom. Legen snakket om

” ... utøve lægens ordre med absolutt paalidelighet og noiagtighed.

sykerommet i private hjem, mens oversøster snakket om rommet på sykehuset. Antakelig er fokus forskjellig fordi nyutdannende Røde Korssøstre ofte ble sendt til de som betalte for privat pleie, mens på Ullevål var de nyutdannete på sykehuset. Tross forskjellig fokus fremhevet begge lærerne betydningen av et lyst, luftig og rent sykerom, og at ansva-

ret for rengjøringen var sykepleierens. Legen beskrev sågar detaljert hvordan den skulle utføres: «Tapetet gnides med brød dyppet i karbol.» Oppgaven kunne utføres «av pålitelige personer innleid for oppdraget under søsters overvåkning», eller så må hun gjøre det selv. Det eneste tekniske hjelpemiddel som omtales, er temperaturmålet. «Temp. m. maa udføres noiagtig, da undersøgelsen af blodvarmen er det vigtigste for lægen at vide» (4;72).

Sengeleiene var på den tiden lange. Både mageoperasjoner og fødsler krevde 14 dagers sengeleie. Stell og forebygging av liggesår var nok derfor et viktig tema i begge læreres undervisning. «Den flinkeste søster er ikke den, der faar et liggesaar til at gro, men den der steller sin pasient saa der ikke bliver liggesaar», sa oversøster (5;14). Munnstell var en annen prosedyre det ble forelest grundig om. Sykepleieren skulle stadig observere og stelle munnen til de aller svakeste pasientene. En dårlig stelt munn var en unødig lidelse for den syke.

Begge lærerne foreste også om å dele ut medikamenter på en betryggende måte. Elevene

lærte hvordan de på en forsvarlig måte skulle gi pasientene tabletter, miksturer eller stikkpiller. En søster skulle alltid kontrollere pasientens navn, overbevise seg om at den rette mengde medisin ble gitt, selv gi pasienten medikamentet, se at han tok den og «Give aldri medicinen i mørket».

Begge lærere la stor vekt på hvor viktig det var at en

sykepleier observerte den syke korrekt: «I sin daglige færd iagtager (hun) den syge, bemærker alle sykdommens symptomer, i det rette øieblik, at vide om hva der kreves af hende at give lægen beskjed om det hun har sett, og kun det» (5;9). Med utgangspunkt i forelesningene om anatomi og fysiologi foreste legen detaljert om det å observere den sykes tilstand. Mens oversøster fremhevet at korrekt observasjon gjorde søster til legens betroede medarbeider. Tekniske hjelpemidler ble ytterst lite omtalt i undervisningen, men så fantes det da heller ikke mange av dem på denne tiden. Det ble undervist om noen praktiske prosedyrer, og ikke minst fremhevet begge lærere gjentatte ganger betydningen av god hygiene i arbeidet.

HOLDNING OG ATFERD

Begge lærere fremhevet både direkte og indirekte at sykepleieryrket stilte krav til holdning og atferd. Legen nevnte dette på noen få passende steder i undervisningen og alltid i sammenheng med andre temaer. For eksempel sa han at «sykepleiere reagerer ikke på lukt», da han lærte dem om observasjoner av avføring. Oversøster derimot, snakket om sykepleierens holdning til yrket så å si i enhver sammenheng. Tross denne påtakelige forskjellen underviste begge om hvordan en sykepleier skulle forholde seg til legen, til pasientene og til seg selv som person. I tillegg snakket oversøster om forholdet til kollegaene.

Overfor legen skulle sykepleieren vise seg som en ansvarlig person. Hun visste når det var rett å handle på egen hånd og når det var korrekt å kon-

takte legen. Dette var den «bærende kraft» i yrket ved siden av den praktiske «duglighet». «Legen krever», sa oversøster: «at han i hende har garantien for at de af ham givne ordre, nøiagtig og samvittighedsfuldt udføres.» «Under visitten har hun at følge lægen stille fra seng til seng, stelle seg lige over for ham paa den anden side af sengen saa at ikke lægen behøver at se sig om efter hende, høre noiagtig efter, om de af ham givne ordre.» (5;9). På den måten fikk de også en direkte innføring i sykehusets hierarkiske system og indirekte hvordan kjønnsrollene fungerte i praksis. Oversøster snakket påtakelig mer om forholdet mellom lege og sykepleier enn hva legen gjorde. For ham var det antakelig gitt og derfor unødvendig å snakke om.

Overfor pasientene skulle sykepleier ifølge oversøster, være «stille og rolig, ikke smygende (...) Naar maden serveres ..., er det ikke meningen, at søster skal give patienten maden hurtigst mulig, og saa løbe sin vei. Det giver bode et slurvet og lide kjærlig intrykk» (5;10). Legen sa det kortfattet, sykepleie var: «at stille med og omkring den syge»(4;54). Og utdyper tema når han snakker om pasienter med psykiske lidelser: «Vi maa omgaas dem uden at de merker, vi passer dem. Vi maa være rolig og behersket for pasientens skyld, saa vi med vor ro kan være ham en moralsk støtte» (4;97). Her bruker han ordene «vi» og «vor» og likestiller seg dermed med sine elever overfor disse pasientene.

Sin egen person og væremåte måtte eleven forholde seg bevisst til, sa oversøster. Yrket krevde av sykepleieren:

«kjærlighed, sandruhed, fordragelighed, taushed, takt, aandsnærværelse, beskjedenhed, renslighed, ordenssans, men først og sidst disiplin eller lydighedsevnen» (5;3). Manglet de dette ble de ikke gode sykepleiere. Slike ting snakket ikke legen om. Oversøster derimot hadde erfaring: «At være elev er altid slet ikke saa let ..., elevtiden er en skoletid. (...) Er du av naturen klodset, eller har en tung haand, med god vilje og med øvelse kan du naa langt» (5;5). Rundt 1900 kom hvite uniformer og hvitt sengetøy i bruk på sykehusene som tegn på at her var det rent, og et synlig tegn på god hygiene. «Ren pasient i ren seng» oppfattes nærmest som et slagord i begge notatbøkene. Oversøster gjorde hygienisk atferd både i yrket og privatlivet til et moralsk anliggende: «En der gaar ind som sygepleierske maa have et aabent øie for hva der kreves af hende med hensyn til hendes ytre person. Hun maa ikke spare paa vand og sæbe, og gives det andledning til det maa hun bade ofte» (5;4). Legen snakket også om betydning av god personlige hygiene, ikke generelt sett, men at de tok vare på seg selv når de pleiet pasienter med infeksjonssykdommer. Spesielt når de våket over slike pasienter i private hjem.

Overfor kollegaene lærte oversøster elevene «at trede tilbake» for den ferdige søster. I arbeidet måtte de være vennlige og hjelpsomme, trøste og oppmuntre hverandre, og aldri la det bli en «kappestrid» dem mellom «for ... er det noget arbejde man trenger hverandres kjærlighed og hjelp, saa er det i sygepleien» (5;5). Hun kjente til hvordan det var å bo tett sammen i fritiden og arbeide

nært sammen på avdelingene i et yrke som var hardt og krevende (20).

Tekstene viser at yrket krevde respekt for legen, omtanke for kollegaene og for sin egen person. Men det viktigste av alt var omtanken for pasienten. «Husk det er syke mennesker I er satt der for at tjene», sa oversøster.

«SKOLED SØSTER»

«Hvad dere har hørt og lært er lide, og kun en begynnelse i deres arbejde». Dette var nok et visdomsord fra oversøster til elevene i siste forelesning, like før de var «skolede» søstre. Hva hadde elevene fra i 1897 og 1906 så fått med seg i den teoretiske undervisning i sykepleiefaget? Vi

” Ren pasient i ren seng.

skal se på både lærerne, temaene og kunnskapene mer overordnet. Ved Røde Kors skolen hadde legen all undervisningen og elevene hadde ingen lærebok. Han la stor vekt på naturvitenskapelig kunnskap og særlig kunnskaper som gjorde dem skikket til å utføre korrekte observasjoner. Legen var opptatt av at de viste hva de skulle gjøre under arbeidet med pasientene og hvordan de skulle utføre praktiske oppgaver. Han mente disse oppgavene gjorde «den skolede søster» til legens betrodde assistent. Oversøster fremhevet det som dannet og formet elevene til yrket. Hun snakket mindre om naturvitenskapelig kunnskap. Det trengte hun ikke etter som elevene hadde både en lærebok om tema og undervisning med leger (21). Derfor kunne hun vektlegge betydningen av kallet og det personlige engasjementet i yrket. Hun begrunnet det hun

sa ut ifra et yrkesetisk perspektiv og betydningen av å ha en personlig kristen tro i yrket de hadde valgt.

FELLES FORSTÅELSE

På av tross ulike fokus i undervisningen snakket lærerne om de samme kunnskapene. Legen forklarte hvordan sykepleier desinfiserte instrumenter. Over-

korrekt observasjon, forklarte hvordan man skulle gjennomføre viktige prosedyrer og de fremhevet begge på forskjellig måte at sykepleieryrket krevde omtanke for den syke og en bevisst bruk av egen personlighet.

Innholdet i notatbøkene gir et sterkt inntrykk av å være fra en svunnen tid – fra sykepleie-

hygiene og utdeling av medikamenter på en betryggende måte. Andre ting er forandret, slik som smørekur med kvikksølvssalve mot lus, det praktiseres ikke lenger. Mens kravet om moralsk og etisk standard i yrket fortsatt er udiskutabelt viktig. Det samme er en bevisst atferd overfor den syke, selv om det nå kalles «å bruke seg selv terapeutisk». Og sist men ikke minst er gode kollegiale arbeidsforhold av like stor betydning. Studiet av teksten i de to notatbøkene viser at det finnes kunnskaper av varig karakter i sykepleiefaget, og at det i pionertiden ble lagt en grunnvoll som faget har videreutviklet.

” Husk det er syke mennesker
I er satt der for at tjene.

søster poengterte den moralske plikt sykepleiere hadde til å behandle instrumentene hygienisk. Begge to var opptatt av at elevene lærte kompetent og

fagets pionertid. Man oppfatter fortsatt noe av det som står der som grunnleggende kunnskaper i sykepleiefaget, slik som god observasjon av pasienten, god

REFERANSER

1. **Norske Kvinners Sanitetsforening.** Veiviser til velferdssamfunnet bind 1, Norske Kvinners Sanitetsforening. Oslo, 1946.
2. **Evensen, B.** Fra sykehusloftet til MH-bygget, Sykepleierutdannings historie i Tromsø. Tromsø: Eureka, 2003.
3. **Woland, G.** Tradisjon og Fornyelse Røde Kors Sykepleierskole i Oslo og Akershus 1895–1980. Oslo: Fabritius Forlagshus, 1981.
4. **Tønnesen, M.** Notatbok 18-11-97. SiO arkiv A-10228: Sykepleiehøgskolen i Lørenskog, serie F – diverse dokumenter.
5. **Olsen, M.** Oversøsters foredrag. Originalen er i privat eie, men velvillig utlånt av hennes nevø.
6. **Wall, B. M.** Textual Aneanalysis as a Method for Historians in Nursing. *Nursing History Review* 2006;14:227-42.
7. **Dahl, O.** Grunntrekk i historieforskningens metodelære. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.

8. **Kjeldstadli, K.** Fortida er ikke hva den en gang var. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
9. **Clausen, H.P.** Hva er historie. København: Berlinske leksikons bibliotek, 1963
10. **Optagelseserklæring SiO arkiv A-10228: Sykepleiehøgskolen i Lørenskog, serie F – diverse dokumenter.**
11. **Schilling, D.** Fr. Chr., Ingeberg, M. H. Minnebok, Høgskolen i Akershus Avdeling for sykepleie, Lørenskog, 1995.
12. **Larsen Ø, red.** Norges leger. Oslo: Den norske lægeförening, 1996.
13. **C.F.B.** Nekrolog over Christian Fredrik Sontum. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 1902.
14. **Elever** 1/4.03-31/12.07, Arkivet, museet Ullevål sykehus.
15. **Arntzen, A.** Kristiania kommunale sykehusers skole for sykepleiersker. *Tidsskriftet Sykepleien*, 1914; 12: 119-23.
16. **Hvalvik, S.** Bergljot Larsson og den

- moderne sykepleien. Doktoravhandling, Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo- 2002: 24
17. **Waage H.R.** Sykepleie. Kristiania: H. Aschehoug & Co, 1901.
18. **Berkhofer jr., R.F.** Beyond the Great Story History as Text and Discourse. Harvard University Press, Cambridge, 1995.
19. **Svennevig, J.** Språklig samhandling: innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse. Oslo: Cappelen akademisk forlag, 2001.
20. **Mathisen, J.** Sykepleiehistorie Ideer – mennesker – muligheter. Gyldendal Akademisk, Oslo 2006.
21. **Arntzen, A.** Brev til rådmann Klaveness, datert september 1939. Arkivet museet Ullevål sykehus.

Les kommentaren på side 151 >>

Fortiden kaster lys over dagens utdanning

► Analyser av lege- og sykepleiernotater fra 1800-tallet underbygger at det finnes varig kunnskap.



Av Grethe Haugan
Høgskolelektor, Lovisenberg
diakonale høgskole.

Jorunn Mathisen har gjort et grundig og interessant arbeid med å samle kunnskap fra forelesningsnotater to unge sykepleierelever gjorde fra teoritimer med henholdsvis oversøster og lege på slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet. Mathisen er opptatt av om det fantes en felles forståelse for hva teoretisk kunnskap i sykepleiefaget burde bestå av. Gjennom grundige analyser av tekstene mener hun å ha funnet en slik forståelse. Har dette så noe relevans for oss som underviser i dagens sykepleierutdanning?

Språket i de gamle notatene er selvsagt fremmedartet for oss i dag, men om vi ser på Mathisens innholdsanalyse, er temaene som det ble forelest i, forbausende dagsaktuelle, både de fra lege og sykepleier. Sykepleierelevener skulle lære å observere

symptomer på sykdom og hjelpe pasienter med grunnleggende behov. Sykepleielæreren vektla etikken og holdningene til elevene i alle undervisningssammenhenger, legen hadde en strammere struktur på sine forelesninger og konsentrerte seg mer om det naturvitenskapelige stoffet. Mathisens konklusjon om at det finnes kunnskap av varig karakter, støttes fullt ut. Det er prisverdig at forfatteren med denne artikkelen viser oss litt av vår faglige tradisjon.

Begge notatbøkene er fra verdslige sykepleierutdanning. Det hadde vært interessant om Mathisen kunne ha gjort noen sammenlikninger mellom elever på verdslige sykepleierutdanninger og de sykepleierelevener som tok sin utdanning ved landets eldste og diakonale sykepleierskole. Vi vet lite om det var

forskjeller i sykepleiekunnskapen som ble formidlet mellom disse utdanningene, men vi vet at det var ulike tradisjoner og at diakonissene allerede i 1877 hadde sin egen lærebok som var skrevet av en sykepleier, diakonissen Rikke Nissen.

Mathisens Spørsmål, om det fantes en felles forståelse av hva teoretisk kunnskap sykepleiefaget burde bestå av, er et sentralt spørsmål også for dagens pedagoger i sykepleierutdanninger.

Les artikkelen på side 144





Arkivfoto: Stig M. Weston

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Femti prosent av dagens bachelorstudie i sykepleie i Norge er praksisstudier. Rammeplanen for sykepleierutdanningen pålegger praksisstedets sykepleiere å veilede studenter i praksisstudiene. Sykepleierstudenters erfaringer med å være i et veiledningsforhold er lite utforsket.

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse sykepleierstudenters erfaringer med å være i et veiledningsforhold med praksisveiledere i spesialisthelsetjenesten.

Metode: Studien har en kvalitativ design med fokusgruppeintervjuer. En fenomenologisk hermeneutisk tolknings- og analysemetode ble anvendt.

Resultat: Relasjonen mellom student og veileder spilte en betydelig rolle for hvordan praksisstudiene ble opplevd. Studenter erfarte å være i et sterkt avhengighetsforhold til veiledere. Forholdet gjorde dem sårbare i relasjonen og påvirket deres læringsutbytte.

Konklusjon: Mens høyskoler og helseinstitusjoner er opptatt av hvilke

kunnskaper og ferdigheter studentene skal lære, tyder resultatene på at studenters læringsprosesser påvirkes av relasjonen de opplever å ha til praksisveiledere. En god relasjon bidrar til å gi studenter tro på egne ressurser og skaper tillit i veiledningsforholdet. Vår studie viser at tillit og gode relasjoner er viktig for læringsutbyttet. En vektlegging og forståelse av hva relasjoner betyr kan være til hjelp i arbeidet med å tilrettelegge for at studenter får et godt læringsutbytte av sine praksisstudier.

ENGLISH SUMMARY

The importance of the instructor-student nurse relationship to student nurses in clinical hospital praxis

Background: In current Norwegian bachelor nurse education, 50% of the program is clinical studies. The General Plan for Nurse Education directs nurses to mentor students during the students' clinical studies. There is limited research concerning how student nurses experience the student-mentor relationship.

Objective: This study's objective is to reveal student nurses' experiences from mentoring relationships with clinical instructors in a hospital practice.

Methods: The study has a qualitative design with focus group interviews. A phenomenological-hermeneutical analytical method is utilised.

Results: The student-mentor relationship played an important role in how the clinical studies were perceived. The students felt very dependent on their instructors, that this dependence made them vulnerable and that the relationship influenced their learning experience.

Conclusion: While colleges and health care institutions focus on what knowledge and skills student nurses need to learn, our findings indicate that the students' learning processes are influenced by their

relationships with their clinical instructors. Positive relationships contribute to students believing in themselves and their abilities, and help create a trusting student-instructor relationship. Our study shows that trust and positive relationships are important to their learning outcome. If instructors emphasise and realise the importance of positive relationships, this may help in organising the learning experiences for students and positively influence students' learning during their clinical studies.

Keywords: Mentoring, student nurses, focus groups, phenomenological-hermeneutic, clinical studies.

>> Relasjonen til veilederen betyr mye for sykepleierstudenter i sykehuspraksis

Forfattere: Grethe Haugan,
Eva Aigeltinger og Venke Sørli

NØKKELOD

- Veiledning
- Sykepleierstudent
- Fokusgrupper
- Fenomenologi
- Hermeneutikk
- Praksisstudie

INTRODUKSJON

Praksisstudiene i den norske bachelorutdanningen i sykepleie utgjør femti prosent. Det viser at praksisfeltet er vektlagt som læringsarena i profesjonsutdanningen. Ifølge gjeldende rammeplan for sykepleieutdanningen har praksisstedenes sykepleiere veiledningsansvar for sykepleierstudenter (1). En av de store utfordringene for sykepleierstudenter viser seg å være praksisstudier, hvor klinisk veiledning er noe de bekymrer seg særlig for (2,3). Selv mot slutten av utdanningen er studenter usikre på hva de kan forvente av praksisveiledningen (4). Praksisstudiene foregår i et miljø som for de fleste sykepleierstudenter er ukjent og de møter mange stressfaktorer. Erkjennelsen av at egne handlinger kan få stor

betydning for andre mennesker er en slik faktor (5).

Praksisveilederens dobbeltrolle som støttespiller og den som evaluerer kan gjøre studenter usikre i veiledningsforholdet (2,5,6). Relasjonen til veileder påvirker studenters opplevelse av å lykkes i praksisstudiene (7,8). «En levd relasjon kan oppleves positivt. Den kan være beskyttende, omsorgsfull, tillitsvekkende og trygghetsskapende», men også «krevende, forsømmende eller fordømmende» (9:57). Sykepleierstudenter kan erfare praksisveiledere som er lite støttende og som ydmyker og ignorerer dem (10,11).

Relasjonen sykepleierstudenter har til personalet i praksisfeltet påvirker læringsutbytte i praksisstudiene fordi studenter setter det i sammenheng med om de er velkomne på praksisstedet. Den påvirker også hvordan de opplever å bli tatt med i læresituasjoner og på hvilken måte tilbakemeldinger blir gitt (3,10,12). God samhandling mellom veiledere og studenter bygger på kommunikasjonsferdigheter, men veiledere må også ha forståelse for at studenter kan få ulike reaksjoner på å være i et veiledningsforhold

(6). Studenter ser i stor grad frem til og har en positiv holdning til praksisstudiene (13,14). Likevel viser studier at også sykepleierstudenter kan oppleve symptomer på utbrenthet (15,16). Støtte fra veilederne gir økt selvtillit og færre slike tegn (5).

Faktorer som påvirker veiledningsforholdet er praksisstedets kompleksitet, travelhet og hvilke veiledningsressurser som er tilgjengelige (17,18). En evalueringsstudie første- og andreforfatter gjorde av praksisveiledningen i spesialisthelsetjenesten, viste at et flertall av sykepleierstudenter

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at forholdet mellom studenter og praksisveiledere har betydning for hvordan studentene oppfatter eget læringsutbytte i praksis.

Mer om forfatterne

Grethe Haugan er cand. spl. vit., intensivsykepleier og førstelektorstipendiat og høgskolelektor. Eva Aigeltinger er cand.polit., pediatrik sykepleier og høgskolelektor. Venke Sørli er PhD, helsesøster og professor. Alle tre er ansatte ved Lovisenberg diakonale høgskole. Kontakt: grethe.haugan@ldh.no

tene følte seg integrert i praksisfellesskapet og opplevde sine praksisveiledere som positive rollemodeller (19). Denne artikkelen bygger på en oppfølgende kvalitativ studie av sykepleierstudenters erfaringer knyttet til spesialisthelsetjenesten. Hensikten med studien er å belyse sykepleierstudenters erfaringer med å være i et veiledningsforhold med praksisveiledere i spesialisthelsetjenesten.

METODE

Forskningsdesign

Studien har et kvalitativ forskningsdesign med fokusgruppeintervju. Fokusgrupper fremskaffer data gjennom gruppedynamiske interaksjonsprosesser der personer sammenlikner erfaringer, og hvor eventuelle uenigheter kan føre til fylldigere beskrivelser av standpunkter og klargjøring av begrunnelser (20). Moderators rolle i fokusgruppeintervju er å skape en åpen atmosfære hvor informantene kan uttrykke personlige og motstridende synspunkter. Moderator legger til rette for ordvekslingen, men Kvale og Brinkmann (21) sier at gruppesamspillet vil redusere moderators kontroll over hvordan fokusgruppeintervjuer forløper.

Et åpent spørsmål ble stilt: Hva er dine erfaringer og utfordringer som sykepleierstudent knyttet til å være i et veiledningsforhold i praksisstudier? Moderator stilte oppklarende spørsmål relatert til informantenes utsagn for på den måten å gi samtalen fortrinn (22). Hensikten var å myndiggjøre informantene ved å bygge videre på deres utsagn, slik Mishler beskriver (23).

Utvelgelse av informanter

Studenter fra en sykepleierhøyskole i Sør-Norge ble invitert til

å delta. Det stratifiserte utvalget (24) besto dermed av åtte kvinnelige studenter mellom 23–40 år i andre studieår i bachelorutdanningen som tilhørte to studiegrupper i praksis.

Datainnsamlingsmetode

Informantene ble fordelt på to fokusgrupper hvor fire studenter fra samme studiegruppe også var sammen i fokusgruppe. Informantene kom fra seks ulike praksissteder i spesialisthelsetjenesten. Intervjuene ble utført på et møterom på sykehuset hvor studentene hadde avsluttet praksisperioden. Intervjuene varte mellom 60 og 90 minutter. Første- og andreforfatter intervjuet hver sin gruppe alene. Lærer som intervjuet kjente ikke informantene. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett. Den sosiale samhandlingen i fokusgruppen generer det empiriske materialet. Gruppedynamikken blir annerledes om deltakerne kjenner hverandre, som våre informanter gjorde, enn om informantene er fremmede for hverandre (25). Studentene i studien ble betraktet som homogene i den forstand at de alle hadde erfaringer fra sykehuspraksis, og at de var unge kvinner som deltok i samme utdanningsforløp. Wibeck hevder at homogenitet vil gjøre det lettere å dele erfaringer og personlig informasjon og at denne oppfatningen er utbredt (26). Hvorvidt studentene var homogene med hensyn til personlighet, sårbarhet eller andre forhold som påvirker relasjoner, er ikke kjent. Antakelig vil studentene i noen grad være forskjellige og i den forstand representere et heterogent utvalg.

Analyse av intervjudata

Denne fenomenologiske hermeneutiske analysemetoden for

tolkning av tekster er inspirert av Ricoeurs filosofi (27,28). Metoden består av tre trinn. Første steg innebærer å lese hele tekstmaterialet samlet, en såkalt naiv lesning. Etter flere gjennomlesninger gjør man den første tolkningen. Neste steg er strukturanalysen (resultat) hvor teksten blir delt opp i flere meningsenheter, det vil si tekstenheter med likt eller beslektet meningsinnhold, i setninger, avsnitt eller hele sider. Meningsenhetene kondenseres og tema med subtema fremkommer. Siste steg i analysen kalles tolket helhet (diskusjonen). I diskusjonen brukes forfatterens for forståelse, den første tolkningen, resultatene og relevante teorier for å gjøre en kritisk fortolkning hvor hensikten er å få frem en dypere forståelse av hva funnene peker på.

Etiske overveielser

Informert frivillig samtykke ble innhentet. Informantene signerte et informasjonsskriv om frivillig deltakelse med mulighet for å trekke seg fra studien, og de ble også muntlig informert om dette. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Taushetsplikt var tidligere tatt opp i studiegruppene som fokusgruppene var rekruttert fra.

RESULTAT

Resultatene presenteres under følgende tema som ble identifisert gjennom dataanalysen av fokusgruppeintervjuene: avhengighet, utsatthet og ansvarlighet.

Avhengighet

Informantene fortalte at relasjonen til praksisveileder var av avgjørende betydning for deres læring. «Det er det samme

hvor vi kommer i praksis, bare vi møter hyggelige praksisveiledere og at kjemien er på plass». Relasjonen de fikk til veilederne sine var av større betydning enn hvilket praksissted de kom til. «Det er veldig individuelt hvilke erfaringer man har som student, det avhenger av hvilke sykepleiere man møter og hvilken kjemi man har». Å være i dårlige relasjoner med praksisveiledere handlet om å være utrygge i praksis-situasjoner. «Vi er prisgitt dem når vi skal vurderes. Om sykepleieren ikke liker meg, så kan hun gjøre det ganske surt for meg på vurderingen. Og det trenger ikke ha noe med at jeg er en dårlig student eller at jeg passer dårlig som sykepleier».

Studentene ble utrygge når de merket at veilederen var usikker på egen sykepleieutøvelse eller veilederrolle. «Jeg opplevde at veilederen min ble stressa og usikker i situasjoner. Jeg skjønner de kan bli usikre på hvordan de skal håndtere en usikker student.» Å være i gode relasjoner handlet om veiledere som var hyggelige og utstrålte trygghet som smittet over på studentene. Informantene understreket betydningen av å ha en god relasjon til sin praksisveileder: «... at kjemien er på plass», noe som de også benevnte som «... evne til å fungere sammen».

Avhengigheten av veilederen ble ekstra tydelig i situasjoner hvor studentene skulle vise egne ferdigheter og hvor de skulle etablere relasjoner til pasienter. «Jeg synes det er kjekt å kjenne at jeg er inkludert når vi går inn til en pasient, at sykepleieren presenterer meg». Når veilederen korrigerer og ga tilbake melding på en negativ og ubehagelig måte, førte det til

tanker om manglende egnethet til sykepleieryrket. «Tanker om at jeg ikke strekker til kommer i situasjoner hvor praksisveileder stopper meg når jeg er i samtale med pasienter og korrigerer måten jeg samtaler på. Når veileder griper inn og gir beskjeden på sin måte, tenker jeg at jeg kanskje ikke strekker til. En gang gikk jeg hjem og tenkte, jeg kan ikke bli sykepleier. Dagen etter fikk jeg en annen veileder som ga meg tilbake troen på at jeg kunne bli sykepleier». En informant fortalte om en situasjon hvor hun selv følte seg svært mislykket, men hvor veilederens trygghet og forståelse ga henne tro på egne ferdigheter. Hun skulle fjerne suturer på et lite barn som skrek. «Jeg synes det gikk skikkelig dårlig, brukte kjem-

med gode relasjoner til veilederne kunne informantene av og til kjenne behov for å være litt fri fra det faste veiledningsforholdet.

Utsatthet

Informantene følte seg maktesløse når veiledere vurderte dem ulikt, eller i uoverensstemmelse med deres selvoppfatning: «Og da blir det til at jeg får gjøre mindre, blir satt til ting jeg ikke bør, ikke føler meg trygg på». De beskrev en følelse av utsatthet ved ikke å kunne gå ut av slike situasjoner og maktesløshet ved at de måtte holde ut ubehaget og: «gå hele dagen og være usikker student». Studentene syntes det var ubehagelig å bli veiledet av sykepleiere som ikke ønsket å veilede. «Du føler deg så liten, så utrolig verdiløs oppi

” Det er det samme hvor vi kommer i praksis, bare vi møter hyggelige praksisveiledere og at kjemien er på plass.

pelang tid. Hvis ikke vi hadde snakket om det og veilederen sa at det hadde gått fint til å være første gangen, tror jeg nesten ikke jeg hadde turt å fjerne sting igjen».

Informantene sa at de var i et avhengighetsforhold til sine veiledere, både når de fungerte dårlig sammen, men også når de ble positivt bekreftet av sin veileder. De erfarte sin egen avhengighet til veiledere og hadde tanker som «vi er prisgitt den veileder vi får, og det var kanskje litt tilfeldig at det gikk bra?» Avhengigheten og det å være prisgitt handlet også om «å være heldig og få lov til å blomstre!» Dager uten de faste veilederne kunne også oppleves som «et frikvarter», for selv

det hele, at du er i veien». Informantene sa de kunne merke, selv om ikke noe ble sagt, om veiledere var villig eller motvillig til å veilede, og om veiledere hadde tillit eller mistillit til dem. Informantene fortalte om sin mistillit til veilederne når de hadde ulike oppfatninger av sine roller. «Skjønner det var viktig for henne å være autoritær, at hun skulle være min lærer. Hun visste mye mer enn meg og det hadde hun behov for å vise og si til meg». Informantene understreket egne opplevelser av andres makt til å dømme dem. «Det er litt skummelt. Tenk om jeg blir bedømt på feil grunnlag?» De forsto ofte ikke vurderingskriterier og de ulike tolkninger av dem. Når vurde-

ringssamtaler ble utført kjapt fordi andre gjøremål ventet, forsterket det opplevelsen av avmakt. Informantene fortalte at de fanget opp stemningen i rommet, og merket seg om veilederne var utålmodige eller på annen måte viste tegn på at de hadde dårlig tid. Informantene var sensitive for måten de ble mottatt på i praksisfeltet. Når praksisstedene ikke ønsket å ta imot studenter på grunn av omorganiseringer, opplevde de å være en belastning.

«...Sykepleierne sa det selv; praksisstedet hadde bedt om å slippe å ha studenter den perioden, men måtte likevel». Til dette sa en informant: «Det har vært veldig mange frustrasjoner personalet imellom. Det gikk ut over meg, det var ikke myntet på meg, men likevel var det jeg som fikk det».

Ansvarlighet

Informantene erfarte at de fikk tilpasset ansvar når veilederne kjente deres faglige ståsted og forsto hva som var naturlig å kreve av dem. Tilpasset ansvar handlet også om å bli delegert relevante arbeidsoppgaver som de greide å ta ansvar for. Informantene fortalte om veiledere som viste dem tillit ved å gi dem medansvar uten å overlate dem til seg selv. I slike situasjoner følte de seg ivaretatt som studenter samtidig som de fikk utfordringer, de fikk «vist seg frem». Gjennom et delegert ansvar, under kyndig veiledning, våget de seg inn i nye og usikre situasjoner. Informantene beskrev dette som «akkurat passe ansvar». Et tilpasset ansvar ga dem mulighet til å bli trygge. Dersom veilederne var usikre på hvilke oppgaver de turte å delegere, smittet det over på studentene: «Du blir utrolig usik-

ker når sykepleier er skeptisk». Informantene understreket at et tilpasset ansvar handlet om å bli vist tillit og samtidig kunne be om veiledning, det var en forutsetning for å kunne oppleve gode læresituasjoner. «At sykepleieren trekker seg sånn passe tilbake, men samtidig er der og passer på. At du alltid har en å spørre, men samtidig har mulighet til å gjøre det selv».

DISKUSJON

Fokusgruppeintervjuer viste seg å være velegnet som metode for å få frem både individuelle og felles erfaringer (21,24). Vår fortolkning er en av flere mulige måter å forstå hva studenter vektlegger i et veiledningsforhold. Undersøkelsens gyldighet kan betraktes som høy dersom studenter kjenner seg igjen i beskrivelsen, og om andre studier bekrefter resultatene. Det har betydning for resultater hvor studier blir utført (29). Kjennetegn ved spesialisthelse-tjenesten er travelhet og kompleksitet, det kan være faktorer som har påvirket våre resultater.

Studenter beskrev en hverdag som i stor grad var styrt av relasjonen mellom dem selv og veilederne. De snakket lite om hvordan de selv kunne påvirke relasjonen. Mange utsagn dreide seg om at studenter ikke har annet valg enn å tilpasse seg sine veiledere. Med utgangspunkt i vårt innledende spørsmål om erfaringer og utfordringer knyttet til det å være i et veiledningsforhold, var relasjonens betydning et gjennomgående tema i fokus-gruppene. Selv når veilederne ble omtalt som faglig dyktige, kunne en dårlig relasjon føre til negative konsekvenser for studentenes læringsutbytte. Læring i praksisfeltet foregår i et veiled-

ningsforhold der studenter blir kjent med veileder samtidig som de blir kjent med nye sider ved seg selv (30,31) Informantene var opptatt av å forstå veilederne sine og å ha gode relasjoner til dem. Resultatet viste at de opplevde å være prisgitt de veilederne de fikk, og at en kontinuerlig og obligatorisk evaluering forsterket denne følelsen. Andre studier underbygger dette, sykepleierstudenter erfarer å være prisgitt sine veiledere for at de selv skal oppleve trygge læringsforhold (32,33).

Veilederens fagkunnskap og holdninger har betydning for hvordan studenter bygger sin profesjonelle identitet (34). Studentene beskrev noen veiledningsforhold hvor det ikke var rom eller aksept for deres usikkerhet. Det er rimelig å anta at uten rom for dialog om studenters usikkerhet og tvil, kommer lett en opplevelse av at noen «feller dom» over dem (6,35). Selvpoppfatning er definert som enhver oppfatning, vurdering, forventning, tro eller viten en person har om seg selv (36). Studien vår tyder på at studenter kan oppleve møtet med veiledere som skal vurdere dem som en trussel mot egen selvpoppfatning. Informantene fortalte episoder fra veiledningssituasjoner hvor de kunne miste troen på seg selv som fremtidige sykepleiere, men også situasjoner hvor veilederens tro på dem var avgjørende for å oppnå selv tillit.

Informantene uttrykte at de var avhengige av å være på praksissteder hvor de kjente seg velkomne. Hvordan studenter blir mottatt, kan påvirke hvordan de opplever læringsmiljøet (3). En norsk studie viser at sykepleierstudenter kan føle seg uønsket og samtidig kjenne presset om å

prestere, oppføre seg og å lære (37). Informantene fortalte at når de følte seg uønsket ga det dem en opplevelse av å være betydningsløse og i veien, samtidig som de fortsatt måtte være i situasjonen. Dette kan forstås som at studenter er involvert i vanskelige autoritetsstrukturer, og ikke greier å kommunisere følelsen av å være uønsket samtidig som de blir stilt krav til (38).

Det er rimelig å anta at måten veilederne gir tilbakemeldinger på, kan føre til utrygghet og i verste fall medføre at studenter gir opp sin fremtidige sykepleierkarriere. Informantene kjente seg såret og ydmyket når de fikk kritiske tilbakemeldinger. Deres erfaringer med kritikk som sårende og ydmykende kan imidlertid være mistolkninger. Det kan også være et uttrykk for en dårlig relasjon. «Det er partene selv som, gjennom sin tolkning av relasjonen, bestemmer dens karakter» (39: 143). For at studenter skal utvikle seg, er de avhengig av å få tilbakemelding på utøvelse og atferd (4), og trygghet skapes nettopp gjennom konkrete og kontinuerlige tilbakemeldinger fra veiledere (33). Det er alvorlig om hensikten med tilbakemeldinger ikke er tydelig. Det kan være behov for å veilede studentene i å ta imot veiledning, men også at veiledere bevisstgjøres på hvordan de veileder.

Toverud-Jensen understreker i sin studie at sykepleierstudenter i veiledningssituasjoner må finne seg i å bli korrigeret med hensyn til egen atferd, og at studenter forstår dette selv (4). Vår studie bekrefter ikke at studenter har denne forståelsen. Informantene skilte i liten grad mellom negativ kritikk og viktig og nødvendig korrigerende

Resultatene kan tyde på at skillet er uklart for studenter når relasjonen er dårlig. En studie utført i et norsk sykehjem (40) viser at praksisveiledere vektlegger studenters væremåte overfor pasient og personell når de skal vurdere deres sykepleiefaglige kompetanse. Det er rimelig å anta at denne vektleggingen av væremåte er utbredt i ulike praksisfelt og dermed kjent for studenter.

Informantene beskrev et godt veiledningsforhold som det å bli likt og at kjemien må stemme. I pedagogisk litteratur blir ordet

” Om sykepleieren ikke liker meg, så kan hun gjøre det ganske surt for meg på vurderingen.

kjemi anvendt og tillagt vekt i et veiledningsforhold (41). Relasjonen mellom veileder og student blir beskrevet som et komplekst mellommenneskelig forhold preget av reaksjoner og følelser (11,42). En norsk studie viser at sykepleierstudenter møter forventninger om å fremstå som positive og glade, og at det kan være lite toleranse i praksisfeltet for at praksisstudier er slit-somme. Av denne grunn turte ikke studentene si det de mente eller å ta kontakt ved behov for veiledning (37).

En australsk studie påpeker at den rådende tonen på praksisstedet har betydning for kvaliteten på veiledningen sykepleierne gir og dermed påvirker studentenes læringsutbytte (12). Kari Martinsen snakker om betydningen av «tonen og geberden» som fremstår gjennom både språket, samtalen og veiledningsklimaet (38). Løgstrup skriver om å bli kastet inn i nye erfaringer og sier «på hvor mangfoldig vis kommunikasjo-

nen mellom os end kan arte sig, den består alltid i at vove sig frem for at blive imøtekommet» (43: 27). Resultatene våre tyder på at studenter i et veiledningsforhold er vare for stemningen mellom veileder og seg selv og trenger å føle seg velkommen for å våge seg frem. Flere studier viser at det også mangler planer for veiledningstider og at det avsettes lite tid til å bli kjent gjennom formaliserte veiledningsmøter i praksisstudier (19,44).

Informantene ønsket å få et tilpasset ansvar, et ansvar de anerkjente som passe stort, noe

som innebar å ta del i et ansvar sammen med praksisveileder. Den tilliten og det medansvaret informantene fikk, var avhengig av den enkelte veileders vurdering, og ble ikke alltid forstått av studenten. Våre resultater tyder på at veiledere i ulik grad gir studenter ansvar. Selv i komplekse kliniske situasjoner med stor arbeidsbelastning er det veiledere som klarer å gi studenter et tilpasset ansvar (5). Studenter kan ha urealistiske forestillinger om at veiledere i utgangspunktet vet hva passe ansvar for studenten er (45). Det å bli vist ansvar handler også om å bli vist tillit (39). Vår studie viser at ansvar handler om tillit og gode relasjoner. En vektlegging og forståelse av dette kan være til hjelp både i høgskole og i praksisfelt. Å bli vist tillit og ansvar gir en god opplevelse og beskrives som « ... en öppen flöde människor emellan, ett sätt at medveten respondera på varandra» (46:76). Resultatene våre tyder på at en slik tillit er det vanske-

REFERANSER

1. **Kunnskapsdepartementet.** Rammeplanen for sykepleierutdanningen. Fastsett 25januar 2008 .
2. **Sharif F, Masoumi, S.** A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nurs.* 2005; 4-6. Tidsskriftet sykepleien, 2003;8:40-6.
4. **Toverud Jensen K.** Å være student i en feltbasert utdanning. En analyse av studenters fellesskap, som kontekst for læring og identitetsdannelse. Oslo: Avhandling for graden dr. polit. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Oslo, 2006.
5. **Wilson-Barnett J, Butterworth T, White E, Twinn S, Davies S, Riley T.** Clinical support and the Project 2000 nursing student: factors influencing this process. *J Adv Nurs.* 1995; 21:1152-8.
6. **Clynes M P, Rafferty S E C.** Feedback: An essential element of student learning in clinical practice. *Nurse Educ Pract.* 2008; 8:405-11.
7. **Saarikokoski M, Leino- Kilpi H.** The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *Int J Nurs Stud.* 2001;39:259- 67.
8. **Espeland V, Indrehus O.** Evaluation of students satisfaction with nursing education in Norway. *J Adv Nurs.* 2003; 42:226-36.
9. **Hall O C, Gaubæk A-M.** Pasientologi- fra fortelling til grunnleggende ideer. I: Å være pasient. En innføring i pasientologi. A. M. Gaubæk (Red). Oslo: Akribe AS, 2010.
10. **Nylund I, Lindholm L.** The importance of ethics in the clinical supervision of nursing students. *Nurs Ethics.* 1999; 6:278-86.
11. **Wilkes Z.** The student – mentor relationship: A review of the literature. *Nursing standard* 2006; 20:42-47.
2. **Brammer J D.** RN as gatekeeper. Gatekeeping as monitoring and supervision. *J Clin Nurs.* 2008;17:1868-79.
13. **Loeb. M., Harsvik, T.** Spørreundersøkelse rettet mot tidligere sykepleierstudenter. Rapport, SINTEF Helse, 2005.
14. **Skår, R.** Praksis – en læringsarena som engasjerer s. 101-116 I: Alvsvåg, H., Førland, O. (Red.) Engasjement og læring. Fagkritisk perspektiv på sykepleie. Oslo: Akribe, 2007.
15. **Watson R, Dear I, Thompson D, Li G.** A study of stress and burnout in nursing student in Hong Kong: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2008; 45:1534-42.
16. **Gibbons C.** Stress, coping and burnout in nursing student. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47: 1299-309.
17. **Prestbakmo R T.** En studie av veiledningssamtalen mellom kontakt-sykepleier og student. *Vård i Norden* 2006; 8=:36-9.
18. **Solli, H.** Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Sykepleien Forskning* 2009; 4(1):52-60.
19. **Aigeltinger E, Haugan G.** Praksisveiledning i sykehus. En forskningsbasert evalueringsstudie av sykepleierstudenters praksisstudier. Oslo: Lovisenberg diakonale høyskole, 2009. http://www.ldh.no/ldh/images/stories/PDF_Word_Filer/praksisveiledning_i_sykehus.pdf.
20. **Lerdal A, Karlson B.** Bruk av fokusgruppeintervjuer. *Sykepleien forskning* 2008 3:172-175.
21. **Kvale S, Brinkmann S.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.
22. **Ricoeur P.** En hermeneutisk brobygger. Tekster av Paul Ricoeur. I: Hermansen, M og Rendtorff, J.D. (Red). Århus: Forlaget Klim, 2002.
23. **Mishler E G.** Research interviewing. Context and narrative. USA: Harvard University Press, 1986.
24. **Johannessen A, Tuft P A, Kristoffersen L.** Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag AS, 2005.
25. **Halkier B.** Fokusgrupper. Gyldendal Norsk Forlag AS, 2010.
26. **Wibec V.** Fokusgrupper. Om fokusserede gruppintervjuer som undersøkingsmetode. Malmö: Studentlitteratur AB Lund, 2010.
27. **Ricoeur P.** Hva er en tekst? I: Från text til handling. En antologi om Hermeneutikk. Kemp, P, og Kristensson, B. (Red) Stocholm/Lund : Symposion Bokforlag& Tryckeri AB; 1988:31-64.
28. **Lindseth A, Norberg A.** A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J of Caring Sci.* 2004; 18:145-53.
29. **Ringdal K.** Enhet og mangfold. Bergen: Fagbokforlaget, 2001
30. **Hellesnes J.** Sjølkunnskapen og det framande medvitet. Oslo: Johan Grundt forlag, 1968.
31. **Austgard K.** Omsorgsfilosofi i praksis. Oslo: Cappelen Akademisk forlag; 2010.
32. **Bjørk I T, Bjerknes M S.** Å lære i praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
33. **Holmsen T L.** Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis? *Vård i Norden* 2010; 30:24-8.
34. **Lindgard L, Reznick R, DeVito I, Espin S.** Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of the "other" in the operating room. *Medical Education* 2002; 36:728-34.
35. **Bray L, Nettleton P.** Assessor or mentor? Role confusion in professional education. *Nurse Educ Today* 2007;27: 848-55.
36. **Skaalvik E M, Skaalvik S.** Faglig selvpoppfatning predikerer læring. *Spesialpedagogikk* 2005;9: 8-19.
37. **Knutson de Presno Å.** Forestillningene som brast. Sykepleierstudenter erfaring med relasjonsarbeid i akutt psykiatrisk praksis. U.I.O: Det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, 2009.
38. **Martinsen K.** Samtalen, skjønnset og evidensen. Oslo: Akribe, 2005.
39. **Henriksen J O, Vetlesen A J.** Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS, 2006.
40. **Wangen M G, Torjuul K, Sørtie V.** Hva praksisveiledere vektlegger i vurderingen av sykepleierstudentenes kliniske kompetanse - en kvalitativ intervjuundersøkelse. *Vård i Norden.*2010; 4: 43-47.
41. **Reggelsen B, Nissen L K.** Veiledning I: Brøbecher , H og Mølberg, U (red) Klinisk veiledning og pædagogisk kompetence i professionsuddannelser 2 utg Danmark: Munksgaard, 2010.
42. **Eraut M.** Feedback. *Learning in Health and Social care.* 2006; 5:111-18.
43. **Løgstrup K E.** Den etiske fordring København: Gyldendal, 1956.
44. **Slettebø Å, Bryn V, Hovdsveen R K, Veitste K C, Syvertsen A L.** Praksisstudier i tospann. *Sykepleien forskning* 2009; 4: 44-50.
45. **Nilsen R.** (Red) Samhandling i helsefaglig arbeid. Studentopplevelser fra praksisfeltet. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2010.
46. **Johanson U.** Om ansvar. Ansvarsforestillinger og deres betydelse for den organisatoriske virkeligheten. Lund: Lund University Press, 1998.

Åpenhet er viktig

› Relasjonen til veileder er av stor betydning for studentenes læringsutbytte i praksisperioden.



Av Renate Rosseland
Bachelorstudent i sykepleie ved Høgskolen i Sogn og Fjordane.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Jeg tror det vil være hensiktsmessig for studentenes læringsutbytte i praksis, å fokusere på betydningen av relasjonen mellom student og praksisveileder. En god relasjon mellom sykepleierstudenten og veilederen i praksis er, ifølge sykepleierstudentene som ble intervjuet i denne studien, avgjørende for hvordan de opplevde praksisperioden. Studentene som hadde en god relasjon til veileder opplevde økt selvtillit og tro på egne ressurser i praksisperioden, mens de med en dårlig relasjon ble usikre og dette påvirket læringsutbyttet negativt.

Når det gjelder praksisstudiet er skolen opptatt av at studentene skal nå visse læringsmål. Dette er viktig, men faktorer som kan påvirke læringsutbyttet, eksempelvis relasjonen til veileder, kunne kanskje vært mer vektlagt. De fleste av mine medstudenter tenker mye på relasjonen til og samarbeidet med veilederen, fordi dette har betydning for å

nå målene. Mange opplever usikkerhet knyttet til å være nye på en praksisplass. Støtte og trygghet fra veileder vil bidra til å gjøre utfordringer i praksisfeltet lettere å takle. Dette vil være positivt for læringsutbyttet og målene vil automatisk bli lettere å nå. Hvis studenten derimot har en dårlig relasjon til veileder kan det tenkes at man blir mer tilbakeholden i praksis. Studenten kan bli redde for å feile fordi han eller hun er usikker på hvordan veileder vil respondere.

Jeg tror også det er svært viktig at studenten regelmessig får konkrete tilbakemeldinger på både utførelse av arbeidsoppgaver og atferd generelt. Dette trekkes også fram i artikkelen. Konstruktiv kritikk gjør det mulig å korrigere feilene fram mot sluttevalueringen. Men like viktig er det å få jevnlig tilbakemeldinger på det man gjør bra, slik at man bygger opp selvtilliten. I den forbindelse er åpenhet

viktig. Der jeg studerer innleder vi praksis med en forventningsamtale med praksislærer og sykepleieren som skal være veileder. Der utveksler vi forventninger vi har til hverandre. Her forteller veileder for eksempel at hun forventer at studenten møter presis og viser initiativ i perioden. Dette møtet kan være en fin anledning til å bygge opp en god relasjon fra begynnelsen av. Studenten kan for eksempel formidle at hun eller han ønsker regelmessige tilbakemeldinger og at man ønsker en åpen dialog. Dette vitner også om initiativ fra studentens side, noe som kan bidra til å skape tillit hos veileder. Åpenhet om hvordan man ønsker at samarbeidet skal være både fra student og veileder, tror jeg kan være nøkkelen til å skape en god relasjon fra begynnelsen av.

Les artikkelen på side 152





Arkivfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: 50 prosent av sykepleierutdanningen i Norge er praksisstudier hvor sykepleiere har det daglige veiledningsansvaret for studenter. Tidligere studier viser at det er behov for mer kunnskap og forskning om praksisveilederes erfaringer.

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke og beskrive hvilke utfordringer praksisveiledere erfarte i veiledning av sykepleierstudenter.

Metode: En kvalitativ studie med

fokusgruppeintervjuer, der sykepleiere ved ett sykehus i Norge med erfaring som praksisveiledere deltar. Det er benyttet en fenomenologisk hermeneutisk tolknings- og analysemetode.

Resultater: Praksisveiledere erfarte utfordringer med å balansere mellom å ha pasientansvar og veiledningsansvar. De etterlyser tid til å samtale med studenter, samarbeid med lærer og bedre rutiner for veiledningsarbeidet.

Konklusjon: Sykepleiere trives som veiledere selv om de skvises mellom rollene som sykepleier og praksisveileder. De er usikre i veiledningsarbeidet og ønsker mer støtte og veiledning fra lærer, men påtar seg likevel et stort veilednings- og vurderingsansvar i sykepleierstudenters praksisstudier. Studien viser behov for mer kunnskap om praksisveilederes erfaringer i utfordrende og ansvarsfulle veilednings- og vurderingssituasjoner.

ENGLISH SUMMARY

Challenges in student nurse mentoring in clinical practice

Background: In Norwegian bachelor nurse education, 50% of the program is studies in the praxis arena where nurse clinicians have the day-to-day responsibility for student mentoring. Studies show that further knowledge and research are needed addressing clinical nurse instructors' experiences as student mentors.

Purpose: The purpose of this study is to reveal and describe challenges that nurse instructors encounter as student mentors.

Method: A qualitative focus group interview study with experienced nurse instructors at a Norwegian hospital. A phenomenological-hermeneutical analytical method is utilised.

Results: The instructors find it challenging to balance responsibilities to their patients and their student mentoring responsibilities. They want clearer schedules regarding mentoring and more time to spend with students.

Conclusion: The nurses enjoy their job as instructors even though they feel

torn between their roles as nurses and clinical mentors. Although they feel unsure as mentors and wish for more support and advice from the college teachers, they undertake a large amount of mentoring and evaluative responsibilities regarding the student nurses' clinical studies. Findings indicate the need for more knowledge about how clinical nurse instructors cope with challenging mentoring and evaluative situations.

Key words: Mentoring, basic nurse education, clinical studies, focus groups, phenomenologica-hermeneutic.

>> Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier

Forfattere: **Eva Aigeltinger,**
Grethe Haugan og Venke Sørлие

NØKKELOD

- Veiledning
- Sykepleierutdanning
- Praksisstudier
- Fokusgrupper
- Fenomenologi
- Hermeneutikk

INTRODUKSJON

Femti prosent av sykepleierutdanningen består av praksisstudier i primær- og spesialisthelsetjenesten. Praksisstedene og utdanningsinstitusjonene samarbeider om planlegging og gjennomføring av studentenes opplæring gjennom formelle og forpliktende avtaler som skal være ledelsesforankret og sikre studentenes lærebetingelser i praksis. Sykepleiere ved den enkelte avdeling har en sentral rolle i studentenes læring og utvikling i praksisstudiene ved å ha det daglige veiledningsansvaret for studenter i praksisfeltet (1). Sykepleiere opplever sin arbeidssituasjon belastende, både fysisk og emosjonelt, selv om studier viser at sykepleiere trives i arbeidet og grunngir det med blant annet den faglige utfordringen de får

ved å være veileder (2-4). Som praksisveileder er arbeidssituasjonen travel med turnusarbeid og rammebetingelser og de må ofte prioritere pasientarbeidet framfor det pedagogiske veiledningsarbeidet (5-10).

Studier viser at avdelingens læringsmiljø (8,11-13) og at studenter og praksisveiledere har samtaler hvor de deler praksiserfaringer og reflekterer over disse, er viktig for studenters læring og vurdering (8,14-16). Flere studier viser også at mange veiledere mangler pedagogiske kvalifikasjoner og at forholdsvis mange nyutdannede sykepleiere har veilederansvar (6,9,14,16-20). En rapport om sykepleierutdanningens praksisstudier understreker betydningen av et felles avtaleverk og praksisveilederes veiledningskompetanse (21). Dette fremheves også i NOKUTs «Revidering av akkrediterte sykepleierutdanninger» som viktige forutsetninger for god kvalitet i praksisstudiene. Andre forutsetninger som trekkes fram er studienes organisering, oppfølging av studenter, samarbeidsforhold og avtaler mellom praksisfeltet og høyskolene (22). Studier viser også at sam-

arbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet er mangelfullt og at praksisfeltet etterlyser mer kontakt og samarbeid med sykepleielærere og høyskole (5,19,17,23-25).

Denne studien er en del av en større studie som inkluderer studenter, lærere og praksisveiledere. Første delstudie var en kvantitativ evalueringsstudie av praksisveiledningen ved en sykepleierhøyskole i Norge. Den hadde til hensikt å få frem resultater som kan danne grunnlag for kvalitetsforbedring og utvikling av den fremtidige praksis-

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen viser at veiledere ofte føler seg usikre i veilederrollen og at det å veilede krever mye tid og innebærer et stort ansvar.

Mer om forfatterne:

Eva Aigeltinger er pediatrik sykepleier med cand. polit i pedagogikk og høyskolelærer. Grethe Haugan er intensivsykepleier og cand.san i sykepleievitenskap, førstelektorstipendiat ved Høgskolen i Oslo og høyskolelektor. Venke Sørлие er helsesøster med PhD i sykepleievitenskap og professor. Alle tre er ansatt ved Lovisenberg diakonale høyskole. Kontaktperson: eva.aigeltinger@ldh.no

veiledningen (19). På bakgrunn av evalueringsstudien ønsket vi å innhente dybdekunnskap ved å etterspørre de samme informantgruppene om deres erfaringer i utdanningens praksisstudier. Det er resultater fra studien med praksisveilederes erfaringer som presenteres i denne artikkelen. Fordi sykepleiere har en sentral funksjon i sykepleierstudenters praksisstudier, i tillegg til å ivareta sin egen yrkesrolle, er det viktig å stille spørsmål relatert til utførelsen og kvaliteten på veilederfunksjonen. Det er i tillegg viktig med forskningsbasert kunnskap om hvordan praksisveiledere opplever sin veilederrolle slik det blir gjort i denne studien. Studiens overordnede forskningsspørsmål er: Hva er praksisveilederes erfaringer og utfordringer når de veileder sykepleierstudenter i sykehus? Hensikten er å undersøke og beskrive disse erfarte utfordringene.

METODE

Design

Studien er en kvalitativ intervjuundersøkelse med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Dette er hensiktsmessig når personers opplevelser og erfaringer skal studeres. Her er det kritiske faktorer ved praksisveilederes kunnskaper og erfaringer som skal belyses og reflekteres over (26).

Utvalg

Det ble utført et strategisk utvalg med ni sykepleiere med minst to års erfaring som sykepleier, samt erfaring som praksisveiledere. De arbeidet ved ulike kirurgiske avdelinger ved ett sykehus i Norge og ble rekruttert til studien via ledelsen ved egen arbeidsplass og et veilederkurs for kontaktsykepleiere.

Alle fikk både muntlig og skriftlig informasjon om studien.

Datainnsamling

Vi gjennomførte fokusgruppeintervju i to grupper med fire og fem informanter i hver gruppe. Første og andre forfatter gjennomførte intervjuene og var moderator hver sin gang. Samtlige av forfatterne har deltatt i den øvrige forskningsprosessen og sikrer dermed studiens validitet (27). Et intervju ble gjennomført på sykepleierens arbeidsplass, og det andre i høyskolen. Intervjuene varte cirka 60–90 minutter. Hensikten med fokusgruppe som metode er å samle inn data om et forhåndsbestemt tema. Informantenes erfaringer uttrykkes og videreutvikles gjennom interaksjonen og felles dialog om temaet (28). Mishler (29) hevder at et kvalitativt intervju skal foregå som en samtale hvor informantene forteller åpent og spontant om ulike sider og kjennetegn ved sin livsverden. Dette for at forskeren skal kunne forstå og forklare meningsinnholdet i informantenes levde erfaring. I fokusgruppeintervjuet ble ett åpent spørsmål stilt: «Hva er dine erfaringer og utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i deres praksisstudier?» Underveis i intervjuet stilte moderator kun oppfølgingsspørsmål som «kan du utdype dette?» eller «fortell mer om dette» dersom noe var uklart eller krevde utdypning. Å gjennomføre et åpent intervju ga informantene mulighet til å vektlegge viktige og kritiske faktorer ved egne erfaringer som praksisveiledere. Intervjuene ble tapet og transkribert ordrett.

Dataanalyse

Data fra intervjuer med sykepleiere dannet grunnlaget for ana-

lysen. Forskernes kjennskap og interesse for temaet er en fordel for å forstå meningsinnholdet når man lytter til tekstmaterialet (30,31). For å få fram meningsinnholdet i intervjuteksten har vi anvendt fenomenologisk hermeneutisk tolknings- og analysemetode. Metoden består av tre faser (32,33). Første fase er den naive lesing som innebærer å lese gjennom tekstmaterialet flere ganger for å få inntrykk av hva teksten handler om. Ifølge Ricoeur (31) «taler teksten» til oss, den berører oss og er forskeren åpen vil meningen i fortellingene tre frem. Den neste fasen, den tematiske strukturanalysen, danner resultatdelen i materialet. Tekstmaterialet blir delt opp i meningsbærende enheter som danner grunnlag for utvikling av tema (26). En form for distanse til egen forforståelse er en betingelse for å oppnå en dialogisk tolkningsprosess mellom forståelse og forklaring (31,34). I den siste fasen, kritisk tolkning og diskusjon, blir det sammenfattede og tolkede tekstmaterialet løftet opp og belyst på et teoretisk nivå. Det kritiske elementet består her i å gå noen omveier eller runder for å få et mer reflektert syn. Ifølge Ricoeur (31) tilstrebes en kommunikativ hermeneutikk hvor forskeren anvender den naive forståelsen, strukturanalysen, egen forforståelse og relevant litteratur for å få en dypere forståelse av teksten.

Etiske betraktninger

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og følger Helsinkideklarasjonen etiske retningslinjer (35).

RESULTATER

Usikkerhet

Informantene uttrykker usikkerhet når de ikke rekker å gjøre

seg kjent med studiets mål og innhold. «Vår utfordring er å få tid til å sette seg inn i ting. Selv om en har hatt studenter før så blir det til at en må repetere hver gang». De ønsker å delta på de formelle samtalen for å få innsikt i studieprogrammet og studenters forventninger. «Jeg var ikke med på den første samtalen hvor mye blir etablert. Da tar det litt tid ... og det viste seg at studenten hadde et veldig stort kunnskapsgap». De er usikre på når de kan kontakte lærer og ønsker å etablere en relasjon til lærer tidlig i perioden. «Veldig viktig å være med på forventningssamtalen, ellers får jeg ikke møtt læreren før midtevaluering. Jeg har mange ganger tenkt å ringe til læreren, men det er liksom så dramatisk ... da må det være noe som er kjempegalt». Informantene er usikre på når studenter kan inkluderes i arbeidet og fungere mer selvstendig. «Det tar faktisk litt tid å sette seg inn i en avdeling og ... føle seg varm i trøya ... og ta til seg læring». Veiledere ønsker å gi studenter ansvar slik at de kan arbeide mest mulig selvstendig og ikke bli stående på sidelinjen. «Jeg skal egentlig etablere en relasjon til pasienten og samtidig passe på at studenten kommer på banen. Det blir litt konflikt mellom rollene. Målet er at sykepleieren står i bakgrunnen når studenten har vært her en stund». Når veiledere opplever vanskeligheter i veiledningen av studenter, kan de få behov for å holde en viss distanse mellom seg og studenten for å kunne utføre en objektiv vurdering. «Jeg hadde en student som var verdensmester sånn til de grader, jeg følte meg jo som studenten selv ... ble helt satt tilbake». I slike situasjoner øker usikker-

heten og de frykter at relasjonen kan bli ødelagt. «Det koster å være kontaktsykepleier hele tiden ... og det er ikke alltid at kjemien stemmer ... det beste er å bytte veileder om det krasjer».

Utilstrekkelighet

Informantene opplever at de ikke strekker til når det er travelt. De savner rutiner som tar hensyn til den ekstra belastningen det er å veilede studenter. «Jeg trenger ro for å kunne gi god veiledning ... Avdelingen bør legge mer vekt på at de som

” Jeg hadde en student som var verdensmester sånn til de grader, jeg følte meg jo som studenten selv.

har student ikke får kjempemye å gjøre. Det er sjeldent du hører: Du som har student, du må få færre oppgaver». Opplevelsen av utilstrekkelighet forsterker seg når veileder må prioritere akutte og uforutsigbare pasientsituasjoner. Informantene føler seg utilstrekkelige når de som nyutdannede sykepleiere får ansvaret for å veilede studenter. «Det er først når du har vært på en avdeling i et par års tid at du begynner å ha ordentlig oversikt». Slike situasjoner er svært krevende og de ønsker ikke å bli tatt i å ha for lite kunnskap. «Jeg har følelsen av at jeg egentlig ikke kan ting så godt selv og at jeg kommer til kort».

Vurdering

Informantene opplever ansvaret med å være alene om å vurdere studenters kompetanse som tyngende. De ønsker å bli bedre kjent med studentenes faglige ståsted før midtvurderingssamtalen. «Det kan ta opp til tre uker å bli kjent i en avdeling og så vips, så er det midtvurdering

... før jeg har fått gjort meg opp et tilstrekkelig inntrykk av studenten. Kan jeg vurdere dette alene? Skal jeg stryke henne eller skal jeg la henne gå igjen-nom? Følte det var et for stort ansvar etter hvert ... en skikkelig belastende periode. Da tenkte jeg: Jeg vil ikke ha student igjen på lenge ... nå får det være nok». Veilederne opplever det som svært alvorlig når det er tvil om en student skal bestå praksisstudiene. «Om en student står i fare for å stryke, og de skal ha beskjed før samtalen,

da kommer samtalen altfor tidlig». Veilederes opplevelse av å være alene om å vurdere forsterkes i situasjoner hvor relasjonen til studenten er dårlig. «Hvis jeg mistenker noe på grunn av kjemi og sånne ting, for eksempel at jeg skal forhåndsdomme, kan vi være to veiledere som følger opp studenten før midtvurderingen ... sånn at man er flere som ser. Det var veldig all right å være to veiledere for da hadde du en å snakke om studenten med. Det er vanskelig å gjøre seg opp en mening om studenter alene». Informantene synes lærere vurderer studenter ut fra et teoretisk ståsted, mens de selv vektlegger at «det er jo mennesker de skal jobbe med». Det er vanskelig når lærer vurderer studentenes kompetansenivå annerledes enn de selv gjør. De undrer seg over hvordan lærerne kan vurdere studentenes kompetanse i konkrete pasientsituasjoner. «Læreren må stole på meg, for hun er jo ikke i avdelingen når det skjer ... Jeg burde kanskje ha kontaktet lærer tidligere».

Samtale

Informantene ønsker tid til samtaler med studenter hvor de kan utveksle erfaringer fra møter med pasienter i ulike praksissituasjoner. «Man burde alltid ha tid til en halvtime på slutten av dagen, snakke om hvordan dagen har vært og utveksle tanker og følelser. Så kan vi jobbe med det som er vanskelig ... da blir det mer forståelse for faget og hva som ligger bak det vi gjør». De bekymrer seg når studenter ikke får muligheter til egen refleksjon og faglig utvikling. «Studenter er flinke til å ramse opp hva de har gjort, men refleksjonen, den mangler litt ...». En god veiledningssituasjon er ifølge informantene: «Når studenten får tid til å sette seg ned først, har funnet fram prosedyren og går gjennom den ... og sykepleier kan stå i bakgrunnen å hjelpe til med en ekstra hånd om det trengs ... og så snakke om hvordan det gikk». Spesielt etter akutte og

for studentene. «Jeg vil jo bare at studenter skal gjøre det bra, ja kjempebra ... at de skal ha det godt i praksisperioden, lære mest mulig og utvikle seg til å bli en god sykepleier». De sier det særlig er i starten av en praksisperiode og i akutte og kritiske situasjoner, at behovet for støtte og veiledning er størst. «Slike situasjoner kan være tøffe for mange studenter». De ønsker at lærer skal fungere som en støtte for både studenter og veiledere. «Det er veldig fint å oppleve at læreren er en god støtte for meg og studenten, hun blir liksom en mellompart».

DISKUSJON

Informantene understreker at studentveiledning er interessant og engasjerende, samtidig som de erfarer utfordringer ved å balansere mellom det å ha veiledningsansvar og pasientansvar. Utfordringene er knyttet til usikkerhet, utilstrekkelighet og det å være alene i

at veiledere er usikre på hvilke krav de kan stille. I den første forventningssamtalen samler lærer samtlige studenter fra hver avdeling hvor felles forventninger og krav til veiledningsforholdet klargjøres. Organisering av slike gruppesamtaler blir gjort for å redusere læreres arbeidsmengde til tross for at man fratru flere veiledere muligheten til å delta. Hiim og Hippe (15) viser i sin studie at man kan forebygge usikkerhet og frustrasjon dersom alle parter er til stede når man gjennomgår veiledningsstrategiene. Det er derfor rimelig å anta at man kan redusere usikkerhet ved at de aktuelle veilederne deltar i forventningssamtalen.

Informantene sier at spesielt nyutdannede sykepleiere er usikre når det gjelder å veilede. Studier viser at forholdsvis mange nyutdannede sykepleiere har veilederansvar (9,16,19). I tråd med vår studie understreker Alsvåg (20), at nyutdannede sykepleiere har behov for opp til to års erfaring før de får oversikt, kontroll og trygghet til å ta ansvar for pleie- og behandlingstrengende pasienter. Manglende oversikt kan også være et hinder for å handle hensiktsmessig (10). Det kan settes ut som nyutdannede sykepleiere har behov for innføring og for å rette oppmerksomheten mot sin nye sykepleierolle.

Informantenes opplevelse av utilstrekkelighet kan forklares med at de må forholde seg til arbeidsgivers krav til forsvarlig pasientbehandling og høyskolenes krav om å veilede studenter. Studier viser at veileders følelse av utilstrekkelighet forsterkes gjennom travelhet, lite kontakt mellom høgskole og praksisfelt og mangelfulle interne rutiner for praksisveiledningen (5,7,8,17). Det er rimelig å anta

“ Studenter er flinke til å ramse opp hva de har gjort, men refleksjonen, mangler litt ...

kritiske situasjoner synes veiledere det er avgjørende å sette av tid til samtale. «Det å ta «time-out» og snakke ordentlig passer nesten aldri. Kanskje jeg bare må prioritere det?» De synes det er faglig stimulerende og liker at studenter viser interesse og stiller spørsmål. «Da må jeg tenke meg om, og så ender det kanskje med at jeg må sjekke det opp for jeg vet faktisk ikke. Det er kjempeflott at de spør mye, da må jeg begrunne og lese litt mer. Jeg blir tryggere på meg selv».

Gi støtte

Informantene understreker betydningen av å være en støtte

veilednings- og vurderingssituasjonen. En travel hverdag begrenser mulighetene for å ha jevnlig samtaler med studenter. I tillegg er praksisveiledningen lite integrert i avdelingens organisering og rutiner. Informantene etterlyser mer kontakt og samarbeid med lærere i veiledningsarbeidet.

Praksisveiledere er ofte ukjente med utdanningens program og har derfor behov for kontakt med og veiledning fra lærere (6,17,19,24). Dette stemmer overens med hva våre informanter forteller. Når de i tillegg er ukjente med studentenes kompetansenivå, fører det til

at lederes engasjement i og oppmerksomhet på utfordringene, vil føre til at ansvaret for veiledningen blir tydeliggjort som en integrert del av praksisfeltets virksomhet (1). Dermed vil veiledningen også bli legitimert som en viktig arbeidsoppgave.

Resultatene våre viser at veiledere er usikre i situasjoner der det er vanskelig og utfordrende å vurdere studenters kompetansenivå, og at de venter i det lengste med å kontakte lærer. Dette er også i samsvar med Pedersens studie (16). Usikkerheten forsterkes når de opplever at lærere har mistillit til vurderingene deres. Informantene ønsker at lærerne har tillit til og viser respekt for vurderingene deres og at vurderingene blir et mer kollektivt ansvar. Dette kan øke mulighetene for at lærere og veiledere kan komme fram til en felles forståelse av studenters kompetansenivå (6), og for at veilednings- og vurderingssituasjonen blir mindre belastende for veiledere. Lange praksisperioder er også et tiltak som kan bidra til å redusere usikkerhet hos veiledere. Det vil medføre at de blir bedre kjent med studenters kompetansenivå, som er en forutsetning for rettferdig vurdering (16), noe som samstemmer med våre resultater.

Informantene synes det er en fordel å være to veiledere per student for på den måten hindre at deres egen forforståelse eller annen subjektivitet får dominere, noe som samsvarer med Alsvågs studie (13). Antakeligvis kan et slikt samarbeid mellom veiledere også bidra til å redusere deres usikkerhet i vurderingssituasjoner ved at de utveksler erfaringer og diskuterer studenters faglige utvikling.

I tråd med tidligere studier ønsker våre informanter tid til

veiledningssamtaler hvor de kan samtale med studenter om pasienterfaringer. Refleksjon over egne erfaringer fra pasientsituasjoner er viktig for trygghet og læring i klinisk praksis. Studier viser at refleksjon er viktig for utvikling av profesjonell identitet og for å kunne innta en mer selvstendig rolle (14,17). Spesielt synes informantene det er viktig å gi studentene en debrifning umiddelbart etter akutte og kritiske situasjoner. Veiledning

” Jeg vil jo bare at studenter skal gjøre det bra, ja kjempebra ... at de skal ha det godt i praksisperioden.

kan defineres som en dialogisk virksomhet (36), og i dialogen skal partene «lytte til, høre etter, gå med den andre» (37). Det er derfor bekymringsfullt når sykepleieres arbeidsbelastning influerer på deres muligheter til å samtale og reflektere over praksissituasjoner sammen med studenter, noe også andre studier viser (5,6,15,16).

Støtten og omsorgen veiledere ønsker å uttrykke, kan minne om en myk form for paternalisme. Denne formen for støtte fremmer hensynet til studenters beste slik at de utvikler seg faglig sterkere (38). Støtte kan forklares som forståelse, empati, omsorg og ivaretagelse (39). Det er rimelig å anta at støtten veiledere formidler vil bidra til å øke studentenes læringsutbytte. I likhet med tidligere studier uttrykker våre informanter selv behov for veiledning og støtte i veiledningsarbeidet (17,19,24). Når mange veiledere i tillegg mangler nødvendig pedagogisk kompetanse (6,14,17,18), kan det være en av flere forklaringer til hvorfor informantene har behov for

støtte og veiledning fra lærere.

Resultatene viser at informantene erfarer usikkerhet, utilstrekkelighet og opplevelse av å være alene i veilednings- og vurderingsarbeidet. Ansvaret gjør dem sårbare. Sårbarheten ved å være menneske dreier seg om den avhengigheten vi har til hverandre (38). Dette er i tråd med den gjensidige avhengigheten utdanningen og praksisfeltet har til hverandre for å utdanne kvalifiserte sykepleiere. Studien

viser områder og situasjoner som er utfordrende og ansvarsfulle for praksisveilederne. Samtidig er følelser som usikkerhet, utilstrekkelighet og ensomhet en del av det å være menneske (40). Således er det også en del av det å være profesjonsutøver og praksisveileder. Erkjennelsen av å tvile på egen faglighet, er vesentlig for profesjonsidentitet som sykepleier og veileder. I møte med mennesker vil det innebære uventete og vanskelige situasjoner.

Ut fra studiens resultater kan følgende tiltak være mulig: Møtepunkter for å samtale og støtte studenter, delta i utdanningens formelle samtaler, økt veiledningskompetanse, oversikt over egen sykepleierolle, kontakt og samarbeide med lærer – spesielt i vurderingssituasjonen. Bedre rutiner og legitimering av veiledningsoppgavene gjennom samarbeidsavtale og en kompetent samordning kan også være nyttige tiltak.

Vi retter en stor takk til praksisveiledere som gjorde denne studien mulig.

REFERANSER

1. **Kunnskapsdepartementet.** Rammeplan for sykepleierutdanning. Fastsatt 25. januar, 2008.
2. **Førland O, Haukom M, Kristoffersen I.** Jobbtillfredshet og jobbtrivsel blant sykepleiere – refleksjoner og utfordringer. I: Alvsvåg, H, Førland, O. (red.) Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribe, 2007:25–168
3. **Vareide P K, Hofseth C, Norvoll R, Røhme K.** Stykkevis og helt – Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus. Oslo: Sintef Unimed Helsetjenesteforskning (Sintef Rapport), 2001.
4. **McCarthy B, Murphy S.** Preceptors' experiences of clinically educating and assessing undergraduate students: an Irish context. *Journal of Nursing Management* 2010;18:234–44.
5. **Holmsen T L.** Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis? *Vård i Norden* 2010;30,1:24–8.
6. **Hallin K, Danielson E.** Preceptor nursing students: Registered Nurses' perceptions of nursing students' preparation and study approaches in clinical education. *Nurse Education Today* 2010;30:296–302.
7. **Williams A, Taylor C.** An investigation of nurse educator's perceptions and experiences of undertaking clinical practice. *Nurse Education Today* 2008;28:899–908.
8. **Prestbakmo R T.** En studie av veiledningssamtalen mellom kontakt-sykepleier og student. *Vård i Norden* 2006;80,2:36–9.
9. **Bjørk I T.** Sykehusavdelingen – et miljø for læring? *Vård i Norden* 2001;21,4:4–9.
10. **Brahe L.** Afbyrdelser i klinisk sygeplejepraksis. *Klinisk sygepleje* 2001;24,1:29–41.
11. **Allan H T, Smith P.** Are pedagogies used in nurse education research evident in practice? *Nurse Education Today* 2010;30:476–9.
12. **Spouse J.** Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *Journal of Advanced Nursing* 2001;33,4:512–22.
13. **Alvsvåg H.** Læring av sykepleie – gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I: Alvsvåg H, Førland O. (red.) Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribe, 2007:205–32.
14. **Brammer J D.** Issues in undergraduate education. RN as gatekeeper: gatekeeping as monitoring and supervision. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:1868–76.
15. **Hiim H, Hippe E.** Praksisveiledning i lærerutdanningen. En didaktisk læringsstrategi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2006.
16. **Pedersen K L.** Vurdering av sykepleierstudenten i kliniske studier – et usikkert prosjekt? I: Alvsvåg H, Førland O. (red.) Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribe, 2007:133–48.
17. **Löfmark A, Morberg Å, Öhlund L S, Illicki J.** Supervising mentors' lived experience on supervision in teaching, nursing and social care education. A participation-oriented phenomenological study. *High Education* 2009;57:107–23.
18. **Grønn T.** Fokus på praksisstudier og kvalitetssikring av praksis. Komparativ kartlegging og analyse av de av HiOs heltids bachelorstudier som har ekstern, veiledet praksis som krav i rammeplan. Oslo: HiO 2010. <http://www.hio.no/For-tilsatte/Fellestjenester/Kvalitetssikrings-system-for-Hoegskolen-i-Oslo/Fokus-paa-praksisstudier> [22.11.2011]
19. **Aigeltinger E, Haugan G.** Praksisveiledning i sykehus – en forskningsbasert evalueringstudie av sykepleierstudenters praksisstudier. Lovisenberg diakonale høyskole, 2009. http://www.ldh.no/ldh/images/stories/PDF_Word_Filer/praksisveiledning_i_sykehus.pdf [22.11.2011]
20. **Alvsvåg H.** På kollisjonskurs med arbeidslivets interesser? Sykepleierens syn på opplæring av nyansatte. I: Alvsvåg H, Førland O. (red.) Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribe, 2007:171–87.
21. **Universitets- og høyskolerådet.** Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. En UHR-rapport, april 2010.
22. **Haugdal B K.** Revidering av akkrediterte sykepleieutdanninger – Kvaliteten i praksisstudiene. Rapport. NOKUT, 2009.
23. **Johansson U–B, Kaila P, Ahlner-Elmqvist M, Leksell J, Isoaho H, Saarikoski M.** Clinical learning environment, supervision and nurse teacher evaluation scale: psychometric evaluation of the Swedish version. *Journal of advanced Nursing* 2010;66,9:2085–93.
24. **Saarikoski M, Warne T, Kaila P, Leino-Kilpi H.** The role of the nurse teacher in clinical practice: An empirical study of Finnish student nurse experiences. *Nurse Education Today* 2009;29,595–600.
25. **Ramage C.** Negotiating multiple roles: link to teachers in clinical nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 2004;45,3:287–96.
26. **Lindseth A, Norberg A.** A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring* 2004;18:145–53.
27. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
28. **Wibeck V.** Fokusgrupper. Om fokuserte gruppeintervjuer som undersøkingsmetode. Lund: Studentlitteratur, 2010.
29. **Michler E G.** Research Interviewing. Context and narrative. USA: The president and fellows of Harvard College, 1986.
30. **Sørli V, Kihlgren A, Kihlgren M.** Meeting ethical challenges in acute nursing care as narrated by registered nurses. *Nursing Ethics* 2005;12,2:133–42.
31. **Ricoeur P.** Från text till handling. En antologi om hermeneutikk redigerad av Peter Kemp och Bengt Kristensson. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion AB, 1986
32. **Ryudén G, Norberg A, Lindseth A, Marhaug V.** Ethical reasoning in nurses' and physicians' stories about care episodes. *Journal of Advanced Nursing* 1992;17:1028–34.
33. **Ricoeur P.** Hva er en tekst? Å forstå og forklare. I: Lægred S, Skorgen T. (red.) Hermeneutisk lesebok. Oversatt av K E. Valen. Oslo: Spartacus forlag, 2001:59–79.
34. **Hermansen M, Rendtorff J D.** (red.) En hermeneutisk brobygger. Tekster af Paul Ricoeur. Århus: Forlaget Klim, 2002.
35. **Ruyter K W, Førde R, Solbakk J H.** Medisinsk og helsefaglig etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2. utg. 2007.
36. **Skagen K.** I veiledningens landskap. Innføring i veiledning og rådgivning. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS, 2004.
37. **Martinsen K, Eriksson K.** Å se og å innse. Ulike former for evidens. Oslo: Akribe, 2009.
38. **Henriksen J–O, Vetlesen A J.** Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2006.
39. **Aamodt L G.** Familien mellom mange hjelpere. Refleksjoner i sosialfaglig arbeid. Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
40. **Sørli V.** Being in ethically difficult care situations. Narrative interviews with registered nurses and physicians with internal medicine, oncology and paediatrics. Doktoravhandling. Umeå: Medical dissertations, Umeå University, 2001.

Veiledernes kompetanse bør økes

› Både lærerne ved utdanningene og veilederne i praksis har et forbedringspotensial.



Av Lise Gladhus

Førstelektor, Høgskolen i Buskerud.

Det er viktig å sette søkelys på utførelsen av og kvaliteten på veilederfunksjonen. Det gjør forfatterne av denne artikkelen. Fokuset i artikkelen er på praksisveileders erfaringer og utfordringer i veiledning av sykepleierstudenter ved kirurgiske avdelinger. Artikkelen er relevant for alle som er opptatt av veiledning i kliniske studier.

Forfatterne peker på at praksisveilederne ofte føler seg dratt mellom det å ha veiledningsansvar og pasientansvar. Dette er også min erfaring, sett fra lærerens side. Forfatterne argumenterer for at engasjement og oppmerksomhet på utfordringene fra leders side, vil føre til at ansvaret for veiledningen blir tydeliggjort som en integrert del av praksisfeltets virksomhet og

dermed som en viktig arbeidsoppgave. Jeg er enig i at dette kan være en vei å gå for å imøtekomme disse utfordringene.

Resultatene viser også at informantene ikke kjenner til utdanningens program, for eksempel hvilke krav som stilles. Dette er en viktig tilbakemelding til oss i utdanningsinstitusjonene. Etter mitt syn har både utdanningsinstitusjonene og den enkelte lærer et forbedringspotensial. Det skriftlige materialet kan gjøres mer tilgjengelig ved at det blir mer kortfattet og konkret. I veiledningskursene bør dette være et tema, samt at den enkelte lærer bør fokusere spesielt på dette i første samtale.

Forfatterne argumenterer også for økt veiledningskom-

petanse. Det bør være et krav at alle praksisveiledere har gjennomført veiledningskurs før de veileder. Det fordrer et solid samarbeid og gjensidig forståelse mellom aktørene. Jeg mener at veiledningskurset bør inneholde temaer inspirert fra den didaktiske relasjonsmodellen, og med vekt på samspill mellom kategoriene læreforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, læreprosessen og vurdering.

Les artikkelen på side 160





Arkivfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Blæredysfunksjon er hyppig ved multippel sklerose (MS). Det kan være et debutsymptom på MS, eller oppstå senere i sykdomsforløpet.

Hensikt: Hensikten med studien var å kartlegge forekomst og type symptomer på blæredysfunksjon hos personer som har hatt MS i lang tid, og å undersøke om deres funksjonsnivå hadde sammenheng med grad av blæredysfunksjon.

Metode: Et randomisert utvalg av en kohort på 175 personer med symptomdebut på MS mellom 1976 og 1986 ble invitert til å være med i studien, og

32 kvinner og 20 menn ble inkludert. Personenes funksjonsnivå ble registrert ved bruk av Expanded Disability Status Scale (EDSS). Symptomer på blæredysfunksjon ble registrert under samtale med uroterapeut, og ved selvrapporteringskjemaet International Prostate Symptom Score (IPSS). Objektive undersøkelser ble gjort ved hjelp av miksjonslister ført hjemme, og uroflowmetri- og resturinmålinger utført ved konsultasjon hos uroterapeut.

Resultat: Over halvparten av respondentene rapporterte symptomer på blæredysfunksjon. Det var stor grad

av sammenheng mellom hva personene rapporterte selv, og hva som ble funnet ved objektive undersøkelser. Grad av blæredysfunksjon økte i samsvar med personenes reduserte funksjonsnivå, men mange av de med et godt funksjonsnivå hadde også symptomer på blæredysfunksjon.

Konklusjon: Funnene i studien viser at det er grunn til å ha fokus på kartlegging av symptomer på blæredysfunksjon hos personer med MS, uavhengig av deres funksjonsnivå. Enkel utredning kan gi nyttig informasjon om forekomst av blæredysfunksjon hos denne pasientgruppen.

ENGLISH SUMMARY

Bladder dysfunction in people with multiple sclerosis

Background: Bladder dysfunction is frequent in multiple sclerosis (MS) sufferers, and may be present at onset, or occur later during the course of the disease.

Objectives: The objective of this study was to record the incidence and type of bladder dysfunction in people who have had MS for a long time, and investigate whether their disability level was related to a degree of urinary problems.

Method: A randomized sample from a group consisting of 175 persons with onset of symptoms between 1976 and

1986 was invited to participate in the study, and 32 women and 20 were ultimately included. The person's disability level was recorded using the Expanded Disability Status Scale (EDSS). Their symptoms regarding bladder dysfunction were recorded by conversations with the urotherapist, and by a self-reporting form, the International Prostate Symptom Score (IPSS). The objective measurements were conducted using frequency-volume-charts (FVC), and by uroflowmetri and post-void-residual (PVR) measurement, carried out through a consultation with the urotherapist.

Results: More than half of the respondents reported symptoms of bladder dysfunction. There was a high

degree of correspondence between self-reported symptoms and objective findings. The degree of bladder dysfunction increased relative to the person's reduced functioning, however, many of those that were well functioning also had symptoms.

Conclusion: The findings in this study underline the importance of evaluating bladder dysfunction in people with MS, regardless of the person's disability level. Simple measurements can provide useful information about bladder dysfunction in these patients.

Keywords: Neurology, urinary tract, bladder dysfunction, incontinence, multiple sclerosis, questionnaire.

>> Blæredysfunksjon hos personer med multippel sklerose

Forfattere: Jannicke Frugård, Berit Rokne, Anne Britt Rundhovde Skår, Monica W. Nortvedt

NØKKELORD

- Nevrologi
- Urinveier
- Inkontinens
- Kronisk sykdom
- Spørreskjema.

INTRODUKSJON

Multippel sklerose (MS), er en kronisk immunmediert sykdom i sentralnervesystemet som skader myelinet rundt nervetrådene slik at impulsledningen forstyrres. Sykdommen kan medføre forskjellige symptomer, som lammelser, syns- og sensibilitetsforstyrrelser, spasmer og tremor, fatigue, smerter, kognitiv svikt, samt blære-, tarm- og seksualproblemer (1). Det er stor forskningsaktivitet både nasjonalt og internasjonalt for å generere kunnskap om årsakssammenhenger til sykdommen, type og grad av symptomer, samt for å utvikle nye behandlingsmetoder for personer med MS. Likevel er det fortsatt et stort behov for kunnskap om hvordan vi best kan hjelpe personer med MS til å leve med sin kroniske sykdom og håndtere de ulike symptomene sykdommen medfører (2-4).

Blæredysfunksjon er hyppig ved MS. Studier viser at 75–80

prosent vil få problemer med blærefunksjonen i løpet av sykdomsforløpet (5). De vanligste symptomene, som i litteraturen beskrives som Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), er hyppig vannlating (pollakisuri), uimotståelig sterk vannlatingstrang (urgency), ulike typer lekkasje (inkontinens), svak stråle, dårlig tømming (retensjon) og residiverende urinveisinfeksjoner (6). Symptomene kan være til stede ved sykdomsdebut, eller oppstå senere i sykdomsforløpet (7) og de kan endres underveis. Menn og kvinner kan ha ulik type blæredysfunksjon på grunn av anatomiske forskjeller, noe som også kan gi ulike symptomer (8). Mange av de som har symptomer på blæredysfunksjon har en høy grad av funksjonssvikt. Studier viser imidlertid at 50 prosent av de pasientene som ikke kan karakteriseres å ha funksjonssvikt, har symptomer på blæredysfunksjon etter ti til 20 års sykdom og derav redusert livskvalitet (9, 10). Det er bred enighet internasjonalt om at det er viktig å kartlegge blæredysfunksjon hos personer med MS (8). Det er imidlertid mangel på standardisert utredning av dette i Norge, og derfor behov for kunnskap om hvordan dette kan gjøres i praksis.

Hensikten med denne studien var å kartlegge forekomst

og type blæredysfunksjon hos personer som har hatt MS i lang tid, med følgende problemstilling som utgangspunkt:

- Hvilke symptomer på blæredysfunksjon er de mest vanlige hos personer med MS?
- I hvilken grad er det samsvar mellom selvrapporterte symptomer registrert på spørreskjema

Hva tilfører denne artikkelen?

70–80 prosent av dem som lider av MS vil få problemer med blæredysfunksjon i løpet av sykdomsforløpet. Studien viser at problemene kan utredes på en enkel måte, som kan danne utgangspunkt for beslutninger om behandlingstiltak.

Mer om forfatterne:

Jannicke Frugård er sykepleier og uroterapeut med master i helsefag. Hun er ansatt ved Kirurgisk klinikk, urologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus. Berit Rokne er professor ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen og Haukeland universitetssykehus. Anne Britt Rundhovde Skår er spesialsykepleier med master i samfunnsarbeid. Hun er ansatt ved Nasjonalt kompetansesenter for MS og Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus. Monica W. Nortvedt er professor ved Høgskolen i Bergen, Avdeling for Helse- og sosialfag. Kontaktperson: jannicke.frugard@helsebergen.no

og i samtale med uroterapeut, og funn gjort ved objektive undersøkelser?

- Er det forskjell mellom menn og kvinner når det gjelder selvrapporterte symptomer registrert på spørreskjema og i samtale med uroterapeut, og funn gjort ved objektive undersøkelser?
- Er det sammenheng mellom funksjonsnivå, selvrapporterte symptomer og funn gjort ved objektive undersøkelser?

METODE

Utvalg

Alle personer med MS i Hordaland, med symptomdebut mellom 1976–1986, er med i en kohortstudie ved Nasjonalt kompetansesenter for MS, Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus. Pasientene er fulgt opp siden 1988 med regelmessig kartlegging av blant annet funksjonsnivå, livskvalitet og ulike symptomer som følge av MS. Kohorten besto i 2003 av 175 personer, med sykdomsvarighet på 20–30 år. Utvalget for denne delstudien, som hadde fokus på blærefunksjon, var et randomisert utvalg av denne kohorten. Av kapasitetshensyn ble cirka halvparten (n=85) randomisert til urologisk konsultasjon og fikk tilbud om strukturert kartlegging av blærefunksjon hos uroterapeut, mens resten, ved behov, skulle få samme tilbudet

kom i gruppen som fikk det aktuelle tilbudet (11). Inklusjonskriterier, i tillegg til å være en del av MS-kohorten, var at deltakerne kunne svare på spørreskjemaet, eventuelt med skrive teknisk hjelp, og være fysisk i stand til å komme til urologisk poliklinikk. Av de 85 personene som fikk tilbud om å delta, var det 55 personer som møtte til konsultasjon. Av dem som ikke møtte, hadde fem for dårlig funksjonsnivå, fire personer var flyttet, to var døde, og 19 personer ønsket ikke å delta. Tre av de 55 ble ekskludert fra analysen fordi de manglet samtykkeerklæring og data fra nevrologisk avdeling. Datainnsamling ble gjort i 2003 og 2004.

Metoder for datainnsamling

Det ble samlet data for å kartlegge symptomer og funn på blæredysfunksjon. I tillegg ble personenes funksjonsnivå registrert ved bruk av Kurtzkes Expanded Disability Status Scale (EDSS) (12), type MS, samt årstall for symptomdebut og diagnose.

1. Kartlegging av funksjonsnivå med Expanded Disability Status Scale – EDSS

EDSS baseres på nevrologisk undersøkelse hvor man skårer pasientens grad av funksjonsvikt som følge av MS (12). EDSS angis fra 0–10 der 0 er normal

EDSS sier ikke noe om personens opplevelse av sykdom.

2. Kartlegging av subjektive symptomer på blæredysfunksjon

a) International Prostate Symptom Score – IPSS: IPSS ble opprinnelig utviklet for å kartlegge subjektive symptomer på blæredysfunksjon hos menn med benign prostatahyperplasi (13). Imidlertid har det vist seg at I-PSS er godt egnet for å kartlegge LUTS både hos kvinner og menn (14). Det er et internasjonalt anerkjent spørreskjema, enkelt å fylle ut, og er mye brukt i studier som kartlegger forekomst av slike symptomer hos begge kjønn, også hos personer med MS (15, 16). Skjemaet er oversatt til norsk og godkjent ved konsensus i Norsk urologisk forening. Det er brukt i flere nasjonale studier (17). Skjemaet inneholder syv spørsmål relatert til lagrings-, tømmings- og posttømmings-symptomer: 1: følelse av dårlig blæretømming, 2: pollakisuri, 3: porsjonsvis vannlating, 4: urgency, 5: svak urinstråle, 6: trykke eller presse for å starte vannlating, 7: nocturi. Grad av symptomer kan angis med seks alternativer på en Likertskala fra 0–5, der aldri er 0 og nesten alltid er 5. Svarene regnes sammen til en sumskår 0–35, der skår mellom 0 og 7 regnes som ingen eller milde symptomer, 8–19 som moderate symptomer, og 20–35 som alvorlige symptomer (14). Skjemaet inneholder i tillegg et globalt spørsmål om hvordan livskvalitet (QOL) påvirkes av vannlatingssymptomene på en skala fra 0–6, der 0 er meget godt fornøyd, og 6 er har det forferdelig. I-PSS skjemaet inneholder ikke spørsmål om urinlekkasje og urinveisinfeksjon, noe som forekommer ofte hos personer med MS (6). Skjemaet ble derfor



Over halvparten av respondentene i denne studien rapporterte vannlatingssymptomer i større eller mindre grad.

senere. Randomisering ble gjort ved hjelp av et computerprogram som foretok «random assignment» ved at alle i kohorten tilfeldig fikk nummeret 0 eller 1 (50/50), og der de med nummer 1

funksjon og 10 er død på grunn av MS. Ved EDSS skår på < 4,0 har personen ubegrenset gangdistanse, mens han eller hun ved en skår på 6,0 er avhengig av hjelpemidler for å gå 100 meter.

supplert med et ja/nei spørsmål om urinlekkasje, og et spørsmål om urinveisinfeksjon med fire alternative svar på en skala fra nei til mer enn fem ganger i løpet av de siste seks måneder.

b) Miksjonsanamnese: Ved konsultasjon hos uroterapeut fikk pasientene med egne ord angitt hvilke vannlatingssymptomer de hadde. Denne anamnesen ble i studien nedtegnet i pasientens journal, og det ble gjort en retrospektiv gjennomgang av disse journalnotatene, der utsagn om hvorvidt de hadde symptomer på blæredysfunksjon generelt, ble klassifisert på en skala fra 0–2, der 0=ingen symptomer, 1=periodevis symptomer og 2= alltid symptomer. Spesifikke vannlatingssymptomer ble også klassifisert på en skala fra 0–2, der 0= ikke angitt å ha aktuelle symptomer, 1 = aktuelle symptomer i perioder og 2= aktuelle symptomer hele tiden. Retrospektiv gjennomgang av journalnotater var av interesse for å finne ut om IPSS kan brukes som et screeninginstrument for å finne symptomer på blæredysfunksjon, før pasienten eventuelt henvises til videre kartlegging.

3. Objektiv kartlegging av blæredysfunksjon

a) Miksjonslister: Pasientene fikk instruksjon i å føre miksjonslister hjemme i to døgn, med registrering av klokkeslett for hver vannlating både dag og natt, samt måle hvert volum. En slik registrering gir opplysninger om døgnvolum, gjennomsnittlig enkeltvolum, samt minste og største volum. Den gir i tillegg opplysninger om vannlatingssmønstre både på dagtid og om natten, og er et viktig instrument i utredning av LUTS (18).

b) Uroflowmetri /resturinmåling: Uroflowmetri (flow) gjøres ved at

pasienten later vannet på et spesielt toilet som måler mengde urin, kraften på urinstrålen, målt i ml per sekund, der maksimal kraft beskrives som Q-max, og gjennomsnittlig kraft som Q-ave. Tiden vannlating tar registreres også (i sekund) (19). Flow ble i studien gjort ved hjelp av URODYN 1000 (Dantec, Scovlunde, Danmark). For å vurdere hvor godt blæren var tømt, ble resturin målt ved ultralyd med Leopard 2001 (Brüel og Kjær Medical, Danmark).

Etiske aspekter

Studien er et samarbeidsprosjekt mellom nevrologisk- og urologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Skriftlig samtykke ble innhentet ved nevrologisk avdeling som ledd i den aktuelle studien de deltok i på dette tidspunktet.

Datainnsamling

Datainnsamling ved nevrologisk avdeling: IPSS-skjema ble sendt ut sammen med andre skjemaer respondentene skulle fylle ut i forbindelse med kohortstudien. Skjemaene ble sendt med påført løpenummer, og frankert returkonvolutt. Personene som ble randomisert til urologisk konsultasjon, fikk muntlig informasjon om hensikten med studien av MS-sykepleier og data om type MS, funksjonsnivå, samt årstall for symptomdebut og diagnose, ble registrert ved Nevrologisk avdeling.

Datainnsamling ved urologisk poliklinikk: Deltakerne fikk skriftlig informasjon om studien ved innkalling til konsultasjon, og ny muntlig gjennomgang ved første besøk. Konsultasjonen

besto av to besøk hos uroterapeut for kartlegging og iverksetting av eventuelle behandlingstiltak. Ved første besøk ble det gjort strukturert miksjonsanamnese. Etter cirka 14 dager kom pasienten tilbake til ny konsultasjon med utfylte miksjonslister. For dem som var i stand til det, ble det gjort flow to ganger med påfølgende måling av resturin.

Statistiske analyser

For analyse av data er det brukt SPSS (Statistical Package for Social Science), versjon 15 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA). Det er gjort en deskriptiv analyse av innsamlete data for utvalget. For dem som hadde to flowundersøkelser, ble den med størst miksjonsvolum og påfølgende resturinmåling brukt i analysen. For å teste forskjell i resultater for menn og kvinner er det, avhengig av dataenes målenivå, brukt t-test og kji-kvadrattest med signifikansnivå $p \leq 0,05$. En mulig samvariasjon mellom IPSS-skjema, funn i miksjonsanamnesen, og objektive undersøkelser, er testet ved hjelp av Pearsons korrelasjonskoeffisient r (tosidig). For å undersøke om funksjonsnivå målt ved EDSS påvirker sammenheng mellom sumskår i IPSS og livskvalitetsindeks, er det brukt lineær regresjonsanalyse med livskvalitetsindeks som avhengig variabel og EDSS og sumskår i IPSS som uavhengige variabler.

RESULTATER

Utvalget besto av 52 personer hvorav 20 menn og 32 kvinner med gjennomsnittsalder 52,1 år ($\pm 8,3$). For utfyllende oversikt over demografiske og kliniske variabler, se tabell 1.

Symptomer målt ved IPSS: Symptomene som forekom hyppigst var tømningssvanser, hyp-

pig vannlating, uimotståelig sterk vannlatingstrang, svak urinstråle og nocturi, se tabell 2.

Sammenheng mellom miksjonsanamnese og symptomer målt ved IPSS: På spørsmål i miksjonsanamnesen om vannlatingssymptomer generelt, anga 30 (57,7 prosent) av respondentene at de alltid hadde symptomer, mens 13 (25 prosent) anga å ha symptomer i perioder. Kvinnene var mer plaget av anstrengelseslekkasje enn menn ($p=0,01$), mens menn var mer plaget av svak stråle enn kvinnene ($p=0,02$). Spesifikke vannlatingssymptomer angitt ved strukturert miksjonsanamnese var mindre uttalte enn det de rapporterte på IPSS, men det var signifikant samsvar når det gjaldt pollakisuri, urgency og svak urinstråle. Det samme gjaldt tilleggsspørsmål vedrørende urinveisinfeksjon og urinlekkasje.

Sammenheng mellom symptomer og funn: Førtito personer hadde fylt ut miksjonslister i to døgn (tabell 3). Gjennomsnittlig minste enkeltvolum var mindre hos kvinner enn hos menn (henholdsvis 86 og 141 ml), ellers

var det ingen kjønnsforskjeller. Funn i miksjonslister samsvarte med hva respondentene anga som symptomer på IPSS om pollakisuri ($r=0,70$, $p < 0,01$) og nocturi ($r=0,33$, $p < 0,05$). Førtifire personer gjennomførte 1–2 uroflowmetrier med påfølgende resturinmåling (tabell 4). Q-max korrelerte negativt med I-PSS om svak stråle ($r = -0,47$, $p < 0,01$) (jo høyere IPSS skår, jo svakere stråle). Mennene hadde svakere stråle og lengre flowtid enn kvinnene. Gjennomsnittlig resturinmengde for kvinner var 76 ml, og for menn 106 ml. I-PSS-spørsmål om følelse av dårlig tømming, korrelerte signifikant med målt resturin ($r=0,36$, $p < 0,05$). Det ble ikke funnet tilsvarende sammenheng mellom det de hadde angitt i miksjonsanamnesen og objektive funn, se tabell 4.

Sammenheng mellom personenes funksjonsnivå, symptomer og livskvalitetsindeks (QOL) målt ved IPSS: Personene med redusert funksjonsnivå rapporterte høyere symptombelastning på IPSS og lavere livskvalitet. Redusert livskvalitet var mest relatert til

vannlatingssymptomer og i mindre grad påvirket av funksjonsnivå, se tabell 5.

DISKUSJON

Over halvparten av respondentene i denne studien rapporterte vannlatingssymptomer i større eller mindre grad. Det var varierende grad av samsvar mellom symptomer angitt på I-PSS skjema og det de anga i miksjonsanamnesen, mens det var signifikant sammenheng mellom symptomer registrert på IPSS, funn i miksjonslister og flow-/resturinmålinger når det gjaldt pollakisuri, nocturi, svak urinstråle og følelse av dårlig tømming. Personenes grad av symptomer på blæredysfunksjon økte med redusert funksjonsnivå, men også de med et godt funksjonsnivå hadde symptomer. Funksjonsnivå hadde mindre innvirkning på livskvalitetsindeks (QOL) i IPSS enn vannlatingssymptomer.

Samsvar mellom IPSS og miksjonsanamnese: Varierende grad av samsvar mellom symptomskår registrert på IPSS og det respondentene anga som plagsomme symptomer i miksjonsanamnesen, kan ha ulike forklaringer. IPSS-skjemaet ble fylt ut hjemme som et av flere spørreskjema i studien de deltok i. Det er mulig at det er lettere å uttrykke sine symptomer når de er konkretisert enkeltvis på et skjema. Ved miksjonsanamnese, ber man pasienten om å fortelle med egne ord hva som er de mest plagsomme vannlatingssymptomene, noe som kan føre til at han eller hun ikke nevner symptomer som ikke er spesielt plagsomme. I denne studien var det gjort retrospektiv gjennomgang av uroterapeutens notat i journalen. Studier har vist at det som nedtegnes i journalen kan være mangelfullt,

TABELL 1: Beskrivelse av utvalget, demografiske og kliniske variabler.

	Hele utvalget	Menn	Kvinner
Kjønn n (%)	52 (100)	20 (38,5)	32 (61,5)
Alder, gjennomsnitt (±SD)	52,1 (8,3)	52,8 (8,4)	51,8 (8,4)
Antall år siden symptomdebut, gjennomsnitt (±SD)	22 (3,1)	21 (2,8)	22 (3,2)
Type MS n (%):			
-Relapsing remittent –RR	38 (73,1)	12 (60,0)	26 (81,3)
-Primær progressiv – PP	6 (11,5)	3 (15,0)	3 (9,4)
-Sekundær progressive – SP	8 (15,4)	5 (25,0)	3 (9,4)
Antall år siden diagnose, gjennomsnitt (±SD)	16 (5,2)	17 (4,1)	15 (5,8)
Funksjonsnivå, målt ved EDSS, gjennomsnitt (±SD) range 1-8	4,2 (2,0)	4,8 (2,2)	3,9 (1,8)

TABELL 2: Vannlatingsproblemer hos menn og kvinner registrert ved I-PSS og tilleggsspørsmål om urinlekkasje og urinveisinfeksjoner.

	Aldri n (%)	Mindre enn halvparten av gangene n (%)	Mer enn halvparten av gangene (n (%))	P-verdi
Følelse av dårlig blæretømming n=50				
-menn	3 (15,8)	8 (42,1)	8 (42,1)	0,780
-kvinner	6 (19,4)	13 (41,9)	12 (38,7)	
Mindre enn to timer mellom hver vannlating n=49				
-menn	3 (16,7)	7 (38,9)	8 (44,4)	0,267
-kvinner	0 (0)	16 (51,6)	15 (48,4)	
Porsjonsvis vannlating n=50				
-menn	5 (26,3)	5 (26,3)	9 (47,4)	0,158
-kvinner	12 (38,7)	13 (41,9)	6 (19,4)	
Urgency n=50				
-menn	3 (15,8)	7 (36,8)	9 (47,4)	0,810
-kvinner	4 (12,9)	17 (54,8)	10 (32,3)	
Svak urinstråle n=49				
-menn	1 (5,6)	5 (27,8)	12 (66,7)	0,013
-kvinner	8 (25,8)	16 (51,6)	7 (22,6)	
Må trykke eller presse for å starte vannlating n=49				
-menn	4 (22,2)	7 (38,9)	7 (38,9)	0,249
-kvinner	12 (38,7)	11 (35,5)	8 (25,8)	
Nocturi n=47				
	Aldri	1–2 ganger	3 ganger eller mer	
-menn	4 (23,5)	10 (58,8)	3 (17,6)	0,837
-kvinner	10 (33,3)	13 (43,3)	7 (23,3)	
Total I-PSS score n=48				
	Ingen eller milde symptomer	Moderate symptomer	Alvorlige symptomer	
	(0-7)	(8-19)	(20-35)	
-menn	3 (16,7)	7 (38,9)	8 (44,4)	0,378
-kvinner	9 (30,0)	17 (56,7)	4 (13,3)	
Global livskvalitetsindeks (QoL) n=51				
	Fornøyd	Blandede følelser	Misfornøyd	
-menn	10 (50,0)	3 (15,0)	7 (35,0)	0,079
-kvinner	23 (74,2)	5 (16,1)	3 (9,7)	
Inkontinens i løpet av de siste 6 mnd n=50				
	Nei n (%)	Ja n (%)		
-menn	10 (52,6)	9 (47,4)		0,095
-kvinner	9 (29,0)	22 (71,0)		
UVI i løpet av de siste 6 mnd n=50				
	Nei	1-2 ganger	3 ganger eller mer	
menn	13 (65,0)	6 (30,0)	1 (5,0)	0,652
-kvinner	15 (50,0)	10 (33,3)	5 (16,6)	

og ikke alltid samsvarer med det som blir sagt om pasientens tilstand i intervju med sykepleier eller pasient (20, 21). En annen

mulig årsak er at noen synes det er vanskelig å snakke om denne type plager, noe som tidligere er vist i en studie av en gruppe

kvinner med MS og urinlekkasje (22). Det kan også være at når de er kommet til en spesialavdeling, føler de seg trygge på at sympto-

mene blir tatt på alvor, og dermed ikke trenger å spesifiseres. Personer med MS har mange ulike plager å håndtere i hverdagen (1), noe som kanskje fører til at de blir selektive i hvilke symptomer de framhever i møtet med helsepersonell. I studier som er gjort for å finne ut hvordan personer med MS mestrer sin sykdom, har det vist seg at mange er passive i forhold til symptomer sykdommen medfører, da de kanskje ikke har kunnskap om hvilke muligheter som finnes for å gjøre noe med disse (3, 23). Dette underbygges av at vannlatingssymptomer, som i litteraturen er angitt som de mest plagsomme, nemlig pollakisuri, urgency, infeksjon og lekkasje (24), viste signifikant korrelasjon mellom IPSS-skjema og det

som var angitt i miksjonsanamnesen. Det at kvinner rapporterte mer anstrengelseslekkasje enn menn, kan forklares med at kvinner, uavhengig av sin MS, kan ha svekket bekkenbunn. Det er anbefalt at man er oppmerksom på dette ved utredning og behandling av vannlatingssplager hos kvinner med MS (8), da det har betydning for valg av behandling hos den enkelte.

Miksjonslister, flow-/resturinmålinger, og sammenheng med symptomer: De som fylte ut miksjonslister og gjennomførte flowundersøkelser hadde bedre funksjonsnivå enn de som ikke gjorde dette. Funn i miksjonslistene er sammenfallende med studier gjort i normalpopulasjon på menn og kvinner når det gjelder gjennomsnittsverdier (25). Imid-

lertid viser resultatene i denne studien en større spredning i verdiene både når det gjelder største og minste enkeltvolum, døgnavolum og miksjonsfrekvens per dag, enn det som er rapportert i normalpopulasjonen (ibid.). Dette kan ha sammenheng med variasjon av symptomer, ved at noen var plaget med pollakisuri og urgency, mens andre hadde nedsatt sensibilitet for blærefylling, og dermed høyere enkeltvolum og lavere miksjonsfrekvens. Det samme viste seg ved spredning i miksjonsvolum ved flow. En del av respondentene hadde store enkeltvolum både i miksjonslister og ved flow. Normalvariasjon i blærevolum er 250–500 ml, der man som regel anbefaler at blæren tømmes ved 400 ml (26). Ved store blærevolum over lengre tid, kan blæremuskulaturen bli overstrukket, noe som kan gi dårligere kontraksjon under tømming, og derved økt fare for resturin, urinveisinfeksjon og lekkasje. Dette framheves også i litteratur som omhandler blæredysfunksjon hos personer med MS (27). I en studie fra 1980, utført på personer innlagt i sykehus med resturin og urinveisinfeksjoner som følge av MS, ble det gjort intervensjon med blæretrening med faste toalettider, og resturinmåling etter vannlating. Intervensjonen viste god effekt mens de var innlagt, men avtok en tid etter utreise, der de ikke hadde noen oppfølging (28). I en studie gjort på menn med LUTS, i form av pollakisuri, urgency og nocturi, ble miksjonslister brukt som utgangspunkt for miksjonsrådgivning. Dette hadde positiv effekt på vannlatingmønsteret og reduserte plagene (29). Sammenliknet med resultater av flow- og resturinmålinger gjort på normalpopulasjon (30), hadde både menn og

TABELL 3: Registrering av vannlating ved hjelp av miksjonslister utført hjemme i to døgn (N=42, 13 menn og 29 kvinner).

	Gjennomsnitt	Range	SD	P verdi
Gjennomsnittlig enkeltvolum (ml)				
-menn	259	56-666	142	
-kvinner	231	100-500	96	0,451
Minste enkeltvolum (ml)				
-menn	141	30-300	69	
-kvinner	86	20-250	55	<0,01
Største enkeltvolum (ml)				
-menn	434	130-1300	288	
-kvinner	482	200-1000	200	0,534
Døgnavolum (ml)				
-menn	1609	448-3000	684	
-kvinner	1960	656-3853	843	0,196
Gjennomsnittlig frekvens dag (n)				
-menn	6,5	3,6-13,4	2,4	
-kvinner	7,8	4,0-13,0	2,6	0,570
Gjennomsnittlig frekvens natt (n)				
-menn	0,7	0-2,4	0,8	
-kvinner	0,6	0-1,5	0,5	0,803

TABELL 4: Uroflowmetri (flow) og resturinmålinger, der flow med størst miksjonsvolum og påfølgende resturinmåling er brukt i analysen (N=44, 14 menn og 30 kvinner).

	Gjennomsnitt	Range	SD	P-verdi
Q-max ved flow (ml/s)				
-menn	12,2	6,3-25,7	5,4	
-kvinner	27,6	8,5-58,9	12,3	<0,001
Q-ave ved flow (ml/s)				
-menn	5,1	1,4-10,2	2,7	
-kvinner	14,1	3,5-37	8,0	<0,001
Flowtid (sek)				
-menn	91	39-318	78	
-kvinner *	40	15-128	27	0,003
Miksjonsvolum flow (ml/s)				
-menn	307	107-657	154	
-kvinner	398	170-867	179	0,110
Resturin etter flow (ml)				
-menn	106	41-211	51	
-kvinner	74	0-356	76	0,162

*n=28

kvinner i denne studien svakere stråle og mer resturin. Mennene hadde svakere urinstråle enn kvinnene, noe som kan tyde på at de i tillegg til vannlatingssymptomer relatert til MS, også hadde obstruktive symptomer som følge av forstørret prostata. Dette er viktig å være oppmerksom på når det gjelder valg av behandling (8). Høy grad av samsvar mellom IPSS og objektive funn når det gjaldt miksjonsfrekvens dag, nocturi, følelse av dårlig tømming og svak stråle, samsvarer med funn i en nylig publisert artikkel fra Australia, som

anbefaler IPSS som et screening-instrument i utredning av LUTS hos personer med MS (31).

Sammenheng mellom personenes funksjonsnivå og symptomer på blæredysfunksjon: Det er kjent at forekomst av blæredysfunksjon øker i samsvar med redusert funksjonsnivå, noe som også viste seg i denne studien. Det er likevel viktig å merke seg at de med et godt funksjonsnivå (EDSS skår < 4,0) også hadde symptomer på blæredysfunksjon, noe som tilsvarer funn rapportert i tidligere artikler (10, 32). Regresjonsanalyse viste

TABELL 5: Regresjonsanalyse med EDSS, I-PSS sumskår og livskvalitetsindex (QOL). QOL er avhengig variabel.

R ² =0,479	Betakoeffisient	P-verdi
EDSS- skår	-0,043	0,734
I-PSS-sumskår	0,712	<0,001

at svaret de anga på spørsmålet om livskvalitet på IPSS i størst grad var knyttet til LUTS, og ikke til funksjonsnivå generelt. Dette indikerer at kartlegging av symptomer på blæredysfunksjon bør være uavhengig av personens funksjonsnivå.

Styrker og begrensninger

Denne studien var gjennomført hos et randomisert utvalg av en kohort, noe som gjør det mulig å generalisere funn til tilsvarende populasjon. Imidlertid var ikke alle respondentene med dårlig funksjonsnivå i stand til å svare på spørreskjema, fylle ut miksjonslister, eller gjennomføre flow- og resturinmålinger, noe som reduserer denne muligheten. Studien har gjort bruk av subjektive data med selvrapporing ved hjelp av et enkelt anerkjent spørreskjema, og objektive data ved bruk av miksjonslister og flow- og resturinmålinger. Ved å bruke et anerkjent spørreskjema som benyttes over hele verden, også i Norge, kan en lettere sammenlikne resultater med både nasjonal og internasjonal forskning. Retrospektiv gjennomgang av pasientjournal for å registrere miksjonsanamnese, kan være en usikker kilde til informasjon (21).

KONKLUSJON

Målet med utredning og behandling av vannlatingsproblemer hos personer med MS, er å bevare en normal nyrefunksjon ved å forebygge og behandle plagsomme symptomer som gir redusert livskvalitet (27). Funnene i denne studien viser at det er grunn til å ha fokus på kartlegging av blæredysfunksjon hos personer med MS, uavhengig av funksjonsnivå, og at enkel utredning kan gi nyttig informasjon om forekomst av blæredysfunksjon hos denne

pasientgruppen. Spørreskjema, miksjonlister og resturinmålinger er enkle undersøkelser som kan iverksettes av helsepersonell, også utenfor spesialisthelsetjenesten. De kan danne beslutningsgrunnlag for hvorvidt henvisning til spesialist i urologi er nødvendig, eller om enkle

behandlingstiltak kan initieres lokalt. Som måleinstrumenter for å vurdere effekt av eventuell behandling vil de også være nyttige.

Takk til leger og sykepleiere ved Nasjonalt kompetansesenter for MS, neurologisk avdeling, Hau-

keland universitetssykehus, som har bidratt til at studien lot seg gjennomføre, og til min gode kollega sykepleier og uroterapeut, master i helsefag, og PhD student Jannicke Mohn ved urologisk poliklinikk, Haukeland universitetssykehus for hjelp ved innsamling av data.

REFERANSER

1. Crayton HJ, Rossman H.S. Managing the symptoms of multiple sclerosis: a multimodal approach. *Clin Ther*, 2006;28:445-60.
2. Metz LM, Patten SB, McGowan D. Symptomatic therapies of multiple sclerosis. *Biomed Pharmacother*, 1999;53:371-9.
3. Goretti B, Portaccio E, Zipoli V, Hakiki B, Siracusa G, Sorbi S, Amato MP. Coping strategies, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurol Sci*, 2009; 30:15-20.
4. Lode K, Larsen JP, Bru E, Klevan G, Myhr KM, Nyland H. Patient information and coping styles in multiple sclerosis. *Mult Scler*, 2007; 13:792-9.
5. Woodward S. Current management of neurogenic bladder in patients with MS. *Br J Nurs*, 2004;13:362-70.
6. DasGupta R, Fowler CJ. Sexual and urological dysfunction in multiple sclerosis: better understanding and improved therapies. *Curr Opin Neurol*, 2002; 15:271-8.
7. Giannantoni A, Scivoletto G, Di Stasi SM, Grasso MG, Finazzi Agró E, Collura G, Vespasiani G. Lower urinary tract dysfunction and disability status in patients with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 1999;80:437-41.
8. Fowler CJ, Panicker JN, Drake M, Harris C, Harrison SC, Kirby M, Lucas M, Macleod N, Mangnall J, North A, Porter B, Reid S, Russel N, Watkiss K, Welles M. A UK consensus on the management of the bladder in multiple sclerosis. *Postgrad Med J*, 2009; 85:552-9.
9. Nortvedt MW, Riise T, Myhr KM, Landt-blom AM, Bakke A, Nyland H. Reduced quality of life among multiple sclerosis patients with sexual disturbance and bladder dysfunction. *Mult Scler*, 2001;7:231-5.
10. Nortvedt MW, Riise T, Frugård J, Mohn J, Bakke A, Skår AB, Nyland H, Glad SB, Myhr KM. Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis. *Mult Scler*, 2007;13:106-12.
11. Polit DFD, Beck CTC. *Nursing research*. 2004.
12. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 1983;33:1444-52.
13. Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust WK, Cockett AT. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. *J Urol*, 1992;148:1549-57.
14. Lepor H, Machi G. Comparison of AUA symptom index in unselected males and females between fifty-five and seventy-nine years of age. *Urology*, 1993;42:36-40.
15. Ku JH, Oh SJ. Comparison of voiding parameters in men and women with lower urinary tract symptoms. *Neurourol Urodyn*, 2006;25:13-8.
16. Kim YH, Goodman C, Omessi E, Rivera V, Kattan MV, Boone TB. The correlation of urodynamic findings with cranial magnetic resonance imaging findings in multiple sclerosis. *J Urol*, 1998;159:972-6.
17. Badia X, Garcia-Losa M, Dal-Re R. Ten-language translation and harmonization of the International Prostate Symptom Score: developing a methodology for multinational clinical trials. *Eur Urol*, 1997;31:129-40.
18. Abrams P, Klevmark B. Frequency volume charts: an indispensable part of lower urinary tract assessment. *Scand J Urol Nephrol Suppl*, 1996;179:47-53.
19. Haylen BT, Ashby D, Sutherst JR, Frazer MI, West CR. Maximum and average urine flow rates in normal male and female populations—the Liverpool nomograms. *Br J Urol*, 1989;64:30-8.
20. Ehrenberg A, Ehnfors M. The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scand J Caring Sci*, 2001;15:303-10.
21. Steindal SA, Sørbye LW, Bredal IS, Lerdal A. Agreement in documentation of symptoms, clinical signs, and treatment at the end of life: a comparison of data retrieved from nurse interviews and electronic patient records using the Resident Assessment Instrument for Palliative Care. *J Clin Nurs*, 2012;21:1416-24.
22. Koch T, Kelly S. Identifying strategies for managing urinary incontinence with women who have multiple sclerosis. *J Clin Nurs*, 1999;8:550-9.
23. Lode K, Bru E, Klevan G, Myhr KM, Nyland H, Larsen JP. Coping with multiple sclerosis: a 5-year follow-up study. *Acta Neurol Scand*, 2010;122:336-42.
24. Del Popolo G, Panariello G, Del Corso F, De Scisciolo G, Lombardi G. Diagnosis and therapy for neurogenic bladder dysfunctions in multiple sclerosis patients. *Neurol Sci*, 2008;29:S352-5.
25. van Haarst EP, Heldeweg EA, Newling DW, Schlatman TJ. The 24-h frequency-volume chart in adults reporting no voiding complaints: defining reference values and analysing variables. *BJU Int*, 2004;93:1257-61.
26. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*, 2010;29:213-40.
27. Stöhrer M, Blok B, castro-Diaz D, Chartier-Kastler E, Del Popolo G, Kramer G, Pannek J, Radziszewski P, Wyndaele JJ. EAU guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction. *Eur Urol*, 2009;56:81-8.
28. Christ KF, Kornhuber HH. Treatment of neurogenic bladder dysfunction in multiple sclerosis by ultrasound-controlled bladder training. *Arch Psychiatr Nervenkr*, 1980;228:191-5.
29. Yap TL, Brown C, Cromwell DA, van der meulen J, Emberton M. The impact of self-management of lower urinary tract symptoms on frequency-volume chart measures. *BJU Int*, 2009;104:1104-8.
30. Wyndaele JJ. Normality in urodynamics studied in healthy adults. *J Urol*, 1999; 161:899-902.
31. Khan F, Pallant JF, Shea TL, Whishaw M. Multiple sclerosis: prevalence and factors impacting bladder and bowel function in an Australian community cohort. *Disabil Rehabil*, 2009;31:1567-76.
32. Bemelmans BL, Hommes OR, Van Kerrebroeck PE, Lemmens WA, Doesburg WH, Debruyne FM. Evidence for early lower urinary tract dysfunction in clinically silent multiple sclerosis. *J Urol*, 1991;145:1219-24.

Kartlegging kan bedre MS-pasienters livskvalitet

> Kartlegging og oppfølging av symptomer på blæredysfunksjon hos MS-pasienter er viktige sykepleieoppgaver.



Av Heidi Lunde Andersen

MS-sykepleier ved Nevropoliklinikken, St. Olavs Hospital.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen til Frugård og medforfattere viser hvor viktig det er å kartlegge forekomst og symptomer på blæredysfunksjon hos personer med multipel sklerose (MS). MS er en betennelsestilstand som rammer sentralnervesystemet. Det isolerende laget rundt nervene ødelegges og etterlater arvev kalt sklerose. Disse skadede områdene gjør nerveimpulsene tregere. Slike skader forårsaker feilmelding og det kan oppstå funksjonssvikt. Konsekvensene av betennessskade på nervene kan være store for en person med denne sykdommen. Blæredysfunksjon er en følge av slik skade på nervebanen.

Vannlatingsforstyrrelser i hverdagen kan skape store utfordringer for den enkelte. Disse kan oppstå i form av urgency, lekkasjer, hyppige wc-besøk, nattlig uro på grunn av vannlatingsbehov, gjentatte urinveisinfeksjoner og behov for antibiotikakurer, for

å nevne noe. Dette opplever de fleste som svært begrensende. Arbeid, fritid og sosiale aktiviteter samt intimiteten i forhold kan bli berørt av dette. Mange innretter sine aktiviteter etter sitt vannlatingsmønster og får dermed redusert livskvalitet. De slutter å gå på besøk og være med på tilstelninger som kino, fotballkamper eller lengre turer. Kartlegging, informasjon, veiledning og forebygging av infeksjoner er viktige sykepleieroppgaver som er med på å fange opp eventuelle avvik i vannlatingsmønsteret.

Blæredysfunksjon har ikke nødvendigvis sammenheng med grad av funksjonsnivå. Gruppen i denne studien har hatt sykdommen i 20–30 år. MS rammer flest kvinner, dette gjenspeiles også her. Ikke overraskende plages mange med en nevrogen blære etter mange års sykdom. Studien er et godt redskap til videreformidling av

kunnskap.

Erfaringsmessig ser vi i praksis at graden av blæredysfunksjon øker med graden av redusert funksjonsnivå, noe som er i samsvar med Frugårds manuskript. I studien nevnes følgende: «Det var stor grad av sammenheng mellom hva personene rapporterte selv og hva som ble funnet objektivt». I praksis opplever jeg dette i mindre grad. Pasienten selv har ofte en følelse av god blæretømming, men objektive funn kan si noe helt annet og vedkommende kan ha stor resturin. Sykepleiers oppgave er å hjelpe pasienten til å ta kontroll over sin hverdag. Veiledning kan bedre forståelse og aksept for de tiltak som må gjøres og slik fremme livskvalitet.

Les artikkelen på side 168





SAMTALER OM LIVET ETTER KREFTEN

› Kvinner som har hatt underlivskreft har behov for oppfølging av helsepersonell.

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Bjørn Erik Larsen og Erik M. Sundt

På Kvinneklinikken ved Haukeland universitetssykehus driver Ingerd Buestad og Bergljot Nestås undervisnings- og veiledningsgrupper for kvinner som er ferdigbehandlet for underlivskreft.

Gruppene ble startet som følge av Ragnhild Johanne Tveit Sekses doktoravhandling fra 2011. Sekse intervjuet 32 kvinner mellom 39 og 66 år som var operert for underlivskreft.

– Sekse fant at kvinnene antakelig ville takle de kroppslige endringene behandlingen medfører bedre, hvis de fikk oppfølgings-tilbud i form av undervisning og veiledning, forteller Nestås.

– Hun identifiserte en rekke temaer i sin studie som kvinnene hadde behov for å snakke om, disse temaene har vi vektlagt i våre oppfølgingsgrupper.

UTFYLLER HVERANDRE

Buestad er avdelingssykepleier med veiledningskompetanse og

Nestås kreftsykepleier ved Seksjon for gynekologisk kreft.

– Vi utfyller hverandre både personlig og faglig når vi leder disse gruppene, mener Buestad.

– I begynnelsen syntes jeg det var utfordrende med lange perioder med stillhet. Men Bergljot visste at periodene med stillhet ikke ville vare så lenge. Hvis vi bare er tålmodige, så er det til slutt en som tar ordet. Da blir det kvinnene selv som styrer samtalen.

Bege er enige om at det er viktig at man ikke øyeblikkelig løper etter for å trøste hvis en av kvinnene reiser seg og går ut.

– Av og til kan det bli litt mye, og da trenger de ofte litt tid for seg selv, forklarer Nestås.

– Man kan heller gå ut etter en liten stund å høre hvordan de har det.

ETTERVIRKNINGER

Undervisnings- og veiledningsgruppene varte i to og en halv time en gang i uken i sju uker. Seks til åtte kvinner deltok i hver gruppe. Opplegget besto av en halv time med undervisning etter-

fulgt av veiledning. Parallelt ble det arrangert en treningsgruppe og en kontrollgruppe for å sammenlikne effekten av de forskjellige tiltakene.

– Vi fikk inn spesialister til å snakke om de temaene kvinnene i Sekses undersøkelse hadde framhevet som viktige, for eksempel seksualitet og samliv, forteller Buestad.

Veiledningstimen ble ledet av Buestad og Nestås og ble brukt til å snakke om det kvinnene til enhver tid tok opp.

– Målet med veiledningen er å øke kvinnenes mestringskompetanse, forteller Buestad.

– Selv om kvinnene er friskmeldte kan de slite med fysiske og psykiske ettervirkninger. De må for eksempel lære å ikke forbinde all smerte med kreft. Mange av kvinnene lever i konstant frykt for tilbakefall og tolker all smerte i verste mening.

HELSEFREMMEDE

– Vårt fokus er helsefremmende. Vi jobber etter salutogeneseprinsippet, det vil si at vi vektlegger



> **Trenger kunnskap:** Bergliot Nestås (t.v.) og Ingjerd Buestad erfarer at kvinner som er ferdigbehandlet for underlivskreft trenger informasjon og veiledning. Foto: Bjørn Erik Larsen.

det kvinnene faktisk mestrer, sier Buestad.

– Hvis en kvinne forteller at hun ikke har turt å gå ut på flere dager med unntak av en liten tur i butikken, spør vi: Hva var det som gjorde at du greide å gå i butikken? Vi unngår altså bevisst å fokusere på det at kvinnen har sittet inne i dagevis, men konsentrerer oss om da hun mestret situasjonen.

Foredragsholderne som kommer utenfra blir briefet i det samme perspektivet.

– Vi vil at også den undervisningen som blir gitt av eksterne foredragsholdere skal ha et positivt fokus. Samværet med kvinnene fra de kommer inn av døren til de går ut igjen, skal være helsefremmende, understreker Buestad.

POSITIV RESPONS

De to veilederne forteller at responsen fra kvinnene har vært utelukkende positiv. Ingen av kvinnene har for eksempel dropet ut. Noen har vært skeptiske i utgangspunktet, men endret holdning underveis.

– Jeg husker spesielt godt en kvinne, forteller Buestad.

– Hun satt med mobilen i hånden og skjulte ansiktet sitt. Et par ganger reiste hun seg og gikk gråtende ut. Men etter hvert begynte hun å trives. Jeg glemmer ikke hvordan hun satt der på slutten, som en dronning.

Veiledningsgruppene fikk så gode tilbakemeldinger i kvinnenes evalueringer at vi nå planlegger et nytt forskningsprosjekt ledet av Sekse. I dette prosjektet skal kvinnene følges opp med individuelle samtaler.

VAR SKEPTISK

En av de som har deltatt i samtalegruppe er Ina Elisabeth Fikse. Hun opplevde at det hjalp henne med å bearbeide det hun hadde vært igjennom.

– Jeg var egentlig skeptisk i utgangspunktet, forteller Fikse.

– Jeg var redd det skulle bli mye fokus på sykdom og plager, og tvilte på at det ville egne seg for meg.

Men det at hun selv er utdannet coach gjorde henne nysgjerrig

på opplegget og fikk henne til å forsøke.

– Veilederne var veldig flinke til å balansere innholdet, sier hun.

– De anerkjente det vi opplevde som vanskelig, men hjalp oss samtidig til å bli bevisste på vår egen mestringsevne.

REAGERER ULIKT

Fikse opplevde også at det å snakke med noen som hadde vært igjennom det samme som positivt.

– Det var fint å høre på andres erfaringer. Folk reagerer jo veldig forskjellig, men totalt sett opplevde jeg at det å høre på andre bidro til å alminneliggjøre og avdramatisere min egen situasjon, sier hun.

– Jeg husker da en kirurg gjennomgikk med bilder og ord hva som ble gjort under de operative inngrepene. Akkurat det ble litt mye for meg, selv om det var relevant. Men jeg opplevde foredraget om seksualitet som særlig aktuelt. Dette er et tema som opptar alle, men som ikke alltid er så lett å snakke om.

FØLGER OPP HJERTESYKE

› Tove Aminda Hanssen ville vite hvordan det gikk med hjertepasienter etter at de kom hjem fra sykehuset.

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Ingun A. Mæhlum

– Jeg har alltid likt skolegang og studier, så da jeg var ferdig med sykepleien tok jeg Ex.phil. og kurs i samfunnsvitenskapelig metode ved siden av full jobb, forteller Tove Aminda Hanssen.

Etter tjue år i et spennende fagmiljø i Bergen, er Hanssen i dag tilbake i hjembyen Tromsø som fag- og forskningssykepleier og postdoktorstipendiat på Hjerte- og lungeavdelingen ved Universitetssykehuset. I tillegg har hun 20 prosents stilling som første-amanuensis ved Institutt for helse og omsorgsfag på Universitetet.

NYTER NATUREN

Her gleder hun seg over at våren «kommer nedenfra» ved at hestehoven tvinger seg fram gjennom snø og is.

– Jeg nyter naturen og planlegger arbeidet mitt mens jeg sykler eller går på ski til jobb, forteller Hanssen.

Men forskerkarrieren begynte for alvor i Bergen for cirka tjue år siden.

– Jeg trivdes godt med å jobbe på intensivavdelingen på Haukeland sykehus og hadde planer om å ta videreutdanning i intensivsykepleie for deretter å jobbe som lærer på spesialutdanningen, forteller Hanssen.

I stedet falt valget på sykepleievitenskap. Ulla Qvörnström, Norges første professor i sykepleievitenskap, ble et viktig forbilde.

– Hun var veldig inspirerende. For henne var det ikke et spørsmål om hvorvidt vi skulle ta hovedfag, men når vi skulle ta det.

VALGTE HJERTER

Da Hanssen skulle skrive hovedfagsoppgaven sin falt valget på livskvalitet hos pasienter som hadde hatt hjerteinfarkt, etter at de var kommet hjem fra sykehus.

– Jeg hadde jobbet ved intensivavdeling i flere år og lurte på hvordan det gikk med pasientene etter at de blir friske og skrevet ut.

Spørreskjemaer ble sendt ut til pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt i samarbeid med hjerteposten på Haukeland. 102 pasienter deltok i studien.

– Jeg spurte om stressmest-

Tove Aminda Hanssen

f. 1965

Utdanning: Forsknings- og fagsykepleier/postdoktorstipendiat, Phd.

Arbeidssted: Hjerte- og lungeklinikken, Universitets-sykehuset Nord-Norge HF, Tromsø

ring, sykdomsplager og livskvalitet. De fleste hadde det på mange måter bra. Men de skilte seg fra folk flest ved at de følte de måtte begrense seg i mange sammenhenger på grunn av fysiske eller emosjonelle helseproblemer, forteller Hanssen.

SAVNET INFORMASJON

I sin doktorgrad gikk hun videre med tematikken.

– Jeg så på ulike tiltak som var prøvd ut på hjertepasienter rett etter utskrivning og fant at mange pasienter savnet informasjon. I tillegg visste jeg at en del som har hatt hjerteinfarkt legges inn igjen på sykehus med brystsmarter som viser seg å være psykisk relaterte, sier hun.

– Målet var å bidra til bedre informasjon, undervisning og støtte for pasienter som hadde hatt hjerteinfarkt, i tiden rett etter utskrivning.

For å utvikle et relevant tiltak sammenliknet Hanssen med internasjonal forskning på området og gikk i gang med fokusgruppeintervjuer.

– Jeg ønsket å finne ut hva pasientene selv hadde behov for, sier hun.



” Man må kunne jobbe mot mål som er svært langt fram i tid.

Samtlige av pasientene som ble intervjuet kunne tenke seg å bli oppringt etter hjemkomst fra sykehus av en fagperson som visste hva de hadde gjennomgått.

TELEFONOPPFØLGING

– Vi endte derfor opp med å tilby telefonoppfølging, forteller Hanssen. Sykepleier ringte pasientene som deltok en gang i uken i fire uker, deretter etter seks, åtte og 12 uker samt en gang etter seks måneder.

I tillegg hadde pasientene tilbud om å ringe opp sykehuset til et fast tidspunkt to ganger i uken.

Telefonoppfølgingen besto i hovedsak av å svare på spørsmål fra pasientene.

– Mange er redde for å stille dumme spørsmål, så vi ga støtte og fortalte dem at de fleste lurte på det samme. Ofte er de redde for å bekymre sine pårørende, så det å ha mulighet til å ventilere overfor en fagperson er viktig for mange, sier hun.

EFFEKT

Tiltaket viste seg å ha effekt på pasientenes helserelaterte livskvalitet etter seks måneder.

20 prosent flere av deltakerne som fikk telefonoppfølging greide å slutte å røyke, sammenliknet med kontrollgruppen. I tillegg mosjonerte de mer.

Men tiltaket hadde ingen langvarig effekt.

– Det viste seg at de som ikke hadde fått telefonoppfølging hadde det like bra etter 12–18 måneder. Begge gruppene hadde det som folk flest på dette tidspunktet, sier Hanssen.

– Dette overrasket oss først, men vi fant forklaringen. Med den nye behandlingen av hjerteinfarkt unngår man store skader på hjertemuskel, noe som har redusert dødeligheten betraktelig blant disse pasientene, forteller hun.

– Dette er pasientene klar over, og derfor er de heller ikke så engstelig som de var før.

REHABILITERING

Men forskningen har likevel gitt resultater. Haukeland sykehus tilbyr nå en ukes rehabilitering for pasienter som har hatt hjerteinfarkt. Tilbudet er blant annet en konsekvens av Hanssens doktorgradsstudie.

I postdoktorprosjektet sitt

forsker hun videre på pasientrapporterte utfallsmål og sammenhengen mellom tilfredshet og informasjon.

– Jeg undersøker hvordan pasienter med koronarsykdom beskriver sykdomsplager, helse og livskvalitet, sier Hanssen.

– Denne typen forskning er et viktig supplement til den medisinske forskningens fokus på harde endepunkter som nye infarkt og dødelighet.

– Jeg håper vi kan kartlegge hvem som har risiko for å få redusert livskvalitet på sikt, slik at vi kan fange opp disse og gi forebyggende tiltak.

STAYEREVNE

Hanssen trekker fram stayerevne og evne til systematikk som viktige egenskaper for en forsker.

– Man må kunne jobbe mot mål som er svært langt fram i tid og man må like å jobbe alene, sier hun.

Hun mener det er lettere å få midler til helsefaglig forskning nå enn tidligere.

– Det handler om kvalitet. Prosjektet må være godt, og man må virkelig ville forske. Da får man det til.

FINN INFORMASJON OM LEGEMIDLER FOR BARN



Av **Hans Petter Fosseng**, nettedaktør

Synes du det er vanskelig å finne oppdatert fagkunnskap om legemidler og barn? Helsebiblioteket.no gir deg gratis tilgang til flere kilder med kvalitets-sikkert informasjon som er spesielt tilpasset yngre pasienter.

UTFORDRING

Hvordan går du fram når du skal gi et uregistrert preparat til en ung pasient? Manglende forskning på legemiddelbehandling på barn er en utfordring, og medikamentenes virkning er ikke alltid tilstrekkelig kjent (1). Et velkjent oppslagsverk som Felleskatalogen gir ingen svar i slike tilfeller og legemiddelets pakningsvedlegg er ikke på morsmålet ditt. Har du oppfattet informasjonen på pakningsvedlegget riktig? Det kan være mange detaljer å ta hensyn til ved administrasjon av legemiddelet, blant annet utblanding, videre fortykning, hastighet og interaksjoner med andre legemidler. Hvor leter du etter kvalitetssikkert informasjon om legemidler for barn, hvis du ikke finner svar i Felleskatalogen eller vil dobbeltsjekke det du vet med andre kunnskapskilder?

TILPASSET INFORMASJON

Gjennom Helsebiblioteket.no har du gratis tilgang til legemiddeldatabasen British National Formulary for Children (BNF for Children). Dette er en kunnskapsressurs med tilpasset, praksisrettet informasjon om bruk av legemidler til barn og ungdom. Innholdet i databasen vurderes fortløpende mot ny kunnskap, pediatriske retningslinjer og råd fra et nettverk av kliniske eksperter.

BNF for Children er laget for at du skal kunne gjøre raske oppslag og dermed ha et nyttig verktøy i den kliniske hverdagen. I denne databasen får du blant annet anbefalinger om «off label»-bruk på barn, en type informasjon du ikke finner så lett i andre kilder. Generelle kapitler og terapi- og legemiddelkapitler er innganger til innholdet. I tillegg kan du bruke søkefeltet til å finne informasjon om for eksempel et spesifikt legemiddel. Databasen inneholder også generelle råd rundt forskrivning til barn, bivirkninger, interaksjoner, graviditet og amming (2).

Hvis vi ser for oss at du har behov for råd rundt bruk av analgetika av opiattypen, kan du prøve et søk på for eksempel «pain relief» i BNF for Children. Ett av treffene er artikkelen «Opioid analgesics», som er en detaljert gjennomgang av temaet, med råd om hvordan bruke legemidler mot moderate til sterke smerter. Går du videre til artikkelen «Prescribing in palliative care», får du blant annet presentert en oversikt over anbefalt dosering. På Helsebiblioteket.no finner du BNF for Children under menyvalget «Databaser».

INNHOLDSRIKE KILDER

I Lexicomp, en av verdens mest omfattende og anerkjente legemiddeldatabaser, finner du en egen seksjon for helsepersonell som jobber med pediatriske pasienter. Fra startsidene finner du «Pediatric and Neonatal Lexi-Drugs» via menyvalget «Drugs». Denne databasen inneholder detaljert informasjon og retningslinjer som er gjennomgått av spesialister innen pediatri. Den inkluderer over 900 legemidler, med artikler som dekker nesten 50 informasjonsområder, inkludert detaljert informasjon om nyfødte- og pediatrisk dosering (3). Likevel er det ofte hensiktsmessig å starte letingen i den generelle delen av Lexicomp (Lexi-Drugs), også med tanke på informasjon om yngre pasientgrup-



per. Hovedårsaken er at du her vil få fram det norske generiske- og preparatnavnet. Spesielt nyttig er kanskje pakningsvedlegg på mange språk, som kan fungere som et praktisk kommunikasjonsmiddel i pasientmøtet. Du kan lese på ditt morsmål og

tilby samme informasjon til pasienter og pårørende på deres eget morsmål. Informasjon tilpasset pediatri er å finne under en egen arkfane på siden.

I tillegg til den vanlige nettversjonen har du i Norge gratis tilgang til Lexicomp som applikasjon

for håndholdte enheter som nettbrett og smart-telefoner. Fordelen med å laste ned denne applikasjonen er at du bokstavelig talt kan ta med deg hele databasen i lomma, uten behov for nettilgang. Andre kvalitetskilder som kan være aktuelle, er de kliniske oppslagsverkene BMJ Best Practice og UpToDate, begge fritt tilgjengelig i Norge gjennom Helsebibliotekets avtaler. UpToDate inneholder mye relevant informasjon om legemidler og yngre pasientgrupper. Uavhengig av hva du søker etter, kan du i trefflisten alltid avgrense til kun å vise innhold relatert til barn og ungdom (velg «Pediatric»). I BMJ Best Practice finner du kapitler om for eksempel legemidler og astma, og behandling av feber med ukjent årsak.

NORSKSPRÅKLIGE KILDER

Det finnes også en rekke norske kilder hvor du kan finne nyttig informasjon om legemidler og barn. Blant annet inneholder Norsk legemiddelhåndbok et kapittel om emnet. Her blir det lagt vekt på at legemidler som regel er utviklet og utprøvd på voksne og at godkjent indikasjon ofte er til voksne. Ifølge Legemiddelhåndboka er opp mot 90 prosent av legemidler som brukes til barn i sykehus, ikke godkjent for aktuell bruk («off label»-bruk). Dette krever en spesiell aktsomhet, noe et godt kunnskapsgrunnlag fra relevante fagressurser kan bidra til. I Legemiddelhåndboka finner du også informasjon om amming og legemidler. Norsk barnelegeforenings Generell veileder i pediatri gir råd om bruk og håndtering av legemidler til barn. Veilederen er rettet mot leger, men kan også være av nytte for annet helsepersonell som jobber med barn og ungdom. Nettsidene til Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn er også en kilde til informasjon. Anbefalt litteratur om barn og legemidler og en spørsmål- og svarseksjon er blant innholdet.

FORGIFTNINGER

Behandlingsanbefalinger fra Giftinformasjonen om akutte forgiftninger finner du på Emnebibliotek forgiftninger på Helsebiblioteket.no. Denne informasjonen er rettet mot helsepersonell, mens publikumsinformasjon om forgiftninger er å finne på det offentlige nettstedet Helsenorge.no. Giftinformasjonen har døgnvakt på telefon 22 59 13 00.

Det kan være nyttig å kjenne til hvilken pasientinformasjon som er tilgjengelig på Internett, slik at du kan veilede pasienter og pårørende som har behov for mer informasjon. Felleskatalogen har en egen seksjon med pasientinformasjon hvor du finner legemidlenes pakningsvedlegg. Pasientinformasjonsnettstedet NHI.no har flere artikler relatert til legemiddelbruk og barn, for eksempel informasjon til foreldre om hvordan gi rett medisin til rett tid. Apotekforeningen tilbyr 18 brosjyrer beregnet på småbarnsforeldre fra nettstedet. På www.legemiddelbruk.no, som Sykehusapotekene i Midt-Norge står bak, finner du videosnutter for barn og foreldre. Temaene varierer fra inhalasjon til hvordan gi mikstur til barn. Et tips til slutt er å søke på preparatnavn, virkestoff eller ATC-kode i det generelle søket på Helsebiblioteket.no. Søket gir deg blant annet praktiske snarveier til pakningsvedlegg og interaksjoner fra flere sentrale kilder – alt i ett treff. Kildene er blant annet DRUID, Felleskatalogen og Legemiddelhåndboka.

Alle kilder som er omtalt i denne artikkelen finner du via Emnebibliotek legemidler på Helsebiblioteket.no: www.helsebiblioteket.no/legemidler.

REFERANSER

1. Kalikstad B, Hansen TWR. Medikamentell behandling av nyfødte – et sjansespill? Tidsskr Nor Legeforen 2003; 123:2738-40.
2. Fosseng HP. Legemiddelinformasjon for barn og unge. Dagens medisin 2009 (19): 48.
3. Rotvik IM. Fri tilgang til omfattende legemiddeldatabase. Helsebiblioteket.no 4.2.2009. www.helsebiblioteket.no/30288.cms

UNNGÅ FEIL VED LEGEMIDLER TIL ELDRE



 helsebiblioteket.no

Av **Ingrid Moen Rotvik**,
nettredaktør Emnebibliotek legemidler

Som sykepleier med jobb på sykehjem eller i hjemmetjenesten står du helt sikkert ofte overfor problemstillinger knyttet til interaksjoner, administrasjon, samtidig inntak med mat og av og til samtykke – når legemidler skal gis til en eldre pasient. Det finnes hjelp for å minimere risiko for feil.

VEILEDNING PÅ NETT

En pasient på et sykehjem skal bytte fra digitoksin til digoksin. Sykepleieren søker på «digitoksin» på helsebiblioteket.no, for å se om det står noe om årsak til eller advarslar i forbindelse med bytte. Legemiddelhåndboken dukker opp som kilde der sykepleieren kan lese at digitoksin ikke lenger markedsføres i Norge fra 1. april 2012. I tillegg beskrives gjennom delkapittel L8. 10 (Hjerteglykosider) hvordan digitoksinbehandlede pasienter kan stilles om til digoksin (1): Seponér digitoksin i sju dager. Start med vedlikeholdsdose av digoksin den åttende dagen (Norsk legemiddelhåndbok, kapittel L8.10.1.1). I trefflisten fra Helsebiblioteksøket faller blikket på tittelen «Forgiftningsfare ved overgang fra digitoksin til digoksin». Lenken fører til en artikkel på Helsebibliotekets forgiftningssider, der Giftinformasjonen står som ansvarlig, med oversikt over de forgiftningsfarer bytte fra digitoksin til digoksin innebærer. (2)

ER ALLE LEGEMIDLENE NØDVENDIGE?

Sykepleieren merker seg også at digoksin gir større fare for interaksjoner med andre legemidler (eksempelvis amiodaron, diltiazem, dronedaron, verapamil og enkelte antibiotika). Hun ønsker å finne ut om noen av pasientens medisiner kan seponeres og slår opp i

sjekklisten NorGeP, en liste over 36 eksplisitte kriterier over farmakologisk u hensiktsmessige forskrivninger til eldre pasienter (> 70 år). STOPP-listen, screening-verktøy for potensielt u hensiktsmessige legemidler til eldre, omtaler også noen av pasientens medisiner. Både NorGeP og STOPP finner du på Helsebibliotekets legemiddelside, under tema pasientgrupper «Eldre» (3). For mer informasjon om Helsebibliotekets legemiddelsøk, se A) under avsnittet «Slik finner du fram» til sist i denne artikkelen.

SAMTIDIG INNTAK MED MAT

Pasienten foretrekker om mulig å ta medisinen sammen med mat. I interaksjonskapittelet G6 Digitalisglykosider står det, foruten legemidler, ikke annet enn johannesurt og grapefruktjuice. (4) Lexicomp med Martindale er en av verdens største og mest anerkjente legemiddeldatabaser, gratis tilgjengelig gjennom Helsebiblioteket.no. En dobbeltkontroll i Lexicomp viser i tillegg at måltider med høyt fiberinnhold eller pektinrik mat, kan redusere peroral absorpsjon av digoksin (5). Ønsker du å gjøre dette søket, se veiledning under B) i avsnittet «Slik finner du fram».

KAN JEG KNUSE TABLETTENE?

Spørsmålet er hvordan legemiddelet skal blandes med maten. Kan tablettene knuses, eller vil det endre legemiddelets egenskaper, eksempelvis gi farlig rask og høy absorpsjon? I en artikkel i Sykepleien forskning fra 2009 framgår det at knusing av tabletter er forholdsvis vanlig praksis i mange norske sykehjem. (6) Men dette er ikke bare et spørsmål om liv og helse, det involverer også norsk lov. Ifølge pasientrettighetslovens kapittel 3 har en pasient rett til informasjon om sin helsehjelp (7). En studie fra 2010 om knusing av legemidler i sykehjem, viser at nesten halvparten av avdelingene ved norske aldersinstitusjoner av og til knuser medisiner og tilsetter det i pasientens mat eller drikke uten at pasienten er klar over det (8). I Felleskatalogen fram-

går det av pakningsvedlegget at digoksin-tablettene Lanoxin skal svelges hele [9].

NÅR NØDEN ER STØRST

I den lille bygda har sykehjemmet også ansvar for hjemmetjenesten. Hjemme hos en annen hjer-tepasient står sykepleieren plutselig overfor en situasjon der pasienten virker unormalt sløv og forvirret. Hun verifiserer at den eldre damen med begynnende Alzheimers sykdom ikke har tatt flere tabletter enn hun skal. Dagene i dosetten ser ut til å stemme. Pasienten står på flere legemidler i tillegg til digoksin, kan det være snakk om interaksjoner? Sykepleieren har ikke tilgang til oppslagsverk eller PC der hun befinner seg. Da kommer hun på at hun kan slå opp i Helsebiblioteket på mobil, men mobilen forteller henne at hun befinner seg i et område utenfor dekning, hva nå? En kollega viste henne nylig hvordan hun kunne installere BestPractice og Lexicomp på telefonen via Helsebibliotekets mobil-utgave. Hun sjekker en gang til for å se om nedlas-tingen var vellykket. BestPractice (app) og Lexicomp (app) ligger der. I Lexicomps interaksjonsdatabase «Lexi-Interact» søker hun på interaksjoner mellom digitoksin og de øvrige legemidlene på pasientens legemiddelliste. Kombinasjon med antidepressivet viser ingen kjent interaksjonsfare, ei heller med blodfortynnende, mens kombinasjon med pasientens smertestillende viser moderat inter-aksjonsfare. Sykepleieren tror årsaken til forver- ring av tilstanden ligger et annet sted. Hun sjekker legemidlene på nytt og oppdager at det ligger både digitoksin og digoksin i dosetten. Med overskriften fra forgiftningsartikkelen i bakhodet tar hun fast-telefonen og ringer Giftinformasjonen: 22591300.

SLIK FINNER DU FRAM

A. Helsebibliotekets søkefunksjon inneholder et eget legemiddelsøk som gir treff både på virkestoff, pre-

paratnavn og ATC-kode, og i flere kilder samtidig:

- Legemiddelhandboken
- Felleskatalogen
- Legemiddelverket (SPC)
- Interaksjoner.no
- Refusjon og preparatomtaler
- Pakningsvedlegg

B. Lexicomp med Martindale finner du på Helsebi- bliotekets hovedside under tittelen «Databaser». På Lexicomp-siden klikker du på «Drugs» i menyen. I lis- ten til venstre går du inn på «Generic names» og under bokstaven D skroller du ned til digoxin. På digoxin-siden går du ned til avsnittet «Ethanol/Nutrition/Herb Inte- ractions», her finner du informasjonen om interaksjon med matvarer. Merk deg også avsnittet «Drug Interac- tions» med lenke til Lexicomps egen interaksjonsda- tabase kalt Lexi-Interact.

REFERANSER:

1. <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/65548>
2. <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Aktuelt%2b%28arkiv%29/Forgiftningsfare%2bved%2boverg ang%2bfra%2bdigitoksin%2btill%2bdigoksin.142520.cms>
3. **NorGeP:** <http://legeforeningen.no/info/Sok/?query=norgepl STOPP:http://legeforeningen.no//fagmed/norsk-geriatrik- forening/nyheter/2010/stopp/>. I Helsebiblioteket: <http://www.helsebiblioteket.no/Legemidler/Pasientgrupper/Eldre>
4. <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/65548>
5. **Geriatric Lexi-Drugs:** http://online.lexi.com/lco/action/index/dataset/gdh_fl
6. **Wannebo W.** Tablettknusing i sykehjem. Sykepleien forsk- ning 2009;4(1): 6-15) http://www.sykepleien.no/ikbViewer/ page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet? p_document_id=149622 I Helsebiblioteket: <http://www.helsebiblioteket.no/Legemidler/Pasientgrupper/Eldre>
7. <http://www.lovdataba.no/all/tl-19990702-063-003.html>
8. **Kirkevold Ø, Engedal K.** Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter. Syke- pleien forskning 2010;5(1): 16-25). http://www.sykepleien.no/ ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet? p_document_ id=337004. I Helsebiblioteket: <http://www.helsebiblioteket.no/Legemidler/Pasientgrupper/Eldre>
9. <http://www.felleskatalogen.no/medisin/pasient/pil-lanoxin- aspen-europe-571765>



Å SE SIN EGEN TEKST UTENFRA

Det er lett å se seg blind på sin egen tekst. Derfor kan språkråd være nyttige.

Av John Ellefsen

Kan man se sin egen tekst utenfra? Generelt må man svare: Bare til en viss grad, for ingen kan bedømme sitt eget språk objektivt. Dersom vi har skrevet en artikkel, for eksempel en sykepleiefaglig forskningsoppgave, kan det være at vi sender teksten til en kollega og ber om en vurdering, og deretter til korrekturlesere og språkvaskere, – som heller ikke er objektive. Alle vurderer teksten ut fra sine egne kunnskaper og sitt eget skjønn. I språket, som i livet for øvrig, er det nærliggende å tenke på utsagnet om at man ser splinten i sin brors øye, men ikke bjelken i sitt eget. Hvor ofte er man ikke dundrende uenig om hva som er rett og galt? Ikke desto mindre må vi erkjenne at en velformulert og noenlunde feilfri tekst er det som virker mest tillitskapende, det vil si at leseren får tillit til forfatteren og leser det han eller hun har skrevet med et åpent sinn.

LETTFATTELIG

Jeg, som skriver denne teksten, har lest korrektur og utført språkvask på artikler med tema fra sykepleien. Jeg er blitt bedt om å dele mine erfaringer med leseren og komme med noen enkle språkråd. Det ble en utfordrende oppgave. Ved første gangs gjennomlesning av min egen tekst så jeg at jeg hadde begått samtlige feil som dem jeg her skal forsøke å advare mot. Så, kjære leser, ta fram rødblyanten, spiss den godt og se hva du finner av merkverdigheter i teksten her ...

Én av grunnene til at vi både snakker og skriver så ulikt her i landet skyldes utvilsomt det norske språkets kompliserte historie med bakgrunn i vestnorsk, østnorsk og dansk. Ikke bare har vi bokmål og nynorsk, men også varianter av disse to. Og de utvikler seg stadig, noen vil mene altfor raskt. Så hva kjennetegner et godt språk? Etter mitt skjønn først og fremst det at forfatterens intensjoner er lette å lese og oppfatte.

TVETYDIGHET

Med andre ord; unngå enhver utilsiktet tvetydighet. Jeg sier én ting for å dekke over hva jeg egentlig vil si. For eksempel: Forfatteren er nå kommet godt opp i årene, men vi gleder oss allerede til å høre mer fra ham

i årene som kommer. Som kjent leser vi alle også mellom linjene. Og der er det lett å lese det stikk motsatte, nemlig at man nå ikke lenger tar det for gitt at denne mannen har mer å gi. Og mon tro hva leseren tenker om denne: Han ble høyt verdsatt, ingen tvil om det, men han var dessverre komplett umulig å snakke til ...

I FORHOLD TIL ...

En helt annen form for tvetydighet, eller utydelighet, kan oppstå i forbindelse med den nye bruken av uttrykket i forhold til. Denne formuleringen er noe omstridt fordi den iblant kan virke upresis og noen ganger gi flere tolkningsmuligheter. Den opprinnelige betydningen er «sammenliknet med». Eksempel: Gutten er høy i forhold til andre på hans alder. Den nye betydningen skal nok være «når det gjelder». Eksempel: Han må ta stilling i forhold til problemet. Iblant er formuleringen også overflødig, foregående setning kunne like gjerne vært formulert slik: Han må ta stilling til problemet.

Hva betyr: Hun hadde store krav i forhold til ham ...? Betyr det: Hun hadde store krav til ham, – hun hadde store krav til forholdet til ham, eller: Hun hadde større krav enn han hadde? Noen eksempler fra TV-nyhetene de siste dager: Det var dårlig gjort av Solskjær i forhold til denne klubben. Låter dét så mye bedre enn simpelthen: Det var dårlig gjort av Solskjær mot denne klubben? Og om en mulig streik: De får problemer i forhold til skolen. Er det så mye flottere enn bare: De får problemer med skolen? Vi trenger ordentlige regler i forhold til de våpnene vi produserer. Er det bedre enn: Vi trenger ordentlige regler for de våpnene vi produserer? I mange tilfelle er det nok, og mer presist, med en preposisjon: Mot, for, til, på, ovenfor. Det kan også være bedre å skrive: I forbindelse med, i forholdet til, i henhold til, hva angår, hva gjelder.

FOKUS

Et annet ord som også er blitt revet løs fra sin opprinnelse, er fokus, som betyr brennpunkt. Å fokusere i overført betydning er å konsentrere oppmerksomheten mot ett punkt, eller én sak. Nå brukes det i alle mulige og umulige sammenhenger, like upresist som i forhold til. Strengt tatt kan man verken utvide eller



sette fokus. Det heter å utvide oppmerksomheten eller å samle den! Å overfokusere på et bredt, sterkt, høyt og vidt hovedfokus (smør på flesk) – glem det!

SUBSTANTIVER I BESTEMT FORM

Substantiver i bestemt form entall og flertall er også verdt å se på i forbindelse med tekstens tydelighet. Ta substantivene en pasient, en forsker. Etter at man har definert hvilke pasienter og hvilke forskere som artikkelen omtaler, for eksempel pasientene som deltok i undersøkelsen, forskerne ved høyskolen, må man gjerne benytte bestemt form og omtale dem som pasientene, forskerne. Ikke slik (i genitiv): Vi ser at pasienters og forskeres opplevelse av undersøkelsen er vidt forskjellig. Det virker noe fremmedgjort! Leseren vet jo hvem disse er: Vi ser at pasientenes og forskernes opplevelse av undersøkelsen er vidt forskjellige. Ved bruk av bestemt form blir språket mer dagligdags og dermed lettere å lese og å oppfatte.

DE LANGE, LANGE SETNINGENE

Vil man være tydelig, er det enda viktigere å styre unna lange setninger med flere innskutte ledd. Går den over to, tre hele linjer er det grunn til å bli kritisk. Kan setningen deles opp i flere små setninger, simpelthen ved å si én ting om gangen? Ja, skulle det ikke være nok å si én ting én gang? Ganske ofte ser man at forfatteren forteller det samme budskapet flere ganger, bare i en litt annen form. Som om han er redd for ikke å bli forstått ved første forsøk.

DEN LITT KNAPPE TELEGRAMSTILEN

På den annen side er den litt knappe telegramstilen, som mange forfattere kanskje tilstreber, heller ikke alltid forenlig med et flytende, lett tilgjengelig språk. Riktignok heter det: Skriv kort og godt, men iblant kan man med fordel beholde tilsynelatende overflødige, ofte små ord som hører til i teksten. Disse vil lette forståelsen, især når setningene blir lange:

- Talen mannen holdt: Talen som mannen holdt
- Stedet hjelpen finnes: Stedet hvor hjelpen finnes – Stedet der hjelpen finnes
- Han umuliggjør å hente flere: Han gjør det umulig å hente flere

- Man må møte utfordringene som kommer: Man må møte de utfordringene som kommer

Tydelighet er bra, men selvfølgeligheter er noe annet! Hvis det du forteller er svært selvfølgelig, tenk over hvorfor du i det hele tatt skriver setningen. Eksempler: Sykepleierstudentene hadde eksamen i slutten av studieåret. Vi observerte at sykepleierne kom til kveldsvakt. Pasientene hoppet i vannet og ble våte ... Fortell oss heller noe vi kanskje ikke visste fra før: Sykepleierstudentene hadde eksamen i slutten av studieåret, men måtte levere en selvvalgt oppgave før jul. Vi observerte at sykepleierne ofte kom for seint til kveldsvakt. Pasientene hoppet motvillig i vannet og ble gjennomvåte tross redningsdraktene.

TEGNSETTING

Tegnsetting har også med tydelighet å gjøre ved at de «rydder opp» i teksten og dermed framhever meningen eller budskapet. Først noen ord om anførselstegn. De brukes naturligvis mest for å sitere noen. Men anførselstegn er også anvendelig når man vil «låne» et ord eller uttrykk som ikke er vanlig i den aktuelle sammenheng. Men bruk det ikke i utide slik jeg nettopp gjorde nå, to ganger. Hvis jeg mener å rydde opp ... og ... å låne, så bør jeg skrive det uten «å unnskyldte meg», – eh, uten å unnskyldte meg! Det vil si uten anførselstegn!

Så litt om komma. Hva skal vi egentlig med dette tegnet? Jo, vi skal skille de forskjellige meningsbærende setningsdelene fra hverandre for å markere hva som henger sammen med hva – og hva som bør holdes fra hverandre. Ta for eksempel setningen som kommer i siste avsnitt: «Gjennom det som i dag heter Norsk språkråd, har staten forsøkt å styre utviklingen, med vekslende hell». Ta bort siste komma, og det står at staten har forsøkt å mislykkes!

Sett komma mellom to hovedsetninger! Eksempel: Han kommer nå, og han vil hjelpe oss. Sett komma mellom bisetning og hovedsetning når bisetningen kommer først. Eksempel: Hvis du kommer først, kan du gjerne hjelpe oss. Har vi en innskutt relativ bisetning, skal den avsluttes med komma med mindre den er svært kort. I så fall er det valgfritt. Eksempler: Han som står der borte og snakker, vil hjelpe oss. Valgfritt:



Han som står der vil hjelpe oss. Han som står der, vil hjelpe oss. Hvis innholdet i den innskutte bisetningen ikke er nødvendig for hovedsetningen, skal det også settes komma før denne bisetningen. Eksempel: Han, som gjerne gikk med rød jakke til daglig, var ofte til stor hjelp for oss. Det samme gjelder dersom en bisetning kommer til slutt og den ikke er nødvendig for det som sies forut: Vi fikk ofte god hjelp av denne mannen, som gjerne kom med toget tidlig om morgenen. Hvis det derimot er et poeng at han kommer tidlig: Vi fikk god hjelp av denne mannen som kom så tidlig.

Disse kommareglene er kanskje dem vi oftest synder mot. Vi glemmer dem, – og strør litt tilfeldig om oss med kommaer. Kanskje setter vi heller komma for å indikere en pause, for å trekke pusten. Nå vel, noen ganger kan også det forsvares.

AKTIV ELLER PASSIV

Mange fag- og forskningsartikler inneholder iblant en god del passive setningskonstruksjoner som med fordel kunne vært skrevet i aktiv.

- Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut ...
- Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt. Verbformene er passive, de lages med hjelpeverbene å bli eller å være, eller ved å føye -s til verbet.

Ta nest siste avsnitt over. Bortsett fra aller siste setning er det skrevet i aktiv. Jeg skriver den om i passiv og delvis fortid: Det er blant oss ofte blitt syndet mot disse reglene. Reglene er glemt av oss, og kommaer er blitt strødd ut litt tilfeldig. Det har vært satt komma for å indikere en pause, en pustestopp. Nå vel, noen ganger kan også det forsvares. Det er neppe blitt bedre i passiv, men igjen, den siste setningen holder seg bra. Hvis vi skrev noe tilsvarende i aktiv: Han forsvarer bruken av passiv, ser vi at subjektet (=han) er uinteressant. Her er det objektet (=bruken av passiv) som er det vesentlige!

FINT SPRÅK ...

Hva er et fint språk? Konservativt riksmål? Moderat

bokmål? Radikalt bokmål? Etter mitt skjønn er et godt språk, som før nevnt, et språk som er lett å forstå. Et klart språk. Distinkt. Et språk som kan brukes i enhver forsamling, til hverdags og fest, i dagligtalen så vel som i det skriftlige, i vitenskapen, kunsten og religionen. Med andre ord, det er verdt å lytte til dagligtalen også. Det må vi som skriver ikke glemme!

I etterkrigstidens språkstrid sto kampen spesielt mellom radikalt og moderat bokmål, f.eks. fram/frem, boka/boken. I dag ser det ut til at toleransen er større på begge sider, og vi finner begge formene i Bokmålsordboka fra Språkrådet/ Universitetet i Oslo: www.nob-ordbok.uio.no.

MODERAT ELLER RADIKAL

Når man skriver en artikkel, er det selvsagt lov å blande de moderate og radikale formene, men de fleste vil nok mene at det er best å holde seg til én form av ett og samme ord i én og samme artikkel. Altså enten fram eller frem, boka eller boken. Men hva om man bruker fram og boken i samme tekst? Kanskje det! Frem og boka? Kanskje ikke? På NRK i dag: Vi viser Venus som passerer mellom Solen og Jorda. Hmm! Og hva med: «Nyhetene klokken tjuéeén»? Vel, det låter i det minste langt bedre i dag enn for bare tyve år siden. Mens Word setter siksakkstrek under tyve.

Så kan man videre spørre seg, blir språket bedre ved at vi ikke skiller mellom enda og ennå og at vi beveger oss bort fra objektsformene ham og dem? På Vestlandet har de ikke sagt dem på det jeg vet. Men de lever i beste velgående og snakker fortsatt sammen. Men kanskje vi skulle beholde dem i det skriftlige? Ja, hva skriver vi dersom folk flest uttaler skjønn når de mener kjønn? Etter mitt skjønn ... er det grunn til å tenke seg om.

Gjennom det som i dag heter Norsk språkråd, har staten forsøkt å styre utviklingen, med vekslende hell. Det er liten konsensus i folket om hva som er godt norsk språk. Du og jeg, forfattere og skribenter i statlig eller privat virksomhet, går – mer eller mindre – våre egne veier straks vi har forlatt den obligatoriske skolegangen. Med andre ord; vi som skriver er alle med på å påvirke utviklingen av det norske skriftspråket! Språket eier vi sammen. Like fullt er det et svært personlig anliggende. Ingen har patent på det!

HVORDAN LAGE ET KONFERANSEABSTRAKT? >>

Hvis du ønsker å presentere en poster eller holde foredrag på en vitenskapelig konferanse, er «inngangsbilletten» som oftest et abstrakt.

Av **Anners Lerdal**

Et vitenskapelig sammendrag eller abstrakt må baseres på de rammene som konferansearrangørene har satt. Rammene beskrives i form av en veileder til forfattere og kan variere en del mellom ulike konferansearrangører. Ofte inneholder veiledningen beskrivelser av tema arrangørene ønsker bidrag innenfor, i tillegg til at den gir detaljert beskrivelse av hvordan man skal utforme sammendraget. Fagfolkene som vurderer de innsendte sammendragene tar naturligvis utgangspunkt i veiledningen til forfatterne. Vil du at bidraget ditt skal bli antatt må du derfor følge veiledningen. Vanligvis publiseres sammendragene i forbindelse med konferansen. For arrangøren er det derfor viktig at de har lik utforming. Leseren vurderer kvaliteten på forskningsarbeidet ditt etter å ha lest det publiserte sammendraget. Det er derfor all grunn til å legge ned arbeid i utformingen.

TITTEL

Tittelen bør være selvforklarende slik at den gir leseren best mulig innsikt i hva studien handler om. Hvis man har plass, er det også ønskelig med en undertittel som angir hvilket forskningsdesign som er brukt. Det kan være morsomt å lese litt-rære titler, som for eksempel: «Ut på tur – mindre sur». Dette kunne vært en tittel til en randomisert kontrollert studie hvor man hadde testet ut om regelmessig turer i friluft motvirket depressive symptomer hos deprimerede pasienter innlagt i sykehus. Problemet er bare at tittelen gir leseren begrenset informasjon om hva studien faktisk omhandler. Da vil for eksempel tittelen: «Regelmessige turer i friluft bidro til reduksjon i depressive symptomer hos personer innlagt for alvorlig depresjon i psykiatrisk sykehus – en randomisert

kontrollert studie», fortelle mye mer. Tittelen kan virke ganske tung å lese, men gir leseren god innsikt i hva studien omhandler, resultatmålet, hvilken gruppe personer som deltok i studien og hvilket forskningsopplegg eller design som ble brukt. Det er en god regel å unngå forkortelser i tittelen.

FORFATTERE

Veiledningen til den enkelte konferansen vil angi hvor man skal oppgi forfatterinformasjonen. Hvis forfatterne skal være anonyme overfor fagfellene som skal vurdere sammendraget, skal man gjerne oppgi forfatterinformasjonen på en egen side. Hvis forfatterne skal være kjent for fagfellene, skal forfatterinformasjonen vanligvis stå oppført etter tittelen. Her skal man oppgi navnet på alle forfatterne som har bidratt i studien og utarbeidelsen av sammendraget, samt arbeidsstedet til hver enkelt forfatter inkludert navn på by og eventuelt land. I noen tilfeller ønsker også konferansearrangøren at forfatterne skal oppgi utdanning og oppnådd grad. Dette vil i så fall være beskrevet i veiledningen. Det er også vanlig å oppgi fullstendig kontaktinformasjon til en av forfatterne, som regel første- eller sisteforfatter.

BAKGRUNN

Beskrivelsen av studiens bakgrunn setter studien i perspektiv og viser hvor viktig studiens problemstilling er. Dette kan man for eksempel gjøre ved å vise til hvor mange som er omfattet av problemstillingen, og/eller at problemstillingen studien besvarer gjelder et spesielt viktig fenomen og/eller at forskningen besvarer et viktig spørsmål som forskningen ikke har befattet seg med tidligere. Hvis konferansen etterlyser forskning på spesielle tema, er dette en fin mulighet til å synliggjøre for leseren at studiens problemstilling omhandler det spesifikke temaområdet som konferansen skal belyse. Vanligvis har du om lag tre til fire setninger til disposisjon.

HENSIKT

Noen betrakter hensikt i denne sammenheng som synonymt med forskningsspørsmål, hypotese eller problemstilling. Innen forskning er ikke hensikten å gjennomføre et prosjekt, men å få ny kunnskap ved hjelp av gjennomføring av et prosjekt. Det er altså den nye kunnskapen som studien skal utvikle man skal beskrive her. Dette kan man ofte formulere i en setning.

METODE

Dette avsnittet gir en detaljert framstilling av framgangsmåten som ble brukt for å få svar på studiens problemstilling. Litteraturen om forskningsmetoder beskriver sentrale og presise begreper som brukes i forskning. Det er ofte nødvendig å bruke disse for å beskrive framgangsmåten på en kort og presis måte. I første linje angis vanligvis forskningsdesignet eller forskningsopplegget ved hjelp av ett til tre begreper. Eksempel på en slik angivelse er: et kvalitativt hermeneutisk design, eller: en randomisert kontrollert studie. Framgangsmåten danner premissene for resultatene og er derfor viktige for å forstå dem.

RESULTATER

Her er det vanlig å beskrive hvem som har deltatt i studien og deltakernes viktigste karakteristika. Deretter beskrives hovedfunnene oversiktlig og systematisk. Å starte med enkle beskrivelser for å gå til mer komplekse og sammensatte beskrivelser er et mye benyttet prinsipp. Andre velger å starte med en overordnet beskrivelse om sammenhenger man har funnet i datamaterialet for deretter å beskrive underordnede detaljer. Hvis problemstillingen omhandler flere begreper som ble studert, kan det være logisk å beskrive resultatene i samme rekkefølge som angitt i problemstillingen. Siden studien allerede er gjennomført foretrekker mange å bruke verb konsekvent i preteritum (fortid).

DISKUSJON

Etter at resultatene er beskrevet er det vanlig at forfatterne tolker funnene og sammenlikner med eksisterende kunnskap. Eventuelt beskriver man også konsekvensene studiens funn har på vår forståelse av det aktuelle kunnskapsområdet. Konsekvensene kan omhandle videre forskning, forståelse og utvikling av praksis, og/eller utvikling av teori. Her er det viktig å følge veiledningen fra konferansearrangørene. Noen ønsker at tolkningene presenteres direkte etter at resultatene er beskrevet, mens andre ønsker dette oppgitt under en egen overskrift.

FINPUSS

Når du har et utkast du er fornøyd med starter arbeidet med finpussen. Dette innebærer ny gjennomlesning hvor man leter etter unødvendige ord som kan fjernes, unødvendige gjentakelser, faglig sjargong med ufullstendige beskrivelser, ukjente og lange setninger som kan deles opp. Det kan også være svært nyttig å få en kollega til å lese igjennom med «nye øyne» og gi tilbakemelding. Begreper som forkortes må skrives helt ut første gang etterfulgt av forkortelsen i parentes. Eksempel: Multipel sklerose (MS).

HVA BØR DU UNNGÅ:

- Skrivefeil
- Å lage lengre tekst enn tillatt
- Svært kort sammendrag hvis veiledningen tillater lengre
- Å utelate studiens problemstilling
- Manglende beskrivelse av selve funnene
- Referanser midt i sammendraget hvor veiledningen ikke spesifikt oppgir at dette er mulig
- Bruk av forkortelser som ikke forklares
- Å utsette skrivingen til siste minutt

Kategorier	Innhold	Notater:
Tittel	En beskrivende tittel som gir leserne en klar formening om innholdet, gjerne med en undertittel som beskriver forskningsdesignet.	
Forfatterinformasjon	Navn på forfatterne, arbeidssted inkludert sted (by og eventuelt land), eventuelt yrke og høyeste utdanningsgrad. Fullstendig kontaktinformasjon til en av forfatterne.	
Bakgrunn	Beskrivelse av tema som setter forskningsspørsmålet inn i en større sammenheng.	
Hensikt	Forskningsspørsmål eller problemstilling eller hypotese. Inneholder informasjon om: Hvem (hvilke pasienter), hva (fenomen eller tiltak), hvor (setting), eventuelt resultatmål.	
Metode	Forskningsdesign inkludert beskrivelse av rekruttering av deltakere, utvalgstype, deltakere, fremgangsmåte for innhenting av data, datainnsamlings metode og verktøy (for eksempel intervjuguide, spørreskjema), analysemetoder, eventuelt teoretisk rammeverk, eventuelt godkjenning fra etisk komité.	
Resultater/funn	Beskrivelse av funnene i en summerende form.	
Diskusjon/konklusjon og eller implikasjoner	Studiens funn fortolkes og forskerne angir hvilke betydning funnene har for videre forskning, forståelse og utvikling av praksis, og/eller utvikling av teori.	

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
JOHN-KÅRE VEDERHUS

Tittel: Addiction professionals' and substance abuse patients' attitudes towards and usage of 12-step-based self-help groups

Arbeidssted: Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand

Utgått fra: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Institutt for klinisk medisin, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

Veileder: Professor Thomas Clausen

Disputas: 25. januar 2012

E-post: john-kare.vederhus@sshf.no

> **Bakgrunn:** Flere studier viser bedre behandlingsresultater når pasienter i rusbehandling deltar i de 12-trinnsbaserte selvhjelpsgruppene Anonyme alkoholikere (AA) og Anonyme Narkomane (NA), etter formell behandling. I USA er dette et selvfolgelig tema i all rusbehandling og mer enn 75 prosent av alle pasienter der blir aktivt motivert til å delta i slike grupper. Også norske helsemyndigheter ønsker at helse-

personell i større grad anbefaler selvhjelpsgrupper i tilknytning til behandling i helsetjenesten, men temaet har ikke blitt systematisk undersøkt tidligere i en norsk sammenheng.

Formål: Den overordnede målsettingen med denne avhandlingen var å undersøke ansattes og pasienters holdninger til og kunnskap om 12-trinnsgrupper i Norge. I tillegg undersøkte en bruken av slike grupper i det norske rusfeltet.

Metode: Avhandlingen består av to tverrsnittsstudier; en undersøkte pasienters og en ansatte i rusfeltet sine oppfatninger om og bruk av de mest vanlige selvhjelpsgruppene for rusmiddelavhengige i Norge; AA og NA. Ansattstudien var en spørreskjemaundersøkelse som ble gjennomført vår/sommer 2008. Respondentene (N=291, 80 prosent av de som fikk utlevert spørreskjema) var ansatte i rusfeltet i helseregion Sør, Norge. Respondentene i pasientstudien (N=139, 89 prosent av det valgbare utvalget) ble inkludert på en avgiftningsavdeling ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus HF i Kristiansand, fra

september 2008 til august 2010.

Resultat: De norske ansatte i rusfeltet hadde moderat positive holdninger til 12-trinnsgrupper, men disse holdningene førte ikke til en aktiv «henvisningspraksis»; totalt sett ble kun 15 prosent av de ansattes nåværende pasienter aktivt motivert til å delta i slike fellesskap. Kunnskapsnivået om 12-trinnsgrupper og troen på egen evne til å henvise pasienter var lav. I pasientstudien var det ¾ som så på disse fellesskapene som en mulig ressurs. Oppfatningen om at 12-trinnsgrupper kan gi mot til forandring og gi avholdsspesifikk støtte var høyest korrelert med intensjon om å delta etter behandlingen.

Konklusjon: Funnene indikerer et misforhold mellom den positive oppfatning pasienter har av AA/NA og den behandlingspraksisen de møter blant behandlere. Funnene viser at det er et potensial for en mer aktiv bruk av selvhjelpsgrupper i det norske rusfeltet. De ansatte trenger å få høynet sitt kunnskapsnivå om de vanligste selvhjelpsgruppene for rusmiddelavhengige og bli mer kjent med deres filosofi og praksis.



Kandidat:
LIV WENSAAS

Tittel: Støtte til livsstilsendringer hos pasienter som utredes for koronar hjertesykdom (CAD) – en randomisert kontrollert studie

Arbeidssted: Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
Utgått fra: Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin

Veiledere: Professor Cornelia Ruland

Disputas: 1. mars 2012

E-post: livwens@studmed.uio.no

> **Bakgrunn:** Ingen behandling kurerer koronar hjertesykdom (CAD), en sykdom sterkt forbundet med livsstil som røyking, overvekt, lite fysisk aktivitet. Livsstilsendring reduserer risikofaktorer, imidlertid er etterlevelse av livsstilsendrin-

ger lav. Vi trenger utprøving av nye tilnærminger for å redusere risiko for CAD hos utsatte grupper.

Hensikt: Teste virkningene av et beslutningsverktøy for livsstilsendringer (DA) med og uten et individualisert, skreddersydd rådgivningsprogram (RÅD) for pasienter som utredes for CAD.

Metode: Prospektiv, tre grupper randomisert, kontrollert studie med fire repeterte målinger over seks måneder. 363 pasienter ble randomisert til: DA-gruppe som fikk DA med hjem; DA+RÅD gruppe som fikk DA og avtale om hjemmebesøk med individuell rådgivning av sykepleier; samt en kontrollgruppe. Utfallsmål var helse og helserelatert livskvalitet og etterlevelse av atferd som reduserer risiko.

Resultat: Pasienter som fikk både DA+RÅD hadde significant lavere BMI ($p=0,016$), bedre generell

helse ($p=0,05$), vitalitet ($p=0,02$), hadde færre problemer i arbeids- og dagliglivets roller på grunn av fysisk helse ($p=0,02$) og følelsesmessige problemer ($p=0,02$), og mindre begrensninger i livskvalitet ($p=0,006$) enn kontrollgruppen hadde etter seks måneder. DA+RÅD gruppen hadde større nedgang i opplevde hindringer til å forandre livsstil ($p=0,02$) enn kontrollgruppen etter to måneder. DA alene ga ingen effekt. Vi fant ingen signifikante gruppeforskjeller i etterlevelse av atferd som reduserer risikofaktorer.

Konklusjon: DA sammen med RÅD viste noen positive effekter, mens DA alene viste ingen forskjell i virkning. Vi vet ikke om RÅD alene hadde gitt forskjeller, men det kan se ut som individualisert, skreddersydd rådgivningsprogram er en viktig komponent i intervensjoner for å redusere risiko for koronar hjertesykdom.

HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere.

Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til forskning@sykepleien.no.

Retningslinjer for utforming av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider: www.sykepleien.no.



Kandidat:
**VIDDIS ABRAHAMSEN
GRØNDAHL**

Tittel: Patients' perceptions of actual care conditions and patient satisfaction with care quality in hospital

Arbeidssted: Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag

Utgått fra: Karlstads universitet, Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper, Avdelningen för omvårdnad

Veiledere: Professor Bodil Wilde-Larsson, professor Marie Louise Hall-Lord og universitetslektor Ingela Karlsson

Disputas: 23. februar 2012

E-post: vigdis.a.grondahl@hiof.no

> **Bakgrunn:** Det er teoretiske og metodologiske utfordringer knyttet til måling av begrepene helsetjenestekvalitet og pasienttilfredshet, og forhold assosiert med disse begrepene. Et teoretisk rammeverk om pasienttilfredshet og en teoretisk modell om helsetjenestekvalitet danner det teoretiske grunnlaget for denne avhandlingen.

Hensikt: Den overordnede hensikten var å beskrive og utforske sammenhengene mellom personrelaterte forhold, eksterne objektive helsetjenesteforhold, pasienters erfaring med kvaliteten på helsetjenesten og pasienters tilfredshet med helsetjenestene i sykehus.

Metode: Studien er basert på en spørreskjemaundersøkelse blant 528 pasienter fra medisinske og kirurgiske avdelinger ved fire helseforetak. Individuelle intervjuer ble gjennomført med 22 av de 528 pasientene.

Resultat: Kombinasjonen av personrelaterte og eksterne forhold ved helsetjenesten forklarte 55 prosent av pasienters erfaringer med helsetjenestekvalitet. 54,7 prosent av variasjonen i pasienttilfredshet ble forklart, og personrelaterte forhold hadde størst innvirkning (51,7 prosent). Tre grupper av pasienter ble identifisert på bakgrunn av svarene på to variabler: Pasienttilfredshet og pasienters erfaringer med helsetjenestekvalitet. En gruppe av pasienter var mest tilfreds og hadde best erfaringer med helsetjenestekvaliteten. En annen gruppe var mindre tilfreds og hadde bedre erfaringer med hel-

setjenestekvaliteten. Den tredje gruppen var mindre tilfredse og hadde de dårligste erfaringene med helsetjenestekvaliteten. Intervjuene avdekket fire kategorier av betydning for pasienttilfredshet: ønske om å gjenvinne helse, behovet for å bli møtt på en profesjonell måte som en unik person, perspektiv på livet, og behovet for balanse mellom å være privat og sosial.

Konklusjon: Personrelaterte forhold er de sterkeste prediktorene for pasienters erfaringer med helsetjenestekvalitet og pasienttilfredshet. Det er behov for retningslinjer ved overbelegg og ø-hjelp. Antall sykepleiere på hver avdeling må vurderes. Helsepersonell må gjøre sitt ytterste for å bidra til at pasientene mottar personsentrert helsetjeneste.



Kandidat:
OLA BRATÅS

Tittel: Multidisciplinary rehabilitation in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Incentives for choosing rehabilitation and short- and long-term effects.

Arbeidssted: Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for Sykepleierutdanning

Utgått fra: Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, NTNU i Trondheim

Disputas: 13. oktober 2011

Veiledere: Professor Geir Arild Espnes, førsteamanuensis Toril Rannestad og professor Rolf A. Walstad

E-post: ola.bratas@hist.no

> **Bakgrunn:** Potensielle forskjeller mellom pasienter med KOLS som benytter og ikke benytter rehabiliteringstjenester er lite kjent. Studier som omhandler både kort- og langtidseffekt fra institusjonsbasert lungerehabilitering er sjeldne.

Hensikt: Å sammenlikne selvopplevd helse, kliniske og sosi-

odemografiske karakteristika mellom KOLS-pasienter til poliklinisk behandling og fire ukers lungerehabilitering, samt vurdere utfall av rehabilitering på kort og lengre sikt.

Metode: Et konsekutivt utvalg av 205 menn og kvinner med KOLS-grad I-IV ble inkludert, selvselektert til enten lungerehabilitering (n=161) eller ordinær poliklinisk konsultasjon (n=44). Pasienter til rehabilitering ble målt ved oppstart, utskrivning og etter seks måneder, mens pasienter i poliklinikk ble målt ved studiens oppstart. Sosiodemografiske data og selvopplevd helse ble målt ved bruk av selvadministrerende spørreskjema, KOLS-grad gjennom spirometri og fysisk utholdenhet ved hjelp av seks minutters gangtest.

Resultat: KOLS-pasienter som valgte rehabilitering hadde dårligere helserelatert livskvalitet (HRQL) og høyere nivå av angst og depresjon enn polikliniske pasienter. Etter rehabiliteringen viste de en forbedring av HRQL, fysisk utholdenhet og depresjon. Pasienter med mild til moderat KOLS hadde større sannsynlighet for å oppnå en klinisk forbedret HRQL etter

rehabilitering enn pasienter med alvorlig til svært alvorlig KOLS. Seks måneder etter utskrivelse hadde kortsiktig gevinst av lungerehabilitering på HRQL og psykisk helse gått tilbake, dog uten ytterligere forverring enn ved oppstart. Pasienter som bodde alene hadde større sannsynlighet for å vedlikeholde eller forbedre HRQL enn pasienter som bodde sammen med noen.

Konklusjon: Å velge lungerehabilitering kan være bestemt av pasientens opplevelse av lav HRQL og økt nivå av angst og depresjon. Kortsiktig gevinst av lungerehabilitering ble ikke opprettholdt etter seks måneder.



Kandidat:
MARIT ALSTVEIT

Tittel: Being pregnant and becoming a mother in light of employment: an interpretation of the perspectives of employed women and maternity care professionals

Arbeidssted: Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger

Utgått fra: Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

Veiledere: Professor Elisabeth Severinsson, Høgskolen i Vestfold og førsteamanuensis Bjørg Karlsen, Universitetet i Stavanger

Disputas: 16. mars 2012

E-post: marit.alstveit@uis.no

> **Bakgrunn:** Norske kvinner har høy yrkesdeltakelse. Imidlertid vet vi lite om hvordan kvinner opplever kombinasjonen mellom å være yrkesaktiv og å bli mor for første gang, samt støtten kvinner tilbys når de kombinerer arbeid og familieliv.

Hensikt: Å utforske forståelsen av reproduktiv helse hos yrkesaktive kvinner i graviditet og tidlig periode som mor. Samt

å belyse strategier helsepersonell anvender for å støtte kvinner som kombinerer arbeid og familieliv.

Metode: Studien har et kvalitativ design med en hermeneutisk tilnærming bestående av individuelle intervjuer av kvinner i svangerskapet (n=10), i permisjonstiden (n=9), og tilbake i jobb (n=9), samt flerstegsfokusgruppe intervjuer av helsepersonell (n=6).

Resultat: Yrkesaktive gravide syntes å leve på grensen til å forstrekke seg, i en spenning mellom å tilpasse seg det profesjonelle livet og å forberede seg til å bli mor. I permisjonstiden ble kvinnene bekreftet av andre mødre. Tilbake i jobb, tilpasset de seg spenningen mellom ansvar for arbeidsbyrden og barnets beste, kjempet med følelsen av ikke å være god nok mor samt balansen mellom å være sårbar og selvtilfreds. Funnene indikerte dessuten at helsepersonell la vekt på å styrke kvinnene og foreslo tilpasninger om hvordan bedre balansen mellom arbeid og familie.

Konklusjon: Helsen til kvinner som blir mødre for første gang

synes utfordret utover graviditet og det å bli mor, på grunn av ansvar for yrkesrelaterte oppgaver og redusert fleksibilitet til å ivareta disse, samt økt sensitivitet overfor kollegers vurderinger av dem. Helsepersonell synes å legge vekt på kognitiv og emosjonell støtte av kvinnene for å styrke dem til å kombinere arbeid og familieliv.



Contents >>

Editorial: In nursing's safe hands	103
Contributions:	
Iver B. Neumann: How to create a reputation?	104
Egil W. Martinsen: Move your ass – and your mind will follow	107
Summarised research:	
Cochrane	108
Research news	112
Research articles:	
Gastronomy and diet in 18-month-old children with congenital heart defects. By Bente Silnes Tandberg, Ragnhild Eek Brandlistuen, Margareta Erika Vollrath, Leif Eskedal and Ingrid B. Helland	114
Next of kin's experiences with lung cancer patients' involuntary weight loss during the palliative phase. By Hilde Plathe and Liv Helene Jensen	124
Comment: Talk to relatives about the patient's weight loss. By Trine Oksholm	132
Nurses from abroad - from public to private responsibility? A critical look at Norwegian recruitment, policy debates and practices. By Marie Louise Seeberg	134
Comment: Norway needs more nurses. By Magne Hustavenes	141
Theoretical education during the pioneer years of nursing. By Jorunn Mathiesen	142
Comment: The past sheds light on current education. By Grethe Haugan	151
The relationship of the instructor-student nurse means a great deal to student nurses in clinical hospital praxis. By Grethe Haugan, Eva Aigeltinger and Venke Sørli	152
Comment: Transparency is important. By Renate Rosseland	159
Challenges in student nurse mentoring in clinical practice: A qualitative interview study of clinical instructors. By Eva Aigeltinger, Grethe Haugan and Venke Sørli	160
Comment: Supervisors' skills should be increased. By Lise Gladhus	167
Bladder dysfunction in people with multiple sclerosis. By Jannicke Frugård, Berit Rokne, Anne Britt, Rundhovde Skår and Monica W. Nortvedt	168
Comment: Mapping can improve multiple sclerosis sufferers' quality of life. By Heidi Lunde Andersen	177
Research in practice	178
Research Interview	180
New and useful	182



Innhold >>

Leder: Trygg i sykepleiehender	103
Innspill:	
Iver B. Neumann: Hvordan skapes omdømme?	104
Egil W. Martinsen: Move your ass – and your mind will follow	107
Oppsummert forskning:	
Cochrane	108
Forskningsnytt	112
Forskningsartikler:	
Gastrostomi og spisevaner hos 18 måneder gamle barn med medfødt hjertefeil. Av Bente Silnes Tandberg, Ragnhild Eek Brandlistuen, Margareta Erika Vollrath, Leif Eskedal og Ingrid B. Helland	114
Pårørendes opplevelser og erfaringer ved ufrivillig vekttap hos lungekreftpasienter i palliativ fase. Av Hilde Plathe og Liv Helene Jensen	124
Kommentar: Snakk med pårørende om pasientens vekttap. Av Trine Oksholm	132
Sykepleiere fra utlandet – fra statlig til privat ansvar? Av Marie Louise Seeberg	134
Kommentar: Norge trenger sykepleiere. Av Magne Hustavenes	141
Teoriundervisning i sykepleiefagets pionertid. Av Jorunn Mathiesen	142
Kommentar: Fortiden kaster lys over dagens utdanning. Av Grethe Haugan	151
Relasjonen til veilederen betyr mye for sykepleierstudenter i sykehuspraksis. Av Grethe Haugan, Eva Aigeltinger og Venke Sørli	152
Kommentar: Åpenhet er viktig. Av Renate Rosseland	159
Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. Av Eva Aigeltinger, Grethe Haugan og Venke Sørli	160
Kommentar: Veiledernes kompetanse bør økes. Av Lise Gladhus	167
Blæredysfunksjon hos personer med multipel sklerose. Av Jannicke Frugård, Berit Rokne, Anne Britt, Rundhovde Skår og Monica W. Nortvedt	168
Kommentar: Kartlegging kan bedre MS-pasienters livskvalitet. Av Heidi Lunde Andersen	177
Forskning i praksis	178
Forskerintervju	180
Nytt og nyttig	182