

forskning

02|15



Rus og vold hos alvorlig
psykisk syke menn

114



Mannlige pasienter med alvorlige psykiske lidelser, kombinert med skadelig bruk av alkohol og cannabis, utøver hyppigere vold mot andre hvis de samtidig har vrangforestillinger. I denne utgaven av **Sykepleien Forskning** har Bachmann med kollegaer undersøkt om det er forhøyet voldsrisiko ved bruk av særskilte kombinasjoner av ulike rusmidler hos menn med alvorlig psykisk lidelse. Studien indikerer at bruk av alkohol og cannabis hver for seg og i kombinasjon øker risikoen for voldsutøvelse. Risikoen for vold bør ikke undervurderes og forskerne anbefaler å bruke strukturerte voldsrisikoinstrumenter som en del av utredning før behandling.



Foto: Erik M. Sundt
Collage: Sykepleien

REDAKSJONSKOMITÉ:



Kristin Halvorsen
Førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.



Ellen Karine Grov
Professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.



Per Nortvedt
Professor ved Universitetet i Oslo.



Anners Lerdal
Seniorforsker ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og professor ved UiO.



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 OUS.



Lars Mathisen
Rektor ved Lovisenberg diakonale høyskole.

Sykepleien Forskning skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, for høyskoler og for studenter. Artikkene er fagfellevurderte. 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: Marit Leegaard
marit.leegaard@sykepleien.no

Medredaktører:

Siri Ytrehus: siri.ytrehus@diakonhjemmet.no
Birgitte Graverholt: birgitte.graverholt@hib.no
Kristin Haraldstad: kristin.haraldstad@uia.no
Kari Hanne Gjeilo: kari.hanne.gjeilo@stolav.no

Deskjournalist: Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Markedssjef: Ingunn Roald
ingunn.roald@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 2015:
12/3, 18/6, 24/9, 10/12

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

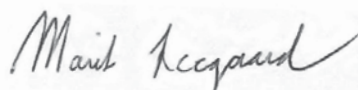
Forskning er internasjonalt

Forskning skal være kumulativ, altså bygge på tidligere forskning innen samme område. Derfor er vi avhengige av å bygge relasjoner med andre forskere og forskningsinstitusjoner nasjonalt og internasjonalt. Tildeling av eksterne forskningsmidler kommer ofte som et resultat av å ha deltatt i en robust forskergruppe med deltakere fra flere land med felles forskningsområde.

Sykepleieforskere må reise ut i verden og møte andre som forsker på det samme området. Du kan for eksempel møte dem ved en forskningsposter på en konferanse. Andre har startet fruktbare samarbeidsprosjekter ved å sende en e-post til korrespondende forfatter av en artikkel. Alt internasjonalt samarbeid handler om å bygge relasjoner, nettverk og god kommunikasjon. Språk kan være en utfordring, men som regel klarer de fleste å snakke sammen på engelsk. Likevel er det viktig å få bekreftet at du har forstått hva samtalepartnere sier, og være klar over at i mange kulturer foretrekker de å redde ansikt fremfor å innrømme at de ikke forstår. Det siste krever at du har kunnskap om både din egen og de andres kultur. Deltakelse på kulturelle arrangementer under en kongress kan faktisk bidra til større innsikt og bedre samarbeid på sikt.

Internasjonalt samarbeid fordrer at forskningen er tilgjengelig og derfor må den publiseres internasjonalt. Sykepleien Forskning har valgt å publisere på norsk, og det skal vi fortsette med. Alle forskningsartiklene har imidlertid et engelsk sammendrag og søkeord som har gjort det mulig å bli indeksert i CINAHL. Vi har også ambisjoner om å bli indeksert i PubMed. Da må vi sannsynligvis åpne for oversettelser av artiklene til engelsk og at artikkelen blir publisert både på engelsk og norsk på våre nettsider ved utgivelsesdato slik de gjør i Tidsskrift for Den norske legeförening. Dette kan gi norsk sykepleieforskning et større nedslagsfelt og gjøre norske sykepleieforskere til mer attraktive samarbeidspartnere internasjonalt.

God tur!



Redaktør Marit Leegaard

marit.leegaard@sykepleien.no

PhD fra Institutt for sykepleie, Universitetet i Oslo. Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.



Kampen for sykdomstilværelsen

› Det positive språket om sykdom har sine begrensninger.

Det er ofte stor avstand mellom språket vi bruker for å snakke om sykdom og den kroppslige erfaringen med å være syk. Da mener jeg ikke bare det kliniske språket. Det må nødvendigvis søke etter presisjon og objektivitet, og egner seg ofte dårlig til å fange det personlige og mellommenneskelige. Det kliniske språket har sine bestemte funksjoner og oppgaver, og de fleste som bruker det vet også at det har sine begrensninger.

SPRÅK

Men vi snakker også om sykdomserfaring med mange former for språk. Noen av disse formene er normative og disiplinerte. Journalisten Barbara Ehrenreich har, i en bok med den ironiske tittelen *Livets lyse sider*, skrevet om hva som skjer når språk fra selvhjelps- og selvutviklingslitteraturen blir brukt om sykdom. Hun fikk brystkreft i år 2000, og oppdaget da at både pasi-

entorganisasjoner, behandlere og den brede offentligheten hadde begynt å snakke om sykdommen ikke bare som om den var en *ytre fiende* – en man kunne «møte i kamp» og «overvinne», men også som om den var en «kilde til styrke», en opplevelse man kunne «vokse på».

PÅBUD

Positiv tenkning kan være viktig. Men Ehrenreich opplevde et *påbud* om å tenke og snakke positivt. I mange situasjoner var det ikke rom for å snakke om det som var deprimerende, utmattende og i bunn og grunn ganske forferdelig med å ha en livstruende sykdom – og heller ikke om ganske hverdagslige, men slitsomme erfaringer. Mange med hennes diagnose ble friske igjen, men langt fra alle. Hva med dem? Var det ikke rom for å snakke om deres opplevelser? Og enda verre: Var de ikke tilstrekkelig positive? Når sykdom blir

en kamp – kan man da anklages for ikke å kjempe hardt nok?

SYKDOM OG STATUS

Det kan virke paradoksalt at sykdom skal forstås som en positiv opplevelse. Men vi vet at det finnes mange kontraintuitive måter å tenke om sykdom på. Både innen og utenfor helsevesenet oppfattes noen sykdommer som mer forbundet med status og prestisje enn andre. Noen tilstander får mer medieoppmerksomhet; andre er det mer status å arbeide med.

Mest prestisje er det gjerne knyttet til sykdommer som kan behandles – sykdommer der helsepersonell kan *gjøre* noe. Lenger ned finner vi kroniske sykdommer og permanente funksjonsnedsettelse. Kanskje har dette noe å gjøre med den positive ideologien Ehrenreich tar for seg. Det er vanskeligere å skrive prestisje til en kamp som aldri blir «vunnet».



Foto: Ane Sangnes

” Vi vil jo så gjerne vektlegge det positive.

LIVSLANG SYKDOM

Det kan være ille å være syk, og verre å være alvorlig syk. Men det er ikke uvanlig. For mange er det hverdagslig. Mange kroniske sykdommer er livslange. De er ikke kamper mot en ytre fiende; de er tilstander man lever med. Livet med kronisk sykdom er på minst én måte som livet uten kronisk sykdom: Det har både positive og negative sider. Også når sykdommen ikke kan kureres.

Tilsvarende er det å ha en funksjonsnedsettelse noe av det mest hverdagslige som finnes. Det er en normaltilstand. Vel finnes det mange problemer – i form av dårlig tilrettelegging, ytre barrierer, fordommer, stereotypier og mangel på ressurser. Disse problemene kan sjelden løses med viljestyrke alene. Å ha en funksjonsnedsettelse kan ikke være en «kamp» uten at hele livet blir en kamp – en man i siste instans aldri vil

vinne. Vi trenger et annet språk enn som så.

HVERDAGSLIGE ERFARINGER

Hva slags språk kan vi bruke for å snakke om de hverdagslige erfaringene? Vi vil jo så gjerne vektlegge det positive. Det er vanlig å snakke om både kronisk syke og funksjonshemmete som *inspirerende*, om dem som «kjemper seg tilbake til livet» eller «overvinner alle hindringer».

Da er vi i Ehrenreichs territorium, der det positive og dramatiske er farlig nær å bli et påbud. Drama og spenning kan gi status. Men hva med dem som ikke klarer å iscenesette seg selv på en slik måte? Hva med dem som har oppturer og nedturer, som setter seg noen mål de når og andre mål de ikke når, som har kroppene de ikke rår over, og som forholder seg til hverdagen som hverdag?

ET ANNET SPRÅK

Den offentlige samtalen favner

ikke denne hverdagen så godt. Den offentlige samtalen ønsker seg helter (og noen ganger ofre). Den offentlige samtalen føres mye av tiden i et språk som dyrker de slående enkelthistoriene, og aller helst historiene som inspirerer, rører og beveger. Da faller ansvaret tilbake til enkeltindividene, som – i tillegg til å ha en sykdom eller en funksjonsnedsettelse – må passe på å fremstå i et positivt lys og føre et positivt språk. Da blir sykdommer og funksjonsnedsettelser ikke bare kroppslige erfaringer, med sosiale påbud: Slik skal du ha det, og slik skal du vise at du har det.

Vi trenger et annet språk. Vi trenger et hverdagslig språk som minner om at kroppene er forskjellige, om at sykdommer og funksjonsnedsettelser er forskjellige, og at begge deler er mange menneskers hverdags erfaring. Så kan vi begynne å snakke med hverandre om disse erfaringene.



Går du med planer om å skrive en vitenskapelig artikkel?

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

Eksempler på tema:

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

Master til pasientens beste

Kari Hanne Gjeilo

Forskningssykepleier og førsteamanuensis, Klinikk for hjertemedisin og Klinikk for thoraxkirurgi, St. Olavs Hospital, Nasjonal kompetansetjeneste for sammensatte symptomlidelser og Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU



› Pasientene skal ha fremragende behandling uansett hvor de befinner seg i pasientforløpet. Sykepleiere med master bidrar til dette.

I de siste par årene har det vært en heftig debatt om den såkalte «mastersyken». Det hevdes fra flere hold at det er for mange som tar masterutdanninger som samfunnet ikke trenger. Denne debatten har også involvert helsefagene, inkludert sykepleiergruppen. Debatten om mastersyken kan sies å være en avsporing. Det er innholdet i mastertilbudene og bruken av kompetansen i klinisk praksis som bør være kjernen i debatten, kompetanseheving i seg selv er neppe problemet.

At det er behov for en sterk faglig sykepleiergruppe som både kan forske og ta i bruk forskning, bør det herske liten tvil om. Eksempelvis ble «Fremragende behandling» nylig vedtatt som en overordnet visjon for St. Olavs Hospital. Det overordnede målet er at pasientene skal få den beste behandlingen som er tilgjengelig. Forskning og vitenskapelig doku-

mentasjon skal ligge til grunn for virksomheten. En forutsetning for å nå dette ambisiøse målet er at også sykepleiergruppen, som den største helseprofesjonsgruppen, tar i bruk eksisterende forskning, identifiserer kunnskapshull og områder for forskning og initierer og driver klinisk relevante forskningsprosjekter. Sistnevnte vil ofte kreve doktorgrad.

Det stilles store krav til at helsepersonell arbeider i tråd med internasjonale retningslinjer innenfor sitt fagfelt. Skal pasientene få oppdatert behandling og pleie og tilgang til det beste og nyeste, må man kunne vurdere ulike kunnskapskilder. Metodekunnskap og verktøy for å manøvrere systematisk i kunnskapsflyten er derfor avgjørende. Utviklingen innen medisin og sykepleie går raskt, og det er en utfordring å «henge med». Det er også et tankekors at en stor

andel av forskningen som gjennomføres aldri kommer pasientene til gode. Om forskningen tas i bruk, tar det gjennomsnittlig 17 år fra forskning gjennomføres til den omsettes til praksis. Videre tar det fra 6 til 13 år fra anbefalinger publiseres i systematiske oversiktsartikler, retningslinjer og lærebøker til de faktisk tas i bruk (1). Vi kan altså bli bedre til å ta i bruk forskningsresultater.

Til sjuende og sist handler det om at pasientene skal ha fremragende behandling og pleie enten de befinner seg på sykehus, sykehjem eller i andre deler av pasientforløpet. Mas om master og forskerkompetanse er derfor til pasientenes beste!

REFERANSE

Green LW, Ottosen JM, García C. Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annu Rev Public Health.* 2009;30:151–74.

Individuell behandlings- og oppfølgingsplan kan gi større tro på egen mestring

Personer som har kroniske eller langvarige helseutfordringer får trolig større tro på egen mestring og færre depresjonssymptomer ved individuell behandlings- og oppfølgingsplan. Selvpålevd helse og fysiske helseutfall som langtidsblodsukker (HbA1c), blodtrykk og kolesterol påvirkes trolig i liten eller ingen grad. Det viser en ny Cochrane-oversikt.

HVA SIER FORSKNINGEN?

I systematiske oversikter oppsummeres tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av en individuell behandlings- og oppfølgingsplan («personalised care planning»), sammenliknet med vanlig oppfølging eller utvidet vanlig oppfølging. I en individuell behandlings- og oppfølgingsplan oppmuntres personen til å delta aktivt i å sette mål for behandling og oppfølging, lage handlingsplaner og avgjøre hva slags støtte som er nødvendig for å innfri handlingsplanene. En fagperson sørger for at alle tiltak som inngår i handlingsplanen; tester, behandlinger, undervisning og annen støtte, er godt samordnet og lett tilgjengelig for pasienten. Fagpersonen gir også støtte og oppmuntning som er skreddersydd behovene personen har. Det forutsetter samvalg om behandling og oppfølging. Det overordnede målet med individuell behandlings- og oppfølgingsplan er å gi gode, effektive og helhetlige pasientfor-

løp i helse- og omsorgstjenesten.

Forfatterne fant at individuell behandlings- og oppfølgingsplan:

- trolig øker mestringstro hos personer med langvarige helseutfordringer (middels tillit til resultatet)
- trolig reduserer depresjonssymptomer hos personer med langvarige helseutfordringer (middels tillit til resultatet)
- trolig gir små positive forskjeller i fysiske helseutfall som langtidsblodsukker og blodtrykk hos personer med langvarige helseutfordringer (middels tillit til resultatet)
- trolig gir liten eller ingen forskjell i egenopplevd helse og kolesterol hos personer med langvarige helseutfordringer (middels tillit til resultatet)

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i juli 2013, og fant 19 studier med til sammen 10 856 voksne som hadde kroniske eller langvarige helseutfordringer, som de inkluderte i oversikten.

Tretten av studiene var utført i USA, og én hver i Australia, Kina, Danmark, Nederland, Storbritannia og Taiwan. Tolv studier foku-

serte på personer med diabetes, tre på psykisk helse, én på hjertesvikt, én på nyresykdom, én på astma og én på personer med ulike kroniske eller langvarige helseutfordringer. Oversiktsforfatterne undersøkte studier hvor personer med kroniske eller langvarige helseutfordringer ble eksplisitt engasjert i samvalg med fagperson om både målsetting og handlingsplaner.

Ulike tiltak har blitt utviklet for å oppmuntre til eller støtte individuell behandlings- og oppfølgingsplan. Disse kan være rettet mot personer med kroniske eller langvarige helseutfordringer, fagpersoner eller begge. Primærutfallene var helse og velvære (fysisk helse, psykisk helse, egenopplevd helse) og evne til å mestre eller håndtere den langvarige helseutfordringen (kunnskap om den langvarige helseutfordringen og behandlings- og oppfølgingsvalg, mestringstro, aktivisering, å føle trygghet eller oppleve kompetanse og evne til å finne relevant støtte). Sekundærutfall var helserelatert atferd (som spisevaner, trening, røyking og avslapningsteknikker) og bruk av helse- og omsorgstjenester og uønskete hendelser.

Selv om alle de inkluderte studiene undersøkte tiltak som besto i individuell behandlings- og oppfølgingsplan (målsetting pluss handlingsplan), så var det stor variasjon i måten dette ble utført på og bruk av verktøy og teknikker for å støtte denne prosessen. I alle 19 studiene besto tiltaket av komponenter som



Illustrasjon: Lene Ask

er ment å støtte atferdsendring hos personen, enten ansikt til ansikt eller via telefon.

Tre av studiene foregikk i spesialisthelsetjenesten og resten i primærhelsetjenesten eller i nærmiljøet. I de fleste studiene var målet å forandre personens atferd (15 studier), mens det i fire studier var et mål å forandre både personen og fagpersonens atferd.

Ulike teknikker og verktøy ble brukt i tiltakene. Disse besto i pasientinformasjonspakker (DVD, dataprogrammer eller hefte); hjelpemidler/opplæringsverktøy ('prompts') (som arbeidsdokument og samvalg); strukturerte konsultasjoner eller møter hvor ulike støttende og veiledende metoder som motiverende intervju ble brukt; hjelpemidler/opplæringsverktøy for fagpersoner; likepersonsarbeid (støtte fra andre

i samme situasjon); individ- og gruppebaserte møter. I de fleste studiene var det sykepleiere som ledet behandlings- og oppfølgingsprosessen (14 studier) mens det i én var lege, i to var det likeperson og i to psykolog eller sosialarbeider. Ni av nitten studier nevnte teoretiske rammeverk, hvorav fem refererte til 'Chronic Care Model', én til 'Rogers' Science of Unitary Human Beings', én til Prochaska og di Clemente's 'Stages of Change theory', én til Banduras 'Social Cognitive Theory' og én til 'Stanford Chronic Disease Self-management Programme'. Sammenlikningsgruppen var vanlig oppfølging i 12 studier, mens resterende besto i ulike typer av utvidet vanlig oppfølging som helseinformasjon, gruppeopplæring eller økt tilgang til fastleger eller andre fagpersoner.

Skrevet av **Marita S. Fønhus** og **Signe Flottorp**, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse.

REFERANSER:

Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD010523.

Les hele oversikten i Cochrane Library (fri tilgang for norske IP-adresser): <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010523.pub2/abstract>



Mestringstiltak for personer med kols

Personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) får trolig noe bedre livskvalitet og færre sykehusinnleggelseser når de får opplæring og veiledning i hvordan de kan mestre hverdagen med langvarige helseutfordringer. Det viser en nylig utgitt systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet.

HVA SIER FORSKNINGEN?

I systematiske oversikter samles tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av ulike mestringstiltak for personer med kols. Nedenfor vises resultatene for mestringstiltak sammenliknet med vanlig oppfølging.

Hos personer med kols vil mestringstiltak:

- trolig gi noe bedre livskvalitet (middels tillit til resultatet)
- muligens redusere tung pust noe (liten tillit til resultatet)
- muligens føre til liten eller ingen forskjell i gangdistanse (liten tillit til resultatet)
- trolig føre til færre sykehusinnleggelseser på grunn av kols (middels tillit til resultatet)
- trolig føre til færre sykehusinnleggelseser totalt (middels tillit til resultatet)
- er det usikkert om mestringstiltak påvirker i medikamentbruk (liten tillit til resultatet)
- er det usikkert om mestringstiltak påvirker dødelighet (svært liten tillit til resultatet)

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i august 2011 og fant 29 studier med til sammen 3189 deltakere som de inkluderte i oversikten. Vi rapporterer resultater fra 23 studier som sammenliknet mestringstiltak med standard behandling.

Mestringstiltakene hadde noe ulikt innhold, men besto blant annet av undervisning om sykdommen, røykeslutt, egenbehandlingsplan ved forverring, råd om trening, kosthold, bruk av medikamenter, avspenning og håndtering av pustebesvær.

Pasientene ble rekruttert både fra primærhelsetjenesten og poliklinikker på sykehus. Varighet og oppfølging av tiltakene varierte fra to til 12 måneder. Seks studier sammenliknet ulike komponenter av mestringstiltak direkte. På grunn av variasjon i tiltak, populasjon og oppfølgingstid er det ikke mulig å si noe om hvilken form og innhold

som er å foretrekke når det gjelder mestringstiltak.

Primærutfall var livskvalitet og sykehusinnleggelse. Andre utfallsmål var tungpustethet, medikamentbruk (bruk av kortikosteroider), gangdistanse og dødelighet.

En stor takk for bidrag med teksten rettes til Kari Hvinden, spesialrådgiver i ved Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH).

Skrevet av **Marita S. Fønhus og Kristin T. Dahm**, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse

REFERANSER

Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PDLPM, Zielhuis GA, Monnikhof EM, van der Palen J, Frith PA, Effing T. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD002990. Les hele oversikten i Cochrane Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002990.pub3/abstract>





Illustrasjon: Lene Ask

Forskningsnytt

Nytt fra internasjonal forskning presentert og kommentert av **Marit Leegaard**, redaktør i Sykepleien Forskning og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Kontinuitet i hjemmesykepleien

Ledere i hjemmesykepleien prioriterer noen ganger personalets behov foran brukernes behov for kontinuitet. Dette går frem av en undersøkelse av ledere i kommunehelsetjenesten og deres forståelse av begrepet kontinuitet og hva lederne gjør for å sikre kontinuitet til brukerne.

Problemstillingene ble undersøkt ved hjelp av et kvalitativt design og bruk av semistrukturerte intervjuer. Ledere ved 15 omsorgsdistrikt av ulik størrelse i ti norske kommuner, ble invitert til å delta. Seksten sykepleiere med lederansvar ved de tolv distriktene

som ønsket å delta, utgjorde studiens utvalg. Av disse var 14 kvinner. Ledererfaringen deres varierte fra seks måneder til 28 år. Intervjuene ble gjennomført i 2009 og 2010 og varte fra 30 til 60 minutter. Intervjuene startet med at informantene ble bedt om å beskrive deres hovedoppgaver som ledere for deretter å fokusere på kontinuitet i helsetjenestene til brukerne.

Selv om lederne beskrev at deres hovedoppgave var å sørge for god kvalitet på helsetjenestene, og at brukerne fikk hjelp av et begrenset antall personer, var det også viktig å ta vare på de ansatte. Lederne framhevet at trivsel hos ansatte var viktig for å redusere sykefraværet. Å ha god kjennskap til den enkelte bruker var nøkkelen til god sykepleie. Lederne beskrev to organisasjonsmodeller som bidro til dette. Den ene gikk ut på at ansatte hadde ansvaret for et begrenset antall brukere mens i den andre var ansatte organisert som mindre team som

hadde ansvaret for en gruppe pasienter. Innenfor teamet kunne ansatte variere mellom hvilke brukere de fulgte opp. Å følge opp bestemte pasienter over tid kunne i enkelte tilfeller være belastende på de ansattes fysiske og psykiske helse. Spesielt gjaldt dette «tunge» brukere. Lederne brukte ofte begrepet «tunge» om brukere med store og sammensatte behov for helsetjenester. Siden lederne hadde ansvaret for helse og trivsel til ansatte, forebygget utbrenthet og sykmelding, valgte de i noen grad å prioritere ansattes behov framfor brukernes. Det ble også argumentert med at det at én ansatt over lengre tid følger opp en bruker kunne være negativt hvis vedkommende overså viktige tegn og symptomer.

REFERANSE

Gjevjon ER, Romøren TI, Kjos BO, Hellesø R. Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *J Nurs Manag* 2013;21:182-90.

KOMMENTAR

Tradisjonelt er kontinuitet i omsorgen ansett som en forutsetning for god kvalitet på helsetjenester. Kunnskap om lederes syn på kontinuitet er derfor av interesse. Undersøkelsen beskriver hvilke avveininger ledere tar og hvordan de forsøker å balansere ansattes og brukeres behov.

Effekt av samhandling mellom pasienter og syke

Samhandlingen mellom pasienter og sykepleiere påvirket pasientenes depresjons- og angstsymptomer. Ifølge forfatterne forekommer depresjon fire ganger oftere hos eldre pasienter på sykehjem sammenliknet med eldre pasienter som bor hjemme. De ønsket derfor å studere sammenhenger mellom samhandlingen pasient-sykepleier og pasientenes depresjons- og angstsymptomer

hos sykehjemspasienter uten kognitiv svikt.

Forskningsopplegget var lagt opp som en tverrsnittsstudie. Hele 250 sykehjemsbeboere i 2008 og 2009 i 44 forskjellige sykehjem sentralt i Norge ble invitert til å delta. Inklusionskriteriene var beboere som hadde langtidsplass, hadde bodd på sykehjemmet i minst seks måneder, hadde samtykkekompetanse og var i stand til å bli intervjuet. Intervjuene

var strukturert ut fra standardiserte spørreskjemaer. Den 14 spørsmål lange Nurse-Patient Interaction Scale ble brukt til å kartlegge samhandlingen mellom pasienter og sykepleiere. Pasientene svarte ved hjelp av en numerisk rangeringsskala fra 1 til 10. Pasientenes angst og depresjon ble kartlagt ved hjelp av Hospital Anxiety and Depression Scale. Dette skjemaet består av 14 spørsmål hvorav sju omhandler symptomer på

> 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 marit.leegaard@sykepleien.no

Hva mener personer med psyksiske lidelser selv bidrar til bedring?

Personens indre prosess, hjelp fra andre og deltakelse i sosiale og meningsfulle aktiviteter er nøkkelfaktorer for bedringsprosesser hos personer med psyksiske helseproblemer. Dette konkluderer Martin Salzmann-Erikson med etter en litteraturgjennomgang og sammenfatning av forskningsartikler om Recovery hos personer med psyksiske helseproblemer. Hensikten var å beskrive faktorer som personene selv har erfart bidrar til bedring.

Den integrerende litteraturgjennomgangen tok utgangspunkt i en metode som besto av fem trinn: Klargjøring av problemstilling, litteratursøk, vurdering av data, dataanalyse og presentasjon. Artikler som var fagfellevurderte, engelskspråklige, var publisert etter år 2000, hadde kvalitative design og omhandlet bedringsprosesser hos personer med funksjonsproblemer på grunn

av psyksiske helseproblemer ble inkludert i gjennomgangen. Det ble søkt i PsycInfo, Cinahl, Doaj og Google Scholar. Det ble ikke søkt i medisinske databaser. Med utgangspunkt i 69 sammendrag av publikasjoner tilfredsstilte 14 artikler inklusjonskriteriene og inngikk dermed i gjennomgangen. Analysen av artiklene ble gjennomført etter prinsipper beskrevet av Whittemore og Knaf. Syntesen av artiklene resulterte i tre hovedtemaer: Recovery er en indre prosess som handler om å se seg selv og akseptere seg selv og sin situasjon. Troen på fremtiden, håpet og å ta ansvar for egen utvikling er sentralt. Det andre hovedtemaet handler om at personer i omgivelsene er viktige for recovery. Dette inkluderer fagpersoner, familiemedlemmer, venner eller Gud. Ett eksempel som ble gitt var når personen i psykoterapi fikk mulighet til å snakke om

sine innerste tanker og følelser under trygge omgivelser. Den siste hovedkategorien var deltakelse i sosiale og meningsfulle aktiviteter. Dette omhandlet blant annet undervisning, støttegrupper og fritidsaktiviteter.

REFERANSE

Salzmann-Erikson M. An integrative review of what contributes to personal recovery in psychiatric disabilities. *Issues Ment Health Nurs* 2013;34:185-91.

Som helsearbeidere har vi mye kunnskap om diagnoser, symptomer og behandlingsformer. Recovery-tilnærmingen snur dette til dels på hodet ved å legge til grunn at mye av grunnlaget for å få til bedring ligger i kunnskapene personer med psyksiske helseproblemer har tilegnet seg gjennom erfaringer med hvordan problemene kan takles på en best mulig måte.

KOMMENTAR



pleiere på sykehjem

depresjon og sju omhandler angstsymptomer. Hvert spørsmål har fire rangerte svaralternativer.

Av beboerne som ble invitert til å delta, valgte 202 (81 prosent) å delta. Alderen varierte fra 65 til 104 år. Kvinneandelen var 72 prosent. Gjennomsnittlig botid på sykehjem var 2,6 år. Forskerne fant at 70 prosent av pasientene hadde ingen depresjon og 26 prosent liten eller moderat depresjon. Hele 88 prosent hadde ingen angst.

Ved hjelp av en avansert statistisk metode konkluderer forfatterne med at god pasient-sykepleiersamhandling var direkte relatert til mindre depresjonssymptomer og indirekte til mindre angstsymptomer.

REFERANSER


Haugan G, Innstrand ST, Moksnes UK. The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *J Clin Nurs*

Mens denne studien viser betydningen av samhandling mellom pasienter og sykepleiere hvor de er fysisk nærværende, har dagens samfunn mye oppmerksomhet rettet mot elektronisk samhandling. Det er naturlig å spørres seg om elektronisk samhandling innvirker likedan, bedre eller dårligere på pasienters depresjons- og angstsymptomer.

KOMMENTAR







RUSMIDLER OG VOLD BLANT MENN MED ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER



Foto: Erik M. Sundt



Illustrasjonsfoto:
Erik M. Sundt



SAMMENDRAG

Bakgrunn: Bruk av rusmidler hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse gir en økt risiko for voldsutøvelse. Spesielt bruk av flere rusmidler og bruk av amfetaminer og alkohol er assosiert med voldsatferd.

Hensikt: Denne studien undersøker sammenhengen mellom forskjellige rusmidler og vold mot andre hos en gruppe mannlige pasienter (N=146) med alvorlige psykiske lidelser og gjentatte eller lengre innleggelse i psykiatrisk sykehus. Dette ble gjort ved å undersøke om det er en forhøyet voldsrisiko forbundet med ikke-paranoid og paranoid psykose,

TCO-symptomer (Perceived Threat and Control Override) og bruk av stimulanter, cannabis, opioider og alkohol, og om det finnes særskilte kombinasjoner av disse faktorene som øker voldsrisiko

Metode: Forekomsten av rusbruk, vold, TCO-symptomer og diagnoser ble kartlagt med av en sjekklister. Signifikante variabler fra bivariate analyser ble lagt inn stegvis i logistisk regresjonsanalyse, enkeltvis og parvis.

Resultater: Alkohol og cannabis var forbundet med en signifikant høyere risiko for voldsutøvelse, med oddsra-

tioer (OR) på henholdsvis 6.4 og 6.7. Bruk av stimulanter predikerte ikke vold etter at effekten av cannabis ble kontrollert for. Av diagnoser og symptomer ga spesielt TCO-symptomet «å føle seg styrt av ytre krefter» en signifikant høyere risiko for voldsutøvelse [OR 5.8]. Pasienter som brukte alkohol og cannabis hadde en signifikant høyere voldsforekomst hvis de også hadde TCO-symptomer.

Konklusjon: Undersøkelsen viste at bruk av alkohol og cannabis i kombinasjon med vrangforestillinger kan gi en markant høyere risiko for voldsutøvelse hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse.

ENGLISH SUMMARY

Does use of specific substances increase risk of violent behaviour among men with severe mental disorders?

Background: Use of multiple substances and amphetamines increases risk of violent behaviour among individuals with severe mental disorders.

Objective: This study compares the importance of different drugs for violence risk in patients with severe mental disorders. This was done by examining (1) whether there is an elevated risk of violence associated with non-paranoid and paranoid psychosis, TCO symptoms and the use of stimulants, cannabis, opioids and alcohol, and (2) if there are specific

combinations of these factors that increase the risk of violence.

Method: The incidence of substance use, violence, Perceived Threat and Control Override symptoms (TCO), and diagnoses were identified in a group of male patients (N = 146) with repeated or prolonged hospitalisation in a psychiatric hospital. Significant variables from the bivariate analyses were entered individually and in pairs in stepwise multivariate logistic regression analysis.

Results: Alcohol and cannabis were associated with a significantly higher risk of violent behaviour, with odds ratios (OR) of 6.4 and 6.7, respectively. Stimulant use was not a signi-

ficant predictor of violence when the effect of cannabis was controlled for. Among diagnoses and symptoms, the TCO symptom 'to feel controlled by external forces' significantly increased violence risk [OR 5.8]. Introducing TCO in the regression analyses increased the OR for violence in patients with alcohol and cannabis use.

Conclusion: The combination of alcohol and cannabis use with the delusion that one's thoughts are controlled by forces beyond one's control, may significantly increase risk of violent behaviour in individuals with severe mental illness.

Keywords: severe mental illness, TCO, alcohol, cannabis, violence

» Bruk av spesifikke rusmidler gir økt risiko for voldsutøvelse hos menn med alvorlige psykiske lidelser

Forfattere: Kristian Bachmann,
Roar Fosse og Stål Bjørkly

NØKKELORD

- Psykisk lidelse
- Rus
- Alkohol
- Cannabis
- Vold

INTRODUKSJON

Befolkningsstudier har vist en noe større risiko for voldsutøvelse hos personer med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, andre psykoselidelser, bipolar lidelse og alvorlige personlighetsforstyrrelser (1–4). Basert på både forskning (5–8), kliniske erfaringer og medias framstilling av hendelser i samfunnet, er det økt oppmerksomhet og bekymring for vold særlig ved paranoid psykosetilstander. Selv om det bare er en liten andel pasienter som utøver vold i denne gruppen, så er det viktig å identifisere kjennetegn som er typiske for akkurat disse pasientene.

Enkelte av symptomene ved schizofreni og andre psykoselidelser ser ut til å øke risikoen for voldsutøvelse. Dette gjelder særlig såkalte TCO-symptomer (perceived threat and control

override) (6,9). Dette er vrangforestillinger om at andre vil skade en, at ens tanker eller følelser er styrt av ytre krefter, og at tanker er plassert i ens hode (9,10). To metastudier fant at hallusinasjoner, vrangforestillinger og særlig TCO-symptomer kunne assosieres med vold hos personer med schizofreni og andre psykoselidelser (2,7). Pasienter med vrangforestillinger som utløser sterkt emosjonelt ubehag, kan ha en høyere risiko for å utøve vold enn de med vrangforestillinger som ikke gir sterkt ubehag (8). Frykt, stress og bekymringer på grunn av vrangforestillinger kan altså være en sentral forklaringsfaktor (8).

Elbogen & Johnson (3) vektlegger at det ikke er alvorlige psykiske lidelser i seg selv som predikerer voldsatferd, men heller andre faktorer som er assosiert med psykisk lidelse. Bruk av rusmidler er en slik faktor og øker risikoen for voldsutøvelse i befolkningen generelt. Spesielt gjelder dette alkohol, kokain og metamfetamin, men også cannabis (11,12). Også for personer med alvorlig psykisk lidelse er rusmiddelbruk trukket frem som risikofaktor for voldsutøvelse,

spesielt hos de med psykoselidelser (9,13,14). Bruk av rusmidler sees hyppig hos mennesker med disse lidelsene (10). En nyere publisert studie fra Norge undersøkte risiko for voldsutøvelse hos mannlige pasienter med alvorlig psykisk lidelse som brukte rusmidler. (15). Studien viste at bruk av flere forskjellige rusmidler kunne ha en kraftig

Hva tilfører artikkelen?

Funnene i artikkelen tyder på at pasienter med alvorlig psykisk lidelse og skadelig bruk av cannabis og alkohol, har høyere risiko for voldsutøvelse hvis de også lider av ubehagelige vrangforestillinger.

Mer om forfatterne:

Kristian Bachmann er psykiatrisk sykepleier med master i helsefag, ansatt ved Molde Behandlings-senter som tilbyr spesialisert rusbehandling. Roar Fosse er forsker i klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF. Stål Bjørkly er professor i klinisk psykologi, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Molde og forskningsveileder ved kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus. Kontaktperson: kristian.bachmann@helse-mr.no.

kumulativ effekt på risikoen for voldsutøvelse i pasientgruppen. Hos personer med alvorlig psykisk lidelse, men uten rusmiddelbruk synes imidlertid risikoen for voldsutøvelse ikke å være større enn i befolkningen for øvrig. Det er derfor grunner til å anta at økt voldsutøvelse ved psykose og annen alvorlig psykisk lidelse kan knyttes til bruk av rusmidler.

Man bør også være oppmerksom på at et komplekst samspill med flere faktorer enn bruk av rusmidler kan virke inn på voldsutøvelse hos mennesker med psykoselidelser. Det gjelder faktorer som tidligere voldshistorikk, atferdsavvik i

brukte andre rusmidler som for eksempler stimulanter. Når det gjelder cannabis, fant en reviewstudie (17) at marihuana inntatt i moderate doser kan ha en nøytral eller dempende virkning på aggressiv atferd.

Oppsummert ser man at bruk av rusmidler kan være en betydelig risikofaktor for vold hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse, gjerne i faser av lidelsen som kan føre til hospitalisering. Få tidligere studier har undersøkt sammenhengen mellom et bredt spekter av rusmidler og voldsutøvelse, eller hvordan dette interagerer med ulike diagnoser og spesifikke symptomer, særlig

(n=146) med gjentatte innleggelser i psykiatriske sengeposter i Vestre Viken HF i perioden 2008–2011. Eksklusjonskriterier var: kun rusdiagnose uten diagnose for psykisk lidelse, organisk hjerneskade, Tourettes syndrom, autisme og psykisk utviklingshemming. Gjennomsnittsalder i pasientgruppen var 40,6 år (SD=13,0). Gjennomsnittlig antall innleggelser var 13,7 (SD=15,6). To fagpersoner brukte en sjekkliste til å gå gjennom informasjon om hver pasient i elektronisk pasientjournal for de fem siste årene. Femti av journalene ble tilfeldig valgt ut for å regne ut interater reliabilitet målt med Cohens Kappa (k). Resultatene viste høy interater reliabilitet.

” Vold var definert som fysisk vold utført i samfunnet utenfor sykehus.

barndom eller oppvekst (conduct disorder), lavere alder, mannlig kjønn, livskriser som samlivsbrudd og arbeidsløshet, å ha blitt utsatt for overgrep og vold (viktisering), og høy paranoid beredskap (3,7,10). Douglas, Guy og Hart (2) fant i en meta-studie at faktorer som antisosial personlighet eller psykopati, og tidlig debut med kriminalitet var større risikofaktorer for voldsutøvelse enn psykoselidelser.

Flere studier angir en sammenheng mellom bruk av (gjerne illegale) rusmidler og voldsutøvelse hos personer med alvorlig psykisk lidelse (3,10,16). Ofte uten å spesifisere hvilke rusmidler det er snakk om. Blant spesifiserte rusmidler assosiert med vold finner man alkohol (16–18). Det er også antydnet en sammenheng mellom sentralstimulerende stoffer og økt voldsatferd (14,17). En studie (19) anga at opioidbruk er assosiert med vold, men med den begrensning at studiepopulasjonen også

TCO-symptomer. Dermed har man i liten grad undersøkt slike sammenhenger i multivariate design.

Vi ønsket å undersøke hvilke rusmidler som er assosiert med voldsutøvelse og betydningen av spesifikke diagnose eller spesielle psykosesymptomer alene eller i kombinasjon med rusmidler. Vi undersøkte dette i en gruppe mannlige pasienter med hyppige innleggelser i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern med utgangspunkt i to forsknings-spørsmål: 1. Er det en forhøyet voldsrisiko forbundet med ikke-paranoid og paranoid psykose, TCO-symptomer og bruk av forskjellige typer rusmidler (stimulanter, cannabis, opiater og alkohol)? 2. Finnes det særskilte kombinasjoner av disse faktorene som øker voldsrisikoen?

METODE

Problemstillingene ble undersøkt i perioden 2008–2011 i en gruppe mannlige pasienter

Forskningsetikk

Innhenting av de data som ligger til grunn for studien er vurdert av REK til å være systematisk egenevaluering og utenfor deres mandat. Publikasjon basert på datasettet er godkjent per tilråding av Personvernombudet i Vestre Viken HF. Studien omhandler en sårbar gruppe mennesker, og forfatterne ønsker å vektlegge at funn og resultater i vår studie ikke generelt må forstås som at mennesker med psykiske lidelser og bruk av rusmidler representerer en voldsrisiko. Denne registerstudien uten informert samtykke ivaretar ikke brukernes opplevelse og forståelse av de undersøkte sammenhengene. Studien berører heller ikke kjønnsaspekter i forhold til problemstillingene, da studien ikke inkluderte kvinner.

Diagnoser

ICD-10 diagnoser for psykisk lidelse og skadelig bruk av ett eller flere rusmidler ble hentet

fra elektroniske pasientjournaler. Av de 146 deltakerne hadde 87 (59,6 prosent) en diagnose, 50 (34,2 prosent) hadde to diagnoser og ni (6,2 prosent) hadde tre. De med to eller flere diagnoser ble lagt inn i studien med hoveddiagnose. Hoveddiagnosene ble videre fordelt i fem overordnede kategorier: paranoid psykose (n=41), andre psykoselidelser (n=46), bipolar lidelse (n=23), personlighetsforstyrrelser (n=23) og stemningslidelser (n=34).

Bruk av rusmidler

Bruk av cannabis, alkohol, stimulanter og opioider ble definert som at minst ett av følgende kriterier var til stede: 1) ICD 10 rusdiagnose dokumentert gjennom pasientjournal. 2) Skåre over diagnostisk grenseverdi på strukturerte skjema: AUDIT (Alcohol use disorder identifications test) (20) eller DUDIT (Drug use disorders identification test) (21). 3) Annen informasjon i pasientjournal som kvalifiserte pasienten for en ICD-10 rusdiagnose. Sistnevnte inkluderte pågående rusbehandling ved institusjon, selvrapportert bruk av minst seks halvliter øl eller en halvliter sprit daglig over minst to uker, positiv på urinprøver for et rusmiddel over minst to uker, behandling for alkohol delirium eller selvrapportert bruk av stimulanter mer enn tre ganger ukentlig over en måned. Interrater-reliabiliteten for skåringen av rusmisbruk var høy, $k=0,87$ ($p < 0,001$) mellom de to skårene (15).

TCO

Forekomst av Perceived threat and control override symptomer ble kartlagt med tre spørsmål basert på Link og Stueve (10): 1) Har du opplevd at dine

tanker/følelser er styrt av krefter utenfor din kontroll? 2) Har du opplevd å ha tanker plassert i hodet som ikke er dine egne? og 3) Har du følt at andre mennesker vil skade deg? Interrater reliabiliteten for mål på TCO-symptomene var god, $k=0,54$ ($p < 0,001$) (15).

Vold

Vold var definert som fysisk vold utført i samfunnet utenfor sykehus. Dette ble operasjonalisert som knivstikking, målrettede slag eller spark, nedskalling, kasting av tunge gjenstander mot andre, voldtekt eller dommer for legemsbeskadigelse. Vold beskrevet i pasientjournalene var innrapportert fra forskjellige kilder: Pasienten selv, pårørende, fastleger og politi. De fleste deltakerne var også undersøkt med et strukturert skjema for vold, V-RISK-10 (22). Interrater-reliabiliteten for skåringen av voldsutøvelse var høy, $k=0,87$ ($p < 0,001$) (15).

Statistiske analyser

Det ble utført krysstabulering mellom kategoriske variabler. Pearson's kji-kvadrat test ble brukt for å undersøke hvilke variabler som var forskjellige for de med vold og de uten vold. Variabler som var signifikant hyppigere eller lavere hos de med vold enn de uten ble tatt med i logistisk regresjonsanalyse. Voldsutøvelse ble brukt som dikotom avhengig variabel. Korrelasjoner mellom ulike variabler ble testet med Pearson's r.

Stegvis regresjonsanalyse ble utført på to måter. Først ble potensielle forklaringsvariabler lagt inn enkeltvis (tabell 2). Etterpå ble variablene cannabis, stimulanter, alkohol og TCO «styrt av ytre krefter» og «frykt for at andre vil skade en»

lagt inn som parkombinasjoner i hvert steg (tabell 3), i tillegg til diagnosen paranoid psykose. Den parvise innleggingen av variabler ble gjort for bedre å korrigere for at flere av pasientene var fordelt på flere rus- og symptomvariabler samtidig. Man kunne dermed bedre identifisere eventuelle differanser mellom variablenes enkeltstående og kombinerte effekt på voldsutøvelse.

Signifikanskravet ble satt til 5 prosent, og konfidensintervaller med 95 prosent sannsynlighet for riktig oddsratio ble brukt. P-verdier mellom 0,05 og 0,10 ble vurdert som en statistisk tendens (trend). Vi brukte Cox Snell R Square og Nagelkerke for estimering av forklart varians i modellene. Alle analysene ble gjennomført i SPSS versjon 18.

RESULTATER

Enkeltvariabler knyttet til vold

I utvalget var det 47 pasienter som utøvde vold i løpet av de fem siste årene før siste innleggelse. Ofre for volden var 35 familiemedlemmer eller andre i nære relasjoner og 21 var ukjente personer. Fem pasienter hadde utøvd planlagt vold som en del av gjengvirkosomhet eller organisert kriminalitet.

Tabell 1 viser forekomsten av rusbruk, diagnoser og TCO-symptomer hos undergruppen som hadde utøvd vold og de uten voldsutøvelse. Alle de fire rusmidlene som ble undersøkt, så vel som forekomsten av paranoid psykose og to av tre TCO-symptomer, forekom signifikant oftere blant voldsutøverne, se tabell 1.

De fleste av pasientene brukte flere rusmidler samtidig. Blant 51 pasienter som brukte cannabis, brukte 37 også stimulanter

($r = 0,73$, $p < 0,001$) mens 25 også brukte alkohol ($r = 0,24$, $p = 0,004$). Det var også en signifikant sammenheng mellom bruk av opioider og cannabis ($r = 0,41$,

ikke signifikant når cannabis ble introdusert i steg 2 (tabell 2). Opioider var ikke signifikant i noen steg. Alkohol og cannabis var signifikante i alle stegene.

De fleste av pasientene brukte flere rusmidler samtidig.

$p < 0,001$); cannabisbruk forekom hos alle de 12 pasientene med opioidebruk. Alkohol og stimulantbruk var også overlappende ($r = 0,23$, $p = 0,005$), og bruk av stimulanter forekom hos 21 av 49 pasienter som brukte alkohol.

Pasientene hadde flere diagnoser/symptomer samtidig. Av de 18 med TCO «sturt av ytre krefter», hadde 14 også TCO «andre vil skade en» ($r = 0,42$, $p < 0,001$) og 12 hadde paranoid psykose ($r = 0,32$, $p < 0,001$).

Multivariat analyse

Stimulanter var signifikant assosiert med vold i første steg av regresjonsanalysen, men var

Av diagnose eller symptomer var kun TCO «sturt av ytre krefter» signifikant (tabell 2). Ved bruk av parete variabler (tabell 3) var stimulanter i par med henholdsvis alkohol og cannabis signifikant knyttet til økt vold, men disse kombinasjonene var ikke signifikante når alkohol og cannabis ble introdusert som par. Dette paret forble signifikant i alle steg. TCO «sturt av ytre krefter» og TCO «frykt for at andre vil skade en» i par var signifikant. De uavhengige variablene i de multivariate analysene forklarte henholdsvis 82,2 prosent (tabell 2) og 80,1 prosent (tabell 3) av variasjonen i voldsforekomst.

DISKUSJON

Vi fant at bruk av cannabis var sterkest knyttet til voldsutøvelse, tett fulgt av stimulantbruk og alkohol. Også kombinert bruk av cannabis og alkohol hadde en sterk effekt på vold. Alkohol og cannabis så i liten grad ut til å påvirke hverandres effekt på voldsutøvelse og av disse to ble alkohol i minst grad påvirket av andre variabler. Sammenhengen mellom stimulantbruk og voldsutøvelse ble svekket ved samtidig bruk av cannabis og alkohol. Resultatene indikerer samtidig en økt voldsrisiko når TCO-symptomet «å føle seg sturt av ytre krefter» forekom i kombinasjon med bruken av cannabis og alkohol. Dette peker i retning av at TCO-symptomet forsterker sammenhengen mellom cannabis og alkohol og voldsrisiko. En økt voldsrisiko ved alkoholbruk hos mennesker med psykoselidelser er i tråd med tidligere funn (3,16,23).

Våre funn indikerte at opioider var en signifikant faktor for voldsutøvelse, men tabell 2 viser at hvis en allerede bruker cannabis eller alkohol så blir en ikke mer voldelig av å bruke opioider i tillegg. En mulig forklaring er at alle opiatbrukerne i vår studie også brukte cannabis, og nesten alle også alkohol og stimulanter. Drøftingen av funnene i en norsk studie (19) antyder at voldsbruk blant opiatmisbrukere kan ha sammenheng med høyt tilleggsbruk av andre rusmidler, og særlig stimulanter.

Videre fant vi at bruk av stimulanter isolert sett var en signifikant faktor for voldsutøvelse, men heller ikke stimulanter vil påvirke voldsutøvelse ytterligere ved allerede bruk av cannabis og alkohol. Resultatene kan peke i retning av at årsaken til at stimulantbruk har blitt assosiert

Tabell 1: Fordeling og forskjeller mellom gruppene med ($n=47$) og uten ($n=99$) voldsatferd når det gjelder rusbruk, diagnose og TCO-symptomer

Variabler	Voldsutøver gruppe	Ikke voldsutøver gruppe	Pearson Kji-kvadrat test
Cannabis	33 (70,2 %)	18 (18,2 %)	$\chi^2 = 37,9$, $p < 0,001$
Alkohol	29 (61,7 %)	20 (20,2 %)	$\chi^2 = 24,6$, $p < 0,001$
Stimulanter	27 (57,4 %)	14 (14,1 %)	$\chi^2 = 29,5$, $p < 0,001$
Opioider	10 (21,3 %)	2 (2,0 %)	$\chi^2 = 15,6$, $p < 0,001$
Paranoid psykose	21 (44,7 %)	20 (20,2 %)	$\chi^2 = 9,4$, $p = 0,002$
TCO «sturt ytre krefter»	12 (25,5 %)	6 (6,1 %)	$\chi^2 = 11,1$, $p < 0,001$
TCO «andre vil skade»	23 (48,9 %)	18 (18,2 %)	$\chi^2 = 14,9$, $p < 0,001$
TCO «tanker plassert»	8 (17,0 %)	8 (8,1 %)	$P < 0,106$ (ikke sign.)
Ikke-paranoid psykose	18 (38,3 %)	28 (28,3 %)	$P < 0,224$ (ikke sign.)
Personlighetsforstyrrelse	15 (31,9 %)	19 (19,2 %)	$P < 0,089$ (ikke sign.)
Bipolar – mani	5 (10,6 %)	18 (18,2 %)	$P < 0,242$ (ikke sign.)

med voldsutøvelse i tidligere studier er at disse pasientene også ofte bruker cannabis og/eller alkohol – som kanskje er de mest voldsfremmende rusmidlene. Dette avviker til dels fra noen tidligere forsknings-

funn, men støttes av resultater fra to metastudier. Tyner & Fremouw (12) konkluderte med at en sammenheng mellom metamfetamin og vold så ut til å være indirekte og korrelasjonell. Boles & Miotto (17) vektla at

en slik sammenheng er kompleks og påvirket av faktorer hos både individet og omgivelsene rundt. I vår studie var det imidlertid få pasienter som brukte stimulanter alene, uten samtidig bruk av andre rusmidler. Dette kan ha

Tabell 2: Stegvis binær regresjonsanalyse for effekten av rusmidler, diagnose og TCO-symptomer på voldsatferd (n=146).

	n	Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4	Steg 5	Steg 6	Steg 7
Oddsratio (95 % CI) P verdi								
Stimulanter	41	8,1 ^a (3,6 – 18,4)	2,2 is	2,0 is	1,7 is	1,3 is	1,2 is	1,2 is
Cannabis	51	–	6,2 ^a (2,1 – 18,0)	6,1 ^b (1,9 – 19,4)	5,5 ^c (1,7 – 18,0)	5,5 ^d (1,6 – 18,3)	5,2 ^e (1,6 – 17,5)	6,7 ^b (1,9 – 23,0)
Alkohol	49	–	–	5,5 ^a (2,3 – 13,5)	5,5 ^a (2,2 – 13,5)	5,6 ^a (2,2 – 13,8)	5,8 ^a (2,3 – 14,6)	6,4 ^a (2,4 – 17,0)
Opioider	12	–	–	–	2,8 is	2,9 is	3,0 is	2,9 is
Paranoid psykose	41	–	–	–	–	–	–	–
TCO «andre vil skade»	41	–	–	–	–	–	2,4 is	1,8 is
TCO «styrt av ytre krefter»	18	–	–	–	–	–	–	5,3 ^f (1,1 – 25,3)
Konstant		0,235 ^a	0,165 ^a	0,087 ^a	0,088 ^a	0,079 ^a	0,064 ^a	0,055 ^a
Cox & Snell R		0,178	0,239	0,315	0,322	0,329	0,343	0,364
Nagelkerke		0,248	0,334	0,440	0,450	0,459	0,480	0,509

^a p < 0,001, ^b p = 0,002, ^c p = 0,004 ^d p = 0,005, ^e p = 0,006, ^f p = 0,033, is = ikke signifikant

Tabell 3: Stegvis binær regresjonsanalyse med parvise variabler. Effekt av parkombinasjoner av rusmidler, diagnoser og TCO-symptomer på vold (n=146).

	n	Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4	Steg 5
Oddsratio (95 % CI) p verdi						
Cannabis og stimulanter	37	3,8 ^a (2,4 – 6,0)	1,8 ^a (1,0 – 3,4)	1,4 is	1,3 is	1,2 is
Alkohol og Stimulanter	21	3,7 ^b (1,6 – 8,4)	1,3 is	1,2 is	1,1 is	–
Cannabis og Alkohol	25	–	–	4,1 ^f (1,2 – 13,3)	4,5 ^e (1,3 – 15,0)	5,2 ^c (1,5 – 17,7)
Paranoid diagnose	41	–	–	–	1,8 is	1,2 is
TCO «styrt» og «andre skade»	45	–	–	–	–	2,6 ^d (1,2 – 5,4)
Konstant		0,173 ^a	0,116 ^a	0,087 ^a	0,078 ^a	0,056 ^a
Cox & Snell R		0,234	0,286	0,315	0,321	0,353
Nagelkerke		0,327	0,400	0,440	0,449	0,493

^a p < 0,001, ^b p = 0,002, ^c p = 0,008, ^d p = 0,009, ^e p = 0,014, ^f p = 0,018, ^g p = 0,049, is = ikke signifikant

begrenset studiens mulighet til å identifisere en spesifikk effekt av stimulantbruk.

Funnene vedrørende cannabisbruk er overraskende og åpner for spørsmål rundt effekten av cannabis på mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Vi kjenner ikke til studier som spesifikt undersøker sammenhengen mellom cannabisbruk, utvikling av forfølgelsesvrangforestillinger som for eksempel TCO-symptomer og voldsatferd. Våre funn indikerer at dette er et forskningsområde som bør prioriteres. Studiens

følgelsesideer (24). Visse typer cannabis kan være et potent rusmiddel som influerer plagsomme symptomer med påfølgende emosjonelt stress og kanskje voldsutøvelse hos sårbare individer.

TCO-symptomet «styrt av ytre krefter» var en signifikant prediktor for voldsutøvelse i vår studie, også når vi kontrollerte for effekten av rusmidler. Funnet støttes av andre studier, som Hodgins & Riaz (5) som fant at slike symptomer var assosiert med vold selv ved kontroll for rusbruk. I denne studien økte

ning for behandling og forløp for denne pasientgruppen.

Begrensninger

En mulig svakhet er at mange av pasientene i studien var fordelt på flere diagnoser og symptomer og at de samtidig brukte flere typer rusmidler. Dette kan ha påvirket karakteristika som var assosiert med voldsutøvelse. Vi vet ikke i hvilken grad pasientene var ruspåvirket, og eventuelt av hvilke rusmidler, da de gjennomførte voldshandlingene. Det kan være at vi ikke bare fanger opp effekter av aktiv rus, men også effekter av abstinens og følelsesmessige reaksjoner over tid ved bruk av rusmidler i denne pasientgruppen. Abstinens i forbindelse med bruk av cannabis kjennetegnes ofte av irritasjon, søvnløshet og nedstemthet (24).

Det kan også ha påvirket funnene at studien er en ikke-eksperimentell assosiasjonsstudie/tverrsnittsstudie uten kontrollgruppe. Videre kan svakheter ved datainnsamlingen gjøre at funnene må tolkes med forsiktighet fordi data om vold og rusbruk var samlet inn over flere år og av forskjellige aktører (15). Designen gir dermed ikke grunnlag for å trekke sikre kausale slutninger.

En prospektiv studie vil kunne kontrollere bedre for andre mulige påvirkningsvariabler og sosiale faktorer som sysselsetting, boforhold, familieforhold og skole eller utdanning. Videre bør det kontrolleres spesifikt for atferds- og personlighetsfaktorer som antisosial personlighetsforstyrrelse og tidligere voldshistorie (11,12). For bruk av spesielt alkohol og cannabis bør det kontrolleres bedre for situasjon og frekvens ved bruk i forhold til TCO-symptomer og voldsutøvelse.

” Vi fant at bruk av cannabis var sterkest knyttet til voldsutøvelse, tett fulgt av stimulantbruk og alkohol.

design tillot ikke å kontrollere for andre bakenforliggende faktorer som kunne påvirke assosiasjonen mellom cannabis og risiko for voldsutøvelse. Funnet bør likevel vurderes i lys av at studien er utført blant individer med hyppige eller lengre innleggelser i psykiatrisk sykehus og interaksjon mellom cannabis og alvorlige psykiske lidelser. Som anført for alkohol og stimulanter kan mennesker med alvorlige psykiske lidelser være mer sårbare for virkningen av rusmidler. Dette kan også skyldes lidelsestilknyttede faktorer som endret kognitiv funksjon, psykososial belastningshistorie, nåværende forhold som sosial isolasjon og eventuelle biogenetiske faktorer. Et annet aspekt er at selv om cannabis gjerne vurderes som et dempende rusmiddel, har det også hallusinogene effekter. Særlig er det mulig at økt innhold av virkestoffet tetrahydrocannabinol (THC) i nyere former for cannabis kan gi brukeren sekvenser av forvrengt virkelighetsoppfatning med for-

risikoen for aggressiv atferd 2,8 ganger for hvert TCO-symptom. van Dongen og medarbeidere (10) fant at TCO-symptomer kan utløse frykt og stress hos individer med psykoser, som igjen kan øke voldsrisiko. I tillegg ga tilstedeværelse av TCO en økt risiko for voldsutøvelse hos dem som brukte alkohol og cannabis.

Et viktig funn var at diagnosen paranoid psykose ikke var signifikant i regresjonsanalysene. I tillegg gikk oddsratioen for denne diagnosen videre ned når spesifikke TCO-symptomer ble tatt med i analysene. Selv om paranoid psykose var signifikant i korrelasjonsanalysen, kan vi på grunnlag av regresjonsanalysene anta at diagnoser som schizofreni og paranoid psykose ikke alene kan forklare voldelig atferd. På den annen side kan disse diagnosene innebære at pasienten også har mer potente TCO-symptomer. Kartlegging av spesifikke symptomer og bruk av rusmidler kan dermed ha betyd-

KONKLUSJON

Studien indikerer at bruk av rusmidlene alkohol og cannabis hver for seg og i kombinasjon kan øke risikoen for voldsutøvelse hos pasienter med utstrakt innleggelsesbehov i psykisk helsevern. I tillegg økte voldsrisikoen ved positive psykosesymptomer, som det å føle seg

kontrollert av ytre krefter, både alene og i samspill med samtidig bruk av alkohol og cannabis. Betydningen av spesielt cannabisbruk hos denne pasientgruppen bør undersøkes nærmere med prospektive design.

Funnene tilsier at behandlere, sykepleiere og andre hjelpere ikke bør undervurdere effekten

av bruk av alkohol og cannabis på voldsrisiko hos pasienter, spesielt ved samtidig forekommende TCO-symptomer. Hos pasienter som klinisk presenterer flere av eller alle disse faktorene eller symptomene, bør strukturerte voldsrisikoinstrumenter brukes som en del av utredning før behandling.

REFERANSER

1. **Fazel S, Grann M.** The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006;163:8.
2. **Douglas K, Guy L, Hart S.** Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2009;135:679–706.
3. **Elbogen Eric B, Johnson Sally C.** The intricate link between violence and mental disorder. Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:152–61.
4. **Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N.** Bipolar disorder and violent crime. New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:931–8.
5. **Angermeyer MC.** Schizophrenia and violence. [Review]. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum* 2000;407:63–7.
6. **Hodgins S, Riaz M.** Violence and phases of illness: Differential risk and predictors. *European Psychiatry* 2011;26:518–24.
7. **Bo S, Ahmad A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E.** Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review* 2011;31:711–26.
8. **van Dongen JDM, Buck NML, van Marle HJC.** Persecutory ideations indirectly effect inpatient aggression through delusional distress. *Psychiatry Research* 2012;05–16.
9. **Link BG, Stueve A, Phelan J.** Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of “threat/control-override” symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;1:55–60

10. **Link BG, Stueve A.** Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. *Violence and mental Disorder* 1994;137–60.
11. **Macdonald S, Erichson P, Wells S, Hathaway A, Pakula B.** Predicting violence among cocaine, cannabis, and alcohol treatment clients. *Addictive Behaviors* 2008;33:201–5.
12. **Tyner EA, Fremouw WJ.** The relation of methamphetamine use and violence: A critical review. *Aggression and violent behavior* 2008;13:285–97.
13. **Volavka J.** The effects of clozapine on aggression and substance abuse in schizophrenic patients [review]. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999;12:43–6.
14. **Latt N, Jurd S, Tennant C, Lewis J, Macken L, Joseph A, Grochulski A, Long L.** Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing patterns. *Australasian Psychiatry* 2011;19:354–9.
15. **Fosse R, Olsen BM, Bjørkly S.** Violence in acute psychiatric patients: a cumulative increased risk with polysubstance abuse? *International journal of forensic mental health services* 2013;12:165–71.
16. **Steadman Henry, Mulvey Edward, Monahan John, Robbins Pamela, Appelbaum Paul, Grisso Thomas, Roth Loren, Silver Eric.** Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:393–401.
17. **Boles Sharon, Miotto Karen.** Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and violent behavior* 2003;2:155–74.

18. **Gmel Gerhard, Rehm Jürgen.** Harmful Alcohol Use. National institute on alcohol abuse and alcoholism 2003. Tilgjengelig fra: <http://www.niaaa.nih.gov/>
19. **Havnes I, Bukten A, Gossip M, Waal H, Stangeland P, Clausen T.** Reductions in convictions for violent crime during opioid treatment: A longitudinal national cohort study. *Drug and Alcohol Dependence* 2012;124:307–10.
20. **Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M.** Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption 2. *Addiction* 1993; 88:784–91.
21. **Berman AH, Bergman H, Palmsterna T, Schlyter F.** Evaluation of the drug use disorder identification test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European addiction research* 2005; 11:22–31.
22. **Hartvig P, Østberg B, Alfarnes SA, Moger TA, Skjønberg M, Bjørkly S.** Violence Risk Screening-10. Centre for Research and Education in Forensic Psychiatry. Oslo 2007.
23. **Rasanen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J.** Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: A 26-year follow up study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull* 1998; 24: 437–41.
24. **Folkehelseinstituttet. Divisjon for retts toksikologi og rusmiddelforskning.** Fakta om amfetamin og metamfetamin. Fakta om cannabis, hasjissj og marihuana. 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=47081>



Illustrasjonsfoto:
Oslo universitetssykehus

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Forsknings dokumenterer mange risikofaktorer knyttet til overdosedødsfall. Disse vil ha betydning for sykepleieres faglige arbeid i møte med overdoseutsatte personer. Samtidig mangler det studier som belyser sykepleieres erfaringer med faglig arbeid knyttet til overdoser.

Hensikt: Denne studien undersøker sykepleieres erfaringer med overdoser og overdosedødsfall hos personer med opiattdominert injeksjonsmisbruk i Oslo. Studiens mål er å utvikle kunnskap om disse fenomenene i en slik kontekst.

Metode: Seks sykepleiere deltok i tverrfaglige fokusgrupper og to i individuelle dybdeintervjuer. Gjennom systematisk tekstkondensering av data beskriver studien sykepleierens erfaringer.

Resultat: Sykepleierens erfaringer kan beskrives som: Ulike årsaker til overdoser, Åpne for behandlingsrelasjon, Grip fatt i situasjonen og Abstinensbehandling og kople på sosialtjenesten.

Konklusjon: Sykepleieres erfaringer bekrefter at overdosedødsfall er

knyttet til forskjellige risikofaktorer hvor både individuelle, kulturelle og strukturelle forhold synes å ha betydning. Å få fatt i personens erfaringskunnskap om overdosen og hva som kan være til hjelp synes dessuten å være vesentlig for sykepleierne. Funnene antyder betydningen av at samarbeidet med overdoseutsatte personer er basert på en deltakerposisjon og med formål om å skape håp. Sykepleierens erfaringer peker mot at opplysningsmulighetene mellom ulike etater ved overdoser kan klagjøres og taushetsplikten diskuteres.

ENGLISH SUMMARY

Nurses' experiences with overdose deaths in Oslo.

Background: Many risk factors associated with overdose deaths are described in the research literature. These factors will have implications for nurses' work with persons at risk of overdosing. There seems to be a lack of studies that investigate nurses' professional experience of work with this phenomenon.

Objective: In this study, conducted in Oslo, we examined nurses' experiences with cases of overdose, and deaths from overdose, in persons who took opioid injections. The aim

of the study was to acquire knowledge about these phenomena in such a context.

Method: Six nurses participated in multi-professional focus groups and two in individual in-depth interviews. Using systematic text condensation of data, the nurses' experience was described.

Results: The experience of the nurses can be described as: Different reasons for overdosing, Opening for a treatment relationship, Getting a grip on the situation, and Teaching abstinence and involving the social services.

Conclusion: The results confirm that deaths from overdose are associated with various risk factors, in which individual, cultural and structural factors seem to play a part. Knowledge about the person's experience of the overdose, and about what can help, seems essential to the nurses. The results indicate that collaboration should be based on a participant position with the aim of creating hope. The nurses' experience points to the importance of the different services sharing information about cases of overdose, and of discussing the duty of confidentiality.

Keywords: qualitative study, substance abuse

«EN OVERDOSE ER IKKE EN OVERDOSE»:

>> Sykepleieres erfaringer med overdosedødsfall i Oslo

Forfatter: **Stian Biong**

NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Stoffmisbruk
- Overdose
- Sykepleie
- Fenomenologi

INTRODUKSJON

Rusproblemer byr på omfattende utfordringer knyttet til faren for tidlig død (1,2). Å erfare overdose øker dessuten risikoen for senere å dø av overdose (3). Et overdosedødsfall er definert som et dødsfall som skjer kort tid etter inntak av ett eller flere rusmidler eller medikamenter, og som er direkte relatert til dette inntaket (4). Praksisen knyttet til injisering av rusmidler og blanding av flere rusmidler samtidig utgjør størstedelen av disse dødsfallene (5,6). Menn står for de fleste overdosedødsfallene og de som dør er i gjennomsnitt midt i trettiårene (7–9). På grunn av omfattende problemer er personer som står i fare for å dø av overdose ansett som blant de mest vanskeligstilte av helsemyndighetene i Norge (10). Helsemyndighetene framhever derfor betydningen av i sterkere

grad å arbeide helsefremmende, og det gjennomføres en nasjonal strategi mot overdosedødsfall fram til 2017 (11).

TIDLIGERE FORSKNING

Forskningslitteraturen dokumenterer mange risikofaktorer knyttet til overdosedødsfall. Individuelle forhold er knyttet til overganger mellom ulike situasjoner på grunn av lavere toleranse for rusmidler. Ved løslatelse fra fengsel fant Ødegård og medarbeidere (12) at risikoen er opptil ti ganger så høy de første to ukene. Ved behandlingsavbrudd fant Ravndal og Amundsen (13) at risikoen er opptil 16 ganger høyere de første fire ukene etter avbruddet enn i de påfølgende åtte årene. Jo tidligere i livet man har sin første overdose, og jo flere overdoser man har hatt, jo større er sannsynligheten for å dø av overdoser, også som selvmord (14,15). Antall år med rusproblemer er også vist som en indikator for forhøyet overdoserisiko (16). Fysiske helseproblemer som følge av injisering innebærer blant annet abscesser, blodpropp, samt sår- og infeksjoner (17). Tilgang til legemiddelassistert rehabilitering har

reduert overdosedødsfall i Norge (18). Kulturelle forhold som injisering av rusmidler og bruk av flere stoffer samtidig øker risikoen (19). Slike forhold synes ulikt geografisk fordelt. I en rapport om narkotikabruk i sju norske byer dokumenteres det at andelen personer som oppga å ha hatt overdoser varerte (20). I Bergen og Trondheim oppga 71 prosent at de hadde hatt én eller flere ikke-dødelige overdoser noen gang. Til sammenlikning var andelen i Tromsø 54 prosent. Bergen var den byen hvor flest (27 prosent) hadde hatt én eller flere overdoser i løpet av det siste året, etterfulgt av Oslo og Trondheim

Hva tilfører artikkelen?

Sykepleiernes erfaring med overdoser og overdosedødsfall hos personer med opiattdominert injeksjonsmisbruk bekrefter at både individuelle, kulturelle og strukturelle forhold synes å ha betydning ved overdosedødsfall.

Mer om forfatteren:

Stian Biong er sykepleier og forsker ved Senter for rus- og avhengighetsforskning, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Kontakt: stian.bio@medisin-uio.no.

med 24 prosent. I tillegg hadde Oslo (10 prosent) og Bergen (9 prosent) den høyeste andelen som hadde hatt en ikke-dødelig overdose siste fire uker. Strukturelle forhold synes å spille inn i forhold til overdosedødsfall. Undersøkelsen fra Oslo viste at 136 av de 159 som tilhørte Oslo hadde vært i kontakt med opptil fire ulike deler av tiltaksapparatet det siste året før de døde, men at tiltakene ikke alltid var godt nok koordinert. De fleste døde på privat adresse, og sosialtjenesten var den instansen flest Oslo-tilhørende hadde hatt kontakt med som siste instans

også basert på et holistisk eller eksistensielt perspektiv. Hensikten med studien er derfor å undersøke sykepleieres subjektive erfaringer med overdoser og overdosedødsfall i Oslo, og forskningsspørsmålet ble formulert slik: Hvordan beskriver sykepleiere sine erfaringer med overdoser og overdosedødsfall hos personer med opiattdominert injeksjonsmisbruk?

METODE

Artikkelen baserer seg på data fra en helhetlig gjennomgang av alle registrerte overdosedødsfall i Oslo mellom 2006–2008 (1).

” Strukturelle forhold synes å spille inn i forhold til overdosedødsfall.

(1). Alstadius og Rossow (21) har dokumentert at ambulansetjenesten i Oslo bruker i gjennomsnitt 16,8 minutter totalt på hver overdosepasient. I alt 82,3 prosent av pasientene blir «ferdigbehandlet» på stedet. Dette er hevdet å være strukturelle forhold som ikke underbygger en helhetlig tilnærming ved så sammensatte problemer som overdoser (22). Risikoen for overdosedødsfall i timene etter prehospital naloksonbehandling synes imidlertid liten (23). Kunnskap om risikofaktorene som er presentert her antas å ha betydning for sykepleieres faglige arbeid i møte med overdoseutsatte personer.

Litteratursøk i tre databaser med MeSH-termer om sykepleiere og erfaringer med overdoser ga 292 treff, men resulterte ikke i relevante funn. Med utgangspunkt i kunnskapen om risikofaktorer og helsemyndighetenes strategi om en sterkere helsefremmende innsats (11), synes det nødvendig med kunnskap

Til sammen 232 personer døde av overdose i byen i denne perioden. I den kvalitative delen av gjennomgangen undersøkte vi blant annet erfaringene til 30 helse- og sosialarbeidere som i sitt arbeid hadde hatt erfaring med overdoser og overdosedødsfall hos personer med opiattdominert injeksjonsbruk, og som hadde oppgaver knyttet til forebygging av overdoser.

Design

Da forskningsspørsmålet ikke synes å være beskrevet tidligere fikk studien et eksplorerende og deskriptivt design. Kvalitative metoder er hensiktsmessig når forskningen tar sikte på å undersøke innholdet i subjektive erfaringer, og der forskningsspørsmålet kan ha et mangfold av potensielle svar (24). Derfor er det i analysen av data anvendt systematisk tekstkondensering. Metoden er egnet for en eksplorativ og deskriptiv analyse av et fenomen som beskrives av flere deltakere, samt for å kunne

utvikle nye beskrivelser av fenomenet så tekstnært som mulig (25).

Utvalg

Utvalgsstrategien var strategisk. Mulige deltakere til den kvalitative delen av gjennomgangen ble rekruttert via informasjonsbrev til relevante instanser (1). Utvalget besto til slutt av 30 helse- og sosialarbeidere, hvorav åtte sykepleiere. Det er deres erfaringer som analyseres her. Seks av disse sykepleierne ble rekruttert til to tverrfaglige fokusgrupper. To sykepleiere ble rekruttert av forskeren selv til individuelle intervjuer med hensyn til deres lange kliniske praksis knyttet til overdoser. De fleste sykepleierne jobbet i kommunale tjenester. Seks var kvinner og to var menn.

Datainnsamling

Datainnsamlingen ble hovedsakelig gjennomført ved hjelp av to tverrfaglige fokusgruppeintervjuer med forfatteren som moderator. Metoden ble valgt fordi den er egnet til å gi mye datamateriale. Gruppedynamikken bidrar til at man påvirker hverandre og får fram nyanser og bredde i dataene. Dette forutsetter en moderator som ivaretar deltakerne og sørger for at alle kommer til orde (26). I det ene fokusgruppeintervjuet deltok to sykepleiere (n=8) og i det andre fire (n=7). Begge varte om lag to timer og ble innledet med studiens forskningsspørsmål som åpningsspørsmål. Moderator tilrettela deretter for en gruppediskusjon gjennom å stille oppfølgende og utdypende spørsmål. De to deltakerne som var rekruttert på bakgrunn av lang klinisk praksis ble intervjuet individuelt etter at de to fokusgruppene var gjennomført

(27). Dette ga muligheter for å gå mer i dybden i sykepleieres erfaringer. Også her ble forskningsspørsmålet anvendt som åpnings spørsmål, med påfølgende eksplorerende spørsmål. Intervjuene varte om lag én time. Av praktiske hensyn ble disse intervjuene foretatt av to andre forskere i Oslo-studien (1). All datainnsamling ble tatt opp på lydband og transkribert ordrett.

Analyse

I denne artikkelen er de åtte sykepleiernes erfaringer analysert etter at datainnsamlingen var gjort. En systematisk tekst-kondensering (25) foregår i fire trinn: å få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i enhetene og å sammenfatte betydningen i nye beskrivelser. En tentativ analyse ble diskutert med forskergruppen i Oslo-studien (1). Den analysen som presenteres her ble gjort av forfatteren alene.

Etiske overveielser

Studien ble meldt til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK), og godkjent 11.03.10 (2010/414). Deltakerne sikres konfidensialitet ved at sitater ikke kan knyttes til bakgrunnsinformasjon.

RESULTATER

Dataanalysen gjorde det mulig å utvikle fire nye beskrivelser om sykepleiernes erfaringer.

Ulike årsaker til overdoser

Denne beskrivelsen omhandler sykepleiernes erfaringer med at de medvirkende faktorene ved overdoser var mangfoldige: «Det er veldig forskjellige overdoser. Noen er for å håndtere følelser, andre handler om

slums ... eller at man glemmer at man har en veldig lav toleranse.» Det framkom derfor som viktig at man hadde en bred forståelse av hva overdoser og overdosedødsfall kunne være knyttet til: «En overdose er ikke en overdose. Den er et resultat av den helhetlige situasjonen til vedkommende. Uten å se på sammenhengen den skjer i, så får du ikke hjulpet ... Det mangler en større forståelse i forhold til hvordan denne pasientgruppen reagerer og hvorfor de reagerer som de gjør.» Denne sykepleieren belyste poenget med å prøve å få tak i hvilke sammenhenger overdosen inngjikk i samt behovet for å forstå overdosen ved å inndra personens egen erfaringskunnskap. Det ble reflektert over at Oslo som storby kunne ha særlige utfordringer i forhold til risiko for overdoser: «Er det noe med at psykisk syke trekker til en storby, at det ikke er plass til dem i et mindre samfunn? Så får vi en del andre utfordringer her i byen enn man gjør en del andre steder.» Å komme utenbys fra uten å ha tilknytning til noen i storbyen var en pågående krisesituasjon som ble beskrevet som risikofyllt: «Det var en gutt som hadde bodd på gata i to år, fra (tettsted). Han sa han ikke orket mer, og var dritsliten og at han ikke orket å leve sånn mer ... Vi følger ham enda. Det er utrolig vanskelig.» At psykisk lidelse kunne medføre overdosedødsfall i suicidal hensikt ble trukket frem av flere, selv om også selve livsførselen skapte en tilsynelatende likegyldighet til livet som kunne spille inn: «Du har den gruppa med villede overdoser i suicidal hensikt, og så har du den hvor det som skjer, det skjer. Denne likegyldigheten preger mange, som er syke eller

har store psykiske problemer ... de har en likegyldighet i forhold til om de lever eller dør.»

Åpne for behandlingsrelasjon

Denne beskrivelsen handler om sykepleiernes erfaringer med samarbeid i ulike situasjoner hvor forebygging av overdoser og overdosedødsfall inngjikk. Dette var for eksempel der ansvarsgruppene ikke fungerte optimalt. Da kunne det være vanskelig for personen å formidle egne behov, verdier og preferanser. Ideologiske og faglige spørsmål og konflikter kunne vanskeliggjøre samarbeidsforholdene for sykepleierne og få negative konsekvenser for den det gjaldt: «Mange klienter gruer seg, fordi det er vanskelig å fortelle om det som er aller innerst. Og vi fagfolk har forskjellige forklaringsmodeller, og vi kjenner ikke hverandre fra før. Vi må bli enige om en retning, så slipper klienten å sitte og høre på de uenighetene vi har. Det er ikke alle av dem som kan orke det.» Andre kompliserte samarbeidsforhold mellom personen, systemene og sykepleier fant sted i selve overdosesituasjonene: «Jeg er skeptisk til den utstrakte bruken av naloxon. Det blir et sånt medisinsk mekanisk perspektiv ... og den kan kamuflere andre sider av pasientens behov og sykdomsbilde ... Kognitiv svikt er til stede i mange tilfeller ... Kommunikasjonen med pasienten rundt hva som har skjedd er viktig, det kan åpne for en behandlingsrelasjon og dermed forebygge nye overdoser ... Krenkelser må unngås.» Noen av sykepleierne trakk fram at dersom språket om overdoser ble endret ville det kunne bety at fagfolk ble minnet på at slike hendelser faktisk dreide seg om

liv eller død, og at samarbeidet om hendelsene da kunne blitt annerledes: «Hvis man fikk inn en pasient som hadde sju selvmordsforsøk, så ville man kanskje tenke annerledes, enn at det er en heroinavhengig som har hatt sju overdoser?» At hjelpe-tiltakene i liten grad evnet å samarbeide om forebyggende tiltak på lengre sikt ble hovedsakelig beskrevet i form av en kritikk mot Oslo-modellen (behandling på stedet). Taushetsplikten var en særlig strukturell utfordring i forhold til samarbeid: «Det er den store svikten i systemet som er her i byen, hvor du sender ut en ambulanse som setter Narcanti og overlater personen til seg selv. Det å bli overlatt til seg selv på den måten ... det er en kjempesvikt ... Jeg synes taushetsplikten er et hinder ... jeg synes det er problematisk.»

Grip fatt i situasjonen

Denne beskrivelsen handler om sykepleiernes erfaringer med konkrete overdoser og overdosedødsfall. Det ble påpekt at overdoser ut over uhell kunne være et symptom på en krisesituasjon, og at intervensjonene måtte stå i forhold til det: «Folk som overdoserer er i en ruskrise ... Man må gripe fatt i den situasjonen som overdosen konkret er

de har fått i seg, eller hvor mye ... Det var en jente som hadde vært ute for akkurat det, at en annen hadde mekka for henne.» Selv om slike situasjoner var mer sjeldne, var det viktig å undersøke hva overdosen for øvrig kunne være knyttet til. Krisesituasjoner kunne dessuten bety at flere overdoser kom tett på hverandre: «Mange har overdoser i nær fortid. Det sier noe om at pasienten er i en ruskrise ... Hun hadde masse å prate om (etter overdosen) og syntes det var helt forferdelig. Det var ikke første gangen, og det samme skjedde to dager etterpå.»

Abstinensbehandling og kople på sosialtjenesten

Denne beskrivelsen handler om sykepleiernes erfaringer av hva pasientene kunne hatt behov for av hjelp som kunne forhindret overdoser og overdosedødsfall, samt refleksjoner om hjelpen som var blitt gitt. Å vente svært lenge på rusbehandling, og færre muligheter til reinntak etter rusreformen i 2004 ble trukket fram: «Før hadde klientene mulighet til å komme inn igjen og inn igjen. Den muligheten har blitt borte etter rusreformen.» Når én eller flere overdoser faktisk hadde skjedd, beskrev en sykepleier behovet for hjelp på

tinuitet ... Så må man kople på sosialtjenesten derfra for å få til et mer langsiktig oppfølgingsarbeid ... Derfor er det så viktig at vi sender bekymringsmelding til sosialetaten.» Et problem knyttet til å gi god og riktig hjelp var at personen med overdose ikke nødvendigvis samtykket til helsehjelpen, til tross for en livstruende situasjon: «Vi hadde to overdoser på Plata ... Ingen av dem ville være med ambulansen til legevakten, så du har den siden av det òg.»

DISKUSJON

De fire nye beskrivelsene synes å bekrefte mye av forskningen på risikofaktorer som er presentert innledningsvis. At fenomenet er knyttet til sammensatte forhold på ulike nivåer gjør en bred forståelse og tilnærming nødvendig. Denne studiens særlige bidrag er knyttet til at sykepleiernes erfaringer tyder på at helsetjenesten som system forstår og håndterer overdoser som et medisinsk anliggende. Ottawa-erklæringens prinsipper om helsefremming (28) antas å kunne hjelpe sykepleiere til å hevde og forvalte et bredere perspektiv, i tråd med helsemyndighetens strategi (11). Prinsippene om «å reorientere helsetjenesten» og «å skape støttende miljøer» synes å være de mest relevante for drøftingen av empirien her. *Ulike årsaker til overdoser* handler om en reorientering bort fra sykdomsmodellen som ensidig referanseramme, og behovet for å inndra personens egen erfaringskunnskap om hva overdosen gjelder og hva som kan være til hjelp. Sykepleierne beskriver dessuten flere miljømessige forhold av betydning, i motsetning til mer individuelle forhold som for eksempel toleranseproblematikk, overgangssituasjoner og

” Det mangler en større forståelse i forhold til hvordan denne pasientgruppa reagerer og hvorfor de reagerer som de gjør.

knytta til ... Det blir litt for sånn naturvitenskapelig tilnærming til problemene.» En særlig form for krise ble beskrevet når personen med overdose ikke hadde forbedret eller satt dosen selv: «Noen sier at de har latt andre «mekke» for dem, og ikke visst helt hva

denne måten: «Etter en overdose må det være et opplegg på Legevakta, med en seng med skolelert personale ... Et tilrettelagt mottak ved overdoser må møte behovene for å unngå abstinens og lindre fysiske og psykiske smerter og garantere folk en kon-

fysiske helseforhold forskningen om risikofaktorer har belyst (12–17). Empirien støtter tidligere forskning om at overdoser på individnivå kan være knyttet til fysiske uhell (17), samt til psykologiske, sosiale eller eksistensielle kriser, herunder selvmordsatferd (19). Schnyder og medarbeidere viser hvordan pasienter, sykepleiere og leger har forskjellige syn på hva som var årsaken til et selvmordsforsøk. Sykepleierne forsto fenomenet knyttet til fortvilelse og håpløshet, mens pasientene forsto det som tap av kontroll (29). Å få tilgang til den virkeligheten og de meningssystemene personen selv har, synes derfor å være viktig for å skape en felles og bredere forståelse. Tap av kontroll kan innebære en krise hvor tidligere erfaringer og lærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige for å mestre livsomstendighetene (30). Da kan sykepleieres bidrag til økt opplevelse av kontroll, gjennom for eksempel sosial støtte i form av langtidsoppfølging av utenbysboende slik denne empirien viser, kunne fungere som en motvekt til kriseopplevelsen og være et viktig element i en reorientert helsetjeneste. Empirien løfter fram at overdoser synes å være et resultat av den helhetlige situasjonen vedkommende er i. Skårderud og medarbeidere (31) oppfordrer oss til å være mer undrende i forhold til hva som viser seg for oss, enn hva vi kaller det vi ser. En slik holdning kan være nyttig i møtet med personer med sammensatte problemer. Av betydning for overdoser som eksistensielt fenomen, i form av å ikke orke mere, kan det å arbeide med håp også bety en reorientering i retning av å forstå fenomenet som knyttet til livshistorie og levekår (22).

Åpne for behandlingsrela-

sjon, grip fatt i situasjonen og abstinensbehandling og kople på sosialtjenesten handler om relasjonsarbeid på individ- og systemnivå for å forebygge overdoser. «Å skape støttende miljøer» vil ut fra et holistisk eller eksistensielt perspektiv innebære å utvikle møter og arenaer hvor begge parter kan bli forandret på en positiv måte (32). Empirien synes å bekrefte at storbyer kan ha spesielle utfordringer med hensyn til relasjonsarbeid, for eksempel i form av tilflytting av personer med helseproblemer som bor på gata. Å utvikle individuelt relasjonsarbeid i en slik kontekst kan fremmes ved at sykepleiere lar sin praksis være særlig inspirert av Skjervheims idé om å være (mer) deltaker enn tilskuer (33). Skjervheim beskriver deltakerposisjonen som en treleddet relasjon; mellom meg, den andre og «saken» (overdosen). I en slik relasjon kan begge parters kunnskapsgrunnlag bli likeverdig. Kulturelle faktorer betyr betydning for relasjonsarbeidet i en storby kan dessuten tre tydeligere fram for sykepleieren (19). For eksempel at noen lar andre gjøre i stand doser for seg. Strukturelle faktorer, som behandling av overdoser i et medisinsk mekanisk perspektiv (21), mangel på abstinensbehandling (1) og forvaltningen av helsepersonells taushetsplikt i forhold til ansatte i sosialtjenesten (34,35) er forhold sykepleierne relaterte til relasjonsarbeid og potensielt mangel på støttende miljøer. Empirien støtter tidligere forskning (36,37) når det gjelder utfordringene med å kople på sosialtjenesten med hensyn til helsefremmende arbeid og forebygging av overdoser på individnivå. Blant annet gjelder dette i forhold til behovene for kartlegging og vurdering av tidligere

overdoser i alle deler av helse- og omsorgstjenestene.

Studiens begrensninger

Datainnsamlingen ble gjort i 2011. Nyere empiri kunne gitt annen informasjon. Utvalget var strategisk og vanskeliggjør sammenlikninger. Fokusgrupper med bare sykepleiere kunne gitt andre funn. Samtidig kan sykepleierne i tverrfaglige fokusgrupper nettopp speile

” Krenkelser må unngås.

spesifikke sykepleiefaglige erfaringer. Det er begrensninger i overførbarheten. Det studien bidrar med er å belyse kritiske forhold vedrørende overdoser og overdosedødsfall i en norsk storby slik sykepleiere erfarer det. Reliabiliteten er ivarettatt ved bruk av båndopptaker, ordrett transkribering og relevant analysemetode, og beskrivelsene bekrefte i data. En begrensning er at dataanalysen er foretatt av én forsker.

Konklusjon

Sykepleieres erfaringer bekrefter at overdosedødsfall er knyttet til forskjellige risikofaktorer hvor både individuelle, kulturelle og strukturelle forhold synes å ha betydning. Å inndra personens erfaringskunnskap om overdosen og hva som kan være til hjelp, synes dessuten å være vesentlig for sykepleierne. Empirien antyder verdien av at relasjonen med overdosedødsfall baseres på en deltakerposisjon og med formål om å skape håp. Sykepleierne erfaringer peker på at opplysningsmulighetene mellom ulike etater ved overdoser kan klargjøres og taushetsplikten diskuteres.

REFERANSER

1. Gjersing L, Biong S, Ravndal E, Waal H, Bramness J, Clausen T. Dødelige overdoser i Oslo 2006–2008. En helhetlig gjennomgang. Oslo: Universitetet i Oslo; 2011.
2. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*. 2003;111:564–72.
3. Stoové MA, Dietze PM, Jolley D. Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data. *Drug and Alcohol Review*. 2009;28:347–52.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug-related deaths and mortality. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2009.
5. Hickman M, Carrivick S, Paterson S, Hunt N, Zador D, Cusick L, et al. London audit of drug-related overdose deaths: characteristics and typology, and implications for prevention and monitoring. *Addiction*. 2007;102:17–23.
6. Darke S, Mills KL, Ross J, Teesson M. Rates and correlates of mortality amongst heroin users: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS), 2001–2009. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011;115:190–5.
7. Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk. Narkotikasituasjonen i Europa. Årsrapport 2010. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2010.
8. McGregor C, Ali R, Lokan R, Christie P. Accidental fatalities among heroin users in South Australia, 1994–1997: Toxicological findings and circumstances of death. *Addiction Research & Theory*. 2002;10:335–46.
9. Warner M, Chen LH, Makuc M. Increase in fatal poisonings involving opioid analgesics in the United States, 1999–2006. Hyattsville: National centre for health statistics, U.S. Department of health and human services; 2009.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. St.meld. 30. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011–2012.
11. Helsedirektoratet. Nasjonal overdosestrategi 2014–2017. «Ja visst kan du bli rusfri - men først må du overleve». http://www.regjeringen.no/pages/38685143/overdosestrategi_230414.PDF; 2014.
12. Ødegård E, Amundsen EJ, Kielland KB, Kristoffersen R. The contribution of imprisonment and release to fatal overdose among a cohort of Norwegian drug abusers. *Addiction Research and Theory*. 2010;18:51–8.
13. Ravndal E, Amundsen EJ. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009;108:65–9.
14. Powis B, Strang J, Griffiths P, Taylor C, Williamson S, Fountain J, et al. Self-reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem. *Addiction*. 1999;94:471–8.
15. Brådvik L, Frank A, Hulenvik P, Medvedeo A, Berglund M. Heroin Addicts Reporting Previous Heroin Overdoses Also Reports Suicide Attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2007;37:475–81.
16. Ødegård E, Amundsen EJ, Kielland, KB. Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers—a competing risk approach. *Drug and alcohol dependence*. 2007;89:176–82.
17. Ådanes M, Kaspersen SL, Hjort H, Ose SO. Lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige: Skadereduserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat. Trondheim: Sintef Helse; 2008.
18. Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-register study. *Drug & Alcohol Dependence*. 2008;94:151–7.
19. Rossow I, Lauritzen G. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*. 1999;94:209–19.
20. Gjersing L, Sandøy TA. Narkotika på gateplan i 7 norske byer. SIRUS-rapport 1/2014. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2014.
21. Alstadius S, Rossow I. Tidsbruk ved behandling av overdoser i Oslo. Sykepleien Forskning. 2013;8:200–8.
22. Biong S. Overdoser som selvmord: en fenomenologisk case studie. *Suicidologi*. 2013;18:36–40.
23. Vilke GM, Sloane C, Smith AM, Chan TC. Assessment for deaths in out-of-hospital heroin overdose patients treated with naloxone who refuse transport. *Academic Emergency Medicine*. 2003;10:893–6.
24. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
25. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40:795–805.
26. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *British Medical Journal* 1995;311:299–302.
27. Kvale S, Brinkmann S. Interview. Introduktion til et håndværk. 2. utgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
28. World Health Organisation. Ottawa charter for health promotion. First international conference on health promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>; 1986.
29. Schnyder U, Valach L, Bichel K, Michel K. Attempted suicide: “Do we understand the patient’s reasons?” *General Hospital Psychiatry*. 1999;21:62–9.
30. Cullberg J. Mennesket i krise og utvikling. Oslo: Aschehoug; 1978.
31. Skårderud F, Haugsgjerd S, Stånicke E. Psykiatriboken. Sinn-kroppsamfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
32. Hummelvoll JK. Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. 7. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
33. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug forlag; 1976.
34. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
35. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunale+helse+og+omsorgstj>
36. Gjersing L, Jonassen KV, Biong S, Ravndal E, Waal H, Bramness J, Clausen T. Diversity in causes and characteristics of drug-induced deaths in an urban setting. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2013;doi:10.1177/1403494812472007
37. Darke S, Degenhardt L, Mattick R. Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and interventions. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.

Vi har alltid tid

› Overdoseteamet har god erfaring med å bruke overdosen som et springbrett til å hjelpe.



Jan Erik Skjølås

Psykiatrisk sykepleier og fagleder i Helse- og overdoseteamet i Trondheim kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen er god, og samsvarer godt med hvordan overdoseteamet i Trondheim kommune jobber. Det å kunne gripe tak i situasjonen, finne ut hvorfor overdosen skjedde, bygge relasjon og skape håp for en framtidig pasient selv ønsker, er grunnleggende for vårt arbeid. Ved å etablere kontakt med oppfølgere og spesialisthelsetjenesten, skape gode relasjoner til samarbeidspartnere, ønsker vi at pasienten blir ivaretatt på best mulig måte. Og vi mener det virker. Trondheim kommune har færrest overdosedødsfall i forhold til folketall i Norge.

Alle overdoser meldt inn til 113, som skjer i Trondheim kommune, skal overdoseteamet i Trondheim kommune få informasjon om. Når overdosen skjer, rykker overdoseteamet ut med to ansatte – alltid sykepleiere. Stort sett kommer ambulansetjenesten først og får satt i gang livreddende førstehjelp. I noen tilfeller

ankommer overdoseteamet først, og da har vi alltid med naloxon for å kunne ha mulighet til å få i gang respirasjonen til pasienten. Men det settes ikke naloxon før det er absolutt nødvendig.

Når pasienten overlever, motiveres hun eller han alltid til å bli med inn til sykehuset. Både for generell helsesjekk, men også muligheten for innleggelse og videre behandling i rusbehandling eller opphold på vårt krisetilbud «Utsikten» – en plass der pasientene kan få slappe av og komme til hektene igjen. De fleste gangene ønsker ikke pasienten å bli med inn til sykehuset. Dersom overdosen har dødelig utgang, følger overdoseteamet opp de som var tilstede under overdosen og pårørende over så lang tid de impliserte selv ønsker.

Overdoseteamet griper alltid tak i situasjonen som er oppstått. Da blir både den som har tatt overdose, samt de andre tilstede, tatt vare på. Vi finner ut

hvorfor overdosen skjedde; var det et uhell? Parasuicid? Miks med andre stoffer? Sterkt dop? Tap av nære personer? Livshendelser? Feildosering? Ut ifra gitte opplysninger følges pasienten og de andre opp med inngående samtaler og omsorg. Vi er alltid på pasientens side, og ønsker å hjelpe. Vi viser respekt og omsorg gjennom innlevelse og at vi bryr oss. Det er pasientens opplevelse og ønsker som blir ivaretatt, samtidig som vi gjør pasienten oppmerksom på at han har fått en ny sjanse. Å bruke overdosesituasjonen som et springbrett til videre behandling, enten i LAR eller rusfrie behandlingsopplegg så vel som relasjonsbygger, har vi gode erfaringer med. Vi har alltid tid. Tid til å hjelpe i en krisesituasjon. Inngående og gode samtaler virker også overdoseforebyggende.

Les artikkelen på side 124





Arkivfoto: Marit Fonn

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Operasjonssykepleiefaget består av flere kunnskapsdimensjoner og litteraturgjennomgang viser at den komplekse kompetansen er lite identifisert og beskrevet.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke operasjonssykepleierenes opplevde kompetanse i forhold til arbeidskrav de møter og sett i forhold til spesifikke kompetanseområder.

Metode: En kvantitativ tverrsnittstu-

die med et spørreskjema ble anvendt til å kartlegge opplevd kompetanse, i perioden våren 2012. Antall respondenter var 30. Databearbeidingen er framstilt med deskriptiv statistikk.

Resultat: Operasjonssykepleierne opplevde godt samsvar mellom opplevd kompetanse og avdelingens arbeidskrav, høyest innenfor teknisk kompetanse, lavest innenfor pårørendekompetanse. Best gjennomsnittlig skår fikk de med 10–14 års erfaring.

Konklusjon: Resultatet viste at operasjonssykepleierne i stor grad opplevde å ha en tilfredsstillende kompetanse i forhold til arbeidskrav. Studien kan bidra til å fokusere på viktige spørsmål knyttet til kompetanseutvikling, også innenfor ikke-tekniske kompetanseområder. Dette kan gi avdelingen data som kan være med i planleggingen av kompetanseprogram både for den enkelte utøver og for avdelingen som helhet.

ENGLISH SUMMARY

Operating theatre nurses experience of competence in relation to the work requirements

Background: The literature shows that the surgical nurses' complicated and complex skills are little identified and described.

Objective: The purpose of this study was to investigate the operating theatre nurses' experience of competence in relation to the work requirements and in relation to specific areas of expertise.

Method: To identify perceived compe-

tence, a quantitative cross-sectional study using a questionnaire was conducted in the period through 2010 to spring 2012. The participants were a total of 30 respondents. Data processing has been represented with descriptive statistics.

Result: The respondents expressed good correlation between perceived competence and department work requirements – the highest score was obtained in technical expertise, the lowest score in relatives expertise. The best scores were those with 10 to 14 years' experience.

Conclusion: The results show that surgery nurses mostly possess a satisfactory knowledge in relation to the work requirements. The study may help to focus attention on important issues related to human resource development – within the non-technical expertise areas also. This can provide the department data that can be included in planning of competence programmes for the department and for the individual practitioner.

Keywords: operation, nurse, skills, quantitative study

» Operasjonssykepleierens vurdering av egen kompetanse i forhold til arbeidskrav

Forfattere: Astrid Wevling, Thor-David Halstensen og Inger Signe Johansson

NØKKELORD

- Operasjon
- Sykepleier
- Ferdigheter
- Kvantitativ studie.

INTRODUKSJON

Operasjonssykepleieren utgjør en viktig del av operasjonsteamet. Ivaretagelse av den akutt/kritisk syke operasjonspasienten krever komplekse kombinasjoner av kunnskap knyttet til ulike kompetanseområder. I tillegg kreves det omfattende kunnskap om operasjonstekniske prinsipper og kirurgisk behandling (1).

KOMPETANSEVURDERING

Lai (2) skriver at kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig for en person å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål. Sykepleiernes faglige kompetanse beskrives av WHO (3) som et rammeverk av ferdigheter som gjenspeiler kunnskaper og holdninger, inkludert psykososiale og psykomotoriske elementer. Kompetanse omtales som en kombinasjon av kunnskap, skikkethet,

vurderinger og holdninger (4), men det foreligger ikke noen klar konsensus om innholdet i begrepet kompetanse innen sykepleie (5).

Profesjonsutøvelsen innen operasjonssykepleie har endret seg over tid. Nyere studier viser økt fokusering på fagets bredde og kompleksitet, både innenfor de tekniske (6–10) og de ikke-tekniske ferdighetene (6,9–18). Tekniske ferdigheter har vært knyttet til praktisk og situasjonsbestemt kunnskap (7–9), samt kunnskap om prosedyrer og standarder som tilpasning, kontroll og bruk av utstyr (8,10). Ikke-tekniske ferdigheter innbefatter samarbeid (9,14,18), kommunikasjon og teamarbeid (15,16), samt helhetlig og empatisk omsorg (6,9,11,13). Operasjonssykepleiers omsorg, som det å gi pasienten anerkjennelse, trygghet og opplevelse av velvære i et høyteknologisk miljø, har stor betydning, (17).

Det er økt vektlegging av kompetanse, sikkerhet og kvalitet i samfunnet (19). Sykehusene er avhengig av høy kompetanse hos sine ansatte for å realisere virksomhetens mål knyttet til kvalitet, pasientsikkerhet, pasienttilfredshet og effektiv drift (20). Høy kompetanse blant operasjons-

sykepleierne (21,22) vil være en vesentlig faktor for kvaliteten på tjenestetilbudet. Ansvaret ligger både hos yrkesutøveren (23), og helseforetaket (24). Bruk av kompetansevurderingsverktøy kan være et tiltak for å identifisere kompetansebehov og bidra til å forbedre praksis (25).

Via litteratursøk fant vi to studier relatert til egenvurdering av operasjonssykepleiers kompetanse (6,10). Studiene har bidratt til å

Hva tilfører artikkelen?

Studien tyder på at operasjonssykepleiere opplever sin egen kompetanse i stor grad som tilfredsstillende i forhold til kompetansekravene de møter.

Mer om forfatterne:

Astrid Wevling er operasjonssykepleier og MD. Hun er ansatt som høyskolelektor ved Høgskolen i Østfold og som operasjonssykepleier og studentkoordinator ved Sykehuset Østfold. Thor-David Halstensen er anestesisykepleier og MD. Han er ansatt som høyskolelektor ved Høgskolen i Østfold og anestesisykepleier ved Sykehuset Østfold. Inger Signe Johansson er intensivsykepleier og PhD. Hun er professor i sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik, seksjon for sykepleie. Kontaktperson: astridw@hiof.no.

utvikle måleverktøy, identifisere ulike kategorier av kompetanse relatert til utøvelse av operasjonssykepleie (6, 10), og gjort det enklere å sammenlikne utøveres kompetanse (26). Språket som brukes i ett instrument har potensial til å utgjøre en forskjell i gyldighet og pålitelighet (27), da meningsinnhold og begrepsforstå-

mer instrumentelle omsorg, som er inkludert i Valeberg et al. (10) sin kategori omsorg.

Tidligere studier viser at mye av operasjonssykepleierens kompetanse er kjent. Egenvurdering av deres komplekse kompetanse er derimot lite identifisert og beskrevet i norske studier. Foreliggende studie kan være et viktig

varierte fra 0,8 til 0,95 og 0,97 for hele skjemaet.

I vår studie er instrumentet noe endret og tilpasset operasjonssykepleiere. Elleve spørsmål knyttet til bakgrunnsdata for andre spesialistutdanninger og studenter er fjernet. Ett spørsmål innenfor teknisk kompetanse knyttet til kontroll og bruk av instrumenter, og ett spørsmål innenfor medisinsk kompetanse knyttet til bruk av infeksjonsforebyggende kunnskap, er lagt til. Cronbachs alpha koeffisient for medisinsk kompetanse, inkludert nytt spørsmål, var 0,80 og for teknisk kompetanse 0,88. Totalt inneholder instrumentet 44 spørsmål.

I en tipoengs Likertskala, svarte operasjonssykepleierne på hvilket samsvar de opplevde mellom sin nåværende kompetanse og den kompetansen de opplevde at arbeidet deres krevde. Tallkarakter 1= et betydelig gap mellom egen kompetanse og kompetansekrav i jobben og 10= at man mestret kompetansekravene på en fullt ut tilfredsstillende måte. Verdier under 5 indikerte mangelfull kompetanse (29).

En pilotundersøkelse ble utført ved en sammenliknbar operasjonsavdeling og med de samme inklusjonskriterier som i studien. Seks operasjonssykepleiere deltok. Besvarelsen samt tilbakemeldinger fra deltakerne avdekket godt samsvar mellom hvordan spørsmålene ble oppfattet og det studien ønsket å registrere. Pilotstudien medførte ingen endring på skjemaet, og funnene inngår ikke i studiens resultat.

Utvalg og gjennomføring

Utvalget besto av operasjonssykepleiere ansatt ved et sentralsykehus i Norge, operasjonssykepleierne var ikke seksjonerte i greinspecialiteter. Inklusjonskriterier var ansettelse

” Teknisk kompetanse hadde den høyeste gjennomsnittsskåren.

else er nært knyttet til den språklige forståelsen (28). Forståelsen av instrumentets kvalitet og konteksten det skal brukes i er viktig for et pålitelig resultat (27). Ett kortere instrument oppleves ofte mer brukervennlig, men gruppene av spørsmål bør innholdsmessig tilsvare kompetansekategoriene (27).

To aktuelle instrumenter rettet mot operasjonssykepleie, ble vurdert brukt (6,10). Begge instrumentene viste god gyldighet og pålitelighet. De hadde et tilstrekkelig antall spørsmål og kompetansekategorier som favnet kompleksiteten i faget. Styrken til instrumentet utviklet av Valeberg et al. (10), er at det er utviklet i Norge, testet på spesialsykepleiere, inklusive operasjonssykepleiere. Instrumentets kompetansekategorier ble oppfattet som klarere og mer egnet for den konteksten det skulle brukes i, spesielt ble det vurdert som lettere tilgjengelig i forhold til språk (10). Instrumentet til Gillespie et al. (6) var spesifikt utviklet og testet for bruk i perioperativ sammenheng, noe som var positivt. Spørsmålene ble derimot vurdert som uhensiktsmessig detaljerte. I operasjonssykepleierens kompetansevurdering savnes kategorien valg og improvisasjonskompetanse. Kategorien empati (6) implementerte ikke operasjonssykepleierens

redskap i virksomhetens arbeid med å videreutvikle kompetanse og kvalitetssikre funksjonsdyktighet knyttet til tjenestetilbudet.

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan operasjonssykepleiere opplevde sin egen kompetanse i forhold til de arbeidskrav de møter innenfor spesifikke kompetansekategorier.

METODE

Studiens design er en kvantitativ tverrsnittsstudie. Et spørreskjema utviklet av Valeberg et al. (10), ble anvendt til å kartlegge operasjonssykepleierens opplevde kompetanse knyttet til arbeidskrav relatert til spesifikke kompetanseområder.

Instrumentet

Spørreskjemaet inneholdt 53 spørsmål, organisert i sju kategorier: Omsorgskompetanse, medisinsk kompetanse, teknisk kompetanse, samarbeids- og pårørendekompetanse, samt pedagogisk og fagutviklingskompetanse, og valg og improvisasjonskompetanse (10). Reliabiliteten var testet med en Cronbachs alpha koeffisient i en tidligere studie (10). Den varierte fra 0,81 til 0,94 for de ulike kompetansekategoriene, og 0,97 for hele skjemaet. Cronbachs alpha koeffisient for foreliggende studie

i minimum 50 prosent stilling de siste 2,5 år. Ledere og fagsykepleiere ble ekskludert. Avdelingsleder utarbeidet en liste over respondenter som fylte inklusjonskriteriene, totalt 52. Informasjon med forespørsel om deltakelse ble sendt ut via operasjonssykepleiernes mail. Spørreskjemaet (n=52) ble lagt i operasjonssykepleiernes posthylle, påført et nummer kun postsekretær hadde tilgang til. Besvarelsen ble levert i en lukket kodet konvolutt til postsekretær. Dette gjorde det mulig å purre opp besvarelser, som ble gjort to ganger. Totalt kom det inn 30 spørreskjemaer, en svarprosent på 59 prosent.

Dataanalyse

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet Minitab versjon 16 (www.mini-tab.com). Deskriptiv analyse ble gjennomført for beregning av frekvens, prosent, spredning, middelværdi og standardavvik. Dette for å presentere operasjonssykepleiers bakgrunnsvariabler og opplevde egenkompetanse knyttet til arbeidskrav innenfor spørreskjemaets ulike kompetansekategorier. Cronbachs alpha koeffisient ble anvendt for å måle skalaens reliabilitet og interne konsistens.

Etiske vurderinger

Prinsippene for forskningsetikk er fulgt, i henhold til etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. Studien ble i forkant godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Det ble innhentet godkjenning fra helseforetaket. Respondentene fikk informasjon om studiens hensikt og om ivaretagelse av anonymitet i brevets form. Besvarelse av spørreskjemaet ble regnet som samtykke til å delta.

RESULTATER

Resultatene fra respondentenes bakgrunnsdata er framstilt i

Tabell 1: Tabell 1: Operasjonssykepleiernes bakgrunnsdata data (N=30)

	N, (%)	Middelværdi (SD)	Spredning
Kjønn (n= 28)			
Mann	3 (11)		
Kvinne	25 (89)		
Alder (n=27)		49,8 (5,7)	40–59
Antall års erfaring før spesialutdanning		8,4 (5,7)	0–20
Erfaring som operasjonssykepleier (n= 27)		12,9 (8,2)	2–35
2–4 år	4 (13)		
5–9 år	8 (27)		
10–14 år	6 (20)		
15–19 år	4 (13)		
20–35 å	5 (17)		

tabell 1 og viser fordelingen mellom kjønn, arbeidserfaring og alder hos respondentene. Tabellen viser at operasjonssykepleierne har en høy gjennomsnittsalder. De fleste har lang erfaring som sykepleiere og operasjonssykepleiere, og majoriteten er kvinner.

Tabell 2 viser operasjonssykepleiernes opplevde kompetanse relatert til arbeidskrav. I hvert spørsmål svarer de på hvilket samsvar de opplever mellom sin

petanse. Operasjonssykepleierne skårer høyest på teknisk kompetanse og nest høyest på samarbeidskompetanse og medisinsk kompetanse. De laveste skårene er på pårørendekompetanse hvor også standardavviket viser den største spredningen. Seks enkeltspørsmål har en middelværdi på over 9, alle innenfor teknisk-, medisinsk- eller samarbeidskompetanse. Spørsmålet *Evne til å bruke infeksjonsforebyggende*

” ” Operasjonssykepleierne opplever selv at de har god omsorgskompetanse.

nåværende kompetanse innen de ulike kompetansekategoriene, og den kompetansen de opplever at arbeidet krever.

Resultatet i tabell 2 viser at operasjonssykepleiernes vurdering av egen kompetanse i forhold til arbeidskrav er høy. Alle kategoriene har middelværdier på over 8, unntatt pårørendekom-

kunnskap i sykepleiefaglige vurderinger har den høyeste middelværdien. Mer enn halvparten har vurdert sin kompetanse til 10 (framkommer ikke i tabell). Spørsmålet *Evne til å benytte pårørende som en ressurs i arbeidet* har den laveste middelværdien med en verdi på 7,2. Også innen kategorien omsorg

Tabell 2: Operasjonssykepleierens opplevde kompetanse relatert til ulike kompetansekategorier

Spørsmålet er som følger: Hvilket samsvar opplever du mellom din nåværende kompetanse og den kompetanse som kreves i jobben (jobbkrav)?	Middelverdi SD	Range
Totalt OMSORGSKOMPETANSE	8,5 (1,2)	5–10
1. Forstå pasientens situasjon og opplevelser ved sykdom	8,5 (1,2)	5–10
2. Ivareta pasientens fysiske behov	8,8 (1,0)	6–10
3. Ivareta pasientens psykiske, sosiale og åndelige behov	7,9 (1,4)	5–10
4. Ivareta eller styrke pasientens egne ressurser	7,9 (1,3)	5–10
5. Planlegge og prioritere pasientens behov for sykepleie ¹	8,9 (1,0)	6–10
6. Ivareta integritet, selvbestemmelse og rettigheter ¹	8,9 (1,1)	6–10
7. Reflektere over og begrunne egne handlinger	8,7 (1,4)	5–10
Totalt MEDISINSK KOMPETANSE	8,8 (1,2)	4–10
8. Gjennomføre legemiddelhåndtering	8,7 (1,2)	5–10
9. Vurdere virkning og bivirkning av medikamenter	7,9 (1,5)	4–10
10. Gjennomføre forordnet medisinsk behandling ¹	8,9 (1,2)	5–10
11. Bruke medisinske kunnskaper i sykepleiefaglige vurderinger ¹	8,8 (0,9)	7–10
12. Forberedt på og forebygge komplikasjoner	8,9 (1,1)	5–10
13. Vurdere når legen bør tilkalles for hjelp/konsultasjon ¹	9,2 (0,7)	8–10
14. Ta selvstendige avgjørelser når det er nødvendig ¹	8,8 (1,1)	6–10
15. Bruke infeksjonsforebyggende kunnskaper i sykepleiefaglige vurderinger	9,3 (1,0)	6–10
Totalt TEKNISK KOMPETANSE	9,0 (0,9)	6–10
16. Kontrollere og bruke instrumenter på en sikker måte	9,1 (0,8)	8–10
17. Kontrollere og bruke medisinsk utstyr på en sikker måte	8,7 (0,9)	6–10
18. Tilpasse bruken av medisinsk utstyr	8,8 (0,9)	6 – 10
19. Utføre medisinske/tekniske prosedyrer hygienisk	9,2 (0,9)	7–10
Totalt SAMARBEIDSKOMPETANSE	8,9 (0,9)	5–10
20. Kommunisere og samhandle med pasient	8,7 (1,1)	5–10
21. Samarbeide med egen yrkesgruppe	9,0 (0,9)	6–10
22. Samarbeide med andre yrkesgrupper	8,9 (0,9)	7–10
23. Skille egne og andre yrkesgruppers ansvarsområder	9,0 (0,9)	7–10
	8,1 (1,1)	5–10
Totalt PEDAGOGISK OG FAGUTVIKLINGS KOMPETANSE		
24. Veilede/undervise studenter, kollegaer og samarbeidspartnere	8,2 (1,2)	5–10
25. Oppsøke ny kunnskap og holde seg faglig oppdatert	8,1 (1,2)	5–10
26. Ta medansvar for å videreutvikle eller endre praksis	8,0 (1,2)	5–10
27. Forvalte avdelingens ressurser hensiktsmessig	8,2 (0,9)	7–10

Tabell 2 fortsetter her:

Spørsmålet er som følger: Hvilket samsvar opplever du mellom din nåværende kompetanse og den kompetanse som kreves i jobben (jobbkrav)?	Middelverdi SD	Range
Totalt VALG OG IMPROVISASJONSKOMPETANSE	8,5 (1,3)	2–10
28. Prioritere egne arbeidsoppgaver	8,2 (1,6)	2–10
29. Forvalte egen og andres kompetanse på en hensiktsmessig måte ¹	8,0 (1,2)	3–10
30. Ta selvstendige beslutninger ¹	8,5 (1,4)	3–10
31. Ta selvstendig sykepleiefaglig ansvar for pasienten ¹	8,8 (1,5)	3–10
32. Prioritere og omprioritere oppgaver raskt ¹	8,8 (1,2)	5–10
33. Sette faste rutiner til side og improvisere ¹	8,7 (1,3)	5–10
34. Takle uforutsette og kaotiske situasjoner	8,6 (1,1)	5–10
35. Løse problemer som oppstår	8,8 (1,1)	5–10
Totalt PÅRØRENDE KOMPETANSE	7,6 (1,8)	2–10
36. Takle at pårørende er til stede når du arbeider ²	7,7 (2,0)	2–10
37. Benytte pårørende som en ressurs i arbeidet ³	7,2 (1,9)	2–10
38. Takle sterke følelsesmessige inntrykk og opplevelser	8,0 (1,6)	2–10

¹Bortfall 1, ²Bortfall 2, ³Bortfall 3

er det flere lave middelveier relatert til spørsmålene *evne til å ivareta psykiske, sosiale og åndelige behov hos pasienten* (verdi 7,9), og *Evne til å ivareta eller styrke pasientens egenressurser* (verdi 7,9). Verdier under 5 som indikerer mangelfull kompetanse (fremkommer ikke av tabell) finnes under pårørendekompetanse med 5 items (5,9 prosent), under valg og improvisasjonskompetanse med 4 items (1,7 prosent) og under medisinsk kompetanse 1 items (0,4 prosent).

Figur 1 framstiller operasjonssykepleiernes vurdering av kompetanse knyttet til de ulike kompetanseområdene og relatert til antall års erfaring.

Figur 1 viser at samlet for alle kompetansekategoriene foreligger det en stigning i egnvurdert kompetanse fram til 10–14 års erfaring. Deretter vises en liten reduksjon i egnvurdert kompetanse fram mot 19 års erfaring, for så igjen å stige noe.

DISKUSJON

Operasjonssykepleierne opplever godt samsvar mellom opplevd egenkompetanse og opplevelse av arbeidskrav. Opplevd kompetanse relatert til erfaring som operasjonssy-

(34) at kompetanse viser en rask økning på et tidlig stadium av sykepleierkarrieren og en langsommere økning senere.

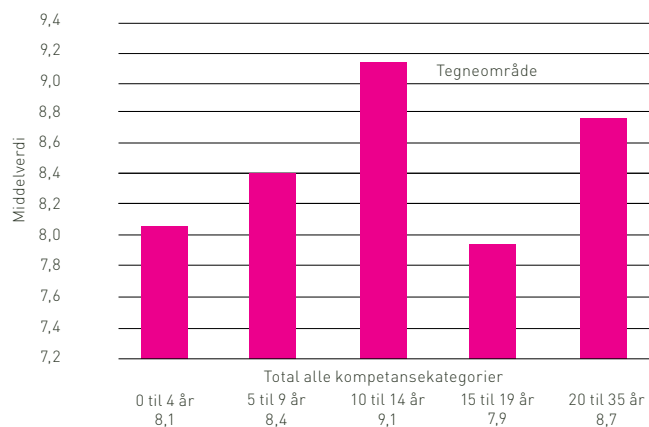
Det er naturlig at kompetanseveksten er størst de første årene (34). Nye operasjons-

” Pårørendekompetanse har den laveste skåren.

kepleier økte gradvis fram mot 10–14 års erfaring. Generelt kan opplevelsen av høy kompetanse ha sammenheng med lang erfaring i yrket (30–32) og høy stillingsbrøk. Valeberg et al. (10) viser at spesialsykepleiere under utdanning har en lavere middelveier i alle kompetansekategorier sammenliknet med nyutdannede spesialsykepleier. Gillespie et al. (33) viser at erfaring og fulltidsstilling som operasjonssykepleier øker den egnvurderte kompetansen. Til sammenlikning viser Takase

sykepleiere har mye å lære og læringsmulighetene er mange, likevel er det mer enn erfaring som påvirker utvikling av kompetanse. Hvordan den enkelte utøver utnytter sitt potensial, samt utøvers ressurser, motivasjon og holdning til læring vil ha betydning (2). Erfarne utøvere vil også inneha en mer helhetlig forståelse for kompleksiteten knyttet til ulike situasjoner, noe som gjør dem bedre skikket til å ta valg, improvisere, og prioritere (30). Dette kommer også fram i figur 1.

Figur 1: Operasjonssykepleierens opplevde kompetanse relatert til antall års erfaring som operasjonssykepleier (N=114)



Svaralternativene er gitt i en Likertskala fra 1 – 10.

I vår studie framkommer det at teknisk kompetanse hadde den høyeste gjennomsnittsskåren. Forklaringen kan ligge i sterk fokusering på tekniske ferdigheter, grunnet stadig mer teknisk utstyr på operasjonsavdelingen. Implementering av nytt teknisk utstyr i utøvelsen fører til sterk vektlegging av brukerkompetanse og pasientsikkerhet (8,35). Opplæring i medisinsk-teknisk utstyr er også hjemlet i forskrift (36). Vektlegging av tekniske ferdigheter har en klar sammenheng med økt produktivitet og effektivitet (21, 37). Oppmerksomheten rundt mestring av tekniske ferdigheter kan også henge sammen med at mangelfull kompetanse er svært synlig. Egen erfaring tilsier at tilbakemeldinger fra kirurger ofte er knyttet til mangelfull kompetanse hos operasjonssykepleier, eksempelvis i montering og anvendelse av instrumenter og utstyr.

Medisinsk kompetanse viste også en høy gjennomsnittsskår. Bruk av infeksjonsforebyggende kunnskap i sykepleiefaglige vur-

deringer hadde den høyeste skåren av alle spørsmål. Mer enn halvparten vurderte sin kompetanse til 10. Et høyt snitt var forventet, relatert til den sterke vektleggingen operasjonssykepleierne har på det infeksjonsforebyggende arbeidet (1,38). På tross av dette er andelen pasienter som får postoperative infeksjoner mellom 3–10 prosent (39). Mange av sårinfeksjonene kan forebygges (38), men årsaksammenhengen er kompleks og relatert til forekomst av ulike risikofaktorer (39, 40). Lav middelverdi relatert til spørsmålet *Evne til å vurdere virkning og bivirkning av medikamenter* kan indikere at spørsmålet ikke ble oppfattet som relevant for operasjonssykepleiere.

Nest høyest middelverdi hadde samarbeidskompetanse og høyest skår var knyttet til å samarbeide med egen og andre yrkesgrupper. Resultatet viser at samarbeid mellom individene i operasjonsteamet er viktig for å oppnå sikkerhet og kvalitet (41), og god kompetanse er en forutsetning for kvalitet i

planlegging og gjennomføring av arbeidet. Spørsmål relatert til kommunikasjon og samhandling med pasienten skåret noe lavere. Årsaken til dette kan sees i sammenheng med at oppgavefordelingen på operasjonsstua styres av vaner, og en kultur som har utviklet seg over tid (42). Anestesipersonalet har i større grad ivaretatt samtalen med pasienten. Likevel viser en studie (17) at operasjonssykepleierne ønsker å skape tillit og gi pasienten en opplevelse av trygghet og velvære gjennom kommunikasjon og samhandling. Via samtale med pasienten innhentes også kunnskap om pasientens behov og helse-tilstand, noe som innvirker på operasjonssykepleiers utøvelse relatert til individuelt tilpasset omsorg, komplikasjonsforebygging og sikkerhet (18, 43, 44).

Operasjonssykepleierne opplever selv at de har god omsorgskompetanse. Deres omsorg er nært knyttet til deres spesifikke kompetanse om operasjonstekniske prinsipper og kirurgisk behandling (45). Omsorg som fenomen er kontekstavhengig, og innvirker på balansen mellom omsorg og teknologi knyttet til tid og oppmerksomhet. Krav som effektivitet, hurtighet, produktivitet og ressursstyring gjør det utfordrende å ivareta alle sider ved omsorgsbegrepet, relatert til de ulike spørsmålene i kategorien. Spørsmål knyttet til den mer instrumentelle siden av omsorg skårer høyt og operasjonssykepleierne omsorg relateres i stor grad til instrumentelle arbeidsoppgaver (1,9). Omsorg impliserer måten den pasientrettede handlingen utføres på, med vennlighet, respekt og opprettholdelse av verdighet (13,17). Å få pasienten til å oppleve velvære og trygghet

er viktig for operasjonssykepleieren (17), men kan være en utfordring da tiden de har til rådighet er knapp (46).

Pedagogisk- og fagutviklingskompetanse har den nest laveste middelverdien. Stadige endringer innen fagområdet gjør det vanskelig å hevde at en til enhver tid er oppdatert. Tilrettelegging for fagutvikling påvirkes av flere ulike faktorer som ikke er direkte knyttet til selve læringen, men avhengig av personalpolitiske, økonomiske og administrative rammer (47). En studie viser at operasjonssykepleiere er positive til forskning, men at de mangler kunnskap om hvordan de skal finne forskningen, samt tid og rom til å lese forskningsartikler (48). Det er en sammenheng mellom hvordan omgivelsene oppmuntrer til å bruke forskning og i hvilken utstrekning forskning anvendes i praksis (48–50).

Kategorien pårørendekompetanse har den laveste skåren, selv om samhandling med pårørende inngår i det ansvaret som påhviler operasjonssykepleierne (1). Valeberg et al. (10) anbefaler i sin studie at kategorien pårørendekompetanse endres ved bruk på operasjonssykepleiere. Det ble ikke gjort i foreliggende studie da spørsmålene ble oppfattet som relevante for pilotstestens respondenter. En forklaring kan ligge i at det erfaringsmessig er få operasjoner hvor pårørendes tilstedeværelse er nødvendig. Allikevel spiller pårørende en viktig rolle, blant annet når pasienten er barn, psykisk funksjonshemmet, angstpreget eller demente (38, 51). En relevant refleksjon knyttet til den lave skåren, er om operasjonssykepleierne har svart ut ifra en opplevelse av at deres kompetanse ikke anvendes.

En faktor som kan innvirke på opplevd kompetanse er få eller mangelfulle tilbakemeldinger (47). Det kan lede til oppfatningen av at kravene er innfridd. Viktig for operasjonssykepleieren er tilbakemeldinger fra operasjonsteam, ledelse, og samarbeidende avdelinger (postoperativ og sengepost). En realistisk vurdering av egen kompetanse påvirkes av konstruktive og tydelige tilbakemeldinger, men også av nivået på de krav og forventninger som stilles. Tydelig kompetan-

til kategorien de er satt inn i (54). Skjemaet har flere spørsmål innenfor samme kompetansekategori, noe som bidrar til å øke validiteten. En fare knyttet til det å endre instrumentet er at skjemaets begrepsvaliditet og pålitelighet endres. En kontroll av korrelasjonen mellom denne studiens to tillagte spørsmål og allerede eksisterende spørsmål i samme kompetansekategori ble utført. På tillagte spørsmål viste både en Pearsons r-test og Cronbachs alpha tilfredsstillende verdier.

” Benyttet kartlegging stiller krav til selvinnsikt og egenvurdering.

sekraft fra avdelingsledelsen til kvalitetskrav, pasientkrav og samfunnskrav kan innvirke på operasjonssykepleiers egenvurdering av kompetanse. Avdelingens ressurser og operasjonssykepleierens arbeidsbyrde vil også ha en sammenheng med overskudd, tid og mulighet for kompetanseutvikling (35,52,53).

METODEDISKUSJON

Ved bruk av kartleggingsinstrumenter for å måle kompetanse, er det viktig at forsker er kjent med instrumentet som anvendes, og hva det kan måle. Resultatets troverdighet henger nøye sammen med riktig bruk av verktøyet (27). En utfordring knyttet til kartleggingsverktøy for kompetansevurdering, er å definere grensen mellom de ulike kompetansekategoriene (27). Ved anvendte instrument ble reliabiliteten evaluert for hver kompetansekategori og for totalskåren. Resultatet viste ingen innbyrdes konflikt, spørsmålene som er stilt er entydige og gir et korrekt bilde i forhold

Studiens svarprosent var på 59 prosent, hvilket er noe lavt, men likevel innenfor det som regnes som akseptabelt (54). Likevel vil et begrenset antall respondenter og representasjon fra bare en avdeling svekke validiteten. Overføringsverdien er begrenset. Lignende studier med et større utvalg må til for å avgjøre verdien knyttet til overførbarhet. Spørreskjemaet benytter en Likertskala fra 1 til 10, og gir mange svaralternativer. Skalaen ble beholdt for lettere å kunne sammenlikne funn knyttet til tidligere bruk av skjemaet. En skala med mange svaralternativer stiller krav til respondentenes evne til å vurdere sin kompetanse nyansert, samtidig gir skalaen mulighet til å fange opp flere variasjoner (55).

Resultatet måler kun opplevd kompetanse som er situasjonsavhengig og dynamisk. Å få uttømmende informasjon via et spørreskjema om operasjonssykepleierens komplekse kompetanse, og særlig de kontekstuelle nyansene, er utfordrende (27,56).

Opplevelse av egen kompetanse har sammenheng med evnen til å vurdere kompetanse, og benyttet kartlegging stiller krav til selvinnsikt og egenvurdering. En egenvurdering vil alltid være subjektiv relatert til den enkelte sykepleiers opplevelse av hva god kompetanse er. Likevel er sannsynligheten stor for at respondentenes egenvurdering er nøktern (30). En studie viser at operasjonssykepleierne vurderte sin egen kompetanse lavere enn det både leder og en ekstern tverrfaglig ekspertgruppe vurderte (57). Dette kan gi støtte til at måling av opplevd egenkompetanse som verktøy er troverdig og dermed også resultatene. En annen betraktning knyttet til operasjonssykepleiernes høye

vurdering av egen kompetanse, er om respondentene svarer ut ifra hva som forventes av dem (54), samt et behov for å framsnakke faggruppens kompetanse, og slik påvirke resultatet (54).

KONKLUSJON

Resultatet viste at operasjonssykepleierne i stor grad opplevde å inneha en tilfredsstillende kompetanse. Kategorien teknisk kompetanse hadde den høyeste middelverdien mens kategorien pårørendekompetanse hadde den laveste middelverdien. Mer forskning trengs for å kartlegge operasjonssykepleieres kompetanse, særlig relatert til kategorien pårørendekompetanse. Operasjonssykepleiere med 10–14 års erfaring har den høy-

este skåren innen alle kompetansekategorier, sammenheng mellom erfaring og kompetanse vises også i andre sammenliknbare studier.

Studien kan være et bidrag i arbeidet med å kartlegge operasjonssykepleierens opplevelse av egen kompetanse. Resultatene kan ha betydning i arbeidet med kompetansekartlegging og kompetanseutvikling, og gir studien legitimitet. Ved å jobbe for en kontinuerlig utvikling og en systematisk oppfølging av kompetansen, vil nivået på tjenestene bli bedre i takt med nye krav og forventninger. Flere studier trengs for å klarlegge operasjonssykepleierens kompetanse og synliggjøre fagområdets bredde.

REFERANSER

1. NSFLOS, Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere. Utdyping av operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse Oslo: NSFLOS, Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere; 2008.
2. Lai L. Strategisk Kompetanseledelse. Oslo: Fagbokforlaget; 2013.
3. WHO. Global Standards for the Education of Professional Nurses and Midwives. In: [WHO] WHO, editor. http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/ 2009 World Health Organization.
4. Cowan DT, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: a controversial concept—a focused review of literature. *Nurse education today*. 2005;25:355–62.
5. Cowan DT, Jenifer Wilson-Barnett D, Norman IJ, Murrells T. Measuring nursing competence: development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International journal of nursing studies*. 2008;45:902–13.
6. Gillespie BM, Polit DF, Hamlin L, Chaboyer W. Developing a model of competence in the operating theatre: psychometric validation of the perceived

7. Healey AN, Undre S, Vincent CA. Defining the technical skills of teamwork in surgery. *Quality & Safety in Health Care*. 2006;15:231–4.
8. Sevdalis N, Undre S, Henry J, Sydney E, Koutantji M, Darzi A, et al. Development, initial reliability and validity testing of an observational tool for assessing technical skills of operating room nurses. *International journal of nursing studies*. 2009;46:1187–93.
9. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Chang HY, Werder H. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *J Adv Nurs*. 2009;65:1019–28.
10. Valeberg BT, Grønseth R, Fagermoen MS. Spesialsykepleierens opplevde kompetanse etter endt utdanning. *Sykepleien Forskning*. 2009;4:206–13.
11. Mitchell L, Flin R. Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *J Adv Nurs*. 2008;63:15–24.
12. Mitchell L, Flin R, Yule S, Mitchell J, Coutts K, Youngson G. Evaluation of the Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills system.

13. Bull R, Fitzgerald M. Nursing in a technological environment: nursing care in the operating room. *International journal of nursing practice*. 2006;12:3–7.
14. Kondrat BK. Operating room nurse managers—competence and beyond. *AORN journal*. 2001;73:9–24, 26–7 passim.
15. Lingard L, Espin S, Rubin B, Whyte S, Colmenares M, Baker GR, et al. Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR. *Quality & safety in health care*. 2005;14:340–6.
16. Nestel D, Kidd J. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC nursing*. 2006;5:1.
17. Kelvered M, Ohlen J, Gustafsson BA. Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2012 Sep;26(3):449–57. PubMed PMID: 22077815.
18. Rydenfalt C, Johansson G, Larsson PA, Akerman K, Odenrick P. Social structures in the operating theatre: how

contradicting rationalities and trust affect work. *J Adv Nurs*. 2012;68:783–95.

19. **Norge K.** Lange linjer – kunnskap gir muligheter. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2013. 168 s. p.

20. **McKinsey & Company.** Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge. Oslo: McKinsey & Company; 2011.

21. **Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Werder H.** Education and experience make a difference: results of a predictor study. *AORN journal*. 2011;94:78–90. PubMed PMID: 21722773.

22. **Gillespie BM, Chaboyer W, Fairweather N.** Factors that influence the expected length of operation: results of a prospective study. *BMJ Qual Saf*. 2012;21:3–12.

23. **Helsepersonelloven: lov av 2 juli 199 nr. 64** om helseperson. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke; 2014.

24. **Spesialisthelsetjenesteloven: lov 2 juli 1999 nr. 61** om spesialisthelsetjenesten m.m.; sist endret ved lov 4 mai 2012 nr. 23. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.

25. **Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M.** The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: a predictor study. *International journal of nursing studies*. 2009;46:968–76.

26. **Gillespie BM, Chaboyer W, Lingard S, Ball S.** Perioperative nurses' perceptions of competence: implications for migration. *ORNAC journal*. 2012;30:17–8. 20-2, 4 passim.

27. **Wilkinson CA.** Competency assessment tools for registered nurses: an integrative review. *Journal of continuing education in nursing*. 2013;44:31–7.

28. **Føllesdal D, Walløe L.** Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi. Oslo: Universitetsforlaget; 2002. 304 s.:ill. p.

29. **Havn V, Vedi C.** På dypt vann: om nytdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost. Trondheim: Sintef IFIM; 1997. IV, 89 s. : diagr. p.

30. **Benner P.** Fra novice til ekspert. København: Munksgaard; 1995.

31. **Numminen O, Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H.** Professional competence of practising nurses. *Journal of clinical nursing*. 2013;22:1411–23.

32. **Meretoja R, Numminen O, Isoaho H, Leino-Kilpi H.** Nurse competence between three generational nurse cohorts: A cross-sectional study. *International journal of nursing practice*. 2014 Apr 1.

33. **Gillespie BP, DF; Hamlin, L & Chaboyer, W.** The Influence of Personal Characteristics on Perioperative Nurses' Perceived Competence: Implications for Workforce Planning. *Aust-*

ralian Journal of Advanced Nursing. 2013;14–25.

34. **Takase M.** The relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: a tentative model for nursing competence development. *Journal of clinical nursing*. 2013 May;22:1400–10.

35. **Kane-Urrabazo C.** Management's role in shaping organizational culture. *Journal of Nursing Management*. 2006;14:188–94.

36. **Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr.** FOR 1999-08-20 nr. 955.

37. **Gillespie BM, Chaboyer W, Fairweather N.** Factors that influence the expected length of operation: results of a prospective study. *BMJ quality & safety*. 2012;21:3–12.

38. **Rothrock JC, McEwen DR, Alexander EL.** Alexander's care of the patient in surgery. St. Louis, Mo.: Elsevier Mosby; 2015. XX, 1226 s. :ill. p.

39. **Norsk overvåkingsystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS).** Folkehelseinstituttet [Internett]. 2013.

40. **Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner.** Høsten 2014 [Internett]. 2014.

41. **Bohmer AB, Wappler F, Tinschmann T, Kindermann P, Rixen D, Bellendir M, et al.** The implementation of a perioperative checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*. 2012;56:332–8.

42. **Lindwall L, von Post I.** Habits in perioperative nursing culture. *Nursing ethics*. 2008;15:670–81.

43. **Rudolfsson G, von Post I, Eriksson K.** The perioperative dialogue: holistic nursing in practice. *Holistic nursing practice*. 2007;21:292–8.

44. **Rudolfsson G.** Being altered by the unexpected: understanding the perioperative patient's experience: a case study. *International journal of nursing practice*. 2014;20:433–7.

45. **Nelson DL.** Perioperative nursing and its history. *Dissector*. 2007;35:19–23.

46. **Moesmand AM, Kjøllestad A.** Å være akutt kritisk syk: om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.

47. **Illeris K, Andersen V.** Læring i arbeidslivet. Frederiksberg: Roskilde universitetsforlag; 2004. 282 s.:fig. p.

48. **Hommelstad J, Ruland CM.** Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use. *AORN journal*. 2004;79:621–34.

49. **Lapierre E, Ritchey K, Newhouse R.** Barriers to research use in the PACU.

Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses. 2004;19:78–83.

50. **Meijers JM, Janssen MA, Cummings GG, Wallin L, Estabrooks CA, R YGH.** Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *J Adv Nurs*. 2006;55:622–35.

51. **Blum EP, Burns SM.** Perioperative communication and family members' perceived level of anxiety and satisfaction. *ORNAC journal*. 2013;31:14,6–9,34–6, passim.

52. **Hertting A, Nilsson K, Theorell T, Larsson US.** Downsizing and reorganization: demands, challenges and ambiguity for registered nurses. *Journal of advanced nursing*. 2004;45:145–54.

53. **Bjork IT, Hansen BS, Samdal GB, Torstad S, Hamilton GA.** Evaluation of clinical ladder participation in Norway. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39:88–94.

54. **Polit DE, Beck CT.** Nursing research. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

55. **Streiner D, Geddes J.** Intention to treat analysis in clinical trials when there are missing data. *Evidence-based mental health*. 2001;4:70–1.

56. **Nicholson P, Griffin P, Gillis S, Wu M, Dunning T.** Measuring nursing competencies in the operating theatre: instrument development and psychometric analysis using Item Response Theory. *Nurse education today*. 2013;33:1088–93.

57. **Meretoja R, Koponen L.** A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *J Adv Nurs*. 2012;68:414–22.

Gjenkjennelig kunnskap

› Det hadde vært spennende om studien fokuserte mer på omsorgskompetansen.



Stein Ove Danielsen

Ledende spesialsykepleier/stipendiat, Thorax Operasjonsavd. TKA, Ullevål,

Det mest interessante ved artikkelen for meg som kliniker, er at den holder frem kunnskap jeg kjenner igjen. Ikke noe nytt, men det beskriver en virkelighet jeg kjenner igjen. Slik er det lett å få tillit til innholdet i artikkelen. I diskusjonen peker forfatterne på mange relevante sammenhenger ved resultatene slik jeg ser det som kliniker.

Introduksjonen i artikkelen forteller meg at vi, operasjonssykepleierne, trenger kompleks kunnskap og ferdigheter for å ivareta de syke pasientene vi bidrar til å pleie og behandle. Resultatdelen starter med å vise bakgrunnsvariabler, som er kjent kunnskap: Operasjonssykepleieren er i stor grad en voksen kvinne med lang fartstid/lang yrkeserfaring. Neste tabell viser at kollegaene vurderer å ha høy kompetanse i forhold til de fleste kompetanseområder som måles, unntatt pårørendekompetanse.

Studien gir kunnskap som

kan brukes til å argumentere for mer fagutviklings- og forskningstid i avdelingen. Jeg får også vite hvilke områder man kan arbeide mer med i forhold til fagutvikling, kompetanseplaner eller opplæringsplaner. Dette kan med fordel holdes frem for ledere og andre med innflytelse på det som skjer i den kliniske hverdagen. Noe som er viktig da vi ønsker bedre rammer i forhold til fagutvikling!

At operasjonssykepleiere skårer lavt på pårørendekompetanse er ikke overraskende. Det er sjeldent vi bruker denne kompetansen, og dermed er det ikke unaturlig med lav skår her. Det er nok den reelle forklaringen. Artikkelen redegjør for at man har utført undersøkelsen på ett sykehus, og med svar fra 30 operasjonssykepleiere. Det indikerer seleksjonsbias relatert til skåren pårørendekompetanse, noe forfatterne også er inne på.

Som erfaren kliniker er det

lett å relatere seg til det at kompetansen øker med erfaring. Læringskurven er brattest i starten, og siden flater den mer ut og kompetansen styrkes. Den kliniske hverdagen byr på utfordringer i forhold til både kunnskap og ferdigheter, og man vet at med erfaring vil kollegaene inneha den nødvendige kompetansen for å gi kvalitetsmessig og sikker pasientpleie. Personlig synes jeg det hadde vært mer spennende om forfatterne hadde brukt større plass på omsorgskompetansen. Til tross for et virke i et høyteknologisk miljø, så ser operasjonssykepleieren det syke mennesket og fokuserer like mye på den medmenneskelige omsorgen som på den mer tekniske omsorgen. Det er interessant og utfordrende å virke i dette spenningsfeltet.

Les artikkelen på side 132





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



Illustrasjonsfoto: NTBscenpix

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Omsorg for døende pasienter og deres pårørende er en av helsetjenestens grunnleggende oppgaver. Over 30 prosent av alle dødsfall skjer i sykehus. Liverpool Care Pathway (LCP) er et kvalitetsverktøy for å ivareta omsorgen for døende. LCP ble innført ved det første norske sykehus i 2007.

Hensikt: Å undersøke personalets erfaringer med bruk av LCP.

Metode: Spørreundersøkelse til pleie- og legegruppen (n=356) på

åtte ulike sengeposter i to sykehus. Fokusgruppeintervju for å utdype svarene fra spørreundersøkelsen.

Hovedresultat: Spørreundersøkelsen hadde en svarprosent på 47 (n=167). Bruk av LCP skapte trygghet og forutsigbarhet i arbeidet. Å lindre plagsomme symptomer og å avslutte uhensiktsmessige behandlings- og pleietiltak var mest endret etter innføring av LCP. 94 prosent av respondentene ønsket å fortsette med å bruke tiltaksplanen. Fokusgruppeintervjuet viste en endret beredskap

og bevissthet i møte med døende pasienter og deres pårørende. Samtidig opplevde personalet det fortsatt utfordrende å vurdere når en pasient er døende, og dermed å komme frem til beslutningen om iverksetting av LCP.

Konklusjon: Personalet opplevde LCP som et nyttig verktøy og ønsket å fortsette med å bruke tiltaksplanen. Pasientnær undervisning og et tettere samarbeid med sykehusenes palliative team kan sette personalet bedre i stand til å vurdere når en pasient er døende.

ENGLISH SUMMARY

Staff experiences with use of the Liverpool Care Pathway in two Norwegian hospitals

Background: Care for dying patients and their next of kin is part of basic health care. This is also true for hospitals, where more than 30 per cent of the annual deaths in Norway occur. The Liverpool Care Pathway (LCP) is a tool to ensure quality in care for the dying. The LCP was introduced in Norwegian hospitals in 2007.

Objective: To investigate staff experiences with the use of the LCP.

Methods: A survey was carried out among nursing staff and physicians (n=356) on eight wards in two hospitals. A focus group interview was conducted to further explore the answers from the survey.

Main results: The survey had a response rate of 47 (n=167). Using the LCP made the work safer and more predictable. Symptom relief and discontinuation of inappropriate interventions were the practices most changed after implementing the LCP. A large part (94 per cent) of the respondents wanted to continue the use of the care pathway.

The focus group interview showed an improved preparedness and consciousness when facing dying patients and their loved ones. At the same time, the staff found it challenging to decide when the patient was entering the imminently dying phase, and consequently, when to introduce the LCP.

Conclusion: The staff evaluated the LCP as a useful tool and wished to continue using it. Bedside teaching and a closer cooperation with the hospital palliative care team may improve clinical skills to recognise the dying phase.

LIVERPOOL CARE PATHWAY:

» Personalets erfaringer i to norske sykehus

Forfattere: Grethe Skorpen Iversen og Dagny Faksvåg Haugen

NØKKELORD

- Død
- Evaluering
- Palliasjon
- Fokusgrupper
- Spørreundersøkelse

INTRODUKSJON

Omsorg for døende pasienter og deres pårørende er en av helse-tjenestens grunnleggende opp-gaver. Hvert år dør nærmere 42.000 mennesker i Norge, de aller fleste i sluttfasen av en kronisk sykdom. Selv om stadig flere dødsfall skjer i sykehjem, skjedde fortsatt 32,5 prosent av alle dødsfall i 2012 i sykehus (1). Det betyr at alle sykehus må ha retningslinjer for omsorgen ved livets slutt.

Liverpool Care Pathway (LCP) for Care of the Dying Patient er en plan for å ivareta døende pasienter og deres pårørende (2,3). Planen er en «integrated care pathway» (standardisert behandlingslinje eller tiltaksplan) (4) som definerer mål for de ulike aspektene av terminal-omsorg. Når planen brukes for en døende pasient, fungerer den som en avansert sjekkliste der personalet må ta stilling til om

hvert enkelt mål for behandling, pleie og omsorg er oppnådd eller ikke. Hvis målet ikke er nådd, må adekvate tiltak settes i verk og effekten dokumenteres (3,5).

LCP ble utviklet i Liverpool på slutten av 1990-tallet (2). Bakgrunnen var et ønske om at hospicefilosofien kunne prege omsorgen for døende også i travle sykehusavdelinger. LCP legger vekt på tett kommunikasjon med pasient og pårørende for å kunne møte deres preferanser og behov. Andre sentrale elementer er seponering av uhensiktsmessige behandlings- og pleietiltak, forutseende planlegging med tanke på symptomer som kan oppstå, god lindring og oppmerksomhet mot psykososiale og åndelige eller eksistensielle behov (3,5). Etter å ha spredd seg lokalt og nasjonalt brukes LCP i dag i 23 land (6).

I 2007 definerte Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) i Bergen å gi et behandlingstilbud av høy kvalitet til døende pasienter som ett av sine strategiske mål. Sykehuset valgte, som det første i Norge, å ta i bruk LCP. Planen ble innført ved to pilotposter; den ene var sengeposten ved Sunniva senter for lindrende behandling. Siden 2009 har de fleste sengepostene på HDS brukt tiltaksplanen, og fra 2010 også

avdelinger ved Haukeland universitetssjukehus (HUS).

For å se om målet om bedre kvalitet i omsorgen for døende ble nådd, er det gjort en gjennomgang av journaldokumentasjonen ved dødsfall før og etter innføring av LCP på flere av postene. Gjennomgangen har vist forbedring av både rutiner og dokumentasjon etter innføring av tiltaksplanen (upubliserte data). I forlengelsen av dette ønsket vi å evaluere personalets erfaringer, med tanke på videre bruk

Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at bruk av kvalitetsverktøyet LCP, styrket beredskapen og økte bevisstheten hos personalet for døende og deres pårørende.

Mer om forfatterne:

Grethe Skorpen Iversen er sykepleier og nettverkskoordinator ved Kompetansesenter i lindrende behandling, Helseregion Vest, Haukeland universitetssjukehus og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, Bergen kommune. Dagny Faksvåg Haugen er seksjonsoverlege ved Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, Haukeland universitetssjukehus. Kontaktperson: grethe.skorpen.iversen@helse-bergen.no.

av planen og innføring i nye avdelinger og institusjoner. Disse erfaringene har blitt ytterligere aktualisert etter at medieoppslag knyttet til bruken av LCP i engelske akuttstusykehus førte til en granskingsrapport med påfølgende utfasing av LCP i England i løpet av 2014 (7).

Hensikten med denne studien var å undersøke personalets erfaringer med bruk av LCP ved to norske sykehus. For å innhente erfaringer fra mange i personalet gjorde vi først en spørreundersøkelse. Tema fra spørreundersøkelsen ble så utdypet i et fokusgruppeintervju.

METODE

Spørreundersøkelse

Vi utarbeidet og pilottestet et webbasert spørreskjema med ti spørsmål. Spørsmålene var basert på internasjonale erfaringer med innføring og bruk av LCP (8–10). Målet var å få frem mulige endringer i behandling og pleie etter innføring av tiltaksplanen. Flere av spørsmålene ga mulighet for utfyllende kommentarer.

Seks sengeposter på HDS og to på HUS inngikk i undersøkelsen: En palliativ sengeenhet, en overvåkningsavdeling, fem ulike medisinske sengeposter og en døgnpost på kreftavdeling. Avdelingene hadde brukt LCP fra seks måneder til 3,5 år, halvparten i mer enn to år. Hele pleiepersonalet og legegruppen på disse postene (356 personer) fikk i desember 2010 tilsendt en personlig link til spørreundersøkelsen via e-post, med to automatiske påminnelser. Svarene ble analysert med deskriptiv statistikk i programmet SurveyMonkey.

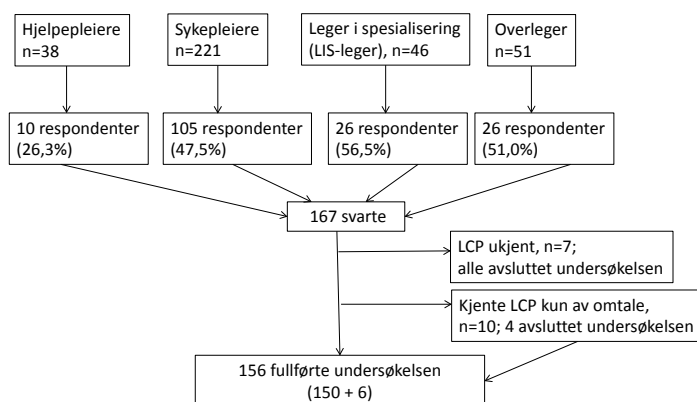
Fokusgruppeintervju

Ut fra resultatene fra spørreundersøkelsen utarbeidet vi en intervjuguide (tabell 1). Delta-

Tabell 1: Intervjuguide til fokusgruppeintervjuet

1. Erfaringer med LCP (Hva er deres erfaringer med å bruke LCP?)
2. Endret praksis (På hvilken måte har innføring av LCP bidratt til å endre behandling, pleie og omsorg til døende pasienter og deres pårørende?)
3. Forventninger til LCP (Har dere, eller har dere hatt, forventninger til LCP som er blitt innfridd – eller som ikke er blitt innfridd?)
4. Utfordringer i ivaretagelsen av døende og deres pårørende (Hvilke utfordringer eller problemer møter dere i egen avdeling i forhold til pasienter i livets slutfase og deres pårørende? Hva oppleves mest utfordrende eller krevende? Hva oppleves minst utfordrende eller krevende?)

Figur 1: Oversikt over svarfordelingen i spørreundersøkelsen



kerne måtte ha vært pleiepersonell eller LIS-lege på en av de seks aktuelle sengepostene på HDS lengre enn seks måneder i minst halv stilling. På intervjudagen ble deltakerne valgt ut ved loddtrekning, i den grad bemanningen på den enkelte post tillot det.

Intervjuet ble gjort i oktober 2011 i et stille sidebygg til sykehuset. Sykepleier med erfaring fra metoden ledet intervjuet. Hun kjente ingen av deltakerne fra før. Medintervjuer og førsteforfatter noterte stikkord og kom med oppfølgende spørsmål underveis. Intervjuet varte 37 minutter og ble tatt opp på lydbånd. Intervjuerne gjorde en felles oppsummering i etterkant.

Intervjuopptaket ble transkribert av ekstern sekretær som ikke kjente deltakerne. Analysearbeidet

ble gjort ut fra metoden til Krueger og Casey (11). Intervjuerne lyttet til opptaket og leste gjennom datamaterialet og notatene flere ganger. Materialet ble inndelt i naturlige, meningsbærende grupper (enheter) og undergrupper (kategorier) ut fra spørsmålene i intervjuet. Til sist ble det strukturert rundt temaer som dukket opp på tvers av spørsmålene.

Ledelsen ved avdelingene hadde på forhånd gitt tillatelse til å gjennomføre spørreundersøkelsen og fokusgruppeintervjuet. Fokusgruppedeltakerne fikk skriftlig orientering om intervjuet og underskrev samtykkeklæring.

RESULTATER

Spørreundersøkelse

Figur 1 gir en oversikt over delta-

kerne i spørreundersøkelsen. For en del av spørsmålene er svarene fra hele pleiegruppen, hjelpepleiere og sykepleiere, presentert samlet. For noen av spørsmålene er det bare presentert svar fra sykepleiergruppen fordi svarene fra hjelpepleiergruppen på disse spørsmålene må anses som usikre på grunn av få respondenter og manglende data.

Av dem som kjente til LCP, svarte 89,1 prosent at de hadde brukt tiltaksplanen. En tredjedel av LIS-legene hadde deltatt på undervisning om LCP, mens 3/4 av pleiepersonalet og nesten like mange av overlegene hadde deltatt. I pleiepersonalet oppga 84,9 prosent at de hadde fått opplæring i praktisk bruk av LCP, blant legene 35,5 prosent.

Endret praksis

Respondentene ble spurt om innføring av LCP hadde endret deres kliniske praksis på ulike områder. De to områdene der flest svarte bekreftende, var å avslutte uhensiktsmessige behandlings- og pleietiltak og å lindre plagsomme symptomer (Tabell 2). En høy andel av legene, 72,7 prosent av LIS- og 60,9 prosent av overlegene, svarte at de brukte behandlingsalgoritmene for symptomlindring «i stor grad» (12). På spørsmål om det å samtale med pasienter og pårørende om døden hadde endret seg, svarte 52,9 prosent av pleiepersonalet og 26,7 prosent av legene ja. Flest sykepleiere (45,1 prosent) svarte at det å informere om tilstanden var endret, men også en betydelig andel av LIS-legene (40,9 prosent) og overlegene (34,8 prosent) svarte bekreftende på dette. Når det gjaldt ivaretagelse av pårørende, var det også størst endring i pleiegruppen, med ja fra 54,5 prosent. Det å hente inn andre

aktuelle faggrupper, som prest, sosionom, fysioterapeut eller palliativt team, var endret for 56,4 prosent av pleiepersonalet etter innføring av LCP, men bare for 27,3 prosent av legene.

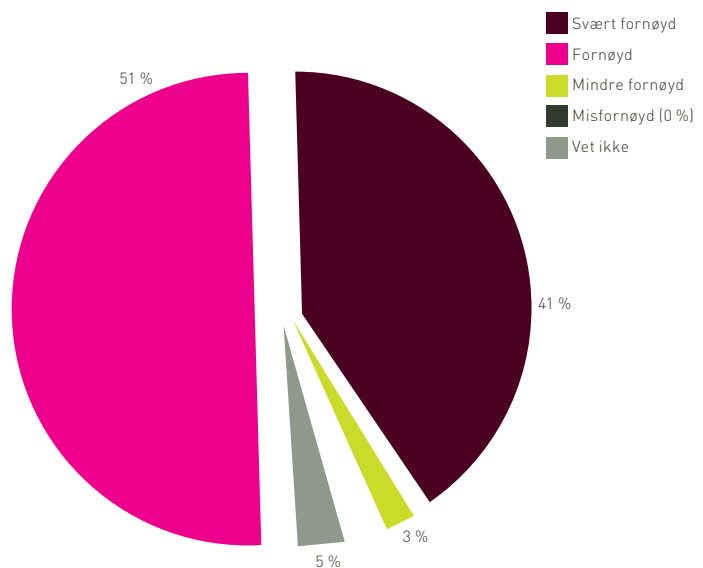
I alt 37,2 prosent av sykepleierne og 30,4 prosent av overle-

gene svarte at det å gjenkjenne når en pasient er døende, var blitt endret etter innføring av LCP. Blant LIS-legene svarte 22,7 prosent ja på dette spørsmålet. Spørreskjemaet ga også mulighet for frie kommentarer: «LCP er et veldig konkret hjelpemiddel som

Tabell 2: Har innføring av LCP endret din praksis (hverdag) i møte med døende pasienter og deres pårørende på følgende områder?

	Ja N (%)	Nei N (%)	Vet ikke N (%)	Antall svar
Å gjenkjenne når en pasient er døende	49 (33,6)	79 (54,1)	18 (12,3)	146
Å informere om tilstanden	60 (41,4)	67 (46,2)	18 (12,4)	145
Å avslutte uhensiktsmessige behandlings- og pleietiltak	107 (71,8)	33 (22,2)	9 (6,0)	149
Å lindre plagsomme symptomer	113 (76,4)	32 (21,6)	3 (2,0)	148
Å samtale med pasienter og pårørende om døden	66 (44,6)	64 (43,2)	18 (12,2)	148
Å ivareta pårørende	66 (44,9)	62 (42,2)	19 (12,9)	147
Å hente inn andre faggrupper	69 (46,9)	57 (38,8)	21 (14,3)	147

Figur 2: Spørsmål 8: Alt i alt, hvor fornøyd er du med LCP?



Tabell 3: Hvordan opplever du å bruke LCP?

	Ja N (%)	Nei N (%)	Vet ikke N (%)	Antall svar
Skaper trygghet for personalet				
Samlet svar	113 (79,6)	3 (2,1)	26 (18,3)	142
Pleiepersonell	74 (74,7)	1 (1,0)	24 (24,4)	99
LIS-lege	20 (95,2)	1 (4,8)	0 (0,0)	21
Overlege	19 (86,4)	1 (4,6)	2 (9,1)	22
Skaper forutsigbarhet i arbeidet				
Samlet svar	118 (84,3)	6 (4,3)	16 (11,4)	140
Pleiepersonell	79 (82,3)	3 (3,1)	14 (14,6)	96
LIS-lege	20 (95,2)	1 (4,8)	0 (0,0)	21
Overlege	19 (82,6)	2 (8,7)	2 (8,7)	23
Bedrer samarbeidet mellom lege og pleiegruppe				
Samlet svar	94 (66,7)	11 (7,8)	36 (25,5)	141
Pleiepersonell	58 (59,8)	9 (9,3)	30 (30,9)	97
LIS-lege	17 (81,0)	1 (4,8)	3 (14,3)	21
Overlege	19 (82,6)	1 (4,4)	3 (13,0)	23

bidrar til at det er lettere for oss å være konkret og presis på alle områder, det blir systematisk og ikke tilfeldig». «LCP gjør at man arbeider mer systematisk, det oppleves positivt.» «Bra hjelpemiddel som nyutdanna.» «Mykje større bevissthet rundt døden som tema.» «Spør nå konsekvent om behov for prest.»

Erfaringer med å bruke LCP

På spørsmål om hvordan de opplevde å bruke LCP, svarte 71,8 prosent av respondentene at LCP bedret dokumentasjonen. Mest positive var overlegene, der 78,3 prosent svarte ja på dette spørsmålet. «(LCP) Forenkler samarbeidet med sykepleierne vesentlig da man har en felles kjent mal.» «Bedrer dokumentasjonen angående konkrete symptom, munnstell og så videre».

Blant LIS-legene svarte 76,2

prosent at LCP opplevdes tidsbesparende: 56,3 prosent av sykepleierne og 45,5 prosent av overlegene svarte det samme. Det var stor enighet om at LCP er lite tidkrevende: 90,0 prosent av LIS-legene, 80,0 prosent av sykepleierne og 71,4 prosent av overlegene svarte ja til dette. Flere erfaringer er presentert i tabell 3.

Ett spørsmål omhandlet hvor fornøyd man var med å bruke tiltaksplanen (figur 2). Her var det små forskjeller mellom yrkesgruppene, men LIS-legene utmerket seg ved aller størst tilfredshet med planen: 50,0 prosent «svært fornøyd», 45,5 prosent «fornøyd» og 4,5 prosent «vet ikke».

Samlet sett svarte 94,0 prosent at de ønsket å fortsette med å bruke LCP. På spørsmål om man ønsket endringer i måten

LCP ble fulgt opp på i avdelingene, svarte gruppene samlet, 81,4 prosent, at tilgjengelighet til koordinator var god nok. En betydelig andel i hver yrkesgruppe ønsket mer undervisning om LCP: Blant LIS-legene 77,3 prosent, sykepleierne 63,4 prosent og overlegene 52,2 prosent. Cirka halvparten ønsket mer tilbakemelding fra LCP-koordinator, uavhengig av yrkesgruppe: «Undervisning med jevne mellomrom er viktig, spesielt til nye sykepleiere og leger.» «Regelmessig repetisjon og gjennomgang for både pleiere og leger er nødvendig for å opprettholde god bruk!» «Meir konkret evaluering etter bruk.»

Fokusgruppeintervju

Fire av seks mulige sengeposter var representert. De to siste kunne ikke avse personell. Fokusgruppen besto av fire sykepleiere og en LIS-lege, fra ulike avdelinger og aldersgrupper og med ulik fartstid i sykehuset. Alle var etniske nordmenn. Deltakerne var alle aktive og engasjerte, og gruppedynamikken opplevdes som god.

I analysearbeidet fant vi tre framtrepende hovedtema fra samtalen: Beredskap, bevisstgjøring og beslutning. Disse temaene kom frem fra alle deltakerne.

Beredskap

Deltakerne uttrykte at de var fornøyd med LCP og hadde gode erfaringer med å bruke planen. De fant den oversiktlig, konkret og enkel å følge: «Det er et veldig trygt verktøy for sykepleierne. Vi vet hva vi skal gjøre når ulike problemer oppstår fordi at det er veldig konkret å følge.» «Det setter litt ramme på hele situasjonen.»

I pleiegruppen opplevde de at LCP skapte rask oversikt over

hva som var gjort og hvem som var involvert. Behandling og pleie ble mindre tilfeldig, og ordinasjoner mer entydige enn før: «Jeg synes det har gjort det litt mindre skummelt, at det er litt lettere å forholde seg til pasienten og til pårørende i en situasjon som egentlig ellers er ganske vanskelig.»

Bevisstgjøring

Flere av deltakerne i fokusgruppen sa at de gjennom innføring og bruk av LCP hadde fått bedre innsikt i lindrende behandling, og derved økt kompetanse i terminalomsorg. På den palliative sengeenheten skapte LCP først og fremst trygghet for nyansatte og vikarer. Følgende sitater belyser endret praksis etter innføring av LCP: «Jeg føler i hvert fall det etter vi fikk LCP, at folk dør ikke med antibiotika som henger oppe, for sånn følte jeg det var før.» «Så føler jeg at vi i en travel hverdag blir flinkere og mer omsorgsfulle akkurat med den som er på LCP. En skulle jo gjerne gitt det til alle andre også.»

Endret prioritering og tidsbruk kom også frem: «Selv om vi kanskje ikke har mer tid, så bruker vi mer tid. Vi er mye flinkere med munnstell og alle såne ting som vi sikkert egentlig skulle vært flinkere med til dagen.» «Du er inne og snakker med pasienten eller pårørende og da ser du jo på en måte de punktene, om det er noen plager eller om det er fredelig.»

Intervjudeltakerne ga alle uttrykk for at kommunikasjon med døende pasienter og deres pårørende opplevdes utfordrende. Samtidig hadde LCP gjort kommunikasjonen både bedre og lettere, fordi avdelingen nå hadde en felles holdning og ting var mer avklart. Flere ga uttrykk for endrete holdninger og endret

fokus i behandling og pleie etter innføring av LCP: «Mer verdig.» «Konsentrert om det som er viktig.» «Mindre detaljfokus på observasjoner.»

Beslutning

Å ta beslutningen om at en pasient er døende, og å holde fast ved den, var et tilbakevendende tema under intervjuet. Beslutningsprosessen opplevdes utfordrende og krevende, spesielt relatert til ikke-kreftpasienter og informasjon til pårørende: «Ja, bestemme seg, nå er vi kommet hit. Det er ikke alltid så lett. Vi har alltid mål om at nå skal du bli frisk igjen. Vi gjør jo alt vi kan for det også, så det er på en måte litt å gi seg for oss da.»

Både bistand fra det palliative teamet, som i større grad er vant til slike situasjoner, og tverrfaglighet i vurderingene ble framhevet som viktig støtte. Pleierne beskrev at de ofte vurderte pasientene som døende tidligere enn legene, og begrunnet det med at de så pasientene kontinuerlig gjennom hele døgnet. De ønsket å bli lyttet til, men forsto at det var legene som satt med avgjørelsen.

Flere utfordringer ble tydeliggjort i forhold til diagnose og høy alder: «De fleste vet jo at kreft, det kan du godt dø av, men det er ikke alle som tenker at du kan dø av hjertesvikt». «Og så er det veldig mange gamle som har vært utrolig syke mange ganger og kviknet til igjen og det er jo vanskelig å vite hva som skal skje denne gangen, da de ble beskrevet som like dårlig for to måneder siden.»

Deltakerne var opptatt av å ta seg tid til de pårørende. Pårørende kan ha behov for gjentatte samtaler der det tydelig formidles at det er legene som til sjuende og sist har ansvaret for beslutningene som skal tas. De kan også trenge ulik tid for å forsones seg med situasjonen.

DISKUSJON

Formålet med denne artikkelen er å dele erfaringer personale i to norske sykehus har gjort med bruk av tiltaksplanen LCP. Spørreundersøkelsen viste høy tilfredshet med bruk av planen. Gjennom bruk av LCP hadde personalet blitt mer bevisste på å avslutte uhensiktsmessige tiltak og å gi god symptomlindring. Planen hadde bidratt til bedre struktur i forhold til kommunikasjonen med pasienter og pårørende. Over 90 prosent av respondentene ønsket å fortsette med å bruke LCP. Det utdypende fokusgruppeintervjuet viste at LCP hadde styrket handlingsberedskapen og skapt større bevissthet i forhold til god ivaretagelse ved livets slutt. Utfordringene relatert til å ta beslutningen om når en pasient er døende, synes i mindre grad endret etter å ha innført tiltaksplanen. Samlet viser resultatene at LCP har bidratt til å styrke palliativ tankegang og kultur på avdelingene, noe som samsvarer med resultater fra andre studier (10, 13–16).

Selv om Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon anbefaler bruk av en tiltaksplan for døende, er dette ikke et krav (17). Det er opp til den enkelte institusjon hvordan man velger å organisere omsorgen ved livets slutt. Både ved HDS og HUS var det ansatte med et engasjement for palliasjon som tok initiativ til å innføre LCP, etter hvert støttet av en lokal prosjektsykepleier. Alle postene som deltok i undersøkelsen, hadde valgt å implementere LCP som en del av avdelingens vanlige rutine etter en pilot/prøveperiode. Spørreundersøkelsen tok utgangspunkt i denne praksissituasjonen og søkte å få frem personalets erfaringer med å bruke LCP, mer enn en utforskende vurdering av selve planen.

Etter at vår undersøkelse ble

gjennomført, ble LCP gjenstand for en rekke kritiske medieoppslag i England (18). Kritikken rettet seg mot bruk av planen i engelske akuttstsykehus. Det kom frem tilfeller der LCP var blitt brukt sjablongmessig uten individuell tilpasning, eller til pasienter som ikke var døende. På bakgrunn av medieoppslagene besluttet den engelske omsorgsministeren å sette ned et utvalg

knyttet til å kjenne igjen når pasienten er døende, som er en forutsetning for å kunne ta LCP i bruk. Dette kan henge sammen med at det ikke finnes noen entydig definisjon av når terminalfasen eller dødsfasen starter (22). Prognostisering og vurdering er vanskelig og krever erfaring (23,24), og det kan være vanskelig å skille mellom en akutt syk og en døende pasient (25). Flere

spørsmålene ble stilt på, kan ha påvirket resultatene. En tredje mulighet er at de deltagende postene hadde en omsorgsfilosofi som lå nær opp til hospicefilosofien og den helhetlige omsorgen som LCP søker å formidle. I den forbindelse er det interessant å observere at endringene som bruk av LCP hadde medført, klart kom til uttrykk fra generelle medisinske poster.

” Undervisning med jevne mellomrom er viktig, spesielt til nye sykepleiere og leger.

for å utarbeide en uavhengig granskingsrapport om bruk av LCP i engelske akuttstsykehus. Rapporten (Neuberger-rapporten) ble publisert sommeren 2013 (7). Den slo fast at LCP bygger på de beste faglige og etiske prinsipper, og at når planen brukes etter hensikten, får pasientene en god og fredfull død. Men rapporten dokumenterte også tilfeller med bruk av LCP som hadde resultert i dårlig ivaretagelse av døende pasienter. Dette gjaldt særlig der behandling og pleie i utgangspunktet holdt lav kvalitet (7).

Neuberger-rapporten kom med en rekke anbefalinger for bedre å ivareta av døende pasienter i engelske akuttstsykehus. De fleste anbefalingene er ikke spesifikt knyttet til LCP, men angår kommunikasjon, kompetanse og organisering av omsorgen ved livets slutt (7). Samtidig ble det bestemt at LCP som sådan skulle fases ut i England i løpet av våren 2014. Dette har ikke skjedd uten protester – mange sykehus har rapportert at de nå står uten kvalitetsverktøy for omsorg til døende (19–21).

Noen av momentene fra diskusjonene i England kom også frem i vår studie. I fokusgruppeintervjuet kom det frem utfordringer

studier har også vist at forløpet av andre kroniske sykdommer er vanskeligere å prognostisere enn kreft (26–28), samt at helsepersonell generelt er for optimistiske med tanke på overlevelse (26).

Utfordringene knyttet til å erkjenne at pasienten er døende, kan også henge sammen med for sterk betoning av kurativ og livsforlengende behandling og manglende villighet til å skifte behandlingsfokus (27,29,30). Her kan tverrfaglige diskusjoner og involvering av palliativt team være til hjelp. Et problem som kom frem i Neuberger-rapporten, var den dårlige tilgangen til spesialisert palliativ kompetanse. Muligheten for å hente inn «second opinion» bør alltid være til stede når man ønsker å bruke en tiltaksplan for omsorg til døende.

Respodentene i vår undersøkelse var overveldende positive til LCP. Som allerede nevnt, var de ansatt på sengeposter der de ansatte hadde tatt et aktivt valg om å bruke LCP. Vi burde kanskje også ha tatt med personale fra en post som hadde valgt å slutte med LCP etter en prøveperiode, men vi hadde ingen slik post ved våre to sykehus. Vi kan heller ikke se bort fra at måten

Erfaringene fra England understreker viktigheten av en grundig implementeringsprosess for LCP (7), noe som også kom frem i vår studie. Basert på en gjennomgang av 58 publiserte studier om LCP, har en gruppe fra Nord-Irland identifisert viktige nøkkelfaktorer som de mener er avgjørende for en vellykket implementering: En dedikert tilrettelegger, utdanning og opplæring av helsepersonell som skal bruke planen, revisjon og tilbakemelding («audit and feedback»), en god organisasjonskultur, tilstrekkelige ressurser og støtte fra sentrale ledere (31). I Norge må alle brukersteder registrere seg før planen tas i bruk, og dokumentere ledelsesforankring, ansvarlig lege, lokal pådriver eller kontaktperson, tilknytning til palliativt fagmiljø og plan for opplæring og videre oppfølging av brukerstedet (5). På denne måten håper vi å forebygge problemer knyttet til dårlig implementering.

Begrensninger ved vår studie er først og fremst den relativt lave svarprosenten. Ut over yrkesgruppe vet vi lite om dem som ikke deltok i undersøkelsen. I legegruppen svarte over 50 prosent, noe som er akseptabelt, mens svarprosenten var lavere i pleiegruppen. Den klare tendensen i svarene og bekreftelsen og underbyggingen fra fokusgruppeintervjuet styrker likevel tilliten til funnene.

Medintervjuer i fokusgrup-

pen hadde fulgt opp avdelingene i forhold til tiltaksplanen. Dette kan ha påvirket resultatene, selv om en annen person ledet intervjuet.

KONKLUSJON

Denne studien av personalets erfaringer viser at bruk av LCP har skapt en styrket beredskap og en økt bevissthet i omsorgen for døende og deres pårørende.

Over 90 prosent av respondentene ønsket å fortsette med bruk av tiltaksplanen. Samtidig opplevde personalet det fortsatt utfordrende å vurdere når en pasient er døende, og dermed ta beslutningen om overgang til terminal pleie og iverksetting av LCP. Tettere samarbeid med sykehusenes palliative team, pasientnær undervisning og opplæring fra erfarne kolleger kan

styrke vurderingskompetansen.

Takk til personalet som deltok i spørreundersøkelsen og fokusgruppeintervjuet, og til avdelings- og klinikkledelse som stilte seg positive til studien. Prosjektet har fått støtte fra Helse Vest RHF, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Den norske legeforenings fond for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no (Nedlastet 30.12.2014).
2. Ellershaw J, Foster A, Murphy D, Shea T, Overill S. Developing an integrated care pathway for the dying patient. *Eur J Palliat Care* 1997;4:203-7.
3. Ellershaw J, Wilkinson S (eds). *Care of the dying: A pathway to excellence*. Second edition. Oxford University Press, Oxford. 2011.
4. Biringer E, Klausen OG, Lærum BN, Hartveit M, Vanhaecht K. Betre kvalitet med behandlinglinjer. *Sykepleien* 2013;101:62-4.
5. Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest. Liverpool Care Pathway. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-bergen.no> (Nedlastet 30.12.2014).
6. Ellershaw J, Fürst CJ, Lunder U, Boughy M, Eychmüller S, Hannam S et al. Care of the dying and the LCP in England: an international perspective. *Eur J Palliat Care* 2013;20:120-3.
7. Neuberger J, Aaronovitch D, Bonser T, Charlesworth-Smith D, Cox D, Guthrie C et al. More care, less pathway: a review of the Liverpool Care Pathway. Department of Health, London. 2013.
8. Gambles M, Stirzaker S, Jack BA, Ellershaw JE. The Liverpool Care Pathway in hospice: an exploratory study of doctor and nurse perception. *Int J Palliat Nurs* 2006;12:414-21.
9. Jack BA, Gambles M, Murphy D, Ellershaw JE. Nurses' perception of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in the acute hospital setting. *Int J Palliat Nurs* 2003;9:375-81.
10. Veerbeek L, van Zuylen L, Swart SJ, van der Maas PJ, de Vogel-Voogt E, van der Rijt CCD et al. The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-centre study. *Palliat Med* 2008;22:145-51.
11. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups. A practical guide for applied research*. 4th edition. SAGE Publications, California. 2009.
12. Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest. Medikamentskrin voksne. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-bergen.no> (Nedlastet 30.12.2014).
13. O'Hara T. Nurses' views on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting. *Int J Palliat Nurs* 2011;17:239-44.
14. Anderson A, Chojnacka I. Benefits of using the Liverpool Care Pathway in end of life care. *Nurs Stand* 2012;26:42-50.
15. Boyd K, Murray S. Using end of life care pathways for the last hour or days of life. *BMJ* 2012;345:e7718.
16. Paulsen SR, Elvestuen IL, Edler-Woll TM, Andersson AM, Abrahamsen J. Kvalitetssikrer omsorg til døende. *Sykepleien* 2014;102:58-61.
17. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. 2007, revidert 2013. IS-2101. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no> (Nedlastet 30.12.2014).
18. Mail Online. Tilgjengelig fra: <http://www.dailymail.co.uk> (Nedlastet 30.12.2014).
19. Regnard C. Blaming care pathway 'like blaming Highway Code'. Tilgjengelig fra: <http://www.bbc.com> (Nedlastet 30.12.2014).
20. The Telegraph. Tilgjengelig fra: <http://www.telegraph.co.uk> (Nedlastet 30.12.2014).
21. Chinthapalli K. The birth and death of the Liverpool care pathway. *BMJ* 2013;347:f4669.
22. Rogg L, Graugaard PK, Loge JH. Physicians' interpretation of the prognostic term «terminal»: a survey among Norwegian physicians. *Palliat Support Care* 2006;4:273-8.
23. Eychmüller S, Costantini M, Domeisen F. OPCARE9 work package 1 – signs and symptoms of approaching death. *Eur J Palliat Care* 2012;19:20-3.
24. Al-Qurainy R, Collins E, Feuer D. Dying in an acute hospital setting: the challenges and solutions. *Int J Clin Pract* 2009;63:508-15.
25. Bloomer MJ, Endacott R, O'Connor M, Cross W. The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliat Med* 2013;27:757-64.
26. Potin D, Jordan N. Issues in prognostication for hospital specialist palliative care doctors and nurses: A qualitative inquiry. *Palliat Med* 2013;27:165-71.
27. Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ* 2010;341:649-52.
28. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ* 2003;326:30-34.
29. Veerbeek L, van Zuylen L, Swart SJ, Jongeneel G, van der Maas PJ, van der Heide A. Does recognition of the dying phase have an effect on the use of medical interventions? *J Palliat Care* 2008;24:94-9.
30. HelseDirektoratet. Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling. 2009, revidert 2013. IS-2091. Tilgjengelig fra: <http://helse-direktoratet.no> (Nedlastet 30.12.2014).
31. McConnell T, O'Halloran P, Porter S, Donnelly M. Systematic realist review of key factors affecting the successful implementation and sustainability of the Liverpool care pathway for the dying patient. *Worldviews Evid Based Nurs* 2013;10:218-37.



Arkivfoto: Stig M. Weston

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Hud-mot-hud-kontakt har fordeler for foreldre og barn.

Hensikt: Beskrive likheter og forskjeller mellom nyfødte intensivavdelinger ved universitetssykehus og øvrige helseforetak, vedrørende praktisk og organisatorisk tilrettelegging og personalets oppfatninger om hud-mot-hud-kontakt.

Metode: Spørreskjemaundersøkelse, ett spørreskjema på avdelingsnivå (N=19) og ett til et utvalg ansatte i avdelingene (N=463).

Hovedresultat: Alle avdelingene og et utvalg ansatte (n=322; 69,5 prosent) besvarte undersøkelsen. Alle avdelingene tilrettela for hud-mot-hud og flertallet prøvde å få til den første kontakten så tidlig som mulig. Majoriteten av stabile premature fikk hud-mot-hud-kontakt inntil seks timer per døgn. De viktigste argumentene for hud-mot-hud-kontakt, ifølge personalet, var positive effekter på samspill, tilknytning og barnets utvikling. Bekymring for barnets stabilitet var den viktigste hindringen. I helseforetak som

ikke var universitetssykehus var forholdene best tilrettelagt, mens personalet ved universitetssykehusene var stort sett mer komfortable med å anvende hud-mot-hud for de sykeste barna. Rundt halvparten av alle avdelingene hadde retningslinjer for og skriftlig foreldreinformasjon om hud-mot-hud-kontakt.

Konklusjon: Funnene kan synliggjøre et behov for endring av nyfødtsomsorgen for å sikre at foreldre og barn får muligheten til å være sammen hele døgnet under hele sykehusoppholdet.

ENGLISH SUMMARY

Skin-to-skin care in Norwegian neonatal intensive care units

Background: Skin-to-skin care (SSC) has advantages for parents and child.

Objective: To describe similarities and differences between Neonatal Intensive Care Units at university and county hospitals regarding practical and organisational conditions and staff's perceptions of SSC.

Methods: A questionnaire study was carried out, with one questionnaire at unit level (N=19) and one

for a sample of staff at these units (N=463).

Results: All units and a sample of staff (n=322; 69.5%) filled in the questionnaires. All units offered SSC, and a majority attempted to initiate the first SSC as early as possible. A majority of stable premature infants received SSC up to 6 hours a day. Infant-parent interaction, bonding and the infant's development were considered the most important factors for SSC by staff. Concerns about the child's stability were considered the most important barrier. Practical and organisational conditions were arranged best

for SSC at county hospitals, while the staff at university hospitals was more comfortable in arranging SSC for the most fragile infants. Approximately half of all units had written guidelines and parental information regarding SSC.

Conclusion: Our findings indicate a need for changes in neonatal care to ensure that parents and child are not separated unnecessarily during the hospital stay.

Keywords: Skin-to-skin care, premature, neonatal intensive care unit, staff perceptions, questionnaire

»» Bruk av hud-mot-hud-kontakt i norske nyfødte intensivavdelinger

Forfattere: **Ingrid Ulveseter Lode, Randi Dovland Andersen og Mats Eriksson**

NØKKELORD

- Prematur
- Nyfødt
- Intensivavdeling
- Sykepleier
- Spørreskjemaundersøkelse

INTRODUKSJON

Det nyfødte barnet er nakent og ubeskyttet. Å legge barnet hud-mot-hud på morens bryst for varme og beskyttelse har i et historisk perspektiv vært nødvendig for at barnet skulle overleve. I nyere tid har man sett at hud-mot-hud-kontakt også har mange andre fordeler for både barn og foreldre (1). Vår definisjon av hud-mot-hud-kontakt er at det nyfødte barnet ligger hud-mot-hud på foreldrenes bare bryst i oppreist stilling, kun iført bleie og eventuelt en lue, hele døgnet, noen timer hver dag eller når barnets medisinske tilstand tilsier det [1,2].

Hud-mot-hud-kontakt kan bidra til å stabilisere fysiologiske parametere som saturasjon, hjerterefrekvens, respirasjon og temperatur hos premature barn (3–6). Hud-mot-hud-kontakt kan også redusere smerte og stress ved smertefulle prosedyrer og har vist seg å kunne føre til bedret men-

tal utvikling senere i livet (4,7–9). Hud-mot-hud-kontakt kan styrke forholdet mellom mor og barn i nyfødtperioden (9–12) og det kan virke positivt på samspillet mellom mor og barn ved seks måneder og ti års alder (9,13). Å holde barnet hud-mot-hud har også en positiv effekt på amming, og kan være bra for foreldrene. Det kan gi bedre selvtillit, økt håp for barnet og reduserer angst og følelsen av skyld (14–16).

Praktiske forhold, for eksempel hvor mye foreldre og barn kan være sammen under sykehusoppholdet, kan påvirke i hvilken grad hud-mot-hud-kontakt blir anvendt. Selv om alle barn på sykehus har rett til å ha en forelder hos seg til enhver tid (17), har forskriften ikke vært etterlevd i de fleste norske nyfødte intensivavdelinger (18). De siste årene har enkelte sykehus som Vestre Viken lagt om driften fra en tradisjonell nyfødte intensivavdeling til en moderne avdeling innrettet for familiesentrert nyfødtomsorg. Her kan foreldre og barn være sammen hele døgnet og flere norske sykehus jobber med lignende planer (18).

Sykepleiernes kunnskaper, holdninger og praksis samt pleiekulturen i avdelingen kan også påvirke bruken av hud-mot-hud kontakt (19,20). Olsson og medforfattere (21) fant at alle nyfødte

intensivavdelingene i de nordiske landene tilrettela for hud-mot-hud-kontakt, men det var forskjeller i sykepleiernes oppfatninger. Det var også forskjell på hvilke barn de var komfortable med å legge til rette for hud-mot-hud-kontakt. Studien ga informasjon om bruken av hud-mot-hud-kontakt i norske nyfødte intensivavdelinger generelt. Vi mener det er interessant å belyse forskjeller mellom avdelinger på universitetsnivå og øvrige helseforetak,

Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at alle avdelingene tilrettela for at foreldrene kunne gi barna hud-mot-hud-kontakt og at de fleste prøvde å få til den første kontakten så tidlig som mulig.

Mer om forfatterne:

Ingrid Ulveseter Lode er barne-sykepleier ved Barneavdelingen Sykehuset Telemark HF. Randi Dovland Andersen, sykepleier og rådgiver ved Barne- og ungdomsklinikken Sykehuset Telemark HF og doktorgradsstipendiat ved Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet i Stockholm. Mats Eriksson, sjuksköterska ved Barn- og ungdomsklinikken, Universitetssjukhuset Örebro og docent ved Institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet. Kontaktperson: ingrid.ulveseter.lode@sthf.no.

da disse har ganske store ulikheter hva gjelder pasientgruppe og barnets problemstillinger.

Hensikten med denne studien var derfor å beskrive likheter og forskjeller mellom nyfødte intensivavdelinger ved universitetssykehus og øvrige helseforetak vedrørende praktisk og organisatorisk tilrettelegging og personalets oppfatninger om hud-mot-hud-kontakt.

METODE

Studiens design og utvalg

Studien var en tverrsnittstudie basert på to spørreskjemaer, gjennomført som en del av en større nordisk studie (21). Spørreskjemaene ble sendt til avde-

ativ fordeling ble alle ansatte som begynte skiftet sitt i løpet av en gitt 24-timers periode spurt om å delta.

Datainnsamling

Spørreskjemaene ble utviklet av en nordisk forskningsgruppe (21), basert på tilgjengelig litteratur og en eksisterende undersøkelse (22). Det første spørreskjemaet omfattet bakgrunnsdata om avdelingen, herunder omsorgsnivå, størrelse, bemanning, samt faktorer i avdelingen eller ved barna som kunne fremme og hindre bruken av hud-mot-hud-kontakt. Det ble også spurt om avdelingen hadde skriftlige retningslinjer og/eller foreldreinformasjon. Spørsmålene kunne besvares med faktisk

kartla personalets individuelle oppfatninger; herunder i hvilken grad de mente spedbarn fikk hud-mot-hud-kontakt i deres avdeling. Her anga de på en femgradig Likertskala hvor lenge premature i henholdsvis kuvøse og seng hadde hud-mot-hud-kontakt med sine foreldre. Hvor komfortable de var med å legge til rette for hud-mot-hud kontakt ved ulike tilstander eller behandlinger ble besvart på en femgradig Likertskala. På en liste over 16 faktorer ble personalet bedt om å krysse av for de tre faktorene de mente var viktigst for å anvende hud-mot-hud kontakt. Personalet ble spurt om de oppfordret foreldre til å fortsette å gi barnet hud-mot-hud-kontakt etter utskrivning (ja/nei-svar). Tjette mulige hindringer for gjennomføring av hud-mot-hud kontakt ble listet opp og personalet ble bedt om å angi på en femgradig skala fra «svært viktig» til «ikke viktig i det hele tatt» hvor stor betydning hver av disse hadde. Dette spørsmålet ble i sin helhet hentet fra et spørreskjema utviklet av Engler og medforfattere (22).

Spørreskjemaene ble først utarbeidet på engelsk, og deretter

” Det nyfødte barnet er nakent og ubeskyttet.

lingssykepleierne ved alle nyfødte intensivavdelingene i Norge (n=19). Av disse var sju ved universitetssykehus og tolv ved øvrige helseforetak. Det første spørreskjemaet ble besvart av avdelingssykepleier, mens det andre spørreskjemaet ble delt ut til et utvalg ansatte. For å sørge for variasjon og en represen-

tantall, ja/nei eller avkryssing fra liste. Dette spørreskjemaet ble i sin helhet utviklet av forskningsgruppen. Den nordiske studien tok utgangspunkt i fire omsorgsnivåer, mens vi i denne studien sammenligner universitetssykehus og øvrige helseforetak.

Det andre spørreskjemaet

Tabell 1: Demografiske data – avdeling

	Universitets- sykehusavdelinger n= 7	Avdelinger ved øvrige helseforetak n= 12	Total N=19	p-verdi
Antall sengeplasser per enhet, Md (IQR)	21 [21–23]	10,5 [9,25–12,75]	13 [10–21]	p=0,001
Antall intensivplasser per enhet, Md (IQR)	7 [6–8]	2,5 [1–5,5]	4 [1,5–6]	p=0,004
Antall nyfødte spedbarn innskrevet per år, Md (IQR)	545 [450–704]	290 [189–427,75]	355 [233–496]	p=0,002

Md=median, IQR=interkvartil range

Universitetssykehusavdelinger: Akershus universitetssykehus, Haukeland universitetssjukehus, Oslo Universitetssykehus – Avdelingene ved Rikshospitalet og Ullevål, Stavanger universitetssjukehus, Universitetssykehuset i Trondheim, St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord-Norge

Avdelinger ved øvrige helseforetak: Sørlandet sykehus – avdelingene i Arendal og Kristiansand, Nordlandssykehuset Bodø, Drammen sykehus, Sykehuset Innlandet – avdelingene på Elverum og Lillehammer, Førde sjukehus, Haugesund sjukehus, Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold, Ålesund sjukehus og Sykehuset Østfold

Tabell 2: Demografiske data – ansatte som besvarte spørreskjemaet

	Universitets- sykehus n=181 (56,2 %)		Øvrige helseforetak n=141 (43,8 %)		Total N=322 (100 %)		p-verdi
Kvinner, n (%)	169	(93,4)	131	(93,6)	300	(93,5)	p=0,943
Alder, mean (SD)	39,3	(10,9)	41,5	(9,4)	40,3	(10,3)	p=0,063
Erfaring >5 år, n (%)	110	(60,8)	108	(76,6)	218	(67,7)	p=0,01
Yrke							
Barnepleier / hjelpepleier, n (%)	12	(6,7)	6	(4,3)	18	(5,6)	
Sykepleier, n (%)	141	(78,8)	115	(81,6)	256	(80,0)	p=0,470
Lege, n (%)	24	(13,4)	20	(14,2)	44	(13,8)	
Andre, n (%)	2	(1,1)	0	(0)	2	(0,6)	

Mean=gjennomsnitt, SD=standardavvik

oversatt til norsk. Fram-og-tilbakeoversettelsesmetoden slik den ble beskrevet hos Wild og medforfattere (23) ble benyttet (21). De norske versjonene ble deretter utprøvd ved hjelp av ett kognitivt intervju (24), hvor en sykepleier besvarte hvert av spørreskjemaene og gav tilbakemelding på hvordan innholdet ble oppfattet og om eventuelle problemer ved utfylling av skjemaene.

Gjennomføring

Datainnsamlingen ble gjennomført høsten 2010. Avdelings-sykepleier valgte ut hvilket døgn undersøkelsen skulle gjennomføres, fylte selv ut spørreskjemaet på vegne av avdelingen og delte ut det andre spørreskjemaet til det personalet som var på jobb dette døgnet. Avdelingssykepleierne rapporterte at det at det var 508 personer på jobb og at det ble delt ut 463 spørreskjemaer. 322 (69,5 prosent) spørreskjemaer ble returnert til studieansvarlig.

Bearbeiding og analyse av data

Studieansvarlig la data inn i Excel (Microsoft Corp., Red-

mond, WA) før filen ble importert til SPSS 19.0 (IBM Corp., Armonk, NY) for videre statistisk analyse. Demografiske data ble oppsummert med gjennomsnitt og standardavvik (SD), median og interkvartil range (IQR) eller prosentvis fordeling av de ulike svarkategoriene. Normalfordelte variabler ble sammenlignet med t-test. Ikke-normalfordelte variabler og variabler på ordinal- eller nominalnivå ble sammenlignet med χ^2 -test, eller Fisher's exact test for 2 x 2 tabeller. Signifikansnivå ble satt til p=0,05.

Etiske overveielser

Studien ble godkjent av Regionala Etikprøvningsnemden i Uppsala, Sverige. Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD) besluttet at norsk personopplysningslov ikke gjaldt da ansvarlig institusjon var etablert i Sverige. Regional etisk komité (REK) i Sør-Norge konkluderte med at studien ikke kom inn under helseforskningsloven og derfor ikke var meldepliktig til dem. Alle avdelingssykepleierne var informert om studien og hadde på

vegne av sin avdeling samtykket til deltakelse før spørreskjemaene ble sendt ut. For personalet ble innlevering av utfylt spørreskjema sett på som samtykke til å delta i studien.

RESULTATER

Alle nyfødintensivavdelingene (n=19) deltok i undersøkelsen, sju universitetssykehusavdelinger og tolv avdelinger ved de øvrige helseforetakene. Avdelingskarakteristika er beskrevet i tabell 1. Av de 322 klinikerne som deltok var det litt flere (56,2 prosent) fra universitetssykehusavdelinger enn fra avdelinger ved de øvrige helseforetakene (43,8 prosent). Et flertall av respondentene (80 prosent) var sykepleiere. Utvalget er ytterligere beskrevet i tabell 2.

Tilrettelegging i avdelingene

Alle avdelingene tilrettela for at foreldrene kunne gi hud-mot-hud-kontakt. Basert på svarene fra avdelingssykepleierne var avdelingene ved universitetssykehusene mer positive enn avdelingene ved de øvrige helseforetakene, til å la andre enn barnets for-

eldre gi hud-mot-hudkontakt (figur 1), men tallene er for små til at det kan kjøres en statistisk analyse på forskjellen. Et flertall

mulighet til å være på intensivrommet 24 timer i døgnet (n=2; 26,8 prosent versus n=4; 33,3 prosent). Signifikant flere avde-

” Alle avdelingene tilrettela for at foreldrene kunne gi hud-mot-hud-kontakt.

av avdelingene (N=16; 84 prosent) prøvde å få til den første hud-mot-hud-kontakten mellom et stabilt prematurt barn og foreldre rett etter fødselen eller første gang foreldrene var i avdelingen. Alle avdelings-sykepleierne (n=19) oppgav at barnets stabilitet var en faktor som kunne være til hinder for at barnet fikk hud-mot-hud kontakt. Avdelingssykepleierne ved universitetssykehusene (n=7) oppga i tillegg antall levedøgn (n=4), gestasjonsalder (n=4) og vekt (n=3) som hindre.

Færre avdelinger ved universitetssykehusene enn ved de øvrige helseforetakene hadde egne rom hvor barnet kunne være sammen med foreldrene hele døgnet (n=5; 71,4 prosent versus n=11; 91,7 prosent) eller ga foreldrene

linger ved universitetssykehus enn avdelinger ved de øvrige helseforetakene hadde perioder hvor foreldrene ikke fikk være i avdelingen (n=6; 85,7 prosent versus n=3; 25 prosent) (p=0,02). Rundt halyparten av avdelingene hadde skriftlige retningslinjer for hud-mot-hud-kontakt, tre (42,9 prosent) ved universitetssykehus og seks (50 prosent) ved de øvrige helseforetakene. Omtrent det samme antallet hadde skriftlig informasjon til foreldrene om hud-mot-hudkontakt, færre ved universitetssykehusene (n=2; 28,6 prosent) enn ved de øvrige helseforetakene (n=7; 58,3 prosent). Ingen av disse forskjellene var signifikante (p=0,296 og p=0,220).

Personalets oppfatninger

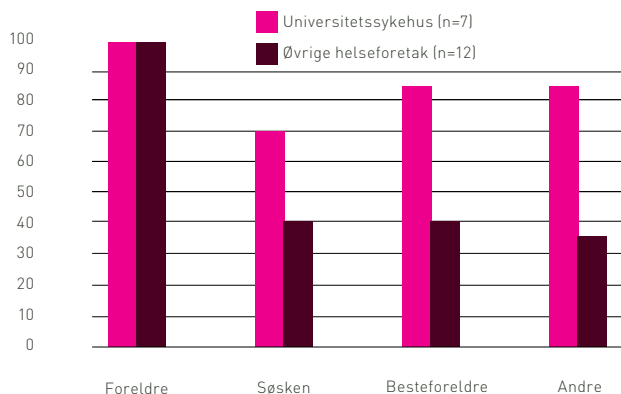
Tidlig samspill, tilknytning

og positiv innvirkning på barnets utvikling var de viktigste faktorene for å anvende for hud-mot-hud-kontakt. Her var det enighet mellom personalet ved universitetssykehusene og de øvrige helseforetakene, med kun små ikke signifikante forskjeller (figur 2). Ifølge personalet fikk flertallet av stabile premature i kuvøse (n=288; 90 prosent) og i seng (n=258; 81 prosent) hud-mot-hud-kontakt inntil seks timer per døgn. Kuvøsebarn ved universitetssykehusene hadde signifikant mindre hud-mot-hud-kontakt med sine foreldre enn kuvøsebarn ved de øvrige helseforetakene (p=0,004).

Mer enn 90 prosent av personalet i utvalget oppgav at de var komfortable med å legge til rette for hud-mot-hud-kontakt hos barn med neoflon, under O2- og CPAP behandling. Over halyparten var komfortable med å tilrettelegge for hud-mot-hud-kontakt ved perkutant intravenøst kateter, navlevene- og navlearteriekateter, lysbehandling og blodtrykkskontrollerende medikamenter. Færrest var komfortable med å legge til rette for hud-mot-hud-kontakt i den perioperative perioden, ved høyfrekvensventilering eller inneliggende pleura/thoraxdrren.

Personalet ved universitetssykehusene var signifikant mer komfortable med å legge til rette for hud-mot-hud-kontakt for barn på respirator, på høyfrekvensventilasjon, med perkutant intravenøst kateter enn personalet ved de øvrige helseforetakene. Personalet ved de øvrige helseforetakene var signifikant mer komfortable med å legge til rette for hud-mot-hud-kontakt for barn med blodtrykkregulerende medikamenter og barn i lysbehandling enn det perso-

Figur 1. Informasjon om hvem som får gi barnet hud-mot-hudkontakt



Informasjon om hvem som får gi barnet hud-mot-hud kontakt. Alle avdelingene lot foreldrene gi hud-mot-hud kontakt, men avdelingene ved Universitetssykehusene var mer positive enn avdelingene ved de tidligere sentralsykehusene til å la andre enn barnets foreldre gi hud-mot-hud kontakt-

Tabell 3: Andelen personalet som var komfortable med å tilrettelegge for hud-mot-hud kontakt under ulike behandlinger

	Universitetssykehus		Øvrige helseforetak		p-verdi
	n	%	n	%	
Oksygen (n=318)	175	97,2	136	98,6	n.a.
Neoflon (n=318)	170	94,4	135	97,8	p=0,16
CPAP (n=316)	161	90,4	130	94,2	p=0,294
Perkutant iv kateter (n=309)	133	75,1	79	59,8	p=0,005
Lysbehandling (n=311)	119	67,2	105	78,4	p=0,031
Navlevenekateter (n=316)	120	67,4	91	65,9	p=0,810
Navlearteriekateter (n=317)	112	62,6	85	61,6	p=0,907
Blodtrykkskontrollerende medikamenter (n=311)	95	53,7	97	72,4	p=0,001
Respiratorbehandling (n=314)	92	52,0	54	39,4	p=0,03
Perioperativ periode (n=303)	51	30,2	31	23,1	p=0,194
Høyfrekvens eller oscillerende ventilasjon (n=310)	38	21,6	10	7,5	p=0,001
Pleuradren/thoraxdren (n=313)	16	9,0	14	10,4	p=0,702

I kolonne 2 og 4 er n=det antallet respondenter som har besvart spørsmålet
p-verdier med uthevet skrift viser signifikante forskjeller mellom gruppene på en χ^2 -test
n.a betyr at det ikke kunne kjøres en gyldig statistisk test

nalet ved universitetssykehusene var. For andre behandlinger var det ingen signifikant forskjell (se tabell 3).

DISKUSJON

Alle avdelingene tilrettela for at foreldrene kunne gi barna hud-mot-hud kontakt og et flertall prøvde å få til den første kontakten så tidlig som mulig. Personalet oppgav at majoriteten av stabile premature fikk hud-mot-hud-kontakt inntil seks timer per døgn. De viktigste argumentene for hud-mot-hud-kontakt var positive effekter på samspill, tilknytning og barnets utvikling, mens bar-

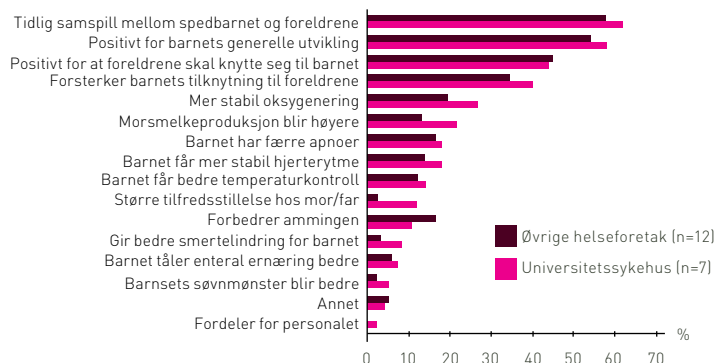
nets stabilitet var den viktigste hindringen. De praktiske og organisatoriske forholdene var bedre tilrettelagt ved de øvrige helseforetakene, mens personalet ved universitetssykehusene var mer komfortable med å anvende hud-mot-hud for de sykeste barna, med unntak av barn som fikk blodtrykkskontrollerende medikamenter. Rundt halvparten av avdelingene hadde retningslinjer for og skriftlig foreldreinformasjon om hud-mot-hud-kontakt.

Resultater

Barnets stabilitet var den viktigste hindringen for hud-

mot-hud-kontakt. Dette er i overensstemmelse med andre kliniske studier (25, 26), men samsvarer dårlig med tidligere forskning som har vist at hud-mot-hud-kontakt stabiliserer fysiologiske parametre (3–6), noe som kan sees som et argument for å legge barnet hud-mot-hud for å bedre stabiliteten. Johnson (27) fant at barnets stabilitet under hud-mot-hud-kontakt var en faktor som fremmet bruken av hud-mot-hud-kontakt. Dette kan tyde på at sykepleiernes erfaringer med bruk av hud-mot-hud-kontakt kan påvirke hvor mye metoden blir anvendt. En ny norsk studie

Figur 2. Informasjon om hvilke faktorer personalet mente var viktigst for å anvende hud-mot-hud kontakt



Tidlig samspill, tilknytning og positiv innvirkning på barnets utvikling var de viktigste faktorene for å anvende for hud-mot-hud kontakt. Her var det stor enighet mellom personalet ved universitetssykehusene og de tidlige sentralsykehusene, med kun små ikke signifikante forskjeller.

viste at sykepleiere synes hud-mot-hud-kontakt for ustabile barn var vanskelig. Dette gjaldt av hensyn til barnets sikkerhet og fordi sykepleier og lege kunne ha ulike oppfatninger av om barnet kunne legges ut til foreldrene (28). Avdelingssykepleiere ved universitetssykehusene svarte at gestasjonsalder, levedøgn og fødselsvekt kunne være et hinder for å anvende hud-mot-hud kontakt. Disse funnene er i overensstemmelse med tidligere studier som har vist at lavere gestasjonsalder (19, 20) og fødselsvekt (19) samsvarte med senere hud-mot-hud-kontakt.

Personalet ved universitetssykehusene oppgav signifikant færre timer hud-mot-hud-kontakt per døgn for barn i kuvøse enn det personale ved de øvrige helseforetakene gjorde. En mulig forklaring kan være at sykepleierne ved de øvrige helseforetakene hadde lengre yrkeserfaring. Det kan også forklares med at barna ved universitetssykehusene gjerne er mindre og sykere, eller at

arbeidspresset for sykepleierne er større ved universitetssykehusene. En annen forklaring kan være at de øvrige helseforetakene oppga signifikant færre perioder hvor foreldrene ikke fikk være i avdelingen, ga foreldrene mulighet til å være på intensivrommet hele døgnet og hadde egne rom hvor foreldre og barn kunne være sammen hele døgnet. Blomqvist og medforfattere (19) fant at nyfødtavdelinger som hadde egne foreldresenger ved siden av barnets seng, slik at foreldrene kunne være sammen med barnet 24 timer i døgnet, oppga at barna fikk mer hud-mot-hud-kontakt enn nyfødtavdelinger med en annen type organisering. En annen studie viste at personalet ved nyfødt intensivavdelinger som ga foreldrene ubegrenset mulighet til å være i avdelingen var mer positive til hud-mot-hudkontakt enn avdelinger hvor foreldrene hadde begrensede muligheter til å være sammen med barnet sitt (29).

Barn i kuvøse fikk mer hud-mot-hud-kontakt per døgn enn

barn i seng. Barn i seng har ofte klær på og pakkes inn i tepper, noe som gjør at hud-mot-hudkontakt kan bli oppfattet som mer tungvint. Kymre (28) trakk frem at sykepleierne både så på hud-mot-hud-kontakt som medisinsk behandling og velvære for barna. Om man ser på hud-mot-hud-kontakt som behandling blir det gjerne mer naturlig å bruke det mer for barn i kuvøse som oftest er sykere, og ikke så mye for barn i seng da de ofte er større og friskere.

Personalet ved universitetssykehusene var mer komfortable enn personale ved de øvrige helseforetakene med å anvende hud-mot-hud-kontakt for de sykeste barna. Franck og medforfattere (25) fant at jo høyere sykehusnivå jo oftere fikk foreldrene gi barnet sitt hud-mot-hud-kontakt, men det fant vi ikke i vår studie. Årsaken kan være at avdelingene ved universitetssykehusene har mer erfaring med behandling av kritisk syke nyfødte barn på respirator eller med intravenøse katetre. Unntaket var barn som fikk blodtrykksregulerende medikamenter hvor personalet ved de øvrige helseforetakene oppgav at de var mest komfortable. Vi antar at denne forskjellen kan skyldes ulik erfaring med denne behandlingen og sannsynligvis forskjeller i hvor syke barna som mottar behandling er ved henholdsvis universitetssykehus og øvrige helseforetak. Usikkerheten personalet ved universitetssykehusene rapporterte når det gjaldt hud-mot-hud-kontakt for barn med blodtrykksregulerende medikamenter er i overensstemmelse med tidligere forskning (11,21).

Tidligere studier har funnet at sykepleiere ikke anså

respiratorbehandling som en hindring for hud-mot-hud-kontakt (27,30). Dette stemte i større grad for personalet ved universitetssykehusene enn for personalet ved de øvrige helseforetakene i vår undersøkelse. Personalet ved de øvrige helseforetakene var signifikant mindre komfortable med å anvende hud-mot-hud-kontakt hos intuberte barn enn det personalet ved universitetssykehusene var. Årsaken til forskjellen kan være usikkerhet og manglende erfaring hos sykepleierne (20,22,25,31). Universitetssykehusavdelingene har flere respiratordøgn per år enn de øvrige helseforetakene, personalet har derfor gjerne betydelig mer erfaring. Et flertall av personalet i vår undersøkelse var komfortable med å anvende hud-mot-hud-kontakt for barn med navlekattetre, mens flere tidligere studier har vist at sykepleiere var usikre og ukomfortable i denne situasjonen (22,25,27,31).

Rundt halvparten av avdelingene hadde retningslinjer for og skriftlig foreldreinformasjon om hud-mot-hud-kontakt. Tidligere studier har identifisert fravær av retningslinjer (30) og inkonsekvent praksis rundt hud-mot-hud-kontakt (22), som hindringer for å anvende metoden. Faste rutiner for introduisering av hud-mot-hud-kontakt gjorde derimot at barn og foreldre kom tidligere i gang (19). Det kan se ut som om retningslinjer øker bruken av hud-mot-hudkontakt. Her hadde de norske avdelingene et forbedringspotensial. Vi antar at det allerede kan ha skjedd forbedringer på dette området, siden noen av avdelingene som deltok i undersøkelsen kommenterte at de var i ferd med

å utarbeide retningslinjer eller skriftlig foreldreinformasjon.

Styrker og svakheter

Spørreskjemaene ble utarbeidet av en bredt sammensatt forskningsgruppe, basert på foreliggende forskning og utprøvd i en pilottest basert på kognitive intervjuer. Dette indikerer at spørreskjemaene har ansikts- og innholdsvaliditet, det vil si at de ser ut som om de måler det de skal måle. Utover dette er validitet og reliabilitet ikke systematisk undersøkt.

Skjemaene var tilfredsstillende utfylt med unntak av et spørsmål, om hindringer for å anvende hud-mot-hud-kontakt. Dette spørsmålet var vanskelig formulert, noe som ikke ble oppdaget i pilottesten. Svarene er derfor ikke inkludert i resul-

undersøkelsen. Det er alltid en mulighet for systematiske forskjeller mellom de som svarer og de som ikke gjør det. Selv når vi tar høyde for disse begrensningene mener vi at våre funn gir et representativt bilde av praksis i norske nyfødte intensivavdelinger ved undersøkelsestidspunktet.

KONKLUSJON

Selv om alle nyfødte intensivavdelingene tilrettela for hud-mot-hudkontakt, påvirket organisatoriske forhold i avdelingene i hvilken grad metoden ble anvendt. Funnene kan underbygge et behov for endring av nyfødtomsorgen, for å sikre at foreldre og barn får muligheten til å være sammen hele døgnet under hele sykehusoppholdet. De praktiske og

” Det kan se ut som om retningslinjer øker bruken av hud-mot-hudkontakt.

tatene. Få hadde svart på spørsmålet og mange kommenterte at de ikke forsto spørsmålsstillingen og derfor ikke visste om de faktisk svarte i overensstemmelse med egne oppfatninger om emnet.

En annen svakhet ved denne typen studier er at de er basert på oppfatninger og erfaringer og ikke på faktiske observasjoner. En tidligere studie gjort i en nyfødte intensivavdeling har vist at helsepersonell ofte overvurderte sin egen innsats sammenlignet med foreldrenes oppfatninger (32). Ved selvrapping er det også risiko for systematisk feil i svarene, ved at personale svarer det de tror forventes av dem og ikke sin egen oppfatning (33).

Alle avdelingene og nærmere 70 prosent av ansatte besvarte

organisatoriske forholdene var bedre tilrettelagt ved de øvrige helseforetakene, mens personalet ved universitetssykehusene generelt var mer komfortable med å tilrettelegge for hud-mot-hud kontakt for de sykeste barna.

Omkring halvparten av avdelingene manglet retningslinjer for og foreldreinformasjon om hud-mot-hudkontakt på undersøkelsestidspunktet. Vi anbefaler at det utarbeides nasjonale retningslinjer i stedet for at hver enkelt avdeling bruker ressurser på å utvikle og vedlikeholde retningslinjer lokalt.

Videre forskning er nødvendig for å måle den faktiske bruken av hud-mot-hudkontakt i norske nyfødte avdelinger. Denne studien kartla kun

personalets oppfatninger og erfaringer. Det kan også være interessant å undersøke foreldrenes oppfatninger om bruk av hud-mot-hud-kontakt. Spørreskjemaene som ble brukt i undersøkelsen bør revideres

basert på erfaringene fra denne studien. De nye versjonene bør validitets- og reliabilitetstestes før videre bruk.

Takk til øvrige medlemmer i den nordiske forskningsgruppen,

Emma Olsson, Anna Axelin, Rakel B. Jonsdottir og Ragnhild Maastrup, for planlegging og gjennomføring av den nordiske moderstudien. En stor takk til alle avdelingene og alt helsepersonell som deltok i studien.

REFERANSER

- World Health Organization.** Kangaroo Mother Care: A practical guide. World Health Organization, Geneva. 2003.
- Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, Luddington-Hoe S, Mendoza S, Pallás-Allonso C, Peláez JG, Sizon J, Wiström AM.** State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Breastfeed Rev* 2010;18:21–8.
- Mitchell AJ, Yates C, Williams K, Hall RW.** Effects of daily kangaroo care on cardiorespiratory parameters in preterm infants. *J Neonatal Perinatal Med* 2013;6:243–9.
- Luddington-Hoe SM, Morgan K, Abouelfettoh A.** A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. *Adv Neonatal Care* 2008;8:S3–23.
- Bera A, Ghosh J, Singh AK, Hazra A, Som T, Munian D.** Effect of kangaroo mother care on vital physiological parameters of the low birth weight newborn. *Indian J Community Med* 2014;39:245–9.
- Nimbalkar SM, Patel VK, Patel DV, Nimbalkar AS, Sethi A, Phatak A.** Effect of early skin-to-skin contact following normal delivery on incidence of hypothermia in neonates more than 1800g: randomized control trial. *J Perinatol* 2014;34:364–8.
- Nimbalkar SM, Chaudhary NS, Gadhavi KV, Phatak A.** Kangaroo Mother Care in reducing pain in preterm neonates on heel prick. *Indian J Pediatr* 2013;80:6–10.
- Cong X, Cusson RM, Walsh S, Hussain N, Luddington-Hoe SM, Zhang D.** Effects of skin-to-skin contact on autonomic pain responses in preterm infants. *J Pain* 2012;13:636–45.
- Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI.** Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biol Psychiatry* 2014;75:56–64.
- Dalbye R, Calais E, Berg M.** Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns--a phenomenology study. *Sex Reprod Healthc* 2011;2:107–11.
- Blomqvist YT, Nyqvist KH.** Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *J Clin Nurs* 2011;20:1472–80.
- Roller CG.** Getting to know you: mothers' experiences of kangaroo care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:210–7.
- Neu M, Robinson J.** Maternal holding of preterm infants during the early weeks after birth and dyad interaction at six months. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010;39:401–14.
- Hake-Brooks SJ, Anderson GC.** Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0-18 months: a randomized, controlled trial. *Neonatal Netw* 2008;27:151–9.
- Facking R, Ewald U, Wallin L.** Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011;40:190–7.
- Anderzén-Carlsson A, Lamy ZC, Eriksson M.** Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant--part 1: a qualitative systematic review. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2014;9:24906.
- Helse- og omsorgsdepartementet.** Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. 2013; Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>. (Nedlastet 08.01.2015).
- Barneombudet.** Helse på barns premisser. Barneombudet, Oslo. 2013.
- Blomqvist YT, Nyqvist KH.** Initiation and extent of skin-to-skin care at two Swedish neonatal intensive care units. *Acta Paediatr* 2013;102:22–8.
- Mörelius E, Angelhoff C, Eriksson J, Olhager E.** Time of initiation of skin-to-skin contact in extremely preterm infants in Sweden. *Acta Paediatr* 2012;101:14–8.
- Olsson E, Andersen RD, Axelin A, Jonsdottir RB, Maastrup R, Eriksson M.** Skin-to-skin care in neonatal intensive care units in the Nordic countries: a survey of attitudes and practices. *Acta Paediatr*, 2012;101:1140–6.
- Engler AJ, Luddington-Hoe SM, Cusson RM, Adams R, Bahnsen M, Brumbaugh E, Coates P, Grieb J, McHargue L, Ryan DL, Settle M, Williams D.** Kangaroo care: national survey of practice, knowledge, barriers, and perceptions. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2002;27:146–53.
- Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P.** Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005; 8:94–104.
- Willis GB.** Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design. Sage Publications, Inc., Thousand Oaks. 2005.
- Franck LS, Bernal H, Gale G.** Infant holding policies and practices in neonatal units. *Neonatal Netw* 2002;21:13–20.
- Niela-Vilén H, Axelin A, Salanterä S, Lehtonen L, Tammela O, Salmelin R, Latva R.** Early physical contact between a mother and her NICU-infant in two university hospitals in Finland. *Midwifery* 2013;29:1321–30.
- Johnson AN.** Factors influencing implementation of kangaroo holding in a Special Care Nursery. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007;32:25–9.
- Kymre IG.** NICU nurses' ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2014;9:23297.
- Strand H, Blomqvist YT, Gradin M, Nyqvist KH.** Kangaroo mother care in the neonatal intensive care unit: staff attitudes and beliefs and opportunities for parents. *Acta Paediatr* 2014;103:373–8.
- Chia P, Sellick K, Gan S.** The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care. *Aust J Adv Nurs* 2006;23:20–7.
- Flynn A, Leahy-Warren P.** Neonatal nurses' knowledge and beliefs regarding kangaroo care with preterm infants in an Irish neonatal unit. *J Neonatal Nurs* 2010;16:221–228.
- Franck, LS, Axelin A.** Differences in parents', nurses' and physicians' views of NICU parent support. *Acta Paediatr* 2013;102:590–6.
- Polit DF, Beck CT.** Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8 ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2008.

Synliggjør forskjeller

› Studien viser at det er stor forskjell på norske nyfødtavdelinger når det gjelder tid og rom for hud-mot-hud-kontakt mellom foreldre og barn.



Laila Kristoffersen

Int. Spl/stipendiat
St. Olavs Hospital/NTNU

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Med økt kunnskap om hvor viktig tidlig og forlenget hudkontakt mellom premature eller syke nyfødte og foreldre er, har vi nok endret måten å tenke på, fra en «lukket» avdelingskultur til en mer familiesentrert tenkning. Det er faktisk fristende å si at vi er kommet til et paradigmeskifte innen nyfødtomsorgen, som startet med at kengurumetoden – tidlig hudkontakt mellom mor og barn – ble introdusert som en del av nyfødtomsorgen på et sykehus i Colombia på slutten av 1970-tallet. I Norge har det skjedd mye på denne fronten de siste årene, men vi har ennå et godt stykke igjen.

Lode og medforfattere beskriver personalets holdninger samt likheter og forskjeller vedrørende praktisk og organisatorisk tilrettelegging på norske nyfødtavdelinger. Når tiltak skal iverksettes for å endre en etablert praksis, er undersøkelser som denne et viktig hjelpemiddel. Både for å se hvor vi står i dag, og hvilke utfordringer som venter.

Studien viser at det ennå er ganske store forskjeller mellom de ulike nyfødtavdelingene, både når det gjelder foreldrenes tilstedeværelse og antall timer hudkontakt mellom foreldre og barn. Mens noen avdelinger gir foreldre og barn mulighet til å være sammen 24 timer i døgnet, praktiserer andre avdelinger ennå «stengetid» for foreldrene visse perioder i døgnet. Jeg tror det er viktig å synliggjøre disse forskjellene for å kunne gjøre noe med dem.

Etter mer enn tjuen år på nyfødt intensiv ved St. Olavs Hospital ser jeg at det har skjedd en enorm utvikling, og jeg mener at vi er på riktig vei med å tilrettelegge for mest mulig samvær mellom foreldre og barn. De nyeste nyfødtavdelingene i Norge lager enerom for å legge til rette for at foreldre og barn kan være sammen døgnkontinuerlig. Jeg tror imidlertid ikke vi kan sitte og vente på ombygging. Lode og medforfattere konkluderer med at det er behov bedre tilrettelegging for

mer foreldre-barn samvær innenfor nyfødtomsorgen. Jeg håper denne studien kan inspirere til å sette i verk enkle tiltak for forbedring selv om fasilitetene ikke er optimale. Ofte kan enkle grep, riktige holdninger, pågangsmot og litt kreativitet gjøre mye. Vi kan bare håpe på at alle nyfødtavdelinger i Norge vil ha enerom de nærmeste årene, men inntil da må vi gjøre det beste ut av det vi allerede har.

At dette temaet belyses vitenskapelig er av stor betydning. Endringsprosesser er en krevende øvelse på de fleste avdelinger, og én av de viktigste suksessfaktorene for å lykkes er tverrfaglig samarbeid. Kunnskap om eksisterende praksis er viktig når endringer skal gjøres, derfor vil denne artikkelen være relevant og et viktig redskap for alle faggrupper som jobber på en nyfødt intensiv avdeling.

Les artikkelen på side 152





Illustrasjonfoto: Colourbox

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Akselererte pasientforløp ved hoft- og kneprotesekirurgi er implementert ved flere norske helseforetak. Dette innebærer tilpasset preoperativ informasjon, multimodal smertelindring, minimal bruk av invasive teknikker, rask mobilisering og et kortvarig sykehusopphold. Behandlingen forutsetter et tett tverrfaglig samarbeid og aktiv pasientdeltakelse. Tidligere studier viser gode medisinske og kostnadsbesparende resultater, men det er gjort få kvalitative studier av pasientenes erfaringer.

Hensikt: Hensikten med studien var å beskrive hvordan pasienter erfa-

rer å medvirke i den postoperative smertebehandlingen ved hoft- og kneprotesekirurgi.

Metode: Studien fulgte et kvalitativt beskrivende design. Ti semistrukturerte intervjuer ble foretatt tredje postoperative dag av pasienter som hadde gjennomgått hoft- eller kneprotesekirurgi. Det ble videre gjort en kvalitativ innholdsanalyse av datamaterialet.

Resultater: Studien viste at flere av deltakerne ikke var optimalt smertelindret under mobilisering, men at de fleste likevel gjennomførte opp-

trengningsprogrammet. Deltakerne beskrev ulike oppfatninger og handlingsmønstre innenfor egen smerte-rapportering, samt uklare rutiner for bruk av smertekartleggingsverktøy.

Konklusjon: Studien belyser aktuelle utfordringer knyttet til akselererte pasientforløp, der det forventes en aktiv deltakelse i postoperativ mobilisering og smerterapportering. Siden flere av pasientene erfarte smerter ved mobilisering, anbefales videre kvalitative og kvantitative studier som kartlegger pasientens erfaringer med smerte- og smerterapportering både under og etter sykehusoppholdet.

ENGLISH SUMMARY

Patient involvement in postoperative pain management after hip and knee replacement surgery

Background: Hip and knee replacement using fast-track surgery is implemented by several Norwegian hospitals. This includes specific preoperative information, multimodal analgesia, minimal use of invasive techniques, rapid mobilisation and shorter length of hospital stay. Accelerated patient care requires close interdisciplinary cooperation and participation from the patient. Previous studies show excellent medical and cost-effective results, but there are few qualitative studies of the patients' experiences.

Objective: The objective was to describe how patients experience participation in postoperative pain management after hip and knee replacement surgery.

Method: The study followed a qualitative descriptive design. Ten semi-structured interviews were conducted on postoperative day three with patients who had undergone hip or knee replacement surgery. Data were analysed using qualitative content analysis.

Results: Most participants participated in the scheduled training programme despite experiencing suboptimal pain relief. Participants described various understanding and

behavioral patterns regarding their own pain reporting and unclear procedures for using pain assessment tools.

Conclusion: The study highlights current challenges related to accelerated patient care requiring patients to participate actively in postoperative mobilisation and pain reporting. Since several of the patients described pain during mobilisation, we recommend further qualitative and quantitative studies of patients' pain experiences, both during and after their hospital stay.

Keywords: qualitative study, accelerated patient care, postoperative pain, patient participation, specialist healthcare

» Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi

Forfattere: Aud Karin Hjelpdahl
Sjøveian og Marit Leegaard

NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Pasientforløp
- Postoperativ
- Smerte
- Spesialisthelsetjenesten

BAKGRUNN

Ved artrose i hofte- og kneledd er leddprotesekirurgi en godt dokumentert behandlingsmetode som på sikt fremmer smertelindring, bedret funksjonsevne og livskvalitet (1,2). Inngrepet medfører samtidig sterke postoperative smerter, og opptreningen krever optimal smertebehandling (3,4). Flere norske helseforetak har de siste årene implementert akselererte behandlingsforløp ved hofte- og kneprotesekirurgi. Etter innføringen av samhandlingsreformen (5) stilles også nye krav til pasientens videre rehabiliteringsforløp. Gjennom systematisk litteratursøk i databasene Cochrane, Cihnal, Medline, Pubmed og SweMed+ er det funnet at akselererte pasientforløp har en medisinsk og økonomiske gevinst (6–8). Innen hofte- og kneprotesekirurgi er det utviklet standardiserte behandlingslinjer gjennom det pre-, per- og postoperative forløpet, og syke-

husoppholdet er blitt forkortet fra seks–tolv til omtrent to–fire døgn (9). Behandlingen består av multimodal smertebehandling med minimal bruk av opioider og intravenøs behandling, tidlig oppstart av peroral ernæring og analgetika, og minimal bruk av urinkatetre og sårdren. Målet er å begrense den kirurgiske stressresponsen, fremme tidlig mobilisering og gjenvinne kroppens normalfunksjoner etter kirurgi (7,8,10).

Rapid Recovery Program (11) er et tilpasset forløp ved hofte- og kneprotesekirurgi. Programmet innebærer målrettet preoperativ pasientundervisning hvor kontroll og kunnskap om behandling og opptrening overføres til pasienten. I tillegg til de medisinske behandlingsprinsippene er gruppedynamikk mellom deltakerne, planlagt utskrivelsesdag og pasientens rolle som partner i behandlingen sentral (11). Sykepleierens ansvar og funksjon i akselererte pasientforløp er spesielt knyttet til målrettet preoperativ undervisning og postoperativ smertelindring (6,12–14). Hensikten med undervisningen er å forberede pasienten til inngrepet, motivere til deltakelse i det postoperative smerte- og opptreningsprogrammet, samt å planlegge hjemmesituasjonen (14).

En oppfølgingsstudie av 4500 pasienter framhever viktigheten av at postoperativ mobilisering starter innen de første tre til fem timene etter hofte- og kneproteseinngrep. Pasientene vurderte at preoperativ undervisning og oppmuntring fra medlemmene i behandlingsteamet var sentralt i behandlingen (6). I tillegg er optimal smertelindring avgjørende for målrettet opptrening og aktiv pasientdeltakelse (12,13). Smertebehandling krever et tett samarbeid mellom kirurger, anestesipersonell, sykepleiere og fysioterapeuter (15), samt at pasienten involveres (11,16,17). Kvalitative studier har vist at pasienter forventes å delta aktivt for å nå bestemte mål ved akselererte pasientforløp, men det er

Hva tilfører artikkelen:

Deltakerne i denne studien opplevde at deres smerterapportering var et viktig utgangspunkt for sykepleierens smertevurdering.

Mer om forfatterne:

Aud Karin Hjelpdahl Sjøveian er høgskolelektor ved Institutt for helsefag, Høgskolen i Telemark. Marit Leegaard er førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus og redaktør i Sykepleien Forskning. Kontaktperson: aud.sjoveian@hit.no.

gjort lite forskning sett fra pasientens ståsted (16,18).

Pasienters rett til medvirkning i egen behandling og pleie er forankret i lovgivningen, og bygger på autonomiprinsippet (19–21). En begrepsanalyse utført av sykepleiere (22) konkluderer med at følgende forhold må være til stede for reell pasientmedvirkning: en etablert relasjon mellom sykepleier og pasient, overgivelse av makt og kontroll fra sykepleier til pasient, delt informasjon og kunnskap, og aktiv pasientdeltakelse i både intellektuelle og fysiske aktiviteter.

Vår tidligere studie (23) viste at sykepleiere registrerte postoperative smerter etter protese-kirurgi, samt at sykepleiere og pasienter kunne ha ulik forståelse for bruk av smertekartleggingsverktøy.

Hensikten med denne studien var å kartlegge hvordan pasienter erfarer å medvirke i postoperativ smertebehandling ved hoft- eller kneprotesekirurgi. Pasientens egenrapportering er vurdert som sentral i medvirkningen. Dette leder til følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan erfarer pasienten postoperative smerter?
- 2) Hvordan rapporterer pasienten sin smerteopplevelse til sykepleieren?

ETISKE VURDERINGER

Studien er godkjent av personvernombudet for forskning (NSD), og ivaretar krav til frivillighet, informert samtykke og konfidensialitet (24,25). REK (26) har vurdert studien som et kvalitetsforbedringsprosjekt.

METODE

Denne studien ble gjennomført høsten 2013 ved en ortopedisk sengepost i Norge. Studien fulgte et kvalitativt beskrivende design (27,28) med semistrukturerte dybdeintervjuer (29). I samarbeid med sengepostens enhetsleder ble ti pasienter inkludert i studien. Inklusjonskriteriene var at pasientene hadde gjennomgått hoft- eller kneprotesekirurgi i et akselerert behandlingsforløp, og var inneliggende i sykehus.

Pasientene deltok i et planlagt opptreningsprogram fra operasjonsdagen og frem til utskrivelse fjerde postoperative dag (se tabell 1). En til to uker før operasjonen deltok pasientene på en felles forberedelsesdag, der de mottok målrettet undervisning av sykepleier, ortoped og fysioterapeut. Sentrale temaer var protesens funksjon, smertebehandling, mobilisering og planlegging av hjemmesituasjonen. Pasientens ansvar for å rapportere smerte ble vektlagt. Sykepleier informerte om smertekartleggingsverktøyet Numeric rating scale (NRS), en tallskala fra 0–10 som indikerer smertens styrke fra ingen til verst tenkelige smerte (30–32). Målet med postoperativ smertebehandling er at NRS-verdien ikke overstiger 3 (33). Intervjuene ble foretatt av førsteforfatter tredje postoperative dag, og varte i 40–60 minutter. Det ble brukt intervjuguide der hovedområdene inkluderte studiens forskningsspørsmål. Deltakerne mottok informasjonsskriv om studien på forberedelsesdagen (se tabell 2).

Analyseprosessen startet i intervjusituasjonen der deltakerne delte sine erfaringer (29). Det ble brukt lydbandopptak. Førsteforfatter transkriberte hvert intervju ordrett, og utførte en «spot-check» der utdrag av transkriptet ble lest mens lyd-

Tabell 1: Akselerert pasientforløp ved NN-helseforetak

Poliklinisk vurdering	Hjem	Pasienthotell -dagen før operasjon	Hjem	Poliklinisk kontroll etter 3 mnd.
Faggrupper: -ortoped		Operasjonsavdeling Sengepost- fra operasjonsdagen til 4. postoperative dag		Faggrupper: -fysioterapeut
		Faggrupper: -ortoped -anestesilege -sykepleier -fysioterapeut		
			Faggrupper: -fysioterapeut -hjemmetjenester (event.)	

Tabell 2: Intervjuguide

1. Er du tidligere proteseoperert? Hva opplever du eventuelt annerledes nå?
2. Hvordan erfarte/erfarer du smerten operasjonsdagen, 1., 2., og 3. dag?
3. Hvilken type smertebehandling har du fått?
4. Hvilke erfaringer har du med (den preoperative) forberedelsesdagen?
5. I hvilken grad har du deltatt i treningsopplegget?
6. Hvordan/hvor ofte blir din smerte etterspurt av sykepleier?
7. Hva vet du om viktigheten av å rapportere smerte?
8. Hvordan rapporterer du smerte? Erfaringer med NRS-smerteskala?
9. Hva er du fornøyd med/ikke så fornøyd med under oppholdet?
10. Hvordan ser du for deg tiden etter utskrivelse?

opptaket ble avspilt (34). To av de transkriberte intervjuene ble sendt til gjennomlesning av annenforfatter. Det samlede transkriptet ble først grovkategorisert under hver av deltakerne, og videre sortert under forskningsspørsmålene og intervjuguiden. Meningsbærende enheter, de deler av teksten som gir innhold og sammenheng, ble merket med farge. Enhetene ble videre fortettet og omskrevet slik at det sentrale innholdet ble bevart, og deltakernes anonymitet ble ivarettatt (29). Noen sitater

ble stående i sin helhet for å brukes som illustrasjoner. Annenforfatter kontrollerte utdrag fra den fortettede teksten og sammenliknet med originaltranskriptet. Meningsenhetene ble videre sortert under tre beskrivende kategorier. Den underliggende meningen og røde tråd i kategoriene dannet tre temaer (35) (se tabell 3).

PRESENTASJON AV FUNN

Deltakerne i studien besto av sju kvinner og tre menn i alderen 59–81 år, som fulgte et aksele-

rett pasientforløp. Tre var yrkesaktive og resten pensjonister. Alle hadde hatt artrosesmerter i flere år. Smertebehandlingen var noe ulik grunnet pågående revidering av retningslinjene. Pasientene skulle utskrives til hjemmet fjerde postoperative dag, eller bo midlertidig hos andre familiemedlemmer (se tabell 4).

Tema 1: Pasienter erfarte smerte ved mobilisering

Flere av deltakerne erfarte smerter ved mobilisering første og andre postoperative dag, og NRS-verdien kunne da ligge på 5–8. Noen erfarte også forsinket mobilisering på grunn av kvalme og svimmelhet det første døgnet, samt bevegelsesbegrensning ved bruk av epiduralkateter. Den tredje postoperative dag gjennomførte åtte av deltakerne trappetrening med fysioterapeut, og to utsatte dette på grunn av svimmelhet og kvalme. To av deltakerne med kneprotese gjennomførte sykkeltraining tredje postoperative dag. De tre andre utsatte dette på grunn av stivhet, hevelse og smerte ved bøyning.

De fleste deltakerne beskrev avtakende smerteintensitet tredje postoperative dag, men noen hadde fremdeles smerter ved bevegelse. En av pasientene med kneprotese beskrev beinet som en «tung og stiv tømmerstokk» når hun satt lenge i stol, og anga NRS-verdi på 6–8 ved bevegelse. Seks–sju av deltakerne var forberedt på postoperative smerter, og tre forventet lite eller minst mulig smerte. Seks av deltakerne framhevet viktigheten av å rapportere smerte, og fire til fem framhevet viktigheten av trening og bevegelse både før og etter inngrep.

Deltakerne var informert om nedtrappingsregimet for analgetika både i postoperativ fase og

Tabell 3: Fra meningsbærende enheter til tema

Eks. meningsbærende enheter	«Det hopper jo litt da når jeg trener og bøyer mye så går det jo opp. Men når jeg går, så er det der nede. Men hvis jeg skal bøye mye og strekke ut så kan jeg sikkert si 5 og 6.»	«De sier at en skal be om smertestillende før det blir for vondt, det presiserer de her. Men det kan hende du drøyer litt lenge før du ber om det. Det er vel noe som sitter innebygd at en skal ikke ta mer enn absolutt nødvendig.»	«De har bare spurt om «har du det vondt? Eller «skal du ha mere medisin? Det er alt.»
Kategorier	1. Smerte- og aktivitetsmønster fra operasjonsdagen til 3. postoperative dag	2. Pasientrelaterte forhold ved smertereporteringen	3. Systemrelaterte forhold ved smertereporteringen
Tema	1. Smerte ved mobilisering	2. Tilbakeholden vs aktiv deltagelse i smertereporteringen	3. Uklare rutiner for bruk av NRS-skala

Tabell 4: Presentasjon av deltakerne

Kjønn (ant.pas) Aldersspenn	Protesetype (ant.pas)	Anestesiform (ant.pas)	Smertebehandling (ant.pas)
Kvinner (7) 59–74 år	Hofteprotese (2)	Spinal-epidural-anestesi (2)	<ul style="list-style-type: none"> Norspanplaster®, Paracet (t)®, Ibux (t)® [1] Epiduralkateter til 1. po. dag, Paracet(t)®, Ibux(t)® [1]
	Kneprotese (5)	Spinal- epidural-anestesi (3) Spinal-epidural + lokalanestesi (2)	<ul style="list-style-type: none"> Epiduralkateter til 2. po. dag, Paracet(t)®, Ibux (t)® [1] Norspanplaster®, Paracet (t)®, Ibux(t)® [2] Norspanplaster®, Paracet(t)®, Ibux(t)® [2]
Menn (3) 64–81 år	Hofteprotese (3)	Spinal- epiduralanestesi (3)	<ul style="list-style-type: none"> Epiduralkateter til 2. po. dag, Paracet(t)® [ikke Ibux® pga tidl.hjerteinfarkt] [1] Epiduralkateter til 2. po. dag, Norspanplaster® til 3. po. dag, + Paracet(t)® [1] Norspanplaster®, Paracet(t)®, Ibux (t)® [1]

etter hjemreise. Alle var innstilt på å trene videre hjemme, men samtidig uttrykte fem deltakere at opptreningstiden i sykehus er for kort. Følgende sitat illustrerer dette: «Men hadde jeg vært her et par dager til så hadde jeg vært mye bedre i beinet før jeg kommer hjem, for smertene vil jo avta for hver dag, ikke så stiv og tung i beinet».

Tema 2: Tilbakeholden versus aktiv deltakelse i smerterapporteringen

Deltakerne formidlet ulike oppfatninger og handlingsmønstre i smerterapporteringen. Noen var klar over sitt ansvar med å rapportere smerter, men var likevel tilbakeholdne. Andre ventet med å rapportere smerter, og håpet at smertene skulle gå over. Noen aksepterte smerter i aktivitet, men ikke i hvile. Andre viste en mer aktiv deltakelse, og framhevet viktigheten av å forebygge

at det ville bli bedre». Angående mobilisering fulgte hun instruksjoner fra personalet da «de vet best». Samtidig formidlet hun til personalet at hun ville vente med å komme opp dersom hun hadde smerter.

Andre deltakere var tydelige på sitt ansvar i smerterapporteringen. «Hvis jeg føler at jeg får for lite så må jeg si ifra, det synes jeg må være mitt ansvar å gjøre, for det kan ikke de ha peiling på».

En annen deltaker framhevet at hun var direkte ovenfor sykepleierne og rapporterte «uakseptable» smerter. «Da sier jeg det at «jeg har gørvondt, jeg har så vondt at jeg kommer ikke ut av senga sjøl». Da skjønner dem at da har jeg vondt». Deltakeren brukte sjelden NRS i smerterapporteringen, men beskrev under intervjuet at NRS-verdien kunne øke til 6–7 ved gange, og sank til 3 etter medisiner. Hun kunne

var bevisst på å rapportere smerten før den økte i styrke, samt å veksle mellom aktivitet og hvile.

Tema 3: Uklare rutiner for bruk av NRS

Deltakerne erfarte at sykepleierne oppfordret dem til å rapportere smerte både på oppvåkningsavdelingen og i sengeposten. De opplevde å bli trodd på smerteopplevelsen sin, og at sykepleierne var opptatt av å forebygge smertetopper.

Ni av deltakerne framhevet at den preoperative forberedelsesdagen bidro til god informasjon om selve inngrepet, protesens funksjon, postoperativ opptrening, smertebehandling og videre behandlingsforløp. Fem av deltakerne husket ikke om NRS-skalaen ble presentert på forberedelsesdagen eller ble anvendt postoperativt. To deltakere trodde at NRS-skalaen kun ble brukt på oppvåkningsavdelingen og det første postoperative døgnet i sengeposten. Fem av deltakerne framhevet at sykepleierne ofte brukte NRS-skalaen i smertekartleggingen.

En deltaker erfarte at NRS-skalaen kun ble brukt ved behovsmedisiner, men ikke konsekvent. Vedkommende husket ikke om NRS-skalaen ble presentert på forberedelsesdagen, men synes den var logisk å bruke: «De spør hvordan smerten er, forklar den i forhold til 0–10, og så sier jeg det, hva jeg synes da, så det var den skalaen de kommer med da. Så får jeg vel styrken etter den skalaen jeg sier da, antakelig. Når de har vært inne har jeg sagt 8». Andre deltakere erfarte at sykepleierne stilte spørsmål som «hvordan går det?», «har du like vondt?». Da kunne de svare «det går greit», «det verker», «det murrer», eller «det er veldig vondt».

” Flere av deltakerne erfarte smerter ved mobilisering første og andre postoperative dag.

smertetopper: «Jeg liker ikke å mase heller, men jeg vet jo det, de presiserer jo det hele tiden at det er ikke mas».

En deltaker hadde oppfattet at man ikke kunne få ekstra smertestillende utover de faste ordinasjoner: «Men du får jo ikke noe mer smertestillende – for det skal jo trappes ned».

En annen uttrykte: «Jeg ber ikke om smertestillende før jeg virkelig trenger det, det sitter liksom innebygget at man ikke skal ta mer enn nødvendig».

En deltaker erfarte at det tok tid før tablettene virket og hadde sterkere smerter enn hun hadde forventet. Hun aksepterte smerter etter å ha sett modell av kneprotesen, samt at hun «visste

da formidle til sykepleierne at «tablettene har funka».

En annen deltaker erfarte ofte smerter når medisinerunden nærmet seg, men bedring etter en time. Hun ba aktivt om smertestillende en time før den ordinære medisinerunden på morgenen for å gjennomføre morgenstellet. Vedkommende tilpasset også tid for egentrening til analgetika hadde begynt å virke, men kunne erfare smerter under trening med fysioterapeuten.

En deltaker uttrykte at: «Man kan ikke forvente å få hjelp hvis man ikke sier ifra». Vedkommende erfarte sterke smerter første postoperative dag, og fikk god hjelp etter å ha rapportert dette til sykepleierne. Deltakeren

Noen deltakere formidlet uklare kriterier for å rapportere smerter. «Nei jeg bare sier «det hjalp meg ikke så mye, jeg må ha litt mer til å dempe smertene med». Nei, jeg har ikke noen kriterier for å si det, jeg kan ikke bedømme det, men det er når jeg kjenner at det er vondt».

Noen av deltakerne beskrev en egen forståelse av NRS-skalaen, og hadde egne kriterier for å be om smertestillende. En deltaker framhevet at hun ikke brukte NRS i dialog med sykepleier, men husket skalaen fra tidligere proteseoperasjon, og hadde egne kjennetegn for når NRS var over 5. Hun ba om smertestillende ved NRS på 7–8, og ved NRS under 7 ventet hun på at smertene skulle gå over av seg selv.

Andre deltakere syntes NRS-skalaen var vanskelig å forstå, og at det er for mange nivåer. En uttrykte: «Men jeg ville kanskje si at jeg ville foretrukket tre: Lite, middels og mye».

DISKUSJON

Studien viste at flere av deltakerne erfarte smerte, kvalme og svimmelhet under postoperativ mobilisering, og noen ble forsinket i opptreningen. Noen ønsket et lengre sykehus- eller rehabiliteringsopphold. Deltakerne beskrev ulike tilnærminger i egen smerterapportering, samt uklare rutiner for bruk av smertekartleggingsverktøy.

Ett av kriteriene for pasientmedvirkning er «pasientens aktive deltakelse i både intellektuelle og fysiske aktiviteter» (22). Studien viste at pasientene deltok aktivt i de fysiske aktivitetene, men det er uklart hvordan de ble involvert i avgjørelser knyttet til smertebehandling og utskrivelse.

Studien viste ingen tydelige

mønstre når det gjaldt smerteopplevelse ved enten hofte- eller kneproteseinngrep, og heller ingen sammenheng mellom smerteopplevelse og aktiv deltakelse i smerterapporteringen. Tidligere forskning viser at spesielt etter kneprotese kirurgi erfarer pasienter et høyt smertenivå det første postoperative døgnet (36). I tillegg til smerter er svimmelhet og generell mus-

ket i tidligere forskning (6). Samtidig belyser en tidligere studie at ved gruppeundervisning har deltakerne ulike mestingsstrategier for hvor mye, og for hvor detaljert informasjon de klarer å absorbere. Deltakerne kan også tolke det som formidles ut fra egne forestillinger (37).

Ifølge Redmann kan læring beskrives som «a change in an

” ” Jeg ber ikke om smertestillende før jeg virkelig trenger det.

kelsvakhet også registrert det første døgnet. Videre studier innen disse områdene anbefales (7,8).

Sahlsten (22) framhever betydningen av «overføring av ansvar» ved at sykepleieren oppmuntrer pasienten til å ta ansvar for egenomsorg og andre aktiviteter han kan mestre. Deltakerne i denne studien framhevet nytten av den preoperative informasjonsdagen. De husket at det ble presisert at de måtte rapportere smerten før den ble for sterk, og at optimal smertelindring var en forutsetning for opptreningen. Denne formen for «delt informasjon og kunnskap» (22) ble likevel ulikt praktisert av deltakerne. Deltakerne rapporterte smerten, ut ifra ulike kriterier for et akseptabelt smertenivå, og noen aksepterte sterkere smerte enn andre. Flere av deltakerne var bevisst sitt ansvar med å rapporterte smerte både ved hjelp av NRS og verbale beskrivelser. Andre var mer tilbakeholdne. Det kan være personavhengige forhold og ulike oppfatninger hos deltakerne som påvirker denne ulikheten. Betydningen av preoperativ undervisning som kunnskapskilde er beskrevet

individual caused by experience and do not include changes caused by development» (38) s. 21. Dette kan forstås slik at den kunnskapen som formidles av sykepleier i preoperativ fase ikke omsettes til aktiv læring før pasienten erfarer den postoperative smerten, og handler på bakgrunn av denne erfaringen.

Deltakernes tilbakeholdenhet kan forstås på bakgrunn av alder og tidligere smertetilstander. Pasienter som har hatt smerter i flere år utvikler ofte strategier for å mestre smertene (39). Den akutte smertebehandlingen av eldre i sykehus er kompleks på grunn av fysiologiske aldersforandringer og farmakologiske faktorer. I tillegg spiller holdninger, oppfatninger, og den eldre pasientens sosiale konstruksjon i sykehus-sammenheng en viktig rolle, da eldre ofte inntar en underdanig rolle (40). Vår studie viste ikke om deltakerne hadde kunnskap om fysiologiske skadevirkninger av ubehandlet postoperativ smerte, derav faren for å utvikle langvarige smertetilstander (41).

I tillegg til nytten av preoperativ informasjon, viste studien at enkelte brukte sin erfarings-

kunnskap fra tidligere inngrep, samt generelle erfaringer med å forebygge smerte før aktivitet. En tidligere studie (42) belyser at i tillegg til de faktorer som er relatert til selve smerteopplevelsen etter kirurgi, er tidligere smerteerfaringer og relasjonen og tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell, avgjørende for pasientens smertehåndtering.

Et forhold som kan virke motstridende i denne studien var at deltakerne ble gitt ansvar i smerterapporteringen, men

Ifølge flere begrepsanalyser (22,45,46) handler pasientmedvirkning først og fremst om relasjonen mellom sykepleier og pasient, og de øvrige komponenter i begrepet er underordnet. Vår studie viste at tidsrammen på fire døgn kunne begrense muligheten for å etablere en relasjon til sykepleierne, og at kommunikasjonen om smerter ofte kunne bli generell. Deltakerne opplevde likevel at sykepleierne var opptatt av å forebygge smerter, og at sykepleierne trodde på deres smerteopplevelse.

” Man kan ikke forvente å få hjelp hvis man ikke sier ifra.

samtidig beskrev de uklare kriterier og metoder for å rapportere smerten. NRS-skalaen ble ikke anvendt regelmessig av sykepleierne, noen deltakere syntes skalaen var vanskelig å bruke og valgte egne beskrivelser. Kitcatt (17) framhever at regelmessig kartlegging og dokumentasjon er kjernen i effektiv smertebehandling, samt at pasienten involveres i størst mulig grad. Haig (43) belyser at dersom pasienten er en reell partner i smertebehandlingen ville han krevet adekvat smertelindring, forventet å få sin smerte kartlagt, og at den kartlagte smerte blir tatt på alvor. Manglende bruk av smerteskala i postoperativ smertebehandling problematiseres også i en tverrsnittsstudie utført i norske sykehus (33). En nyere studie (44) framhever at bruk av NRS har en sentral plass i smertebehandlingen, men det er samtidig behov for dialog mellom pasient og helsepersonell. Det vektlegges at pasienten bør gis anledning til å beskrive smerten mer detaljert, og sammen med sykepleier sette et felles mål for smertebehandlingen (44).

Når det gjaldt hjemreise uttrykte flere bekymring over at opptreningscenteret i fylket var nedlagt etter innføring av samhandlingsreformen. Noen ønsket også å bli bedre smertelindret før hjemreise. Studien belyser dilemmaet mellom kravet til intensiv opptrening og kortvarig sykehusopphold, samtidig som noen kan trenge et forlenget rehabiliteringstilbud.

En tidligere studie (47) framhever at kvinner, pasienter som bor alene, pasienter med betydelige smerter, og pasienter avhengig av krykker før innleggelse, kan ha behov for et lengre sykehusopphold etter protesekirurgi. Dette er vurderinger som i større grad bør vektlegges i planleggingen av pasientforløpet.

Deltakerne i denne studien opplevde at deres smerterapportering var et viktig utgangspunkt for sykepleiernes smertevurdering. Samtidig belyser studien noen utfordringer ved selve behandlingsopplegget, der multimodal smertebehandling tilsier begrenset bruk av opioider og intravenøs behandling (7). Det kan se ut

som pasientens medvirkning og handlingsrom blir begrenset til å rapportere smerter og be om ekstra doser innenfor de rammene som er satt.

En studie (16) rettet mot akselererte pasientforløp ved tarmkirurgi, viser at pasienter kan oppleve et spenningsforhold mellom krav til aktiv deltakelse og det fysiske ubehaget som inngrepet medfører. Det anbefales derfor videre studier innen temaet pasientmedvirkning ved akselererte pasientforløp.

Studiens styrke var deltakerenes nærtidsopplevelse av situasjonen. En mulig begrensning var at noen av deltakerne lette etter ord som beskrev erfaringene. Studiens overførbarhet er også begrenset da kun ti pasienter deltok i studien. Det tas forbehold om at selve intervju situasjonen kunne påvirke noen av svarene, og at deltakerne ville formidle et godt inntrykk.

KONKLUSJON

Studien peker på utfordringer ved implementering av akselererte pasientforløp. Det forventes at pasientene innenfor et kort tidsrom skal delta aktivt for å nå bestemte mål, samtidig som studien viste at flere erfarte smerter ved bevegelse. Det anbefales videre kvalitative og kvantitative studier som kartlegger pasientens erfaringer med smerte- og smerterapportering både under og etter sykehusoppholdet.

En stor takk går til avdelingens ledelse, og til pasientene som bidro med sine erfaringer!

Marit Leegaard har ikke hatt noe redaksjonelt ansvar for denne artikkelen, etter som hun er medforfatter.

REFERANSER

1. McHugh GA, Luker KA. Influences on individuals with osteoarthritis in deciding to undergo a hip or knee joint replacement: A qualitative study. *Disability & Rehabilitation*. 2009;31:1257–66.
2. Van Herck P, Vanhaecht K, Deneckere S, Bellemans J, Panella M, Barbieri A, et al. Key interventions and outcomes in joint arthroplasty clinical pathways: a systematic review. *J Eval Clin Pract*. 2010;16:39–49.
3. Horlocker T. Pain Management in Total Joint Arthroplasty: A Historical review. *Orthopedics* 2010, volume 3.
4. Pasero C, McCaffery M. Orthopaedic Postoperative Pain Management. *Journal of Perianesth Nurs*. 2007;22:160–74.
5. HOD. Stortingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen [2012]. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeldnr-47-2008-2009-/id567201/> [Nedlastet 02.03.15]
6. Malviya A, Martin K, Harper I, Muller S, Emmerson K, Partington P, et al. Enhanced recovery program for hip and knee replacement reduces death rate. *Acta Orthop*. 2011;82:577–81.
7. Husted H. Fast-track hip and knee arthroplasty: clinical and organizational aspects. *Acta Orthop (Supplement)*. 2012;83:2–38.
8. Kehlet H, Thienpont E. Fast-track knee arthroplasty – status and future challenges. *Knee*. 2013; 20 (Sep;20 Suppl 1):29–33.
9. Husted H, Lunn T, Troelsen A, B KB, Gaarn-Larsen L, Kehlet H. Why still in hospital after fast-track hip and knee arthroplasty? *Acta Orthopaedica*. 2011;82:679–84.
10. Fredheim OMS, Borchgrevink P, Kvarstein G. Behandling av postoperativ smerte i sykehus. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2011;131(18):1772–6.
11. Gordon D, Malhas A, Goubran A, Subramanian P, Messer C, Houlihan-Burne D. Implementing the Rapid Recovery Program in primary hip and knee arthroplasty in a UK state run hospital. *European Journal of Orthopaedic Surgery and Traumatology*. 2010; 21 (3): 151–8.
12. Sharma V, Morgan P, Cheng E. Factors Influencing early Rehabilitation After THA *Clin Orthop Relat Res*. 2009;467:1400–11.
13. Kehlet H, Søballe K. Fast-track hip and knee replacement – what are the issues? *Acta Orthopaedica*. 2010;Sect. 271–2.
14. Westby MD. Rehabilitation and Total Joint Arthroplasty. *Clinics in geriatric medicine*. 2012;28(3):489–508.
15. White PF, Kehlet H. Improving postoperative pain management: what are the unresolved issues? *Anesthesiology*. 2010 Jan;112:220–5.
16. Norlyk A, Harder I. Recovering at home: participating in a fast-track colon cancer surgery programme. *Nurs Inq*. 2011;18:165–73.
17. Kitcatt S. Concepts of pain and the surgical patient. In: Pudner R, Ramsden I, editors. *Nursing the surgical patient*. Edinburgh: Elsevier; 2010.
18. Westby MD, Backman CL. Patient and health professional views on rehabilitation practices and outcomes following total hip and knee arthroplasty for osteoarthritis: a focus group study. *BMC Health Services Research*. 2010;11:10:119.
19. HOD. Lov om pasient- og brukerrettigheter [1999]. <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> [Nedlastet 02.03.15].
20. Norsk sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [2011]. https://wwwnsfno/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdfpdf2011. [Nedlastet 03.03.15].
21. Pedersen R, Hoffmann B, Mangset M. Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007;127:1644–47.
22. Sahlsten MJ, Larsson IE, Sjöström B, Plos KA. An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*. 2008;43:2–11.
23. Sjøveian A, Leegaard M. Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling? *Sykepleien forskning* 2012;4:380–7.
24. Fontana A, Frey J. The Sage handbook of qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 2005.
25. NSD. Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. <http://www.nsd.uib.no/> [Nedlastet 02.03.15]
26. REK. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Forskningsetiske-enheter/Regionale-komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/> [Nedlastet 02.03.15]
27. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*. 2000 Aug;23:334–40.
28. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
29. Kvale S, Brinkmann S. *Interview: introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzel; 2009.
30. Noble B, Clark D, Meldrum M, Have HT, Seymour J, Winslow M, et al. The measurement of pain, 1945–2000. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005;29 14–21.
31. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EKB, et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth*. 2008 Jul;101:17–24.
32. International Association for the study of pain. <http://www.iasp-pain.org/> [Nedlastet 01.09.14].
33. Fredheim OMS, Kvarstein G, Undall E, Stubhaug A, Rustøen T, Borchgrevink PC. Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2011;131:1763–7.
34. MacLean L, Meyer M, Estable A. Improving Accuracy og Transcripts in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*. 2004;14:113–23.
35. Lundman B, Graneheim UH. Kvalitativ innehållsanalyse. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008. p. S. 159–72.
36. Munk S, Dalsgaard J, K KB, Andersen I, Hansen T, Kehlet H. Early recovery after fast-track Oxford unicompartmental knee arthroplasty. 35 patients with minimal invasive surgery. *Acta Orthop*. 2008;159–72.
37. Kruzik N. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN Journal*. 2009 Sep;90:381–7.
38. Redmann BK. The practice of patient education. St. Louis, Missouri Mosby; 2001.
39. Torvik K, Bjørø K. Smerte hos eldre. I: Rustøen T, Wahl AK, editors. *Ulike tekster om smerte Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008.
40. Prowse M. Postoperative pain in older people: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2007;16:84–97.
41. Kehlet H, Jensen T, Woolf C. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *The Lancet*. 2006;367:1618–25.
42. Older C, Carr E, Layzell M. Making sense of patients' use of analgesics following day case surgery. *J Adv Nurs Mar*; 2010;66:511–21.
43. Haigh C. Editorial: This might hurt ... a reflection on pain management in the 21st century. *J Clin Nurs*. 2008;19:61–2.
44. Eriksson K, Wikström L, Årestedt K, Fridlund B, Broström A. Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments. *Appl Nurs Res*. 2014;Feb;27:41–6.
45. Cahill J. Patient participation: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 1996 Sep;24:561–71.
46. Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA. Partnership: an analysis of the concept within the nurse–client relationship. *J Adv Nurs*. 2002;40:149–57.
47. Husted H, Holm G, Jacobsen S. Predictors of length of stay and patient satisfaction after hip and knee replacement surgery: fast-track experience in 712 patients. *Acta Orthop*. 2008;79(2):168–73.

Smertelindring er utfordrende

› Det er interessant for sykepleiere å lese om pasientens erfaringer med smertelindring.



Karianne Grønseth

fagssykepleier, Seksjon for sengeposter og poliklinikker, Ortopedisk avdeling, OUS

Til tross for at man ikke kan generaliserer ut fra ti deltakere, er dette en relevant studie for alle sykepleiere som jobber med ortopedi- og protesepasienter. Den gir oss et interessant innblikk i pasientenes erfaringer med akselererte behandlingsforløp og smerterapportering. Jeg vil tro at de fleste sykepleiere på ortopediske avdelinger rundt om i det ganske land nikker gjenkjennende til flere av funnene i studien.

I artikkelen står det skrevet at det å etablere en relasjon mellom sykepleier og pasient er et forhold som må være til stede for at man skal oppnå reell pasientmedvirkning. Det kan diskuteres hvorvidt dette er mulig å oppnå med gitte tidsramme og sykepleiernes turnusordning. Jeg tror det er mulig, men det krever at sykepleierne er bevisste i fordelingen av pasienter og at man starter etableringen så tidlig som mulig i forløpet; allerede på den preoperative informasjonsdagen. Jeg mener det

er en stor fordel at sykepleierne som deltar på denne dagen har sitt daglige virke på sengeposten pasientene blir liggende på etter inngrepet.

Det blir påpekt at mange av deltakerne i studien synes det var vanskelig å bruke NRS og at det var uklare rutiner for bruk. Til tross for at det er studier som viser at regelmessig kartlegging av smerte er kjernen i adekvat smertelindring, og at bruken av NRS har en sentral plass i smertebehandlingen, er det mange utfordringer knyttet til bruken av NRS. Både pasienter og sykepleiere opplever ofte at det er vanskelig å benytte NRS. I mange tilfeller tror jeg en sykepleier danner seg et bedre bilde av pasientens smerter ved å samtale med pasienten og se etter kliniske tegn på at pasienten har smerter. Det er også mulig å bruke andre smertekartleggingsverktøy som VAS eller ansiktsskala med fler. Dette blir også påpekt av en av deltakerne i studien.

Jeg synes det er svært positivt at pasientene opplever at sykepleierne tar deres smerterapportering på alvor. Jeg har hatt mange pasienter gjennom årene med motsatt erfaring. De er veldig redde for å ikke bli tatt på alvor og å ikke få nok smertestillende ved senere sykehusopphold. Det å ta pasientens smerte på alvor virker, i noen tilfeller, smertelindrende i seg selv.

To ganger i løpet av mine snart 16 år på ortopedisk avdeling har jeg sittet igjen med en klar oppfatning av at «dette har vært et bra samarbeid mellom to likeverdige parter» når jeg gjennom en dag på jobb endelig har greid å oppnå at pasienten er godt smertelindret. Begge disse pasientene var selv sykepleiere. Reell pasientmedvirkning innenfor smertelindring er utfordrende.

Les artikkelen på side 162



En helt ny leseopplevelse

LES SYKEPLEIEN
UANSETT HVOR
DU ER!

SYKEPLEIEN – NÅ OGSÅ PÅ NETTBRETT

Opplev Sykepleien på en helt ny måte! Magasinet er nå tilgjengelig som spesialutviklet utgave for nettbrett. Den interaktive utgaven er spekket med flotte bilde-serier som gir en ekstra dimensjon til artiklene fra den trykte utgaven. Last ned Sykepleien på ditt nettbrett, og du kan lese magasinet «offline» uansett hvor du er.

Last ned appen i dag!
GRATIS for medlemmer i NSF



Appen er tilgjengelig både for iPad og Android.
Les mer om hvordan du kommer i gang på sykepleien.no.



Sykepleien



Bildet er hentet fra Marie Olsens fotoalbum, fotograf ukjent. Bildet er antakelig fra hagen til Millitary Hospital i London hvor hun arbeidet sammen med fem andre norske sykepleiere under første verdenskrig.

Bakgrunn: Første verdenskrig medførte et høyt antall hardt skadete soldater. Norge var et nøytralt land under krigen. Allikevel sørget NSF for at 24 norske sykepleiere deltok i pleien av soldatene og på begge sider av konflikten.

Hensikt: Å belyse sykepleierens erfaringer fra pleien av soldatene og hvilken interesse NSF kunne ha av å sende medlemmene ut på dette oppdraget.

Metode: Analyse av referat fra NSF's styreprotokoll og publika-

sjoner i Tidsskriftet Sykepleien i perioden 1912–1919. Fra tidsskriftet benyttes alle artikler og notater som belyser hendelsen, samt brev og erindringer skrevet av sykepleiere som reiste ut.

Resultater: Henvendelse om hjelp fra NSF's medlemmer kom fra internasjonale kollegaer og fra helsemyndighetene i Norge. Fem sykepleiere reiste til feltsykehus ved Østfronten og nitten til militærsykehus i London. Sykepleierne opplevde tiden som verdifull. Gjennom møte med soldatene erfarte norske

sykepleiere krigens grusomheter. Sykepleierne opplevde at de mestret utfordringene de fikk og at tiden var lærerik. Det hadde stor betydning for organisasjonen at medlemmer deltok i pleien av soldater under første verdenskrig.

Konklusjon: Norske fagutdannede sykepleiere var kompetente og villige til å hjelpe under første verdenskrig. Det var i forhold til medlemsantallet et høyt antall sykepleiere som reiste ut på vegne av sitt fagforbund. NSF viste seg som et ansvarlig forbund internasjonalt og nasjonalt.

Norwegian nurses cared for soldiers during World War I

Background: Norway was a neutral country during the war. However, nurses from the Norwegian Nursing Organisation (NNO) took care of injured soldiers on both side of the conflict.

Objective: The purpose of the article is to shed light on the nurses' experiences and discuss what interest the NNO might have had in sending members away on this mission.

Method: Content analysis of minutes from the NNO's boarders meetings

from the year 1914 to 1919 and publications in the magazine Sykepleien from the same period was carried out. All from the magazine concerning the matter, as well as letters and memoirs written by those who travelled, have been reviewed.

Results: Five nurses were located at the Eastern front, whereas nineteen were at military hospitals in London. In order to travel, they had to be approved for the task by the NNO and capable of speaking the local language. The nurses themselves experienced the time as valuable and rewarding, even though they faced

with the cruelty of the war. They all felt that they mastered the major challenges they met, like taking care of a large number of wounded soldiers simultaneously. The NNO proved itself a responsible organisation both internationally and nationally.

Conclusion: Norwegian educated nurses were competent and willing to help internationally during this catastrophe. The number of nurses travelling on behalf of the NNO was very high, compared to the total number of members. This strengthened the union for what they worked for at home at the time.

» Norske sykepleiere i første verdenskrig

Forfatter: **Jorunn Mathisen**

NØKKELORD

- Sykepleie
- Historie
- Krig

INNLEDNING

Den første verdenskrig var en verdensomfattende katastrofe. Norge deltok ikke i krigen. At Norsk Sykepleierskeforbund (NSF) sendte 24 fagutdannede sykepleiere, for å pleie sårete soldater på begge sider av konflikten, er en lite kjent historie. Saken er så å si ikke omtalt i bøker om organisasjonens historie (1,2), og den er ikke tatt med i nyere norske bøker om krigen (3). Det er derfor grunn til å løfte denne delen av sykepleieprofesjonens historie fram nå mens hundreårsmarkeringen av første verdenskrig pågår. Hensikten med artikkelen er å belyse hva norske sykepleiere fortalte om sine erfaringer på Østfronten og i London, og hva det betydde for NSF som organisasjon at medlemmer deltok i pleien av soldater.

BAKGRUNN

Krigen varte fra 1914 til 1918. Den startet som en krig mellom England, Frankrike og Russland mot Tyskland og Østerrike-Ungarn. Disse landene hadde allierte og kolonier som ble trukket inn i konflikten og gjorde den verdensomspennende. I Europa var kampene i stor grad konsentrert om to fronter – Vestfronten og Østfronten. Vestfronten gikk hovedsakelig igjennom Belgia og

Frankrike til grensen mot Sveits. Bortsett fra enkelte store slag var Vestfronten for det meste en stillingskrig med utstrakt bruk av skyttergraver. Østfronten strakte seg fra Polen i nord til Svartehavet i sør. Her var kamplinjene mer i bevegelse. I 1917 kom USA med i krigen på vestmaktens side. Det finnes ingen sikre opplysninger om antallet døde og sårete soldater. Noen kilder oppgir at minst 9 millioner soldater døde og dobbelt så mange ble såret (4), andre oppgir et langt høyere tall (3). Krigen har også blitt omtalt som verdens første moderne krig fordi ubåter, fly, tanks, granater og giftgass ble tatt i bruk. Mens sår og infeksjoner tidligere hadde vært helsemessige utfordringer ved krigføring, fikk soldatene nå i tillegg lunge- og øyeskader fra giftgasser, og kompliserte skuddskader fra bruk av granatene. Et stort antall soldater utviklet også psykiske lidelser, for eksempel granatsjokk (4,5).

Sanitetstjenesten var grovt sett organisert slik hos begge de stridførende parter: Skadete soldater fikk førstehjelpsbehandling nær fronten for så å sendes videre til et feltsykehus lenger unna kampfhandlingene. Avstanden til disse kunne variere fra få kilometer til noen mil. Var det mulig, ble soldater med krigsskader plassert i brakker atskilt fra dem som hadde smittsomme sykdommer, for eksempel tyfus (6–8). Soldater som trengte mer behandling enn det feltsykehuset kunne gi, ble overført til hjemlandet. Dette

førte til langt flere pasienter enn hva de sivile sykehusene kunne motta. I England ble utfordringen løst ved å omgjøre store fattighus (workhouses), gods, hoteller, og i noen tilfelle også private hus, til sykehus for soldatene (8). I Østerrike ble alt fra slott til straffeanstalter tatt i bruk som militærpsykehus (9).

METODE

Artikkelen er basert på analyse av tekster samlet fra søk i NSF's arkiv og 94 numre av *Tidsskriftet Sykepleien* i perioden 1912–1919. *Sykepleien* inneholder 19 tekster som direkte omhandler hjelp fra norske sykepleiere under første verdenskrig, mens protokollen fra møter i hovedstyre kun har et notat om dette. De fleste saker som NSF arbeidet med i denne periode, ble omtalt i forenings tidsskrift. Notat i *Sykepleien* er i noen tilfelle limt inn i hovedstyreprotokollen som referat for en sak (10). Derfor fortolkes artikler og notater i tidsskriftet som uttrykk for ledelsens synspunkt på saken. Troverdigheten av en slik

Hva tilfører artikkelen?

24 norske Sykepleiere pleiet sårede soldater i England og ved Østfronten under første verdenskrig. Disse erfaringene er lite omtalt og blir her løftet frem.

Mer om forfatteren:

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

forståelse styrkes av det faktum at «formanden», Bergljot Larsson (1883–1968), var redaktør for tidsskriftet.

Sykepleien inneholder oppfordringer om å melde seg til tjeneste, brev fra dem som deltok i oppdraget og deres refleksjoner etter hjemkomsten. Disse siste tekstene er personlige og innholdet antakelig selektivt. Allikevel gir de på sin måte innblikk i erfaringer og opplevelser under oppdraget. Tilsvarende tekstmateriale er benyttet i omfattende tyske og engelske studier om samme tema (6–9).

NSF's engasjement for medlemmers deltakelse i pleie av soldater tolkes ut ifra 31 tekster i *Sykepleien* 1912–1919 som direkte og indirekte belyser forholdet. Disse er hovedsakelig skrevet av vanlige medlemmer eller sentrale aktører i NSF's ledelse.

FUNN

Kildene forteller at fem norske sykepleiere reiste til Østfronten og 19 til London og om hvem som sto bak henvendelsen til NSF om hjelp til å pleie soldater. Tekstene forteller om sykepleiernes innsats og erfaringer ute, om møter med sårete soldater og hvordan deres arbeidssosiale forhold var under oppdraget. Fagpolitiske artikler, leserbrev og andre innlegg i *Sykepleien*, belyser motivene for fagforbundets engasjement i saken.

Ved Østfronten

I desember 1914 publiseres et langt brev «Til formanden i Norsk sykepleieforbund, Kristiania». Brevet var fra Agnes Karll (1868–1927), stifteren i 1903 av «Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands» (B.O.K.D – Tysk fagorganisasjon for sykepleiere). Karll skrev: «Vi ber dem altså ganske offisielt i derværende sykepleiekretser at opfordre sykepleiersker til at melde seg til pleie i Østerrike.

Den østerrikske regjering vil ta de nødvendige skritt til at søstre blir frit befordret dertil Forlanget blir 3-aarig sykehustjeneste og at man mestrer det tyske sprog» (11;126).

Fem sykepleiere reiste til Wien 13 februar 1915, korrekt antrukket i NSF's uniform og godkjent for oppgaven av lederen av NSF. I Ber-

” Det var en ubeskrivelig stank i værelser.

lin hadde de et to dagers opphold i påvente av danske kollegaer til samme oppdrag. Agnes Karll tok seg personlig av dem disse dagene. Fra Wien ble de nordiske sykepleierne fordelt mellom feltsykehus i Bielitz (nær Kraków) og i Sternberg (nordøst i Tyskland).

Et brev fra Bielitz forteller om den praktiske hverdagen. De nye pasientene kom i et stort antall når transport fra fronten var tilgjengelig. Dette var en organisering som ga flere utfordringer. Først skulle sykehuset tømmes og pasientene sendes mot Wien, så skulle det gjøres i stand til de nye pasientene. Og utfordringene fortsatte når de kom: «Vi badet og forbandt hele natten. Alle var «haardt saarede», med: Laarbensfrakturer, pfleymoner og sepsis. Det var en ubeskrivelig stank i værelser». Til Bielitz kom også syke russiske krigsfanger. Det virker som om brevsriveren føler en spesiell godhet for disse pasientene og deres situasjon: «Dog skal man sjelden høre dem klage, om skiftningene gjør temmelig vondt. Russerne er «takknemlige og fordringsløse» (12;69–70).

At forholdet mellom de norske sykepleierne og de vanlige soldatene som tilhørte den tysk/østerrikske hær også var godt, viser brevet om feiringen av 17. mai i Bielitz: «Mine patienter (på infek-

sjonsavdelingen) foreslo ivrig at jeg skulde ha fri; de som gikk oppe vilde passe de daarligere, men jeg mottok naturligvis ikke det elskverdige tilbud» (13;59).

Hvordan de arbeidssosiale forhold var i Sternberg og Bielitz, skriver sykepleierne lite om. Men at Agnes Karll og Agnes Meyer («generalbestyrerinde» for alle militære sykehus i Østerrike) jevnlig innsiperte arbeidsforholdene feltsykehusene: «De er meget elskverdige og gjør hvad de kan for os skandinaver» (12;70).

Disse to mektige damene, Karll og Meyer, viste liten begeistring for at noen av sykepleierne, etter avtalt opphold i Bielitz, ønsket seg til et arbeidssted nærmere fronten for å erfare mer. To norske og en dansk sykepleier inngikk en avtale med overlegen ved et sykehus i Lemberg (vest i Ukraina). I brev fra Lemberg (14) beskriver en av dem hvor dårlig forholdene var ved dette stedet, som ikke var under B.O.K.D.'s kontroll. Sykepleierne fikk verken de boligforhold de var blitt lovet eller arbeid i forhold til kompetanse. Her betød en adelig tittel mer enn utdanning for å få arbeide ved «operationssalen». Utdannede danske og norske sykepleierne derimot ble benyttet som assistenter ved sykesalene, og måtte underskrive på at de ikke skulle røre soldatenes forbindninger. «Vort ophold i Lemberg var kort og stormende; vi har sagt de høie herrer vor mening om hele ordningen» (14;132) Etter kontakt med Agnes Meyer ønskes de straks velkommen til et sykehus i Wien.

I løpet av krigen kom det flere oppfordringer til NSF fra Agnes Karll og Agnes Meyer om å få norske sykepleiere til Østfronten, men ingen meldte seg (15,16). De fem som reiste var der fra tre måneder til fire år. Det lengste opphold hadde Sigrid Moe. Hun døde i Tyskland i desember 1918.



Dänische und norwegische Krankenpflegerinnen auf den deutschen Kriegsschauplätzen.

Unter der Leitung der Vorsitzenden der deutschen Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands, Schwester Agnes Karll (in der Mitte des Bildes), begeben sich acht Schwestern des dänischen und fünf des norwegischen Krankenpflegerbundes auf die deutschen Kriegsschauplätze. Auf dem Bilde sehen die Däninnen links, die Norwegerinnen rechts.

Foto: Berl. Ill.-Anz.

Bildet er utlånt av Dansk Sygeplejehistorisk Museum. I midten Agnes Karll, stifter av tysk fagorganisasjon for sykepleiere, med åtte danske og fem norske sykepleiere som arbeidet sammen ved Østfronten.

«I næsten fire aar holdt hun ut det anstrengende arbeide og de vekslende forhold som feltlivet fører med sig», står det i minneordet (17;1–2).

I London

Sommeren 1915 fikk NSF en henvendelse om å sende norske sykepleiere til London. Forespørselen kom via norske helsemyndigheter, det vil si Medicinaldirektoratet (18) som tilhørte «Departementet for Sociale saker, Handel, Industri og Fiskere». Det var nordmenn i London som hadde fått helsemyndighetene til å sende denne forespørselen. Reisen, oppholdet og sykepleiernes lønn skulle de fastboende i London betale (18). Mellom august og november reiste 19 sykepleiere, som snakket engelsk og var godkjent av NSF,

til London. Selv om kollegaene på Østfronten var nærmere kampfhandling, krevdes det også mot av dem som reiste til London. Reisen dit med båt var farefull på grunn av ubåter og miner.

I London ble de norske sykepleierne fordelt på tre militærssykehus. Ett av dem var i ferd med å omgjøres, fra fattighus til sykehus for soldater, da sykepleierne ankom. En utfordring de tydeligvis tok med entusiasme, og bidro dermed til at stedet raskt kunne ta imot de første soldatene (19). For øvrig forteller de norske om hvor godt de ble mottatt, men også om praktiske problemer i hverdagen på grunn av rasjonering av mat og andre nødvendigheter (19–21). En av dem savnet også den grundige rengjøring av sykesalene som hun var vant til (21).

Pasientene hadde alvorlige infeksjonssykdommer eller kompliserte sår etter amputasjoner ved fronten. Andre soldater hadde alvorlige lungeskader eller «Shell Shock» (22). Den tilstanden gjorde inntrykk på en norsk sykepleier: «En ung gutt hadde faat et saa voldsomt nerveschock at han mistet evnen til at tale, ikke kunde gaa, i den tilstand laa han i flere uker» (19;117).

Det hendte pasienter kom nesten direkte med skip til London fra en av frontene: «Vi hadde det livlig, naar der kom konvoi; 15–20, ja optil 30 baarer kunde komme strømmende ind paa en stue paa en gang!» (21; 96). «Jeg husker særlig en ung gutt (med tyfus). Han kom fra Dardanelene. Paa skibet hadde han ikke faat den nødvendige pleie, han

var besat med lus og hadde saar over hele kroppen. Saa daarlig var han, at det faldt ham vanskelig at snakke» (20;59). I tillegg til å gi soldatene en ren seng og mat var utfordringen å få stelt dem: «... hvilket ofte var et taalmodighetsarbeide! Da var det at holde paa til langt paa nat; men ... patienterne var fornøiet, naar de laa i sine senger, varme og mette og med saarene stelt!» (21;97). Gjennom pasientenes opplevelser erfarte norske sykepleiere i London også krigens brutalitet.

At ekstreme situasjoner kan ha sine lyspunkt fortelles det også om fra London: «Han (soldaten) laa der døs og slapp og var halvt ifra sig. Fra næse og mund randt der stadig blod – han luktet forfærdelig». En av de norske sykepleierne oppdaget at det alle trodde var en koagel i nesen ved nærmere etter-syn var en igle, som hun fjernet. «Alle doktorene og søstrene kom inn for at see paa den, og om iglen er videre å fortelle at den ble sendt til det britiske museum» (20;59). Pasienten bedret seg raskt etter behandlingen og kunne utskrives fra sykehuset. Sannsynligvis ble han sendt tilbake til fronten med stor risiko for å skades på nytt. Det hadde hans medpasient erfart: «Her var en liten underlig fyr som hadde vært i krigen tre ganger, trods alt en spill levende fyr. Han var skuespiller av profession og fuld av de snurrigste indfald. Tilbake til scenen kom han nok aldri mere – om denne aldrig saa meget var hans liv. Brystet var spolert, takket være de giftige gasarter, og næsen var væk. Men hans humør hadde tyskerne ikke magtet at knække, – tilsyneladende ialfald» (20;59).

Sykepleierne forteller om hvor fornøyde de er med ledelsen og turnusplanene ved sykehusene i London. Ingen hadde nattevakt før de hadde arbeidet ved avdelingen i

flere uker og kjente både rutinene og pasientene godt. Arbeidspresset var stort. Ved siden av sårstell og andre krevende prosedyrer, hadde de ansvaret for avdelingens daglige drift, arbeidet på kjøkkenet og veiledning av elever. Elevene var for øvrig den eneste hjelp til arbeidet som sykepleierne hadde ved siden av noen rengjøringshjelpere. Det som lettet arbeidssituasjonen var den hjelpsomhet og omsorg oppgående soldater viste dem som var sykere: «Kunde de ikke barbere sig, ... fikk de hjelp av sine kammerater ... Kammeratene var meget velvillige, og det var kun, hvor det var absolut nødvendig, at en søster fik lov at hjælpe» (21; 95). Soldatene tilbød seg også alltid gjerne å hjelpe til med praktiske oppgaver for å lette sykepleiernes arbeidssituasjon. De norske sykepleierne arbeidet i London fra tre måneder til tre år, alle reiste tilbake etter fullført oppdrag.

Betydning for NSF

1. *Det var verdifullt å kunne bidra med faglig hjelp under en krigstilstand.* Dette var en holdning NSF hadde fra starten av. I *Sykepleiens* andre nummer i stiftelsesåret 1912, opplyses at tre stiftende medlemmer var reist til Beograd og ett til Istanbul for å hjelpe til med pleie av sårete soldater. Disse to land var i krig under første Balkankrig høsten 1912/våren 1913. Norske sykepleiere bidro dermed med hjelp på begge sider av konflikten «En varm søsterlig hilsen sender vi dem», sto det i *Sykepleien*, høyst sannsynlig skrevet av Larsson selv (23). Sykepleiernes brev og opplevelser fra oppdraget ble publisert og rost i tidsskriftet (24,25).

Det synes å være i denne tradisjonen; å hjelpe kollegaer med å pleie sårete uansett side i en konflikt, at medlemmer ble oppfordret til innsats i 1915. Det er ikke noe som dokumenterer at NSF gjorde

dette for å forholde seg nøytral til krigen og at det var grunnen til at begge parter fikk hjelp. NSF ønsket tydelig å bidra med hjelp til dem som ba om det. Kildene gir ikke svar på hvorfor det kun var fem som reiste til Østfronten, mens 19 reiste til London. Det kan ha skremt noen fra å melde seg til tjeneste ved Østfronten fordi de da kom nærmere krigshandlingene enn i London. En annen årsak kan ha vært kravet til gode språkkunnskaper, muligens snakket færre norske sykepleiere tysk enn engelsk.

2. *«Det er av stor betydning at vore sykepleiersker benytter sig av de utmerkede anledninger til at studere krigssykepleie».* Slik sto det i oppfordringen om å melde seg til tjeneste (18). De som reiste ut ville få en erfaring som var nyttig også for ettertiden. Sårbehandling er et godt eksempel på at Larsson fikk rett. Både sykepleierne på Østfronten og i London framhevet at de lærte nye prosedyrer for sårstell og at de fikk stor øvelse i prosedyren. Nyere forskning framhever nettopp at sårbehandling gjennomgikk store forbedringer under denne krigen, ikke minst fordi oppgaven ble delegert til faglærte sykepleiere (7). Et annet uttrykk for at NSF oppfattet erfaring fra «krigssykepleie» som viktig, er artikler i *Sykepleien* om temaet, for eksempel om behandling av «Forfrysninger blant soldatene» (26) og om forholdsregler ved «Krigstyfus» (27).

3. *Deltakelse under krigstilstanden synliggjorde NSF som et ansvarlig fagforbund.* Den første henvendelsen om hjelp kom via Agnes Karll, lederen av det eldste tyske sykepleierforbund. Henvendelse om sykepleiere til England kom gjennom et offisielt organ for helsevesenet i Norge – Medicinaldirektoratet. Begge forespørslere viser at NSF nå, bare to år etter



Norske NSF-sykepleiere som dro til London og arbeidet med sårede ved Tooting Military Hospital i London under første verdenskrig. Fra venstre: Ragnhild Klafstad, Marie Olsen, Anna Jahr, Anna Totland, Bertha Hegge, Maren Marthinsen.

stiftelsen, ble oppfattet som en seriøs organisasjon både nasjonalt og internasjonalt. At fagforbundet imøtekom henvendelsene bekreftet dette ytterligere.

4. *Medlemmenes bidrag markedsførte NSF overfor den internasjonale sykepleierorganisasjonen.* Gjennom medlemmenes hjelp til kollegaer på begge sider av konflikten styrket NSF forbindelsen med «International Council of Nurses» (ICN). Under oppholdet i London fikk en av de norske sykepleierne møte Ethel Bedford Fenwick (1857–1947) (19). Hun var sentral i stiftelsen av ICN og var organisasjonens første leder. Fra besøket forteller den norske sykepleieren at Bedford Fenwick var kjent med: «at vi her hjemme hadde dannet Norsk Sykepleierskeforbund og beundret vårt

emblem». Og at hun ville skrive om de norske søstrenes innsats i London i «The British Journal of Nursing» (19;118). Det ble riktig nok ikke noe langt innlegg, men det som sto var anerkjennende: «The Norwegian nurses have always shown themselves very sympathetic with their colleagues in this country. They are very well educated, reliable women» (28;417).

De som reiste til Østfronten, hadde jevnlig kontakt med Agnes Karll. Hun hadde ledet ICN fra 1909 til 1912. Altså var to innflytelsesrike kvinner innenfor organisasjonen godt orientert om NSF's velvilje og bidrag. Via sykepleierne som reiste ut bygget Bergljot Larsson og NSF opp allianser som kunne bli nyttige for NSF's sterke ønske om et framtidig medlemskap i ICN.

5. *Forespørselen var et bevis på berettigelsen av forbundets holdning – sykepleie skulle utøves av dem som hadde utdanning i faget.* Omtrent samtidig med henvendelsene om hjelp fra NSF's medlemmer til pleie av soldater, ble organisasjonens arbeid for en formalisert treårig sykepleierutdanningen løftet fram i det offentlige rom. Foranledningen var forslaget om å arrangere to-til-tremåneders kurs i sykepleie. En av initiativtakerne til kursene var den innflytelsesrike sjefen for Forsvarets sanitet, lege og oberst Hans Daae. Han hevdet tiltaket var viktig i tilfelle Norge også kom med i krigen (29). Selv ikke et så godt argument rokket ved NSF's standpunkt i den saken. «Samarittkursene» ble heftig debattert høsten 1914 og våren 1915. Saken endte

med et kompromiss om at kursene ikke ga kompetanse for å arbeide på sykehus (30,31). Diskusjonen skulle vise seg å bli en opptakt til kampen som NSF førte frem til 1948 for «3-årig enhetlig sykepleierske utdanning». At de som ba om hjelp fra Norge kun ba om fagutdannede sykepleiere, som var godkjente av NSF, ble oppfattet som en bekreftelse på berettigelsen av organisasjonens synspunkt i denne saken.

KONKLUSJON

Hva erfarte de norske sykepleierne under opphold på Østfronten og i London? Både på Østfronten og i London fikk de norske sykepleiere utfordrende oppgaver. Det de forteller gjennom brevene og erindringerne handler i stor grad om de samme tingene. På begge steder møtte de utfordringene med å pleie soldater med alvorlige infeksjoner,

før antibiotika var oppdaget. De erfarte alle å mestre situasjonen når et stort antall alvorlig syke soldater ankom på samme tid. Fra Østfronten fortelles det også om pleien av krigsfanger, det nevner ingen av dem som var i London. Sykepleierne erfarte også betydningen av god administrasjon, eller mangel på sådan, under ekstreme tilstander. Noe de selv ikke nevner, er betydningen av den faglige kompetansen de hadde med seg. Den kommer indirekte fram, for eksempel ved at sykepleierne ikke trodde på den munterhet og det gode humør soldaten som var skuespiller ga uttrykk for.

Medlemmenes innsats markerte NSF som en betydningsfull organisasjon både nasjonalt og internasjonalt. Organisasjonen viste seg villig til å hjelpe internasjonalt og fikk gjennom det støtte for saker de arbeidet for nasjonalt.

Norsk sykepleie hadde på 1800-tallet vært sterkt påvirket av utviklingen i Tyskland (32). Om de erfaringer norske sykepleiere gjorde under første verdenskrig bidro til den sterke orientering mot Engelsk og Amerikansk sykepleie på 1900-tallet, kan være et interessant spørsmål å løfte fram i videre forskning.

24 norske sykepleieres innsats virker ikke stor i forhold til alle de syke og skadete soldater første verdenskrig førte til. I forhold til medlemsantallet i NSF, som i 1915 var 437, var bidraget allikevel ikke lite (33). Om prosentvis like mange av organisasjonenes medlemmer høsten 2014 hadde deltatt i hjelpearbeid ved en internasjonal katastrofe, ville 5655 norske sykepleiere reist ut (34). Derfor er denne delen av sykepleiers historie i Norge verdt å løfte fram.

REFERANSER

1. Melby K. Kall og Kamp Norsk: Sykepleierforbunds historie. Norsk Sykepleierforbund og J. W. Cappelens forlag, Oslo. 1990.
2. Moseng OG. Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år, B1: Framvekst og profesjonalisering (1912–2012). Akribe, Oslo. 2012.
3. Brandal N, Brazier E, Teige O. De ukjente krigerne nordmenn i første verdenskrig. Humaniora forlag, Oslo. 2014.
4. NATO Review/online. Was World War 1 good for medicine? Tilgjengelig fra: <http://www.nato.int/docu/review/2014/war-medicine/teaser-ww1/index.htm> [Nedlastet 3.1.2015]
5. Babington A. Shell-Shock A history of the Changing Attitudes to War Neurosis. Leo Cooper, London. 1997.
6. Salm-Reifferscheidt F. Frauen in der Kriegskrankenpflege im Ersten Weltkrieg am Beispiel der Rotkreuzschwester Marianne Jarka. [Diplomarbeit]. Universität, Wien, Wien. 2010. Tilgjengelig fra: http://othes.univie.ac.at/8208/1/2010-01-13_0104971.pdf [Nedlastet 3.1.2015]
7. Hallet CE. Containing Trauma, Nursing work in the First World War. Manchester University Press, Manchester. 2009.
8. Hallet CE. Veiled Warriors Allied Nursing of the First World War. Oxford University Press, Oxford. 2014.
9. Stölzle A. Die Freiwillige Krankenpflege im ersten Weltkrieg. Die Arbeit der Schwestern und Pfleger in den Kriegslazaretten der Etappen. Medizinhist J 2012;47:176–220.
10. Norsk Sykepleierskeforbund. Forhandlingsprotokoll 1912–1924. 23 juli 1915, RA, PA1270: Aca.0001
11. Karll A. Norske sykepleiere til Østerrike? Sykepleien 1914;2:125–7.
12. Søster Sigrid. Kjære Søstre! Sykepleien 1915;3:69–70.
13. Celius S. 17de mai i Bielitz. Sykepleien 1915;3:57–9.
14. Søster Sigrid. Brev fra søster Sigrid Moe til N.S.F's landsmøte. 1915;11:131–2.
15. Uten forfatter. Vore søstre i Østerrike. Sykepleien 1915;3:25.
16. Uten forfatter. Vore søstre i Østerrike. Sykepleien 1915;4:37
17. Uten forfatter. Søster Sigrid Moe. Sykepleie n 1919;1–2:1–2.
18. Uten forfatter. Sykepleiersker til London og Wien. Sykepleien 1915;3:81.
19. Larsen H. Fra Richmond Military Hospital. Sykepleien 1916; 4:115–19
20. Torland A. Mellom syke og saarede ved et engelsk militærhospital. Sykepleien 1916; 4:58–60.
21. Grimstvedt H. Fra mit opphold ved militærhospital i London. Sykepleien 1918; 6:94–8.
22. Howorth P. The treatment of shell-shock. Psychiatr Bull 2000 24: 225–27. Tilgjengelig fra: <http://pb.rcpsych.org/content/24/6/225.full> [Nedlastet 3.1.2015]
23. Uten forfatter. Vore søstre paa krigsskueplassen. Sykepleien 1912;2:9.
24. Joys M. Fra det tyrkiske hospital Gülthane, Konstantinopel. Sykepleien 1913;3:20–4,31–2.
25. Johnsen K. Fra Krigen. Sykepleien 1913;3:38–41.
26. Parkinson P. Forfrysninger. Sykepleien 1915; 3:26–8.
27. Boral H. Krigstufus. Sykepleien 1915; 3:63–8 og 73–81.
28. Uten forfatter. Norwegian nurses. Br J Nurs 1915; LV: 417.
29. Daae H. Samarittkurser. 1914;9:81–2.
30. Daae H. Samarittkurser – kurser i hjemmets sykepleie. 1915;3:2–4.
31. Larsson B. Samarittkurser. Sykepleien 1915;3:4.
32. Mathisen J. Sykepleiehistorie ideer – mennesker – muligheter. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2006.
33. Uten forfatter. Medlemsfortegnelse. Sykepleien 1915; 10:107–12.
34. Tallene er beregnet ut fra opplysning fra Avdelingen for medlemstjenester i Norsk Sykepleierforbund oktober 2014.

Har du tatt doktorgrad?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av 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 legge inn nødvendig informasjon i **ScolarOne**, vårt nettbaserte system for innlevering av manuskripter.

Lenke til **ScolarOne** og veiledning for utforming av sammendrag av doktorgrader finner du på våre nettsider **www.sykepleien.no**.

Finn Nortvedt

Dosent, Dr Philos
Institutt for sykepleie,
Høgskolen i Oslo og Akershus

Kan smerte defineres?

> Smerte kan vanskelig underlegges definisjonsmessige krav som tilfredsstillende normen om tilslutning til en allmenn og akseptabel forståelse.

Spørsmålet jeg stiller i dette essayet kan synes underlig, ikke minst i lys av de definisjoner på smerte som er utviklet og som har status og konsensus både i forskningsmiljøene og blant klinikere. Grunnlaget for spørsmålet og de problemstillinger jeg vil adressere tar utgangspunkt i at smerte ikke kun er et empirisk fenomen, men også har en ontologisk side som er lite belyst. Slik jeg ser det, lar denne ontologiske dimensjonen seg vanskelig fange inn i definisjonsmessige termer.

EN TRUSSEL

Fra et ontologisk perspektiv er smerte knyttet til væren, og er uløselig forbundet med menneskets eksistens som et sårbart og utsatt individ. I tråd med den tyske eksistensfilosofen Martin Heidegger kan smerte forstås som en form for menneskelig væren (1). For Heidegger var smerte et mysterium som på den mest intime måte var forbundet med væren eller det han kaller *dasein*.

Fra et ontologisk utgangspunkt er smerte det som trer fram i bevisstheten som en kroppslig erfaring av å ha vondt. Smerten er ikke noe vi selv inviterer inn i våre liv; den kommer ubedt. Smerten er uunngåelig, den er ikke vår egen konstruksjon, men viser seg kroppslig og er udiskutabelt til stede. Vi er aldri i tvil om det når vi kjenner smerte. Vi vet hva det er med en gang og mobiliserer umiddelbart våre krefter for å motarbeide og fjerne den som den trusselen den utgjør i våre liv. Smerte følger oss gjennom hele livsløpet fra før fødsel til død. Den verner og varsler om skade og sykdom. Dette er smertens funksjonelle aspekt og er den akutte smertens kjennetegn. Men smerte har også en annen side; den er dysfunksjonell når den blir kronisk. Som kronisk og vedvarende er smerte en trussel mot menneskelig liv og eksistens.

Det at smerte er universelt og knyttet til vår «væren-i-

verden» er et viktig kjennetegn som smerte har til felles med et annet ontologisk grunntrekk ved det å være menneske: Det at vi er dødelige. Det udiskutable faktum at dette livet en gang skal avsluttes på et tidspunkt, et sted og på en måte vi ikke kan forutse. Akkurat det er ute av våre hender og unndrar seg kontroll og beslutning, akkurat som smerte når den rammer oss som et lyn fra klar himmel, eller som når den kommer gradvis og sakte, men sikkert overtar kontrollen over våre liv.

SMERTEFORSKNING

Selv om smerte dermed er et fenomen som berører vesentlige sider ved vår eksistens, så er likevel hoveddelen av internasjonal smerteforskning ensidig biomedisinsk orientert. Utgangspunktet er empirisk. Det dreier seg om å få mer kunnskap om de molekylærbiologiske og nevrofysiologiske prosessene som oppfanger og leder nocisptive



Smerten er ikke noe vi selv inviterer inn i våre liv; den kommer ubedt.

impulser fra skadested og til hjernen. Nocisepsjon innebærer aktivitet og transport av nevrofysiologisk informasjon via nociseptive nervebaner. Denne informasjonen *kan* omdannes til en bevisst smerteerfaring etter en videre fortolkning og bearbeiding i hjernen. Jeg understreker *kan* fordi vi vet at det ikke er noen nødvendig og absolutt årsakssammenheng mellom vevsskade, og dermed aktivisering i det nociseptive systemet, og opplevelsen av smerte. Smerte kan erfares uavhengig av nocisepsjon, og nociseptiv aktivitet gir ikke nødvendigvis smerte.

Den biomedisinske orienterte smerteforskningen har dermed sitt hovedfokus rettet mot å utvikle kunnskap om de nociseptive prosessene i nervesystemet, inkludert hva som skjer hvor i hjernen når de nociseptive impulsene når fram til og bearbeides i basale hjernestrukturer. Resultater fra MRI- og PET-skanninger av hjernen peker mot at det ikke er et enkelt nettverk, men flere regioner i hjernen som er involvert i å bearbeide denne nociseptive informasjonen. Det involverer både somatosensorisk hjernebark, limbiske strukturer og prefrontal hjernebark som mottar parallell informasjon fra multiple nociseptive baner (2).

Og likevel, selv om vi vet mye

om de nociseptive prosessene som utgjør en viktig betingelse for smerteopplevelse, så vet vi ikke hvordan biologisk informasjon brutt ned på molekylærnivå og elektriske impulser kan føre til bevissthet. Til det å erfare smerte som smertefullhet, til det å erfare bevisst at noe gjør vondt. Her står vi fremdeles overfor et forklaringsgap som engasjerer forskere på et bredt plan fra naturvitere til filosofer.

ULIKE DEFINISJONER

At smerte er subjektivt er en kjensgjerning og noe som det

smerte faktisk motsier seg å bli definert: «Pain defies definition». (3, s. 14). Hun begrunner imidlertid ikke dette standpunktet nærmere.

McCaffery vektlegger at det formidles en bestemt holdning som dreier seg om at vi må tro på pasienten når han sier at han har vondt. McCaffery presiserer også i sin utlegning av «definisjonen» at den er ment å innbefatte også de nonverbale signalene pasienten formidler når han har vondt. Både hva han sier og hva han gjør må tas med i betraktning og fortolkes av syke-



Smerte er således aldri verken psykisk eller fysisk, men alltid en totalopplevelse.

synes å være allmenn konsensus om innenfor både forskning og klinikk. Et av de klareste utsagnene når det gjelder synet på subjektivitet og smerte er formulert av den amerikanske kreftsykepleieren Margo McCaffery. Allerede i 1968 presenterte hun en operasjonell definisjon på smerte som lyder: «Pain is whatever the experiencing person says it, existing whenever he says it does.» (3, s. 14). McCaffery framhever at dette er en operasjonell definisjon og ikke en definisjon i streng forstand. Dette begrunner hun med at

pleieren. Dette er en uhyre viktig presisering fordi den åpner for å innbefatte pasienter som av ulike grunner mangler evne til språklig formidling av sin smerte. Det kan være nyfødte, demente og bevisstløse pasienter.

De siste årene har det blitt utviklet en rekke smertekartleggingsverktøy som også vektlegger observasjon av smerteatferd. Det gjelder spesielt innenfor sykepleien til nyfødte så vel som i pleien av demente. En smertedefinisjon som inkorporerer dette perspektivet og som kan sees på som en nødvendig utvidelse og

” Smerte har en psykologisk så vel som en fysiologisk, kulturell og eksistensiell side.

presisering av McCafferys definisjon er lansert av Kaasalainen: «Pain is an unpleasant subjective experience that can be communicated to others through self-report when possible, or through a set of pain-related behaviors» (5, s. 7).

ALLTID SUBJEKTIV

Den rådende definisjonen av smerte, som har allmenn tilslutning i forskningsmiljøene og blant

regel må erkjenne at smerten har en direkte fysisk årsak.

Som vi ser av kommentaren til definisjonen, trekkes det nødvendige skillet mellom nocisepsjon og smerte som de hevder er en psykologisk tilstand. Det er imidlertid underlig at kommentaren så sterkt og ensidig vektlegger at smerte som de sier «alltid er en psykologisk tilstand.» Dermed kan det synes

sjon, og det presiseres at smerte ikke er et stimulus. Det eksisterer ingen «smertereseptorer» i nervesystemet eller «smertebaner» i hjernen. Det framheves at erfaringen av smerte er sluttproduktet eller resultatet av prosesser i et komplisert informasjonsledende nettverk. Det framkommer ikke hvor dette nettverket er lokalisert eller hva det består av, men det er nærliggende å anta at forfatterne her sikter til cerebrale – nettverk. Artikkelforfatterne er sentrale og anerkjente smerteforskere med basis i nevrovitenskap, anesthesiologi og patofysiologi. Et annet viktig spørsmål som blir stående åpent og uavklart er hva som ligger i det at smerte betraktes som en kompleks persepsjon. Hva slags persepsjon er det snakk om? Er det å betrakte som en biologisk prosess og hvor opphavsstedet for selve persepsjonsprosessen er knyttet til hjernestrukturer? Smerte vil dermed forstås som en bevisst og perceptuell erfaring hvor nociseptiv informasjon omdannes til smerteopplevelse. Dette er også i tråd med den vektlegging av nevrofysiologiske prosesser som for øvrig er dominerende i den omtalte artikkelen (6).

Men følgende spørsmål må stilles: Er disse prosessene i hjernen isolerte prosesser? Og

” Smerte er en kompleks persepsjon betinget av personens eksistens i verden.

klinikere, er IASP's definisjon fra 1994: «An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage».

IASP framhever i en utdypende note noen viktige presiseringer til definisjonen. Det framheves at selv om evnen til å formidle smerte via språk er borte, opphever ikke dette muligheten for at personen opplever smerte og har behov for smertelindring. Det framheves også at smerte alltid er subjektivt. Videre presiseres det at smerte ikke er et stimulus, og at aktivitet som er framkalt i nociseptorer og i nociseptive baner ikke er smerte. I tillegg hevdes det at smerte alltid er en psykologisk tilstand selv om man som

som om det menes at smerte først og fremst er «psykisk» eller psykologisk, noe det ikke er grunnlag for å hevde. Smerte har en psykologisk så vel som en fysiologisk, kulturell og eksistensiell side. At disse dimensjonene varierer i sin dominans og styrke avhengig av den aktuelle kontekst og den konkrete smertens karakter, ville vært en mer korrekt påpekning. Smerte er således aldri verken psykisk eller fysisk, men alltid en totalopplevelse som involverer både eksistensielle så vel som fysiologiske og psykologiske aspekter.

KOMPLEKS PERSEPSJON

En fjerde definisjon som er presentert av Basbaum mfl. (6) ser smerte som en kompleks persep-

hva er dette nettverket og hvor er forbindelsen til det kroppslige? Hjernene er jo ikke isolert fra resten av kroppen, og det er som levende kropper vi erfarer smerte! Her kan den franske fenomenologen og filosofen Maurice Merleau-Ponty (7) gi oss en annen forståelse. Han utviklet en filosofi om kroppens rolle i persepsjonen. Han påpeker at det ikke er mine øyne som ser, eller mine ører som hører, heller ikke er det min hjerne som tenker. Snarere er det slik at jeg er min kropp, og det er som kroppslig subjekt jeg ser, hører, tenker og opplever smerte (8).

Denne smerten erfares av en person som befinner seg innenfor en horisont av kultur og mening. Dette former og preger personens erfaring av verden samtidig som verden også alltid preger smerteerfaringen i en gjensidig dialektikk. Det er kroppen som gir oss tilgang til verden, og som også er grunnlaget for erkjennelse og språk. Det at mennesket er et fortolkende og kroppslig erfarende subjekt, er et viktig utgangspunkt når vi skal forstå og hjelpe personer som har smerte

KONKLUSJON

Språkforskeren Elaine Scarry har i sitt klassiske verk *The body in Pain* (9) studert smerte

hos personer som opplever tortur og krig. Hun framhever at smerte når den er på sitt mest intense unndrar seg språklige beskrivelser, og hun hevder at: «It is the intense pain that destroys a person's self and world, a destruction experienced spatially as either the contraction of the universe down to the immediate vicinity of the body or as the body swelling to fill the entire universe» (9, s. 35).

Scarry forteller om en smerte som er så voldsom og altopplukkende i sin karakter at den ødelegger personen og personens forhold til verden, og dermed destruerer den også språket og evnen til språklig formidling av smerten. En smerte som unndrar seg språklig formidling kan vanskelig la seg definere hvis vi forstår en definisjon som det som i få setninger forklarer og avgrenser et betydningsinnhold i ord, uttrykk eller begrep så nøyaktig som mulig. En slik definisjon skal også, dersom den har noen hensikt, fungere slik at alle som leser eller hører ordet smerte skal få en sammenfallende oppfatning av hva smerte er og ikke er.

Smerte er som vist en kroppslig og individuell erfaring av å ha «vondt», og denne erfaringen kan ikke reduseres til å være et sluttresultat av en nevrofy-

siologisk prosess. Smerte er en kompleks persepsjon betinget av personens eksistens i verden som et sansende og kroppslig subjekt, og som uttrykker seg ulikt og med stor variasjon fra individ til individ.

Min konklusjon er derfor at smerte vanskelig kan underlegges definisjonsmessige krav som tilfredsstillende normen om tilslutning til en allmenn og akseptabel forståelse, uttrykt i en setning som forklarer betydningsinnholdet til fenomenet.

REFERANSER

1. Heidegger M. *The Question of Being*. Oversatt av William Kluback og Jean T. Wilde. New York: Twayne Publishers. 1958
2. Apkarian AV, Bushnell MC, Treede RD et al. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *EUR J Pain* 2005;9:463-84.
3. McCaffery, M. *Nursing the patient in pain*. London, New York. Harper & Row Publishers; 1984
4. Kaasalainen, S. Pain assessment in older adults with dementia: using behavioral Observation methods in clinical practice. *Geontol Nursing* June 2007; 33:6-10. Review. 2007.
5. Basbaum, A. Bushnell, C. Devor, D. Pain; Basic mechanisms. I: *Pain* 2008, An updated review, refresher course syllabus. Seattle, USA: IASP Press, P 3-9.
7. Merleau-Ponty, M. *Phenomenology of perception*. Routledge & kKegan Paul. Great Britain. 1962/2000
8. Olivier A. The problem of defining pain. *Philosophy today*. 2008; P 3-14.
9. Scarry, E. *The body in pain*. Oxford University Press. Oxford. 1985.



VILLA MED LAV TERSKEL

› Villa Fredrikke er et lavterskeltilbud rettet mot personer med tidlig demens. Forskning viser at det fungerer.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Erik M. Sundt**

– Velkommen, ønsker vernepleier og teamleder Camilla Dragseth Berg idet døren til Villa Fredrikke åpnes på vidt gap. En staselig murvilla fra 1800-tallet i det engelske kvarter, et steinkast fra Drammens sykehus. Kort tid etter sitter vi i en hjemmekoselig stue sammen med tre av husets fire ansatte: Dragseth, Beate Magerholm som er religionsviter og sykepleier Kari Merete Krogh.

VILLA FREDRIKKE

Villa Fredrikke er et aktivitetstilbud til hjemmeboende mennesker med demens. Tilbudet er gratis og åpent fire dager i uka, fra ti til to, men gjestene betaler for lunsj, saft, kaffe og kaker.

– Villa Fredrikke er et fantastisk tilbud. Vi ser tydelig gjestenes glede ved å være her, sier Magerholm. Hun har vært ansatt ved Villa Fredrikke siden oppstarten for fem år siden.

Alle som bor i Drammen kommune kan benytte tilbudet. Ingen diagnose trengs, heller ingen søknad om plass. Man kan komme uforpliktende innom et par ganger, men i tråd med helsepersonelloven må de som ønsker å bli faste gjester i Villa Fredrikke registreres og dokumenteres.

AKTIVITETER

Gjestene kan komme og gå når de vil, det kreves ingen påmelding, med mindre det står tur på programmet. Turene går til steder og severdigheter i nærområdet. Hvis de ønsker det kan de pårørende delta på arrangementer og turer. Og de får tilbud om samtaler.

– Vi skal kunne gi en samtale der og da, når pårørende har behov for det, sier Dragseth Berg.

– Vi henter ingen, tilbudet er forbeholdt gjester som kan komme av seg selv eller bli fulgt av pårørende.

– Gjестene må kunne orientere seg og selv ivareta sine basale behov, sier Krogh.

FRIVILLIGE

Foruten de ansatte ved Villa Fredrikke er 19 frivillige fast tilknyttet tilbudet. Damer i pensjonsalder, de fleste tidligere helsearbeidere.

Det voksende antallet eldre i Norge vil medføre at eldreomsorgen i større grad enn i dag blir avhengig av frivillig innsats, skriver Ulrika Söderhamn, professor ved Senter for omsorgsforskning Sør, Universitetet i Agder, og førsteforfatter av tre forskningsartikler om Villa Fredrikke

Ni frivillige deltok i undersøkelsen. Alle var kvinner. De fleste tidligere helsearbeidere eller med pårøndererfaring. De ble oppfordret til å snakke fritt om sine erfaringer som frivillige med utgangspunkt i både positive og negative opplevelser. Samtlige opplevde at å være frivillig ga dem følelsen av å være til nytte gjennom å gjøre en god jobb. De erfarte samspillet med helsepersonell som viktig og ble motivert av å delta i planleggingen av aktivitetene. De



> **TRIVSEL:** De ansatte er enige om at Villa Fredrikke er et god sted å være for gjester, frivillige og dem selv. F.v: Kari Merete Krogh, Kari Osnes, leder i Drammen Sanitesforening, Beate Magerholm og Camilla Dragseth Berg.

var opptatt av å lære, men også avhengige av støtte og positive tilbakemeldinger fra de ansatte.

– *Er dere avhengige av innsatsen til de frivillige?*

– Nei, de frivillige er et stort pluss for det sosiale miljøet, men vi er ikke avhengige av hjelpen de gir oss, understreker Magerholm.

– Det faglige tilbudet hadde fortsatt vært det samme, men Villa Fredrikke hadde ikke vært det levende huset det er i dag uten alle de frivillige og deres personligheter og livserfaringer.

PÅRØRENDE

Det er en kjent sak at det er en tung byrde for pårørende å oppleve at en av deres nærmeste får demens, særlig i den tidlige fasen av sykdommen, skriver Söderhamn. Artikkelen om pårørendes erfaringer med at deres partner eller foreldre deltar i lavterskeltilbudet, er basert på fokusgruppeintervjuer med ti pårørende til hjemmeboende personer i tidlig demens fase. De pårørende opplevde tilbudet som et

sted der de fikk råd, hjelp og avlastning. Mange mente også tilbudet hadde positiv effekt på personene med demens; de fikk nye venner og ble mer opptatt av å stelle seg og ta vare på utseendet sitt.

Villa Fredrikke er et tilbud til hele familien.

Onsdag er pårørendedag i Villa Fredrikke. I tillegg arrangeres det pårørendeskole én gang i året. Her får de pårørende blant annet lære om demenssykdom, økonomi, rettigheter, sorg og tap. Pårørende har ingen forpliktelser i Villa Fredrikke.

– Flere av de pårørende gir uttrykk for at de ikke vet hva de

BRUKER HUMOR

Humor er en viktig del av samværet i Villa Fredrikke.

– En gjest sa forleden at «jeg glemmer så fort, men på en måte er det jo bra, for da blir det aldri kjedelig å dra på tur, selv om vi drar til de samme stedene», ler Krogh.

At Villa Fredrikke er et godt sted å være bekreftes av Söderhamns artikkel om brukerne, en intervjustudie med åtte av gjestene med diagnosen demens i tidlig fase. Tilbudet gjorde at de følte seg mer aktive og som en del av et fellesskap med ansatte og frivillige. For å lykkes med et lavterskeltilbud til mennesker med

” De frivillige er et stort pluss for det sosiale miljøet.

skulle gjort uten Villa Fredrikke. Det er lettere for ektefelle som er i jobb når de vet at ektefellen med demens har et meningsfylt aktivitetstilbud å gå til, forteller Dragseth Berg.

demens i tidlig fase er det viktig at sykepleierne greier å sette i gang meningsfulle aktiviteter og skape et miljø der brukerne føler seg respektert og verdsatt, konkluderer Söderhamn.

– VI MÅ LYTTE TIL BARN

› Barn i sykehus trenger å bli sett både som sårbare og handlingskompetente, og at begge deler blir tatt hensyn til.

Else Mari Ruberg Ekra

f. 1956

Førsteamanuensis

Arbeidssted: Institutt for helse- og sykepleievitenskap, UiA

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Jonny Nordhus/UiA

Barns erfaringer med å være innlagt i sykehus før og nå, er tema for Else Mari Ruberg Ekras doktorgradsavhandling. Hun disputerte nylig ved institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

BARNES VILKÅR

– Målet med avhandlingen var å bidra til kunnskap om og forståelse for omgivelsenes betydning for hvordan barn med nyoppda-

voksenstudie om erfaringer med å være barn i sykehus mellom 1950–1980, og en delstudie om endringer og konstanter i barns erfaringer over tid.

– Jeg har sett på hvordan synet på barn har endret seg fra 1950-tallet og frem til i dag, noe som har hatt betydning for barns vilkår i sykehus, forteller Ekra.

MER TILRETTELAGT

De første retningslinjene for barn på sykehus i Norge, utkom først i 1979. Disse medførte at tilbudet ble mer tilrettelagt for

1989 og ved lover og forskrifter innen helsesektoren.

– Selv om vi i dag er opptatt av å vektlegge barns meninger, er det likevel få studier der barn er intervjuet om hvordan de erfarer sykdom og sykehusinnleggelse, forteller Ekra.

– *Hva er de største forskjellene ved å være innlagt i sykehus før og nå?*

– Den største forandringen er at foreldrene nå bor på sykehuset sammen med barna og at omgivelsene i større grad er tilrettelagt for barn.

Tidligere ble mange barn innlagt i avdelinger sammen med voksne, og først på slutten av 1970-tallet fikk barna ha foreldrene hos seg under sykehusoppholdet.

HJEMLENGSEL

Ekra gjennomførte dybdeintervju med tolv menn og kvinner

” Barns perspektiv kan gjenspeiles også i innredningen.

get diabetes erfarer å legges inn på sykehus, sier hun.

Avhandlingen består av tre delstudier: En barnestudie, om å være barn i sykehus i dag, en

barn, for eksempel med leker og undervisning. I dag har barn rett til deltakelse i saker som angår dem. Barns rettigheter er styrket gjennom FNs barnekonvensjon i



► **Barns perspektiv:** Else Mari Ruberg Ekra har forsket på barns erfaringer fra sykehus før og nå.

innlagt i sykehus som barn med nyoppdaget diabetes.

– De erfarte å bli forlatt blant fremmede i ukjente omgivelser, og ettersom sykehus var lite tilrettelagt for barn, opplevde mange hjemlengsel og kjedsomhet, forteller hun.

– Samtidig opplevde flere at de ble tatt vare på av de andre pasientene. Særlig av voksne damer, som spilte spill og pratet med dem. Noen hadde også positive minner om sykepleiere som lot dem delta i daglige gjøremål.

BARNES PERSPEKTIV

Ni barn mellom seks og tolv år med nyoppdaget diabetes, var inkludert i studien hvor Ekra benyttet deltakende observasjon, intervju og bilder. Hun lot barna ta bilder med et engangskamera av steder eller ting som hadde gjort inntrykk

på dem, på godt eller vondt, under innleggelsen.

– Å bruke ulike hjelpemidler førte til økt engasjement, og bidro til at barna lettere kunne dele erfaringene sine, forteller hun.

Også i dag opplever barn sykehuset som nytt og frem-

” Diabetes er en tøff sykdom å få.

med. Men med tilrettelegging og foreldrenes tilstedeværelse gjør omgivelsene gjenkjennbare. I tillegg blir barna inkludert og får tidlig opplæring i egen behandling.

– Barns perspektiv kan gjen speiles også i innredningen gjennom fargevalg, stoffer, høyden på skranken i resepsjonen og kunsten på veggene.

Studien viser at barn både før

og nå ønsket å være involvert i sykdom og behandling, samtidig som de ønsker å dele ansvaret med, eller overlate det til voksne.

HELHETLIG INNSIKT

– Selv om medisinsk-teknisk utstyr og diett har endret seg mye, er diabetes en tøff sykdom å få. Det å leve med sykdommen beskrives som krevende i både barne- og voksenstudien, sier Ekra.

– Jeg mener at en livsverdens-fenomenologisk tilnærming har bidradd til en dypere og mer helhetlig innsikt, fordi barnas omgivelser, kropp og sykdom blir sett som en enhet.

Ekra mener det er viktig at helsepersonell tar barns stemme på alvor og lytter til deres erfaringer. For at barn skal føle seg møtt i sykehus, må helsepersonell ta hensyn til barnas sårbarhet og handlingsevne.

BRUKERMEDVIRKNING I SYKEPLEIE

Spørsmålet er ikke om pasienter skal medvirke, det er heller hvilken form en slik medvirkning skal ha og hvordan den skal gjennomføres.

Tekst: Gro Jamtvedt og Monica Wammen Nortvedt

Brukermedvirkning innebærer at «de som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud» (1). Brukermedvirkning, som er lovpålagt på en rekke nivåer i helsetjenesten (2), får økende oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt.

> UNIK KUNNSKAP

Pasienter inviteres til å bidra på systemnivå ved utforming av tjenester, i prioritering og i kvalitetsforbedringsarbeid. På systemnivå representerer pasienter pasientperspektivet og bidrar med unik kunnskap og erfaringer som ellers i mange tilfeller ikke ville bli hørt eller sett. Det er derfor viktige endringer på gang med forventninger om medvirkning fra mange kanter. I Norge blir brukere invitert inn i styringsgrupper, råd og utvalg, for eksempel i styring og utvikling av sykehusene. Pasienterfaringer benyttes i økende grad til å forbedre helsetjenester, og de er naturlige bidragsytere i arbeidsgrupper som utformer nasjonale faglige retningslinjer (3). På mange måter kan vi si at brukermedvirkning bidrar til en sunn og bærekraftig helsepolitikk (4).

> PÅVIRKNINGSMULIGHET

Mer enn noen ganger tidligere gir helsemyndigheter og politikere tydelige signaler om at pasienter på individnivå skal få mer innflytelse og gis muligheter til å påvirke egne helsebeslutninger. Både pasienter og pårørende skal bli invitert til å bidra i beslutninger om egen helse, og prinsippet «Ingen beslutning om meg uten med meg» skal gjennomføre behandlingsvalg. Medvirkning i individuelle helsebeslutninger blir ofte omtalt som «shared decision making» (SDM), på norsk «samvalg eller

veiledet valg» (5). Vi har valgt å bruke forkortelsen SDM videre i denne artikkelen. Helsemyndighetene i Storbritannia bruker denne definisjonen av SDM: «a collaborative process that allows patients and their providers to make health care decisions together, taking into account the best scientific evidence available, as well as the patient's values and preferences» (6).

> MER INNFLYTELSE

Det er en klar tendens til at vi som pasienter ønsker mer innflytelse. En systematisk oversikt viser for eksempel at fra 2000 og frem til 2012 har andelen som ønsker SDM øket fra 50 prosent til over 70 prosent (7). Sannsynligvis varierer dette mellom ulike diagnoser og aldersgrupper. Fremdeles er det mange pasienter som ikke ønsker å medvirke og det er et antall situasjoner hvor SDM ikke er aktuelt. For eksempel vil noen ha forventninger om at beslutninger skal tas av legen eller sykepleieren og heller ikke ønsker å involveres. På samme måte vil SDM ofte være uaktuelt i akutte situasjoner. En svensk undersøkelse fra 2006 konkluderte faktisk med at sykepleierne overestimerte pasientenes vilje til medvirkning (8). Ikke overraskende fant de at yngre pasienter og de med høyere utdanning ønsket mer medvirkning, men ingen forskjell når det gjaldt kjønn (8). Mange mener at involvering er spesielt viktig i arbeid med personer som har kroniske sykdommer eller multimorbiditet (9), samt når man står overfor ulike handlingsvalg innen kreft og omsorg ved livets slutt.

> FORHOLDET MELLOM SDM OG KBP

Vi har tidligere definert kunnskapsbasert praksis som å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen (10). Vi bruker ofte en modell for å



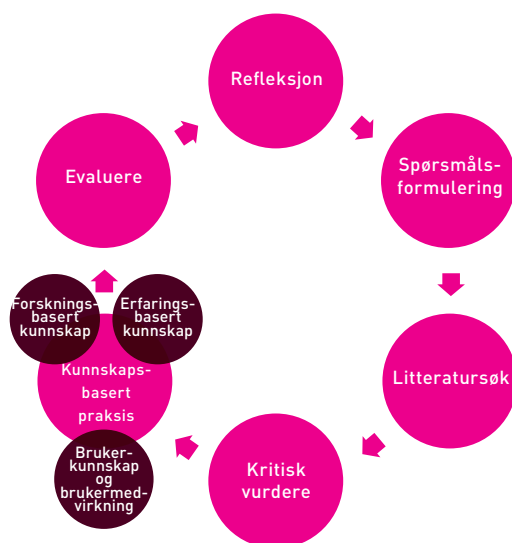
illustrere dette og har også visualisert prosessen i en sekstrinns sirkel (10). Sammenhengen mellom modellen og sirkelen har blitt etterspurt av mange, og figur 1 illustrerer denne sammenhengen. De første fire trinnene handler om forskningsbasert kunnskap, mens man i trinn 5, anvendelse, integrerer erfaringsbasert kunnskap og brukerpreferanser. Kolleger har også ønsket en utdyping av begrepene brukerkunnskap og erfaringsbasert kunnskap i modellen. Det har vært en berettiget forespørsel fordi opplæring i kunnskapsbasert praksis legger mest vekt på den forskningsbaserte kunnskapen, det vil si de fire første trinnene i sirkelen. I trinn 5 skal fagpersonen ta inn klinisk ekspertise og pasientens preferanser i beslutningsprosessen. Her kommer SDM inn og viser tydelig sammenhengen mellom SDM og KBP, se figur 1. Begge deler forutsetter at helseinformasjon er tilgjengelig og forståelig, både for pasienter og for helsepersonell. Dette er dessverre ikke alltid tilfellet.

> SEKS FAKTORER

I en artikkel om SDM for pasienter med kroniske tilstander foreslår nederlandske kolleger seks forhold som påvirker graden av SDM (9). Vi vil hevde at disse forholdene også har relevans for andre typer tilstander. Graden av SDM handler for det første om dokumentasjonsgrunnlaget for anbefalingen eller handlingen. Jo svakere forskningsgrunnlag for effekt av en handling eller rådgivning, desto viktigere er SDM. For det andre bør det være alternativer til stede før man inviterer til medbestemmelse, og alternativene bør være ganske like med hensyn til kunnskapsgrunnlaget. Det «å vente og se», det vil si ingen behandling som alternativ må tas med. Dersom det er dokumenterte bivirkninger, uheldige konsekvenser eller belastninger som resultat av handlingen er det også viktigere å invitere til medvirkning. Det samme gjelder tiltak som medfører

stor innvirkning på livsstil og levevaner, for eksempel at tiltaket medfører at pasientene ikke lenger kan gjøre ting som de synes er viktig. I den grad vi vet eller forventer at pasienter vurderer fordeler og ulemper ulikt, for eksempel på grunn av ulikt verdisyn eller holdninger, er også SDM mer relevant. Til sist løfter forfatterne frem at forhold knyttet til ressurser må tas med i vurderingene.

I den enkelte situasjon må disse seks foreslåtte forholdene sees i sammenheng. Noe kan trekke i retning av større grad av SDM og noe i motsatt retning. Generelt er graden av SDM lavere når kvaliteten av forskning er høy, når det kun er én mulig behandling, når det ikke er kjente store uheldige konsekvenser, når tiltaket har liten betydning for pasientens livsstil, når det er dokumentasjon som tilsier at pasienter



Figur 1.

generelt velger samme tiltaket og når tiltaket er forbundet med lite ressursbruk. Men slike situasjoner forekommer sjelden innenfor sykepleie.

› FORSKNINGSBASERT KUNNSKAP

Tilgang på god forskningsbasert kunnskap og holdninger, samt kompetanse i å benytte slik informasjon, er avgjørende både for kunnskapsbasert praksis og for SDM. Pålitelig informasjon finner vi blant annet i kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer som gir anbefalinger for praksis. Slike retningslinjer og prosedyrer bør bygge på systematiske oversikter over effekt av tiltak. Helsebiblioteket gir helsepersonell lettere tilgang til god kunnskap og pasienter er i økende grad i stand til å finne kunnskap selv. Men tilgang til gode informasjonskilder er ikke nok for å utøve kunnskapsbasert praksis og SDM. En slik praksis krever sykepleiere som har holdninger og ferdigheter til å invitere pasienter til dialog. En forutsetning er også at de selv kan vurdere og ikke minst formidle informasjon fra forskning. Det er ingen lett oppgave, og frem til nå har helsepersonell fått lite trening i slik kommunikasjon gjennom grunnutdanningene. Det er utviklet flere modeller og rammeverk til hjelp for å gjennomføre slike prosesser (11,12). I økende grad utvikles nyttige diagnosespesifikke beslutningsstøtteverktøy som viser seg nyttige for pasienter (13). I Norge har Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning (SPS) ved Universitetet i Oslo utviklet mange innovative verktøy som i større grad setter pasienter i stand til å ta del i SDM. Arbeidet ved dette senteret har bidratt stort til kunnskapsgrunnlag for slike verktøy.

› SYKEPLEIERNE SENTRALE

Målet om kunnskapsbasert praksis og SDM forutsetter en dreining fra paternalisme til autonomi i helsetjenesten, fra at helsepersonell beslutter til

at pasientene blir invitert til medbestemmelse. For at helsetjenesten skal lykkes med dette er sykepleierne helt sentrale.

Sykepleierne er den største helseprofesjon i Norge og har flest pasientmøter. Det å utøve sykepleie har alltid handlet om å ta utgangspunkt i pasientenes behov. Sykepleiere gir råd og setter i verk mange tiltak som får stor betydning for menneskers daglige liv og helse. Dette er et godt utgangspunkt for SDM. Sykepleiere har også etter hvert opparbeidet seg god kompetanse i kunnskapsbasert praksis, blant annet gjennom tydelige prioriteringer fra Norsk Sykepleierforbund og satsing på dette i grunn-, etter- og videreutdanninger. Selv om det er en betydelig økning i god sykepleieforskning er det fortsatt mange av våre råd og tiltak som ikke har godt kunnskapsgrunnlag fra forskning. Det betyr at SDM er enda mer aktuelt. Som faggruppe har sykepleiere en sentral rolle for samhandling med kronisk syke og eldre, et område som særlig egner seg for SDM.

› SDM I SYKEPLEIE

Vi har ikke funnet mye forskningsbasert kunnskap om SDM i sykepleie. Kolleger i Finland viser i en fersk studie gjennomført blant omkring 170 geriatriske sykepleiere at de i liten grad etterspurte og brukte pasientens preferanser og at de synes SDM var vanskelig (14). I en studie fra UK undersøkte man hvordan sykepleiere brukte SDM ved valg av inhalasjonsutstyr for pasienter med astma (15). Selv om sykepleierne hadde positive holdninger til SDM ble det i liten grad gjennomført slik man studerte det i denne studien.

OPTION er et skjema for å vurdere grad av SDM mellom pasient og helsepersonell i forskning. Skjemaet skårer tolv ulike atferder via observasjon og kan gi maksimum 100 poeng. I en systematisk oversikt over 33 studier som alle hadde benyttet OPTION-instrumentet, fant man lav grad av pasient-

medvirkning på tvers av studiene, gjennomsnittlig skår var 23 (SD=14) (16). Oversikten inneholder ingen studier gjennomført på sykepleiere alene.

> AVSLUTNING

Brukermedvirkning og SDM skal prioriteres og utvikles i helsetjenesten. Helsemyndighetene er opptatt av å skape pasientenes helsetjeneste med pasienten i sentrum, og her kan sykepleiere i Norge stake ut veien og være i front. Spørsmålet er ikke

om pasienter skal medvirke, det er heller hvilken form en slik medvirkning skal ha og hvordan den skal gjennomføres. Her famler vi oss fremdeles frem, men både forskningsfeltet, utdanning og praksis tar nå dette på alvor. Vi mener at kompetanse i kunnskapsbasert praksis, som vi har fremmet i mange år, er et godt verktøy og utgangspunkt for SDM. Kunnskapsbasert praksis trenger SDM, og SDM trenger kunnskapsbasert praksis. Pasientene trenger begge deler (17).

REFERANSER

1. Kommunal- og regionaldepartementet. Brukermedvirkning. 27.10.2009. Tilgjengelig på <http://www.regjeringen.no> (Lastet ned 03.05.2013).
2. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven), 1999.
3. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Helsedirektoratet 2012.
4. Austvoll-Dahlgren A. Pasientmedvirkning – hvorfor? Tidsskr Nor Legeforen 2013;133:1726–8.
5. Nylenna M. Samvalg – kun et par minutter ekstra. Blogg i Dagens Medisin, 7. mai 2014.
6. <http://sdm.rightcare.nhs.uk/>
7. Chewning B (1), Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. Patient Educ Couns. 2012;86: 9–18.
8. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. J Clin Nurs. 2006;15:1498–508.
9. Frieren-Storms JH, Bours GJ, van der Weijden T, Beurskens AJ. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. Int J Nurs Stud. 2015;52:93–402.
10. Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholdt B, Nordheim L, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, 2012.
11. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd

- A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012;27:1361–7.
12. Zoffmann V, Harder I, Kirkevold M.A. person-centered communication and reflection model: sharing decision-making in chronic care. Qual Health Res. 2008;18:670–85.
13. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JHC. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD001431.
14. Eloranta S, Arve S, Isoaho H, Aro I, Kalam-Salminen L, Routasalod P. Finnish nurses' perceptions of care of older patients. Int J Nurs Pract. 2014;20:204–11.
15. Upton J, Fletcher M, Madoc-Sutton H, Sheikh A, Caress AL, Walker S. Shared decision making or paternalism in nursing consultations? A qualitative study of primary care asthma nurses' views on sharing decisions with patients regarding inhaler device selection. Health Expect. 2011;14:374–82.
16. Couët N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S, Elwyn G, Légaré F. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. Health Expect. 2013 Mar 4.
17. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. JAMA. 2014;312:1295–6.

ADMINISTRERING AV LEGEMIDLER

På det offentlige nettstedet Helsebiblioteket.no finner du flere verktøy som kan hjelpe deg ved administrering av legemidler.



Tekst Runar Eggen, seniorrådgiver i Helsebiblioteket

Arkivfoto Bo Mathisen

Psykiatriske sykepleiere må ofte håndtere legemidler som kan gi alvorlige bivirkninger. Da er det viktig at pasienten får den dosen som er ordinert. Her er et eksempel:

En 25-årig kvinne som har bipolar lidelse, er innlagt med en alvorlig manisk episode. Legen har forordnet at hun skal få kvetiapin (Seroquel) som skal økes gradvis til 400 mg daglig. Hvor mange tabletter kan hun få til å begynne med, og hvor lang tid skal det gå før hun når den forskrevne dosen? Er det viktig å vite om pasienten er gravid? Kan hun fortsette å drikke grapefruktjuice, som hun er veldig glad i? Hvordan kan jeg enkelt følge med på nyheter om behandling av bipolar lidelse?

> HELSEBIBLIOTEKETS SØKEMOTOR

Et naturlig sted å starte for å finne svar på spørsmålene, er Legemiddelhandboken eller Felleskatalogen, men Helsebiblioteket har en søkemotor som søker i begge disse kildene, samt i flere andre oppslagsverk. Du finner søkefeltet øverst på alle Helsebibliotekets sider. Skriv inn kvetiapin, så får du treff fra alle kildene. Kvetiapin er virkestoffet, mens Seroquel er preparatet. Når du søker på et preparat, får du direkte lenker til Legemiddelhandbokens kapitler og Felleskatalogens enkeltavsnitt om legemiddelet. Søker du for eksempel på Seroquel, kan du med ett klikk komme direkte til det som har med graviditet og amming å gjøre.

Mens de andre kildene først og fremst er opptatt av virkestoffene, er Felleskatalogen mest orientert mot preparatene. Helsebibliotekets søkemo-

tor kopler virkestoffet kvetiapin med preparatet Seroquel, så du kommer fram uansett om du søker på virkestoff eller preparat. På preparatsiden for Seroquel i Felleskatalogen finner du regler for dosering og hvordan dosene kan økes over tid.

> RELIS

RELIS (Regionale legemiddelinformasjonssentre) er en tjeneste som finnes ved hvert regionale helseforetak (RHF). RELIS svarer på spørsmål fra helsepersonell om legemidler. Medisinsk forskning skjer gjerne på ett legemiddel og én sykdom av gangen, mens virkelige pasienter som oftest har flere helseproblemer og tar mer enn ett legemiddel. Derfor er ikke alltid forskningslitteraturen egnet til å gi direkte svar på kliniske problemer. RELIS kombinerer kunnskapen fra flere medisinske områder og gir helsepersonell råd om hva de bør gjøre i konkrete situasjoner med konkrete pasienter.

Pasienten i vårt eksempel, var opptatt av om hun kunne fortsette å drikke grapefruktjuice. Søker du i Helsebibliotekets søkemotor på kvetiapin og grapefruktjuice, vil du se at RELIS kan fortelle at grapefruktjuice øker plasmakonsentrasjonen av kvetiapin.

Dersom du er i tvil om hvilken behandling du bør gi en pasient, kan du søke eller selv spørre RELIS om råd direkte. RELIS har samlet spørsmål og svar fra alle de regionale sentrene i en stor database. Denne databasen omfatter over 25000 spørsmål og svar, og den er søkbar i Helsebibliotekets søkemotor.

> UPTODATE

UpToDate er det foretrukne oppslagsverket for sykehusleger, men mange sykepleiere forteller at de har stor nytte av denne omfattende kilden. Det er skrevet på engelsk, men gjennom Helsebiblio-



teket kan du søke i det på norsk. Hvis du har søkt på en diagnose, et legemiddel eller et symptom i Helsebibliotekets søk, vil som oftest treff fra UpToDate vises i en ramme over resten av trefflisten, et såkalt spotlight. Dette er fordi UpToDate er ansett som en spesielt viktig kilde. Hvis treff fra UpToDate ikke vises i denne rammen, kan du velge kilden UpToDate i venstremargen til trefflisten. Hvis du for eksempel ønsker å begrense søket i Helsebiblioteket på kvetiapin og graviditet til UpToDate, klikker du på UpToDate under «Kilde» i venstremargen på søkeresultatlisten.

> RETNINGSLINJER

Retningslinjer utgis gjerne av Helsedirektoratet eller de faglige foreningene, som for eksempel Barnelegeforeningen. Helsebiblioteket har samlet retningslinjer innenfor psykisk helse, og har også en stor samling retningslinjer for somatiske lidelser.

På Helsebiblioteket finner du «Nasjonal fagleg retningsline for utgreiing og behandling av bipolare lidingar». Siden søkemotoren også oversetter mellom bokmål og nynorsk og synonymer og nesten-synonymer, kan du finne denne ved å søke på bipolar lidelse. I denne retningslinjen finner du et kapittel som heter «Gravide og kvinner som ammar». Hvis du vil begrense søket til retningslinjer, klikker du på Retningslinjer under Informasjonstype i venstremargen på søkeresultatlisten.

Helsebiblioteket abonnerer på flere oppslagsverk, blant annet Legevakthåndboken. Den gir korte, konkrete og lett forståelige beskrivelser av sykdom og behandling på norsk, og du kan laste den ned gratis som app til mobilen. Et større oppslagsverk er BMJ Best Practice. Det er beregnet på allmennleger og er svært oversiktlig å finne fram i.

> SJEKKLISTE FOR LEGEMIDLER

Helsebiblioteket har, i samarbeid med Legemid-

delverket og Felleskatalogen laget en elektronisk versjon av sjekklister for legemiddelgjennomgang. Denne finnes på Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestens nettsider og lister opp legemidler med risiko for alvorlige bivirkninger og legemidler som ikke bør gis til personer over 65 år. Listen er basert på legemiddelgrupper, men den er dynamisk slik at du enkelt får se hvilke preparater det gjelder. For den som arbeider innen psykiatrien kan det være verdt å merke seg at benzodiazepiner og opioider står på listen over legemidler med alvorlige bivirkninger, og at trisykliske antidepressiver og antipsykotika står på listen over legemidler som ikke bør gis til eldre pasienter.

Sjekklisten beskriver hvordan man bør forberede og gjennomføre en legemiddelgjennomgang. En legemiddelgjennomgang utføres ved endringer i pasientens tilstand eller omsorgstilbud og årlig for pasienter som bruker flere enn tre legemidler.

> APP FOR LEGEMIDDELUTREGNING

Helsebiblioteket har, i samarbeid med Legemiddelverket, utviklet en mobilapp for legemiddelutregning. Appen kan, ut fra ordinert dose, regne ut antall tabletter, infusjonshastighet og så videre som pasienten skal ha. Appen kan brukes til utregning ved injeksjon, infusjon, tabletter og fortyning.

Mange av feilene som gjøres på sykehus i dag, skyldes feilmedisinering. Ofte er det feil i utregninger som er årsaken til feilmedisinering. Helsebibliotekets app kan være til hjelp ved selve utregningen, men det fritar ikke sykepleieren fra ansvaret for dosen som gis. Også ved bruk av appen kan feil oppstå, for eksempel tastefeil. Derfor spør appen alltid om svaret virker rimelig. Appen er gratis og fungerer på både iPhone og Android-telefoner. Du finner den i Appstore eller Google Play ved å søke på legemiddelutregning.

> FAGPROSEDYRER

På landets sykehus finnes det tusenvis av prosedyrer. Kvaliteten varierer mye, og mange av prosedyrene gjelder de samme arbeidsoperasjonene. Dette er bakgrunnen for at Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer ble opprettet. Dette nettverket lager kunnskapsbaserte prosedyrer, og disse publiseres på Helsebiblioteket. Per i dag er det publisert litt over 100 prosedyrer, og antallet vokser fort. Du finner dem på www.fagprosedyrer.no.

> PSYKNYTT

PsykNytt, en nyhetsblogg for alle som arbeider med psykisk helse, utgis av Helsebiblioteket. Bloggen gir fagfolk, pårørende og pasienter sentrale fagnyheter en gang i uka. Noen av artiklene er skrevet av redaksjonen, og disse artiklene er som oftest praktisk orientert, for eksempel:

- Her finner du tester for personlighetsforstyrrelser
- Lær å bruke Brøset Violence Checklist
- Dette sier oppslagsverkene om behandling av generalisert angstlidelse
- De fleste artiklene er imidlertid hentet fra andre tidsskrifter og nettsteder. PsykNytt gjengir da tittel, ingress og begynnelsen av brødteksten, og lenker deretter til originalartikkelen. Når det dreier seg om utenlandske artikler, oversettes begynnelsen, og redaksjonen legger gjerne inn aktuelle norske lenker eller referanser. Artiklene i PsykNytt er så korte at du fint kan lese dem på en smarttelefon. Du finner PsykNytt på www.psyknytt.no.

> NYTTIGE LENKER:

<http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse>
<http://www.helsebiblioteket.no/legemidler/appen-for-legemiddelutregning-er-utvidet-og-forbedret>
<http://www.psyknytt.no>
<http://www.lvh.no>

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
PIA BING JONSSON

Tittel: Sykepleie til eldre – kompetansemålingsverktøy. Utvikling og psykometrisk evaluering av et instrument som måler helsepersonells kompetanse i sykepleie til eldre i kommunehelsetjenesten

Arbeidssted: Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Institutt for sykepleievitenskap

Utgått fra: Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

Disputasdato: 6. mars 2015

Veileder: Professor Christina Foss

E-post: , pb@hvbv.no

› **Bakgrunn:** Syke, eldre pasienter i kommunehelsetjenesten er avhengige av at helsepersonell har høy kompetanse til å gi rett helsehjelp til rett tid. Kunnskap om eksisterende kompetanse og identifisering av behov for kompetanseheving, er en viktig del av kvalitet og pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten.

Hensikt: Studiens hensikt var å bidra til evaluering av kvaliteten i kommunale helsetjenester ved å

utvikle et kompetansemålingsinstrument for helsepersonell som jobber i sykehjem og hjemmetjenester.

Metode: Spørreskjemaet ble grundig utviklet over en treårsperiode. Innholdet ble fastsatt i samarbeid med 42 eksperter på eldreomsorg for å sikre at skjemaet måler det som er relevant kompetanse. I utviklingsprosessen ble spørreskjemaet testet på helsepersonell før den første pilotundersøkelsen ble besvart av 1016 helsepersonell fra ni norske kommuner.

Resultat og konklusjon: Spørreskjemaet måler kompetansen til tre sentrale yrkesgrupper i kommunene: Sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte. Helsepersonellet blir blant annet spurt i detalj om hva de kan om sykdommer hos eldre, hvordan de vil handle i en gitt situasjon og hvordan helsepersonellet samarbeider med annet personell og pårørende. Svarene helsepersonellet gir viser om de forstår sykdomsbildet hos den eldre pasient, og om de kan gjøre de rette observasjonene og sette i gang de riktige tiltakene slik at pasienter får tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp. Statistiske analyser tyder på at spørreskjemaet er pålitelig og gyldig til å

måle helsepersonells kompetanse. Videre utvikling og kompetansemåling i samarbeid med norske kommuner er anbefalt.



Kandidat:
RANDI JEPSEN

Tittel: Fysisk aktivitet og pasientrapporterte utfall i en toårs livsstilsintervensjon for voksne med alvorlig fedme

Arbeidssted: Nykøbing F. Sygehus

Utgått fra: Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Veileder: Professor Gerd Karin Natvig

Disputas: 15. april 2015

E-post: rjep@regionsjaelland.dk

› **Bakgrunn:** Fysisk aktivitet er en sentral del av livsstilsbehandling for voksne med alvorlig grad av fedme.

Hensikt: I avhandlingen har vi undersøkt sammenhenger mellom objektivt målt fysisk aktivitet og forskjellige selvrapporterte

data om blant annet livskvalitet hos pasienter som deltok i en toårs intervensjon på Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter. Fire ganger underveis ble fysisk aktivitet målt med akselerometer, og deltakerne fylte ut spørreskjemaer.

Metode: I den første studien undersøkte vi fysisk aktivitet og ulike dimensjoner av livskvalitet før intervensjonen. Vi fant at jo mer fysisk aktive deltakerne var, dess bedre var deres fysiske funksjon og tilfredshet med livet. I den andre studien undersøkte vi endringer i psykologiske faktorer for fysisk aktivitet og endringer i aktivitetsnivå i løpet av hele intervensjonen. Når deltakerne opplevde at de hadde kontroll over den fysiske aktiviteten, hadde de også et høyere aktivitetsnivå. I den tredje studien fant vi at når deltakerne økte sitt aktivitets-

nivå, økte også deres tilfredshet med livet, deres fysiske funksjon, mentale helse og psykososiale fungering. Disse forbedringene i livskvalitet skjedde helt uavhengig av vekttap.

Resultater: Mot slutten av toårsintervensjonen klarte ikke deltakerne å fastholde det økte aktivitetsnivået når de var hjemme. Likevel ble deres selvidentitet knyttet til fysisk aktivitet og psykososial fungering bedre.

Konklusjon: Fysisk aktivitet ser altså ut til å kunne bidra til bedring i ulike dimensjoner av livskvalitet hos voksne med alvorlig fedme. Om disse funn kan overføres til personer som for eksempel søker fedmekirurgi, gir avhandlingen ikke svar på. Flere studier som undersøker helsefremmende tiltak ved alvorlig fedme er derfor nødvendig.

HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag. Retningslinjer for utforming og innsending av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider:

www.sykepleien.no



ungdomskilde



varmekilde

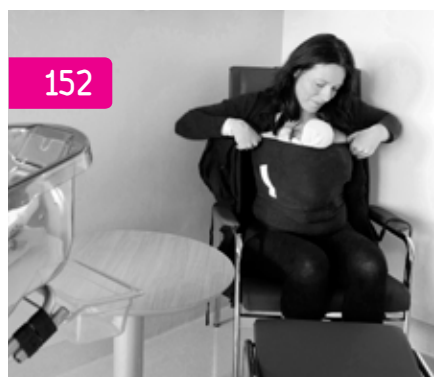


næringskilde



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

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



Contents >>

Editorial: Research is international	103
Contributions:	
Jan Grue: The struggle for existence as a sick person	104
Kari Hanne Gjeilo: Master degree is better for the patient	107
Summarised research:	
Cochrane	108
Research news	112
Research articles:	
Does use of specific substances increase risk of violent behaviour among men with severe mental disorders? By Kristian Bachmann, Roar Fosse and Stål Bjørkly	114
Nurses' experiences with overdose deaths in Oslo. By Stian Biong	124
Comment: We always have time. By Jan Erik Skjølås	131
Operating theatre nurses experience of competence in relation to the work requirements. By Astrid Wevling, Thor-David Halstensen and Inger Signe Johansson	132
Comment: Recognisable knowledge. By Stein Ove Danielsen	142
Staff experiences with use of the Liverpool Care Pathway in two Norwegian hospitals. By Grethe Skorpen Iversen and Dagny Faksvåg Haugen	144
Skin-to-skin care in Norwegian neonatal intensive care units. By Ingrid Ulveseter Lode, Randi Dovland Andersen and Mats Eriksson	152
Comment: Highlights differences. By Laila Kristoffersen	161
Patient involvement in postoperative pain management after hip and knee replacement surgery. By Aud Karin Hjelpdahl Sjøveian and Marit Leegaard	162
Comment: Pain relief is challenging. By Karianne Grønseth	170
Norwegian nurses cared for soldiers during World War I. By Jorunn Mathisen	172
Essay: Can pain be defined? By Finn Nortvedt	180
Research in practice	184
Research interview	186
New and useful	188



Innhold >>

Leder: Forskning er internasjonal	103
Innspill:	
Jan Grue: Kampen for sykdomstilværelsen	104
Kari Hanne Gjeilo: Master til pasientens beste	107
Oppsummert forskning:	
Cochrane	108
Forskingsnytt	112
Forskningsartikler:	
Bruk av spesifikke rusmidler gir økt risiko for voldsutøvelse hos menn med alvorlige psykiske lidelser. Av Kristian Bachmann, Roar Fosse og Stål Bjørkly	114
En overdose er ikke en overdose: Sykepleieres erfaringer med overdosedødsfall i Oslo. Av Stian Biong	124
Kommentar: Vi har alltid tid. Av Jan Erik Skjølås	131
Operasjonssykepleierens vurdering av egen kompetanse i forhold til arbeidskrav. Av Astrid Wevling, Thor-David Halstensen og Inger Signe Johansson	132
Kommentar: Gjenkjennelig kunnskap. Av Stein Ove Danielsen	142
Liverpool care pathway: Personalets erfaringer i to norske sykehus. Av Grethe Skorpen Iversen og Dagny Faksvåg Haugen	144
Bruk av hud-mot-hud-kontakt i norske nyfødt intensivavdelinger. Av Ingrid Ulveseter Lode, Randi Dovland Andersen og Mats Eriksson	152
Kommentar: Synliggjør forskjeller. Av Laila Kristoffersen	161
Pasienters medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi. Av Aud Karin Hjeltpdahl Sjøveian og Marit Leegaard	162
Kommentar: Smertelindring er utfordrende. Av Karianne Grønseth	170
Norske sykepleiere i første verdenskrig. Av Jorunn Mathisen	172
Essay: Kan smerte defineres? Av Finn Nortvedt	180
Forskning i praksis	184
Forskerintervju	186
Nytt og nyttig	188