

# forskning

03|14



Forventet å mestre  
mer etter pasientkurs

216



Sykkelig overvekt er et økende folkehelseproblem i Norge. I denne utgaven av **Sykepleien Forskning** har May Solveig Fagermoen og hennes kollegaer målt endringer i mestringsforventning og selvfølelse hos sykelig overvektige pasienter som har gjennomført Startkurs for vektreduksjon. Kurset vektla kunnskap om sykdomssituasjon og selvstyrkende metoder og ble holdt på et lærings- og mestringscenter. Studien viser signifikant økning av både mestringsforventning og selvfølelse hos kursdeltakerne ett år etter.



Foto: Erik M. Sundt

## REDAKSJONSKOMITÉ:



**Kristin Halvorsen**  
Førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.



**Liv Wergeland Sørbye**  
Professor ved Diakonhjemmet Høgskole i Oslo.



**Per Nortvedt**  
Professor ved Universitetet i Oslo.



**Øyvind Kirkevold**  
Professor ved HiG og ass. forskningssjef ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.



**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.



**Tone Rustøen**  
Professor ved Universitetet i Oslo. Seniorforsker 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 fagfelleurderte. 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 Leergaard**  
marit.leergaard@sykepleien.no

**Assisterende redaktører:**  
**Kristin Halvorsen** kristin.halvorsen@thioa.no  
**Øyvind Kirkevold** oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no  
**Birgitte Graverholt** birgitte.graverholt@hib.no

**Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson**  
susanne.dietrichson@sykepleien.no

**Markedssjef: Ingunn Roald**  
ingunn.roald@sykepleien.no

**Statistiker: Guri Feten**  
guri.feten@bfb.no

**Grafisk produksjon: Sykepleien**  
**Repro og trykk: Color Print A/S**

**Utgivelsesplan 2014:**  
**20/3, 19/6, 25/9, 4/12**

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

# Åpenhet gir bedre artikler

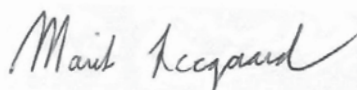
Jeg går til oppgaven som ny redaktør i Sykepleien Forskning med stor ydmykhet og respekt. Avtroppende redaktør Anners Lerdal har stått i spissen for å utvikle Sykepleien Forskning til et tidsskrift tre av fire medlemmer i Norsk Sykepleierforbund mener er en viktig informasjonskanal. Norsk sykepleieforskning er i sterk vekst, og kravet om publisering er en naturlig konsekvens. Nettopp derfor er det viktig å ha et vitenskapelig tidsskrift som kan spre ny norsk sykepleieforskning til over 100.000 medlemmer. Jeg vil også takke de assisterende redaktørene som gjør en uvurderlig jobb for å sikre kvaliteten på artiklene som publiseres.

I de siste årene har mengden innsendte artikler økt, noe som gjør det mulig stadig å øke kvaliteten på tidsskriftet. På nettsidene til Sykepleien Forskning ligger det gode og nyttige tips for deg som ønsker å publisere i tidsskriftet. Her vil du finne råd om hvordan skrive artikler og hvordan de bør bygges opp. Da jeg deltok på Sykepleiekongressen i 2012 var jeg imponert over hvor mye forskning og fagutvikling som foregår blant norske sykepleiere i alle deler av helsetjenesten og ved universiteter og høyskoler. Dette er kjernen i hva Sykepleien Forskning

skal formidle; leserne skal kjenne seg igjen i de artiklene vi publiserer.

Som et vitenskapelig tidsskrift er vi helt avhengig av et aktivt forskningsmiljø som leverer god sykepleieforskning. Dette innebærer også at forskere deltar som fagfeller når de blir spurt om å kvalitetssikre forskningsartikler. Uavhengige fagfellevurderinger er alfa og omega for et forskningstidsskrift. Sykepleien Forskning har valgt å være åpne om hvem som er forfattere og fagfeller for å unngå spekulasjoner om hvem som har vurdert artiklene. Forskning viser at denne åpenheten faktisk øker kvaliteten på artiklene.

Jeg gleder meg til å ta fatt på redaktørjobben i samarbeid med redaksjonen og, viktigst av alt, dere som lesere og bidragsytere til et vitenskapelig tidsskrift vi har all grunn til å være stolte av.




**Redaktør Marit Leegaard**

[marit.leegaard@sykepleien.no](mailto:marit.leegaard@sykepleien.no)  
PhD fra Institutt for sykepleie, Universitetet i Oslo. Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

## Stein Kaasa

MD, PhD  
Viseadministrerende direktør,  
St. Olavs Hospital  
Professor ved Institutt for  
Kreftforskning og Molekylær  
medisin, Det medisinske fakul-  
tet, Norges Teknisk-Naturvi-  
tenskapelige Universitet  
Leder for the European Pal-  
liative Care Research Centre  
(PRC)  
Leder for The European  
Association for Palliative Care  
Research Network (EAPC RN)

# En sammensatt helsetjeneste

› For å møte dagens og framtidens utfordringer har St. Olavs Hospital et forbedringsprogram de neste årene hvor standardiserte pasientforløp er helt sentrale.

Hovedgrunnen til at vi må tenke litt annerledes er at diagnostisk utredning, medisinsk behandling og senere oppfølging foregår på andre måter i dag enn for 20 år siden. Flere oppgaver blir gjennomført, men på kortere tid, samtidig som kompleksiteten i diagnostikk og behandling har økt. Denne utviklingen krever et tett samarbeid mellom ulike medisinske spesialiteter og mellom ulike profesjoner. Utviklingen stiller også store krav til samarbeid på tvers av klinikker og avdelinger.

I tillegg krever samhandlingsformen et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og det forventes at kommunehelsetjenesten tar hånd om en rekke oppgaver som tidligere ble utført av spesialisthelsetjenesten.

## ENDRINGER

Raske endringer i arbeidsmåter og i arbeidsdeling gjør at man må bli flinkere til å vurdere hvor hensiktsmessige de løsningene man

velger er. Endringer betyr også at helsepersonell må innstille seg på organisatoriske endringer.

Den viktigste grunnen til raske endringer i spesialisthelsetjenesten er innføringen av mer effektive metoder i diagnostikk og behandling. Vi forventer at denne trenden fortsetter, og til og med kan forsterkes. Mye dreier seg om implementering av avansert teknologi som gjør at pasienter kan undersøkes og behandles uten å være innlagt på sykehus. Det kan for eksempel være nye noninvasive eller mindre invasive metoder som ofte medfører færre komplikasjoner og mindre bivirkninger enn tidligere metoder.

## MÅ PLANLEGGES

En beskrivelse av standardiserte pasientforløp skal sikre et forutsigbart, godt planlagt og vitenskapelig underbygget behandlingsforløp for den enkelte pasient. Hvert element i behandlingsforløpet skal i den grad det er mulig, ta utgangspunkt i nasjonale retningslinjer, veiledere eller andre standarder,

for utredning og behandling, eller følge den vitenskapelige, dokumenterte kunnskapsfronten for den aktuelle sykdommen. I beskrivelsen av de standardiserte pasientforløpene er det viktig å inkludere alle elementene; fra pasientens første møte med fastlegen, møte med spesialisthelsetjenesten og videre oppfølging i primærhelsetjenesten.

Dersom et regionalt samarbeid er aktuelt, er det også viktig å beskrive hvordan det regionale samarbeidet bør foregå.

For å lette forståelsen av hvordan pasientforløpene er tenkt organisert, er det viktig å beskrive dem på en systematisk og samordnet måte. Man bør derfor utvikle en grunnleggende felles mal for alle forløpene, men på en slik måte at det er mulig å legge inn tilpassninger som tar hensyn til spesielle diagnoser og typer av intervensjon som kan være aktuelle.

Forløpene skal beskrives langs en forventet tidslinje som vil gi en overordnet og lett forståelig oversikt, og som i tillegg gjør det mulig



Foto: St Olavs Hospital

” For at de standardiserte pasientforløpene skal ha noen praktisk hensikt, må de være av høy faglig kvalitet.

å følge hver enkelt pasient gjennom forløpet. Beskrivelsen av forløpene skal være såpass detaljerte at innholdet i hver enkelt fase blir tydelig, og at det framgår hvilken fagkompetanse og hvilke ressurser som er nødvendig.

### PASIENTFORLØP SOM METODE

Til tross for nye metoder innen diagnostikk, behandling og oppfølging, er det altfor ofte slik at ny kunnskap ikke blir implementert på en hensiktsmessig og god måte. En systematisk og forutsigbar implementering av ny kunnskap i sykehuset er derfor en viktig målsetting. Samtidig må innføring av nye tiltak kombineres med en nøyaktig beskrivelse av hvordan tiltakene skal kvalitetssikres, slik at pasientsikkerheten økes, og uheldige hendelser kan forebygges.

For at de standardiserte pasientforløpene skal ha noen praktisk hensikt, må de være av høy faglig kvalitet. Det er viktig at implementeringen i klinisk arbeid foregår på en systematisk måte,

med kontinuerlig monitorering og evaluering, slik at man kan foreta nødvendige justeringer og endringer. I dette arbeidet er det viktig å ha spesielt dedikerte personer; «implementeringsagenter», som kan sørge for at planene blir satt ut i livet og fulgt på en god måte.

### IKT

«Flyten» av pasienter gjennom forløpene vil bli fulgt med et eget dataprogram som vil være en del av EPJ på sykehuset. Gjennom denne rapporteringen vil man til enhver tid vite hvor pasientene er i forløpet. I tillegg til tidsvariabelen vil man registrere resultater av utredning og behandling, hvilken utredning og behandling som er utført samt uønskete hendelser.

### VELLYKKET IMPLEMENTERING

En vellykket implementering vil være avhengig av en kontinuerlig oppfølging i «den spisse enden» – det vil si der pasientene til enhver tid befinner seg; for eksempel i

poliklinikk, sengeområde, operasjonsstue. Hovedansvaret for implementeringen av hvert forløp vil ligge hos den som har et overordnet ansvar, også ledere av tverrfaglig team.

De tverrfaglige teamene blir satt sammen av de fagpersonene som innehar den nødvendige kompetansen for å løse de oppgavene som er definert i forløpet. Sammensetningen bør være dynamisk og bestå av personer som til enhver tid kan løse pasientenes behov.

Et eksempel på et slikt team er en sammensetting av flere legespesialister for å diagnostisere, behandle og følge opp en pasient med brystkreft. Et slikt team vil bestå av en brystkreftkirurg, patolog, radiolog og onkolog.

Et annet team i et forløp som beskriver behandling, pleie og omsorg mot livets slutt i kommunehelsetjenesten, kan bestå av hjemmesykepleier og fastlege, komplementert med bistand fra det palliative teamet på lokalsykehuset etter behov.



## Går du med planer om å skrive en vitenskapelig artikkel?

Vi publiserer nyttestoff som hjelper deg å komme i gang. Sjekk skrive tipsene 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

**Charlotte Delmar**

Professor i sykepleie  
 Institut for folkesundhed  
 Aarhus universitet og  
 professor II, Diakonova,  
 Oslo



# New Public Governance krever erobring av omsorgen

› Vår tids mantra i politikk og offentlig ledelse er pasientmedvirkning og borgerinndragelse – New Public Governance (NPG).

Aktiv involvering og kontroll over eget liv ER livgivende verdier – særlig for den friske. Men hva med den sykes livssituasjon, som for en kortere eller lengre periode er brakt ut av hverdagslig balanse? Vi vet forskningsmessig ikke så mye om selvforvaltningens begrensninger, når sykdom sniker seg inn på kroppen og vi for en stund mister fotfestet. For vi havner på siden av oss selv, og noen rystes i sine grunnvoller.

Derfor må man fokusere på å gjøre makthaverne; politikere og deres utøvende ledere, oppmerksomme på hva det vil si å være syk og lidende med alt det medfører av angst, uro, smerte og kaos. På samme måte som man må fokusere på at omsorg og ansvar er to sider av samme sak, og at ansvarsfordelingen mellom omsorgsutøver og pasient er medbestemmende for om resultatet blir livsfremmende eller om pasienter påtvinges livsinnskrenkende muligheter.

Med et altoverskyggende mål om involvering, eller medbestemmelse som det heter i politiske dokumenter, kan det for noen pasienter resultere i omsorgssvikt. For å unngå dette må den rette ansvarsfordelingen mellom pasient og omsorgsutøver vurderes i enhver situasjon. I visse situasjoner har pasient og pårørende ikke handlekapasitet eller ressurser, og derfor skal omsorgsutøveren være den handlende, gi råd og ta over. I andre situasjoner skal omsorgsutøveren være understøttende, fordi pasientens egen handlekapasitet er stor. Med andre ord, man skal fokusere på den enkelte pasients livssituasjon, det konkrete møtet – som kan endre seg fra minutt til minutt – og en klok vurdering av ansvarsfordelingen.

Når jeg skuer inn i fremtiden blinker en varselslampe. NPG-helsevesenet, som er på frammarsj, innebærer en logikk, hvor omsorgssvikt kan bli hver-

dagskost for de hjelpetrengende. Det gjelder også ressurssterke og handlekraftige personer, som for en periode blir satt utenfor seg selv og rives ut av sine vante gjøremål; pasienter, som for en kortere eller lengre periode har mistet kontroll.

Hvis helsevesenet skal overleve i fremtiden, hvis eksempler på omsorgssvikt ikke skal florere på avisforsidene, hvis dagens kriser på sykehusene ikke skal forverres, så er vi forpliktet til å gjenerobre omsorgen med dens nyanserte oppfatning av ansvar i møtet med syke.

Sykepleiere er den helseprofesjonelle faggruppen med lengst tradisjon for å forske på omsorgsbegreper og -verdier. Denne bakgrunnen er et godt utgangspunkt for forskning på denne problemstillingen, som vil være en fremtidig utfordring.

Les mer om New Public Governance på side 288.

# Kan andre enn leger følge opp hivbehandling?

Sykepleiere kan trolig gi like god oppfølging av personer som trenger hivbehandling som leger. Dødeligheten blant personer som mottar hivbehandling påvirkes trolig lite av om de følges opp av leger eller sykepleiere. Dette viser en systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet 2014 hvor forfatterne har samlet og oppsummert eksisterende forskning.

I lav- og mellominntektsland gjør mangel på helsepersonell at mange personer med hiv ikke får tilgang til antiretroviral behandling. Oppgaveglidning, det vil si å flytte bestemte oppgaver fra én gruppe helsepersonell til en annen, kan bøte på dette.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

Systematiske oversikter er oppsummeringer av tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet informasjon om effekten av å la andre enn leger få ansvaret for oppstart og oppfølging av antiretroviral hivbehandling, sammenliknet med at leger har disse oppgavene.

Når sykepleiere står for oppstart av og oppfølging av antiretroviral hivbehandling:

- vil trolig dødeligheten blant personer som har hiv i liten grad påvirkes (middels tillit

til resultatet). Det er noe usikkerhet knyttet til dette funnet da spennvidden viser at dette i beste fall resulterer i 35 færre dødsfall per 1000 og i verste fall resulterer i 23 flere dødsfall per 1000

Når sykepleiere står for oppfølging av antiretroviral hivbehandling:

- vil trolig dødeligheten blant personer som har hiv i liten grad påvirkes (middels tillit til resultatet). Det er noe usikkerhet knyttet til dette funnet da spennvidden viser at dette i beste fall resulterer i sju færre dødsfall per 1000 og i verste fall resulterer i sju flere dødsfall per 1000

Når ufaglært helsepersonell står for oppfølging av antiretroviral hivbehandling:

- er det usikker effekt på dødeligheten blant personer som har hiv (liten tillit til resultatet). Vi er usikre fordi spennvidden er meget bred og viser at det i beste fall resulterer i 41 færre dødsfall per 1000 og i verste fall resulterer i 68 flere dødsfall per 1000

Tilliten vi har til resultatet kan være stor, middels, liten eller svært liten. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at effekten av et tiltak er presist anslått. Man vurderer hvor stor

tillit man bør ha til hvert enkelt resultat presentert.

## BAKGRUNN

Mer enn 34 millioner mennesker verden over er hivsmittet. Mange av disse har ikke tilgang på antiretroviral hivbehandling. Disse medikamentene reduserer dødelighet og sykkelighet blant personer som har hiv, men det er viktig at pasientene blir tett fulgt opp, blant annet for å sikre at pasientene får tatt medisinen som de skal. Tilgangen til hivbehandling er ofte dårlig der behovet er størst, som følge av knappe helseressurser – ikke minst mangel på helsepersonell. Et tiltak for å bøte på dette kan være å gjøre om på fordelingen av oppgaver mellom helsepersonell, såkalt oppgaveglidning. Å overføre ansvar fra leger til annet helsepersonell kan være én måte øke tilgang til hivbehandling på. Dette vil redusere arbeidsmengden til leger og kan redusere kostnader knyttet til denne type behandling.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i mars 2014, og fant ti studier med til sammen 66 606 personer >>





Illustrasjon: Lene Ask

## RESULTATTABELL

### Resultater: hva skjer?

Leger som står for hiv-behandling

Ikke-leger som står for hiv-behandling

Tillit til resultatet

#### Sykepleiere versus leger som står for både oppstart av og oppfølging av antiretroviral hivbehandling

##### Dødelighet

det er lite trolig at dødeligheten blant dem som mottar hivbehandling påvirkes i vesentlig grad

194 per 1000

186 per 1000  
(159 til 217 per 1000)\*



Middels<sup>1,2</sup>

#### Sykepleiere versus leger som står for oppfølging av antiretroviral hivbehandling

##### Dødelighet

det er lite trolig at dødeligheten blant dem som mottar hivbehandling påvirkes i vesentlig grad

23 per 1000

20 per 1000  
(14 til 30 per 1000)\*



Middels

#### Ufaglærte helsearbeidere versus leger som står for oppfølging av antiretroviral hivbehandling

##### Dødelighet

det er usikker effekt på dødelighet blant dem som mottar hivbehandling

109 per 1000

109 per 1000  
(68 til 177 per 1000)



Liten<sup>1,2</sup>

\* Tallene i parentes viser en spennvidde for tiltakets effekt. Det er 95 prosent sannsynlig at effekten ligger et sted innenfor denne spennvidden. <sup>1</sup>Vår vurdering avviker fra Cochrane-forfatterens vurderinger. <sup>2</sup>Vi har trukket ytterligere ned for at spennvidden er bred med tanke på utfallet mortalitet.

som de inkluderte i oversikten. Studiene var gjennomført i Sør-Afrika, Swaziland, Uganda og Etiopia mellom 2007 og 2013. Måletidspunkt for resultatene var tolv måneder etter studiestart. Sammenlikningene i studiene var: Behandling utført av leger versus sykepleierne (sju studier hvorav to er randomiserte kontrollerte studier), annet helsepersonell (n=1), og helsearbeidere (to studier hvorav begge er randomiserte kontrollerte studier). I fire av studiene sto ikke-leger for både oppstart og oppfølgingen av hivbehandling. I seks av studiene sto ikke-legene for oppfølging av hivbehandling mens legene sto for oppstarten. I seks av studiene ble også desentralisering av hivbehandling til mindre

helseinstitusjoner eller lokalsamfunnet studert.

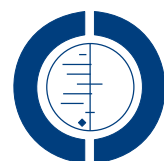
Funn fra ikke-randomiserte studier (kohortstudiene, n=6) og funn fra randomiserte kontrollerte studier (n=4) ble slått sammen hver for seg. De randomiserte kontrollerte studiene hadde få feilkilder. Fem kohortstudier var vurdert til å flere mulige feilkilder, blant annet knyttet til datainnsamling, og én ble vurdert til å ha få feilkilder.

I denne omtalene har vi bare tatt med funnene basert på de randomiserte kontrollerte studiene, og vi rapporterer kun på det primære resultatmålet, dødelighet. Når det gjelder sekundærutfall, så rapporterer forfatterne på frafall fra studiene, men det har vi ikke omtalt her.

## REFERANSER

Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014. Issue 7. Art. No.: CD007331. DOI: 10.1002/14651858.CD008331.pub3

Skrevet av Heather M. Munthe-Kaas, forsker og Marita S. Fønhus, forsker, Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten



THE COCHRANE  
COLLABORATION®

# Kalsiumtilskudd mot svangerskapskomplikasjoner

Å gi høydose kalsiumtilskudd til gravide kvinner forebygger trolig hypertensjon og preeklampsi. Antakelig føder færre prematurt, men det er usikkert hvor stor denne effekten er. Dette viser en systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet 2014 hvor forfatterne har samlet og oppsummert eksisterende forskning.

Hypertensjon under svangerskapet, med eller uten proteinuria, er en av hovedårsakene til død og morbiditet hos mor og det nyfødte barnet. Preeklampsi, som viser seg som hypertensjon og proteinuria, kan oppstå under graviditeten, under fødselen eller det første døgnet etter fødselen. Det er den vanligste av farlige fødselskomplikasjoner, og kan påvirke både moren og det nyfødte barnet. Prematur fødsel skyldes ofte hypertensjon og er den vanligste årsaken til

død og funksjonsnedsettelse hos det nyfødte barnet. Finnes det noen forebyggende tiltak som kan redusere risikoen for å få hypertensjon og hypertensive svangerskapskomplikasjoner? Et tiltak som man tror kan ha en forebyggende effekt på hypertensjon er kalsium. Kalsium er en viktig byggestein i skjelettet, men har også stor betydning for normal funksjon av en rekke celletyper i kroppen, blant annet nerveceller og muskelceller.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

I systematiske oversikter samles og vurderes tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet informasjon om og vurdert effekt av kalsiumtilskudd sammenliknet med ingen kalsiumtilskudd/placebo hos gravide kvinner og funnet at:

- høydose kalsiumtilskudd trolig

reducerer andelen gravide kvinner som får hypertensjon (middels tillit til resultatet). Rundt 35 prosent færre får hypertensjon

- høydose kalsiumtilskudd trolig reducerer andelen gravide kvinner som får preeklampsi (middels tillit til resultatet). Andelen kvinner som får preeklampsi halveres
- høydose kalsiumtilskudd trolig reducerer andelen gravide kvinner som føder prematurt (middels tillit til resultatet), men det er usikkerhet knyttet til dette resultatet. I beste fall vil 40 prosent færre kvinner føde prematurt, mens det i verste fall er ingen forandring med kalsiumtilskudd
- Tilliten vi har til resultatet kan være stor, middels, liten eller svært liten. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at effekten av et tiltak er presist anslått. Man vurderer hvor stor tillit man bør ha til hvert enkelt resultat presentert

Cochrane-forfatterne fant videre at den positive effekten trolig var noe større for kvinner som:

- er i høyrisikogrupper for å utvikle hypertensjon eller preeklampsi
- har et kalsiumfattig kosthold (ofte definert som mindre enn 900 mg kalsium per dag)

## BAKGRUNN

### Hypertensjon

Hypertensjon betyr høyt blodtrykk. Når man måler blodtrykket, så måles det arterielle blodtrykket. To verdier gis:

- Det systoliske, det trykket >>



Illustrasjon: Lene Ask

## RESULTATTABELL 1

Resultater: hva skjer?	Gravide kvinner som IKKE får kalsiumtilskudd	Gravide kvinner som får kalsiumtilskudd	Tillit til resultatet
<b>Hypertensjon</b> trolig vil færre få hypertensjon	190 per 1000	124 per 1000 (101 til 154 per 1000)*	 Middels <sup>1</sup>
<b>Preeklampsi</b> trolig vil færre få preeklampsi	65 per 1000	29 per 1000 (20 til 42 per 1000)**	 Middels <sup>1</sup>
<b>Prematur fødsel</b> trolig vil færre føde prematurt	104 per 1000	79 per 1000 (62 til 101 per 1000)*	 Middels <sup>1</sup>
<b>Bivirkninger</b>	Ingen rapporterte bivirkninger		

\* Tallene i parentes viser en spennvidde for tiltakets effekt. Det er 95 % sannsynlig at effekten ligger et sted innenfor denne spennvidden.

<sup>1</sup> Vår vurdering avviker fra Cochrane-forfatterens vurderinger. Vi har i hovedsak trukket ned for at det er stor variasjon i resultatene av enkelte studier som kan ikke forklares

som måles når hjertet trekker seg sammen

- Det diastoliske, det trykket som måles når hjertet er avslappet

En normal variasjon i det systoliske blodtrykket er typisk fra 100–160 mmHg og i det diastoliske fra 70–90 mmHg. Hypertensjon kan defineres som vedvarende diastolisk blodtrykk på over 95 mmHg. Blodtrykket øker med alderen, og man må naturligvis ta alderen med i betraktningen når man vurderer hvor «normalt» blodtrykket er.

Hypertensive svangerskapskomplikasjoner sees hos 8–10 prosent av alle gravide. Kronisk hypertensjon forekommer hos 1–2 prosent, svangerskapshypertensjon hos 4–5 prosent i Norge. (Norsk gynekologisk forening, Veileder i fødselshjelp 2008).

### Preeklampsi

Preeklampsi er en komplikasjon som kan oppstå under graviditeten, under fødselen eller det første døgnet etter fødselen. Det er den vanligste av farlige fødselskomplikasjoner, og kan påvirke både

moren og fosteret. Denne komplikasjonen er karakterisert av hypertensjon, proteinuri og noen ganger ødem. Tilstanden kan klassifiseres som lett eller alvorlig. Preeklampsi kan gi symptomer fra de fleste av kroppens organer, men noen gravide merker ingen symptomer – særlig tidlig i forløpet. Sykdomsforløpet er vanskelig å forutsi og tilstanden kan forverre seg raskt. Alvorlige komplikasjoner til preeklampsi er HELLP-syndromet, for tidlig løsning av placenta og eklampsi. Preeklampsi som starter tidlig (før 34. uke) er ofte forbundet med infarkter i placenta og redusert fostervekst. Ved alvorlig preeklampsi er behandlingen sykehusinnleggelse for overvåkning. Den eneste kurerende behandlingen er at barnet fødes. Derfor settes fødselen av og til i gang.

Preeklampsi utvikles hos rundt 3 prosent i Norge (Norsk gynekologisk forening, Veileder i fødselshjelp 2008). Økt risiko for preeklampsi sees blant annet hos førstegangsgravide, kvinner som bærer flerlinger, kvinner over





35 år, kvinner som tidligere har hatt preeklampsi, kvinner med kronisk hypertensjon, nyresykdom eller diabetes mellitus.

### Prematur fødsel

Prematur fødsel defineres som fødsel før 37 fullgåtte svangerskapsuker. For tidlig fødsel er den vanligste årsaken til død og funksjonsnedsettelse hos et nyfødt barn. I Norge fødes cirka 7,5 prosent av barna for tidlig. De aller fleste barn som er født for tidlig vokser opp uten at de opplever spesielle vansker, men sammenliknet med fullbårne barn, så har de allikevel en høyere risiko for å utvikle ulike typer vansker. Vanskene kan være fysiske eller psykiske. Risikoen øker jo mer for tidlig barnet er født og jo lavere fødselsvekt det har.

Noen kvinner har økt risiko for å føde for tidlig. Unormal eller svak livmor, livmorhals eller morkake samt preeklampsi, tilbakevendende infeksjoner (i vagina og urinveiene), kronisk sykdom hos mor og høy alder hos mor kan øke denne risikoen. Det at kvin-

**RESULTATTABELL 2**

Resultater: hva skjer?	Gravide kvinner som IKKE får kalsiumtilskudd	Gravide kvinner som får kalsiumtilskudd	Tillit til resultatet
<b>Hypertensjon</b> muligens vil færre gravide kvinner med høy risiko for å utvikle hypertensjon få hypertensjon	380 per 1000	179 per 1000 (84 til 369 per 1000)*	 Liten <sup>1</sup>
<b>Hypertensjon</b> trolig vil færre gravide kvinner som har et kalsiumfattig kosthold få hypertensjon	163 per 1000	72 per 1000 (46 til 114 per 1000)*	 Middels <sup>1</sup>
<b>Preeklampsi</b> trolig vil færre gravide kvinner med høy risiko for å utvikle preeklampsi få preeklampsi	176 per 1000	38 per 1000 (21 til 74 per 1000)*	 Middels <sup>1</sup>
<b>Preeklampsi</b> trolig vil færre gravide kvinner som har et kalsiumfattig kosthold få preeklampsi	57 per 1000	21 per 1000 (11 til 37 per 1000)*	 Middels <sup>1</sup>

\* Tallene i parentes viser en spennvidde for tiltakets effekt. Det er 95 % sannsynlig at effekten ligger et sted innenfor denne spennvidden.  
<sup>1</sup> Vår vurdering avviker fra Cochrane-forfatternes vurderinger. Vi har i hovedsak trukket ned for at det er stor variasjon i resultatene av enkelte studier som kan ikke forklares og/eller at funnene var basert på få hendelser

nen tidligere har født for tidlig, at hun bærer flerlinger eller har veldig tette svangerskap kan være andre årsaker.

**Kalsium**

Kalsium er et grunnstoff som finnes i kroppen og 99 prosent av dette finnes som kalsiumsalter i skjelettet. Kalsium er altså en viktig byggestein i skjelettet, men har også stor betydning for normal funksjon av en rekke celletyper i kroppen, blant annet nerveceller og muskelceller.

Det finnes ulike teorier om hvordan for lite kalsium kan føre til hypertensjon og andre svangerskapskomplikasjoner. Én teori går ut på at for lavt kalsiuminntak fører til økt frigivelse av hormoner (enten paratyrodeahormon eller renin) som øker kalsiumkonsentrasjonen inne i glattmuskulaturen i blodårene og dermed fører til sammentrekning av disse (vasokonstriksjon). Det er rimelig å anta at ved å få i seg tilstrekkelig med kalsium, så vil man unngå dette og blodtrykket dermed reduseres.

På tilsvarende måte ser man for seg at kalsium via samme mekanisme kan relaksere glattmuskulaturen i livmoren og dermed minske kontraksjoner og unngå prematur fødsel.

**HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?**

Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser i november 2013. De fant 24 studier med til sammen 17964 gravide kvinner. Resultatene formidlet her omhandler gravide kvinner som ble gitt høydose kalsiumtilskudd og er basert på 14 studier med til sammen 15730 gravide kvinner. Forfatterne har oppgitt at én av disse 14 studiene er utført i USA, én i Argentina, én i Australia og at én studie er internasjonal. Hvor de resterende studiene er utført er ikke oppgitt. Høydose kalsiumtilskudd ble definert som over ett gram per dag. De fleste av studiene ga 1,5 g til 2 g per dag. De fleste av de 15730 kvinnene var i lavrisikogruppen (15 143 kvinner) og hadde et kalsiumfattig kosthold (10 678 kvinner).

Her er et kalsiumfattig kosthold definert som under 900 mg kalsium daglig eller definert av den enkelte primærstudieforfatteren. Det er uklart hvor langt i svangerskapet kvinnene som deltok var og hvor lenge tiltaket varte og hvor lenge de ble fulgt opp.

**REFERANSER**

Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L, Torloni MR. Kalsium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001059

Skrevet av **Marita S. Fønhus**, forsker, Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten



# Forskningsnytt

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

## Nyutdannede sykepleieres valg av arbeidsplass

Etter fullført bachelorutdanning ønsker sykepleiere å jobbe i spesialisthelsetjenesten. Dette gjør det vanskeligere å rekruttere de dyktigste studentene til jobber innenfor eldreomsorg og psykiatri.

Dette er et av hovedfunnene i en undersøkelse av hvordan sykepleierstudenter vurderte sine egne faglige kvalifikasjoner som sykepleiere mot slutten av studiet, og hvordan dette influerte på valg av

arbeidsplass. Faglige kvalifikasjoner ble definert som grader av teoretisk og praktisk kunnskap. Bakgrunnen for studien var å finne ut hva som var motivene for ikke å velge arbeid innen eldreomsorg og psykiatri, når dette er de to områdene der det trengs flest kvalifiserte sykepleiere.

Dette var en kvantitativ studie basert på spørreskjema (StudData) og registerdata fra Statistisk sentralbyrå. StudData er en longitudinell spørreskjema basert studie som er utviklet av Senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Forskningen bygger på antakelsen om at nyutdannede sykepleiere velger å arbeide innen et yrkesfelt som stemmer overens med de faglige kvalifikasjoner og verdier de har adaptert og utviklet i løpet av bachelorutdanningen. Informantene ble derfor spurt om hvilke verdier de satte høyest når de skulle velge arbeidsplass:

Hjelp andre, sikkerhet, avansement, autonomi og kreativitet.

Spørreskjemaet ble delt ut til alle sykepleierstudenter i siste semester ved to norske høyskoler, og 411 leverte. Registerdata om valg av arbeidsplass etter endt utdanning ble samlet inn fra perioden 2002–2006.

Resultatene viste at nyutdannede sykepleiere som velger å jobbe innen eldreomsorg skårer lavere på altruisme enn de som valgte å jobbe i spesialisthelsetjenesten. De som valgte psykiatri skårte høyere på praktiske kunnskaper og lavere på teoretiske. Forskeren påpeker at dette kan kompenseres med mer videre- og etterutdanning, spesielt innen psykiatrisk sykepleie.

### REFERANSE

**Abrahamson B.** Nurses' choice of clinical field in early career. *J of Adv Nurs.* 2014. doi:10.1111/jan.12512

Denne studien antyder manglende samsvar mellom samfunnets behov for kvalifiserte sykepleiere og nyutdannede sykepleierstudenters valg av arbeidssted. Mindre populære arbeidssteder som eldreomsorg og psykiatri bør utvikle strategier for å få de beste studentene til å velge disse arbeidsområdene. Det er viktig å tenke nytt om hva som kan gjøre det attraktivt for faglig dyktige sykepleiere å jobbe innen eldreomsorg og psykiatri.

KOMMENTAR

## Sykepleieres håndtering av religiøse uttrykk hos

Sykepleiere mangler forståelse av hvilken rolle religiøsitet spiller i livet til pasienter med demens, både i form av innhold og ulike tradisjoner.

Denne studien setter søkelyset på hvordan sykepleiere håndterer demente pasienters religiøse og trosrelaterte uttrykk og behov. Forskerne ønsket også å utforske hvilke holdninger sykepleiere hadde til religion og trosspørsmål i demensomsorgen på sykehjem.

Studien hadde et kvalitativt design med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Fokusgrupper ble brukt for å samle data fordi denne metoden er nyttig for og utforske deltakernes erfaringer med og holdninger til sårbare temaer. Kommunikasjon i en strukturert gruppe om felles opplevelser kan også hjelpe deltakerne til å dele følelser med andre som har hatt lignende erfaringer.

Fire norske sykehjem deltok i studien fra juni 2011–januar 2012. Det ble gjennomført to fokusgrupper på hvert sykehjem med totalt 31 deltakere. Til sammen deltok 16 sykepleiere og 15 hjelpepleiere og assistenter med erfaring fra demensomsorgen.

Tekstanalysen baserte seg på van Manens anbefalinger innen hermeneutisk-fenomenologisk analyse for å få frem en dypere forståelse av del-

> 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.leergaard@sykepleien.no](mailto:marit.leergaard@sykepleien.no)

## Erfaringer mot slutten av livet på sykehjem

Sykehjemspasienter og pårørende ønsker leger mer involvert i pasientomsorgen når livet snart er slutt. De forventer at legen godtar hva de ønsker og er tilgjengelig for å gi veiledning og lindre symptomer.

Målet med denne studien var å identifisere og syntetisere kvalitative studier som beskriver pasienter og pårørende sine erfaringer og forventninger til hvordan leger kan bidra med kvalitet i omsorgen ved livets sluttfase.

Dette er en litteraturstudie som anvendte metaetnografi, en metode utviklet av helsesosiologene Noblit & Hare (1988) for å systematisk analysere og syntetisere kvalitative studier. Metaetnografi består av følgende faser: Søkestrategi, inklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, beskrivelse av originalstudiene, analyse og syntese.

505 kvalitative artikler ble identifisert. Kvalitetsvurderinger redu-

serte antallet ned til 14 primære studier som kunne syntetiseres til en metaetnografi. Forfatterne var spesielt på utkikk etter studier som beskrev hvordan pasienter og pårørende opplevde det at livet snart var slutt, og hvilke erfaringer og forventninger de hadde til hvordan legene opptrådte.

Forfatterne syntetiserte tre hovedtemaer i metaetnografien: 1. Når helsepersonell kunne forutse og kjente pasientenes behov for symptomlindring, ble verdigheten bevart og familiemedlemmer følte seg lettet. 2. Når pårørende måtte ta beslutninger på vegne av pasienten, følte de ofte usikkerhet og smerte. 3. Pårørende eller leger klarte ikke alltid å gjenkjenne pasientens preferanser mot slutten av livet.

**REFERANSE**

Fosse A, Schaufel MA, Ruths S, Malterud K. End-of-life expectations and

experiences among nursing home patients and their relatives – A synthesis of qualitative studies. Patient Educ Couns 2014. doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.025

Høy kvalitet på omsorg i sykehjem mot slutten av livet er avhengig av organisering, finansiering og dyktige medarbeidere. Dette inkluderer at legen er tilgjengelig og aktivt bidrar til å planlegge og utføre individualisert omsorg i tett samarbeid med sykepleier og andre omsorgsarbeidere på sykehjem. Studien viser hvor viktig tverrfaglig samarbeid er for å få pasienter og pårørende til å føle seg trygge når døden nærmer seg.

KOMMENTAR

## personer med demens

takernes erfaringer. Forskerne fant at sykepleierne slet med ambivalente følelser om pasienters religiøsitet, og at de hadde en uklar forståelse av hva religiøsitet betyr for den enkelte pasient. Sykepleiernes holdninger til pasienters religiøsitet var preget av usikkerhet; hovedsakelig i form av mangel på kunnskap, og meningen om at pasientens religiøsitet var privat. Sykepleierne manglet forståelse av hvordan religiøsitet spil-

ler en rolle i pasientenes liv, både i form av innhold og tradisjoner. Forskerne konkluderer med at dette kan undergrave personsentrert og holistisk omsorg i omsorgen til demente pasienter.

**REFERANSE**

Ødbehr SL, Kvigne K, Hauge S, Danbolt LJ. A qualitative study of nurses' attitudes towards and accommodations of patients' expressions of religiosity and faith

in dementia care. J of Adv Nurs. 2014 Doi:10.1111/jan.12500

Studien beskriver hvordan religion og tro blir håndtert ved fire sykehjem i Norge. Funnene er ikke generaliserbare, men de gir en indikasjon på hvor utfordrende åndelige spørsmål er i demensomsorgen. Dette vil i tillegg bli en enda større utfordring når vi får flere religioner å forholde oss til i framtidens eldreomsorg i Norge.

KOMMENTAR



> SYKELIG OVERVEKT:

# ØKT SELVTILLIT OG MESTRINGS- FORVENTNING ETTER PASIENTKURS



Illustrasjonsfoto:  
Erik M. Sund







Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Pasientopplæringstiltak som viser positive resultater når det gjelder egenmestring av kronisk sykdom må sees som viktige bidrag til redusert press på helse-tjenestene. Selvstyrkende metoder benyttet i pasientkurs kan være viktig supplement til annen behandling.

**Hensikt:** Undersøke endringer i mestringsforventning og selvfølelse hos kursdeltakerne ett år etter fullført kurs.

**Metode:** Spørreskjema ble i 2009 delt ut til deltakere på kurs for syke-

lig overvektige ved tre Lærings- og mestringssentre i Øst-Norge. Deltakerne besvarte 12 ulike skjemaer på fem ulike tidspunkter. Denne artikkelen presenterer resultater fra spørreskjema om mestringsforventning og selvfølelse. Skjemaene ble fylt ut på kursets første dag og 12 måneder etter kursslutt.

**Resultater:** Totalt 142 av 185 forespurte kursdeltakere besvarte skjema første kursdag, etter ett år svarte 67 deltakere. Gjennomsnittsalderen var 43,3 år; 75 prosent var kvinner; 64 prosent hadde under

12 års utdanning, det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Deltakerne hadde økning i selvfølelse og mestringsforventning etter ett år. Resultatene var både statistisk og klinisk signifikante endringer.

**Konklusjon:** Kurs som vektlegger at deltakerne får grunnleggende kunnskap om sin sykdomssituasjon og lærer selvstyrkende metoder kan bidra til bedre mestringsforventning og selvfølelse. Resultatene samsvarer med internasjonal forskning knyttet til egenmestring.

## ENGLISH SUMMARY

### Persons with morbid obesity had increased self-efficacy and self-esteem after patient education

**Background:** Patient education providing positive results with regard to persons' coping with chronic illness is important to decrease the demand on health care services. Methods aimed at strengthening the person's self-perception may be an important supplement to medical treatment.

**Objective:** To explore changes in self-efficacy and self-esteem one year after completing patient education.

**Method:** Participants in patient courses for morbid obese persons at three different sites answered 12 questionnaires five times in 2009. This article presents results from questionnaires on self-efficacy and self-esteem completed on the first day of the course and 12 months after course completion.

**Results:** From 185 course participants, 142 returned questionnaires the first day of the course and 67 completed it after one year. Mean age was 43.3, 75% female; 64% had less than 12 years of education; no statistically significant differences were found between women and

men. The participants had increased scores on self-efficacy and self-esteem after one year. The results were both statistically and clinically significant.

**Conclusion:** Courses providing basic knowledge about the illness and methods to strengthen perception of self may contribute to improved self-efficacy and self-esteem. The results are in accordance with international research on coping with illness.

**Key words:** Self-efficacy, self-esteem, morbid obesity, patient education, longitudinal design.

# » Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs

Forfattere: May Solveig Fagermoen, Katherine Bevan, Anne-Cathrine Berg, Eva Bjørnsborg, Christine Mathiesen, Helene Gulbrandsen, Anne Lise Hustadnes og Anita Strøm

## NØKKELORD

- Mestring
- Overvekt
- Undervisning
- Longitudinell studie

## BAKGRUNN

Overvekt er et økende folkehelseproblem i Norge. Forebygging og behandling av sykkelig overvekt er et helsepolitisk satsingsområde (1). Det første obligatoriske pasientkurset for personer med sykkelig overvekt som er henvist til behandling for fedme - Startkurs, ble gjennomført på Lærings- og mestringscenteret ved Aker universitetssykehus i 2004. Deltakere på Startkurset har gjentatte forsøk på vektreduksjon (2) og tilbakefall kan svekke mestringsforventning (3). Startkursets helsefremmende veiledning og opplæring har til hensikt å bistå deltakerne med å ta informerte behandlingsvalg, komme i gang med livsstilsendringer og etablere et støttende nettverk.

Lærings- og mestringscenteret (LMS) er etablert ved alle helseforetak i Norge for å bistå

klivikkene i pasient- og pårørendeopplæringen. Disse ressursmiljøene tilbyr helsefremmende veiledning og opplæring. Fagfolk og erfarne brukere; tidligere pasienter og pårørende, samarbeider i utvikling og gjennomføring av læringstilbud der brukerkunnskap og fagkunnskap likestilles. Til LMS kommer pasienter med langvarige helseproblemer eller kroniske sykdommer. De ønsker informasjon, råd og hjelp til å mobilisere egne ressurser for å håndtere hverdagens utfordringer i en ofte kompleks livssituasjon. Brukermedvirkning, erfaringsutveksling og aktiv deltakelse i grupper er viktige arbeidsformer på LMS-kursene (4). Legeforeningens statusrapport 2012 anbefaler mer satsing på LMS for å øke pasienters mestringsevne og rehabilitering (5). SINTEFs evaluering av LMS i 2006 (6) etterspurte forskning som dokumenterer resultater av LMS-kurs. Vi ønsket derfor å finne ut om deltakerne endret selvfølelsen og mestringsforventningen i tiden etter kurset. Derfor ble følgende forsknings spørsmål valgt for denne studien: Endrer personer med sykkelig overvekt sin selvfølelse og mestringsforventning fra tiden etter fullført startkurs frem til ett år etter?

## Hva tilfører denne studien?

Resultatene fra denne studien viser at deltakernes mestringsforventning og selvfølelse økte betydelig ett år etter fullført Startkurs.

## Mer om forfatterne:

May Solveig Fagermoen er sykepleier og førsteamanuensis ved UiO. Katherine Bevan er ergoterapeut og gruppeveileder for Startkurs og enhetsleder ved Lærings- og mestringscenteret, Vestre Viken HF. Anne-Cathrine Berg er fysioterapeut og gruppeveileder for Startkurs, og helsefaglig konsulent ved Lærings- og mestringscenteret, Vestre Viken HF. Eva Bjørnsborg er sykepleier og leder for Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring, OUS HF. Christine Mathiesen er it-utdannet med master i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid og sekretær ved lærings- og mestringscenteret, Sykehuset Østfold HF. Helene Gulbrandsen er sykepleier, livsstyrketrener, gruppeveileder i Startkurs og veileder for barn og unge med overvekt ved lærings- og mestringscenteret, Sykehuset Østfold HF. Anne Lise Hustadnes er spesialiserte sykepleier, gruppeveileder i Startkurs og rådgiver ved Lærings- og mestringscenteret, OUS HF. Anita Strøm er sykepleier og førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høyskole, Oslo. Kontaktperson: m.s.fagermoen@medisin.uio.no.

**METODE**

Denne artikkelen rapporterer funn fra en longitudinell studie av personer med sykkelig overvekt som deltok på Startkurs ved ett av tre LMS-sentre i Østlandsområdet i 2009. Data ble innhentet første kursdag og deretter to

fra 1=«Svært uenig» til 4=«Svært enig». Vi regnet ut en totalskår for hver deltaker som varierer fra 4–16, høyere skårer representerer høyere selvfølelse. En Cronbachs alfa på 0,85 ved studiens baseline samsvarte godt med en annen norsk studie (12).

Endring av vaner; fysisk aktivitet/hverdagsaktivitet; ernæring og kosthold; kropp, tanker og følelser. Brukermedvirkning, bevisstgjøring og egenrefleksjon vektlegges gjennomgående i kurset. Målet er at det som formidles er hverdagsnært og relevant for deltakerne. Det innebærer at dialog med deltakerne og erfaringsutveksling er sentralt i og etter forelesningene. Erfarne brukere og tidligere kursdeltakere, formidler sine erfaringer om både motgang og suksesshistorier i egen livsstilsendring og opplevde konsekvenser av overvektbehandling. Disse bidragene synes å øke åpenhet om vanskelige og til dels tabubelagte temaer.

## ” Flere deltakere sier at de spiser for å dempe stress.

uker, tre, seks og tolv måneder etter kursslutt (7). Kun data fra første og siste datainnsamlings-tidspunkt er brukt i denne artikkelen.

**DATAINNSAMLING**

Deltakere ble rekruttert første kursdag. De som samtykket til å delta, besvarte umiddelbart en samling spørreskjemaer på kursstedet, og la den i en forseglett konvolutt som ble hentet av prosjektmedarbeideren. Ved de senere datainnsamlingene fikk deltakerne som hadde samtykket, tilsendt skjemaene og frankert returkonvolutt per post. Alle de 185 kursdeltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og 142 (77 prosent) samtykket til å delta i studien. Sekstisju av disse besvarte de to utvalgte spørreskjemaene ett år etter kursslutt og utgjør studiens utvalg.

I kartleggingen av deltakernes selvfølelse benyttet vi Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (8). Rosenberg hevdet at en person med høy selvfølelse har selvrespekt og ser seg selv som verdifull (9, 10). Den originale RSES består av ti spørsmål. Vi brukte en norsk kortversjon (RSES-4) utviklet av Ystgaard (11). De fire spørsmålene ble valgt ut ved en lineær regresjonsanalyse og viste høy korrelasjon ( $r = 0,95$ ) med den originale ti spørsmålsversjonen. Responsskalaen er gradert

Vi brukte General Self-Efficacy Scale (GSE) til å måle mestringsforventning (13). Begrepet «self-efficacy» som er utviklet av Alfred Bandura dreier seg om å tro på ens egen evne til å handle på en slik måte at mål en har satt seg kan oppnås (14). Mestringsforventning innvirker på handlekraft og opplevelse av kontroll, og en sterk opplevelse av mestringsforventning er knyttet til bedre helse og bedre sosial integrasjon (14). GSE har ti utsagn som skal vurderes på en skala fra 1=«Ikke riktig» til 4=«Helt riktig», totalskåren varierer fra 10–40, og høyere skår reflekterer høyere generell mestringsforventning. I vår studie var Cronbachs alpha 0,93 ved baseline og samsvarte godt med andre studier der Cronbachs alfa varierte fra 0,71 til 0,91 (15).

**INNHOLD OG ARBEIDSFORM**

Startkurset består av 40 timer, det er gruppebasert med gjennomsnittlig 20 deltakere og gjennomføres over om lag tre måneder (16). På kurset samarbeider helsepersonell og erfarne brukere i å formidle sentral fagkunnskap og erfaringer. Deltakerne får informasjon om de ulike behandlingsmetodene ved sykkelig overvekt for å kunne ta et informert behandlingsvalg. Kurset fokuserer på livsstilsendring med disse hovedtemaene:

Kursdeltakerne er på ulike stadier i sin endringsprosess og en individuell tilnærming er derfor også nødvendig. Gruppeveilederne som har helsefaglig høyskoleutdanning, ofte også tilleggsutdanning, bistår i å klarlegge hvor i prosessen kursdeltakerne er og hva som må til for å komme videre. Hver deltaker avklarer sine realistiske og konkrete mål i en skriftlig handlingsplan og denne evalueres jevnlig. Dette bidrar til å utvikle den enkeltes eierskap til endringsprosessen. Arbeid med å bevisstgjøre hva som kan sabotere gjennomføring av endringer og håndtering av tilbakefall foregår gjennom hele kurset. Bruk av ulike refleksjonsverktøy og strukturert veiledning gir deltakerne hjelp til å bli bevisste på hvordan tanker og følelser kan påvirke handlinger (17). Flere deltakere sier at de spiser for å dempe stress, derfor legges også til rette for stressmestring gjennom oppmerksomhetstrening (18).

Anerkjennelse av deltakernes følelser og perspektiver uten å fordømme, kritisere eller skape

skyldfølelse er grunnleggende for endringsprosesser (17). Gruppeveilederne fokuserer på løsninger og deltakernes ressurser, hva deltakerne ønsker å gjøre og hva de lykkes med. Samtidig utfordres deltakerne med spørsmål som fremmer refleksjon over alternative strategier, løsninger og handlinger. Ved å stille de viktige spørsmålene i stedet for å komme med de «riktige» svarene og løsningene, kan deltakerne få hjelp til å reflektere over egne tanker, følelser og atferd i ulike stadier av endringsprosessen. Dette er en vesentlig forutsetning for å ta kontroll over eget liv og endre atferd. Tilnærming og prosesser som kjennetegner Startkurs slik det er beskrevet ovenfor, betegner vi som selvstyrkende metoder. Det gruppebaserte tilbudet gir også et fellesskap med andre i samme situasjon, noe som oppleves positivt (2), og når oppmerksomhet på kropp og overvekten nedtones kan egenverdet styrkes.

## DATAANALYSE

Vi benyttet følgende statistiske tester: parvise t-tester for å sammenlikne gjennomsnittsverdier målt på ulike tidspunkter, Fishers eksakte test og kji-kvadrat for å undersøke ulikheter i fordeling mellom menn og kvinner; Cohens koeffisient d ble brukt til å beregne endring; d-verdier = 0,40 ble regnet å være klinisk signifikante (19). Vi brukte SPSS 18,0 for alle analyser.

## ETIKK

Studien ble godkjent av REK (Ref.nr S-08662c 2008/17575). Alle studiedeltakere samtykket skriftlig.

## RESULTATER

I denne delstudien besto utvalget av 67 deltakere (47,9 prosent)

som hadde valid respons på de aktuelle variablene ved baseline og 12 måneders oppfølging (Tabell 1). Deres gjennomsnittsalder (43,3 år) var ikke forskjellig fra de 75 som ikke svarte/ikke hadde fylt ut alle skjema (drop-outs) ved 12 måneders oppfølging (41,7 år), andelen kvinner (74,6 prosent) var ikke forskjellig fra andelen blant dropouts (66,7 prosent), andelen med utdanning over 12 år (35,8 prosent) var ikke forskjellig fra andelen blant dropouts (29,3 prosent), men deltakerne hadde signifikant høyere andel som var i arbeid (68,7 prosent) enn andelen blant dropouts (41,9 prosent,  $p = 0,001$ ). Vi fant ingen forskjeller i mestringsforventning mellom studie-

utvalget og dropouts, men det var en trend i retning av høyere selvfølelse blant utvalget (gjennomsnitt = 10,7) sammenliknet med drop-outs (gjennomsnitt = 9,9,  $t = 1,8$ ,  $p = 0,07$ ).

Hos mennene i utvalget var gjennomsnittsalderen ved baseline 43,8 år (standardavvik 8,8 år), mens den var 43,2 år (standardavvik 10,8 år) for kvinnene. De fleste var kvinner og en større andel menn enn kvinner var i arbeid, ingen statistisk signifikante forskjeller mellom kvinner og menn ble funnet. Gjennomsnittlig skåre for mestringsforventning blant menn var 28,0 (standardavvik 6,5), mens tilsvarende skåre for kvinner var 26,2 (standardavvik 6,7). Gjen-

**TABELL 1:** Demografiske data for menn og kvinner ved kursstart (N=67)

	Menn		Kvinner	
	Antall	%	Antall	%
	17	(25,4)	50	(74,6)
<b>Utdanning</b>				
> 12 år	5	(29,4)	19	(38,0)
inntil 12 år	12	(70,6)	31	(62,0)
<b>Arbeid</b>				
I arbeid	15	(88,2)	31	(62,0)
Ikke i arbeid	2	(11,8)	19	(38,0)

Alle p-verdier > 0,05

**TABELL 2:** Endringer i utvalget fra kursstart til ett års oppfølging (N = 67)

Variabler	Før kursstart		Ettårsoppfølging	Test	Effekt-størrelse <sup>1</sup>		
	Skala	Gj.snitt (standard avvik)	Gj.snitt (standard avvik)	t	p	d	
Mestringsforventning	10–40	26,7 (6,6)	30,1 (6,2)	4,58	<0,001	0,53	
Selvfølelse	4–16	10,7 (2,7)	12,2 (2,5)	5,17	<0,001	0,58	

<sup>1</sup>Cohens d

nomsnittlig skåre for selvfølelse blant menn var 11,2 (standardavvik 2,3), mens tilsvarende skåre for kvinner var 10,5 (standardavvik 2,9). Endringer i selvfølelse og mestringsforventning fra kursstart til ettårs oppfølgingen (Tabell 2) var statistisk signifikante og endringene var klinisk signifikante.

Det ble undersøkt om det var forskjeller i mestringsforventning eller selvfølelse mellom dem som gjennomgikk overvektskirurgisk behandling i perioden etter gjen-

(23). Økt mestringsforventning som vi fant etter 12 måneder kan knyttes til dette. Deltakerne mestringsforventning økte gradvis gjennom året (24). Å nå egne mål gir opplevelse av personlig kontroll. Man erfarer å ha både kunnskaper og verktøy som kan bidra til varig endring av atferden (21, 22). Mestringsforventning blir styrket gjennom positive erfaringer knyttet til egen atferd, særlig når man klarer å endre uønsket atferd. En strukturert handlingsplan

anbefaler at pasientkurs fokuserer på gruppeprosessene. Også norske studier av overvektige kursdeltakere har rapportert om gruppens betydning (29,30).

Studien hadde et prospektivt engruppdesign uten kontrollgruppe. Hensikten med studien var kjent både for kurslederne og deltakerne. Dette er svakheter som kan ha påvirket resultatvariablene i positiv retning. Oppfølgingsstidspunktet var imidlertid et helt år etter kurset var avsluttet, noe som reduserte det spesielle ved å delta i forskning og dermed reduserte en mulig Hawthorne-effekt på resultatmålet (31). Det ble ikke funnet signifikante forskjeller i selvfølelse og mestringsforventning mellom ikkeopererte deltakere og de som var operert ved ettårsoppfølgingen. Studiens engruppe design medførte at det ikke kunne kontrolleres for andre variabler som kan ha innvirket positivt på deltakernes selvfølelse og mestringsforventning.

Det var relativt stort frafall av deltakere ved ettårsoppfølgingen, men frafallsanalysen viste minimale forskjeller i sosiodemografiske variabler mellom utvalget og dem som ikke deltok i ettårsoppfølgingen. Ved kursoppstart var nivået av selvfølelse og mestringsforventning likt for dem som deltok og de som ikke deltok i ettårsoppfølgingen. Dette antyder at funn fra studien kan generaliseres til deltakere på tilsvarende kurs for personer med sykkelig overvekt.

## KONKLUSJON

Resultatene fra denne studien viser at deltakernes mestringsforventning og selvfølelse hadde en klinisk signifikant økning ett år etter fullført Startkurs. Kurset fokuserer ikke på vekt-nedgang, men på å tilegne seg

## ” Å nå egne mål gir opplevelse av personlig kontroll.

nomført kurs, og dem som ikke gjorde det. Ingen statistisk signifikante forskjeller ble funnet ved 12 måneders oppfølging (data ikke vist).

## DISKUSJON

Et år etter avsluttet Startkurs var det signifikant økning i deltakernes selvfølelse og mestringsforventning. På Startkurset ble det benyttet prinsipper fra kognitiv teori som også er brukt i intervensjonsstudier med overvektige som har funnet økning i selvfølelse (20–22). At styrking av selvfølelsen bidrar til langvarig vekt-nedgang er rapportert (20,21) og knyttes til at personene opplever økt psykologisk velvære.

Intensjonen bak Startkurset er at deltakerne oppdager egne ressurser og blir styrket til å ta kontroll over eget liv. Vi mener deltakernes eget arbeid med selvstyrkende metoder er viktige bidrag til de positive endringene i selvfølelse og mestringsforventning. Å arbeide ut fra en individuell handlingsplan er et godt verktøy for egenmestring og motivasjon for å nå målene

og mestringsforventning ser ut til å være hovedelementer når det gjelder å få i stand kostholdsendringer (25). En metaanalyse (26) av intervensjonsstudier basert på teorien om mestringsforventning (14) har dokumentert positiv effekt hos kronisk syke når det gjelder varige livsstilsendringer, selvurdert helse, egenmestring og reduksjon av symptomer.

En forutsetning for å arbeide med selvstyrkende metoder i gruppe er en trygg sosial arena preget av anerkjennende holdning. Dette åpner for at deltakerne også kan våge å snakke om uønsket atferd. I intervjustudier har deltakere etter avsluttet Startkurs fortalt at kvaliteten i møter med helsepersonell var avgjørende for motivasjon til å endre vaner (2,27). Et trygt sosialt miljø der man kan gi av seg selv (tanker, følelser, atferd) og få tilbakemelding fra andre, kan styrke selvfølelsen (28). Å delta i gruppe med andre som har lignende erfaringer ser deltakerne som en viktig faktor når det gjelder å kunne nå sine mål. Marks m.fl. (25) knytter bedring av mestringsferdigheter til dette og

kunnskap, identifisere, utfordre og endre uhensiktsmessige tanker og atferd og å ta kontroll over eget liv. Dette innholdet kan ha bidratt til resultatene, selv om også andre forhold kan ha medvirket til slike positive endringer i løpet av året. Det er viktig å undersøke om selvstyrkende metoder har positive resultater over lengre tid for

studiedeltakerne. Deltakernes erfaringer med bruk av handlingsplan kan ha verdi også etter kurset, da det er et verktøy som skaper bevissthet om utfordringer og mestringsmål. De selvstyrkende metodene som ble benyttet i Startkurset er også relevante for andre diagnosegrupper fordi anerkjennelse av og fokus på personenes egne ressurser

er sentralt i alle situasjoner der læring og endring er målet. Det er behov for flere studier på hvilken betydning kurs for pasienter og pårørende har for selvfølelse og mestringsforventning særlig i situasjoner med langvarige helseutfordringer. Både spørreundersøkelser og intervjustudier kan bidra med ytterligere kunnskap på dette feltet.

## REFERANSER

1. Nygaard E, Kårikstad V. Prioriteringsveileder – Sykelig overvekt. Helsedirektoratet, Oslo. 2009.

2. Borge L, Christiansen B, Fagermoen MS. Motivasjon til livsstilsendring hos pasienter med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning* 2012;7:14–22.

3. Cochrane G. Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments. *Can Fam Physician* 2008;54:543–47.

4. Hvinden K. Etablering av Lærings- og mestringssettene. I: Lerdal A., Fagermoen MS (red). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2011.

5. Hoel G, Mjelva SU, Fryjordet J, Sletnes T, Shuja AL, (red.). «Pulsene opp for bedre helse» - Forebyggende og helsefremmende arbeid. Statusrapport. Den norske legeforening, Oslo. 2012.

6. Steirhaug S, Hatling T, Bringager N. Evaluering av Nasjonal kompetansesenter for læring- og mestring. Sintef, Oslo. 2008.

7. Lerdal A, Andenæs R, Bjørnsborg E, Bonsaksen T, Borge L, Christiansen B, Eide H, Hvinden K, Fagermoen MS. Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. *Qual Life Research* 2011;20:1187–96.

8. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press, Princeton, New Jersey. 1965.

9. Rosenberg M. *Conceiving the self*. Basic Books, New York. 1979.

10. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, Rosenberg F. Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *Am Sociol Rev* 1995; 60: 141–57.

11. Ystgaard M. Sårbar ungdom og sosial støtte. Rapport nr. 1/1993. Senter for sosialt nettverk og helse, Oslo. 1993.

12. Tambs K. Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective

well-being: results from the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Psychosom Med* 2004; 66:776–82.

13. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. I: Weinman J., Wright S., Johnston M (red). *Measures in health psychology: A user's portfolio*. NFER-Nelson, Windsor. 1995.

14. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman and Company, New York. 1997.

15. Schwarzer R, Scholz U. Cross-cultural assessment of coping resources: The general perceived self-efficacy scale. Paper presented at the First Asian Congress of Health Psychology: Health Psychology and Culture. Tokyo, Japan. 2000.

16. Bonsaksen T, Hustadnes AL, Axelsen P, Bjørnsborg E. Lærer å mestre sykkelig fedme. *Tidsskr Sykepleien* 2011;2:58–60.

17. Barth T, Børtveit T, Prescott P. *Endringsfokuset rådgivning*. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2001.

18. de Vibe M, Moum T. Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126:1898–902.

19. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992;112:155–9.

20. Palmeira AL, Branco TL, Martins SC, Minderico CS, Silva MN, Vieira PN, Barata JT, Serpa SO, Sardinha, LB, Teixeira PJ. Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. *Body Image* 2010;7: 187–93.

21. Werrij MQ, Jansen A, Mulkens S, Elgersma HJ, Ament AJHA, Hospers H. Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *J Psychosom Res* 2009;67:315–24.

22. Johansen V, Andreassen R. Livsstilsendring og vektreduksjon med kognitiv terapi og oppmerksomhetstrening. *Tidsskr Kognitiv Terapi* 2010;11:7–13.

23. Teixeira JP, Silva MN, Mata J, Pal-

meira AL, Markland D. Motivation, self-determination, and long-term weight control. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9:22.

24. Bonsaksen T, Fagermoen MS, Lerdal A. Trajectories of self-efficacy in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *Psychology & Health* 2014; 29:350–64.

25. Kreausukon P, Gellert P, Lippke S, Schwarzer R. Planning and self-efficacy can increase fruit and vegetable consumption: a randomized controlled trial. *J Behav Med* 2012; 35:443–51.

26. Marks R, Allegrante JP, Lorig KA. A review and syntheses of research evidence for self-efficacy enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice. *Health Promot Pract* 2005;6:37–43.

27. Smedsrød ML. Vellykket livsstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdigheter og evne til selvregulering. Masteroppgave. Nordic School of Public Health, Göteborg. 2012.

28. Swann WB, Chang-Schneider C, McClarty KL. Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist* 2007; 62:84–94.

29. Mæhlum S, Danielsen KK, Heggebø LK, Schiøll J. The Hjelp24 NIMI Ringerike obesity clinic: an inpatient programme to address morbid obesity in adults. *Br J Sports Med* 2012;46:91–4.

30. Nossom R, Rise M, Steinsbekk A. Patient education – Which parts of the content predict impact on coping skills? *Scand J Public Health* 2013; 41:429–35.

31. Campbell JP, Maxey VA, Watson WA. Hawthorne effect: implications for pre-hospital research. *Ann Emerg Med*; 1995; 26:590–94. Referanser

Les kommentaren på side 224 >>

# Psykologisk perspektiv viktig

› Dette kan gi pasienter med sykelig overvekt økt selvinnsikt og kontroll.



**Kirsti Jenssen**

Cand.paed., spesialist  
i klinisk pedagogikk

Etterundersøkelsen Fagermoen og medarbeiderne har gjennomført, viser at Startkurs for mennesker med sykelig overvekt, kan gi økt selvfølelse og mestringsforventning. Undervisning og veiledning individuelt og i gruppe, der man fokuserer på psykologiske temaer, bør dermed vektlegges og videreutvikles i behandling av målgruppen.

Overvekt er i dag en stor utfordring i Norge. Til tross for at helsemyndighetene råder alle til å gå en halv time daglig, spise mer fisk og «fem-om-dagen», og dessuten informerer om følgeskader overvekt kan ha, øker forekomsten av overvekt. Startkurs har som hensikt «å bistå deltakerne med å ta informert behandlingsvalg, komme i gang med livsstilsendringer og etablere et støttende nettverk». Kurset skal medføre økt bevissthet om hvordan tanker og følelser kan påvirke handlinger, og hvordan den enkelte kan ta kontroll over eget liv og endre atferd. Bevisstgjøring og egenrefleksjon vektlegges. Man gjør en pedagogisk metodevid-

ning fra informasjon og rådgivning om konkrete handlinger, til dialog og erfaringsutveksling som sentrale læringsmetoder. Intervensjonen er basert på en psykologisk forståelse av problemet. Resultatet viser økt selvfølelse og mestringsforventning. Artikkelen forteller ikke om deltakerne oppnådde vektreduksjon

På Lovisenberg Diakonale Sykehus gjennomfører tverrfaglig team i medisinsk klinikk kurs for mennesker med sykelig overvekt. Kurset har mye til felles med Startkurs. Psykologspesialist deltar i teamet og bidrar med undervisning og veiledning av kursdeltakerne. Ved å endre epistemologisk perspektiv, der problemet blir forstått mer som et emosjonelt problem enn som mangel på kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet, er det en naturlig følge at psykolog blir et sentralt teammedlem. I Startkurs har andre faggrupper utviklet psykologisk kompetanse gjennom utdanning og veiledning.

Startkurset i undersøkelsen gikk over fire måneder for fem år siden. Deltakerne har svart på spørsmål ett år etter avsluttet kurs. La oss håpe at Fagermoen følger gruppen med ny spørreundersøkelse for å avdekke om intervensjonen har ønsket effekt utover det første året. Kunnskapen som framkommer bør anvendes for å videreutvikle intervensjon som går over flere år utført av psykosomatisk helsepersonell, og effektundersøkelse bør gjøres over lengre tid.

Artikkelen til Fagermoen og hennes medarbeidere er relevant for alt helsepersonell som møter pasienter med et overvektspå problem. Funnene i undersøkelsen tyder på at et psykologisk perspektiv i forhold til endring, kan gi målgruppen økt selvinnsikt og kontroll og styrket grunnlag for å løse sitt overvektspå problem.

Les artikkelen på side 216







ungdomskilde



varmekilde



næringskilde



kunnskapskilde

Vi vet at du som sykepleier er faglig sterk. Derfor vet vi også at du ønsker å beholde den styrken ved å holde deg oppdatert på hva som skjer innenfor faget ditt – både nasjonalt og internasjonalt.

I **Sykepleien Forskning** presenterer vi forskningsresultater, sykepleiefaglige problemstillinger og internasjonale fagartikler – så du alltid har din egen kilde til kunnskap og kompetanse.



Illustrasjonsbilde: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Sykehjemsbeboerne er som følge av sammensatte omsorgsbehov og redusert helsetilstand en sårbar gruppe. Beboernes opplevelse av sykehjemsoppholdet avhenger i stor grad av de ansatte, deriblant i hvilken grad de klarer å etablere og vedlikeholde beboernes relasjoner.

**Hensikt:** Hensikten med studien er å studere hvilken betydning personlige relasjoner har for sykehjemsbeboernes tilfredshet med oppholdet på sykehjem.

**Metode:** En tverrsnittundersøkelse gjennomført ved fire sykehjem i østlandsområdet, der et kvantitativt spørreskjema ble besvart av 114 beboere høsten 2011.

**Resultater:** Tilfredsheten med oppholdet på sykehjem hadde statistisk signifikant sammenheng med sykehjemsbeboerens opplevelse av relasjonen til de ansatte, medarbeidere, samt deres tilfredshet med aktivitetstilbudet på sykehjemmet. I tillegg var det statistisk signifikant sammenheng mellom aktivitetstil-

budet og beboeres tilfredshet med relasjonene til ansatte og medarbeidere.

**Konklusjon:** Ansatte på sykehjem har et særskilt ansvar for å legge forholdene til rette for at sykehjemsbeboere trives med oppholdet. Dette oppnår man ved å etablere gode relasjoner til beboere, samt gode relasjoner mellom beboere på sykehjem. Fritidsaktiviteter ser ut til å være egnet middel for å etablere relasjoner, i tillegg til å påvirke tilfredsheten i seg selv.

## ENGLISH SUMMARY

### The impact of personal relationships on patient satisfaction in nursing homes

**Background:** Nursing home residents are, due to their need of complex care and reduced health, a vulnerable group. Residents' experience of their stay depends largely on the staff in nursing homes, including how they manage to establish and maintain residents' relationships.

**Objective:** The purpose of this study is to study the influence of personal relationships on residents' satisfaction with their stay in a nursing home.

**Method:** A cross-sectional study conducted at four nursing homes in the eastern area of Norway, where 114 residents answered a quantitative questionnaire in fall 2011.

**Results:** Satisfaction with the nursing home correlated statistically significant with nursing home residents' experience in their relationship with employees, other residents and satisfaction with leisure opportunities at the nursing home. In addition, there was a statistically significant association between leisure opportunities and residents' contentment with relationships with employees and other residents.

**Conclusion:** Employees at nursing homes have a responsibility to ensure that residents are thriving at the nursing home. This can be done by promoting personal relationships between residents and employees, and through establishing relationships among residents. Leisure opportunities appear to be a suitable mean to establish personal relationships at the nursing home, in addition to achieve patients' satisfaction on its own.

**Keywords:** Nursing homes, Patient satisfaction, Survey

# » Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem

Forfattere: Jörg W. Kirchhoff,  
Camilla Gjellebæk og Merete Tangen

## NØKKELORD

- Sykehjem
- Pasienttilfredshet
- Spørreskjemaundersøkelse

## INTRODUKSJON

I 2011 var over 90 prosent av sykehjemsbeboerne eldre med behov for omfattende bistand (1). Sykehjem er dermed en av de viktigste institusjonene for eldre med sammensatte omsorgsbehov. Helsetilstanden til denne gruppen er både fysisk og psykisk redusert (2,3). De er derfor ekstra sårbare og avhengige av at ansatte i sykehjem legger forholdene til rette for at oppholdet oppleves som tilfredsstillende.

En rekke studier har identifisert ulike faktorer som påvirker sykehjemsbeboeres tilfredshet, deriblant personlige relasjoner (2,4–9), tilbud om aktiviteter (2,6,10), varighet på oppholdet (2,8), beboernes vurdering av kvaliteten på tjenestene (2,11), samt en rekke organisatoriske faktorer (10,12,13). Forskning viser at personlige relasjoner er en sentral faktor (8), og omfatter relasjoner til familiemedlemmer (5–7), personalet (6,8,11) og andre beboere på sykehjemmet (7).

Tseng & Wang framhevet i sine funn at relasjonen til pleiepersonalet var mest betydningsfullt (8). Sosial og emosjonell støtte i relasjonen til ansatte ser ut til å øke beboeres tilfredshet i tillegg til å kunne forebygge opplevelsen av ensomhet (5,7). Betydningen av beboeres forhold til ansatte nyanseres imidlertid av Bergland og Kirkevold, og de differensierer mellom tre typer relasjoner mellom beboere og ansatte (6). En type relasjoner var preget av gjensidighet og utveksling av privat informasjon mellom beboere og ansatte. Upersonlige relasjoner med de ansatte var en annen type relasjon. I de upersonlige relasjonene vurderte beboere personalet som hyggelige, men tok kun kontakt når de hadde behov for hjelp. Den siste identifiserte typen av relasjoner var kjennetegnet av avstand, der beboerne ønsket å være i fred. Av den grunn minimaliserte de kontakten med ansatte.

Samtidig som det hersker relativ enighet om betydningen av beboernes relasjon til ansatte, er det omdiskutert i hvilken grad relasjonene til familiemedlemmer og andre beboere er utslagsgivende for pasienttilfredsheten. For eksempel fant Drageset, Kirkevold og Espehaug (5) at

fravær av sosial kontakt med familie hadde betydning for opplevelsen av ensomhet. Samtidig medførte en økning i den sosiale kontakten med familiemedlemmer ingen endring i denne opplevelsen (5). Tseng og Wang (8) fant ingen statistisk signifikant sammenheng mellom opplevelsen av oppholdet på sykehjemmet og beboernes relasjon til medboere, mens Patterson (14) fant at medboere var viktige for å mestre tilpas-

### Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at gode relasjoner mellom beboere på sykehjem og mellom beboerne og de ansatte øker pasienttilfredsheten.

### Mer om forfatterne:

Jörg W. Kirchhoff er sykepleier med videreutdanning i anestesisykepleie og dr.philos. Han er ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag. Camilla Gjellebæk er sykepleier med mastergrad i Helsefremmende lokalsamfunnsarbeid. Hun er ansatt som høgskolelektor ved Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag. Merete Tangen er sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg og jobber som fag- og kvalitetsrådgiver. Kontaktperson: jorg.kirchhoff@hiof.no.

ningen til opphold på sykehjem. Usikkerhet knyttet til betydningen av relasjonene til familiemedlemmer og medboere, indikerer behov for å studere betydningene av dette nærmere.

I tillegg framhever flere forfattere at tilgang på ulike former for aktiviteter har betydning for pasienttilfredsheten (2,7,10,14). Dette gjelder i særlig grad når aktivitetene tar utgangspunkt i beboernes interesser og gir rom for aktiv deltakelse (15). Det er rimelig å anta at tilbud om aktivitet har en nær sammenheng med beboernes relasjoner til ansatte og medboere. Aktivitetene skaper et handlingsrom der man etablerer og vedlikeholder relasjoner med de aktører som deltar, og kan dermed omfatte både ansatte og medboere.

Gjennomgangen av tidligere forskning viser at beboernes relasjon til de ansatte er av stor betydning for opplevelsen av oppholdet. På den annen side er det knyttet usikkerhet til betydningen av relasjonene mellom medboere. Hensikten

brukertilfredshetsundersøkelse gjennomført ved sykehjemsheten i en mellomstor norsk kommune på Østlandet. Undersøkelsen hadde et tverrsnittsdesign (16), der man ved hjelp av spørreskjema kartla beboernes tilfredshet med ulike aspekter ved oppholdet på sykehjemmet. I tillegg til bakgrunnsvariabler om beboernes kjønn, hvilken alderskategori de tilhørte, samt varighet og formål med oppholdet, ble beboerne bedt om å vurdere en rekke forhold; deriblant aktivitetstilbud og mulighet for samhandling med personalet og andre beboere. Til slutt ble beboerne bedt om å gi en totalvurdering av oppholdet på sykehjemmet, ved å svare på spørsmålet, «Alt i alt – hvor fornøyd er du med stedet du bor på?». Totalvurderingen utgjør målet på pasienttilfredshet, og er den avhengige variabelen i våre analyser.

Vurderingen av aktivitetstilbud, mulighet for samhandling og totalvurdering ble utført ved hjelp av en skala (16) med verdiene 1 til 6. Verdien 1 var defi-

nøyd», mens verdiene 1–4 fikk verdien «ikke fornøyd».

#### DATAINNSAMLING OG UTVALG

Undersøkelsen ble gjennomført ved fire sykehjem med til sammen 179 senger, fordelt på 46 korttids-plasser og 133 plasser for beboere med vedtak om permanent plass. Avdelingsleder og en sykepleier ved hver avdeling vurderte i forkant av undersøkelsen beboernes samtykkekompetanse og muligheter for å svare på skjemaet. Dette førte til at 27 av beboerne ved sykehjemmene ble ekskludert fra undersøkelsen.

Datainnsamlingen ble utført i løpet av høsten 2011 og foregikk ved at populasjonen på 152 beboere som fylte inklusjonskriteriene, ble forespurt om å delta i undersøkelsen. Beboerne kunne velge om de ville svare på spørreskjemaet på egen hånd, sammen med pårørende eller om de ville bli intervjuet av representanter fra kommunen. Intervjuene ble foretatt av ansatte i kommunen med kompetanse på demens og kommunikasjon med eldre, og som ikke var ansatt ved sykehjemmene. I forkant av datainnsamlingen ble det distribuert et informasjonsskriv til både beboerne og deres pårørende. Informasjonsskrivet gjorde rede for formålet med studien, at deltakelsen var frivillig og at beboere som deltok skulle sikres konfidensialitet.

#### ANALYSE AV DATA

Skjemaene ble registrert og analysert i statistikkprogrammet SPSS, versjon 20. Analysene omfattet frekvensanalyser av aktivitetstilbudet, muligheten for samhandling med ansatte og medboere samt pasienttilfredsheten. Det ble også foretatt krysstabellanalyser med bruk av kji-kvadrat test for å studere om det fantes statistisk

” Relasjonen til de ansatte var nesten like betydningsfull som relasjonene mellom medbeboere.

med artikkelen er å studere nærmere om relasjonene mellom medboere har betydning for pasienttilfredsheten, både i seg selv og i forhold til relasjonen med ansatte. I tillegg ønsker vi å studere hvorvidt aktivitetstilbudet påvirker beboernes personlige relasjoner.

#### DESIGN OG METODE

Funnene er basert på sekundærdata som kommer fra en

nert som et uttrykk for at man var «svært misfornøyd», mens verdien 6 ble kategorisert som «svært fornøyd». I tillegg ble verdiene 5 og 6 markert med grønt for å symbolisere at de var uttrykk for at man var fornøyd, mens verdiene 1 og 2 ble markert med rødt og verdiene 3 og 4 ble markert med gult. Av den grunn ble variablene under analysen dikotomisert ved at verdiene 5 og 6 ble slått sammen og fikk verdien «for-

signifikante sammenhenger mellom pasienttilfredshet og spørsmålene knyttet til beboernes relasjoner. Den avsluttende multivariate analysen ble gjort ved hjelp av logistisk regresjon med totalvurderingen av oppholdet på sykehjemmet som den avhengige variabel. Valgt signifikansnivå for analysene er 5 prosent.

### ETISKE OVERVEIELSER

Studien ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonens forskningsetiske retningslinjer, deriblant informert samtykke og ivaretagelsen av sårbare grupper (17). Beboerne og deres pårørende ble i tillegg forsikret om en konfidensiell behandling av svarene og at deltakelsen var frivillig. Bestemmelsene relatert til taushetsplikt og helsepersonell ble overholdt ved at man under datasamlingen, eksempelvis under intervjuene, aidentifiserte spørreskjemaene (18).

### RESULTATER

#### Utvalget

Utvalget besto av 114 beboere, det vil si 75 prosent av alle beboere som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Sytten av beboerne var tilknyttet korttidsplassene, tre hadde avlastningsplass og 94 beboere hadde vedtak om permanent plass på sykehjem. Tabell 1 viser utvalgets sammensetning ut fra kjønn, hvilken aldersgruppe de tilhørte, varigheten på oppholdet, samt hvordan skjemaet ble besvart.

De fleste beboerne i utvalget var kvinner (63 prosent), i aldersgruppen 80–90 år (59 prosent) og hadde bodd i sykehjemmet i mer enn ett år (83 prosent). Til tross for en liten overvekt av kvinner i aldersgruppene 80–90 år og > 90 år viste analysen ingen signifikante forskjeller i fordelingen av kvinner og menn mellom alderskategoriene. Halvparten

av spørreskjemaene ble besvart i samarbeid mellom pårørende og beboeren (se tabell 1).

#### Pasienttilfredshet

Figur 1 viser beboernes totalvurdering av tilfredshet med oppholdet

svarte at de var «misfornøyd» mens ingen oppga å være «svært misfornøyd». Gjennomsnittsverdien for totalvurderingen var 4,9, og median hadde verdien 5.

68 prosent svarte at de var fornøyde med oppholdet, det vil

De fleste beboerne i utvalget var kvinner.

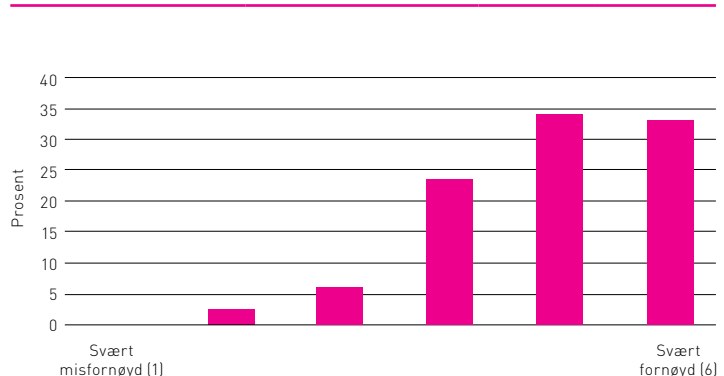
på sykehjemmet. 33 prosent av beboerne svarte at de var «svært fornøyd», tre prosent av beboerne

si at de hadde gitt verdien 5 eller 6. En krysstabellanalyse av bakgrunnsvariablene (jamfør Tabell 1)

TABELL 1: Utvalget i studien. (N=114).

		N	Prosent
Kjønn	Kvinner	72	63,2
	Menn	42	36,8
Aldersgruppe	< 67 år	5	4,4
	67–79 år	11	9,6
	80–90 år	67	58,8
	> 90 år	31	27,2
Varigheten på oppholdet	</= 12 mnd.	20	17,5
	> 12 mnd.	94	82,5
Besvarelsen av skjemaet	Beboeren	5	4,4
	Beboeren og pårørende	58	50,9
	Intervju	51	44,7

FIGUR 1: Totalvurderingen av oppholdet på sykehjem. Prosent. (N=114)



**TABELL 2:** Prosentandel beboere som er fornøyd med relasjonen til ansatte, medboere og aktivitetstilbudet. (N = Antall beboere som har svart på spørsmålet)

	Andel fornøyd (%)	Median	N
<b>Relasjonen til ansatte</b>			
Muligheten til å snakke med personalet***	67,9	5	106
Personalet bruker tid sammen med meg**	39,8	4	98
<b>Relasjonen til medboere</b>			
Muligheten for å være sammen med andre beboere***	73,4	5	98
<b>Aktivitetstilbudet</b>			
Muligheten for å være med på varierte aktiviteter**	66,3	5	83
Muligheten for å komme ut i frisk luft**	45,1	4	91

Statistisk signifikant korrelasjon med totalvurderingen av oppholdet på sykehjem  
 \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,000

**TABELL 3:** Logistiske regresjonsanalyser. Avhengig variabel: Totalvurderingen av oppholdet på sykehjem.

	Modell 1 (N=96)	Modell 2 (N=98)	Modell 3 (N=86)
<b>Variabler</b>	OR 95 % KI	OR 95 % KI	OR 95 % KI
Relasjonen til ansatte på sykehjem	4,6* 1,7-12,3		3,2* 1,1-9,8
Relasjonen til beboere på sykehjem		6,0***2,3-16,1	3,6* 1,2-10,7
<b>R<sup>2</sup> (Nagelkerke)</b>	<b>0,15</b>	<b>0,19</b>	<b>0,23</b>

OR = Odds ratio. KI = Konfidensintervall. Statistisk signifikant korrelasjon mellom totalvurderingen og variablene i tabellen. \* p < 0,05, \*\*\* p < 0,001  
 Referanseverdiene for de uavhengige variablene = Ikke tilfreds

og totaltilfredsheten blant beboerne i utvalget viste ingen tilfredshet og deres kjønn, hvilken alderskategori de tilhørte,

66 prosent var tilfreds med aktivitetstilbudet.

statistisk signifikante sammenhenger mellom beboernes varighet på oppholdet eller hvordan skjemaet ble utfylt.

Tabell 2 viser hvor mange av beboerne som har vurdert relasjonen til ansatte og medboere, samt aktivitetstilbudet ved sykehjemmet. I tillegg angis det hvor mange prosent av beboerne som var fornøyd med de ulike aspektene ved oppholdet og median som mål på sentraltendensen.

68 prosent av beboerne svarte at de var tilfredse med muligheten for å være sammen med personalet, mens 40 prosent var tilfreds med tiden personalet brukte på dem. I tillegg var 74 prosent tilfreds med muligheten til å være sammen med andre beboere, og 66 prosent var tilfreds med aktivitetstilbudet. Krysstabellanalysen mellom variablene i tabell 2 og totaltilfredsheten viste at det var en positiv statistisk signifikant sammenheng mellom beboernes tilfredshet med samhandlingen, aktivitetstilbudet og deres totalvurdering av sykehjemsoppholdet. Denne sammenhengen innebærer at en økning i tilfredsheten med relasjonen til de ansatte, medboere og aktivitetstilbudet, ga økt tilfredshet i forhold til totalvurderingen av oppholdet. Det som ikke kommer frem av tabellen er at analysen også viste en positiv signifikant korrelasjon mellom muligheten til å være med på varierte aktiviteter, og vurderingen av de personlige relasjoner til både ansatte (Kendalls tau = 0,35) og medboere (Kendalls tau = 0,3).

For å sammenlikne betydningen av beboernes personlige relasjoner på tilfredsheten med oppholdet på sykehjem er det brukt logistisk regresjon (tabell 3).

For det første viser alle modeller presentert i tabell 3 at dersom beboerne er til-

fredse, enten med relasjonen til de ansatte (modell 1), medboere på sykehjemmet (modell 2) eller begge samtidig (modell 3), så assosieres dette med en økt totaltilfredshet. I tillegg viser modellene at tilfredshet med relasjonen til beboere på sykehjem i større grad assosieres med tilfredshet med oppholdet enn tilfredshet med relasjonen til de ansatte. Forskjellen i relasjonenes betydning for totaltilfredsheten utjevnes imidlertid når begge relasjoner inkluderes i modellen (modell 3). Av den grunn ansees begge typer av relasjoner som like betydningsfull i den avsluttende diskusjonen. Til slutt viser økningen i  $R^2$  fra modell 1 til 3 at man forklarer en større andel av variasjonen i beboerens totaltilfredshet dersom begge typer relasjoner inkluderes i modellen.

## DISKUSJON

Funnene i denne studien viser at relasjonen til medboere har betydning for tilfredsheten med oppholdet på sykehjem, samt at relasjonen til de ansatte var nesten like betydningsfulle som relasjonene mellom medboere. I tillegg kommer det frem at et tilfredsstillende aktivitetstilbud er med på å påvirke relasjonen til både ansatte og medboere. Det finnes imidlertid metodologiske svakheter ved studien som man bør ta i betraktning før en videre diskusjon av funnene.

### Metodekritikk

Tidligere studier anslår forekomsten av demens til å være på mellom 75 og 80 prosent blant beboere ved norske sykehjem (4,19). Det er dermed rimelig å anta at flere av beboerne som deltok i studien hadde

en demenssykdom, noe som kan forklare at 95 prosent av skjemaene var blitt utfylt med

relasjonelle aspekter ved sykehjemsopphold diskuteres i forhold til andre sykehjem.

## ” Aktiviteter skaper et handlingsrom for å etablere og vedlikeholde relasjoner.

assistanse fra pårørende eller ansatte i kommunen. Dette reiser spørsmålet om svarene er uttrykk for beboernes egne eller andres vurderinger av forholdene på sykehjemmene. En tidligere studie har imidlertid vist at pårørende er egnet til å være med på å vurdere kvaliteten på tjenesten som ytes til beboere på sykehjem (3). Analysen viste dessuten ingen statistisk signifikante forskjeller i vurderingene når man sammenliknet spørreskjemaene som enten var fylt ut ved hjelp av pårørende eller kommunens representanter.

Et grep for å styrke påliteligheten i respondentenes svar var en vurdering av respondentenes evne til å kunne gi uttrykk for sine egne ønsker, noe som førte til at beboere uten samtykkekompetanse ble ekskludert. På den måten har også beboere med en mild demenssykdom fått bidra med informasjon. Dette tilsvarer en tidligere studie der man ved hjelp av standardiserte spørreskjema har inkludert pasienter med demens (20).

Et siste metodologisk ankepunkt er at studien begrenser seg til sykehjemsavdelingene i én kommune. Utvalget i denne studien er dermed ikke representative for alle sykehjemsbeboere ved norske sykehjem. Samtidig svarer respondentene i utvalget til norske sykehjemsbeboere med henhold til alder og kjønn (16). Av den grunn kan og bør betydningen av

### Relasjonen til de ansatte

I likhet med tidligere studier (7,8,10), hadde beboernes relasjon til de ansatte betydning for tilfredsheten med sykehjemsoppholdet. Denne studien knyttet beboernes relasjon til ansatte til opplevelsen av at ansatte brukte tid på beboerne, samt at man hadde anledning til å kunne slå av en prat med personalet. I denne sammenhengen er det interessant å peke på forskjellen i tilfredshet med de ovennevnte forhold, det vil si at 68 prosent av beboerne var fornøyd med muligheten for kontakt mens kun 40 prosent var fornøyd med tiden ansatte brukte på dem (tabell 2). Betydningen av å ha samhandlingssituasjoner med en viss varighet framheves av Birkeland og Natvig (22), som fant at dersom samhandlingen med hjemmesykepleien var av kort varighet kunne ensomhetsfølelsen blant brukerne øke. En tidsstudie av sykepleiere på to australske sykehjem viser for eksempel at de fleste aktivitetene som ble utført av sykepleierne var av kort varighet (23). Den australske studien fant også at ansattes kommunikasjon med beboere, som samlet sett utgjorde halvparten av arbeidsdagen, i gjennomsnitt hadde en varighet på 90 sekunder (23). Følgelig er det rimelig å anta at det finnes et potensial for å bedre pasienttilfredsheten ved å øke varigheten på samhandlingen mellom beboere og ansatte.

### Relasjonen til medboere

I motsetning til tidligere studier finner vi at beboernes relasjon til medboere hadde betydning for tilfredsheten med oppholdet på sykehjemmet. Funnet avviker fra studien til Tseng og Wang (8) som ikke fant statistisk signifikant sammenheng mellom beboeres relasjoner til medboere, og opplevelsen av livskvalitet. Derimot støtter våre funn studien til Patterson (14) der medboere var av betydning, blant annet ved å gi emosjonell og praktisk støtte under oppholdet. Lignende funn er gjort av Bergland og Kirkevold som fant at medboere ikke bare kunne øke trivselen, men også lette situasjonen for beboere som ikke trivdes på sykehjemmet (24). Samtidig viser deres studie at enkelte av beboerne ikke ønsket kontakt med de andre beboerne, enten fordi man hadde tilstrekkelig med andre relasjoner eller ikke forventet at det var mulig å inngå relasjoner med medboere (24). Det ser dermed ut til at bety-

motsetning til passiviserende tiltak der man blir underholdt, som for eksempel høytlesning (15). I hennes studie viste de fleste beboerne interesse for fellesaktiviteter og utflukter, som opplevdes som lystbetonte og stimulerende aktiviteter. Opplevelsene aktivitetene ga, førte til økt tilfredshet.

Vår studie indikerer dessuten at aktivitetstilbudet hadde en ytterligere funksjon, siden aktivitetstilbudet hadde en positiv signifikant korrelasjon med relasjonene mellom beboerne og de andre aktørene på sykehjemmet. Det er rimelig å anta at aktiviteter skaper et handlingsrom for å etablere og vedlikeholde relasjoner, og at aktivitetene dermed fikk betydning både for relasjoner mellom ansatte og beboere og relasjoner mellom beboere. Relasjonene til de ansatte er nært knyttet til at de fleste aktivitetene initieres av, og involverer de sykehjemsansatte, og gjelder i særlig grad ved aktiviserende tiltak. Dessuten

imidlertid hos de ansatte. Både Kvalitetsforskriften (25) og Forskrift for sykehjem (26) pålegger institusjonene å legge til rette for sosiale aktiviteter med utgangspunkt i beboernes interesser, for å skape et meningsfullt opphold. Ansatte på sykehjem har dermed ansvar for tilretteleggingen av aktivitetene. De ansattes tilrettelegging som suksessfaktor bekreftes i en studie der beboere med ønske om sosial kontakt med andre beboere, fikk etablere meningsfulle relasjoner som følge av ansattes bevisste innsats (24).

### KONKLUSJON

Sykehjemmene representerer en betydningsfull institusjon for eldre med sammensatte omsorgsbehov, noe som fører til at ansatte har et særskilt ansvar for å legge til rette for at beboernes opphold oppleves som tilfredsstillende. Denne studien konkluderer med at beboeres tilfredshet med relasjonen til ansatte og medboere øker pasienttilfredsheten, samt at begge typer relasjoner er av like stor betydning.

I tillegg framheves aktivitetstilbudets dobbelte funksjon. Aktiviteter gir positive opplevelser i seg selv og kan i tillegg styrke relasjonene mellom ansatte og beboere. Ved fremtidige studier bør man av den grunn være oppmerksom på dette, samt utarbeide et måleinstrument som omfatter og differensierer mellom de ulike relasjonene på sykehjem.

” Tilfredshet med aktivitetstilbudet øker den totale tilfredsheten med oppholdet.

ningen av beboernes relasjon til medboere bør differensieres ved fremtidige studier for å belyse aspektet ytterligere.

### Aktiviteter

I likhet med tidligere studier (2,7,10) finner vi at tilfredshet med aktivitetstilbudet øker den totale tilfredsheten med oppholdet på sykehjem, og at variasjon i aktivitetene hadde størst effekt på tilfredsheten blant beboerne. Haugland viser at aktiviserende tiltak der beboerne får være deltakere under aktiviteten er høyt verdsatt, i

kunne aktiviteter føre beboere sammen i en sosial setting som i neste omgang kan bidra til å etablere relasjoner med andre beboere. Denne konsekvensen inntreffer imidlertid ikke alltid. For eksempel fant Bergland og Kirkevold (24) at mangel på bevissthet rundt organiseringen av aktiviteter, som for eksempel måltidene, forhindret beboere i å knytte relasjonelle bånd.

Ansvaret for utformingen av et aktivitetstilbud som både gir gode opplevelser og mulighet til å etablere og vedlikeholde relasjonene mellom aktører, ligger

### REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Tabell: 08156: Plasser i institusjoner for eldre og funksjonshemmede (K). 2011. 2. Drageset J,



- Natvig GK, Eide GE, Bondevik M, Nortvedt MW, Nygaard HA. Health-related quality of life among old residents of nursing homes in Norway. *International Journal of Nursing Practice*. 2009;15:455-66.
3. Johansson I, Larsson BW, Schmidt I, Hall-Lord ML. Family members' perception of health, falls, pressure sores, nutrition, and quality of care related to degree of confusion in nursing home residents. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 2004;24:25-30.
4. Drageset J, Eide GE, Nygaard HA, Bondevik M, Nortvedt MW, Natvig GK. The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents—a questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46:66-76.
5. Drageset J, Kirkevold M, Espehaug B. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48:611-9.
6. Bergland A, Kirkevold M. Resident-caregiver relationships and thriving among nursing home residents. *Research in Nursing & Health*. 2005;28:365-75.
7. Bergland A, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43:681-91.
8. Tseng S, Wang R. Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in southern Taiwan. *Public Health Nursing*. 2001;18:304-11.
9. Rash EM. Social Support in Elderly Nursing Home Populations: Manifestations and Influences. *Qualitative Report*. 2007;12:375-96.
10. Kirkevold O, Engedal K. Quality of care in Norwegian nursing homes—deficiencies and their correlates. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2008;22:560-7.
11. Burack OR, Weiner AS, Reinhardt JP, Annunziato RA. What Matters Most to Nursing Home Elders: Quality of Life in the Nursing Home. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2012;13(1):48-53.
12. Helgesen AK, Larsson M, Athlin E. 'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*. 2010;5:169-78.
13. Barnes S. Space, choice and control, and quality of life in care settings for older people. *Environment & Behavior*. 2006; 38:589-604.
14. Patterson BJ. The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*. 1995;21:682-9.
15. Haugland BØ. Meningsfulle aktiviteter på sykehjem. *Sykepleien Forskning*. 2012;7:40-57
16. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2005.
17. Førde R. Helsinkideklarasjonen [Internett]. Oslo: Forskningsetisk bibliotek; 2010 [22.12.2010; 30.05.2013].
18. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. [Nedlastet 03.11.2012].
19. Engedal K. Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2005; 125:1188-90
20. Moyle W, Gracia N, Murfield JE, Griffiths SG, Venturato L. Assessing quality of life of older people with dementia in long-term care: a comparison of two self-report measures. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21:1632-40.
21. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin; 2002. XXI, 623 s.: ill. p.
22. Birkeland A, Natvig GK. Old, in need for help and alone [Norwegian]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 2008;28:18-21.
23. Si-Yu Q, Ping Y, Zhen-Yu Z, Hailey DM, Davy PJ, Nelson MI. The work pattern of personal care workers in two Australian nursing homes: a time-motion study. *BMC Health Services Research*. 2012;12:305-12.
24. Bergland A, Kirkevold M. The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17:1295-302.
25. Helse- og omsorgsdepartementet. FOR 2003-06-27 nr. 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Sosialpolitisk avdeling, 2003.
26. Helse- og omsorgsdepartementet. FOR 1988-11-14 nr. 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Helseavdelingen, 1988.

Les kommentaren på side 234 >>

# Ferdige med strikking og baking

> Min erfaring tilsier at pasienter med demens ikke er interesserte i denne typen aktiviteter lenger.



**Hilde Jørgensen**

Sykepleier med videreutdanning i Aldring og eldreomsorg, Hospitalet Betanien, Fyllingsdalen

Artikkelen beskriver hvilken betydning personlige relasjoner har for hvor tilfredse sykehjemsbeboerne er med oppholdet på sykehjem. 152 beboere deltar i undersøkelsen som er gjennomført på fire sykehjem i en mellomstor kommune på Østlandet. Jeg har arbeidet i fire år på en sykehjemsavdeling hvor de fleste pasientene har en eller annen form for demens, og har erfart at en del av sykehjems pasientene anser seg som ferdig med aktiviteter som strikking og baking. De er ikke interessert i den type aktiviteter lenger. Vi spør om de vil delta hver gang aktiviteten skal gjennomføres, men pasienter med demens klarer på en utmerket måte å formidle meningen sin når det er noe de ikke vil. Samtidig har vi andre pasienter som deltar i strikkeklubb, og vi observerer gleden de har ved å være en del av et fellesskap med medpasienter. Vi er så heldige å ha en aktivtør i 100 prosent stilling i

avdelingen, og det er interessant å legge merke til «tomheten» mange av pasientene opplever på dager hvor hun ikke er til stede i avdelingen. Det pågår ikke store fellesaktiviteter hver dag, men hun leser for eksempel avisen etter frokost, for dem som ønsker det. Artikkelen sier videre at 74 prosent av pasientene i undersøkelsen er tilfredse med å være sammen med andre beboere. I den hverdagen jeg er en del av, sitter pasientene sammen i en fellesstue mye av dagen. I stuen foregår det samtaler mellom høyst et par, tre pasienter. De andre sitter rundt og følger med, men kommer sjelden med innspill. De har likevel et system i fellesskapet; mange har sine faste sitteplasser. Det oppstår raskt høylytte diskusjoner når noen setter seg på «feil» plass. Artikkelen sier også at pasientenes relasjon til de ansatte har betydning for tilfredsheten med sykehjemsoppholdet. Det å hjelpe

en pasient i gang om morgenen, gir en god mulighet for en-til-en-relasjon mellom pleier og pasient i form av personsentrert omsorg. Mange pasienter med demens trenger kun veiledning for å bli klare for en ny dag. Det bør i utgangspunktet være en god mulighet for naturlig tilnærming mellom pleier og pasient. Artikkelen er generell i forhold til aktivitetstilbud og sier ingenting om hva som ligger i begrepet. Den sier heller ingenting om bruk av individuell aktivitetsplan, noe sykehjem i dag er pålagt å bruke. Pasientene har rett til varierte og tilrettelagte aktiviteter både ute og inne. Relevansen i temaet i forhold til arbeid på sykehjem er liten. Den sier at fellesskap og aktiviteter er bra, men har ingen forslag til hvordan dette målet kan nås.

Les artikkelen på side 226



## 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 sende inn nødvendig informasjon til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no).

Følg veiledning for utforming av sammendrag av doktorgrader som du finner på våre nettsider [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).



Illustrasjonsfoto: Colourbox

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Hovedideen i dette prosjektet er å utforske og beskrive god omsorg. Teoretiske beskrivelser av god omsorg er vanskelig å anvende i en konkret klinisk situasjon. Det er derfor viktig å få fram mer konkrete beskrivelser av god omsorg med utgangspunkt i god faglig utøvelse.

**Hensikt:** Formålet med denne studien er å utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens.

**Metode:** Det ble benyttet et kvalitativt

design med deltakende observasjon som datainnsamlingsmetode. Ansatte i to skjermete avdelinger deltok i studien. Feltnotatene ble analysert i hermeneutisk fortolkende tradisjon.

**Resultat:** Funnene viste at de ansatte alltid var beredt ved at de var årvåkne, utnyttet gylne øyeblikk og responderte svært raskt når det var nødvendig. De viste stor grad av fleksibilitet ved at de tålte pasientens opptreden, de tålte uorden og rutinebrudd og var kreative i sin fagutøvelse. Betingelser for slik

fagutøvelse syntes å være at de hadde gode kunnskaper om sykdom, symptomer og den enkelte pasient, samt at de hadde god innsikt i kollegaers kompetanse.

**Konklusjon:** Studien viser at god omsorg for personer med demens er kjennetegnet av at de ansatte alltid er beredt, er fleksible i sin arbeidsform og tilnærming, og har god kunnskap og kjennskap til pasienten. Disse kjennetegnene samsvarer med kjente teorier om omsorg for personer med demens.

ENGLISH SUMMARY

**Prepared and flexible - Good care for persons with dementia**

**Background:** The main idea behind this project is to explore and describe what can be considered good care for people suffering from dementia. Theoretical descriptions of good care can be hard to employ in a concrete clinical situation, and it is therefore important to develop more specific descriptions of good care based on good professional practice.

**Objective:** The objective of this study is to explore and describe how good care appears in concrete everyday care situations for people with dementia.

**Method:** A qualitative design with participant observation has been used to collect data. Employees in two sheltered wards participated in the study. The field notes were analysed in a hermeneutic interpretive tradition.

**Results:** The findings reveal that the staff was constantly prepared in that they were alert, seized the opportunities that arose, and responded quickly when necessary. They showed a great deal of flexibility when it came to enduring the behaviour of the patients, they handled disorder and breaks in a routine basis, and were creative in their performance of work. The condition for such professional

practice seemed to be that they are familiar with symptoms and the individual patient, and that they had a good understanding of the expertise of their colleagues.

**Conclusion:** The study indicates that good care for people with dementia was characterized by the fact that the employees are always ready, are flexible in their working method and approach, and have good knowledge and familiarity with the patient. These characteristics correspond with known theories of caring for people with dementia.

**Key words:** Dementia, Care, Institution, Observation

## BEREDT OG FLEKSIBEL:

# » God omsorg for urolige personer med demens

Forfattere: Karin Elisabeth Thorvik, Kristin Helleberg og Solveig Hauge

### NØKKELORD

- Demens
- Omsorg
- Sykehjem
- Observasjon

### INNLEDNING

Ansatte som arbeider i institusjonell omsorg for personer med demens har en utfordrende og krevende jobb (1). En av hovedutfordringene er at så mye som 50 prosent av pasienter med langtkommet demens er urolige (2). Studier viser at de ansattes holdninger til personer med demens og deres kunnskaper om sykdommen og miljøbehandling har betydning for forekomsten av uro og utagering (3–5).

Hovedideen i dette prosjektet er å utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens. Benner (6) beskrev allerede i 1984 kjennetegn ved god omsorg i form av ekspert-sykepleie. En ekspert handler intuitivt, fleksibelt og arbeider flytende (6). Dette krever høy analytisk kompetanse og en dyp forståelse av situasjonen. Vetlesen og Nortvedt (7) bruker begrepet «moralsk opptreden» for å beskrive god omsorg.

Moralsk opptreden vil si en kompetanse der de ansatte er i stand til å identifisere hvordan egen persepsjon, dømmekraft og handling påvirker personer med demens. Slike overordnede teoretiske beskrivelser er viktige for å forstå hva god omsorg er, men som Spichiger, Wallhagen og Benner (8) påpeker, er det vanskelig å anvende slike kontekststuvhengige beskrivelser i en konkret klinisk situasjon. Det er derfor viktig å få fram mer konkrete beskrivelser av god omsorg med utgangspunkt i god faglig utøvelse.

Det er gjennomført noen empiriske studier som beskriver kjennetegn ved god omsorg for personer med demens i institusjon og hjemmetjenester. Studiene er basert på intervju med pasienter, og fokusgruppeintervju med pårørende og ansatte (9), deltakende observasjon kombinert med intervju med pasienter, pårørende og ansatte (10), intervju med ansatte og pårørende (11), og med bare ansatte (12). Funnene i disse studiene viser at god omsorg er preget av respekt, solidaritet og gjensidighet (10,12,13), og at god omsorg betinger individualisert omsorg (10,11). Videre kommer det fram at å legge til rette for fleksibilitet og kontinuitet var sentralt i

god omsorg (9). De mest konkrete beskrivelsene av hva god omsorg kan innebære finner vi i artikkelen til Sellevold m.fl. (12). Her beskrives god omsorg som de ansattes evne til å sanse hva pasienten uttrykker, det vil si å se personen og ikke sykdommen, kommunisere med pasienten både verbalt og nonverbalt, og være var for pasientens respons

### Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at de ansatte ved to avdelinger for personer med demens, har stor grad av fleksibilitet og beredskap i sin yrkesutøvelse.

### Mer om forfatterne:

Karin Elisabeth Thorvik er sykepleier med spesialutdanning i eldreomsorg, aldersdemens og helseadministrasjon- og ledelse. Hun er ansatt som spesialsykepleier ved dagavdelingen på St. Hansåsen sykehjem, Utviklings-senter for sykehjem i Telemark. Kristin Helleberg er sykepleier og har hovedfag i sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo. Hun er ansatt som høyskolelektor ved Høgskolen i Telemark, Institutt for helsefag. Solveig Hauge er sykepleier og dr.polit. fra Universitetet i Oslo. Hun er ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Telemark, Institutt for helsefag. Kontaktperson: solveig.hauge@hit.no.

på den ansattes væremåte og kommunikasjon. Videre beskrives god omsorg som de ansattes evne til å forstå hva pasienten uttrykker; det vil si å tolke både følelsesmessige og kroppslige uttrykk som en måte pasienten uttrykte sine behov på.

Det er også gjennomført studier som beskriver hva som kan gjøres for urolige personer med demens. Bidewell (1) legger spesielt vekt på individuell utredning og tiltak som meningsfulle aktiviteter eller stimuli og balanse

tilrettelagt for personer med så langt kommet demens og så utfordrende atferd at de ikke kunne bo i vanlige skjermete avdelinger. Sykehjemmet har flere langtidsavdelinger og tre skjermete avdelinger i tillegg til spesialavdelingen. Avdelingen har fire pasienter innlagt med vedtak om midlertidig opphold. Det er fem ansatte med treårig høyskoleutdanning og spesialutdanning i demens, tre av dem er sykepleiere, samt fem hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere med

hver enhet. Fase 1; beskrivende fase, to dager, hvor omgivelser og setting ble beskrevet (utforming og innredning av avdelingen, aktiviteter, døgnrytmen og atmosfære). Fase 2; fokusert fase, tolv dager, hvor vi fokuserte på de ansatte (samspill og samhandling med pasienter, væremåte, takling av uventete situasjoner). Fase 3; selektiv fase, tre dager, foregikk etter en begynnende analyse av første og andre fase.

To forskere (første- og tredje-forfatter) var til stede i hver sin enhet, både på dag- og kveldstid. Hver observasjon varte i tre–fire timer. Forskerne beveget seg på pasientrom, fellesrom og korridorer. De gikk ikke inn på bad /WC for å observere samhandling der, men befant seg da utenfor døren eller i nærliggende pasientrom. Underveis ble det nedfelt stikkordsmessige notater fra det forskeren observerte, samt kommentarer og utsagn fra samtaler mellom deltakerne, og mellom deltakerne og forskerne. I etterkant av hver observasjon ble notatene skrevet ut som samlet tekst (16).

### Analyse

Analysen ble gjennomført inspirert av etnografisk analyse slik den er beskrevet av Hammersley og Atkinson (16). Trinns 1 i analysen er en gjennomlesing av feltobservasjonene for å danne seg et foreløpig bilde av sentrale elementer i data. Utkast til mulige kategorier ble notert ned, likeledes en samlet forståelse av hva som var det mest sentrale i dataene. I trinns 2 i analysen gjennomførte vi en mer systematisk og detaljert lesing av feltnotatene. I denne fasen noterte vi kategorier i marginen. Eksempler på kategorier er «årvåkenhet», «metoder» og «gylne øyeblikk».

## ” I daglige møter med personer med demens framsto de ansatte som fleksible.

mellom sosial kontakt og det å være i ro. Skovdahl m.fl. (5) viser i sin studie at det er viktig at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse, og at både ansatte og pasienter trenger støtte. Litteraturgjennomgangen viser at det er begrenset med empiriske beskrivelser av god omsorg i praksis, noe som for øvrig også er understreket av Pulsford m.fl. (14).

Med bakgrunn både i teoretiske beskrivelser og i forskningen presentert over, er hensikten med denne studien å utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet enhet for personer med demens.

### METODE

Det ble benyttet kvalitativt design med etnografisk metode med feltobservasjoner og feltsamtaler som datainnsamlingsmetode.

### Setting

Feltobservasjonene ble gjort i to avdelinger for personer med demens, beliggende i hver sin bykommune på Østlandet. Den ene avdelingen er spesielt

spesialutdanning i demens.

Den andre avdelingen er en av fem skjermete enheter i et sykehjem. Sykehjemmet har i tillegg avdelinger for både korttids- og langtidsopphold. De sju pasientene er alle innlagt med vedtak om langtidsopphold. Avdelingens personalressurs består av sju årsverk. Av disse er fire sykepleiere, avdelingsleder iberegnet. Tre av dem har ulik spesialutdanning. I tillegg er det åtte hjelpepleiere i avdelingen, noen med spesialutdanning.

### Utvalg

Alle ansatte i helsefaglige stillinger, med unntak av vikarer i mindre enn 20 prosent stilling, ble invitert til å delta. Totalt 13 ansatte ga samtykke til å delta. Sju hadde treårig høyskoleutdanning, de resterende var hjelpepleiere/omsorgsarbeidere med spesialisering. Det var ansatte ifra 100 til 30 prosent stilling.

### Datasamling

Feltobservasjonene ble gjennomført i perioden november 2011–februar 2012. Disse ble gjennomført i tre faser (15) i

Etter å ha gjennomført kategoriseringen i flere leserunder, laget vi et dokument for hver kategori, for eksempel samlet vi all tekst merket med «årvåkenhet» i et eget dokument. Deretter jobbet vi med å forstå nyanser i innholdet i hver enkelt kategori. I tredje analysesrunde søkte vi å abstrahere kategorien i mer overordnede temaer eller funn. Denne fasen ble også gjennomført i flere runder, og innbefattet flere forsøk på å skrive ut en funnpresentasjon. Etter flere omskrivninger og nylesninger av kategoriene, kom vi til slutt fram til en samlet forståelse av funnene i denne studien. For eksempel ble kategoriene «årvåkenhet» og «gylne øyeblikk» abstrahert til funnet «alltid beredt».

Underveis i analyseprosessen ble funnene presentert for personalet i de to avdelingene. Tilbakemelding herfra ga viktige innspill i revisjon og validering av funnene.

### Etiske hensyn

Prosjektet er forelagt Regionalt Forskningsetisk Komité som vurderte at prosjektet ikke framsto som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD, prosjektnummer 28475).

Det ble gitt muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet i forkant. Deltakerne ga så sitt informerte samtykke skriftlig. Det ble også understreket for dem at de kunne trekke samtykket tilbake fram til analysearbeidet startet. Det ble ikke nedfelt notater om ansatte som ikke hadde gitt samtykke til deltagelse i studien, selv om de ved flere anledninger var til stede i avdelingen i forskerens observasjonsperiode.

**TABELL 1:** Oversikt over funn med subtema

Den reflekterte hjelper og kollega			
Funn	Alltid beredt	Fleksibilitet	Kunnskap og kjennskap
Sub-tema	Årvåkenhet	Tåle pasientens opptreden	Kunnskap om sykdom
	Gylne øyeblikk	Tåle uorden	Kjenne pasienten
	Rask respons	Tåle rutinebrudd	Kunnskap om grunnleggende behov
		Kreativitet	Kjenne medarbeiderne

I tillegg var forskerne svært oppmerksomme på å opptre diskret og respektfullt i all sin kontakt med pasienter og pårørende. Pasienter og pårørende fikk muntlig informasjon om studien fra avdelingsleder/forsker, og oppslag med informasjon om studien var tilgjengelig i avdelingen.

### RESULTATER

Funnene presenteres i tre hovedtema. Det er lagt vekt på, i tråd med studiens hensikt, å beskrive kjennetegn ved god omsorgsutøvelse. Samlet fortolkning kan beskrives i setningen: Den reflekterte hjelper og kollega.

#### Alltid beredt

Et av kjennetegnene ved de ansattes fagutøvelse var deres evne til å være i kontinuerlig beredskap. Fra de kom på vakt og til de gikk hjem var de beredt på at hva som helst kunne skje. I dette ligger en kontinuerlig årvåkenhet for raske skiftninger i pasientens tilstand eller for hva pasienten prøver å uttrykke gjennom kroppsspråk som «mørke øyne», rynkete øyebryn, ord, lyder, kroppsholdning og bevegelser. En av de ansatte forteller: «Slik som nå så jeg at

pasienten reiste seg fra stolen sin og gikk inn på rommet. Da er jeg i beredskap med en gang og tenker: Enten skal hun på do eller så er hun trøtt og vil legge seg.»

Alltid beredt innebar også at helsepersonell i avdelingene vi har studert var på utkikk etter mulighet for å hjelpe pasienten på en god måte. De ansatte bruker begrepet gylne øyeblikk når de skulle beskrive situasjoner der de så muligheten for å hjelpe pasienten med nødvendige gjøremål. Da kan det skje at pasienten mottar hjelpen frivillig uten å yte motstand, eller at de lykkes i å utnytte situasjonen til pasientens beste, til tross for litt protester. «Når jeg hører at hun er ferdig på toalettet går jeg inn og tilbyr toalett-papir. Samtidig benytter jeg anledningen og sier at: Se på den trusa di, den var ikke fin. Vi bytter den med det samme.»

De ansatte var også bevisste på at muligheter for å hjelpe pasienten kan dukke opp når som helst. En forutsetning synes å være at de reagerer raskt når anledningen bød seg. «Pasient N er ferdig med å spise og sier plutselig: Jeg må på toalettet. Pleier K reiser seg umiddelbart og sier: Unnskyld oss! – og

følger pasienten inn på rommet.»

### Fleksibilitet

I daglige møter med personer med demens framsto de ansatte som fleksible. Fleksibiliteten viste seg på flere ulike nivåer og i ulike situasjoner. Først og fremst var fleksibiliteten rettet mot pasientene. Det så ut som de i sin kompetanse hadde opparbeidet en evne til å tåle pasientens opptreden. Det kunne for eksempel bety at de aksepterte

forsøker å lete etter meningen i det som skjedde. «Pasienten reiser seg og drar med seg stolen. Sykepleieren sier: Så fint at du tok med stol til meg! Det er bra det!»

Et særpreg ved de ansatte vi studerte var at de opptrådte svært fleksibelt i forhold til etablerte rutiner. Rutinen fungerte ikke som en tvangstrøye, men heller som en fleksibel ramme. De ansatte så ut til å tåle rutinebrudd hver eneste dag. Dette ble mest tydelig når det gjaldt det å

### Kunnskap og kjennskap

For å kunne utøve god omsorg virker det som de ansatte er avhengige av å ha kunnskap om sykdommen. De viste i sin opptreden at de hadde inngående kunnskap om demenslidelser. Men ikke bare det, kjennskap til pasientens væremåte og vaner, syntes å være vesentlig for om de ansatte lyktes i å hjelpe pasienten eller ei. Kjennskapen til pasientens vaner viste seg for eksempel i at de ansatte hadde innsikt i små nyanser i pasientens væremåte, for eksempel når en pasient skulle stå opp om morgenen: «Det går ikke. Hun ligger under dyna og da blir det helt feil å dra henne opp. Det er bare mulig å få henne opp når hun sitter på sengekanten med beina utenfor senga.»

De viste også at de hadde gode kunnskaper om menneskers grunnleggende behov, både fysiske og psykososiale, ved at de kontinuerlig prøvde å tolke hva pasienten hadde behov for, ville eller ønsket. De diskuterte for eksempel om uroen hos en av pasientene kunne handle om at vedkommende hadde en urinveisinfeksjon. «Hun har jo drukket så lite, og jeg syntes det luktet litt av urinen i dag.»

Et annet særpreg ved de ansattes arbeidsform var at de syntes å være avhengige av å kjenne kollegaene sine. I løpet av observasjonsperioden så vi gjentatte eksempler på at de ansatte spilte på hverandres kompetanse. De kunne stå i situasjoner der de ikke forsto hva pasienten ville og pasienten viste stigende irritasjon. Da var det ikke uvanlig at denne ansatte trakk seg tilbake og ba en av de andre overta. Dette var en strategi som betinget at de kjente hverandres kompetanse så godt at det å overlate utfordringen

” Sykepleieren finner en avis og gir ham, men han kaster den på bordet.

handlinger hos pasienten som virker uforståelige eller uhen-siktssmessige. «Pasienten vimser rundt, tar noen servietter som sykepleieren har brettet. Sykepleieren sier til meg (forskeren): Nå tar hun serviettene som jeg har brettet og kommer helt sikkert til å krølle dem sammen. Men det gjør ikke noe. Sånn er det bare.»

Videre så det ut til at de ansatte tålte pasientens avvising uten å gi opp forsøk på å etablere eller vedlikeholde kontakt: «Pasienten har begynt å vandre igjen. Sykepleieren finner en avis og gir ham, men han kaster den på bordet. Spør om han vil ha kaffe? Nei! Sykepleieren vandrer tett ved ham.»

De ansatte viste også evne til å tåle uorden i avdelingen. Det var ikke uvanlig at pasienter flyttet rundt på møbler eller tok ned bilder fra veggene. Dette kunne skje både i fellesrommene som dagligstue eller kjøkken, eller på pasientens rom. I slike situasjoner så vi at de ansatte bevarte roen uten å korrigere pasienten i sine aktiviteter. Samtidig syntes det som de i noen tilfeller

stå opp om morgenen. De ansatte var vare for at noen pasienter ikke ønsket å stå opp for tidlig. Da ga de seg god tid, prøvde flere ganger og var kreative i sin tilnærming. For eksempel gikk de flere ganger inn til pasienten og spurte om han eller hun ville stå opp eller ville ha frokost. De avventet pasientens respons før de tok nye initiativ. «Pleieren går inn igjen til pasienten, sier hei og fint å se deg. Sier at hun vil sette på lyset og slår på bryteren. Pasienten protesterer med en gang. Au, nei, sier hun. Pleieren spør om det er for sterkt og er rask med å slå av lyset.»

De ansatte framsto videre som kreative i sin arbeidsform. Når pasienten ikke ville stå opp om morgenen, legge seg om kvelden eller ta medisinen sin, kunne de bytte samtaletema eller prøve å vekke pasientens nysgjerrighet overfor noe eller noen. Kreativiteten kunne også vise seg ved at de ansatte er avventende dersom de ikke lykkes i sitt forsøk på å hjelpe pasienten. De velger å prøve igjen senere eller be en kollega om å gå inn i situasjonen i stedet.



til en kollega ikke ble opplevd som et nederlag. På samme måte kunne de tåle at en kollega overhørte at de ble utskjelt av en pasient, uten at dette ble oppfattet som at denne ansatte fungerte dårlig.

## DISKUSJON

Ansatte som arbeidet med omsorg for personer med demens i de to avdelingene i denne studien, viste en stor grad av refleksivitet i sin yrkesutøvelse. God omsorg framsto som en kombinasjon av kunnskap, fleksibilitet og beredskap, der pasientens behov hadde forrang, samt en kollegial raushet der man hjalp hverandre i vanskelige situasjoner.

At kunnskap om demenssykdommer og kjennskap til pasientens tidligere liv og nåværende situasjon er viktig, understrekes av våre informanter. Dette funnet er helt i tråd med rådende teorier om personsentret omsorg (17) og funn fra empiriske studier (5) og litteraturreviewer (1,14). Å ha kunnskap som grunnlag for utøvelse av god omsorg synes å være veldokumentert.

Det som er mer interessant i våre funn er beskrivelsen av beredskap og fleksibilitet. Våre beskrivelser av en kontinuerlig beredskap fra man kommer på vakt til man går av vakt, og evne til å gripe kjernen i en situasjon og handle der og da, kan vi ikke finne beskrevet like nyansert i andre studier. Selle-vold m.fl. (12) sine beskrivelser av å sanse og forstå pasienten kan et stykke på vei minne om årvåkenheten vi beskriver som en del av beredskapen. Men den konstante beredskapen, slik våre informanter beskriver den, er mer altomfattende. Den kontinuerlige beredskapen

framstår i vårt materiale som et dominerende kjennetegn ved god omsorg for personer med demens. En mulig grunn til at beredskapen var så framtrædende i vår studie, kan være en skjevhet i utvalget av avdelinger. Vi gjorde våre observasjoner i to avdelinger med pasienter med utfordrende atferdsendringer. Det kan ha ført til at denne dimensjonen ved god omsorg var spesielt framtrædende i disse avdelingene. Videre kan det ha hatt betydning at de ansatte hadde høy kompetanse og gjennomgående lang erfaring innen demensomsorg.

De ansattes evne til fleksibilitet er vesentlige funn i vår studie. Edvardsson m fl. (9) sin studie støtter vårt funn om hvor viktig det er å være fleksibel. Våre informanter beskriver imidlertid fleksibilitet på en mer konkret måte og nærmere knyttet til daglig utøvelse av omsorg enn det Edvardsson m fl. (9) gjør. Særlig interessant er det at fleksibiliteten framstår som evnen til å tåle både uro, uorden og rutinebrudd. Det kan synes som de ansattes kunnskap og forståelse hjelper dem til å tåle avvik fra generelle standarder og heller lete etter kreative løsnin-

samt deres ønsker og behov. Han sier videre at anerkjennende interaksjon er preget av forhandling om enkle hverdagsemner, som for eksempel hvorvidt en person føler seg parat til å stå opp, innta et måltid, og så videre. I vår studie observerte vi mye av slike forhandlinger, for eksempel i forbindelse med å stå opp om morgenen eller dusje. Slik sett kan det se ut som studiedeltakerne hadde tilegnet seg kunnskap og kompetanse som gjorde dem til fleksible yrkesutøvere som tålte både uorden og rutinebrudd.

Men er det mulig for den enkelte ansatte å være fleksibel dersom kollegaene ikke er like dan? Våre funn viser at fleksibilitet var dominerende blant alle studiedeltakerne. Det innebar blant annet at en kollega viste fleksibilitet ved å omprioritere sine egne arbeidsoppgaver, og ved å anerkjenne den ansatte som ikke fikk til å hjelpe en person der og da. Flexibilitet var med andre ord ikke bare en individuell egenskap, men en kollektiv tilnæringsmåte. Dette er i tråd med måten Kitwood beskriver god demensomsorg på: «Når den er best, utspringer omsorg av spontane handlinger fra mennesker, som har mange ressurser

## ” De ansatte framsto videre som kreative i sin arbeidsform.

ger når et problem oppstår. Det kan også understrekes at våre informanter hadde et reflektert forhold til dette fenomenet og mente det var med på å redusere uro hos pasientene.

Omsorg som preges av fleksibilitet er for øvrig godt beskrevet av Kitwood (18). Kitwood sier at anerkjennende interaksjon innebærer at ansatte etterspør preferansene til personer med demens

og høy grad av bevissthet, som er i stand til å stole på hverandre og har lett for å arbeide som en gruppe.» (18, s. 128, vår oversettelse). I fleksibiliteten ligger samtidig en aksept av at kollegaer i en avdeling er ulike og lykkes ulikt i sine forsøk på å hjelpe pasientene.

Det er også interessant å se funnet i lys av teorien til McCormack og McCauley (17).

De hevder at egenskaper hos sykepleieren er en forutsetning for personsentrert sykepleie. Flexibilitet, samt det at de alltid er beredt kan sees på som to slike faglige egenskaper hos sykepleieren, og kan minne om dimensjoner ved Benners (6) beskrivelser av ekspertsykepleie.

” De ansatte så ut til å tåle rutinebrudd hver eneste dag.

Det er behov for videre studier for ytterligere å nyansere og beskrive kjennetegn ved god omsorg. Studiens resultater gir

imidlertid studenter, ansatte og ledere mulighet til å analysere, vurdere og eventuelt endre egen fagutøvelse.

#### Metodiske refleksjoner

Studien er kun utført i to avdelinger, noe som gir et begrenset datagrunnlag. På den andre siden

valgte vi strategisk to avdelinger som var kjent som gode avdelinger, noe som var nødvendig for å innfri studiens hensikt om å

beskrive god praksis. Videre var vi to forskere som observerte i hver vår avdeling, og det var påfallende at de situasjoner og kjennetegn som ble nedfelt i feltnotatene var svært like.

#### KONKLUSJON

Studien viser at god omsorg for personer med demens er kjennetegnet av at de ansatte alltid er beredt, er fleksible i sin arbeidsform og tilnærming, og har god kunnskap og kjennskap til pasienten. Disse kjennetegnene samsvarer med aktuell forskning og kjente teorier om omsorg for personer med demens.

#### REFERANSER

1. Bidewell JW, Chang E. Managing dementia agitation in residential aged care. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;10:299-315.
2. Kverno KS, Black B, Blass DM, Geiger-Brown J, Rabins PV. Neuropsychiatric Symptom Patterns in Hospice-Eligible Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2008;9:509-15.
3. Gelkopf M, Roffe Z, Behrbalk P, Metamed Y, Werbluff N, Bleich A. Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues Ment Health Nurs*. 2009;30:758-63.
4. Pellfolk TJE, Gustafson Y, Bucht G, Karlsson S. Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58:62-9.
5. Skovdahl K, Kihlgren AL, Kihlgren M. Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia – narratives from two caregiver groups. *Aging Ment Health*. 2003;7:277-86.
6. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice: Addison-Wesley Publishing; 1984.

7. Vetlesen AJ, Nortvedt P. Følelser og moral. [Oslo]: Ad Notam Gyldendal; 1996.
8. Spichiger E, Wallhagen MI, Benner P. Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scand J Caring Sci*. 2005 Dec;19:303-9.
9. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R. Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *J Clin Nurs*. 2010;19:2611-8.
10. van Zadelhoff E, Verbeek H, Widdershoven G, van Rossum E, Abma T. Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20:2490-500.
11. Ericson I, Hellstrom I, Lundh U, Nolan M. What constitutes good care for people with dementia? *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*. 200;10:710-4.
12. Sellevold GS, Egede-Nissen V, Jakobsen R, Sorlie V. Quality care for persons experiencing dementia: the significance of relational ethics. *Nursing Ethics*. 2013;20:263-72.
13. Affara F, Cross S, Schober M. Discovering resources – making global connections, international networking.

*Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2001;13:445-8.

14. Pulsford D, Duxbury J. Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2006;13:611-8.
15. Schultz LA, Hounsgaard L. Psykososial sykepleje i intensivavdeling. – Et studie af den psykososiale sykepleje i mødet mellem den vågne intuberede patient og intensivsygeplejersken Nordisk Sygeplejeforskning. 2011;1:173-91.
16. Hammersley M, Atkinson P. Ethnography, principles in practice. London: Routledge; 1994.
17. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56:472-9.
18. Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Buckingham: Open University Press; 1997. VIII.

# Kjennskap til pasienten er viktig

› God demensomsorg krever at man har innsikt i livshistorien til den enkelte pasient.



**Eivor Haugom Paulsrud**  
Spesialsykepleier, Sundheimen  
Sykehjem, Ringsaker Kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Studien «Beredt og fleksibel» av Thorvik og medforfattere viser til viktige kjennetegn på hva som er god omsorg for personer med demens. Studien er gjennomført på to spesialavdelinger for personer med demens. Artikkelen er også aktuell for en vanlig sykehjemsavdeling, da man vet at over 80 prosent av pasientene her har en eller annen form for kognitiv svikt. Gode kunnskaper om demens og kjennskap til pasienten, samt at de ansatte er fleksible og alltid beredt, konkluderes i artikkelen som god omsorg. Dette stemmer godt overens med mine egne erfaringer fra praksis.

Kunnskap om sykdommen og kjennskap til pasientens livshistorie og vaner er vesentlig for å gi individuell omsorg. Individuell tilnærming som vektlegger det unike hos pasienten er viktig for å bevare den enkeltes ressurser og selvstendighet så langt det er mulig. Praksis samsvarer med funn i studien som viser til at det

kan være små nyanser i pasientens væremåte som det er viktig å være klar over for å lykkes i å hjelpe pasienten. Personer med demens kan ha store problemer med å uttrykke ønsker og behov, og det kan være utfordrende for personalet å tolke hva pasienten har behov for. Kreativitet, god kjennskap til pasienten, samt å alltid være beredt til å utnytte gylne øyeblikk, er ofte med på forhindre uro ved stell og pleie av personer med demens. God demensomsorg handler om å møte pasienten der han er, og tilrettelegge individuell pleie basert på innsikt og kunnskaper om den enkeltes livshistorie og sykdomshistorie.

I praksis erfarer vi at rutiner ofte må brytes for å hindre unødvendig uro, og for å gi best mulig individuell pleie. Rutiner og lite fleksibilitet blant ansatte kan bidra til å øke uroen hos personer med demens. I likhet med funn i studien ser man i praksis at evnen

til å tåle uorden, samt fleksibilitet i forhold til rutiner, er med på å bedre hverdagen til pasientene. Sammen med fagkunnskaper og gode bakgrunnsopplysninger om pasientene bidrar dette til å skape gode øyeblikk for personer med demens.

Studien framhever en fleksibel kollektiv tilnæringsmåte. Dette krever, slik jeg ser det, kunnskapsheving blant de ansatte. Felles verdier og holdninger i avdelingen, samt en ledelse som tydelig fokuserer på verdigrunnlaget og kunnskapsutvikling, er viktig for å sikre en god demensomsorg. Studien til Thorvik m.fl. har høy relevans for praksis, og studiens funn i er gjenkjennelige for oss som jobber med demens. Artikkelen bør leses av alle som jobber på institusjon. Studien kan være et hjelpemiddel til å evaluere pleien

Les artikkelen på side 236





Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Hjemmesykepleier har en unik mulighet til å oppdage pasienter med depressive symptomer, ofte omtalt som nedstemte. Depressive symptomer kan forveksles med symptomer på andre lidelser eller aldring, og blir derfor ikke oppdaget.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan hjemmesykepleiere beskriver den nedstemte pasienten som har enkelte depressive symptomer, og hvilke tiltak de utfører innenfor hjemmesykepleiers handlingsrom.

**Metode:** Studien har et kvalitativt

beskrivende design. Ti intervjuer ble gjennomført med hjemmesykepleiere i et byområde. Det ble gjort en beskrivende tematisk tekstanalyse av materialet.

**Resultat:** Hjemmesykepleieren identifiserer pasienter med depressive symptomer ved å se etter endring i pasientens vante mønster. Kjennskap til pasienten er vesentlig for å se endringen og skille den fra andre tilstander. Hjemmesykepleier iverksetter «det lille ekstra»-tiltak i forhold til den nedstemte pasienten. Det kan være samtaler om dagligdagse emner eller utforskning av

pasientens bekymringer. På grunn av mangel på kontinuitet i arbeidet, har hjemmesykepleier en begrenset mulighet til å følge opp tiltakene.

**Konklusjon:** Informantene beskriver endring i pasientens vante mønster som kjennetegn på den nedstemte pasienten. Informantene utfører tiltak i tillegg til vedtaket pasienten har ved å skyve på oppgavene på dagens arbeidsliste. Samtalen har en vesentlig rolle i tiltakene. Hjemmesykepleieren kommer i et krysspress mellom pasienten på den ene siden og organisasjonens krav på den annen siden.

## ENGLISH SUMMARY

### The home care nurse in the meeting of the depressed patient

**Background:** The home care nurse has a unique ability to identify patients with depressive symptoms, often referred to as bad mood. Depressive symptoms may coincide with other disorders or aging and are therefore difficult to identify.

**Objective:** The purpose of this study is to examine how home care nurses describe the patient who has some depressive symptoms, and what efforts they perform.

**Method:** The study is a qualitative descriptive design. Ten interviews were conducted with home care nurses in an urban area. The data were analyzed using descriptive thematic method.

**Result:** The home care nurse identifies patients with depressive symptoms by looking for changes in the patient's usual patterns. Knowing the patient is essential to explore the change and distinguish it from other conditions. When home care nurse meets these patients, she often initiates «the extra mile» effort. It may be conversations about

everyday topics or exploration of patient's concerns. Due to the lack of continuity in the work, the home care nurse has limited opportunity to follow up the efforts.

**Conclusion:** The home care nurse described changes in the patient's usual pattern as characteristic of the depressed patient. Additional efforts perform the home care by pushing tasks at the current work list. The conversation has a significant role in these additional efforts. Home care nurses are in a cross-pressure between the patient on the one hand and organizational requirements on the other.

# » Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten

Forfattere: Liv Halvorsrud,  
Ingun Pahr, Lisbeth G. Kvarme

## NØKKELORD

- Eldre
- Hjemmesykepleie
- Depresjon
- Livskvalitet

## INNLEDNING

Depressive symptomer hos eldre kan forveksles med andre lidelser eller med utfordringer ved det å bli eldre. Dette kan bidra til at eldre med mild grad av depresjon blir underdiagnostisert og ikke får behandling (1–3). Mild grad av depresjon antas å ramme om lag 25–35 prosent av mennesker over 65 år (4). Man forventer også tilsvarende forekomst blant dem som mottar hjemmebaserte tjenester i Norge (2012; N = 271.530) (5). Litteraturen beskriver at hjemmesykepleieren har en unik mulighet til å oppdage denne pasientgruppen (6).

Depressive symptomer av ulik grad er en av de viktigste årsakene til emosjonelle plager blant eldre (7). Man kan forstå symptomene som en reaksjon på utilstrekkelig mestring av taps-situasjoner (8). Eldre er særlig utsatt for å oppleve tap av helse og sosialt nettverk. De kan i til-

legg ha redusert evne til mestring av daglige utfordringer og negative livshendelser grunnet svekket energi og tilpasnings-evne (6, 9). Depressive symptomer har vist seg å ha betydelig negativ påvirkning på livskvalitet (10–12) og det kan medføre økt bruk av helse- og sosiale tjenester (13). Tidligere studier har vist at mer sosialt samvær (14) og enkle kognitive teknikker (15) kan være tiltak i møte med eldre med psykiske plager. Ory et al. (16) vektlegger at samtaler med helsepersonell kan føre til mestring av kronisk sykdom, færre innleggelses og mindre bruk av andre helsetjenester. Halvparten av hjemmesykepleierne (N= 1594) i en norsk studie rapporterte at tiden ikke strakk til for å dekke den enkelte pasients behov (17). Det kan synes som om hjemmesykepleierens handlingsrom er begrenset og at det er organiseringen som styrer tjenesten og ikke kontinuitet og hjemmesykepleierens faglige vurderinger (18,19).

Hovedmålet med denne studien er å bidra til kunnskap om hvordan hjemmesykepleier beskriver pasienter med mild depresjon, som omtales som nedstemte, og hvilke tiltak som tilbys denne gruppen innen hjem-

mesykepleierens handlingsrom. Dette beskrives gjennom spørsmålene:

- Hvordan beskriver hjemmesykepleier den nedstemte pasienten?
- Hvilke tiltak iverksetter hjemmesykepleier for å hjelpe den nedstemte pasienten innenfor hjemmesykepleierens handlingsrom?

## METODE

### Design

Studien benyttet et kvalitativt beskrivende forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer

### Hva tilfører denne artikkelen:

Studien viser at hjemmesykepleieren identifiser pasienter med mild depresjon gjennom endringer i pasientens vante mønster og forsøker å gi «litt ekstra» ved å skyve på andre oppgaver på arbeidslisten.

### Mer om forfatterne:

Liv Halvorsrud er sykepleier og førsteamanuensis ved institutt for sykepleie, HiOA. Ingun Pahr er sykepleier med videretutdanning i psykisk helsearbeid og høgskolelektor ved Høyskolen Diakonova. Lisbeth G. Kvarme er helsesøster og førsteamanuensis ved institutt for sykepleie, HiOA. Kontaktperson: liv.halvorsrud@hioa.no.

(20). En veiledende intervjuguide (tabell 1) med åtte åpne spørsmål basert på tidligere forskning, erfaring og knyttet til forskningsspørsmålene, ble benyttet. Intervjuformen er fleksibel og muliggjør oppfølgingsspørsmål for mer dybde og forståelse (20). Gjennom at forskerne er lyttende, avventende og utforskende, gis informantene mulighet til å komme fram med sine erfaringer og tanker. I forkant av intervjuet besvarte informantene skriftlig på seks sosiodemografiske spørsmål.

### Informantene

Ti kvinnelige hjemmesykepleiere i alderen 30–56 år deltok i studien. Alle var fra et byområde i Norge. De hadde vært utdannet sykepleiere i 2–23 år og hadde arbeidet fra 1,5–16 år i hjemmesykepleien. En av informantene hadde en videreutdanning og to hadde tilleggsoppgaver for bestemte prosedyrer. Leder for hjemmesykepleien rekrutterte informantene. Forskerne henvendte seg både muntlig og skriftlig til lederen og presiserte at det var frivillig å delta i studien. Inklusjonskriteriene var minimum 50 prosent stilling og mer enn seks måneders erfaring som hjemmesykepleier.

### Etiske hensyn

Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og undertegnet samtykkeerklæring. For å ivareta anonymiteten er type videreutdanning og tilleggsoppgaver ikke beskrevet. Ingen av forfatterne deltok i rekrutteringen av informanter eller kjente dem fra før. Dette for å unngå at informantene skulle føle seg presset til å delta. Tredje forfatter har kun hatt tilgang til aidentifiserbart materiale (transkriberte intervjuer). Stu-

dien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

### Datasamling

I intervjuet ble informantene bedt om å beskrive ulike tegn på nedstemthet hos pasientene. De ga eksempler og beskrev hva som skiller en nedstemt pasient fra en pasient med diagnosen depresjon. Videre beskrev informantene aktuelle tiltak de benyttet ovenfor nedstemte pasienter. Informantenes arbeidssituasjon ble utforsket for å få en forståelse for hvilke rammer de arbeidet under. Førsteforfatter ledet intervjuet mens andre forfattere lyttet og kom med eventuelle tilleggs-spørsmål på slutten av intervjuet. Hvert intervju varte fra 45–60 minutter, intervjuet ble tapet og det foregikk i et egnet rom på informantenes arbeidsted. (Se tabell 1.)

### Analyse

Vi benyttet en beskrivende temacentrert analysemetode i fire trinn inspirert av Kvale og Brinkmann (20). Dette ga oss muligheten til å gå i dybden på enkelte temaer. Vi startet intervjuet med oppklarende spørsmål og oppsummeringer av svarene på disse, slik at informanten kunne bekrefte eller avkrefte utsagnene. Etter nøye gjennomlesing av teksten som helhet, ble tekst som ikke var relevant satt til side. Den gjenværende teksten ble foreløpig grovsortert i meningsbærende enheter (trinn en) ut fra hovedområdene i intervjuguiden. Disse meningsbærende enhetene ble fortettet til kortere enheter om hva teksten handler om (trinn to – meningsfortetning). Gjennom flere gjennomlesninger ble meningsforteningene forsøkt sortert i et mønster av tema og undertemaer (trinn tre). Siste trinn i analysen var å rette et reflekterende blikk på informan-

**TABELL 1:** Intervju guide \*

1. Kan du kort beskrive din jobb?
2. Hvordan oppfatter du begrepet nedstemt?
3. Hvordan vil du beskrive en bruker som du vil karakterisere som nedstemt? Gi eksempler.
4. Kan du gi eksempler på hva vedtaket til disse brukerne inneholder?
5. Hva er forskjellen på nedstemte brukere og deprimerede brukere?
6. Hvilke tiltak setter du i verk i møte med nedstemte brukere?
7. Samarbeider med andre i lokalsamfunnet for å få utrettet disse strategiene, men kan og vil arbeide alene om nødvendig.
8. Hvis du fikk mulighet til å utvikle et helhetlig tilbud til den nedstemte brukeren, hvordan ville det se ut?

\* Utdypende spørsmål er utelatt

tenes utsagn og utvikle sentrale temaer. Tematiseringen ble organisert i et matriseskjema (se tabell 2) ut fra informantenes utsagn slik forskerne fortolket dem (20). Første forfatter transkriberte seks intervjuer og andre forfatter fire. Materialet er i sin helhet lest gjentatte ganger av første og annen forfatter. Tredjeforfatter leste et intervju i sin helhet samt kontrollerte utdrag fra den kondenserte teksten og sammenliknet med transkribert tekst. (Se tabell 2.)

### RESULTATER

I denne studien fant vi to sentrale temaer ut ifra informantenes utsagn. Det ene sentrale temaet er endring i pasientens vante mønstre som kjennetegn på den nedstemte pasienten med depressive symptomer. Det andre sentrale temaet er «det lille ekstra». Begge de sentrale temaene kan forstås i lys av hvordan hjemmesykepleieren beskriver sin arbeidsdag.

### Endring av vante mønstre

Endring av pasientens vante mønstre kan være tristhet,

**TABELL 2:** Eksempel på analysematrise inspirert av Kvale og Brinkmann (2009)

Hva blir sagt (Meningsbærende enhet)	Hva snakkes det om (Meningsfortetning)	Tema/Subtema	Sentralt tema
De trenger ikke si det med ord. Det er væremåten og kroppsspråket .. ser sånn trist ut.	Ser på kroppsspråket	Ser trist ut	Endret atferd
Når jeg kommer til disse som er litt lei seg, så er det å vise at du har tid, selv om du bare har ti minutter. At du kommer rolig inn og setter deg ned og viser at du har tid.	Vise at du har tid selv om du har liten tid	Lytte og være til stede  Samtale	Lille ekstra

økt behov for å snakke, dårlig personlig hygiene, rot i huset, dårlig ernæring eller endringer i kroppsspråket. Informantene opplever at godt kjennskap til pasienten er nødvendig for å se disse endringene. Dessuten må pasienten få tilstrekkelig tid til å fortelle om hvordan de har det. En informant sier det slik: «De trenger ikke si det med ord. Det er væremåten og kroppsspråket ... ser litt sånn trist ut. Jeg ser at de kunne ha trengt noen å dele ting med da ... kan virke litt apatiske. Ja, de har kanskje dårlig nettverk». Videre medvirker kjennskapet til pasientens totale situasjon (for eksempel, sykdom, rus, tap og sorg) til at hjemmesykepleier kan se aktuelle endringer i sammenheng med andre viktige hendelser i pasientens liv. En annen informant sier: «Det går nedover med ham, litt dement, ganske rotete. Det ser ikke ut der. Det er ikke den levemåten en vil ha ... Det har vært en periode da han nesten ikke har spist.» Sorg pekes også på som en bakenforliggende hendelse til nedstemthet: «...har mistet konen sin. Jeg tror han kanskje sliter med selvfølelsen. Han har på en måte låst seg litt». Den nedstemte

pasienten beskrives i hovedtrekk som en som «sliter» og dermed ikke klarer å løse de utfordringene livet byr på. Informantene forteller om «tunge og sterke» historier knyttet til sykdom, sosiale problemer, rusproblematikk eller familiekonflikter. Dette er situasjoner informantene forteller om og som de i liten eller ingen grad har mulighet til å møte verken der og da eller ved senere besøk.

#### «Det lille ekstra»

Hensikten med «det lille ekstra» er å sette i verk tiltak slik at pasienten kommer ut av nedstemtheten. En informant sier at det er for «å gjøre livskvaliteten litt bedre for dem». Informantene

ent og sykepleier nevnes sammen med tiltakene.

#### Samtale

En informant sier: «Jeg setter meg ned og snakker med dem, er til stede». Samtidig er «mange (pasienter) trege» og trenger tid til å åpne seg. En måte sykepleierne kan fange opp pasientens signaler på er ved å sette av tid til samtale. En pasient fortalte informanten at hun hadde vært korsanger. Dette medførte at informanten begynte å synge sammen med pasienten. Dette vekket gode minner hos pasienten. Å lytte til pasientens livshistorie skaper forståelse hos hjemmesykepleieren: «Det er veldig mange som har behov for å meddele sin historie ... og da kan du kanskje forstå litt mer om hvorfor de er nedstemte». En tredje side ved samtalen er nettopp å forstå den nedstemte pasienten bedre. En informant sier at hun intuitivt skjønner at pasienten «bærer på noe», men at hun (informanten) ikke sier noe, hun er bare stille og utfører oppgaven». En annen nærmer seg pasienten ved å begynne «å spørre litt sånn forsiktig» om hva som plager pasienten. En informant beskriver en pasients behov slik: «Det kan være tidspress, men jeg tar meg litt tid for de trenger å ha

” Eldre er særlig utsatt for å oppleve tap av helse og sosialt nettverk.

forteller om hva de selv prøver å gjøre innenfor den tiden de har tilgjengelig ut ifra arbeidslista. Men de peker også på tiltak som krever utvidet tid og endret eller nytt vedtak. Det sentrale temaet; «det lille ekstra», bygger på tre temaer: Samtale, praktisk hjelp og bidra til nye eller utvidete vedtak. Relasjonen mellom pasi-

mennesker rundt seg. De trenger bare lite grann, det trenger ikke å være lange samtaler. For dem betyr det mye om de kan få fem minutter ekstra». Samtalen kan være om dagligdagse emner slik som aktuelle TV-programmer. Informantene sier at pasienten trenger en å snakke med og at man på den måten bidrar til

trivsel: «Det skulle ha vært en trivselssykepleier som kunne gå rundt å ha tid til å prate».

### Praktisk hjelp

Praktisk hjelp utover vedtaket ytes ut fra hvordan hjemmesykepleieren vurderer pasientens dagsform: «Ofte kan jeg gjøre ekstra ting som ikke står på oppdraget (vedtaket) som å ta ut søpla for dem, ta inn avisen, eller ta litt oppvask». Dette gjøres for å skape mer hygge for pasienten. Samtidig vektlegger informantene den knappe tiden de har til rådighet.

### Bidra til nye eller utvidete tiltak

En av informantene forteller om hvordan hun gjennom flere besøk snakket med og motiverte en pasient til å søke vedtak om dagsenter. Informanten forteller historien om pasienten som har vært «så lenge hjemme at det kan være vanskelig å treffe nye mennesker». Hun avslutter historien ved å peke på at noen skulle ha fulgt pasienten til dagsenteret de første gangene. Støttesamtaler er et annet vedtak informantene foreslår for pasientene: «Det kan gå så langt at hun kan få psykisk støttesamtale». Støttesamtaler

Det er nærmest en konstant balansegang mellom pasientens behov for sykepleie og tiden som er satt av til oppdraget. Informantene beskriver at de forsøker å gi «det lille ekstra»-tiltaket i en travel arbeidsdag. En informant sier at det er et «hav av oppgaver» som står i kø for å bli løst, oftest i korte oppdrag og gjennom streng prioritering, manglende tid og kontinuitet. Selv om informantene sier de har «egne pasienter som vi er tjenesteansvarlig for», er det ikke alltid det fungerer slik at de får «sine» pasienter.

### DISKUSJON

Samlet sett har informantene i vår studie lang arbeidserfaring fra hjemmesykepleien. Dette bidrar til at de er i stand til å identifisere endringer hos pasienten som kan være tegn på nedstemthet. Alle informantene forteller om ekstra tiltak i forhold til denne pasientgruppen. De vektlegger at de ekstra tiltakene, som ikke er vedtaksfestet, må skje samlet innenfor vedtakstiden i forhold til dagens arbeidsliste.

Å oppdage endringer hos pasienten som tolkes som nedstemthet og tegn på depressive

(22). Identifisering av depressive symptomer ved å se etter endring i pasientens vanter mønster, fordrer at hjemmesykepleieren har så vel generell som spesifikk kompetanse i geriatrisk sykepleie (23, 24). Forskning framhever at depressive symptomer hos eldre, blant annet nedsatt energi, økt trøtthet, nedsatt konsentrasjon, tomhetsfølelse, hjelpeløshet, nedsatt selvtillit og selvfølelse, kan forveksles med andre ting og dermed ikke bli oppdaget (1, 3). Sykepleiere i kommunehelsetjenesten har en nøkkelrolle når det gjelder å identifisere pasienter med mentale vanskeligheter og forstå hvilke faktorer og hvilke tiltak som bidrar til deres livskvalitet (25).

Samtalen spiller en rolle i alle tiltakene informantene benytter i møte med den nedstemte pasienten. Informantene peker på relasjonens betydning og det å være aktivt til stede i situasjonen. Hummelvoll (21) vektlegger nettopp relasjonens betydning for at pasienten mestrer psykiske helseplager. Lamers et al. (15) fant at få planlagte samtaler (over fire-åtte uker) basert på teori om mestringsforventning og kognitiv tilnærming, bidro til at pasienten mestret sine milde depressive symptomer. Samtalene ble utført av samme hjemmesykepleier i pasientens hjem. Lignede tiltak har vært utprøvd blant brukere av seniorsentre i Norge (26). En ny norsk studie av Skatvedt og Andvig (14) peker på betydningen av nettopp enkle tiltak for at eldre med psykiske helseproblemer skal få det bedre. Pasienter og pårørende i studien til Skatvedt og Andvig (14) understreker at det er viktig med en viss pågåenhet i samtalen. Det kan tenkes at planlagte samtaler med kognitiv tilnærming slik Lamers et al. (15) foreslår, kan bidra til

” De trenger ikke si det med ord.  
Det er væremåten og kroppsspråket.

utføres av ansatte i hjemmesykepleien i informantenes distrikt. Når en pasient har støttesamtale forteller informantene at det ikke er tid til å planlegge denne. Man engasjerer frivillige organisasjoner som tiltak for å følge pasienten til lege eller sykehus. Frivillige blir ikke benyttet til å besøke pasienten, og heller ikke til samtale eller praktiske oppgaver.

symptomer, krever mulighet til å lytte til pasienten og dermed bli kjent med pasienten over tid. Å åpne seg og fortelle om sine vansker, krever at det er utviklet en god relasjon (21) og ikke minst at det er tid til å snakke sammen. Selv om hjemmesykepleiere gjør så godt de kan, viser en nasjonal brukerundersøkelse at pasienter og pårørende er misfornøyde med ansattes mulighet til å lytte



at pasienten og pårørende opplever samtalen som mer pågående. Skatvedt og Andvig (14) fant også at både pasientene og pårørende savnet kontinuitet i hjemmesykepleien.

Kontinuitet, som studiene over framhever, var historisk sett innbakt i hjemmesykepleien helt fra menighetspleiens tid på begynnelsen av 1900-tallet (27). Imidlertid viser en ny intervjustudie blant ledere i hjemmetjenesten (N=16) at en rekke forhold hindrer kontinuitet (28). Et forhold, som vanskeliggjør kontinuitet, er hensynet til hvilken kompetanse som kreves i de daglige oppgavene. Hensynet til hvilken kompetanse som kreves for å utføre oppgaven kan bli styrende framfor hensynet til kontinuitet i pasientkontakten. Vår studie viser at man vektlegger tiltak i forhold til depressive symptomer i hjemmesykepleien, men at det er liten mulighet til å planlegge denne typen tiltak. Gautun og Hermansen (17) hevder at denne reduserte faglige friheten til å yte tilstrekkelig sykepleie, i noen tilfeller tilskrives organisering i bestiller-utførermodellen. Den reduserte faglige friheten samsvarer ikke med de oppgaver sykepleierne er satt til å utføre. Informantene i vår studie viser gjentatte ganger til tidspress og hvilken mellomposisjon de befinner seg i. Dette samsvarer med Lipskys (29) teori om bakkebyråkratene som kjennetegnes ved at de ansatte er i et krysspress mellom organisasjonens mål og krav, og pasienters ønsker. Dette fører til at ansatte ikke kan gjøre sitt arbeid på en tilfredsstillende måte. Informantene balanserer mellom presset av koken av oppgaver samtidig som de strekker seg langt for pasienten.

Til tross for krysspresset informantene arbeider under,

kan man likevel etterspørre om hjemmesykepleiere reflekterer over tiltak rettet mot samfunnet, slik som utvikling av frivillig besøkstjeneste, sosiale aktiviteter, bruk av ny teknologi, utforming av bomiljøer og tiltak av mer forebyggende karakter. Litteratur og utdanning vektlegger individ- og samfunnsnivå (30, 31), men forskning viser at hjemmesykepleiere er mest opptatt av individnivå og mindre opptatt av samfunnsnivå (32).

### Styrke og begrensninger

Informantenes brede erfaringer i hjemmesykepleie bidrar til studiens gyldighet i forhold til hjemmesykepleiere generelt. Dessuten underbygges deres utsagn av annen forskningslitteratur. Informantene



Jeg setter meg ned og snakker med dem, er til stede.

arbeider i samme distrikt i en by. Imidlertid kan hjemmesykepleiere i mer landlige strøk ha en annen prioritering og organisering. Dette kan gi en annen kjennskap til pasienten og iverksetting av andre tiltak. Alle informantene er kvinner. Det er mulig at menn kunne ha bidratt med andre synsvinkler.

Informantene ble rekruttert av sin leder. Dette kan ha bidratt til at de synes det var vanskelig å avslå å delta. Imidlertid ble det vektlagt frivillighet under rekrutteringen av informantene.

Det kan stilles spørsmål ved om ti intervjuer var nok. I ettertid ser forskerne at informantenes relasjonen til pasienten kunne ha vært bedre utforsket. Alle tre forfatterne har via studenter kontakt med kommunehelsetjenesten. Denne forforståelsen kan ha bidratt til en bedre utforskning av problemstillingen, men på den annen side kan det ha påvirket det

vi har sett etter i analysen. For å unngå bias har vi tenkt gjennom vår kjennskap til kommunehelsetjenesten (33), men det har også vært en styrke og mulighet til å forstå informantene bedre.

### KONKLUSJON

Hjemmesykepleieren identifiserer pasienter med depressive symptomer ved å se etter endring i pasientens vante mønster. Det kan være tristhet, økt behov for å snakke, dårlig personlig hygiene, rot i huset, dårlig ernæring eller endringer i kroppsspråket. Kjennskap til pasienten er vesentlig for å se endringen og skille den fra andre tilstander. Hjemmesykepleier iverksetter ulike tiltak i forhold til den nedstemte pasienten. Tiltakene, som ikke er en del av pasien-

tens vedtak om hjemmesykepleie, beskrives som «det lille ekstra». Samtaler fra dagligdagse emner til utforskning av hva pasienten «bærer på» er vesentlig i det «lille ekstra». I tillegg tas det initiativ til å utvide vedtaket, for eksempel ved støttesamtaler eller dagsenter. Hjemmesykepleieren forsøker å utføre dette «lille ekstra» ved å skyve på andre oppgaver på sin arbeidsliste. Mangelen på mulighet til kontinuitet frarøver hjemmesykepleieren en faglig frihet til å iverksette oppfølging over tid. Tiltak utover individuelle tiltak er fraværende. I en hektisk hverdag kommer hjemmesykepleien i et krysspress mellom pasienten på den ene siden og organisasjonens krav på den annen siden.

### Implikasjoner

Studien peker på implikasjoner for klinikk og forskning. I klinikken er det behov for systematisk

å kartlegge pasienter med depressive symptomer og iverksette systematiske tiltak både på individ og samfunnsnivå. Sistnevnte er især av forebyggende karakter. Ut fra forfatterens erfaringer er det svært lite forskningskunnskap på

dette området. Videre trengs det mer forskning på hvilken kompetanse hjemmesykepleieren trenger for å identifisere den nedstemte pasienten og ikke minst utvikle kunnskap om hvordan man kan skape en god relasjon mellom

pasienten og hjemmesykepleieren. Forskning på intervensjoner ved depressive symptomer, som kan utføres av hjemmesykepleier, etterlyses også. Disse forskningsområdene kan generere kunnskap både til klinikk og utdanning.

#### REFERANSER

1. **Eliopoulos C.** Gerontological nursing. Philadelphia, Pa.: Kluwer/Lippincott; 2013.
2. **Helsedirektoratet.** Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: 2010.
3. **Engedal K.** Alderspsykiatri i praksis: lærebok (Age Psychiatry in Practice: Textbook). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2008.
4. **Langballe EM, Evensen M.** Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet 2011.
5. **Statistisk sentralbyrå.** Pleie- og omsorgstjenester, 2012, førebelse tal: Statistisk sentralbyrå; 2013 [Nedlastet 2013 15.12].
6. **Ebersole P, Hess P, Luggen AS.** Towards healthy aging. Human needs and nursing response. St. Louis: Mosby; 2004.
7. **Blazer DG.** Depression in late life: Review and commentary. Focus. 2009;7:118-36.
8. **Clark DA, Beck AT, Alford BA.** Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: John Wiley; 1999.
9. **Bandura A.** Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
10. **Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M.** Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes towards aging in an international sample of older adults. Gerontologist. 2008;48:593-602.
11. **Halvorsrud L, Kirkevold M, Diseth Å, Kalfoss M.** Quality of life model: Predictors of quality of life among sick older adults. Res Theory Nurs Pract. 2010;24:241-2.
12. **Netuveli G, Blane DB.** Quality of life in older ages. Br Med Bull. 2008;85:113-26.
13. **D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C.** Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: the acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. Fam Pract. 1994;11:260-6.
14. **Skatvedt A, Andvig E.** Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. Sykepleien Forskning. 2014;9:64-70.
15. **Lamers F, Jonkers CCM, Bosma H, Kempen GIJM, Meijer JAMJ, Penninx BWJH, et al.** A minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: A randomized trial. Psychother Psychosom. 2010;79:217-26.
17. **Gautun HH.** Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. FAFO, 2011.
16. **Ory MG, Ahn S, Jiang L, Lorig K, Ritter P, Laurent DD, et al.** National study of chronic disease self-management: six-month outcome findings. J Aging Health. 2013;25:1258-74.
18. **Tønnessen S, Nortvedt P.** Hva er faglig ansvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien Forskning. 2012;7:280-5.
19. **Gjevjon ER, Eika KH, Romøren TI, Landmark BF.** Measuring interpersonal continuity in high-frequency home health-care services. J Adv Nurs. 2013.
20. **Kvale S, Brinkmann S.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009.
21. **Hummelvoll JK, Buus N, Dahl TE, Eriksson BG, Barbosa da Silva A, Jensen P, et al.** Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sygepleje og psykisk sundhed. København: Hans Reitzels; 2012.
22. **Direktoratet for forvaltning og IKT (difi).** Tilfredshet med offentlige tjenester. Innbyggerundersøkelsen om hjemmesykepleie. 2013 [Nedlastet 2013 15.12].
23. **Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A.** Grunnleggende sykepleie. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011. 3 b. : ill. p.
24. **Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH.** Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten (Geriatric Nursing: Good care for the old patient). Oslo: Gyldendal Akademisk 2008.
25. **Catten M.** Mental health issues for older people. In: reed J, Clarke C, Macfarlane A, editors. Nursing Older Adults. Maidenhead: McGraw-Hill; 2011. p. 251-72.
26. **Boen H, Dalgard OS, Bjertness E.** The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. BMC Geriatrics. 2012;12:27.
27. **Glavin K, Kvarme LG.** Helseøstertjenesten fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap. Oslo: Akribe; 2003.
28. **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.
29. **Lipsky M.** Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 2010.
30. **Kunnskapsdepartementet.** Rammeplan for sykepleierutdanning: fastsatt 25. januar 2008. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008.
31. **Keller LO, Strohschein S, Schaffer M.** Cornerstones of public health nursing. Public Health Nurs. 2010.
32. **Glavin K, Schaffer M, Halvorsrud L, Kvarme LG.** A Comparison of the Cornerstones of Public Health Nursing in Norway and in the United States. Public Health Nurs. 2013;31:153-66.
33. **Polit DF, Beck CT.** Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health; 2012.

# Ressursene må omprioriteres

› Vi må unngå at behovet for tjenester øker på grunn av manglende oppfølging av gamle og syke.



**Kjersti Eikrem**

Soneleder ved hjemmebasert omsorg i Laksevåg, Bergen kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSIFELLET

Liv Halvorsrud belyser i sin artikkel hjemmesykepleiens viktige forebyggende og observerende funksjon, men som det ikke tas høyde for i pasientenes vedtak. Utfordringen oppstår når de økonomiske rammene vedtaket gir ikke dekker behovet for pleie som avdekkes i den daglige oppfølgingen av pasienten. Observasjoner krever tid, i tillegg avdekkes ofte behov som krever handling. Dette utløser ekstrarbeid og gjør at pleierne kommer i et tidspres mellom tildelt tid og faktisk medgått tid ute hos pasientene.

Samhandlingsreformen har ført til at både hjemmesykepleien og forvaltningsenheten har fått et større ansvar for å kartlegge og utrede hjelpebehovet til den eldre kronisk syke pasienten. Det krever et tett og sømløst samarbeid å kvalitetssikre at pasientene får den hjelpen de har behov for. Et vedtak vil være en generell beskrivelse av hva slags hjelp

pasienten er tildelt. Vedtaket vil derfor ikke gi et fullstendig bilde av pasientens behov, blant annet fordi pasientenes helsetilstand er i kontinuerlig endring.

Fordi vedtaket også representerer grunnlaget for pengene hjemmesykepleien har å utføre tjenester for, vil hjemmesykepleien heller ikke ha det økonomiske grunnlaget de trenger for til enhver tid å dekke behovet ute hos pasienten. Bemanningen i hjemmesykepleien er basert på den økonomien vedtakene representerer her og nå, og vil derfor ikke ha rom i seg for å kunne gjøre noe ekstra. Dette fører til et høyere ressursbruk enn det organisasjonen har fått stilt til rådighet gjennom de samlede vedtakene.

Pasientens hjemmearena gir det rette utgangspunktet for gode observasjoner og forebyggende tiltak, pleierne må derfor få nok tid til å erverve seg kunnskap om hva pasienten trenger av

tjenester. Tid er nødvendig for å etablere et tillitsforhold som gjør samarbeid mulig mellom pasient og pleier. Pleiernes faglige vurdering og observasjoner er det som bør danne grunnlaget for et riktig og individuelt tjenestetilbud. Dette vil også kunne være med på å holde kostnadene nede, fordi vedtakene vil være spisset mot den enkelte pasients reelle behov.

Fordi vi vet at etterspørselen på helsetjenester vil øke i fremtiden, og at fler og flere eldre plages av depresjon, er det på sin plass og spørre seg om fordelingen av økonomien mellom de ulike nivåene i Helse-Norge er rettferdig. Skal man unngå at behovet for tjenester øker på grunn av manglende oppfølging og rett tjenestetilbud, vil en omprioritering av penger være nødvendig.

Les artikkelen på side 244





Illustrasjonsfoto: Colourbox

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Fedmekirurgi har i løpet av de siste årene etablert seg som en medisinsk metode i eksplosiv vekst. Stadig flere får tilbud om denne behandlingsmetoden, og av disse er over 70 % kvinner.

**Hensikt:** Å undersøke kvinners begrunnelser for å velge fedmekirurgisk behandling.

**Metode:** Empirien baserer seg på individuelle dybdeintervju med 22 norske kvinner som alle hadde gjennomgått en gastric-bypass

operasjon. Funnene er analysert tematisk.

**Resultater:** Mye står på spill når kvinner velger fedmekirurgisk behandling, både helsemessig og sosialt. De risikerte alvorlig sykdom og tidlig død om de ikke gikk betydelig ned i vekt. På den andre siden risikerte de å få alvorlige og livstruende komplikasjoner, samt plagsomme bivirkninger som følge av selve operasjonen. Stilt overfor dette dilemmaet ble et annet aspekt vurdert som betydningsfullt, nemlig ønsket om å få en sosialt akseptert kropp.

**Konklusjon:** Kvinnes tiltro til kirurgi som deres siste sjanse var særlig relatert til frykten for hva som kunne skje om de lot være å benytte seg av denne behandlingen. Det var vanskelig å ta innover seg at behandlingen i seg selv kunne resultere i problematiske bivirkninger og livstruende komplikasjoner. Denne troen på at det kun finnes et alternativ må sees i lys av fedmekirurgiens framvekst som medisinsk behandlingsmetode, hvordan det er blitt et kommersielt felt, samt tidens sterke idealisering av slanke og faste kropper.

ENGLISH SUMMARY

**When weight-loss surgery is regarded as the last chance**

**Background:** During the past years, the number of people undergoing weight-loss surgery has increased at an explosive rate. Of them, 70-80 % were women.

**Objective:** To explore why women choose to undergo weight-loss surgery.

**Method:** The empirical material was derived from individual interviews with 22 Norwegian women who had undergone a gastric bypass procedure. We analyzed this material using a thematic approach.

**Results:** Much is at stake when women decide to undergo weight-loss surgery – not only bodily challenges and health concerns, but also social aspects. These issues are intertwined in complex and self-reinforcing ways. The women in our study risked serious diseases and early death if they did not lose a significant amount of weight permanently. On the other hand, the surgery itself can lead to severe and potentially life-threatening complications, as well as adverse side-effects. Yet, in making the choice to undergo surgery, another factor was critical for these women: Their conviction that their body was unattractive.

**Conclusion:** The women's decision to undergo surgery was largely determined by their fear of the health and social consequences if they chose not to. In this situation, it was hard for them to reflect on/grasp that the surgery itself was potentially dangerous to their health, even life-threatening. Their faith in this particular treatment must also be seen in the context of the explosive growth of weight-loss surgery as a medical intervention and a commercial enterprise, as well as society's idealization of the slim, fit female body.

**Key words:** Qualitative study, obesity, surgery, women.

# » Når fedmekirurgi vurderes som «siste sjanse»

Forfattere: Karen Synne Groven og Gunn Engelsrud

## NØKKEORD

- Kvalitativ studie
- Intervju
- Kirurgi
- Kvinne
- Overvekt

## INNLEDNING

Fedmekirurgi har i løpet av de siste årene etablert seg som en medisinsk metode i eksplosiv vekst. Stadig flere får tilbud om denne behandlingsmetoden, og nyere studier anslår at mellom 70–80 prosent av dem som opereres er kvinner (1–3). Siden Kremen og kolleger publiserte sin første studie om fedmekirurgi på begynnelsen av 1950-tallet, har også forskningsinteressen knyttet til denne behandlingen vokst betraktelig. Særlig finnes mye dokumentasjon av de målbare effektene av fedmekirurgi i form av vekttap, bedring i livskvalitet, bedring av diabetes, samt bedring av psykososial fungering (4–13).

Fedmekirurgi er imidlertid også risikabelt sett i lys av de

bivirkninger og komplikasjoner som kan oppstå i etterkant av inngrepet. Metaanalyser viser at 20–30 prosent av pasientene rammes av alvorlige komplikasjoner og bivirkninger etter inngrepet, særlig i mage-/tarmsystemet (14–17). Det finnes imidlertid lite kunnskap om pasienters egne erfaringer og begrunnelser for å velge fedmereduserende kirurgi.

I denne artikkelen tar vi utgangspunkt i erfaringene til 22 norske kvinner som alle har gjennomgått fedmereduserende kirurgi. I intervjuer med kvinnene var uttrykket «siste sjanse» en gjenganger når samtalen kretset rundt deres begrunnelser for å velge kirurgisk behandling. Ved første øyekast kan uttrykket «siste sjanse» signalisere at noe står på spill, i betydningen at alle andre muligheter er utprøvd og oppbrukt; det er kun en mulighet igjen. I denne artikkelen følger vi denne tematikken videre gjennom følgende spørsmål: Hvilke erfaringer betyr noe for kvinner som vurderer fedmekirurgi som sin siste sjanse?

Vår innsjon er å under-

søke spørsmålet sett fra kvinnenes perspektiv, for så å belyse hvordan individuelle erfaringer blir vevet inn i fedmekirurgiens framvekst som medisinske behandlingsmetode.

Som teoretisk rammeverk for å undersøke dette videre, støtter vi oss særlig til legen og fenomenologen Drew Leder. Leder bruker begrepet dis-appearance for å illustrere hvordan personen vanligvis tar kroppen for gitt dersom man er frisk og ikke har smerter eller plager (18).

## Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at kvinnene så på fedmeoperasjon som siste utvei og derfor ikke tok innover seg at behandlingen kunne medføre komplikasjoner.

## Mer om forfatterne:

Karen Synne Groven er førsteamanuensis ved Institutt for fysioterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og postdoc ved Institutt for Helse og Samfunn, Universitetet i Oslo. Gunn Engelsrud er professor ved Seksjon for Kroppsøving og Pedagogikk ved Norges idrettshøgskole. Kontakt: k.s.groven@medisin.uio.no.

Personen har da lite eksplisitt oppmerksomhet på egen kropp. Dette vil vanligvis endre seg dersom vedkommende blir syk eller gjennomgår radikale kroppslige endringsprosesser. Kroppen vil i slike situasjoner bli nærværende på en utfordrende og plagsom måte, noe som krever personens eksplisitte oppmerksomhet. Egen kropp kommer da i forgrunnen av personens oppmerksomhet, en vektlegging Leder utdyper gjennom begrepet dys-appearance. Om man plutselig brenner seg på hånda vil personen først og fremst fokusere på smertene i denne delen av kroppen. Det eksplisitte og negative kroppslige fokuset som dys-appearance innebærer tvinger personen til å vende oppmerksomheten innover mot seg selv og det problematiske ved kroppen, samtidig som vedkommende vil søke løsninger som kan gjenopprette tidligere funksjon.

I tillegg er Leder opptatt av hvordan omgivelsene og andre personer får betydning for per-

appearance kan benyttes for å tydeliggjøre betydningen av en sosial situasjon for om kroppen kommer i forgrunn for oppmerksomheten; her på negativt vis. Vi skal komme tilbake til hvordan Leders begreper kan være relevante for å belyse kvinners begrunnelser for å velge fedmekirurgisk behandling, men først skal vi introdusere vår metodiske tilnærming.

## METODE

### Dataproduksjon

Kvalitative dybdeintervjuer er en nyttig og velegnet tilnærming for å få frem ny kunnskap innenfor felt som domineres av kvantitative studier (19). Videre er denne tilnærmingen relevant når forskeren søker innsikt i pasienters egne erfaringer (20). De 22 kvinnene som inngår i vårt materiale ble dybdeintervjuet etter at de var operert. De var i alderen 24 til 54 år og representerte en variert gruppe med tanke på utdanning, jobbsituasjon og sivil status.

Groven intervjuet alle kvinnene individuelt, og intervjuene

inspirert av Max van Manen. Han skisserer en tematisk analyseprosess der man forfølger tematikker som framstår som interessante i dataproduksjonsfasen (20). Som allerede antydnet, startet analysene i intervjusituasjonen der begrepet «siste sjanse» ble en gjenganger. Etter at Groven hadde transkribert alle intervjuene startet den mer formelle og systematiske analysen. Ved å bruke van Manens tematiske analyseprosess ble hvert intervju nærlest og utforsket med særlig blick for hva kvinnene vektla når de tok i bruk uttrykket «siste sjanse» (20). Ved å lese hvert intervju linje for linje, uthevet Groven ord og setninger som kunne relateres til dette uttrykket. Dette tydeliggjorde også variasjon i måten uttrykket ble brukt på, både implisitt og eksplisitt, eksempelvis ved bruk av andre, lignende fraser som «siste mulighet», «eneste sjanse», «siste løsning» og lignende. Slik kunne ord og setninger undersøkes nærmere gjennom spesifikke spørsmål relatert til den enkelte kvinnes begrunnelser for å velge fedmeoperasjon. Dette resulterte i flere temaer, og disse temaene ble skrevet frem av Groven i samarbeid med Engelsrud. For å spisse temaene stilte vi følgende spørsmål: Hva slags erfaringer ble særlig vektlagt for å få frem disse begrunnelsene? Hva slags uttrykk, episoder og eventuelle metaforer ble brukt for å få frem disse erfaringene? Denne prosessen resulterte i tre hovedtemaer, som vi presenterer nedenfor. I presentasjonen har vi valgt å sitere noen av kvinnene. Sitatene er ment å tydeliggjøre både individuelle erfaringer, likheter og variasjon i utvalget, samt få frem analy-

## ” Følgesykdommen diabetes 2 var en diagnose som bidro til å skape frykt for fremtiden.

sonens kroppslige vektlegging, noe han eksemplifiserer gjennom bruk av flere anekdoter. En av disse tar utgangspunkt i Leders egne erfaringer fra en konferanse der han plutselig ble overmannet av følelsen av å bli kritisk vurdert av tilhørerne. Han merket at hendene begynte å svette og stemmen brast. Selv om han prøvde å fokusere på sin presentasjon, ble han stadig mer oppslukt av hendene som skalv, stemmen som ikke fungerte som den skulle, og tilhørernes kritiske blick (18). Leders poeng her er at dys-

varte mellom én og to timer. Første del omhandlet kvinnenes livssituasjon før operasjonen. Her ble de oppfordret til å fortelle om sine begrunnelser for å velge operasjon som behandlingsform. De fleste kom imidlertid også inn på dette igjen når samtalen kretset rundt livssituasjonen etter operasjonen. Når de sammenliknet livssituasjonen etterpå med hvordan de hadde det før operasjon var uttrykket «siste sjanse» en gjenganger.

## Analyse

Vår analyseprosess er særlig

tiske poenger som vi forfølger videre i drøftingen.

### **Etikk**

Studien er godkjent av Personvernombudet og Etisk komité. Alle deltakerne mottok informasjon i forkant av intervjuprosessen der både frivillighet og mulighet til å trekke seg underveis ble understreket. Alle kvinnene signerte på skriftlig informert samtykke. Det empiriske materialet ble anonymisert og behandlet konfidensielt. I artikkelen er kvinnes anonymitet ivaretatt gjennom fiktive navn.

### **FUNN**

#### **Frykten for å bli rammet av alvorlig sykdom**

Når kvinnene snakket om operasjonen som sin «siste sjanse», handlet det først og fremst om frykten for å bli rammet av alvorlig sykdom. Etter hvert som kvinnene gikk opp i vekt – til tross for gjentatte forsøk på å gå ned gjennom kurer og tradisjonelle livsstilsopplegg – ble denne frykten stadig mer framtrædende.

Følgesykdommen diabetes 2 var en diagnose som bidro til å skape frykt for fremtiden. For «Tina» ble dette et varsel om at hun trengte rask og effektiv hjelp. Som «Tina» uttrykte det: «Da forsto jeg virkelig ... jeg trengte hjelp ... at jeg måtte opereres». De som ikke hadde spesifikke, overvektsrelaterede følgetilstander bekymret seg for at dette før eller senere ville ramme nettopp dem. «Elisabeth» fortalte hvordan frykten for å bli rammet av hjerteinfarkt ble mer og mer framtrædende og etter hvert altoppslukende: «Jeg innså at om jeg skulle leve et langt liv så måtte jeg gjøre noe med det. ... Mer og mer tenkte

jeg på ulike scenarier og jeg ble mer og mer bekymret og redd».

At «Elisabeth» hadde erfart å miste nære familiemedlemmer av hjerteinfarkt i tidlig alder bidro til at hun var ekstra på vakt overfor kroppslige signaler på at noe var galt.

#### **Følelsen av å ikke strekke til**

Når kvinnene snakket om kirurgi som sin siste sjanse handlet det også om sårheten knyttet til ikke å strekke til som mor. Erfaringer med ikke å kunne delta slik de ønsket på aktiviteter sammen med barna var spesielt såre. Som «Maja» forklarte det: «Tenk deg når du skal sitte foran en barneseng og lese en bok, og du nesten ikke

” Man blir andpusten av å lese en bok.

har pust til å lese den. Man blir andpusten av å lese en bok. Hvor det er en tung oppgave liksom. Det (sukker tungt) ... da har man ikke mye overskudd».

For «Maja», som var alenemor, ble følelsen av å ikke strekke til forsterket av at hun ikke hadde noen andre som kunne bidra i hverdagen når hun ikke klarte, ikke orket, eller ikke hadde mulighet. For «Hedda», derimot, handlet det om å finne måter å få barnas far på banen på, slik at han kunne bidra der hun kom til kort: «Det var for eksempel når ungene sa 'kan du ikke komme og hoppe på trampolina' ... Jeg klarer det ikke. Eller når dem skulle på sykkelturné, 'nei bli med pappa og sykle dere så blir jeg hjemme'... Eller på skitur eller turer i fjellet hadde jeg alltid en unnskyldning for å ikke være med».

Selv om «Hedda» snakket varmt om ektefellen som stilte

opp med barna når hun ikke strakk til, så følte hun at det å overlate ansvaret til ham forsterket hennes følelse av å være en mislykket mor.

Frykten for å dø fra barna sine skapte ytterligere bekymring i hverdagen. For «Kaja», som slet med overspisingsproblematikk og depresjoner, var denne bekymringen sterkt medvirkende til at hun valgte å reise utenlands for å bli operert. Å vente i kø i over to år i Norge var for henne ensbetydende med å dø. I stedet valgte hun å betale for operasjonen selv, finansiert gjennom penger fra salg av hytte: «Og jeg måtte ha hjelp for jeg skjønnte at jeg spiser meg i hjel. Og ungene mine

mister mora si. Det gikk rett og slett på at jeg var redd for å dø fra barna. Og da jeg fant ut hvor lang ventetida var – da er jeg død, tenkte jeg. Om to år så er jeg ... har jeg fått slag og er død. Så fant jeg en klinikk i utlandet».

Tanken på at kirurgi var den eneste sjansen hun hadde, bidro til at «Kaja» tenkte lite på hva som kunne gå galt i forbindelse med operasjonen. Først da hun var på vei inn i operasjonssalen, ble dette en aktuell tematikk: «Jeg var så sikker på at det var riktigere og mye sunnere enn det jeg drev med. Jeg var så lite redd at jeg plutselig kom på at jeg burde ha vært redd rett før de trilla meg inn. Og da fikk jeg dårlig samvittighet fordi jeg ikke hadde vært redd. Fordi da tenkte jeg: tenk om jeg dør nå fra ungene mine inne på operasjonssalen. Jeg ble litt sånn akutt redd».

Erkjennelsen av at de ikke ville klare å gå varig og tilstrekkelig ned i vekt uten kirurgisk behandling var imidlertid preget av ambivalens. På den ene siden var kvinnene opptatt av at dette var den mest effektive metoden. På den andre siden var det å innrømme overfor seg selv at kirurgi var deres siste sjanse også noe som bidro til selvbebreidelse og skam. Som «Hannah» uttrykte det: «Jeg syntes det var et stort skritt å ta, og det føltes vel som et nederlag å måtte gå til det skrittet. Fordi jeg ville jo ... for meg betydde det at jeg ikke hadde viljestyrke til å klare det på egen hånd. Alle sier jo at det er bare å ta seg sammen så går du ned».

### Ønsket om en akseptert kropp

Det å snakke om operasjonen som sin siste sjanse var også relatert til ønsket om å få en sosialt akseptert kropp. Flere

” Frykten for å dø fra barna sine var noe som skapte ytterligere bekymring i hverdagen.

fortalte at de følte seg mindre verdtt enn andre fordi de var store og tunge, og at blick og nedvurderende kommentarer var en del av hverdagen. Kroppens størrelse lot seg vanskelig skjule bak klær som måtte kjøpes i spesialbutikker eller over internett. Slik ble det å handle klær nok en påminnelse om at de var annerledes enn andre kvinner.

Også i arbeidslivet var opplevelsen av å bli nedvurdert tung å bære. Her var nedvurderingen relatert til følelsen av å bli oversett på møter og når beslutninger skulle fattes; erfaringer med å bli vraket til stillinger de hadde søkt på fordi det

ble stilt kritiske spørsmål rundt egen helse; og det var relatert til frykten for å miste jobben fordi de var tykke.

Det å måtte forholde seg til et pågående og nedvurderende blick fra andre fikk betydning også for hvordan kvinnene vurderte seg selv. «Kristin» fortalte hvordan selvbildet ble så skjørt at hun til slutt ikke følte seg noe verdtt: «Det var vel en følelse av å ikke være verdtt noe da ... det tror jeg det var. Også fordi det å være overvektig er knytta til det å være lat og ikke gidde, og det er din egen skyld at du er det, ikke sant? Når ting er gjentatt mange ganger så blir det jo en sannhet.»

På liknende måte slet «Line» mer og mer med selvfølelsen, samtidig som hun engstet seg for å bli alvorlig syk. Til slutt så kom hun til et punkt der det, ifølge eget utsagn, «kuliminerte»: «Du tenker på det hele tiden. I hvert fall sann gjorde

det. Jeg tenkte på vekta mi hele tiden. Hvordan jeg så ut ... hvordan jeg var overfor andre ... hele tiden tenkte jeg på det. Jeg mistrives veldig med meg selv. Jeg følte meg ikke noe verdtt.»

Flere av de andre kvinnene fortalte om lignende erfaringer der «alt» dreide seg om det problematiske ved å leve med en stor og tung kropp.

### DISKUSJON

Funnene får frem at mye står på spill når kvinner velger fedmekirurgisk behandling – ikke bare kroppslig og helsemessig, men også sosialt. Og at disse aspektene veves sammen på komplekse og dels selvforsterkende

måter. På den ene siden risikerte de alvorlig sykdom og tidlig død om de ikke gikk betydelig ned i vekt. På den andre siden risikerte de å få alvorlige og livstruende komplikasjoner, samt plagsomme bivirkninger som følge av selve operasjonen. Stilt overfor dette dilemmaet ble et annet aspekt vurdert som betydningsfullt, nemlig ønsket om å få en sosialt akseptert kropp. I det videre, skal vi drøfte betydningen av disse utfordringene for kvinnenes vurdering av kirurgi som sin siste sjanse.

### Kroppens begrensninger

Ved at kroppen ble ansett som en begrensning og en kilde til pågående bekymring, ble kroppen også det som måtte endres. Et slik kritisk fokus mot egen kropps problematiske sider kan utdypes gjennom begrepet dys-appearance (18). Kroppen ble dysfunksjonell og samtidig påtrengende nærværende. Kroppen som et problematisk og uønsket objekt ble forsterket ved at kvinnene også følte seg nedvurdert og kritisert fordi de var tykke. Leder understreker at sosial dys-appearance trigges når andres blick erfares som objektivierende (18). Ved å se seg selv gjennom andres nedvurderende blick, vil personen bli enda mer opptatt av de problematiske aspektene ved kroppen sin. At de problematiske aspektene ved kroppen kom mer og mer i forgrunnen, fikk også betydning for kvinnenes nedvurdering av seg selv, eksemplifisert gjennom «Kristin» og «Line» som følte seg stadig mindre verdtt.

Forskning viser at overvektige kvinner i den vestlige verden er spesielt utsatt for et pågående kritisk blick – tatt i betraktning at deres kroppsfat-



song bryter med dagens slanke og veltrente kroppsideal. Mens den slanke og veltrente kvinnekroppen gir assosiasjoner til vellykkethet, selvdisiplin og sunnhet; konnoterer den store og tykke kvinnekroppen mislykkethet, latskap og manglende selvkontroll. Men ikke bare det, den store og tykke kroppen konnoterer også dårlig helse, og alvorlige følgesykdommer, som kreft, hjerte-karproblemer og muskel-skjelettplager (21–23). Når kroppen ikke fungerer som den burde i det daglige, men utsettes for eller står i fare for å utvikle følgesykdommer, samtidig som kroppens ytre form bryter med kulturelle normer for kvinnelighet, kan man havne i en situasjon der disse aspektene forsterker hverandre. Kvinnene som vår artikkel tar utgangspunkt i levde i en selvforsterkende prosess der de vurderte sin egen situasjon som mer eller mindre håpløs. Frykt for alvorlig sykdom og død bidro til å intensivere følelser av å befinne seg i håpløse og risikofylte situasjoner. Samtidig trigget dette kvinnene til å se seg om etter en medisinske «løsning», og her kommer fedmekirurgi dem til unnsetning. I tråd med Leders utlegning av dys-apparance som potensielt bidireksjonalt – noe som både kan intensivere det problematiske kroppsfokuset og initiere en løsningsorientert prosess – trigget den pågående kroppslige vektleggingen kvinnene til å søke kirurgisk hjelp. Fra eksempelet med «Kaja» husker vi at når hun først hadde bestemt seg for operasjon var det helt uaktuelt for henne å vente. Mye sto på spill, det var et spørsmål om liv og død. Stilt overfor disse scenariene, kom potensielle bivirkninger og komplikasjoner i forbindelse med

den kirurgiske behandlingen i bakgrunnen.

### **Kirurgi som eneste mulighet**

At «Kaja» og de andre kvinnene valgte å fokusere på de positive mulighetene kirurgi innebar er forståelig tatt i betraktning det kunnskapsgrunnlaget som finnes på dette området. Som skissert innledningsvis, finnes det i dag omfattende forskning på de helsefremmende effektene av

av fornøyde kvinnelige pasienter (25). Lignende markedsføringsstrategier er lett å få øye på i Norge, både gjennom annonser i ulike medier, og på klinikkenes egne nettsider (1). I 2013 hadde eksempelvise en privatklinik i Norge en annonse med overskriften «Løsningen på sykkelig overvekt sort på hvitt». Annonsen – der en tykk kvinne var avbildet i røntgen positur – henvendte seg til overvektige

## ” Mye står på spill når kvinner velger fedmekirurgisk behandling.

fedmekirurgi, både med tanke på følgesykdommer, vektreduksjon, helse relatert livskvalitet, og psykososial fungering. Også mediebildet reflekterer dette perspektivet gjennom ekspertuttalelser fra ulike medisinske spesialister og gjennom vellykkete pasienthistorier der budskapet synes å være at alt blir så mye bedre etter operasjonen (24,25). Denne positive vinklingen forsterkes ytterligere gjennom pågående markeds kampanjer. En privat fedmeoperasjon koster tusenvis av norske kroner, og for å tiltrekke seg potensielle kunder kan det synes som om privatklinikene særlig vektlegger å markedsføre de positive virkningene av operasjonen. Det er med andre ord store penger å tjene på denne pasientgruppen, særlig kvinner. Ifølge Salant og Santry, speiles dette også i markedsføringen som er spesielt rettet mot kvinner. I sin studie av amerikanske privatklinikker dokumenterte de hvordan privatklinikene, i tillegg til de helsefremmende virkningene av fedmekirurgi, særlig reklamerte for de estetiske og sosiale fordelene dette medførte, godt hjulpet av før- og etter-bilder

kvinner som hadde «prøvd alt», følte seg «fanget i egen kropp» og var på leting etter «varige løsninger» (26). Fedmekirurgi kunne, som annonsen lovet, gi kvinnene både selv tilliten og livet tilbake, slik det også hadde hjulpet tusenvis av andre pasienter.

Bildebruk og språkbruk spiller altså på den vestlige kulturens slanke og veltrente kroppsideal for å få frem at kirurgi ikke bare er den mest effektive løsningen, men også den eneste løsningen for dem som ønsker varige resultater. Med dette som bakteppe, risikerer kvinner som er i målgruppen for slike inngrep å havne i et krysspress. I tillegg til egne problemer og bekymringer må de også forholde seg til kommersielle markeds krefter og helseekspertenes råd om hvilken behandling som er den mest effektive, samt de sosiokulturelle implikasjonene det konnoterer i dagens kroppsfikserte samfunn, å ikke klare å gå ned i vekt på egen hånd.

### **KONKLUSJON**

Kvinnenes tiltro til kirurgi som deres siste sjanse var særlig

relatert til frykten for hva som kunne skje om de lot være å benytte seg av denne behandlingen. Med dette som hovedfokus var det vanskelig å ta innover seg at behandlingen i seg selv kunne resultere i nye plager og bekymringer, eksempelvis gjennom

bivirkninger og komplikasjoner.

Denne troen på at det kun finnes ett alternativ kan imidlertid ikke reduseres til et individuelt anliggende. Det må også sees i lys av fedmekirurgiens framvekst som medisinsk behandlingsmetode, hvordan det er markeds-

ført og blitt et kommersielt felt, samt tidens sterke idealisering av slanke og faste kropper. Slik sett peker funnene videre fra kvinnenes erfaringer til hvordan de selv, samfunnet og helsepersonell «samarbeider» om å forstå kirurgi som siste sjanse.

#### REFERANSER

1. Groven, KS. Striving for healthy lives, striving for social acceptance: Women's experiences following gastric bypass surgery. [Doktorgradsavhandling]. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. 2014.
2. Jakobsen, GS, Hofsbø, J, Røistien, J, Sandbu R. Who undergoes bariatric surgery? Obesity Surgery. 2010; 20:1142-8.
3. Martin, M, Beekly, A, Kjørstad, R & Sebesta, J. Socioeconomic disparities in eligibility and access to bariatric surgery: a national population-based analysis. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2010;6:8-15.
4. Adams, TD, Davidson, LE, Litwin, SE, Kolotkin, RL. Health benefits of gastric bypass surgery After 6 Years. Journal of the American Medical Association. 2012;308:1122-31.
5. Assimakopoulos, K, Karavivazolou, K, Panayiotopoulos, S, Hypantis, T. Bariatric surgery is associated with reduced depressive symptoms and better sexual function in obese female patients: A one-year follow-up study. Obesity Surgery. 2011; 21: 362-6.
6. Bocchieri, L E, Meana, M, & Fisher, BL. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. Journal of Psychosomatic Research. 2002;52:155-65.
7. Hjeltnes, J. Sykelig fedme på alvor. Tidsskrift for Den norske legeforsking. 2007;127: 14.
8. Holzwarth, R, Huber, D, Majkrzak, A, & Tareen, B. Outcome of gastric bypass patients. Obesity Surgery. 2002;12:261-4.
9. Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L, et al. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: The SOS intervention study. International Journal of Obesity. 2007;31:1248-61.
10. Maggard, MA, Shugarman, LR, Suttorp, M, Maglione, M, et al. Meta-analysis: Surgical treatment of obesity. Annals of Internal Medicine. 2005;142:547-59.
11. Ogden, J, Clementi, C & Patel, A. Exploring the impact of obesity surgery on patients' health status; a quantitative and qualitative study. Obesity Surgery. 2005;15:266-72.
12. Aasheim, ET, Mala, T, Søvik, T, Kristinsson, J, et al. Kirurgisk behandling av sykkelig fedme. Tidsskrift for den norske legeforsking. 2007;1:38-42.
13. Aasprang, A, Andersen, JR, Sletteskog, N, Våge, V, et al. Helse relatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukeleg overvekt. Tidsskrift for Den norske legeforsking. 2008;5:559-62.
14. Abell, TL, & Minocha, A. Gastrointestinal complications of bariatric surgery: Diagnosis and therapy. The American Journal of the Medical Sciences, 2006;331:214-8.
15. Hadam, K, Somers, S, & Chand, M. Review. Management of late postoperative complications of bariatric surgery. British Journal of Surgery. 2011;98:1345-55.
16. Groven, Råheim M. & Engelsrud, G. «My quality of life is worse compared to previously». Living with chronic problems after weight loss surgery. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2010. DOI: 10.3402/qhw.v5i4.5553
17. Tack, J, Arts J., Caenepeel, P, De Wulf, D, et al. Pathophysiology, diagnosis and management of postoperative dumping syndrome. Gastroenterology & Hepatology. 2009;6:583-90.
18. Leder D. The Absent Body. Chicago: The University of Chicago Press. 1990.
19. Groven, KS, Råheim M & Engelsrud G. Dis-appearance and dys-appearance anew: living with excess skin and intestinal changes following weight loss surgery. Medicine, HealthCare and Philosophy. 2013;16:507-23.
20. Kvale S og Brinkmann S. Interviews. Learning the Craft of Research interviewing. Los Angeles, CA: Sage. 2009.
21. van Manen, M. Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. 2nd ed. London: The altouse press. 1997.
22. Throsby, K. Obesity surgery and the management of excess: exploring the body multiple. Sociology of Health and Illness. 2012;34:1-15.
23. Murray S. The «Fat female body». London: Palgrave Macmillan. 2008.
24. Rugseth, G. Overvekt som livserfaring. Et empirisk-teoretisk kunnskapsbidrag. [Doktorgradsavhandling.] Oslo: Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet. 2014.
25. Glenn N. Exploring Media Representations of Weight-Loss Surgery. Qualitative Health Research. 2013;23:631-44.
26. Salant T og Santry, HP. Internet-marketing of bariatric surgery: Contemporary trends in the medicalization of obesity. Social Science & Medicine. 2006;62:2445-57.
27. Foto figur 1: <http://www.volvat.no/Global/Pdf/Volvatkampanjeovervektskirurgi.pdf>, [Nedlastet 13.01.13]

# 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**



Arkivfoto: Stig Weston

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Sykehusinfeksjoner er et alvorlig problem. Økende forekomst av multiresistente bakterier truer pasientsikkerheten. Slike infeksjoner kan forebygges gjennom systematisk gjennomføring av basale smittevernstiltak. Studier viser at sykepleiere ikke nødvendigvis har tilstrekkelig kunnskap om multiresistente bakterier og smittevern.

**Hensikt:** Undersøke sykepleiere som arbeider på infeksjonsposter og sykepleiere som arbeider på andre medisinske sengeposters egenrapporterte kunnskap og atferd i møte med pasienter med multiresistente bakterier, og følelsesmessig respons til å yte

sykepleie til denne pasientgruppen.

**Metode:** Beskrivende tverrsnittsstudie basert på spørreskjemaet The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire (MDRB AQ). 237 spørreskjemaer ble distribuert ved sju medisinske poster ved to norske sykehus, og 107 returnerte spørreskjema ble inkludert i analysene (svarprosent 45.1). Svar fra sykepleiere som arbeider på infeksjonsposter (N=31) sammenliknes med svar fra sykepleiere som arbeider på andre medisinske poster (N=76).

**Resultat:** Sykepleiere som arbeider på infeksjonsposter skåret signifi-

kant høyere på kunnskapsspørsmål om multiresistente bakterier og rapporterte signifikant høyere følelsesmessig respons enn sykepleiere fra andre sengeposter. Alle sykepleierne skåret høyt på egenrapportert atferd.

**Konklusjon:** Økt kunnskap kan påvirke egenrapportert kompetanse og trygghet. Sykepleierne i studien vet hvilket smittevernstutstyr som skal benyttes, men ikke alle kan redegjøre for hvorfor. Dette kan likevel bidra til å redusere risiko for sykehusinfeksjoner, og redusere forekomst av multiresistente bakterier.

## ENGLISH SUMMARY

### Nurses' caring for patients with multi-resistant bacteria

**Background:** Nosocomial infections are a serious problem. Increasing prevalence of multidrug-resistant bacteria threaten patient safety. Such infections can be prevented through systematic implementation of basic infection control measures. Studies show that nurses may not have sufficient knowledge of multi-resistant bacteria and infection control.

**Objective:** Investigate nurses' self-reported knowledge and behaviour towards patients with multidrug-resistant bacteria, and emotional response towards caring for these patients and compare answers from

nurses working in infection wards and other medical wards.

**Methods:** A descriptive cross-sectional study based on the Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire (MDRB AQ). The questionnaires were distributed to 237 nurses working in seven medical departments of two hospitals. Data from 107 returned questionnaires are included in analyses (response rate 45.1%). The study compares responses from nurses working in infection wards (N=31) to responses from nurses working in other medical wards (N=76).

**Results:** Nurses working in infection wards scored significantly higher on knowledge questions about multi-

resistant bacteria, and reported significantly greater emotional response than did nurses from other medical wards. All nurses scored high on self-reported behaviour.

**Conclusions:** Knowledge may lead to increased competence and self-reported confidence. Nurses responding in this study knew the protective measures when caring for patients with multidrug-resistant bacteria, but the rationale was not known by all. Nurses have ample opportunities to reduce risk and prevalence of nosocomial infections.

**Keywords:** Prevention, hygiene, infection, contamination, cross-sectional study.

# » Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier

Forfattere: **Lene Lunde**  
og **Anne Moen**

## NØKKELORD

- Forebygging
- Hygiene
- Infeksjon
- Smitte
- Tverrsnittsstudie

## INTRODUKSJON

Sykehusinfeksjoner er et alvorlig problem og stor trussel mot pasientsikkerheten. Det rapporteres anslagsvis 45.000 sykehusinfeksjoner årlig ved norske sykehus (1,2). Pasienter på sykehus er mer mottakelige for infeksjoner grunnet nedsatt immunforsvar, invasive prosedyrer, medikamentbruk og svekket allmenntilstand (3). Sykehusinfeksjoner kan reduseres betraktelig med effektivt smittevernarbeid. Etterlevelse av basale og spesifikke smittevernrutiner er de viktigste forebyggende tiltakene (4,5). Likevel medvirker manglende kunnskap, mistolkning eller manglende etterlevelse av smitteverntiltak til at sykehusinfeksjoner oppstår (1,6,7). Sykepleiere er viktige aktører for å sikre effektivt smittevern fordi de samhandler tett med, og ofte er kontinuerlig til stede hos, pasientene. Kunnskap om smittevern har derfor stor betydning

for å redusere smitteoverføring i praksis. Mangel på kunnskap er en av de viktigste, potensielle risikoer for smitte med multiresistente bakterier (8). Økt kunnskap kan gjøre sykepleierne tryggere og mer sikre i utøvelse av sykepleie, og redusere frykt for multiresistente bakterier hos pasienter og sykepleiere (9).

Det rapporteres at flere bakterier nå er resistente mot flere typer antibiotika. Infeksjoner med slike såkalte «multiresistente bakterier» er krevende å behandle og fører til lengre og mer alvorlig sykdomsforløp for pasientene (10). Her begrenses «multiresistente bakterier» til Meticillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), og Ekstendert spektrum-betalaktamase (ESBL) produserende bakterier. Både MRSA og ESBL kan føre til sykdom og alvorlige helseproblemer dersom forholdene ligger til rette, hvilket ofte er tilfelle hos sykehusinnlagte pasienter (11,12). Studier viser at sykepleiere har varierende kunnskap om multiresistente bakterier og smittevern. En kartleggingsstudie fra USA viser at sju av ti erfarne sykepleiere greide å definere MRSA, samt å oppgi tilfredsstillende detaljer om spredningsmåte (13). Flere andre studier konkluderer imidlertid med at man ikke kan anta

at helsepersonell har kunnskap og bevissthet om MRSA-kontroll og -håndtering (14–17). I Norge viser studier av kunnskap om MRSA og smittevernrutiner på sykehjem at selv om skriftlige prosedyrer for håndtering av MRSA finnes, er helsepersonell redde for selv å bli smittet med MRSA (18–20). Det er ikke funnet norske studier som har undersøkt sykepleieres kunnskap, atferd og følelsesmessige respons ved sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier på sykehus.

Hensikten med studien er derfor å undersøke sykepleieres kunnskap om multiresistente bakterier og selvrapportert

### Hva tilfører denne artikkelen?

Studien indikerer at sykepleiere som jobber på infeksjonsposter har mer kunnskap og er tryggere i pleien av pasienter med multiresistente bakterier.

### Mer om forfatterne:

Lene Lunde er sykepleier med mastergrad i sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo. Hun er ansatt som Fagutviklingssykepleier ved Infeksjonsmedisinsk avdeling, Bærum Sykehus, Vestre Viken Helseforetak. Anne Moen er sykepleier og professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Kontaktperson: [lene.nilsen@vestreviken.no](mailto:lene.nilsen@vestreviken.no).

atferd i møte med pasienter med multiresistente bakterier i sykehus og sammenlikne svar fra sykepleiere som arbeider på infeksjonsposter og sykepleiere

MRSA. Følelsesmessig respons inneholder 14 verbale motsetningspar som fokuserer på følelsesmessig reaksjon ved å yte sykepleie til pasienter med

lingssykepleiere på sengepostene, ble innhentet. I tillegg presiserte informasjonsskrivet at retur av spørreskjemaet ble ansett som samtykke til å delta i studien. Deltakernes anonymitet er ivarettatt ved at forsker kun vet antall utleverte og mottatte skjemaer fra sengepostene.

## ” Sykehusinfeksjoner er et alvorlig problem og stor trussel mot pasientsikkerheten.

som arbeider på andre medisinske sengeposter. I tillegg kartlegges sykepleiernes følelsesmessig respons, det vil si egenvurdert trygghet til å yte sykepleie til pasientgruppen.

### METODE

Studien er en kvantitativ tverrsnittsstudie med bekvemmelighetsutvalg der det empiriske materialet ble innsamlet via spørreskjema (21).

### SPØRRESKJEMA

Vi brukte spørreskjemaet «The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire (MDRB AQ)» for å undersøke sykepleieres kunnskap, atferd og følelsesmessig respons til å yte sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier (16,17). MDRB AQ er utviklet i Sverige, og ble oversatt til norsk etter tillatelse fra originalforfatter. I oversettelsen benyttet vi «fram- og tilbakeoversettelse» og tett konsultasjon med norske eksperter på smittevern (22–24). MDRB AQ har 38 spørsmål fordelt på tre områder. Kunnskapskomponenten inneholder 14 spørsmål om spredning, behandling, mikrobiologiske egenskaper og smittevernrutiner for MRSA og ESB. Atferdskomponenten inneholder ti spørsmål om smittevernrutiner sykepleieren har til hensikt å benytte ved sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier i sår, eksemplifisert ved

multiresistente bakterier som MRSA eller ESB. Mer informasjon om spørreskjemaet kan fås ved henvendelse.

### DATAINNSAMLING

Sykepleiere som arbeidet i kliniske stillinger på medisinsk avdeling på to sykehus på Østlandet, totalt sju sengeposter, ble spurt om å delta. To av disse sengepostene var definert som infeksjonsposter. Datainnsamlingen foregikk i perioden september–desember 2012. En kontaktperson på hver sengepost administrerte utdeling og innsamling av spørreskjemaene. Sengepostene fikk tilbud om informasjonsmøte før undersøkelsen. Videre kontakt ble utført månedlig per e-post, med økning til ukentlig kontakt i sluttfasen av datainnsamlingen.

Styrkeberegning på bakgrunn av funn i originalstudien (17) tilsa at et utvalg på minimum 30 sykepleiere fra infeksjonsposter og 30 sykepleiere fra andre medisinske poster ville være tilstrekkelig for å kunne påvise eventuelle systematiske forskjellene som måtte være i materialet. Totalt ble det distribuert 237 spørreskjemaer ved sengepostene og 107 returnerte spørreskjemaer ble inkludert i analysene.

### ETIKK

Nødvendige tillatelser fra Personvernombudet, forsknings-sjefer og avdelingsledere på de respektive sykehus, samt avde-

### ANALYSE

I analysen presenteres svar fra sykepleiere som arbeider på infeksjonsposter og svar fra sykepleiere som arbeider på andre medisinske poster på sykehus. Materialet ble delt i to grupper på bakgrunn av variabelen fagområde, der de som svarte infeksjon ble gruppert som «infeksjon», mens resten ble gruppert som «medisin». Data ble analysert med SPSS, versjon 20. Signifikansnivået er satt til 5 prosent ( $p=0,05$ ) på alle analyser.

Svar på hvert av kunnskaps- og atferdspørsmålene ble utregnet i prosent totalt og innenfor de to gruppene. Mulig skår innen kunnskap og atferd var 0–100, og totalskår ble gjennomsnittsberegnet (25). Høy skår uttrykker mer kunnskap og egenrapportert atferd i tråd med anbefalingene. Følelsesmessig respons ble delt i tre delskalaer og totalskala. Mulig skår var 14–100 og resultatet ble gjennomsnittsberegnet (25). Høy skår uttrykker økt egenrapportert trygghet ved sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. Intern konsistens ble testet med Cronbachs alfa. Alle analyser ble utført for hele utvalget og i de to gruppene. Ubesvarte spørsmål innenfor kunnskap og atferd ble registrert som «feil svar», mens innenfor følelsesmessig respons ble gjennomsnitt for variabelen brukt (25).

Forskjellen mellom «infek-

**TABELL 1:** Karakteristika av utvalget.

	Total N=107	Medisin N= 76	Infeksjon N= 31	
<b>Alder:</b>				
Gjennomsnitt (SD)	36 (10,8)	35 (9,9)	38 (12,7)	
Variasjonsbredde	22–62	22–60	23–62	
	Total % (N)	Medisin % (N)	Infeksjon % (N)	P-verdi
<b>Kjønn:</b>				
K	96,2 (101)	96,0 (72)	96,7 (29)	
M	3,8 (4)	4,0 (3)	3,3 (1)	
<b>Antall år på post:</b>				
0–1.5 år	24,5 (26)	22,4 (17)	30,0 (9)	
2–4.5 år	23,6 (25)	22,4 (17)	26,7 (8)	
5–6 år	27,4 (29)	31,6 (24)	16,7 (5)	
6,5–21 år	24,5 (26)	23,7 (18)	26,7 (8)	0,474
<b>Tilleggsutdanning:</b>	31,1 (33)	32,9 (25)	26,7 (8)	0,533
<b>MRSA:</b>				
Møtt pasient	89,7 (96)	88,2 (67)	93,5 (29)	0,405
Undervisning	60,7 (65)	53,9 (41)	77,4 (24)	0,024
Lokale retningslinjer	90,7 (97)	89,5 (68)	93,5 (29)	0,511
Nasjonale retningslinjer	38,7 (41)	31,6 (24)	56,7 (17)	0,017
<b>ESBL:</b>				
Møtt pasient	83,0 (88)	80,0 (60)	90,3 (28)	0,198
Undervisning	35,5 (38)	26,3 (20)	58,1 (18)	0,002
Lokale retningslinjer	71,0 (76)	61,8 (47)	93,5 (29)	0,001
Nasjonale retningslinjer	24,3 (26)	17,1 (13)	41,9 (13)	0,007

Forskjellen mellom gruppene er analysert med  $\chi^2$  test. Signifikante forskjeller mellom gruppene er uthevet med fet skrift.

sjon» og «medisin» i bakgrunnsdata og prosentvis korrekt svar ble undersøkt med khikvadrat-test ( $\chi^2$ ), og rapportert med p-verdi. Forskjellen mellom gruppenes svar på kunnskap, atferd og følelsesmessig respons ble undersøkt med Mann-Whitney U test. Forskjellen rapporteres med p-verdi. Funnet «totalskår for kunnskap» og «totalskår for atferd» ble delt i to ved median, for å undersøke tilstrekkelig og ikke tilstrekkelig kunnskap og atferd. Median ble valgt som kriterium fordi det er for få studier på området til å definere hva som er tilstrekkelig skåre (26).

Funnene om følelsesmessig

respons ble delt i lav, middels og høy følelsesmessig respons (25). Lav følelsesmessig respons reflekterer utrygghet, mens høy følelsesmessig respons reflekterer trygghet ved sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. Multivariate krysstabeller av tilstrekkelig kunnskap og høy følelsesmessig respons kontrollert for alle bakgrunnsvariabler, ble utført i begge gruppene.

## RESULTATER

Av 237 spørreskjemaer ble 107 skjemaer besvart (svarprosent = 45,1). Karakteristika ved materialet beskrives i tabell 1. Tabel-

len viser at de fleste sykepleierne uavhengig av gruppe har møtt pasienter med MRSA og ESBL. Totalt sett hadde få deltatt på undervisning om MRSA og ESBL. Likevel hadde en signifikant større andel av sykepleiere fra «infeksjon» deltatt på undervisning enn sykepleiere fra «medisin».

## Egenrapportert kunnskap

Kunnskapsspørsmålene omhandler spørsmål om MRSA og ESBL fordelt på fire områder; smittespredning, behandling, mikrobiologiske egenskaper og smittevern. En høyere andel sykepleiere fra gruppen «infeksjon» svarte mer

**TABELL 2:** Riktig svar på kunnskapsspørsmålene.

		Total % (N)	Medisin % (N)	Infeksjon % (N)	P-verdi
<b>Smittespredning</b>	<b>MRSA:</b>				
	Spredning	48,6 (52)	46,1 (35)	54,8 (17)	0,409
	Andel	13,1 (14)	14,5 (11)	9,7 (3)	0,505
	Lokalisasjon	76,6 (82)	76,4 (58)	77,4 (24)	0,822
	<b>ESBL:</b>				
	Lokalisasjon	65,4 (70)	61,8 (47)	74,2 (23)	0,223
	Risikofaktorer	3,7 (4)	2,6 (2)	6,5 (2)	0,345
<b>Behandling</b>	<b>MRSA:</b>				
	Bærerskap	46,7 (50)	44,7 (34)	51,6 (16)	0,518
	<b>ESBL:</b>				
Bærerskap	44,9 (48)	39,5 (30)	58,1 (18)	0,079	
<b>Mikrobiologiske egenskaper</b>	<b>MRSA:</b>				
	<b>Sympto</b>	57,9 (62)	56,6 (43)	61,3 (19)	0,654
	<b>ESBL:</b>				
	Hvilke bakterier	1,9 (2)	0,0 (0)	6,5 (2)	0,025
	Overføring	30,8 (33)	27,6 (21)	38,7 (12)	0,260
<b>Smittevernrutiner</b>	<b>MRSA:</b>				
	Hansker	99,1 (106)	100,0 (76)	96,8 (30)	0,116
	Håndhygiene	82,2 (88)	80,3 (61)	87,1 (27)	0,401
	Munnbind	90,7 (97)	90,8 (69)	90,3 (28)	0,940
	Smittefrakk	96,3 (103)	96,1 (73)	96,8 (30)	0,858
	<b>ESBL:</b>				
	Hansker	81,3 (87)	77,6 (59)	90,3 (28)	0,127
	Håndhygiene	85,0 (91)	81,6 (62)	93,5 (29)	0,115
	Munnbind	52,3 (56)	39,5 (30)	83,9 (26)	<0,001
	Smittefrakk	79,4 (85)	73,7 (56)	93,5 (29)	0,021

Forskjellen mellom gruppene er analysert med  $\chi^2$  test. Signifikante forskjeller mellom gruppene er uthevet med fet skrift.

riktig enn sykepleiere fra «medisin». Tabell 2 viser at få hadde kunnskap om ESBL, men det var signifikant forskjell mellom gruppene på spørsmål om hvilke bakterier som kan produsere ESBL i favør «infeksjon».

Totalskår for kunnskapsspørsmålene beskrives i tabell 3. Tabellen viser at respondenter i gruppen «infeksjon» skåret signifikant høyere på totalskår enn respondenter i gruppen «medisin». Det samme fant vi for smittevern og mikrobiologiske egenskaper. Vi fant

imidlertid ingen signifikant forskjell mellom gruppene på delområdene smittespredning og behandling.

Totalskår for kunnskap, delt i tilstrekkelig og ikke tilstrekkelig kunnskap basert på gjennomsnitt, viste at totalt 57 prosent (n=107) er fordelt til gruppen «tilstrekkelig kunnskap». Signifikant flere sykepleiere fra «infeksjon» hadde tilstrekkelig kunnskap (80,6 prosent, n=31) enn fra «medisin» (57 prosent, n=76, p<0,002). Tabell 4 viser at signifikant flere fra gruppen

«infeksjon» ga svar som viste tilstrekkelig kunnskap enn fra «medisin», kontrollert for om man hadde møtt pasienter med MRSA og ESBL. Vi fant samme tendens for tilstrekkelig kunnskap for alle bakgrunnsvariablene om MRSA og ESBL fra tabell 1.

### Egenrapportert atferd

Atferd omhandler smittevern-utstyr og håndhygienepinsipper sykepleierne har til hensikt å benytte ved stell av sår med MRSA. Funnene viste ingen



**TABELL 3:** Gjennomsnittlig skår for totalskår på kunnskapsspørsmålene og de fire delområdene.

	Total	Medisin	Infeksjon	P-verdi <sup>3</sup>
<b>Kunnskap total</b>	58,7	56,1	65,1	<0,001
-Smittespredning	41,5	40,3	44,5	0,272
-Behandling	45,8	42,1	54,8	0,142
-Mikrobiologiske egenskaper	30,2	28,1	35,5	0,023
-Smittevern	83,3	79,9	91,5	<0,001

<sup>3</sup>Forskjellen mellom gruppene er analysert med Mann-Whitney U test. Signifikante forskjeller mellom gruppene er uthevet med fet skrift

**TABELL 4:** Tilstrekkelig/ikke tilstrekkelig kunnskap.

	Total% (N)		Medisin% (N)		Infeksjon% (N)		P-verdi <sup>4</sup>
	Tilstrekkelig	Ikke tilstrekkelig	Tilstrekkelig	Ikke tilstrekkelig	Tilstrekkelig	Ikke tilstrekkelig	
<b>Møtt MRSA</b>	58,3 [56]	41,7 [40]	49,3 [33]	50,7 [34]	79,3 [23]	20,7 [6]	0,006
<b>Møtt ESBL</b>	63,6 [56]	36,4 [32]	53,3 [32]	46,7 [28]	24 [85,7]	14,3 [4]	0,003

<sup>4</sup>Forskjellen mellom gruppene er analysert med  $\chi^2$  test. Signifikante forskjeller mellom gruppene er uthevet med fet skrift

**TABELL 5:** Følelsesmessig respons totalt og inndelt i tre delskalaer.

	Total N=104	Medisin N= 74	Infeksjon N= 30	Cronbachs alfa	P-verdi <sup>5</sup>
<b>Følelsesmessig respons total</b>					
Gjennomsnitt	74,2	71,4	80,9	0,862	<0,001
Min-max	39,8-98,9	39,8-98,9	57,1-96,9		
<b>Profesjonell tilnærming</b>					
Gjennomsnitt	80,3	77,4	87,5	0,804	<0,001
Min-max	28,6-100	28,6-100	61,9-100		
<b>Kompetanse</b>					
Gjennomsnitt	69,7	66,7	77,1	0,767	<0,001
Min-max	28,6-100	34,3-100	28,6-100		
<b>Sinnsstemning</b>					
Gjennomsnitt	69,3	67,3	74,1	0,689	0,07
Min-max	38,1-100	38,1-98,9	47,6-100		

<sup>5</sup>Forskjellen mellom gruppene er analysert med Mann-Whitney U test. Signifikante forskjeller mellom gruppene er uthevet med fet skrift

signifikante forskjeller mellom gruppene i gjennomsnittlig skår («infeksjon» 89,5, «medisin» 89,7, p-verdi =0,710). Det var

heller ingen signifikante forskjeller på de andre bakgrunnsvariablene om MRSA og ESBL fra tabell 1.

#### Egenrapportert følelsesmessig respons

Følelsesmessig respons ble undersøkt ved å be respon-

dentene svare på verbale motsetningspar om egenvurdert reaksjon ved stell av sår med MRSA. Høy skår reflekterer mer positiv reaksjon, det vil si mer trygghet. Følelsesmessig respons ble delt i tre delskalaer; profesjonell tilnærming, kompetanse og sinnsstemning. Tabell 5 viser at respondenter i gruppen «infeksjon» skåret signifikant høyere enn «medisin» totalt for hele skalaen, og innenfor delskalene profesjonell tilnærming og kompetanse.

## ” Spredning og smitte med multiresistente bakterier er spesielt alvorlig.

Totalskår for følelsesmessig respons ble delt i lav, middels eller høy følelsesmessig respons. Totalt rapporterte 54,8 prosent av sykepleierne i undersøkelsen lav følelsesmessig respons, 28,8 prosent middels og 16,3 prosent høy følelsesmessig respons. Over halvparten av respondentene rapporterte altså utrygghet ved stell av sår med MRSA. Det var signifikant forskjell mellom gruppene «infeksjon» og «medisin» innenfor høy følelsesmessig respons, hvor 33,3 prosent i gruppen «infeksjon» rapporterte høy følelsesmessig respons mot 9,5 prosent i gruppen «medisin» ( $p < 0,001$ ).

Signifikant flere sykepleiere i gruppen «infeksjon» ga svar som viste høy følelsesmessig respons enn «medisin», kontrollert for om sykepleierne hadde møtt pasienter med MRSA og ESBL. Vi fant samme tendens for høy følelsesmessig respons for alle bakgrunnsvariablene om MRSA og ESBL fra tabell 1.

### DISKUSJON

Undersøkelsen viste at sykepleiere i gruppen «infeksjon» svarte

mer riktig på kunnskapsspørsmålene enn sykepleiere i gruppen «medisin». Alle respondentene, uavhengig av gruppe, skåret høyt på egenrapportert atferd. I tillegg rapporterte respondentene i «infeksjon» høyere skår på følelsesmessig respons, det vil si mer trygghet ved stell av sår med MRSA.

### Pasientsikkerhet

Det intensive arbeidet for å forhindre spredning av multiresistente bakterier i helsevesenet

har ført til nasjonale og lokale retningslinjer for screening og isolering (3,5,12). Derfor undersøkes stadig flere pasienter for multiresistente bakterier ved innleggelse på sykehus. Denne undersøkelsen viste at mange sykepleiere, uavhengig av gruppe, kjente lokale retningslinjer for MRSA. Færre kjente lokale retningslinjer for ESBL. Siden det sannsynligvis ikke er kapasitet til at alle pasienter som screenes for ESBL og MRSA isoleres på infeksjonsposter, er det viktig at retningslinjer for screening og isolering av MRSA og ESBL er kjent for alle faggrupper. Det kan sikre riktigere håndtering av smittevernet og korrekt valg av isoleringsregime (3). Dette reduserer risikoen for sykehusinfeksjoner, øker pasientsikkerheten og forhindrer at pasientene utsettes for strengere regimer enn nødvendig.

Under halvparten av sykepleierne i undersøkelsen var kjent med spredningsmåten for MRSA. ESBL generelt var enda mindre kjent blant sykepleierne. Tidligere studier viser lignende

resultater (13–17). MRSA er sannsynligvis bedre kjent fordi det har fått mye oppmerksomhet lenge, mens utfordringer ved ESBL er et nyere fokusområde (11). Usikkerhet rundt spredningsmåte for multiresistente bakterier kan føre til mistolkning av smittevernrutiner og bidra til spredning av multiresistente bakterier (15). Totalt sett hadde få deltatt på undervisning om MRSA og ESBL, men respondenter i gruppen «infeksjon» hadde i større grad deltatt enn respondenter i gruppen «medisin». Dette gir et signal til ledelsen om å fokusere mer på undervisning for å sikre kompetente sykepleiere. Undervisning kombinert med gode rollemødel og forankring i ledelsen er viktige forutsetninger for godt smittevernarbeid (1, 2). Kjennskap til MRSA og ESBL blant sykepleiere kan økes ved systematisk opplæring, og effekten er best om opplæring og intervensjoner tilpasses lokale behov innen hver avdeling og faggruppe (27,28). Opplæring og undervisning innen smittevern bør søke å øke sykepleiernes kunnskap, samt stimulere til å utføre prosedyrene på korrekt måte.

### Kunnskap

Kunnskap utvikles gjennom teoretisk og praktisk erfaring hos sykepleieren (29), men også gjennom avdelingens kultur (30). I vår undersøkelse svarte sykepleiere i gruppen «infeksjon» riktig på flere kunnskapsspørsmål enn sykepleiere i gruppen «medisin». Slike forskjeller er også rapportert i tidligere studier (17). Sykepleiere på infeksjonsposter møter flere pasienter med MRSA og/eller ESBL, og det er grunn til å anta at de fokuserer mer på smittevern og infeksjonsforebygging.

## Atferd

Funnene i studien viser at respondentene kjente isoleringsregimer og visste hvilket smittevernutstyr og hvilke håndhygienetiltak som skulle benyttes ved stell av sår med MRSA. Sykepleierens kjennskap til smitteverntiltak og isoleringsregime er viktig for å redusere risiko for sykehusinfeksjoner og videre spredning av uønskete mikrober ved innleggelse på sykehus (1,4,5,7). Spredning og smitte med multiresistente bakterier er spesielt alvorlig i dag fordi det er færre eller manglende behandlingsalternativer (10). Det betyr at systematisk oppmerksomhet om smittevern og tiltak som forebygger smittespredning er avgjørende for pasientsikkerheten (1,4,11). Sannsynligheten for at alle sengeposter vil ta imot og yte helsehjelp til pasienter som også har multiresistente bakterier er økende. Derfor er det positivt at denne studien viser at sykepleiere fra andre sengeposter visste hvilket utstyr som skal benyttes. Forebygging og effektivt smittevern for å hindre spredning av multiresistente bakterier er viktig for å hindre at multiresistente bakterier får fotfeste på sykehus (12). Sykepleiere bidrar vesentlig til å forebygge og redusere sykehusinfeksjoner fordi de arbeider pasientnært hele døgnet (29). Inklusjon av sykehusinfeksjoner i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen (4) kan gi smittevernarbeidet et løft og fornyet oppmerksomhet i helsetjenesten.


## Følelsesmessig respons

Flere studier bekrefter at lite kunnskap om smittevernrutiner kan bidra til at sykepleierne føler seg utrygge hos disse pasientene (8). I denne studien svarte flest sykepleiere i gruppen «infek-

sjon» slik at de viste tilstrekkelig kunnskap, mer trygghet og høyere egenrapportert kompetanse enn sykepleiere i gruppen «medisin». Det kan tyde på at kunnskaps-nivået har betydning for egenrapportert trygghet ved sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. Økt kunnskap kan føre til mer trygghet og høyere personlig kompetanse. Dersom man ikke opplever å ha tilstrekkelig kunnskap om multiresistente bakterier eller vet hva ulike isoleringsregimer innebærer, vil man sannsynligvis føle seg mindre trygg eller kompetent i situasjonen. Dette kan lett videreføres til pasientene (8,9,30).

## Kollektiv erfaring

I vår undersøkelse hadde relativt flere sykepleiere i gruppen «infeksjon» tilstrekkelig kunnskap og rapporterte høy følelsesmessig respons, det vil si økt trygghet og kompetanse, enn i gruppen «medisin». Det kan tyde på at man erverver kunnskap og opparbeider trygghet og kompetanse til å møte pasient med MRSA eller ESBL gjennom

 Sykepleiere bidrar vesentlig til å forebygge og redusere sykehusinfeksjoner fordi de arbeider pasientnært.

tilgang til kollektiv erfaring, faglige diskusjoner på arbeidstedet eller lokal kultur, selv om man kanskje ikke har personlig erfaring med pasientgruppen. Diskusjoner og erfaringsutveksling og avdelingens kultur bidrar til at sykepleierne opparbeider kunnskap om smittevern og multiresistente bakterier (31,32).

## Studiens begrensninger

Denne studien gir et bilde av

sykepleierens kunnskap, atferd og følelsesmessige respons til å yte sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. Studien viser mer kunnskap om MRSA enn ESBL. Det er likevel behov for mer kunnskap og erfaring, spesielt når enheten man arbeider ved ikke har mange pasienter med MRSA eller ESBL. Studien har også noen viktige begrensninger. Materialet er hentet fra et utvalg sykepleiere på medisinsk avdeling på to somatiske sykehus og respondentene er ikke tilfeldig valgt. Funnene kan derfor ikke umiddelbart generaliseres. Studien ser heller ikke på om det er stor variasjon mellom de ulike postene, og betydningen av ulik kultur vil ikke framkomme.

Utvalgets størrelse setter noen begrensninger for analysevalget. Ved å gjennomføre flere tester på samme utvalg kan de enkelte testene påvirke hverandre slik at risikoen for falske positive konklusjoner øker. Selv om denne studien sammenlikner funn fra enkeltanalyser, gir de likevel en pekepinn om viktige momenter for sykepleie til pasi-

entgruppen. Antall respondenter i studien overstiger antallet beregnet i styrkeberegningen, men det kan likevel ha oppstått skjevhet i materialet. Videre kan flere ha avstått fra å svare på grunn av opplevd tidspress eller at de ikke ser dette som aktuell tematikk.

Alle spørsmålene i spørreskjemaet MDRB AQ har sannsynligvis ikke like stor betydning for sykepleie ved multiresis-

tente bakterier. I denne studien har fokus vært å kartlegge ved hjelp av MDRB AQ på samme måte som originalstudien (16, 17). En mer spesifikk vektning av spørsmålene forutsetter mer

og følelsesmessige respons ved sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier i Norge. Videre arbeid i klinisk praksis bør også fokusere på sykepleieres oppfatning av egne bidrags

**” Sykepleiere bidrar vesentlig til å forebygge og redusere sykehusinfeksjoner fordi de arbeider pasientnært.**

omfattende validering av hvilke spørsmål som betyr mest for norske forhold.

Selvadministrerende spørreskjema ved innsamling av data gir ikke alltid svar som gjenspeiler den bredden man kunne ønske seg. Kunnskapsspørsmål kan videre føre til at mulige respondenter som ikke føler seg kunnskapsrike eller ikke er interessert i temaet, avstår fra å delta. Det var ikke mulig å kontrollere om respondentene benyttet hjelpemidler når de svarte (33). Undersøkelsen sier heller ikke noe om faktisk etterlevelse, og selvrapportert atferd bør tolkes med forsiktighet. Det kan være store forskjeller mellom egenrapportert og observert atferd (27,33–36). Likevel viste undersøkelsen at mange av sykepleierne kan definere hvilket smittevernuttstyr og hygienetiltak som skal benyttes, og dette er viktige forutsetninger for effektivt smittevern og sykepleie ved multiresistente bakterier.

### Videre forskning

Denne undersøkelsen bekrefter funn fra andre studier (14–17,37) og synliggjør behovet for mer kunnskap om smittevern og multiresistente bakterier hos sykepleierne. Tilsvarende studier bør derfor utføres i større skala for å gi bredere forståelse av sykepleieres kunnskap, atferd

betydning i resistensforebyggende arbeid gjennom observasjons- og intervjustudier. Videre arbeid kan også se på om det er noen spørsmål i spørreskjemaet MDRB AQ som har spesiell betydning for sykepleie ved multiresistente bakterier, og foreslå vektning og validering av hvilke spørsmål som betyr mest for norske forhold.

### Konklusjon

Sykehusinfeksjoner, spesielt med multiresistente bakterier som MRSA og ESBL, er et alvorlig problem og en stor trussel mot pasientsikkerheten. Dette kan forebygges gjennom systematisk smittevern (1,10,11). I denne undersøkelsen har vi vist at de fleste sykepleierne som svarte visste hvilket smittevernuttstyr som skulle benyttes. Studien viste imidlertid at selv om man visste hvilket smittevernuttstyr som skal benyttes, kunne ikke alle redegjøre for kunnskap som begrunner og gir rasjonale for handlingen. Studien viste at det var signifikante forskjeller i svarene på spørsmålene om kunnskap og egenrapportert trygghet der de som arbeidet på «infeksjon» skåret høyest. Det kan tyde på at faglige diskusjoner på arbeidsstedet, enhetens kultur og tilgang til kollektiv erfaring er viktig. Det var også generelt lavere kunnskap om

ESBL enn om MRSA uavhengig av gruppe. Spørreskjemaet som er benyttet i studien kan derfor vurderes som ledelsesverktøy for å avdekke kunnskapshull om multiresistente bakterier hos sykepleiere og legge til rette for spesifikk undervisning og opplæring. Sykepleiere med tilstrekkelig kunnskap er med på å redusere risiko for sykehusinfeksjoner og spredning av multiresistente bakterier. Slik sykepleie styrker pasientsikkerheten.

### REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Nasjonal veileder for håndhygiene. Om hvordan riktig håndhygiene kan hindre smittespredning og reduserer risikoen for infeksjoner. 2004 [Nedlastet 18.3.2013].
2. Folkehelseinstituttet. Rettleier til forskrift om smittevern i helsetenesta [Smittevern 15]. 2006 [Nedlastet 19.3.2013].
3. Folkehelseinstituttet. Isoleringsveilederen. Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner. 2004 [Nedlastet 18.3.2013].
4. Pasientsikkerhetskampanjen. I trygge hender. Nasjonal pasientsikkerhetskampanje. 2011-2013.
5. Folkehelseinstituttet. Forebygging og kontroll av spredning av multiresistente gramnegative stavbakterier og ESBL-holdige bakterier i helseinstitusjoner. 2009 [Nedlastet:18.3.2013]
6. Archibald LK, Jarvis WR. Health care-associated infection outbreak investigations by the Centers for Disease Control and Prevention, 1946–2005. *Am J Epidemiol.* 2011;174 (11 Suppl): 47-64.
7. Berland A, Berentsen S, Gundersen D. Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet. *Vard Nord Utveckl Forsk.* 2009;29:33-7.
8. Andersson H, Lindholm C, Fossum B. MRSA—global threat and personal disaster: patients' experiences. *Int Nurs Rev.* 2011;58:47-53.
9. Skyman E, Sjoström HT, Hellström L. Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scand J Caring Sci.* 2010;24:101-7.
10. Folkehelseinstituttet. Antibiotikaresistens og antibiotikabruk. 2013 [Nedlastet 18.4.2013]; Smittevern boka kap. 8].
11. Folkehelseinstituttet. ESBL og annen utvidet resistens mot beta-laktamantibiotika hos gramnegative stavbakterier. 2013 [Nedlastet 18.3.2013].

12. Folkehelseinstituttet, HelseDirektoratet. MRSA-veilederen. Nasjonal veileder for å forebygge spredning av meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) i helseinstitusjoner. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009.
13. Lines L. A study of senior staff nurses' perceptions about MRSA. *Nurs Times*. 2006;102:32–5.
14. Easton PM, Sarma A, Williams FL, Marwick CA, Phillips G, Nathwani D. Infection control and management of MRSA: assessing the knowledge of staff in an acute hospital setting. *J Hosp Infect*. 2007;66: 29–33.
15. Mamhidir AG, Lindberg M, Larsson R, Flackman B, Engstrom M. Deficient knowledge of multidrug-resistant bacteria and preventive hygiene measures among primary healthcare personnel. *J Adv Nurs*. 2011;67:756–62.
16. Lindberg M, Lindberg M, Skytt B, Högman M, Carlsson M. Attitudes toward patients with multidrug-resistant bacteria: scale development and psychometric evaluation. *Journal of Infection Prevention*. 2011;12: 196–203.
17. Lindberg M, Skytt B, Högman M, Carlsson M. The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire: validity and understanding of responsibility for infection control in Swedish registered district, haematology and infection nurses. *J Clin Nurs*. 2012;21:424–36.
18. Sie I, Thorstad M, Andersen BM. [Infection control and hand hygiene in nursing homes in Oslo]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008;128:1528–30. Infeksjonskontroll og handhygiene ved sykehjem i Oslo.
19. Sie I, Thorstad M, Andersen BM. Infection control and meticillin-resistant Staphylococcus aureus in nursing homes in Oslo. *J Hosp Infect*. 2008;70:235–40.
20. Thorstad M, Sie I, Andersen BM. MRSA: A Challenge to Norwegian Nursing Home Personnel. *Interdisciplinary perspectives on infectious diseases*. 2011;2011:197683.
21. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008. XVIII, 796 p.
22. Brislin RW. The wording and translation of research instruments. In: Lonner WJ, JW. B, editors. *Field methods in cross-cultural research*. Beverly Hills: Sage; 1986. p. 137–64.
23. Brislin RW, Lonner WJ, Thorndike RM. *Cross-cultural research methods*. New York: John Wiley; 1973. XV, 351 s.:ill. p.
24. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25:3186–91.
25. Lindberg M, Skytt B, Högman M, Carlsson M. The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire (MDRB AQ). Manual og rättingsmall. 2012.
26. Altman DG, Royston P. The cost of dichotomising continuous variables. *BMJ*. 2006;332:1080.
27. Halcomb EJ, Griffiths R, Fernandez R. The role of patient isolation and compliance with isolation practices in the control of nosocomial MRSA in acute care. *International journal of evidence-based healthcare*. 2008;6:206–24.
28. Gammon J, Morgan-Samuel H, Gould D. A review of the evidence for suboptimal compliance of healthcare practitioners to standard/universal infection control precautions. *J Clin Nurs*. 2008;17:157–67.
29. Luo Y, He GP, Zhou JW. Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. *Int J Infect Dis*. 2010;14:1106–14.
30. Lindberg M, Carlsson M, Hogman M, Skytt B. Suffering from meticillin-resistant Staphylococcus aureus: experiences and understandings of colonisation. *J Hosp Infect*. 2009;73:271–7.
31. Mantzoukas S, Jasper M. Types of nursing knowledge used to guide care of hospitalized patients. *J Adv Nurs*. 2008;62:318–26.
32. Buus N. Negotiating clinical knowledge: a field study of psychiatric nurses' everyday communication. *Nurs Inq*. 2008;15:189–98.
33. Haraldsen G. *Spørreskjemamethodikk: etter kokebokmetoden*. Oslo: Pensumtjeneste; 2010.
34. Scheithauer S, Oberrohrmann A, Haefner H, Kopp R, Schurholz T, Schwanz T, et al. Compliance with hand hygiene in patients with meticillin-resistant Staphylococcus aureus and extended-spectrum beta-lactamase-producing enterobacteria. *J Hosp Infect*. 2010;76:320–3.
35. Randle J, Arthur A, Vaughan N. Twenty-four-hour observational study of hospital hand hygiene compliance. *J Hosp Infect*. 2010;76:252–5.
36. Jenner EA, Fletcher BC, Watson P, Jones FA, Miller L, Scott GM. Discrepancy between self-reported and observed hand hygiene behaviour in healthcare professionals. *J Hosp Infect*. 2006;63:418–22.
37. Phillips PS, Golagani AK, Malik A, Payne FB. A staff questionnaire study of MRSA infection on ENT and general surgical wards. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010;267:1455–9.

Les kommentaren på side 270 >>

# Kunnskap reduserer smitte

➤ Vi må ha kontinuerlig oppmerksomhet på og kunnskapsformidling om resistente bakterier.



**Liv Hellen Skjold Rafoss**  
Hygienesykepleier,  
Sørlandet sykehus, Flekkefjord

Hensikten med studien til Lunde og Moen var å forske på sammenhengen mellom kunnskap, atferd og følelsesmessig respons hos sykepleiere i møte med pasienter med MRSA og ESBL. De fant at manglende praksis og kunnskap om multiresistente mikrober og smittevernrutiner påvirket negativt både atferden til og ikke minst sykepleierens trygghet.

Nytteverdien av å få dette dokumentert, ved bruk av spørreskjemaet, underbygger hvor viktig det er å undervise helsepersonell om temaet. Man kan derfor vurdere spørreskjemaet som er benyttet i studien, som ledelsesverktøy for å avdekke sykepleieres kunnskapshull om multiresistente bakterier. Det legger til rette for at man spesifikt kan gi undervisning og opplæring. Studien viser at de fleste sykepleiere hadde møtt pasienter med MRSA og ESBL, men totalt sett hadde få deltatt på undervisning om emnet.

Dette samsvarer med mine

erfaringer som hygienesykepleier. Konklusjonene i studien er relevante for meg som smittevernrådgiver. Mikroorganismenes resistensutvikling overfor antimikrobielle midler er i dag et verdensomfattende og utfordrende helseproblem. Artikkelen dokumenterer min praksis, om at kontinuerlig kunnskapsformidling og systematisk oppmerksomhet om mikrober som MRSA og ESBL er vesentlig. Sammen med basale smittevernrutiner er det avgjørende tiltak som forebygger smittespredning. Mangel på kunnskap er en av de viktigste potensielle risikoer for smitte med multiresistente mikrober.

Noen av kunnskapskomponentene studien har benyttet i spørreskjemaet er blant annet om mikrobiologi, spredning, smittevernrutiner og behandling. Alt dette er grunnleggende i smittevernarbeidet. Sykepleiere må ha kunnskap om hva slags smittestoff som finnes, og skjønne betydningen av hvorfor

deres atferd på jobb kan påvirke smittespredning. Studien viser at sykepleiere på en intensivavdeling med tilstrekkelig kunnskap og mer erfaring, er med på å redusere risiko for sykehusinfeksjoner og spredning av multiresistente mikrober. Slik sykepleie styrker pasientsikkerheten og bør være målsetting for alle sykehus.

Artikkelen beskriver at undervisning kombinert med gode rollemodeller og forankring i ledelsen er viktige forutsetninger for godt smittevernarbeid. Leger er de som behandler pasientene og er rollemodeller for øvrige ansatte på et sykehus. Som hygienesykepleier observerer jeg at mange leger er usikre på smittevernrutiner ved MRSA og ESBL. Studien nevner ikke at det bør forskes på at også andre yrkesgrupper enn sykepleiere trenger kontinuerlig undervisning på dette området.

Les artikkelen på side 260





# 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

Anne Karen Jenum

dr.med., MPH, Institutt for helse og samfunn,  
Avdeling for allmennmedisin,  
Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Kjell Sverre Pettersen

PhD, MSc, Avdeling for helse,  
ernæring og ledelse, HiOA



## Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon?

> Sykepleiere har ansvar for å tilrettelegge informasjon for pasienter med lav helseinformasjonsforståelse.

### INNLEDNING

Mange pasienter har problemer med å forstå og anvende muntlig og skriftlig informasjon som de mottar fra helsetjenesten, og det er i praksis ofte betydelig avstand mellom det som sykepleiere og leger antar pasientene forstår og det de faktisk forstår (1). Begrepet health literacy (HL) brukes for å belyse dette problemet. HL er et relativt nytt begrep i klinisk praksis og i folkehelsearbeid (2,3) og kan defineres som «personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse» (2,3). Dette essayet ønsker å redegjøre for moderne syn på HL, primært for å øke bevisstheten om sykepleieres kommunikasjonsmessige tilretteleggingsansvar overfor pasienter med lav HL (4-5). Vi vil enkelte steder trekke fram diabetes type 2 som et klinisk eksempel, siden sykdommen kan anses som et

relevant eksempel på en multifaktoriell, kompleks, kronisk sykdom, der behandlingen i dag forutsetter stor grad av egeninnsats og spesifikk kunnskap hos pasienten.

Essayet baserer seg på forfatterens erfaring med og forskning på HL og et skjønnsmessig utvalg av HL-publikasjoner (søk i PubMed fram til mars 2014). «Health literacy» ble brukt som søkeord, og både engelskspråklige og norske artikler er inkludert.

### HVA ER HL?

Det engelske ordet «literacy» betyr hovedsakelig leseferdighet og tallforståelse, og ordkonstellasjonen «health literacy» har lenge dreid seg om hvorvidt enkeltpersoner kan lese og forstå ofte tallpreget helseinformasjon. Norske oversettelser av HL er helsefremmende allmenndannelse (3) – vi foreslår her alternativt; helseinformasjonsforståelse. Vår erfaring er at HL-begrepet virker lite kjent

i Norge. En mulig årsak til det kan være at man har «tatt for gitt» at både grunnleggende leseevne og tallforståelse er jevnt over godt fordelt i landets befolkning, hvilket trolig ikke er tilfellet (7). Derneft kan andre teoretiske konsepter innen helsekommunikasjonsopplæring i helsefagutdanninger ha fått større ideologisk gjennomslagskraft og prioritet; for eksempel empowerment. Definisjon av og begrepsinnhold i HL varierer mellom mange land, for eksempel bruker svenskene uttrykket «hälsolitteraciet», mens danskene foretrekker uttrykket «sundhedskompetence» (8,3). Felles for de nordiske oversettelserne av HL-begrepet er at de reflekterer mer kompetanse enn kun leseferdighet og tallforståelse. Dette skyldes to forhold: Don Nutbeams teoretiske modell for HL fra 2000 (2) og Sørensen og medarbeidere (9) sine nye, videreutviklede, empirisk baserte modell fra 2012. Ifølge Nutbeams teori (2) er kunnska-





Det engelske ordet «literacy» betyr hovedsakelig leseferdighet og tallforståelse.

per, ferdigheter og holdninger knyttet til HL fordelt på tre suksessive nivåer (3): (I) «functional HL»(F-HL): lese- og skriveferdigheter, samt basal kroppskunnskap, (II) «interaktive HL»(I-HL): evne til kommunikasjon med helsepersonell og navigering til rett instans innen helsevesenet, og (III) «critical HL»(C-HL): ferdigheter i kritisk tenkning og evaluering av helseinformasjon. Nutbeam hevder at HL både kan betraktes som en klinisk risiko og som en ressurs (8). Disse to tilnærmingene til begrepet har sine røtter i henholdsvis klinisk praksis og i folkehelsearbeid. I USA blir en persons

HL-nivå oftest vurdert ut ifra hvor stor risiko det er for uheldige helseutfall når en person blir pasient og må forholde seg til informasjon fra helsepersonell. Svak tallforståelse kombinert med begrenset leseevne hos en pasient, kan representere en sikkerhetsrisiko når reseptbelagte legemidler blir utdelt (1,10). HL som ressurs vurderes som en kognitiv, varierende, iboende «egenkapital» som mennesker trenger for å kunne ta informerte valg om hva som fremmer helse og forebygger sykdom (4).

Nutbeams noe statiske, hierarkiske HL-teori (F-HL er laveste nivå, så I-HL og C-HL det høy-

este) har imidlertid ikke kunnet la seg empirisk bekrefte. Trolig er graden av HL avhengig av kontekst, motivasjon og kulturelle betingelser (7). Sørensen og andre (7) hevder dette i sin systematiske oversikt over HL-forskning, at variabel grad av HL-kompetanse kommer til uttrykk i tre livssituasjoner som vi mennesker periodevis befinner oss i; (a) når man blir pasient i helsevesenet («Behandling og pleie»); (b) når man har økt risiko for å utvikle sykdom («Sykdomsforebygging»), (c) når man skal forholde seg til kunnskapsbasert helseinformasjon og helsefremmende tiltak, lokale >>

**FIGUR 1:** Kombinasjoner av de fire HL-kompetansene (I-IV) i de tre livssituasjonene (a-c), beskrevet i Sørensen et al. (9) sin modell (i essayforfatterens egen oversettelse fra engelsk).

	I	II	III	IV
	Finne	Forstå	Vurdere	Bruke
a) <b>Behandling og pleie</b>	Evne til å skaffe seg tilgang til informasjon om medisinske og kliniske anliggender	Evne til å forstå medisinsk informasjon og dens betydning	Evne til å tolke og vurdere medisinsk informasjon	Evne til å ta informerte beslutninger vedrørende medisinske problemer
b) <b>Sykdomsforebygging</b>	Evne til å få tilgang til informasjon om risikofaktorer for helse	Evne til å forstå informasjon om risikofaktorer og dens betydning for helse	Evne til å tolke og vurdere informasjon om risikofaktorer for helse	Evne til å ta informerte beslutninger vedrørende risikofaktorer for helse
c) <b>Helsefremming</b>	Evne til å oppdatere seg på hva som er helse-determinanter i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å forstå informasjon om helse-determinanter i sitt sosiale og fysiske miljø og deres betydning	Evne til å tolke og vurdere informasjon om helse-determinanter i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å ta informerte beslutninger vedrørende helse-determinanter i sitt sosiale og fysiske miljø

**TABELL 1:** Utvalgte tester som måler HL [21].

Instrument	Type	Antall elementer	Administrasjon/tidsbruk	Skår	Hva måles	Kommentar
TOFHLA <sup>1</sup>	Lese-, regne og fortolkningstest	50 elementer	Pasient, 22 min.	Totalskår 0-100; <60 = inadekvat HL, 60-75 = marginal HL, >75 = adekvat HL	F-HL, tallforståelse	Hyppig brukt «gullstandard», måler kun F-HL
s-TOFHLA <sup>2</sup>	Lese- og fortolkningstest	36 elementer	Pasient, 7 min.	Totalskår 0-36; <17 = inadekvat HL, 17-22 = marginal HL, ≥23 = adekvat HL	F-HL	Kortversjon
REALM <sup>3</sup>	Lese-, uttale- og gjenkjenningstest	66 ord	Kliniker/forsker, < 3 min.	Totalskår 0-66; <19 = ≤3. klasse, 19-44 = 4.-6. klasse, 45-60 = 7.-8.-klasse, 61-66 = ≥9. klasse	F-HL	Hyppig brukt «gullstandard» måler kun F-HL
REALM-R <sup>4</sup>	Lese-, uttale- og gjenkjenningstest	8 ord	Kliniker/forsker < 2 min.	Totalskår 0-8; ≤ 6 tilsvarende ≤ 6. klasse og indikerer svak HL	F-HL	Kortversjon av REALM
LAD <sup>5</sup>	Lese-, uttale- og gjenkjenningstest	60 ord	Kliniker/forsker, 3 min.	Totalskår 0-60; <21 = ≤ 4. klasse, 21-40 = 5.-9. klasse, 41-60 = ≥9. klasse	F-HL	
DNT <sup>6</sup>	Lese-, fortolke og regneferdighetstest	43 spørsmål, 8 temaer og 8 «regnetyper»	Kliniker/forsker, 30 min.	% korrekte svar	F-HL, tallforståelse	Diabetes-spesifikk
3-brief SQ <sup>7</sup>	Subjektiv mestring av HL	3 spørsmål	Kliniker/forsker, 1-2 min.	Kategoriserte skår for hvert spørsmål (0-4), total skår 0-12, høye skår = høy HL	F-HL, C-HL	Vurdert som beste engelskspråklige instrument for diabetes
SILS <sup>8</sup>	Subjektiv mestring av HL	1 spørsmål	Kliniker/forsker, ½ min.	Kategoriserte skår for hvert spørsmål (0-4), totalskår 0-4, ≥2 = ofte/alltid problemer med å lese skriftlig helseinformasjon	F-HL	

<sup>1</sup>Test of Functional Health Literacy in Adults<sup>2</sup>Short TOFHLA<sup>3</sup>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine<sup>4</sup>REALM-revised<sup>5</sup>Literacy Assessment in Diabetes<sup>6</sup>Diabetes Numeracy Test<sup>7</sup>3 Brief screening questions<sup>8</sup>Single item literacy screener

†Indirekte mål



Evnen til å navigere til rett instans i helsevesenet er viktig for å nå raskt fram til gode behandlingstilbud.

eller nasjonale («Helsefremming»). Å mestre disse tre livssituasjonene krever fire HL-relaterte kompetanser; I) «Finne»: ha mulighet til å skaffe seg medisinsk hjelp, samt evne til å kunne søke etter relevant informasjon om sitt helseproblem; II) «Forstå»: kunne forstå innhold i helseinformasjon mottatt av helsepersonell eller funnet selv; III) «Vurdere»: kunne fortolke og kritisk vurdere helseinformasjon, og IV) «Bruke»: kunne anvende helseinformasjon på en adekvat måte for å fremme egen helse

HL-ferdigheter bør således forstås som dynamiske, siden de vil kunne endre seg med alder, livs- og sykdomserfaring (7). Modellen til Sørensen et al. utgjør en progresjon av HL-begrepet fra den tradisjonelle og ensidige «pasientutfallsrisiko»-fokuseringen til et bredere folkehelseperspektiv, særlig gjelder det for livssituasjonene i punktene (b) og (c) i figur 1. Modellen ansporer også til helsekommunikasjonsstrategier hos sykepleiere, som i sin profesjonelle rolle kan møte personer med ulik grad av HL i alle tre livssituasjonene.

#### HL-BASERT HELSE-KOMMUNIKASJON

Sykepleiere forutsettes i dag å være opptatt av pasienters perspektiv og preferanser, og pasienter forventes å kunne ta selvstendige beslutninger om forhold som angår deres helse (11). Førstnevnte forutsetter trolig kommunikasjonsferdigheter,

mens sistnevnte forutsetter HL. Kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren har sannsynligvis stor betydning for helseutfallet til diabetespasienter med lav HL. På kort sikt kan pasienters misoppfatninger som følge av for kompleks helsekommunikasjon, true presisjon, kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen (12). Informasjonsmaterieil til bruk overfor pasienter med diabetes er ofte skrevet på et høyere HL-nivå enn det pasientene befinner seg på (14), og regimene som pasientene må følge for å behandle sin diabetes er gjerne omfattende og kompliserte (15). Det er derfor fordelaktig om sykepleiere bruker et så enkelt språk som mulig under helsesamtalen, stiller kontrollspørsmål om vedkommende har forstått, og eventuelt supplerer med illustrasjonsmaterieil. En slik tilnærming forutsetter imidlertid at pasienters nivå av HL er forhåndskartlagt: Dette blir neppe utført innen norsk helsevesen, trolig på grunn av mangel på relevante kartleggingsinstrumenter for HL. På den annen side, har det vist seg at selv det mest forenklete informasjonsmaterieil ikke bidrar i særlig grad til ønsket atferdsendring hos diabetespasienter med svært lav HL, hvilket antyder at økt kunnskap om og innsikt i egen sykdom ikke alene kan bidra til slik endring (16).

Alt i alt, mangler det mye for å forstå hvordan lav HL påvir-

ker helseutfall, for eksempel ved diabetessykdom (17,18). Intervensjoner basert på HL-tilpasset helsekommunikasjon foreslås derfor gjennomført av sykepleierforskere i Norge for å få mer innsikt i om slike tilnærminger kan ha positiv innvirkning på helseutfall hos pasienter med særlig lav HL. Pasientopplæring for å øke HL hos pasienter kan også være relevant i denne sammenheng.

Evnen til å navigere til rett instans i helsevesenet er viktig for å nå raskt fram til gode behandlingstilbud. Dette mangler ofte hos personer med lav HL (9). Moderne vestlige samfunn «flommer» dessuten nærmest over av helsepåstander og behandlingstilbud – med høyst ulik grad av vitenskapelig forankring (19). Å kunne kritisk vurdere helseinformasjon vil derfor være nyttig for å ivareta egen helse (3). Lav C-HL forekommer trolig hos mange diabetespasienter i Norge (20). En viktig rolle for sykepleieren i disse to sammenhengene kan være å informere personer med lav HL om helsevesenets mange spesialinstanser, samt å formidle hvilke kilder til helseinformasjon man fra et helseprofesjonelt ståsted anser å være valide – og ikke. Begge disse tiltakene forutsetter imidlertid at pasienters HL blir kartlagt.

#### MÅLEMETODER FOR HL

Pasienters HL har hittil >>

hovedsakelig vært kartlagt som tallforståelse, med lese- og ordfortolkningstester, og i størst grad innen diabetesbehandling (14).

De fleste slike tester måler, som man ser av tabell 1, kun laveste nivå av HL; FHL. Mange skårer også lavere på disse testene enn forventet ut ifra gjennomført skolegang (14). Antall tilbakelagte skole- og utdanningsår predikerer altså ikke nødvendigvis HL-nivå. Nyere HL-tester tiltenkt diabetespasienter er psykomtribaserte (inneholder Likertskalerte utsagn i konstrukt/indeks som reflekter F-HL, I-HL og C-HL) (14). Slike selvutfyllende tester forutsetter godt syn og god konsentrasjonsevne for å gi et valid resultat. Det har derfor vært reist kritikk mot disse testene, også fordi pasienter synes det er ubehagelig eller skambelagt at deres manglende basiskunnskaper blir «avslørt» (22). Det er dessuten ofte slik, at testpersoner med diabetes skårer ulikt på HL-måleinstrumentene TOFHLA og REALM (tabell 1). Grunnen kan være at begge disse instrumentene ikke fanger opp sentrale aspekter ved HL (14). Trolig er også HL-nivået hos en person ulikt i friske hverdagssammenhenger og i en utfordrende sykdomstilstand (23). Mulig kontekstuell variasjon i HL legitimerer således behov for videreutvikling av HL-instrumentene, spesielt at disse

måler flere ferdighetsdimensjoner ved HL enn kun F-HL. Dette gjelder særlig pasienters evne til interaktivitet med sykepleiere (I-HL) og kritisk vurdering av medias helseinformasjon (C-HL) – noe som trolig oppleves som en utfordring for mange diabetessykepleiere (24,20).

Likeledes har man i lang tid ønsket et måleinstrument for HL, eksklusivt tiltenkt bruk i befolkningsstudier (23). Imidlertid gjennomførte åtte EU-land (ingen nordiske) i 2009–2012 en HL-fokusert befolkningsstudie med cirka 8000 respondenter – dog var innvandrere ikke inkludert (25). Studien viste en sterk sosial gradient for HL i disse EU-landene og at hele 47,6 prosent av respondentene hadde betydelig lav HL. Denne psykometrisk pregete studien vil i det nærmeste også bli gjennomført i både Norge, Sverige og Danmark. I Norge vil innvandrere og diabetespasienter inkluderes som to strata.

Vi er ikke kjent med om HL er målt hos pasienter i Norge, hvilket bør være det naturlige neste steg. Imidlertid mente N=108 diabetessykepleiere og N=515 helsesøstre at lav HL forekom blant deres pasienter i Norge, spesielt hos de med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn (26,20). Av til sammen N=230 fastleger her i landet mente mange at flere av deres pasienter hadde begrenset evne til å kunne kritisk vur-

dere ulike helsepåstander (lav C-HL) (27). Det er også dokumentert at innvandrerkvinner i Norge med diabetes kan ha problemer med å forstå kostholdsinformasjon gitt av helsepersonell (28). Disse nasjonale studiene antyder at lav HL hos pasienter utgjør en kommunikasjonsmessig utfordring for helsepersonell.

## MÅLINGER

Tradisjonelle HL-tester (tabell 1) utført med en pasient liggende i sin sykeseng, virker trolig uetisk etter behandlings- og omsorgsstandarder i det norske helsevesenet. Dette kan også ha bidratt til at HL-begrepet og dets målemetoder er relativt ukjente for helsepersonell. Om sykepleiere likevel finner en egnet målemetode og en «uansstrengt» kontekst å forhåndskartlegge pasienters HL i, som verken frambringer skam eller konsentrasjonssvikt hos dem, kan trolig positiv effekt av den påfølgende helsesamtalen skyldes en slik tilnærming.

Økende befolkningsandel innvandrere i Norge legitimerer også at pasienters HL-nivå blir kartlagt med språk- og kultursensitivt tilpassete metoder (29), og sannsynligvis er behovet for HL-registrering særs relevant å foreta med innvandrere som har diabetes.

## LAV HL OG HELSEUTFALL

Sammenheng mellom målt HL og ulike helseutfall er også

## ” Lav HL kan bidra til forklare ugunstige helseutfall hos mange pasienter.

nylig blitt vurdert i en systematisk oversikt av 111 studier (30). Lav HL var assosiert med høyere innleggelsesrater, mer bruk av akutte helsetjenester, lite kunnskap om egen sykdom, begrenset evne til å fortolke helseinformasjon, ukorrekt bruk av legemidler, sjeldnere bruk av forebyggende helsetjenester, dårligere helsestatus, og høyere dødelighet hos eldre. Variabel HL forklarte også sosiale eller etniske helseforskjeller i flere helse mål. Det har således vært retorisk påstått at mange personer med lav HL blir «gjengangere» i helsevesenets behandlingssystem.

For pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, synes lav HL å bidra til dårligere etterlevelse av kompliserte behandlingsregimer. Dette er trolig fordi informasjonsmaterie ll til bruk ved diabetes forutsetter tallforståelse og leseferdigheter på et forholdsvis høyt nivå (31,15). Begrenset tilgang til, dårlig kvalitet på og lavt utbytte av egen skolegang, synes derfor å kunne disponere for lav HL (31). I en oversiktsartikkel om effekten av 38 intervensjoner overfor diabetespasienter med lav HL var det evidens for mindre bruk av akuttjenester og innleggelse, samt at intensive intervensjoner for å bedre mestring og egenbehandling av diabetes reduserte sykdommens alvorlighetsgrad (32–34). Felles for interven-

sjonene var at helsepersonell drev kunnskapsopplæring og ga informasjon til testgruppen med virkemidler som befant seg på et forholdsvis lavt HL-nivå (brosjyrer med enkelt språk, bilder og video).

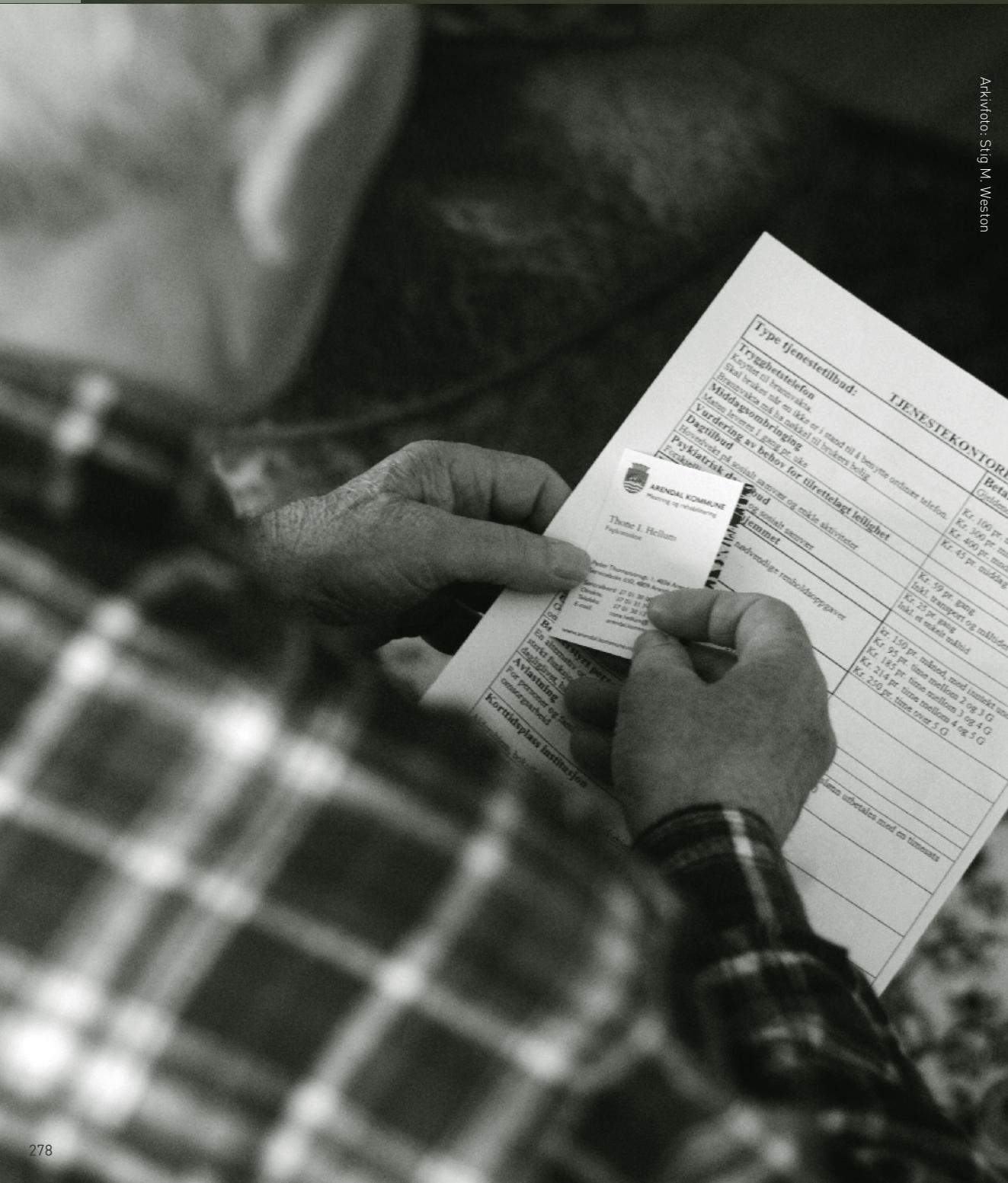
Lav HL er videre vist å være assosiert med demografi (høy alder, lav utdanning, lav sosial klasse og etnisk minoritetsbakgrunn), og det var assosiasjon mellom lav HL og dårlig helse for disse gruppene (30). Således kan det tenkes at HL kan være én av flere faktorer som kan bidra til å forklare sosial ulikhet i helse.

Behandling av diabetes type 2 er ofte komplisert, både for sykepleier og pasient (35). Diabetes type 2 rammer i uforholdsmessig stor grad middelaldrende, unge voksne med lav sosioøkonomisk status og etniske minoriteter (36,37). Diabetesbehandling med sterk vekt på opplæring og egne valg er imidlertid fremmed for enkelte eldre og innvandrerg grupper som kan ha vært vant til en mer paternalistisk kommunikasjonsstil hos helsevesenet tidligere (38). HL forklarte den observerte forskjellen mellom afroamerikanere og majoritetsbefolkning i bruk av forskrevne diabetesmedisiner etter justering for sosiodemografi og sykdomsvarighet (39). Det er også vist sammenheng mellom lav HL, hypoglykemi og manglende metabolsk kontroll (HbA1c) (40,41).

### SYKEPLEIERES WHELSEKOMMUNIKASJON

Sykepleiere kan, som nevnt, overestimere pasienters leseferdigheter, kropps- og helsekunnskaper. Dette kan skape frustrasjon, engstelse og forvirring hos disse pasientene når de må forholde seg til omfattende helseinformasjon og veiledning. Det er således mulig at mange gjennomfører egenbehandlingen feil. Sykepleieres HL-tilpassete kommunikasjon har imidlertid vist seg å kunne positivt påvirke evnen til metabolsk kontroll (HbA1c) hos diabetespasienter (42–44). Man anser likevel pasientens motivasjon og mestring anses som mest avgjørende for god egenbehandling, som kosthold, fysisk aktivitet, glukosemålinger og justering av medikamentbruk (17).

Det er derfor gode argumenter for at sykepleieren bør tilpasse helsesamtalen til pasienters varierende HL-nivå, for eksempel til deres kroppskunnskap og forståelse av sammenhenger mellom atferd og helse. Slike pedagogisk differensierte tiltak kan i seg selv trolig bidra til å øke pasienters HL som følge av økt innsikt og egenmestring. Alternativt kan enkle, standardiserte kontrollspørsmål fra sykepleieren om pasienten faktisk har forstått helseinformasjonen i samtalen være tilstrekkelig noen ganger, særlig i kliniske kontekster (21). Sannsynligvis kan det også være formålstjenlig å benytte >>



Type tjenestetilbud:	TJENESTEKONTOR	Beta
<b>Trygghetstelefon</b> Knyttet til hjemmesiden Skal brukes når en ikke er i stand til å benytte ordinær telefon.	Beta	Kr. 100 pr. min
<b>Middagsombringing</b> Måten leveres i, også pr. uke	Beta	Kr. 300 pr. måndag Kr. 450 pr. mandag
<b>Dagtilbud</b> Helsefaglig på sosialt ansvar og enkelte skrivevinter	Beta	Kr. 45 pr. budning
<b>Psykiatrisk</b> Helsefaglig på sosialt ansvar og enkelte skrivevinter	Beta	Kr. 50 pr. time Inkl. transport og malteider
<b>Spill</b> Spill og sosialt ansvar	Beta	Kr. 25 pr. time Inkl. et enkelt malteider
<b>Utdanning</b> Helsefaglig på sosialt ansvar og enkelte skrivevinter	Beta	Kr. 150 pr. malteider, med innsett Kr. 95 pr. time mellom 2 og 3 G Kr. 185 pr. time mellom 3 og 4 G Kr. 214 pr. time mellom 4 og 5 G Kr. 250 pr. time over 5 G

**ARENDA KOMMUNE**  
Helse og omsorg

**Thone I. Hellum**  
Fysioterapeut

Peter Thorsvang, 1. 400 Ave  
Sveinbjørn L. 400 Ave  
Kontor: 27 01 30 30  
Skole: 27 01 31 20  
E-post: tone.hellum@arendal.kommune.no

**Korttidsplass**  
Korttidsplass



## Helseproblemer knyttet til lav HL gjenspeiler trolig sosiale ulikheter i samfunnet.

instruerende, men forenklet og kultursensitivt visuelt materiale som bilder og film, overfor enkelte pasienter med innvandrerbakgrunn med begrensede språkferdigheter og lav HL.

### KONKLUSJON

Lav HL kan bidra til å forklare ugunstige helseutfall hos mange pasienter, og oppmerksomheten omkring dette er økende blant sykepleiere, øvrig helsepersonell, helseforskere, tilbydere av helsetjenester og politikere internasjonalt (30). Dessverre har ikke oppmerksomheten rundt HL nådd Norge i særlig stor grad. Når mange i befolkningen vår trolig har lav HL og muligens ikke oppnår effekt av helsetjenestens mange gode tilbud

fordi de ikke «forstår», bør dette få implikasjoner for hvorledes helsepersonell kommuniserer med og tilrettelegger for pasienter med lav HL.

Helseproblemer knyttet til lav HL gjenspeiler trolig sosiale ulikheter i samfunnet, like mye som det er et individuelt problem (2). Det er derfor fristende å hevde at sosial ulikheter i helse kan forsterkes i fremtiden dersom ikke helsekommunikasjonen, som foregår i de fleste instanser i det norske helsevesen, tilpasses til den enkelte pasients kartlagte HL-nivå.

Imidlertid trenger man flere intervensjonsstudier for å vurdere om økt HL faktisk kan gi helsefremmende atferd, og det gjelder også for andre kroniske

sykdommer enn diabetes. For folkehelsearbeidet og fremtidige helsekampanjer overfor definerte målgrupper burde en studie av befolkningens HL være høyst relevant. Det er også tilrådelig å vektlegge HL som tema, både i sykepleierutdanning og sykepleierforskning. Norsk obligatorisk skole bør også kunne bidra sterkere til at barn og unges HL øker, det gjelder særlig unges kroppskunnskap og den kritiske dimensjonen innen HL; C-HL – et tema som definitivt fortjener en forskningsstudie.

Essayforfatterne takker Kristine Sørensen et al. (9) og HLS-EU Consortium (25) for tillatelsen til å benytte deres modeller og data.

### REFERANSER

1. Safer RS, Keenan J. Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*. 2005;72:463–8.
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15:259–67.
3. Pettersen S. Er også naturfagdidaktikk godt for helsen? In: Jorde D, Bungum B, editors. *Naturfagdidaktikk, perspektiver, forskning og utvikling*. 1 ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003. opp. 373–88.
4. Volandes AE, Paasche-Orlow MK. Health literacy, Health Inequality and just health care system. *The American Journal of Bioethics*. 2007;7:5–10.
5. Sørensen K, Brand H. Health literacy lost in translations? Introducing

- the European Health Literacy Glossary. *Health Promotion International*. 2013;doi:10.1093/heapro/dat 013.
6. Wynia MK, Osborn CY. Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organizations. *Journal of Health Communication*. 2010;15 (Suppl 2): 102–15.
7. Lagerstrøm BO. Nordmenn flest forstår det de leser (ALL). *Samfunnsspeilet/ Statistisk sentralbyrå*. 2005.
8. Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*. 2011;108:2718–2720.
9. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Brand H, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:doi:10.1186/1471-2458-12-80.
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008;67:2072–8.

11. Cavanaugh K, Huizinga MM, Wallston KA, Gebretsadik T, Shintani A, Davis D. Association of numeracy and diabetes control. *Annals of Internal Medicine*. 2008;148:737–46.
12. Dy SM, Purnell TS. Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: A literature review. *Social Science & Medicine*. 2012;74:582–7.
13. Schyve PM. Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the joint commission perspective. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22 (Suppl 2): 360–1.
14. Ishikawa H, Yano E. The relationship of patient participation and diabetes outcomes for patients with high vs. low health literacy. *Patient Education and Counseling*. 2011;84:393–397.
15. Joram E, Roberts-Dobie S, Mattison SJ, Devlin M, Herbrandson K, Hansen K, et al. The Numeracy Demands of >>

Health Education Information: An Examination of Numerical Concepts in Written Diabetes Materials. *Health Communication*. 2012;27:344-55.

16. **Kandula NR, Nsiah-Kumi PA, Makoul G, Sager J, Zei C P, Glass S, et al.** The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient education and counseling*, 2009; 75:321-327.
17. **Fransen MP, von Wagner C, Essink-Bot M-L.** Diabetes self-management in patients with low health literacy: Ordering findings from literature in a health literacy framework. *Patient Education and Counseling*. 2012;88:44-53.
18. **Cavanaugh KL.** Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Management*. 2011;1:191-9.
19. **Pettersen S.** Norwegian health journalists' ability to report on health research: A concern to science education? *NorDiNa: Nordic Studies in Science Education*. 2005;1:5-16.
20. **Finbråten HS, Pettersen KS.** Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy». *Vård i Norden*. 2012;32:47-52.
21. **Al Sayah FA, Williams B, Johnson JA.** Measuring Health Literacy in Individuals With Diabetes: A Systematic Review and Evaluation of Available Measures. *Health Education & Behavior*. 2012;doi:10.1177/1090198111436341. ePub April 9 2012.
22. **Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams MV.** Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling*. 1996;27:33-39.
23. **Nutbeam D.** Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*. 2009;54:303-5.
24. **Wallace A.** Low literacy: Overview, Assessment, and steps toward providing High-Quality Diabetes Care. *Diabetes Spectrum*. 2010;23:220-27.
25. **HLS-EU C.** Comparative report of health literacy in eight EU member states. *The European Health Literacy Survey HLS-E*. <http://www.health-literacy.eu>. 2012.
26. **Finbråten HS, Pettersen KS.** En norsk pilotstudie av helsesøstres erfaringer med pasienters health literacy: helsefremmende allmenndannelse. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2012;8:63-77.
27. **Vassnes SM.** Fastlegers erfaringer med pasienters health literacy. [Masteroppgave (MSc)]. Kjeller, Lillestrøm: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2010.
28. **Hjellset VT.** A culturally adapted lifestyle intervention with main focus on blood glucose regulation improved the risk profile for type 2 diabetes in Pakistani immigrant women. They are not aliens. Oslo: UNIPUB: University of Oslo; 2011.
29. **Garnweidner LM, Pettersen KS, Mosdøl A.** Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery*. 2013;29:e130-e137.
30. **Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K.** Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155:97-107.
31. **Bostock S, Steptoe A.** Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *British Medical Journal*. 2012;344:e1602.
32. **Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K.** Interventions for Individuals with Low Health Literacy: A Systematic Review. *Journal of Health Communication*. 2011;16 (Suppl 3): 30-54.
33. **Rothman RL, Dewalt D, Malone R, Bryant B, Shinitani A, Crigler B, et al.** Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program. *Journal of American Medical Association*. 2004;292:1711-6.
34. **Cavanaugh K, Wallston KA, Gebretsadik T, Shintani A, Huizinga MM, Davis D, et al.** Addressing Literacy and Numeracy to Improve Diabetes Care. Two randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2009;32:2149-55.
35. **Helsedirektoratet.** Nasjonale kliniske retningslinjer. *Diabetes*. Forebygging, diagnostikk og behandling. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
36. **Jenum AK, Diep LM, Holmboe-Otten**
- sen G, Holme IM, Kumar BN, Birkeland KI.** Diabetes susceptibility in ethnic minority groups from Turkey, Vietnam, Sri Lanka and Pakistan compared with Norwegians – the association with adiposity is strongest for ethnic minority women. *BMC Public Health*. 2012; doi:10.1186/1471-2458-12-150.
37. **Tran AT, Diep LM, Cooper JG, Claudi T, Straand J, Birkeland K, et al.** Quality of care for patients with type 2 diabetes in general practice according to patients' ethnic background: a cross-sectional study from Oslo, Norway. *BMC Health Serv Res*. 2010; doi:10.1186/1472-6963-10-145.
38. **Kickbusch I.** Improving Health Literacy in the European Union: towards a Europe of informed and active health citizens. *Improving Health Literacy – A key priority for enabling good health in Europe*. European Health Forum Gastein – Special Interest Session [Internet]. 2004 October 8.
39. **Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, Kripalani S, Elasy TA, Rothman RL.** Health Literacy Explains Racial Disparities in Diabetes Medication Adherence. *Journal of Health Communication*. 2011;16 (Suppl 3): 268-78.
40. **Sarkar U, Karter AJ, Liu JY, Moffet HH, Adler NE, Schillinger D.** Hypoglycemia is More Common Among Type 2 Diabetes Patients with Limited Health Literacy: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Journal of General and Internal Medicine*. 2010;25:962-8.
41. **Schillinger D, Barton LR, Karter AJ, Wang F, Adler N.** Does Literacy Mediate the Relationship Between Education and Health Outcomes? A Study of a Low-Income Population with Diabetes. *Public Health Reports*. 2006;121:245-54.
42. **Baker DW.** The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General and Internal Medicine*. 2006;21:878-83.
43. **Paasche-Orlow MK, Wolf MS.** The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*. 2007;31 (suppl. 1):19-26.
44. **von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J.** Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*. 2009;36:860-77.



› I denne spalten stiller vi seks faste spørsmål om sykepleieforskning til forskjellige fagfolk.

# MER FORSKNING I KOMMUNEHELSE- TJENESTEN

› Stadig flere helsetjenester flyttes til kommunehelsetjenesten, likevel er det her det forskes minst.

Tekst Susanne Dietrichson Foto Erik M. Sundt

**Unni Hembre**

Fagsjef eldreomsorg,  
Oslo kommune



## 1. Hvorfor trenger vi sykepleieforskning?

– Sykepleie er fortsatt et ungt akademisk fag. Derfor trenger vi forskning på rollen og hvordan denne kan utvikles. Vi trenger også forskning på hva slags kompetanse sykepleiere skal ha for å møte dagens og fremtidige utfordringer, ikke minst i den kliniske pasientbehandlingen. Sykepleiere møter pasienter på alle nivåer i helsetjenesten.

## 2. Hva mener du at det bør forskes mer på?

– Jeg mener at vi trenger mer forskning på sykepleieres rolle og oppgaver i kommunehelsetjenesten og hva slags betydning det har for pasientbehandling. Stadig flere oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, likevel er det her det forskes minst. Dette må endres. Kravene til tjenesten øker, eldre mennesker vil i stadig større grad medvirke til tjenestene de mottar. Dette vil påvirke sykepleieres rolle; de vil i større grad bli samarbeidspartnere og rådgivere. Kommunene trenger forskerkompetanse slik at ansatte kan bidra til å forske på egne tjenester, ikke bare bli forsket på.

## 3. Hvilken norsk forsker har betydd mest for deg og hvorfor?

– Jeg er opptatt av at vi må fokusere mer på internasjonal forskning, det er der det forskes mest. Jeg vil trekke frem Linda Aiken og hennes forskning på sykepleierkompetanse og hva den betyr for pasientresultater. Jeg er også opptatt av nordisk samarbeid og mener Norden må utvikles som forskningsområde. Land i Norden har mange likhetstrekk, noe som gjør det hensiktsmessig å utvikle kunnskap på

tvers av landegrensene. Gjennom større grad av forskningssamarbeid i Norden vil vi kunne måle oss med land som England og USA. Av norske forskere vil jeg trekke frem Marit Kirkeveld og hennes arbeid med undervisningssykehjem og pasientklassifisering som verktøy for kompetansesammensetting. Jeg vil også nevne Kristin Heggen og hennes kjønnsforskning, Anners Lerdal, som har utmerket seg blant annet gjennom å være redaktør i Sykepleien Forskning, og May Solveig Fagermoen og hennes bidrag til kunnskapsutvikling innenfor sykepleien.

## 4. Hva bør en nyutdannet sykepleier vite om sykepleieforskning?

– Jeg forutsetter at sykepleiere lærer å analysere og kritisk vurdere forskning i bachelorutdanningen.

## 5. Hvordan skal vi få sykepleiere til å lese mer forskning?

– Interesse for å lese forskning må stimuleres under utdanningen. Jeg tror Sykepleien Forskning har bidratt til at flere sykepleiere leser forskning gjennom å publisere leservennlige artikler. Forskning på områder som er relevante for sykepleiere, vil vekke interesse.

## 6. Hvilket råd vil du gi sykepleieforskere?

– Forskning skal være nyttig og bidra til å utvikle sykepleierens rolle og betydning for pasientbehandling. Jeg mener forskerne bør samarbeide med myndigheter og næringslivet når forskningsprosjekter utvikles. Dette skaper innovasjon og det trenger samfunnet. Forskere må tørre å gå litt utenfor sin egen sfære.



# GIR BEDRE DEMENSOMSORG

› Janne Røsvik vil bidra til økt bruk av personorientert omsorg i sykehjem.

Tekst **Susanne Dietrichson**  
Foto **Erik M. Sundt/Colourbox**

Janne Røsvik, sykepleier og cand.polit. ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, har nylig disputert med en doktoravhandling om demensomsorg.

– Jeg har alltid likt veldig godt å omgås personer med demens, forteller Røsvik.

– Målet med doktorgradsarbeidet mitt var å bidra til at personsentrert omsorg (PSO), som er en av grunnpilarene i eldreomsorgen, blir forstått og brukt av ansatte i sykehjem.

## KREVER KUNNSKAP

PSO er en omsorgsfilosofi utviklet av den engelske psykologen Tom Kitwood. Filosofien dominerer eldreomsorgen både i Norge og internasjonalt og

brukes synonymt med individuell tilrettelagt omsorg.

– Omsorgsfilosofien til Kitwood er veldig bra og har hatt et enormt nedslagsfelt. PSO betraktes som synonymt med god pleie i eldreomsorgen i store deler av verden, sier Røsvik.

Elementene i personsentrert omsorg oppsummeres i VIPS-rammeverket: V står for verdier, I for individuell tilpasset tilnærming, P for perspektivet til personen med demens og S for det sosiale miljøet.

– Men å bruke dette rammeverket i omsorg til personer med demens krever kunnskap og erfaring. Betydningen av indikatorene oppfattes ofte upresist; de brukes enten for bredt eller for smalt, sier Røsvik.

– Særlig p-en kan være vanskelig. Å sette seg inn i hvordan det er å ha demens og se verden gjennom den personen,

kan virke nærmest umulig, men det går an å prøve. Man må se på personens konkrete atferd; det er alltid en grunn til at en person med demens handler slik han eller hun gjør.

## PERSONLIG OMSORG

Røsvik gir et eksempel fra en sykehjemsavdeling.

– En mann med demens stables stolene oppå hverandre etter hvert måltid og deretter oppå bordene. Dette virket meningsløst og uforståelig for personalet, i tillegg til at det medførte en masse ekstra arbeid for dem, forteller hun.

– Men så satte de seg ned og diskuterte mannens perspektiv med utgangspunkt i livshistorien hans. Det viste seg at han hadde vært tømmerhogger og var vant til å stable tømmer i skogen. Dermed forsto de grunnen til at han gjorde som han



> **FILOSOFI I PRAKSIS:** Janne Røsvik har utviklet en manual som skal gjøre det lettere for ansatte i sykehjem å forstå og bruke prinsippene i personorientert omsorg. Foto: Erik M. Sundt.

gjorde og lot ham fortsette.

Som lektor ved Høyskolen Diakonova fikk Røsvik i oppdrag å undervise i eldreomsorg i Kina, hvor omsorgen for eldre tradisjonelt har blitt ivaretatt av familien.

– Jeg oppholdt meg i Kina i én måned i flere omganger og underviste helsepersonell som tok vare på eldre, men så med en gang at pasienter med demens var fraværende, sier Røsvik.

– Da jeg etterlyste denne pasientgruppen fikk jeg vite at de ikke klarte å ta vare på dem og derfor sendte dem hjem igjen til familien.

Dette førte til at Røsvik utviklet et kurs i demensomsorg, i utgangspunktet rettet mot helsearbeidere i Kina.

– Jeg så at det ga resultater. For hver gang jeg kom tilbake til Kina hadde de fått inn sta-

dig dårligere pasienter, forteller hun.

#### VIPS

Hjemme søkte Røsvik doktorgradsstipend og gjorde en randomisert kontrollert studie der 138

praksis, utviklet vi en brukermanual, et kursprogram og en film om VIPS.

VIPS-manualen er skrevet i et enkelt og lettfattelig språk, hver indikator har fått sitt kapittel, med forklaringer og eksempler

“ Jeg har alltid likt veldig godt å omgås personer med demens.

pasienter med demens fikk personsentrert omsorg i ti måneder. Disse pasientene fikk reduserte atferdsmessige og psykiatriske symptomer som uro, engstelse og depresjon.

– Teorien blir ikke lest av dem som jobber tettest på pasienten, nemlig hjelpepleierne. Det er heller ikke så lett å bruke rammeverket og indikatorene, sier Røsvik.

– For å gjøre det lettere for pleiersonalet å bruke teorien i

hentet fra praksis på hvordan de kan brukes.

– Manualen blir faktisk lest i praksis. Først og fremst eksemplene i form av historier, men det gjør at pleierne forstår poenget.

#### GIR MENING

I tillegg blir hjelpepleiere kurset slik at de kan være ressurspersoner i å ta i bruk VIPS på arbeidsplassen.

– Målet er at avdelingen >>

har et ukentlig møte ledet av hjelpepleieren, som har gått på kurs hvor man diskuterer en pasient eller problemstilling med utgangspunkt i indikatorene i VIPS, forklarer hun.

Røsvik håper og tror at VIPS-manualen kan bidra til å skape

med demens får jobben mer mening og pasientene bedre omsorg.

### I PRAKSIS

Bente Rimestad Hildre, sykepleier 1 ved Kamfjordhjemmet bo- og behandlingssenter i San-

praksis, men VIPS-modellen er et godt verktøy som har hatt god effekt på pasientene våre, sier hun.

– Hvordan jobber dere med VIPS-modellen?

– Vi innkaller til VIPS-møter ved avdelingen og diskuterer konkrete problemstillinger hos den enkelte pasient i henhold til VIPS-malen, forteller Hildre.

– Målet er at pasienten skal bli møtt med de samme tiltakene og på den samme måten av alle de ansatte. Etter en stund evaluerer vi tiltaket for å se om det har hatt ønsket effekt.

– Kan du gi eksempler på tiltak som har hatt effekt?

– Ja, vi har for eksempel en pasient som er veldig dårlig og som liker å sove litt utover formiddagen. Hvis en pleier først går inn med medisiner og noe å drikke til henne, venter en stund og så går inn med frokost, så får pasienten en fin start på dagen, forteller Hildre.

For denne pasienten er det viktig at det skjer en ting av gangen. De gangene tiltaket ikke blir fulgt blir hun forvirret og urolig.

– Har dere støtt på noen barrierer under implementeringen?

– Tiltaket vi beslutter på møtet blir lagt inn i pasientplanen, noe som krever at alle de ansatte leser den. For noen kan dette være en barriere. Ikke alle er like flinke til å sette seg ned å lese pasientplaner.

” Jeg har alltid likt veldig godt å omgås personer med demens.

en kultur ved norske sykehjem der perspektivet til personen med demens står i sentrum.

– Ved å forsøke å sette seg inn i perspektivet til personer

defjord kommune, har erfaring med å bruke VIPS-modellen i praksis.

– Det er ikke alltid like enkelt å implementere nye rutiner i



› **BLIR BRUKT:** Bente Hildre ved Kamfjordhjemmet har gode erfaringer med å bruke VIPS-modellen i praksis. Foto: Privat.

# – SE MENNESKET BAK RUSEN

› Stian Biong er opptatt av det personlige perspektivet i sykepleie til rusmisbrukere.

## Stian Biong

52 år

Professor og leder  
for Senter for psykisk  
helse og rus, HBV

Tekst **Susanne Dietrichson**

Foto **Erik M. Sundt**

– Hvis man ser rusfeltet i et historisk perspektiv, ser man at holdningene har bølget frem og tilbake siden 1800-tallet. Den gang fikk bonden fritt brenne hjemme – helt til Eilert Sundt dokumenterte det enorme rusforbruket i Norge og man gikk inn for å begrense det.

Dette underbygger ifølge Biong, at våre holdninger til rusmisbrukere er bestemt av vårt historiske ståsted og den sosiale, kulturelle og økonomiske virkeligheten vi befinner oss i.

– For noen årtier siden så vi på personer med rusproblemer som et sosialt problem, i dag er de pasienter med en eller flere diagnoser, på godt og vondt.

Men selv om det kan være bra for mange med rusproblemer å få en diagnose, kan det også gjøre at de som er hjelpere mister noen perspektiver. Biong mener vi ikke må glemme at rusmisbruk også kan ha sammenheng med sosiale levekår og livshistorie.

– Det er viktig at sykepleierne har en bred forståelse i

møte med personer med rusproblemer.

## PERSONORIENTERT

En rekke tilfeldigheter gjorde at Biong begynte å forske på rus og psykisk helse.

– Jeg var ferdig sykepleier i 1984, og hadde min første arbeidsplass på Radiumhospitalet. Der hadde de mange tanker og holdninger som jeg har tatt

med meg videre; blant annet personorientert tilnærming til pasientene og vekt på vakre omgivelser, forteller han.

I 1991 begynte Biong som oversykepleier ved Ullvin behandlingssinstitusjon for rusmisbrukere i Oslo kommune. Her fikk han ansvar for oppfølging og hjemmebehandling av hiv-positive personer med rusproblemer.

– Det var problematisk >>

” Vi må se personen bak overdosen og spørre: Hva betyr dette for deg?





› **Trenger mot:** Stian Biong mener sykepleiere som jobber med psykisk helse og rusomsorg må våge å gå ut- over sine egne grenser.

fordi vi på den tiden ikke hadde lett tilgang til substitusjonsbehandling som Subutex og metadon.

Fra 1992 økte antallet overdoser i Norge massivt.

– Dette hadde man mange forklaringer på. Antakelig henger det både sammen med selve rusmiddelet, forhold i personen og omgivelsene og måten man bruker rusmidlene på, mener Biong.

– Men det kom også en norsk forskningsrapport som viste en sammenheng mellom antall overdoser og ønsket om å ta sitt eget liv.

Biong var i utgangspunktet sterkt imot akademiseringen av sykepleien på 1980-tallet.

– Jeg mente utdanningen hørte hjemme i yrkesskolen, humrer han.

– Men jeg ble nysgjerrig på hva som skjulte seg av mening bak overdosetallene. Her var det viktige personlige forhold som ikke var belyst.

## RUS OG SELVMORD

I 2004 tok Biong mastergrad i folkehelsevitenskap ved Nordiska Högskolan for Folkhälsovetenskap i Göteborg, hvor han studerte de levde erfaringene mellom overdoser og selvmordsatferd.

– Jeg gjorde dybdeintervjuer med menn med rusproblemer, overdoser og selvmordsforsøk og fant blant annet at et vanskelig forhold til far var en gjenganger. Mennene kunne høre fars stemme, og vanskelig minner om ham kunne plutselig dukke opp og medvirke til overdoser og selvmordsforsøk, forteller han.

– Funnet viser hvor viktig det er å prøve å forstå rusproblemer og overdoser som personlige psy-

kososiale problemer hvor omgivelsesfaktorene spiller en vesentlig rolle. Helsepersonell må våge å være nysgjerrige på det som for personen ligger til grunn for overdosen og stille åpne spørsmål.

Biong peker på at selvmordstallet i Norge, på ca. 500 i året, har vært konstant i en årrekke, nesten uavhengig av hvilke tiltak man har satt inn.

” ” Jeg synes det er rart at ikke flere sykepleiere protesterer mot NPM-tenkningen.

– Jeg har en tanke om at det fenomenologiske perspektivet, eller innsiddeperspektivet, ikke blir vektlagt, når vi er blitt så opptatt av retningslinjer og manualiseringer, sier han.

– Vi må se personen bak overdosen og spørre: Hva betyr dette for deg?

## PERSONORIENTERT

Biong er opptatt av at helsepersonell som jobber innenfor psykisk helsevern og psykisk helsearbeid og rus skal våge å gå litt utenfor sine egne grenser.

– Sykepleiere må tørre å være personlige, til og med litt private, i møte med disse pasientene. Recovery-forskningen dokumenterer at det kan bidra til håp og endringsprosesser.

Han mener New Public Management (NPM), som nå er det rådende i de fleste norske sykehus og kommuner, gjør det vanskeligere for helsepersonell å gi det lille ekstra denne pasientgruppen sårt trenger.

– Det er ikke lett for helsepersonell å jobbe personorientert med pasienter når alt skal rapporteres og dokumenteres, telles og måles. Jeg synes det er rart at

ikke flere sykepleiere protesterer mot NPM-tenkningen. Samtidig er det viktig at relasjonelt arbeid dokumenteres.

Mastergraden inspirerte Biong til videre forskning, og i doktoravhandlingen gikk han videre med den samme problematikken.

– Hensikten med avhandlingen var å få dypere kunnskap om den psykososiale helsen til menn

med rusproblemer, overdoser og selvmordsatferd, sier han.

– Jeg fant at mennene ofte brukte et metaforisk eller tvetydig språk når de skulle beskrive sine erfaringer. Derfor mener jeg sykepleiere som jobber med personer med rusproblemer bør lære seg å lytte etter metaforisk språk og alltid etterspørre hva det tvetydige betyr.

## TVERRFAGLIG

Selv om funnene hans ikke har fått direkte konsekvenser i praksis, bruker Biong dem aktivt i arbeidet sitt, undervisningen og videre forskning. Han har også skrevet bok om temaet. Ved Senter for psykisk helse og rus, som han leder, har seks av rundt 20 ansatte selv erfaring med psykiske lidelser.

– Vi er opptatt av å sette sammen en kompetansegruppe i forbindelse med alle forskningsprosjektene vi setter i gang, der alle fire «stemmer» er representert; brukere, pårørende, fagfolk og forskere, sier han.

– Tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning på denne måten hjelper oss å se utover våre egne grenser.

# FRA «NEW PUBLIC MANAGEMENT» TIL «NEW PUBLIC GOVERNANCE»

Tekst **Ole Berg**, professor, Institutt for helse og samfunn, UiO,  
Foto Reuters/NTBscanpix

Betegnelsen «New Public Management» (NPM) – ny offentlig ledelse, er hyppig brukt i debatten om offentlig styring siden den britiske statsviteren Christopher Hood lanserte den i 1991 [1]. I slutten av forrige århundre ble også betegnelse «New Public Governance» (NPG) lansert, av den Edinburgh-baserte samfunnsviteren Stephen Osborne [2]. I denne artikkelen vil jeg se på hvordan den første betegnelsen ble til som et forsøk på teoretisk å «fange» den endringen i vestlig statlig styring som skjedde fra midten i 1970-årene, men spesielt fra 1980-årene, og hvordan den andre betegnelsen er foreslått for å «fange» den endringen som har skjedd i statlig styring siden 1990- eller 2000-årene.

## › RESULTATORIENTERING

Den nye offentlige ledelsen blir gjerne beskrevet som en overgang fra forvaltningsstyring og -ledelse til forretningsmessig inspirert offentlig styring og ledelse. Den gamle styringen og ledelsen hadde utspring i lover, gitt av folkevalgte organer, og ble anvendt av et «ansiktsløst» byråkrati. Den var altså rettsstatlig. Den nye styringen og ledelsen hadde også et rettslig grunnlag, men dette var begrenset. Det dynamiske elementet i den nye styringen og ledelsen var en spesifisering og prioritering av mål. Det var altså en endring fra overveiende regelorientert til overveiende mål- og resultatorientert styring og ledelse. Den innebar også at forvaltningen skulle fungere mindre på grunnlag av juridisk og mer på grunnlag av økonomisk kunnskap.

## › NYE STATLIGE OPPGAVER

Denne endringen i styrings- og ledelsesform reflekterte endringene i statens oppgaver. I løpet av det 20. århundre vokste staten frem som en institusjon som styrte og ledet stadig mer av livet i samfunnet. Også i

løpet av det 19. århundre hadde statens oppgaver vokst, men veksten ble holdt i tømme av en liberal filosofi. Staten skulle nøye seg med å skape rammebetingelsene for det borgerlige samfunns frie utfoldelse, i stor grad basert på konkurranse, og bringe til veie såkalte offentlige goder, altså goder konkurransemarkedet ikke kan skape i tilstrekkelig grad. Goder som, når de er skapt, ikke kan forbeholdes dem som betaler for dem og som ikke kan brukes opp, er offentlige. Fyrlykten og allmenne miljøtiltak er eksempler på utpreget offentlige goder. Men etter hvert som tilbyderne i mange markeder ble færre ble reguleringen mer krevende. De store tilbyderne kapret ofte etterspørrene gjennom reklame eller formell binding, noe som gjorde regulerernes oppgave enda vanskeligere.

## › VELFERDSSTATEN

For cirka hundre år siden førte statens demokratisering til at den fikk store, nye oppgaver, nemlig å omfordele: Staten ble også til en stadig mer ambisiøs velferdsstat. I løpet av etterkrigstiden, men særlig fra 1960-årene, hadde den offentlige sektor sterk vekst i alle vestlige land. Demokratisk som den var, ble den utsatt for et voksende press om å ta seg av alt som var «galt» i samfunnet. Den ble den allmenne problemløser. Utover i 1970-årene, påskyndet av den økonomiske krisen som fulgte i kjølvannet av Yom Kippur-krigen og oljesjokkene, skapte dette allmenn bekymring. Økonomer foreslo delvis større offentlig tilbakeholdenhet, også velferdspolitisk. Dette betød å overlate mer til markeder der konkurransen igjen kunne ta over flere samordnings- og nyskappingsoppgaver, og delvis i større grad fagliggjøre statens styring. Det siste innebar å avgrense den løpende folkelige maktutøvelsen. Mer skulle overlates til styringsfagfolk og en merkantilt inspirert omorganisering av den offentlige sektor [3].

## › ENGLAND OG USA

Storbritannias statsminister Margaret Thatcher (1979)





> **I BRESJEN:** I 1984 innførte daværende statsminister Margaret Thatcher planbasert ledelse i det britiske nasjonale helsevesenet.



og USAs president Ronald Reagan (1981) ga folkevalgt støtte til denne avpolitiseringen og fagliggjøringen av statlig styring. Staten skulle igjen organiseres primært som en regulator, om enn en mer aktiv sådan enn i det 19. århundre. I den grad den skulle eie og drive indirekte verdiskapende virksomhet, som infrastruktur, kraftverk, visse typer industri, skoler og sykehus, burde den gjøre det på merkantilt vis, hvor myndighetsinstanser optrådte som eiere og bestillere og virksomhetene ble fristilt og profesjonelt ledet. Det var dette som i betydelig grad skjedde i 1980- og 1990-årene, også i Norge, men her var graden av privatisering mindre enn i for eksempel i USA og Storbritannia. Typiske uttrykk for utviklingen i Norge er det generelle programmet «Den nye staten» fra 1987 (4), med virksomhetsplanlegging som praktisk strategi innad i forvaltningen, og med fristilling og delvis privatisering nedad og utad. Et eksempel på det siste er omdannelsen av Tele[graf]-verket, først til statlig forvaltningsselskap (1992), så til statlig aksjeselskap (1994), med det mer kommersielle navnet Telenor (1995) og endelig (2000) til delprivatisert, i hovedsak profittoorientert, aksjeselskap. Et annet eksempel er nasjonaliseringen av sykehusene og omdannelsen av dem til målstyrte helseforetak (2002).

### > NY OFFENTLIG LEDELSE

Dette fagliggjørende og politikkbegrensende regimeskiftet kalles altså ny offentlig ledelse. Skiftet er så vidt markert at det er naturlig å gi det en egen merkelapp. Når det er sagt, bør det også nevnes at en gradvis fagliggjøring, og politikkbegrensning, av statsstyret hadde startet langt tidligere. Innføringen av rettsstaten i Norge i 1814 innebar i noen grad å legge statsstyret i juristers hender. Men fra 1840-årene ble substans eksperter, ingeniører, juristøkonomer, leger og skolefolk i økende grad premissgivere for den ellers nokså juridiske styringen. Den prinsipielle, idealistiske lovgivningen ble mindre sentral, og en ny, instrumen-

tell, lovgivning vokste frem – altså en lovgivning som skulle gi en juridisk ramme til substans ekspertstyret. Det var denne styringen som nådde helt til «overflaten» fra 1970-årene av, som økonomintegreert ny offentlig styring og ledelse.

### > TO VERSJONER

Den kommer imidlertid delvis i to versjoner, én basert på privatisering og konkurranse, den andre på hierarkisk planstyre. I motsetning til hva man ofte hevder, er det den siste, den venstreorienterte formen for ny offentlig ledelse, som dominerer. I den grad det er skjedd privatisering, har de private tilbyderne vært eller blitt store og dermed basert seg på sentralisert planlegging de også. I Storbritannia innførte således Margaret Thatcher planbasert ledelse i det britiske nasjonale helsevesenet i 1984. Slik lanserte hun en venstreorientert ny offentlig ledelsesreform, en ledelsesform hvor en ordning som bestiller/utførermodell, og pseudokonkurranse, er brukt til å forsterke – ikke svekke, planstyret. Planstyret er siden utdypet av Arbeiderpartiet ved Blair og Brown og nå igjen av det konservative partiet ved Cameron.

### > NEW PUBLIC GOVERNANCE

Spørsmålet er om vi har fått et like tydelig regime-skifte fra 1990-, særlig 2000-årene. Osborne har fått en viss tilslutning. Man snakker mer om «governance» nå, men uttrykket brukes på mange måter, og slett ikke bare på den måten Osborne bruker det på. Hans hovedpoeng er at styringen og ledelsen i stigende grad preges av samstyre (co-governance) (5), der flere demokratinivåer, sivile aktører og borgere, kalt «brukere», spiller en økende rolle. De tendensene han peker på har imidlertid vært der hele tiden, som mange kritikere av den nye offentlige styringen har påpekt siden den ble introdusert, ja, før det også (6). At de nå har fått fornyet oppmerksomhet henger sammen med at den nye styringen og ledelsen er blitt

stadig mer ambisiøs. Dette har svekket iverksetters og tjenesteyteres spillerom, altså frihet, men også begrenset det politiske (demokratiske) legmannsskjønn. Tilhengerne av den nye «guvernering» mener den digitale revolusjonen, og internasjonaliseringen, har forsterket utviklingen av den nye styreform. Det er imidlertid fortsatt slik at den nye, nå «gamle», styringen og ledelsen (NPM) dominerer. Ja, til dels utdypes den både i offentlige og private organisasjoner, gjennom stordrift og standardisering. Den digitale revolusjonen har også på mange måter snarere styrket enn svekket denne formen for styring. Den har gjort det enklere for arbeidsgivere å overvåke og nærstyre sine medarbeidere. I helsevesenet i Norge har planstyreutviklingen således vært spesielt offensiv etter årtusenskiftet, med stordrift, sykehusreform og presist målbasert kontraktsstyre. En viktig grunn til dette er utviklingen av medisinen og tilgrensende fag i en stadig mer presist prosedyrebaseret retning, en retning som typisk nok kalles evidens- eller kunnskapsbasert. Denne medisinen, og sykepleien, og informatikken, har gjort den «vitenskapelige», altså kunnskapsbaserte, styringen av helsevesenet atskillig enklere.

### > NETTVERKSTEORI

Ideen om «governance» er også inspirert av såkalt nettverksteori. Det gjenstår imidlertid å se om denne

teorien kan gi grunnlag for et alternativ til den nye offentlige ledelsen og ikke først og fremst vil gi denne ledelsen et bredere nedslagsfelt: Teorien kan kanskje brukes til å «fange» også den sosiale og kulturelle sfæren som tidligere teori lot ligge i mørket, og slik gjøre den nye styringen og ledelsen bortimot total(itær). La meg legge til at selv om framveksten av geografiløse delingsbaserte virksomheter (for eksempel eBay) nok kan sees på som en del av det nye nettverkspregete samfunn, er det også typisk for de virksomheter som lykkes at de snart blir nokså stramt styrt. Det gjenstår å se om den digitale teknologien kan gi grunnlag for et virkelig hierakioverskridende regime, altså en nyetablering av det urgamle «gavesamfunnet».

### > AVSLUTNING

Jeg vil til slutt påpeke at ordet «governance» har vært brukt, og brukes, på flere måter enn den aktuelle. Opprinnelig ble det brukt synonymt med «governing», altså det å styre eller regjere. Når jeg snakker om styring, altså den ledelsen som skjer på øverste politiske nivå, snakker jeg om slik «guvernering». For meg blir da ledelse i snever forstand den «ledelse» som skjer i de enkelte institusjoner og virksomheter. Ordet «governance» brukes i dag ellers om etikkbevisst ledelse i næringslivet, kalt «corporate governance», og om legenes forsøk på å ta tilbake ledelsen av egen virksomhet, kalt «clinical governance»(7).

### REFERANSER

1. Hood C. «A Public Management for All Seasons», i *Public Administration*, 1991; 69:3–19.
2. Osborne SP. «The New Public Governance?», *Public Management Review*, bind 8, nr. 3, 2007, s. 377–387.
3. Kydland F E og Prescott E. «Rules Rather Than Discretion: The Inconsistency of Optimal Plans», i *Journal of Political Economy*. 1977;85:473–49.
4. Den nye staten. Program for fornyelse av statsforvaltningen, vedlegg til St.meld. nr. 4, 1987–88, Perspektiver og

reformer i den økonomiske politikken.

5. Røiseland A og Vabo SI. Styring og samstyring. Governance på norsk, Bergen: Fagbokforlaget, 2012.
6. van Gunsteren HR. *The Quest for Control. A critique of the rational-central-rule approach in public affairs*, New York: Wiley, 1976.
7. Edmonstone J, «Clinical leadership: the elephant in the room», *International Journal of Health Planning and Management*, 2008; DOI: 10.1002/hpm.959.

# SØKETJENESTEN – VEIVISER TIL OPPSUMMERT FORSKNING

Nytt tilbud som skal hjelpe helsepersonell i jakten på svar.



Tekst Hege Underdal og Ingunn Mikes Brendryen

Illustrasjonsfoto Colourbox

Å lete på nettet etter svar på kliniske spørsmål krever at man har de kritiske brillene på. Hvilke kilder kan man stole på? Og hvor skal man i det hele tatt begynne å lete? Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten tilbyr hjelp i jakten på svar.

For å bistå helseansatte i å raskt finne gode svar på spørsmål om effekt av tiltak, har Kunnskapssenteret lansert tilbudet «Søkjetjenesten – veiviser til oppsummert forskning». Via et enkelt skjema på nett kan brukerne sende inn spørsmål om effekt av tiltak. Bibliotekarer søker etter litteratur som kan belyse spørsmålene, og resultatene fra litteratursøket publiseres på Helsebiblioteket.no.

Hilde Strømme er bibliotekar og seniorrådgiver ved Kunnskapssenteret, og har vært med på å starte tjenesten:

– Å bruke Søkjetjenesten kan spare tid for travle klinikere. Samtidig gir det gode muligheter for å lære seg å håndtere kunnskapsressurser, sier Strømme.

## › VELG DET OPPSUMMERTE FØRST

Et viktig prinsipp innen kunnskapsbasert praksis er å begynne å lete blant den oppsummerte forskningen før man eventuelt gir seg i kast med enkeltstudier. Dette sikrer for det første et godt kunnskapsgrunnlag, og for det andre vil litteratur høyt oppe i kunnskapspyramiden være bedre tilpasset klinikere som har behov for rask tilgang til behandlingsanbefalinger. Søkjetjenesten konsen-

trerer seg derfor først og fremst om noen utvalgte kilder til oppsummert forskning.

Disse utvalgte kildene dekker et bredt spekter av informasjonstyper fra oppslagsverk og prosedyrer til retningslinjer og systematiske oversikter, forteller Strømme.

– De kliniske oppslagsverkene er anerkjente, omfattende og godt oppdaterte, og gir både overblikk over kunnskapen på et område og anbefalinger for praksis. Vi har også valgt å ta med kilder for norske og skandinaviske retningslinjer, da både språk og helsesystemer i disse landene er nokså like. I tillegg går vi gjennom noen av de største og viktigste kilder for utenlandske retningslinjer. Vi søker også i Cochrane Library, som er den største og viktigste kilden til systematiske oversikter, samt i Kunnskapssenterets systematiske oversikter og metodevurderinger. Slik fanger vi både det internasjonale og det nasjonale perspektivet. Fra gang til gang vurderer vi også om andre kilder kan være spesielt relevante.

## › FORMULER GODE SPØRSMÅL

Søkjetjenesten behandler spørsmål om effekt av tiltak, som for eksempel: «Hvilke tiltak har best effekt på etterlevelse av legemiddelbehandling?» og «Hvilken effekt har kostholdsveiledning til foreldre med minoritetsbakgrunn på barnas overvekt?».

Det finnes etter hvert mye kvalitetsvurdert, oppsummert forskning om effekt av tiltak, men mange brukere går av gammel vane til PubMed og andre kilder som hovedsakelig inneholder primærforskning. Ved å begrense søkene til kilder for oppsummert forskning, kan Søkjetjenesten bidra til at flere får øynene opp for at disse ressursene kan spare en for mye tid i en travle hverdag.

Skjemaet som brukes for å sende inn spørsmålene baserer seg på PICO-strukturen. PICO er en



metode som hjelper kunnskapssøkere å formulere presise spørsmål. Ved å konkretisere de viktigste elementene av et spørsmål – pasient/-gruppe (patient), tiltak/intervensjon (intervention), sammenlikning (comparison) og utfall (outcome) – blir resultatet et mer presist litteratursøk med flere relevante treff.

### > SØK ETTER EN FAST METODE

Søkene skjer etter en fast metode utarbeidet av bibliotekarer i Kunnskapssenteret. Metoden skal sikre at den enkelte kilden brukes på best mulig måte og at søkene har høy kvalitet.

Selv om selve søkearbeidet gjøres av en bibliotekar, er det et viktig mål med Søkjetjenesten at brukeren også skal lære noe om de ulike kildene og hvordan de brukes. Derfor dokumenteres alle søk ved at søkehistorikken publiseres sammen med lenkene til litteraturen man fant i søket. Ved å se på dokumentasjonen får brukeren et innblikk i hvilke søkeord som ble brukt og eventuelt hvilke andre muligheter kilden gir til å kombinere søkeord og så videre. Dette gjør det også enklere å gjøre søket på nytt senere, dersom man har behov for å oppdatere funnene.

### > FINN FRAM I KILDENE

Når bibliotekaren har ferdigstilt litteratursøket, blir resultatet publisert på Helsebiblioteket.no. Selve svaret består av lenker til dokumenter og kapitler som kan belyse spørsmålet. Brukeren må selv gå inn i kilden, vurdere litteraturen og komme frem til svaret, men drar nytte av bibliotekarenes spesialkompetanse på kildevalg og kunnskap om litteratursøk.

I tillegg til at Søkjetjenesten skal hjelpe brukerne til å gjøre seg kjent med noen gode, utvalgte kilder til oppsummert forskning og gi trening i å bruke dem, er håpet at de publiserte svarene på

sikt kan utgjøre en spørsmålsbank som vil være til nytte for alle ute i tjenesten – enten de jobber i sykehus, på sykehjem, på fastlegekontor eller andre steder.

### > SAMARBEID

Helsedirektoratets bibliotek besvarer noen av spørsmålene som kommer inn til Søkjetjenesten. I tillegg er alle sykehusbibliotek i landet invitert til å delta i et samarbeid. I praksis betyr dette at dersom det kommer inn et spørsmål fra en bruker som har et lokalt bibliotek som deltar i samarbeidet, videresendes spørsmålet dit. Litteratursøket utføres av den lokale bibliotekaren i henhold til Søkjetjenestens faste metode, og svaret publiseres på Helsebiblioteket.no med tydelig angivelse av hvilket bibliotek som har gjort jobben.

Slik kan tjenesten bidra til å synliggjøre både bibliotekarens kompetanse generelt og de lokale bibliotekene spesielt.

### > PRIMÆRHELSETJENESTEN

Alle ansatte i helsetjenesten og –forvaltningen er velkomne til å benytte seg av tilbudet. Siden mange allerede får likende tjenester fra sitt lokale fagbibliotek, forventes imidlertid pågangen å være størst fra primærhelsetjenesten, som stort sett står uten et slikt lokalt tilbud. Ved å bruke Søkjetjenesten kan helsepersonell i helse- og omsorgssektoren i kommunene både få hjelp til å finne svar på kliniske spørsmål, samtidig som de får trening i å håndtere kilder som de kan bruke ved en senere anledning.

– Hender det at du i praksis lurer på om det finnes bedre måter å gjøre ting på, men har for liten tid til å gjøre søk selv? Send inn spørsmålet til Søkjetjenesten og få hjelp av en bibliotekar til å gjøre søk etter oppsummert forskning! avslutter Strømme.

# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**EDITH L. ROTH GJEVJON**

**Tittel:** Continuity in long-term home health care – Perspectives of managers, patients and their next of kin

**Arbeidssted:** Avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo og Høyskolen Diakonova

**Utgått fra:** Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

**Veiledere:** Ragnhild Hellesø, Tor Inge Romøren, Kari H. Eika

**Disputas:** 28. mai 2014

**E-post:** e.l.r.gjevjon@medisin.uio.no

► **Bakgrunn:** Kontinuitet er en forutsetning for kvalitet i alle helsetjenester. I hjemmesykepleien forbindes kontinuitet oftest med antall helsepersonell pasienten må forholde seg til når han eller hun mottar hjemmesykepleie. Kontinuitet handler også om hvordan tjenesten administreres, planlegges og koordineres, og om systematisk nedtegnelse og utveksling av relevant informasjon om pasienten. Hjemmesykepleie er en døgntinuerlig tjeneste som krever mange ansatte for å dekke turnus og kompensere for sykefravær. Selv om det finnes mye forskning om kontinuitet i helsetjenestene,

mangler vi kunnskap om kontinuitet i tjenester hvor pasienter mottar daglig og langvarig helsehjelp og hvor antallet helsepersonell i utgangspunktet er høyt.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å 1) utvikle en metode for, og å måle og vurdere kontinuitet i praksis, 2) å studere kontinuitet fra ledernes perspektiv og 3) å studere kontinuitet fra pasienters og pårørendes perspektiv.

**Metode:** Kontinuitet i hjemmesykepleien ble studert ved hjelp av ulike metoder, og fra ulike perspektiver. Studien ble gjennomført i tolv kommunale enheter, det vil si kommuner og bydeler av ulik størrelse. Vi målte kontinuitet for 79 eldre pasienter som var tildelt daglig og langvarig hjemmesykepleie. Gjennom etablerte kontinuitetsindekser som ble tilpasset kontekst, henholdsvis for spredning og for sekvens av besøk av helsepersonell, målte vi kontinuitet i en periode på fire uker og vurderte grad av kontinuitet i praksis ved hjelp av statistikk. Videre ble 16 ledere fra 12 ulike hjemmesykepleiedistrikter intervjuet ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Teoridrevet og datadrevet kvalitativ analyse ble brukt for å analysere datamaterialet. Vi brukte strukturerte intervjuguider når vi i tillegg intervjuet 75 pasienter og deres pårørende

(n=75). Intervjuguiden inneholdt lukkede spørsmål om deltakernes erfaringer med, og vurderinger av kontinuitet i hjemmesykepleien. Gjennom statistisk analyse ble graden av enighet mellom pasientens og pårørendes erfaringer og vurderinger målt.

**Resultater:** Pasientene fikk i gjennomsnitt 51 besøk av hjemmesykepleien, fordelt på 17 ulike pleiere i løpet av fire uker. Sjansen for å se den samme personen ved neste besøk eller neste dag var liten, kun 19 prosent av det som var mulig ut ifra en vanlig turnus. Lederne hadde en ideell forståelse av kontinuitet som handlet om antall helsepersonell per pasient, og de arbeidet for unngå at pasientene måtte forholde seg til for mange personer. Samtidig måtte lederne balansere mellom til dels motstridende hensyn, som hensynet til ansattes arbeidssituasjon foran kontinuitet for pasientene. De sykeste pasientene ble prioritert foran de med færre og mindre komplekse behov. Selv om flertallet hadde behov for daglig og langvarig helsehjelp, måtte de forholde seg til mange personer. Likevel vurderte hele 77 prosent av pasientene antallet personer de måtte forholde seg til som uproblematisk. De fleste pårørende derimot, 60 prosent, mente at antallet personer var for høyt. Både pasienter og

pårørende opplevde at de ansatte var informerte og kompetente, og de fleste mente at pasienten fikk den hjelpen han eller hun hadde behov for. Graden av enighet blant pasienter og pårørende var gjennomgående lav. Pasientene var generelt sett mer positive til tjenesten enn deres pårørende.

**Konklusjon:** Studien har vist at å sikre høy grad av kontinuitet, med hensyn til antall personer involvert i helsehjelpen til den enkelte pasient, er en betydelig utfordring i hjemmesykepleien. For å kunne sikre kontinuitet i pasientforløpet når personkontinuiteten er lav, trenger vi å kompensere for denne. For eksempel, kontinuitet kan oppnås gjennom systematisk dokumentasjon og utveksling av relevant informasjon om pasienten. Videre vil bevisst planlegging og koordinering av helsehjelpen til den enkelte pasient redusere antallet helsepersonell slik at høyest mulig grad av kontinuitet kan oppnås.



**Kandidat:**  
**ØYFRID LARSEN MOEN**

**Tittel:** Dagliglivet i familier med barn med ADHD og helsesøstres oppfatninger av sin rolle

**Arbeidssted:** Høgskolen i Gjøvik

**Utgått fra:** Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap, Karlstads universitet, Sverige

**Veileder:** Marie Louise Hall-Lord og Birgitta Hedelin

**Disputasdato:** 4. april 2014

**E-post:** oeyfrid.moen@hig.no

› **Bakgrunn:** ADHD er en av de mest forekommende utviklingsforstyrrelsene hos barn.

**Hensikt:** Den overordnede hensikten for avhandlingen var å beskrive og undersøke dagliglivet i familier med barn med ADHD,

samt helsesøstres rolle knyttet til disse familiene.

**Metode:** Et eksplorativt og deskriptivt design, hvor kvalitativ og kvantitativ metode ble benyttet. I studie I, ble datasamlingen gjennomført med individuelle intervjuer med ni foreldre, og analysert med fenomenologi. I studie II, ble datasamlingen gjennomført med individuelle intervjuer med 17 familiemedlemmer, og analysert med fenomenografi. I studie III var datasamlingen gjennomført med spørreskjema, hvor 265 foreldre svarte, og analysert med statistikk. I studie IV, ble datasamlingen gjennomført med intervjuer i gruppe og individuelt med 19 helsesøstre, og analysert med fenomenografi.

**Resultater:** Familienes dagligliv ble påvirket av å leve i uforutsigbarhet mens de strevde for forutsigbarhet. Opplevelsen av å være foreldre var beskrevet som å kjempe i, og å tilpasse seg, hverdagslivet, som å

## HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere.

Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no).

Retningslinjer for utforming av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider: [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).





vindsurfe i uforutsigbare farvann. Foreldrene balanserte mellom å opprettholde seg selv og foreldre-rollen (I). Familien forsøkte å ivareta en fungerende familie ved å mestre dagliglivet og utvikle spesielle fer-digheter, både innad i familien og i samfunnet. De kjempet for å bli akseptert og inkludert, både knyt-tet til det sosiale nettverket og de profesjonelle. Søsknen var både opp-rørere og diplomater, og deres sosi-ale liv var påvirket (II). Samarbeidet med profesjonelle var tungrodd og et samarbeid bygget på åpenhet, støtte, tillit og veiledning var essen-sielt (I, II). Foreldrenes opplevelse av sammenheng, barnets atferd, støtte fra det sosiale nettverket og kommune- helsetjenesten hadde innvirkning på familiefunksjonen. I familier hvor barnet var medisinert for ADHD, rapporterte foreldrene mindre atferdsproblemer hos bar-net, bedre familiefunksjon og mer sosial støtte enn de med ikke medi-sinerte barn (III). Helsesøstrene beskrev sin rolle som både perifer og som en samarbeidspartner, og de etterspurte retningslinjer og tverrfaglig samarbeid (IV).

**Konklusjon:** Dagliglivet i familie med ADHD er både krevende og givende. Aksept og støtte fra det sosiale nettverket og veiledning av profesjonelle er essensielt. Helse-søster er i en unik posisjon i forhold å støtte og veilede disse familiene.



**Kandidat:**  
**ANNE-KARI JOHANNESSEN**

**Tittel:** Rollen til en inter-medier enhet i et klinisk forløp

**Arbeidssted:** Høgskolen i Oslo og Akershus/Akershus universitetssykehus, avdeling for helsetjenesteforskning

**Utgått fra:** Avdeling for helsetjenesteforskning, HØKH, Institutt for klinisk medisin, Akershus universitetssykehus, Det medisinske fakultet.

**Hovedveileder:** Sissel Steihaug MD, PhD, seniorforsker

**Disputas:** 13. mars 2014

**E-post:** anne-kari-m.johannessen@hioa.no

> **Bakgrunn:** Behovet for mer koordinerte og integrerte helse-tjenestetilbud har det siste tiåret resultert i etablering av en rekke intermediaære samarbeidsløsninger mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Det har foreløpig vært sparsomt med forskningsbasert kunnskap om slike helsetjeneste-tilbud i Norge.

**Hensikt:** Å utvikle kunnskap om en intermediaær enhets rolle i et klinisk pasientforløp og å studere implikasjoner enheten hadde for samarbeidet mellom helseperso-

nell som arbeider i ulike deler av helsetjenesten

**Metode:** Studien har et kvalitativt eksplorativt og deskriptivt design med en fenomenologisk tilnærming. Utvalget besto av 38 helsepersonell og åtte pasienter. Datainnsamlingsmetodene var intervju og deltakende observasjon. Materialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekst-kondensering.

**Resultat:** Helsepersonellet hadde ulike oppfatninger om hva enhetens funksjon burde være. Enheten vektla medisinsk behandling på lik linje med opptrening og pleie, mens sykehuset og kommunene mente enheten primært skulle tilby rehabilitering og pleie. Mye tid gikk med til forhandlinger og uenighet helsepersonellet imellom om hva som var «riktige» pasienter for enheten. Det som var «riktige» pasienter for enheten var nødvendigvis ikke «riktige» pasienter for sykehuset eller kommunene. Samarbeidspartnerne forholdt seg til ulike lovverk, oppgaver og mål, noe som kompliserte samarbeidet. Pasientene var stort sett fornøyde med oppholdet i enheten selv om flere savnet mer opptrening og erfarte overgangen til eget hjem som vanskelig. Studien bidrar til å belyse kompleksiteten forbundet med det å implementere et tjenestetilbud i et etablert helsesystem.

**Konklusjon:** Resultatene tyder på at enheten ikke var en hensiktsmessig organisering av helsetjenester til eldre pasienter med somatiske lidelser.



**Kandidat:**  
**HILDEGUNN SUNDAL**

**Tittel:** Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus. Analysene er historiske og nåtidige og har utgangspunkt i norske lærebøker i sykepleie, bilder, litteratur og andre dokumenter fra perioden 1877–2013, og intervju og observasjoner med foreldre og sykepleiere ved en barneavdeling i 2007

**Arbeidssted:** Høgskolen i Molde, Vitenskapelig høgskole i logistikk. Avdeling for helse- og sosialfag

**Utgått fra:** Universitetet i Bergen, Det medisinske-odontologiske fakultet.

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Forskningsgruppen Praxeologi

**Disputasdato:** 30. mai 2014

**Veiledere:** Jeanne Boge og Karin Anna Petersen

**E-post:** hildegunn.sundal@himolde.no

› **Bakgrunn:** Historisk har foreldres rolle variert når barn er innlagt på sykehus.

**Hensikt:** Hensikten med studien er å undersøke foreldres eksklusjon og inklusjon i pleien i norsk sammenheng, samfunnskontekstens og vitens betydning for eksklusjons- og inklusjonspraksisene.

**Metode:** Ut fra Michel Foucaults disiplinering, selvdisiplinering og dispositivitet, analyseres eksklusjons- og inklusjonspraksisenes oppkomst og praksisenes samfunns- og vitenmessige mulighetsbetingelser. Studien er basert på dokumentanalyser av et rikholdig kildemateriale. Lærebøker i sykepleie og bilder inngår.

**Resultat:** Foreldre er fraværende i lærebøker i sykepleie fra perioden 1877–1940. Fraværet bekreftes i bilder og annet materiale. Atskillelsen mellom barn og foreldre er i pakt med atskillelsen som oppsto ved framveksten av moderne industrisamfunn og institusjonalisering av barn. Redsel for at foreldre skulle dra smitte med seg ut av sykehus kan ha medvirket. I 1941 oppstår den første lærebok i sykepleie som argumenterer for at det er viktig at barn får besøk av foreldre. I 1968 argumenteres det for at foreldre bør delta i pleie. Fra 1987–2013 argumenterer lærebøker for utstrakt

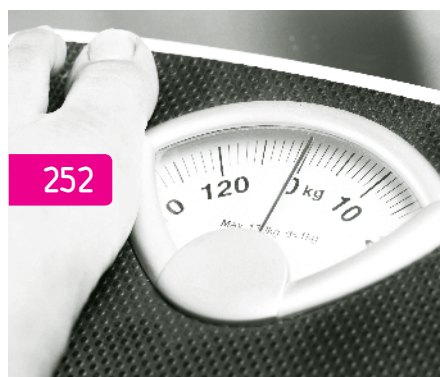
foreldredeltakelse. Observasjoner av barn på sykehus og intervju med foreldre i 2007, viser at foreldre utfører mesteparten av pleien og at det ville medføre ansettelse av flere sykepleiere uten foreldredeltakelse. Argumentasjonen for at foreldre bør inkluderes oppsto samtidig med sosialdemokratiets og velferdsstatens framvekst i etterkrigstiden der det oppsto sykepleiemangel, og samtidig med at humanistiske ideer om behov for mest mulig selvhjelp fikk gjennomslag i sykepleiefaget og antibiotika ble allment tilgjengelig.

**Konklusjon:** Hygieneviten kan ha understøttet samfunnsmessige interessante eksklusjonspraksiser, og humanistiske ideer kan ha understøttet inklusjonspraksisene.

## HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no)

Retningslinjer for utforming av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider: [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)



## Contents >>

<b>Editorial:</b> Transparency improves articles .....	203
<b>Contributions:</b>	
Stein Kaasa: A composite health 204 .....	204
Charlotte Delmar: New Public Governance requires the conquest of care .....	207
<b>Summarised research:</b>	
Cochrane .....	208
Research news .....	214
<b>Research articles:</b>	
Persons with morbid obesity had increased self-efficacy and self-esteem after patient education. By May Solveig Fagermoen, Katherine Bevan, Anne-Cathrine Berg, Eva Bjørnsborg, Christine Mathiesen, Helene Gulbrandsen, Anne Lise Hustadnes and Anita Strøm .....	216
Comment: Psychological Perspective important. By Kirsti Jenssen .....	224
The impact of personal relationships on patient satisfaction in nursing homes. By Jörg Kirchhoff, Camilla Gjellebæk and Merete Tangen .....	226
Comment: Finished with knitting and baking. By Hilde Jørgensen .....	234
Prepared and flexible – Good care for persons with dementia. By Karin Elisabeth Thorvik, Kristin Helleberg and Solveig Hauge .....	236
Comment: Knowledge of the patient is important. By Eivor Haugom Paulsrud .....	243
The home care nurse in the meeting of the depressed patient. By Liv Halvorsrud, Ingun Pahr and Lisbeth Kvarme .....	244
Comment: Resources must be reprioritized. By Kjersti Eikrem .....	251
<b>When weight-loss surgery is regarded as the last chance.</b>	
By Karen Synne Groven and Gunn Engelsrud .....	252
Nurses' caring for patients with multi-resistant bacteria. By Lene Lunde and Anne Moen .....	260
Comment: Knowledge reduces infection. By Liv Hellen Skjold Rafoss .....	270
<b>Essay:</b> What does low health literacy means for nurses' health communication?	
By Anne Karen Jenum and Kjell Sverre Pettersen .....	272
<b>Six Questions about Nursing Research</b> .....	281
<b>Research in practice</b> .....	282
<b>Research Interview</b> .....	285
<b>New and useful</b> .....	288



## Innhold >>

<b>Leder:</b> Åpenhet gir bedre artikler .....	203
<b>Innspill:</b>	
Stein Kaasa: En sammensatt helsetjeneste .....	204
<b>Charlotte Delmar: New Public Governance krever erobring av omsorgen</b> .....	<b>207</b>
<b>Oppsummert forskning:</b>	
Cochrane .....	208
Forskingsnytt .....	214
<b>Forskningsartikler:</b>	
Pasientkurs ga personer med sykkelig overvekt økt mestringsforventning og selvfølelse. Av May Solveig Fagermoen, Katherine Bevan, Anne-Cathrine Berg, Eva Bjørnsborg, Christine Mathiesen, Helene Gulbrandsen, Anne Lise Hustadnes og Anita Strøm .....	216
Kommentar: Psykologisk perspektiv viktig. Av Kirsti Jenssen .....	224
<b>Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem.</b> Av Jörg W. Kirchhoff, Camilla Gjellebæk og Merete Tangen .....	<b>226</b>
Kommentar: Ferdig med strikking og baking. Av Hilde Jørgensen .....	234
Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens. Av Karin Elisabeth Thorvik, Kristin Helleberg og Solveig Hauge .....	236
Kommentar: Kjennskap til pasienten er viktig. Av Eivor Haugom Paulsrud .....	243
Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. Av Liv Halvorsrud, Ingun Pahr, Lisbeth G. Kvarme .....	244
Kommentar: Ressursene må omprioriteres. Av Kjersti Eikrem .....	251
Når fedmekirurgi vurderes som «siste sjansje». Av Karen Synne Groven og Gunn Engelsrud .....	252
Sykepleie til pasienter med multiresistente bakterier. Av Lene Lunde og Anne Moen .....	260
Kommentar: Kunnskap reduserer smitte. Av Liv Hellen Skjold Rafoss .....	270
<b>Essay:</b> Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? Av Anne Karen Jenum og Kjell Sverre Pettersen .....	272
<b>6 spørsmål om sykepleieforskning</b> .....	281
<b>Forskning i praksis</b> .....	282
<b>Forskerintervjuet</b> .....	<b>285</b>
<b>Nytt og nyttig</b> .....	288