

Forskning

04|14



Diabetes
og coliaci

314

Barn med type 1 diabetes har høyere risiko for å utvikle cøliaki. Studien til Naalsund og Haugstvedt i denn utgaven av **Sykepleien Forskning**, har vurdert kunnskapsbaserte retningslinjer for diabetes og cøliaki hos barn. De fant at retningslinjene ga ulike anbefalinger om screening for cøliaki, men alle anbefalte glutenfritt kosthold hos barn med diabetes 1 som har påvist cøliaki. Forfatterne konkluderer med at vi trenger mer forskning om langtidseffekten av glutenfri diett og en debatt om hvor ofte barn med diabetes 1 bør screenes for cøliaki.



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 og seniorforsker ved OUS.



Lars Mathisen
Rektor ved Lovisenberg diakonale høyskole.



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

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

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

Ansvarlig redaktør:
Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaktør: Marit Leegaard
marit.leegaard@sykepleien.no

Assisterende redaktører:
Kristin Halvorsen kristin.halvorsen@hioa.no
Øyvind Kirkevold oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no
Birgitte Graverholt birgitte.graverholt@hib.no
Kristin Haraldstad: kristin.haraldstad@uia.no
Kari Hanne Gjeilo: kari.hanne.gjeilo@stolav.no

Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Markedssjef: Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Markedssjef: Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no
Statistiker: Guri Feten
guri.feten@bfk.no

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

Utgivelsesplan 2015:
12/3, 18/6, 24/9, 10/12

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

Tverrfaglig samarbeid må læres

WHO beskriver tverrfaglig utdanning som et helt nødvendig steg for å gjøre morgendagens helsepersonell i stand til å ta vare på pasientenes behov. Hvorfor får vi det ikke til? Et mulig svar er legers dominerende rolle i både klinikk og forskning som gjør det vanskelig å få til et konstruktivt tverrfaglig samarbeid om utdanningsprogrammer og forskning. En nyere norsk studie viste at medisinstudenter opplevde at det var forventet at de tok ansvar. Det primære var å arbeide selvstendig og ikke nødvendigvis i team med andre. Den samme studien viste at sykepleierstudenter hadde en oppfatning om at de skulle være medansvarlige og jobbe tverrfaglig. Begge studentgruppene opplevde imidlertid at psykisk helse- og rehabiliteringsavdelinger var arenaer hvor det tverrfaglige samarbeidet mellom sykepleiere, leger, fysioterapeuter og psykologer og sosionomer fungerte bra.

Det er grunn til å tro at tverrfaglighet sitter «mellom ørene» til de som skal samarbeide, og at verdier som likeverd og respekt er sentrale. Hvis dette skal gjennomføres forskning, utvikling og innovasjon innen helsefagene må det læres. Og ikke bare av studenter og undervisere, men også av politikere og helsebyråkrater.

HelseOmsorg21, presentert i juni 2014, skal legge til rette for en målrettet, helhetlig og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon

innenfor helse og omsorg. En viktig forutsetning for dette arbeidet er samarbeid om både utdanning og forskning på tvers av profesjonsgrensene. Strategien beskriver at vi per i dag mangler tverrprofesjonell kompetanse, og knytter dette spesielt opp mot nye utfordringer innen kommunehelsetjenesten og spesielt eldreomsorgen.

For å oppnå tverrfaglig kompetanse må studentene innen helseprofesjonene lære å jobbe tverrfaglig. En av forutsetningene for å få til dette er at vi har et godt samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og helseforetakene og kommunehelsetjenesten.

Sykepleiere har i kraft av utdanning og posisjon mye samarbeidskompetanse og kan fremstå som «den flinkeste i klassen» innen tverrfaglig samarbeid. Likevel sliter vi med å få gjennomslag hos dem som bevilger midler til forskning, utvikling og innovasjon. Da blir det enda viktigere å hente inspirasjon og finne ut hva det er som gjør at faggruppene innenfor psykisk helse og rehabilitering samarbeider så godt med gode resultater.



Redaktør Marit Leegaard

marit.leegaard@sykepleien.no

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

Marit Leegaard

f. 1957

Historiker og forsker ved Senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Redaktør for boka «Profesjonshistorier» (2014) sammen med Rune Slagstad. I 2013 kom boka «I velferdsstatens frontlinje. Barnevernspedagogers, sosionomers og vernepleieres historie.» Holder nå på med et prosjekt om historien til Høgskolen i Oslo og Akershus.

Kloke hoder og kloke hender

> Profesjonsfagene trenger en viss akademisk tilnærming for å reflektere over egen praksis.

Ved slutten av 1970-årene og i begynnelsen av 1980-årene ble utdanningen av blant annet sykepleiere, sosialarbeidere og lærere løftet inn i høyskolesystemet. Dette kan beskrives som en tredje bølge av profesjonalisering, der de tradisjonelle profesjonene som lege, prest, offiser og jurist var omfattet av den første bølgen, og profesjonene som ble utdannet i de vitenskapelige høyskolene den andre; veterinærer, tannleger, agronomer. De fleste profesjoner har altså gått fra å være rene praktiske fag til å få et teoretisk og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag, med en utdanning knyttet til høyere læresteder. De har med andre ord blitt akademisert.

FAGLIG GRUNNLAG

Da sykepleierne, sosialarbeiderne og de andre av velferdsstatens profesjoner fikk sin høyskoleutdanning, var dette et ønske fra profesjonene selv. Målet var å gi fagene og yrkesutøvelsen et

mer solid faglig grunnlag. Fra myndighetenes side var det også et ønske om å bedre rekrutteringen og å få en mer standardisert utdanning. Felles var oppfatningen av at det stadig ble stilt høyere krav til profesjonsutøvelsen, kanskje først og fremst som et resultat av kunnskapsmessige nyvinninger på det teknologiske, medisinske og sosiale området.

Høyskoleutdanningen ga en statusheving, og med dette en bedring av lønna. Særlig hadde det betydning for de kvinnedominerte profesjonene innenfor helse- og sosialsektoren. En økende vitenskapeliggjøring kunne være en vei bort fra medisinen og legenes dominans over fagfelt og yrkesutøvelse.

Akademiseringen inneholdt så mangt. Det innebar en større vekt på teoretisk og disiplinbasert undervisning. Mange vil hevde at dette gikk på bekostning av det praktiske og for enkelte av profesjonsutdanningene førte høysko-

lestatusen til at det ble noe mindre praksis i utdanningene. I løpet av de siste tiårene har forholdet mellom praksis og teoriundervisning derimot vært noenlunde konstant. Akademiseringen innebar også krav om mer forskningsbasert undervisning og mer forskning innenfor rammen av utdanningene. Også dette kan ha dreid oppmerksomheten fra den praktiske profesjonsutøvelsen til det mer teoretiske. Samtidig førte det til en markant økning av forskning om profesjonsutøvelsen, noe som skulle gjøre utøverne bedre i stand til å takle de problemene de møtte i det daglige arbeidet.

AKADEMISERING

Med høyskolereformen i 1994 og senere kvalitetsreformen ved inngangen til 2000-tallet har også profesjonsutdanningene blitt likere universitetsutdanningene. Grads- og stillingsstrukturen har blitt likere, belønning og til dels finansieringen har blitt knyttet



” Både utdanningen og forskningen må ta vare på profesjonsutdanningens særegenhet som yrkesutdanninger.

til akademisk publisering også i høyskolesektoren, og det har i økende grad blitt stilt krav om akademisk kompetanse ved tilsetninger, på bekostning av erfaring fra praksisfeltet.

Mange mener akademiseringen innenfor profesjonsutdanningene har gått for langt, på bekostning av relevansen og praksisnærheten til utdanningene. Innenfor sykepleien reiste Kari Martinsen denne problemstillingen for mer enn 30 år siden. I de siste årene har kritikken mot akademiseringen blitt knyttet til en generell nedvurdering av faglighet og praktisk kunnskap i samfunnet for øvrig. Det siste må sies å være et stort problem for alle som er opptatt av yrkes- og profesjonsfagenes rolle.

Nettopp fordi akademisering er så mangt, er det vanskelig å si på et generelt plan at den har gått for langt. Vi trenger profesjonsutøvere som kan reflektere over og begrunne praksisen, som

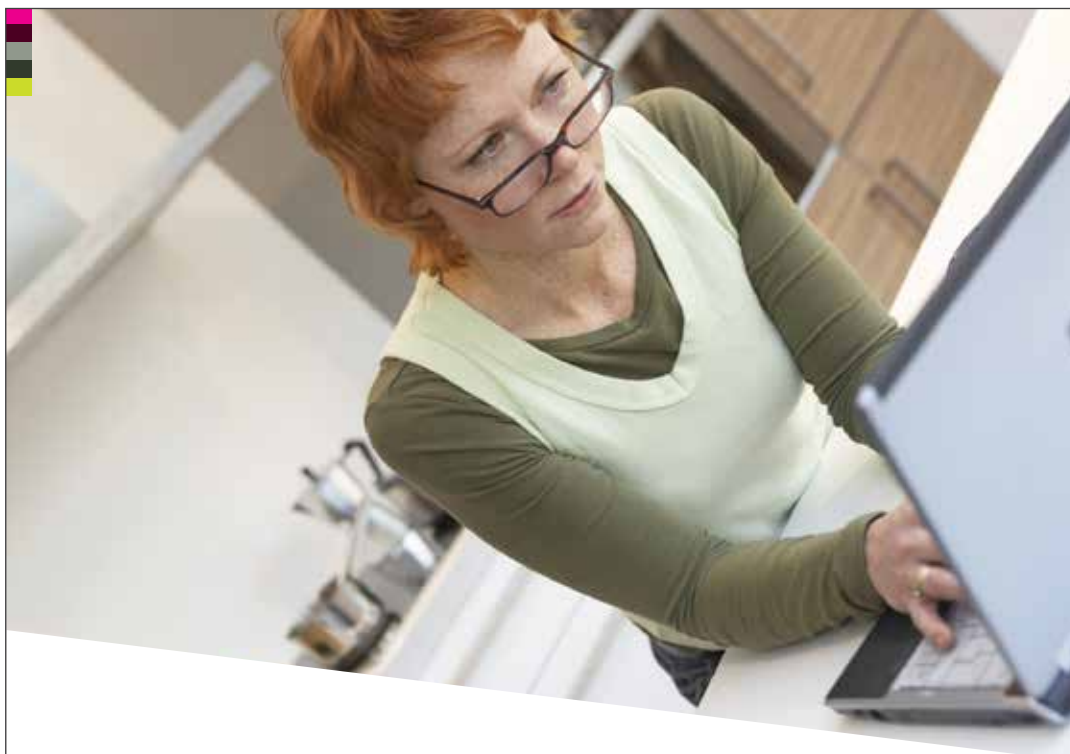
kan møte stadig nye utfordringer og bidra til kunnskapsutvikling innenfor fagene. Og vi trenger mer forskning på profesjonsutøvelsen, på hva som foregår i praksis og hvordan denne skal bli bedre. Det vi kanskje ikke trenger er profesjonsutdanninger som blir mer lik disiplinutdanningene på universitetet. Både utdanningen og forskningen må ta vare på profesjonsutdanningens særegenhet som yrkesutdanninger.

INNHOLD OG RELEVANS

Videre er det ikke bare et spørsmål om mengden teoretisk kunnskap, men også om kunnskapens innhold og relevans. Kritikken fra Kari Martinsen mot sykepleiens akademisering var ikke bare en kritikk av for stor vekt på det vitenskapelige. Det var også et spørsmål om hvilken teoretisk kunnskap; om den skulle være basert på et behandlingsteknisk paradigme eller et omsorgsparadigme. Samtidig innebar Martin-

sens syn en økt teoretisering av sykepleierfaget. Vernepleiernes teoretiske grunnlag i atferdsterapi ga i utgangspunktet vernepleierne høyere prestisje, samtidig som det ble oppfattet som et viktig verktøy i yrkesutøvelsen. Etter ansvarsreformen ble den samme teoretiske kunnskapen oppfattet som skadelig. Men så igjen ble den relevant, riktignok etter at den selv hadde endret seg. Sosionomenes teoretiske casework var relevant i behandlingstilstander, men skapte problemer for yrkesutøvelsen i den kommunale sosialtjenesten.

Utdanningene og yrkesutøverne trenger en viss akademisk tilnærming for å forholde seg til slike problemstillinger og til å reflektere over sin egen praksis. Selv om akademiseringen i enkelte sammenhenger kan sies å ha gått for langt, er det viktig å ikke kaste barnet ut med badevannet. Kloke hoder er viktig, det samme er kloke hender.



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

Kitt Irene Berg Austgard

Dosent
Lovisenberg diakonale
høyskole



Forskning og tradisjon

› Det er lite forskning på sykepleiefaget per se.

I løpet av mange års fordypning i Rikke Nissens tekster har tanken ofte slått meg at det fortsatt er et stykke igjen til faget kommer opp på det nivået Nissen mente var sykepleien verdig.

Ulrikke Eleonore (Rikke) Nissen (1834–1892) er grunnleggeren av den teoretisk faglige sykepleien i Norge. En av hennes viktigste oppgaver var å få forståelse for at sykepleien var et selvstendig fag med en særegen kompetanse, og som i kraft av sin egenart kunne bidra med ny kunnskap. Selv om en selvstendig sykepleievitenskap var utenkelig på Nissens tid, skriver hun i en av sine artikler i 1884 at en faglig utdannet sykepleier kan, på bakgrunn av sin særegen kompetanse, bidra til en ny utvikling av «lægevidenskapen».

Hva er så det særegne? Den som leser læreboken hun utga i 1877 vil fort oppdage at hun la stor vekt på teori og forskning. Det meste av innholdet består av

rene prosedyrer. Men det er ikke her den særegne kompetansen realiserer seg, men i relasjonen med pasienten, i iakttagelsen, de gode handlinger og dokumentasjon. Dette fører til et område av faget Nissen kunne ta for gitt, og som hun kaller grunnvullen for de åndelige betingelser; den kristne kjærlighet. De åndelige betingelser dannet grunnlaget for en rekke nødvendige egenskaper ved sykepleieren som person, skjønt ikke uten betydelig bearbeidelse og veiledning. Nissen var visjonær. Hun diskuterte utfordringer ved den sekulariserte sykepleien allerede i 1884. Det problematiske, slik jeg tolker henne, var bruddet med den holistiske tenkningen, mennesket som enhet av kropp, sjel og ånd.

Sannsynligvis ville etableringen av en egen sykepleievitenskap ha gledet Nissen, men er den bygget på en særegen og selvstendig fagkompetanse slik Nissen så den? Det er jeg mer usikker på.

Det er forbausende lite forskning på sykepleiefaget per se. Hva kjennetegner fagets særegne kompetanse? Hvordan utvikles den? I mange år har jeg vært opptatt av betingelsene for en ekte omsorgerfaring, en erfaring som åpner for inntrykket og forståelse av pasientens unike behov og verdier. Som Nissen, mener jeg at erfaringen må bygge på solid oppdatert kunnskap. Men skal erfaringen lykkes og kunnskapen komme pasienten til gode, avhenger det av fortolkeren. Åpenhet for det som er «annerledes» er ikke en medfødt egenskap, men en innsikt som utvikles i konfrontasjon med bærende forestillinger – gjennom korreksjon og veiledning. Den holistiske tilnærmingen er like aktuell i dag som på Nissens tid, om ikke mer. En erfaring som ivaretar pasienten som likeverdig, innebærer også en kompetanse. For Nissen var det en selvfølge. I dag kan den oppfattes atskillig mer diffus.

Effekt av lungerehabilitering

Etter å ha gjennomgått åtte til tolv ukers lungerehabilitering bedres trolig kapasiteten til å være i fysisk aktivitet hos personer som har såkalte diffuse parenkymatøse lungesykdommer. Vi vet ikke om den positive effekten opprettholdes over lengre tid. Dette viser en systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet.

Diffuse parenkymatøse lungesykdommer er en fellesbetegnelse på ulike tilstander hvor lungevevet rammes av betennelse og/eller arrdannelse. Flere av disse tilstandene, som idiopatisk lungefibrose, akutt og kronisk interstitiell lungebetennelse, bindevevssykdommer og sarkoidose, gir symptomer som kan medføre store begrensninger i daglige aktiviteter.

HVA SIER FORSKNINGEN?

I systematiske oversikter samles og vurderes tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet informasjon om og vurdert effekt av lungerehabilitering sammenliknet med ingen lungerehabilitering, hos personer med diffus parenkymatøs lungesykdom.

Forfatterne fant at de som deltar i lungerehabilitering:

- trolig øker sin gangdistanse

ved å gå flere skritt i en gangtest (middels tillit til resultatet)

- muligens øker sin utholdenhet fordi maksimalt oksygenopptak øker (liten tillit til resultatet)
- trolig blir mindre tungpustne (middels tillit til resultatet)
- trolig bedrer livskvalitet (middels tillit til resultatet)

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.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forfatterne gjorde systematiske søk i flere databaser i juni 2014 og fant ni studier. I tre av disse studiene var kun personer med idiopatisk lungefibrose inkludert og i én studie kun personer med sarkoidose. I de resterende fem studiene var det en rekke ulike typer diffuse parenkymatøse lungesykdommer. I studiene varierte antall deltakere fra 21 til 99, og gjennomsnittsalderen varierte fra 36 til 71 år. Åtte av studiene undersøkte effekten av lungerehabilitering gjennomført ved poliklinikk mens i én studie

var rehabiliteringen hjemmebasert. Lengden på rehabiliteringen varierte fra fem til tolv uker (for hjemmebasert rehabilitering var det seks måneder). Tre studier undersøkte effekten av kondisjonstrening mens fire undersøkte effekten av en kombinasjon av kondisjonstrening og styrketrening. De resterende studiene beskrev ikke hvilken type trening de undersøkte. Fire studier undersøkte effekten av trening som eneste komponent i lungerehabiliteringen mens fire studier undersøkte effekten av trening pluss andre tiltak; som forelesning eller opplæring, kostholdsråd, stressmestring, fysioterapi og psykososial støtte. Alle studiene målte fysisk funksjon, hvor seks minutters gangtest var mest brukt. Tre studier testet kondisjon; hjerte- og lungefunksjon. Livskvalitet ble målt i åtte studier ved bruk av Chronic Respiratory Disease Questionnaire, St. George's Respiratory Questionnaire eller WHO questionnaire. Hvor tungpustet personene var ble målt ved bruk av modifisert Medical Research Council Scale i fem studier, i én studie brukte man Baseline Dyspnoea, mens én studie brukte et spesifisert måleinstrument. Fem av studiene, med til sammen 168 per-



Illustrasjon: Lene Ask

soner med diffuse parenkymøse lungesykdommer, ble inkludert i metaanalysene i den systematiske oversikten.

Vi vet ikke om de positive resultatene opprettholdes over tid, da målingene er foretatt rett etter endt lungerehabilitering.

Vi vet heller ikke om lungerehabilitering endrer evnen til utånding, om overlevelse påvirkes eller om tiltaket kan gi bivirkninger. Tilliten til disse tre resultatene er svært

liten, noe som betyr at dette bør studeres på nytt med bedre metoder.

REFERANSER

Dowman L, Hill CJ, Holland AE. Pulmonary rehabilitation for interstitial lung disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD006322.

Skrevet av **Marita S. Fønhus** og **Ingeborg B. Lidal**, Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten



Telefonstøtte til personer med demens

Telefonstøtte til pårørende til personer med demens reduserer trolig depresjonssymptomer og omsorgsbyrde. For andre utfall som sosial støtte, angst, livskvalitet og mestringstro er funnene mer usikre og mer forskning er nødvendig. Det viser en nylig utgitt systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet.

HVA SIER FORSKNINGEN?

I systematiske oversikter samles og vurderes tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av telefonstøtte gitt til pårørende til personer med demens sammenliknet med standard behandling.

Forfatterne fant at de som mottar telefonstøtte:

- trolig føler seg mindre nedstemt (middels tillit til resultatet)
- trolig føler mindre omsorgsbyrde (middels tillit til resultatet)

Vi vet ikke hvilken effekt telefonstøtte har på opplevd sosial støtte, angst, mestringstro, livskvalitet, uro og tilfredshet da funnene er usikre og mer forskning er nødvendig.

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

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i februar 2013, og fant ni studier som de inkluderte i oversikten. Seks studier undersøkte effekten av telefonstøtte alene. Én studie undersøkte effekten av telefonstøtte sammen med bruk av video og to studier undersøkte effekten av telefonstøtte sammen med bruk av video og arbeidsbok. I denne oversikten er det bare inkludert studier

som har undersøkt telefonstøtte uten personlig kontakt.

Vi rapporterer resultater fra telefonstøtte gitt alene. Tre av de seks studiene med til sammen 163 deltakere målte depresjonssymptomer og ble slått sammen i en metaanalyse. Studiene brukte ulike måleverktøy. Fire studier med til sammen 169 deltakere målte omsorgsbyrden. Også her ble det brukt ulike måleverktøy. Andre utfallsmål som var rapportert er blant annet, sosial støtte, angst, livskvalitet, uro, mestringstro og tilfredshet. Studien som inngår i metaanalysene er gjennomført i USA. Andre inkluderte studier var fra Canada og Tyskland. Alle studiene hadde høy risiko for systematiske skjevheter på grunn av manglende blinding av deltakere og personell. De aller fleste studiene hadde mangelfull rapportering av randomiseringen.

Oversiktsforfatterne inkludert kvalitativ forskning om



Illustrasjon: Lene Ask

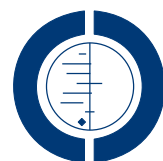
erfaringene med telefonstøtte. De to inkluderte intervjustudiene så på hvilke aspekter av telefonstøtten pårørende og de som ga telefonstøtte opplevde som mest til hjelp.

KILDE

Lins S, Hayder-Beichel D, Rücker G, Motschall E, Antes G, Meyer G, Langer G. Efficacy and experiences of tele-

phone counselling for informal carers of people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. No.: CD009126.

Skrevet av **Kristin T. Dahm** og **Therese K. Dalsbø**, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

Forskningsnytt

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

Oppfatning av tverrfaglig samarbeid

Denne studien vektlegger betydningen av tverrfaglig samarbeid i helsefaglig utdanning, særlig når studentene er ute i klinisk praksis.

Vi vet for lite om hvordan studenter innen sykepleie og medisin oppfatter og forstår sine roller i tverrfaglig samarbeid. En rapport fra WHO (2010) vektlegger at studentene forstår betydningen av samarbeid i helsevesenet, og deres evne til å være effektive lagspillere. Nasjonal Helseplan (2007–2010) understreker at tverrfaglig samarbeid er med på å sikre kvaliteten i helsetjenesten.

Målet med denne kvalitative studien var å beskrive hvordan man kan utforme og videreutvikle den tverrfaglige undervisningen innenfor sykepleie og medisin.

Utvalget besto av tolv medisinstudenter og ti sykepleierstudenter. Datainnsamlingen pågikk høsten 2011. Data ble samlet fra fire fokusgruppeintervjuer (en gruppe med bare medisinstudenter, en med bare sykepleierstudenter og to blandete grupper). Intervjuene ble guidet av to forskningsspørsmål: Hvordan oppfatter studentene sin egen profesjonsrolle i tverrfaglig samarbeid? Og hvordan opplever studentene at ulike praksisarenaer påvirker det tverrfaglige samarbeidet? Dataanalysen fulgte prinsipper for kvalitativ innholdsanalyse og førte frem til hovedtemaer og undertemaer som reflekterte essensen av forskningsspørsmålene.

Studien fant at studentene følger tradisjonelle mønstre når det gjelder hvordan de oppfatter sin egen pro-

fesjonelle rolle i tverrfaglig samarbeid. Medisinstudentene opplevde at det var forventet at de tok ansvar og at hovedvekten lå på det å arbeide selvstendig og ikke i team med andre. Sykepleierstudentene hadde en oppfatning om at de skulle være medansvarlige og jobbe tverrfaglig. De lærte at de var «limet» som sørget for et godt samarbeid om pasienten. Studien fant en betydelig variasjon i hva studentene oppfattet som gode praksisarenaer for tverrfaglig samarbeid, og her var det særlig psykiatriske avdelinger som ble framhevet. På medisinske og kirurgiske avdelinger var samarbeidet ofte avhengig av hvilken kommunikasjonsstil ledende leger hadde under previsitt og legevisitt. Her varierte det fra gode arenaer for samarbeidslæring til arenaer preget av mistillit, konfrontasjon, respektløshet og hierarkisk struktur.

REFERANSE

Ase I, Sæthre Hansen B & Aase K. BMC Medical Education 2014, 14:170

Risikoprofil av ernæringsstatus

Denne studien viser at vi bør kartlegge alle pasienter for ernæringsmessig risiko ved innleggelse på sykehus. Risiko for under- eller feilernæring var mest vanlig blant pasienter med høy alder, lav BMI, mer komorbiditet, og med infeksjoner, kreft eller lungesykdommer, og pasienter som ble utskrevet til sykehjem.

Hensikten med denne studien var å identifisere hvilke pasientgrupper som ville ha størst utbytte av å få kartlagt ernæringsstatus og hvem som var i risikogruppene.

Studien er basert på gjentatte ernæringsmessige tverrsnittsstudier som utføres rutinemessig ved Haukeland universitetssykehus og lokalsykehusene i Voss, Nordås og Hagavik med til sammen 975 sengeplasser. Kartleggingen ble utført av sykepleiere som også samlet inn data om alder, kjønn, diagnose(r) og sykehusavdeling. Ernæringsstatus og risikoprofil ble kartlagt med instrumentet NRS 2002, Nutritional Risk Screening tool, hvor BMI er sentralt.

Totalt ble 3279 pasienter kartlagt, 50 prosent var menn, gjennomsnittlig alder 67,8 og BMI 25,3. Av disse var 29 prosent i en ernæringsmessig risiko. Høyest risiko hadde pasienter med infeksjoner (51 prosent), kreft (44 prosent) og lungesykdommer (43 prosent). Hos pasienter over 80 år var risiko på 40 prosent. Øyeblikkelig hjelp-pasienter, lav BMI og komorbiditet økte også ernæringsmessig risikoprofil.

Prevalensen var signifikant høyere ved medisinske avdelinger enn

Denne studien beskriver at det fortsatt mangler mye på å få til et velfungerende tverrfaglig samarbeid mellom leger og sykepleiere. Den viser også at studentene opplever psykiatriske avdelinger som velfungerende tverrfaglige arenaer. Kanskje andre deler av helsetjenesten har noe å lære derfra for å oppfylle kvalitetskravene fra Nasjonal helseplan og WHO?

> TIPS OSS

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

Tips kan sendes til marit.leegaard@sykepleien.no

Symptomer før og etter lungekreftkirurgi

Pasientene har mange symptomer etter lungekreftkirurgi. Det eneste kjennetegnet som ble forbundet med et høyt antall symptomer en måned etter operasjonen var antall symptomer rapportert preoperativt.

Pasientene trenger informasjon om rehabiliteringsfasen etter operasjon for lungekreft, men kunnskapen om hvilke symptomer de har i denne perioden er begrenset. I en tidligere studie som undersøkte hvordan alder påvirket symptombildet før lungekreftkirurgi, fant den samme forskningsgruppen at pasientene i gjennomsnitt hadde ti symptomer før operasjonen, uavhengig av alder.

Hensikten med denne studien var å måle endringer i forekomst av symptomer og deres alvorlighetsgrad fra den preoperative perioden til én måned etter lungekreftkirurgi. Forskerne ønsket også å evaluere sammenhenger mellom demografiske og kliniske karakteristika før og etter operasjonen.

Dette er en delstudie fra en større

deskriptiv og longitudinell studie av symptomer hos pasienter med lungekreft som blir operert. Pasienter (n = 228) fylte inn spørreskjema preoperativt og en måned postoperativt (før oppstart av kjemoterapi). 91 prosent av pasientene ble rekruttert på sykehus en til tre dager før operasjonen og 9 prosent på poliklinikk før kirurgi. Etter å ha gitt informert samtykke, fylte pasientene ut spørreskjema om demografiske og kliniske kjennetegn og symptomer.

Det totale antall symptomer økte vesentlig fra preoperative fase (gjennomsnitt 9,4) til den postoperative (gjennomsnitt 13,1) fase. Av de elleve symptomene som forekom hos 50 prosent eller flere av pasientene en måned etter operasjonen, hadde åtte symptomer økt betydelig i både forekomst og alvorlighetsgrad. Fire symptomer ble opplevd av mer enn 80 prosent av pasientene etter operasjonen: kortpustethet, mangel på energi, smerter og døsighet.

Disse funnene kan brukes til å

informere pasienter bedre om hvordan de vil oppleve det postoperative forløpet etter lungekreftkirurgi. Forskerne påpeker at helsepersonell må bli bedre til å utrede om pasientene plages av disse symptomene for å kunne hjelpe dem med behandlende eller lindrende intervensjoner.

REFERANSE

Oksholm, T, Miaskowski, C, Solberg S, Lie I, Cooper B, Paul SM, Kongerur JS & Rustøen T. (2014) Changes in Symptom Occurrence and Severity Before and After Lung Cancer Surgery. *Cancer Nursing*. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000198

Forskerne viser her hvordan kartlegging før og etter kirurgi kan avdekke hvilke endringer som har skjedd med pasientene. Dette er kunnskap som både sykepleiere og leger kan bruke for å bedre både behandling og informasjon til pasientene om det postoperative forløpet.

KOMMENTAR



kirurgiske. Her var det avdelinger for onkologi, lungesykdommer og generell medisin som hadde høyest risiko. Pasienter som ble skrevet ut til sykehjem hadde også høyere ernæringsmessig risikoprofil enn de som ble skrevet ut til eget hjem. Et mer overraskende funn var at pasientene med høy risiko ikke var undervektige, men de hadde fire til sju ulike diagnoser og var mellom 60–80 år.

Studien påpeker at Norge ikke har tradisjon for å la dietetikere følge opp pasienter med høy ernæringsmessig

risiko. Da blir det enda viktigere at informasjon om ernæringsstatus og hvilke tiltak som er iverksatt på sykehuset kommer inn i epikrisene til pasientene. Denne informasjonen må komme frem til pårørende, fastlegen, hjemmetjenester og sykehjem.

REFERANSE

Tangvik RJ, Tell GS, Guttormsen AB, Eisman JA, Henriksen A, Nilsen RM & Ranhoff AH. Nutritional risk profile in a university hospital population. *Clinical Nutrition* (2014)1–7 doi.org/10.1016/j.clnu.2014.08.001

Denne studien er et godt eksempel på hvordan sykepleiere bidrar til å finne frem til risikogrupper blant innlagte pasienter ved å anvende forskningsbaserte instrumenter. Ansatte ved norske sykehus er mindre flinke til å bruke dietetikere aktivt ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten i forhold til andre europeiske land. Da får sykepleierne som kjenner pasientene en sentral rolle når de skal skrive utskrivningsrapport om pasienter med ernæringsmessig risiko.

KOMMENTAR





BØR BARN MED DIABETES SCREENES FOR CØLIAKI?



Illustrasjon/foto:
Erik M. Sundt





SAMMENDRAG

Bakgrunn: Forekomsten av cøliaki blant barn med type 1 diabetes er vist å være mellom 1 og 10 prosent. Om lag 60–70 prosent har ingen eller svært milde symptomer på cøliaki. For disse barna kan det å følge en glutenfri diett, i tillegg til de kosttilpasninger diabetesen krever, være utfordrende.

Hensikt: Å presentere en gjennomgang av nasjonale og internasjonale retningslinjer knyttet til diabetes og cøliaki for barn for å belyse 1) om alle barn med type 1 diabetes bør screenes regelmessig for cøliaki og 2) om glutenfritt kosthold entydig

anbefales til barn med type 1 diabetes og symptomløs cøliaki.

Metode: Retningslinjene ble identifisert gjennom søk i norske retningslinjer på helsebiblioteket.no, gjennom søk i Guidelines International Network (GIN) og BMJ Best Practice. Retningslinjenes kvalitet og relevans ble vurdert. Fire diabetesespesifikke retningslinjer og tre retningslinjer for cøliaki ble inkludert.

Resultater: De ulike retningslinjene gir ulike anbefalinger om screening for cøliaki hos barn

med diabetes. De fleste retningslinjer anbefaler glutenfritt kosthold til alle som har fått påvist cøliaki, uavhengig av symptomer. Det framkommer en usikkerhet knyttet til langtidseffekten av glutenfritt kosthold til de som har symptomløs cøliaki.

Konklusjon: Det er behov for mer forskning knyttet til langtidseffekten av glutenfri diett til barn med diabetes og symptomløs cøliaki. Det er også behov for en debatt knyttet til hyppigheten av screening for cøliaki hos barn med type 1 diabetes.

ENGLISH SUMMARY

Various recommendations: Screening for celiac disease on children with type 1 diabetes

Background: The prevalence of coeliac disease in children with type 1 diabetes (T1D) is between 1% and 10%. About 60% – 70% of these children have no, or mild, symptoms of coeliac disease. Thus, maintaining a strict gluten-free diet (GFD) in addition to a diabetic diet might be very challenging.

Objective: To present a review of national and international guidelines related to diabetes and coeliac disease in children to examine 1) whether all children with T1D should be screened regularly for coeliac

disease, and 2) if a GFD is clearly recommended for children with T1D and asymptomatic coeliac disease.

Methods: The guidelines were identified through searches in the Norwegian guidelines at Helsebiblioteket.no, at Guidelines International Network (GIN), and at BMJ Best Practice. The guidelines were evaluated with respect to both their quality and relevance. Consequently, four diabetes-specific guidelines and three guidelines for coeliac disease were included.

Results: The guidelines provide different recommendations as to whether or not children with T1D should be screened regularly for

coeliac disease. Most guidelines recommend GFD for everyone who has been diagnosed with coeliac disease, regardless of their symptoms. There is, however, an uncertainty associated with the long-term effect of a GFD for those with asymptomatic coeliac disease.

Conclusion: More research relating to the long-term effect of a GFD for children with diabetes and asymptomatic coeliac disease needs to be conducted. In addition, a debate related to the frequency of screening for coeliac disease in children with T1D is needed.

Keywords: Literature review, children, diabetes

ULIKE ANBEFALINGER:

>> Screening for cøliaki hos barn med type 1 diabetes

Forfattere: **Bente Naalsund**
og **Anne Haugstvedt**

NØKKELORD

- Litteraturstudie
- Barn
- Diabetes

INTRODUKSJON

Det er høyere forekomst av cøliaki blant barn med type 1 diabetes sammenliknet med barn uten diabetes (1). Anbefalt behandling til alle som har fått diagnosen cøliaki er livslang glutenfri diett (GFD); en diett uten hvete, rug og bygg (2). For personer med type 1 diabetes kommer denne dietten i tillegg til de kosttilpasninger diabetessykdommen krever. For barn og unge kan dette oppleves svært krevende.

Prevalensen av cøliaki hos personer med type 1 diabetes varierer, avhengig av hvilke screeningmetoder som er benyttet i de ulike studier og om det er voksne eller barn som er inkludert i studiene (3–8). Ifølge International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) er forekomsten av cøliaki blant barn med type 1 diabetes mellom 1 og 10 prosent (1). Forekomsten er økende (5,9). Om lag 60–70 prosent av barn med diabetes som får stilt diagnosen cøliaki har milde eller ingen symptomer på cøliaki (10).

Klassiske symptomer på cøliaki er malabsorpsjon, underernæring, mistrivsel, diaré, obstipasjon, anorexia, oppkast, oppblåst mage og

smertes. Atypiske symptomer på cøliaki er kortvoksthet, forsinket pubertet, tretthet, vitaminmangel og jernmangelanemi (11). Symptomer på cøliaki reduseres oftest raskt når et glutenfritt kosthold innføres. Risikoen for langtidskomplikasjoner som osteopeni/osteoporose, ondartete kreftsykdommer og dødelighet reduseres også (12–15). Hos barn med diabetes viser forskning imidlertid ingen entydig sammenheng mellom glutenfri kost og bedre vekst og glykemisk kontroll.

Vi har sett nærmere på fire studier som omhandler sammenhengen mellom glutenfri kost og bedre vekst og glykemisk kontroll hos barn med type 1 diabetes og cøliaki. Tre av studiene har vist lavere høyde og vekt hos barn med diabetes som får diagnostisert cøliaki sammenliknet med barn med bare diabetes (5,9,17). I disse studiene har man også sett at en glutenfri diett har medført betydelig aldersjustert vektøkning i løpet av de første par årene med glutenfri kost. En kohortstudie av Abid et al. (18) har imidlertid vist andre resultater. I denne studien gjennomgikk 468 barn med diabetes screening for cøliaki. Totalt 23 (5 prosent) av barna i studien fikk påvist cøliaki og startet behandling med glutenfri diett. Etter ett år ble det ikke funnet betydelige aldersjusterte forandringer i høyde, vekst og BMI. Ingen av studiene vi har vurdert har vist signifikant forbedret glykemisk kontroll etter oppstart

med glutenfri diett hos barn med type 1 diabetes og påvist cøliaki (5,9,17,18). Den manglende sammenhengen mellom glutenfri diett og glykemisk kontroll hos barn med type 1 diabetes og cøliaki påpekes også i internasjonale retningslinjer (1,10,16,19–22).

Hos barn med type 1 diabetes og symptomatisk cøliaki vil en glutenfri diett redusere symptomene på cøliaki slik den gjør hos barn med cøliaki uten diabetes (16). For de barna med type 1 diabetes som får påvist cøliaki gjennom screening i forbindelse med diabetes årskontroller og som har få eller ingen symptomer på cøliaki, vil det være utfordrende å skulle følge en glutenfri diett i tillegg til de kosttilpasninger diabetes krever. Studier har vist at mange barn med symptomløs cøliaki ikke følger en glutenfri diett. I en studie av Valerio et al. (4) fant man at bare 59 prosent av barna med type 1 diabetes og

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at internasjonale retningslinjer gir ulike anbefalinger for screening for cøliaki hos barn og unge med type 1 diabetes.

Mer om forfatterne:

Bente Naalsund er diabetessykepleier og student ved masterstudiet i klinisk sykepleie, Høgskolen i Bergen og ansatt ved Barnesengetposten, Kristiansund sykehus. Anne Haugstvedt er førsteamanuensis ved Høgskolen i Bergen. Kontakt: bentel@naalsund.org.

cøliaki fulgte en streng glutenfri diett, mens 78 prosent av barna med bare cøliaki fulgte dietten. En av årsakene kan nettopp være manglende symptomer. De føler seg friske og lurer på om det virkelig er nødvendig å spise glutenfritt. På bakgrunn av dette vil vi i denne artikkelen se nærmere på

identifiserte retningslinjene var presentert og om kunnskapsgrunnlaget for retningslinjenes ulike anbefalinger var gradert. Når det gjaldt metoden for utviklingen av den enkelte retningslinje vurderte vi spesielt om hensikt og målgruppe var klar, om ulike og relevante aktører (ulike profesjons-

Canadian Diabetes Association (CDA) (10), fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (både en diabetes retningslinje og en cøliaki retningslinje) (19,22), fra American Diabetes Association (ADA) (16) og fra North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) (20). De canadiske diabetesretningslinjene regnes å være blant de kvalitetsmessig beste diabetesretningslinjer i verden. Både de canadiske retningslinjer og retningslinjene fra NICE beskriver at deres retningslinjer er bygd opp og utviklet i henhold til AGREE II-instrumentet og de graderer sine anbefalinger med utgangspunkt i eksisterende kunnskapsgrunnlag. Også retningslinjen fra NASPGHAN beskriver metoden for utviklingen av sin retningslinje. De beskriver å ha benyttet Guyatt og Sackett's kriterier for vurdering og gradering av anbefalingenes kunnskapsgrunnlag (24). ADA sine retningslinjer er mye benyttet og referert i det norske diabetesfaglige miljøet. Disse «Standards of medical care in Diabetes» beskriver imidlertid ikke like godt metoden for utviklingen av anbefalingene som gis, men de beskriver å ha inkludert relevante aktører i utviklingen av retningslinjene og de beskriver sitt eget graderingssystem av anbefalingenes kunnskapsgrunnlag som de har utviklet på basis av anerkjente graderingsmetoder.

Oppsummert, er således fire diabetesspesifikke retningslinjer og tre retningslinjer for cøliaki inkludert i denne litteraturgjennomgangen. Retningslinjene er presentert i tabell 1. Alle bygger på kvalitetsvurdert kunnskap fra forskning og de er i bruk i Norge eller land vi naturlig kan sammenlikne oss med.

” Barn med type 1 diabetes tilhører en risikogruppe for å utvikle cøliaki.

hva nasjonale og internasjonale retningslinjer sier om kombinasjonen type 1 diabetes og cøliaki hos barn, og da spesielt fenomenet symptomløs cøliaki hos barn med type 1 diabetes. Følgende to spørsmål vil bli belyst:

- Bør alle barn med type 1 diabetes screenes regelmessig for cøliaki, og hvor ofte bør dette gjøres?
- Er et glutenfritt kosthold anbefalt behandling til alle barn med type 1 diabetes som får påvist cøliaki ved screening, men som ikke har symptomer på cøliaki?

METODE

For å belyse våre to spørsmål har vi gransket kunnskapsbaserte retningslinjer for diabetes og cøliaki hos barn. Retningslinjer ble innledningsvis identifisert gjennom 1) søk i norske retningslinjer for barn og unge på Helsebiblioteket.no, 2) søk i Guidelines International Network (GIN) og 3) søk på retningslinjer i BMJ Best Practice. Vi gikk også gjennom referanselistene i de identifiserte retningslinjene. Videre ble retningslinjene vurdert med hensyn til kvalitet og relevans for norske forhold. Retningslinjenes kvalitet ble vurdert ved hjelp av instrumentet «Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II» (AGREE II) (23). Spesielt vektla vi om og hvordan metoden for utviklingen av de

grupper og også brukergrupper) var inkludert i utviklingsprosessen og om metodene for å finne og vurdere kunnskapsgrunnlaget for retningslinjens anbefalinger var presentert.

Av norske retningslinjer ble «Generell veileder i Pediatri (2006)» identifisert. Diabetes og cøliaki er blant temaene i denne veilederen, men veilederen henviser til International Society of Pediatric Diabetes (ISPAD) (1) og European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) sine retningslinjer (21). Det er disse retningslinjene som per i dag danner grunnlaget for norsk praksis og som derfor inkluderes i denne studien. Begge retningslinjene graderer kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene som gis. ESPGHAN har en klar presentasjon av metoden som er benyttet for utviklingen av retningslinjen. ISPAD er ikke eksplisitt med hensyn til metoden som er benyttet i utviklingen av retningslinjene, men hevder at anbefalingene som gis i stor grad hviler på systematisk innhentet kunnskap fra blant annet National Institute for Health and Care Excellence (NICE) og Canadian Diabetes Association (CDA).

Relevante internasjonale retningslinjer som ble identifisert, kvalitetsvurdert og valgt var fra

TABELL 1: Retningslinjers anbefalinger for screening og behandling av cøliaki hos barn med type 1 diabetes

Organisasjon	Anbefaling om screening	Anbefalt behandling ved symptomatisk cøliaki	Anbefalt behandling ved symptomløs cøliaki
Diabetes-retningslinjer:			
International Society of Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) (1)	Ved nyoppdaget type 1 diabetes, deretter hvert år eller annethvert år Hyppigere testing ved symptomer eller ved cøliaki hos nær slektning	Glutenfri diett	Anbefaling om glutenfri diett kan være klokt for å redusere risiko for ondartete mage-tarm-sykdommer og malabsorpsjon
Canadian Diabetes Association (CDA) (10)	Vurdering av screening baseres på kliniske symptomer	Glutenfri diett	Foreldre bør informeres om at behandling med glutenfri diett hos barn med diabetes type 1 er kontroversielt
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* -guideline 15: Type 1 diabetes (22)	Kun ved nyoppdaget type 1 diabetes		
American Diabetes Association (ADA) (16)	Ingen fast rutine anbefales. Vurderes hvis pasienten har typiske eller atypiske symptomer	Glutenfri diett	Uklar
Cøliaki-retningslinjer:			
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* -guideline 86: Coeliac disease (19)	Ved symptomer eller ved cøliaki hos nær slektning Tilbys barn med type 1 diabetes		
European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) (21)	Hvert 2.–3. år	Glutenfri diett	Glutenfri diett
North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) (21)	Barn i høyrisikogruppe uten symptomer bør rutinemessig testes ved jevne mellomrom Barn bør testes når som helst hvis de utvikler symptomer på cøliaki	Glutenfri diett	Glutenfri diett anbefales til barn uten symptomer på cøliaki når barnet har en tilleggssykdom som for eksempel type 1 diabetes

*Retningslinjen fra NICE sier ingenting om behandling

RESULTATER

Screening for cøliaki hos barn med type 1 diabetes

Kunnskapsgrunnlaget er godt (gradert som høyeste nivå av evidence i blant annet ESPGHAN's retningslinjer) og det er enighet om at barn med type 1 diabetes tilhører en risikogruppe for å utvikle cøliaki. Det er også enighet om at screening for cøliaki generelt skal starte med en blodprøve med analyse av anti-tTG-IgA og anti-DGP-IgG (1,19–21).

Det er også stor enighet om at gullstandarden for å stille diagnosen cøliaki er tynntarmsbiopsi, selv om det er åpnet opp for at diagnosen kan stilles ved hjelp av utelukkende serologiske tester hos noen barn med symptomgivende cøliaki (21).

Retningslinjene vi har vurdert gir imidlertid ulike anbefalinger når det gjelder screening for cøliaki hos barn med diabetes. CDA (10) anbefaler screening bare hvis barna har symptomer (typiske

eller atypiske) på cøliaki. ADA (16) sier at screening skal vurderes hos barn med nyoppdaget diabetes og at re-screening på et senere tidspunkt også skal vurderes. NICE (22) anbefaler å tilby screening for cøliaki til barn med nyoppdaget type 1 diabetes, men at screening ikke behøver å gjentas. ISPAD (1) anbefaler screening av alle barn med nyoppdaget diabetes, deretter årlig eller hvert andre år. ESPGHAN (21) anbefaler screening av barn med diabetes

hvert 2.–3. år, mens NASPGHAN (20) anbefaler jevnlig screening av alle barn med diabetes, men er noe uklare på hvor ofte screening bør foretas.

Anbefalinger om kost til barn med type 1 diabetes og symptomløs cøliaki

Glutenfri diett anbefales entydig til alle barn med symptomgivende cøliaki. ISPAD, ADA, ESPGHAN og NASPGHAN anbefaler også glutenfri diett til alle barn med type 1 diabetes som har fått påvist en sikker cøliaki, selv om barnet ikke har symptomer på cøliaki (1,16,20,21). ESPGHAN anbefaler imidlertid å fortsette med glutenholdig mat i tillegg til jevnlig oppfølging, dersom barnet ikke har symptomer på

behandling av symptomløs cøliaki som kontroversielt og at foreldre til barn med diabetes bør informeres om dette før screening gjennomføres. NASPGHAN hevder at ubehandlet cøliaki hos barn med diabetes er forbundet med dårlig vekst, osteoporose, anemi og dårlig glykemisk kontroll. Men også de skriver at det er manglende kunnskapsgrunnlag for å si at en glutenfri diett gir bedre glykemisk kontroll hos barna som ikke har symptomer på cøliaki (20). NICE's retningslinjer gir anbefalinger om screening, men ikke om behandling av cøliaki hos personer med type 1 diabetes. De sier imidlertid at det er nødvendig med flere kohortstudier av god kvalitet for å fastslå om overholdelse av glutenfri diett forbedrer diabetesrelaterte

type 1 diabetes i Norge i dag. Både NICE og CDA's anbefalinger avviker imidlertid sterkt fra ISPAD's anbefalinger til tross for at ISPAD nevner NICE og CDA som viktige kilder i utviklingen av anbefalingene de gir. NICE har endret sine anbefalinger om screening fra 2004 til 2009. I retningslinjene fra 2004 ble screening anbefalt til alle barn med nyoppdaget type 1 diabetes, og deretter hvert tredje år. I retningslinjene fra 2009 anbefales screening kun ved nyoppdaget diabetes (22). Det henvises til NICE's retningslinje for cøliaki (19) hvor manglende holdepunkter og manglende faglig enighet gis som begrunnelse for at man ikke anbefaler gjentatt testing for cøliaki hos personer med tilleggssykdommer (inkludert diabetes og autoimmune stoffskiftesykdommer) som tidligere har gjennomgått serologisk testing.

Flere av retningslinjene vi har gjennomgått, sier eksplisitt og/eller viser ved sine graderinger at kunnskapsgrunnlaget for å anbefale glutenfri diett til alle barn med type 1 diabetes uavhengig av symptomer, er svakt. Det kan virke som om usikker kunnskap om langtidskonsekvenser er årsaken til at ISPAD, ESPGHAN og NASPGHAN likevel anbefaler behandling med glutenfri kost til alle barn med diabetes som har fått påvist cøliaki. Diabetesretningslinjene fra Canada CDA (10) håndterer denne usikkerheten annerledes. Det at de kun anbefaler screening av barn med typiske og atypiske symptomer på cøliaki må tolkes som at glutenfri diett ved symptomløs cøliaki ikke er påkrevd. Også ADA og NICE's anbefalinger må tolkes slik. Alle retningslinjene vi har inkludert ligger fritt tilgjengelig på internett. De er tilgjengelig for alle, også for de barna, ungdommene og familiene dette angår.

Glutenfri diett anbefales entydig til alle barn med symptomgivende cøliaki.

cøliaki og heller ikke en entydig konkluderende tynntarmsbiopsi (21). ISPAD framhever at kombinasjonen diabetes og cøliaki ikke nødvendigvis er forbundet med dårlig vekst og dårlig diabeteskontroll, men at det likevel vil være klokt å behandle barn med symptomløs cøliaki for å redusere risikoen for ondartete mage-tarm sykdommer og tilstander forbundet med subklinisk malabsorpsjon (osteoporose og jernmangel) (1). De hevder også at langvarig ubehandlet cøliaki kan være forbundet med økt risiko for retinopati og mikroalbuminuri. De canadiske retningslinjene (CDA) anbefaler, derimot, glutenfri diett bare til pasienter med typiske og atypiske symptomer. De hevder at det ikke finnes grunnlag for å si at ubehandlet symptomløs cøliaki er assosiert med økt helserisiko på kort eller lang sikt (10). På dette grunnlaget framheves screening og

utfall hos voksne og barn med diabetes og cøliaki (19).

DISKUSJON

Denne gjennomgangen av kunnskapsbaserte retningslinjer har vist internasjonal uenighet omkring anbefalingen om screening for cøliaki hos barn med diabetes. Når det gjelder behandling av symptomløs cøliaki hos denne gruppen barn, framkommer også en viss grad av diskrepans mellom anbefalingene som de ulike retningslinjene gir, selv om de fleste anbefaler glutenfritt kosthold til alle som har fått påvist cøliaki, uavhengig av symptomer. Det kan se ut som om manglende kunnskap om langtidseffekten av ubehandlet symptomløs cøliaki er en viktig årsak til retningslinjenes ulike anbefalinger.

I tråd med ISPAD's (1) anbefalinger gjennomføres årlig screening for cøliaki hos barn med

Det å oppdage en slik usikkerhet knyttet til hvordan ens egen tilstand faktisk bør behandles, kan oppleves belastende og medføre utrygghet. Det er derfor viktig at helsepersonell informerer om denne usikkerheten og diskuterer dette med de familiene det gjelder.

De langsiktige komplikasjonene man frykter ved ubehandlet cøliaki er ondartete kreftsykdommer, osteopeni og osteoporose. Ifølge en studie av Valerio et al. (25) var forekomsten av osteopeni høyere hos pasienter med type 1 diabetes og cøliaki med dårlig overholdelse av glutenfri diett, sammenliknet med pasienter som bare hadde type 1 diabetes eller som hadde begge tilstandene, men som fulgte en streng glutenfri diett. En studie av Turner et al. (13) konkluderer med at en forsinket cøliakidiagnose hos barn med cøliaki (både symptomatisk og symptomløs) kan øke risikoen for osteoporose i voksen alder. I en kohortstudie gjort av Corrao et al. (26) ble det sett på dødelighet blant pasienter med cøliaki og deres slektninger. Studien fant ingen økt dødelighet blant pasienter som hadde milde symptomer på cøliaki eller som hadde fått diagnosen ved screening. En studie av Lang-Muritano et al. (27) så på forekomsten av enteropati-assosiert T-celle lymfom (EATCL) blant voksne personer med cøliaki. Studien konkluderer med at det er liten risiko for utvikling av EACTL hos personer med type 1 diabetes og cøliaki. Kunnskapen man har per i dag om forekomsten av langsiktige komplikasjoner hos barn med ubehandlet symptomløs cøliaki og med type 1 diabetes er imidlertid mangelfull. Når vi snakker om symptomløs cøliaki må vi uansett være oppmerksomme på at symptomløs nødvendigvis ikke er symptomløs. Det er rapportert

tilfeller hvor familier i utgangspunktet har hevdet at barnet ikke har symptomer, men hvor man i ettertid (etter oppstart av glutenfri diett) har skjønnet at barnet likevel hadde symptomer. Gjerne da mer atypiske symptomer. Det er svært viktig at atypiske symptomer ikke blir oversett.

Behandling med glutenfri diett krever inngripende og livslange endringer av kostholdet for de aller fleste. De påkrevde endringer kan oppleves ekstra utfordrende for barn og ungdommer som allerede er belastet med mange diabetesrelaterte behandlingsvalg i hverdagen. Å følge en glutenfri diett i tillegg til diabetesbehandling og de kosttilpasninger den krever, kan føre til at de unge føler seg overveldet av behandlingskrav. Dette kan medføre reaksjoner hvor ikke bare tilslutningen til en til glutenfri diett trues, men også den daglige oppfølgingen av diabetesbehandlingen. Dette kan igjen bidra til både akutte- og langtidsdiabeteskomplikasjoner (28). For dem som ikke har symptomer på cøliaki kan det doble behandlingskravet føles ekstra vanskelig. At i tillegg kunnskapsgrunnlaget for å anbefale behandling til denne gruppen pasienter er svakt og anbefalingene varierer, gjør det hele ytterligere utfordrende.

De canadiske anbefalingene (10) er å informere foreldre om de kontroverser som eksisterer når det gjelder regelmessig screening for cøliaki og behandling av symptomløs cøliaki hos barn med type 1 diabetes. I tråd med dette foreslår Taler et al. (8) at beslutningen om å starte med glutenfri diett til pasienter med diabetes og symptomløs cøliaki bør være basert på en diskusjon mellom lege, ernæringsfysiolog, pasient og pårørende. Inntil eventuelt flere holdepunkter for glutenfri

diett foreligger fra større studier med lang oppfølging. På samme måte foreslår også Freemark og Levitsky (29) at man i tilfeller av symptomløs cøliaki, der det ikke er åpenbare komplikasjoner, bør la familien etter samtale med lege ta det endelige valget i forhold til behandling. Videre sier de imidlertid at dersom fremtidige studier av symptomløs og subklinisk cøliaki viser en økt risiko for malignitet, bør selvsagt en glutenrestriksjon anbefales for alle pasienter som får påvist cøliaki ved biopsi. Dette synet støttes av flere (8,30). Å diskutere usikkerheten med familiene er viktig, men man kan stille spørsmål ved om det er etisk riktig å overlate beslutningen om behandling til foreldre når behandlere og forskere er usikre.

OPPSUMMERING

Vi har i denne gjennomgangen vist at internasjonale retningslinjer gir ulike anbefalinger for screening for cøliaki hos barn og unge med type 1 diabetes. Også anbefalingene om glutenfri diett til barn med type 1 diabetes og symptomløs cøliaki, varierer noe. Det kan se ut som om dårlig kunnskapsgrunnlag er årsaken til de noe varierende anbefalingene. De fleste retningslinjer anbefaler imidlertid glutenfri diett til alle barn som har fått påvist en sikker cøliaki, uavhengig av symptomer. For barn og unge med type 1 diabetes vil cøliaki oppleves som en stor tilleggsbelastning. Spesielt kan det være vanskelig å motivere seg for et glutenfritt kosthold dersom man ikke har symptomer på cøliaki. Det er viktig at vi som helsepersonell ikke påfører denne gruppen barn unødvendige belastninger. Det er derfor behov for mer forskning på dette feltet, slik at man i fremtiden kan gi mer entydige og sikre anbefalinger om beho-

vet for screening og behovet for glutenfri diett til barn med symptomløs/-fattig cøliaki. Enn så lenge oppfordrer vi det norske fagmiljøet til en grundig og åpen diskusjon rundt temaet slik at helsepersonell og familier som berøres sammen kan ta velinformerte valg.

REFERANSER

1. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) (2014). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines. Tilgjengelig fra: <http://www.ispad.org/content/ispad-clinical-practice-consensus-guidelines-2014> (Nedlastet 29.08.14).
2. Norsk Cøliakiforening Retningslinjer for diagnose, behandling og oppfølging (2009). Tilgjengelig fra: <http://www.ncf.no/Cøliaki/Retningslinjer-for-diagnose/default.aspx>. (Nedlastet 29.08.14).
3. Collin, P, Kaukinen K, Valimäki, M, Salmi M. Endocrinological disorders and celiac disease. *Endocr Rev*. 2002;23:464-83.
4. Valerio G, Maiuri L, Troncone R, Buono P, Lombardi F, Palmieri R, Franzese A. Severe Clinical onset of diabetes and increased prevalence of other autoimmune diseases in children with coeliac disease diagnosed before diabetes onset. *Diabetologia*. 2002;45:1719-22.
5. Hansen D, Brock-Jacobsen B, Lund E, Bjørn C, Hansen LP, Nielsen C, Fenger C, Lillevang ST, Husby S. Clinical Benefit of a Gluten-Free Diet in Type 1 Diabetic Children With Screening-Detected Celiac Disease. *Diabetes Care*. 2006;24:52-6.
6. Kakleas K, Karayianni C, Critselis E, Paphanasiou A, Petrou V, Fotinou A, Karavanaki K. The Prevalence and risk factors for coeliac disease among children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2010;90:202-8.
7. Pham-Short A, Donaghy K.C, Ambler G, Chan A.K, Craig M.E. Coeliac disease in Type 1 diabetes from 1990-2009: higher incidence in young children after long diabetes duration. *Diabet Med*. 2012;29:286-9.
8. Taler I, Phillip M, Lebenthal Y, de Vries L, Shamir R, Shalitin S. Growth and metabolic control in patients with type 1 diabetes and celiac disease: a longitudinal observational case-control study. *Pediatric Diabetes*. 2012;13:597-606.
9. Frølich-Reiterer EE, Kaspers S, Hofer S, Schober E, Kordonouri O, Pozza SB, Holl RW. Anthropometry, Metabolic Control, and Follow-Up in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus and Biopsy-Proven Celiac Disease. *J Pediatr*. 2011;158:589-93.
10. Canadian Diabetes Association (2013). Clinical Practice Guidelines – chapter 34: Type 1 Diabetes in Children and Adolescents. Tilgjengelig fra: <http://guidelines.diabetes.ca/Browse/Chapter34.aspx>. (Nedlastet 29.08.14).
11. Sud S, Marcon M, Assor E, Palmert MR, Daneman D, Mahmud FH. Celiac Disease and Pediatric Type 1 Diabetes: Diagnostic and Treatment Dilemmas. *Int J Pediatr Endocrinol*. 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2905696/>. (Nedlastet 29.08.14).
12. Artz, E, Warren-Ulanch, J, Becker, D, Greenspan, S, Freemark M. Seropositivity to celiac antigens in asymptomatic children with type 1 diabetes mellitus: association with weight, height and bone mineralization. *Pediatric Diabetes*. 2008;9:277-84.
13. Turner J, Pellerin G, Mager D. Prevalence of Metabolic Bone Disease in Children With Celiac Disease Is Independent of Symptoms at Diagnosis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009;49:589-93.
14. Rubio-Tapia A, Kyle RA, Kaplan EL, Johnson DR, Page W, Erdtmann F, Brantner TL, Kim WR, Phelps TK, Lahr BD, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd, Murray JA. Increased Prevalence and Mortality in Undiagnosed Celiac Disease. *Gastroenterology*. 2009;137:88-93.
15. Ludvigsson J, Montgomery S, Ekblom A, Brandt L, Granath F. Small-Intestinal Histopathology and Mortality Risk in Celiac Disease. *JAMA*. 2009;302:1171-78.
16. American Diabetes Association (2013). Clinical Practice Recommendations 2013. *Diabetes Care*. 2013;36:32-3.
17. Saadah O, Zacharin M, O'Callaghan A, Oliver M, Catto-Smith A. Effect of gluten-free diet and adherence on growth and diabetic control in diabetics with coeliac disease. *Arc Dis Child*. 2004;89:871-6.
18. Abid N, McGlone O, Cardwell C, McCallion W, Carson D. Clinical and metabolic effect of gluten free diet in children with type 1 diabetes and coeliac disease. *Pediatric Diabetes*. 2011;12:322-5.
19. National Institute for Health and Care Excellence (2009). NICE Clinical guideline 86 Coeliac disease. Tilgjengelig fra: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg86/resources/guidance-coeliac-disease-pdf>. (Nedlastet 29.08.14).
20. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Celiac Disease in Children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2005;40:1-19.
21. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, Mearin ML, Phillips A, Shamir R, Troncone R, Giersiepen K, Branski D, Catassi C, Lelegman M, Mäki M, Ribes-Koninckx C, Ventura A, Zimmer KP. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. *JPGN*. 2012;54:136-60.
22. National Institute for Health and Care Excellence (2004). NICE Clinical guideline 15 Type 1 diabetes: Diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young adults. Tilgjengelig fra: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg15/resources/guidance-type-1-diabetes-pdf>. <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG15/chapter/changes-since-publication>. (Nedlastet 29.08.14).
23. Appraisal of Guidelines For Research & Evaluation II (2009) [AGREE II instrument]. Tilgjengelig fra: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf. (Nedlastet 06.10.14).
24. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' guides to the medical literature. IX. A method for grading health care recommendations. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1995;274:1800-4
25. Valerio G, Spadaro R, Iafusco D, Lombardi F, Del Puente A, Esposito A, De Terlizzi F, Prisco F, Troncone R, Franzese A. The influence of gluten free diet on quantitative ultrasound of proximal phalanges in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus and celiac disease. *Bone*. 2008;43:322-6.
26. Corrao G, Corazza GR, Bagnardi V, Brusco G, Ciacci C, Cottone M, Sategna Guidetti C, Usai P, Cesari P, Pelli MA, Loperfido S, Volta U, Calabró A, Certo M. Mortality in patients with coeliac disease and their relatives: a cohort study. *The Lancet*. 2001;358:356-61.
27. Lang-Muritano M, Molinari L, Dommann-Scherrer C, Schueler G, Schoenle EJ. Incidence of enteropathy-associated T-cell lymphoma in celiac disease: implications for children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*. 2002;3:42-5.
28. Camarca M E, Mozillo E, Nugnes R, Zito E, Falco M, Fattorusso V, Mobila S, Buono P, Valerio G, Troncone R, Franzese A. Celiac disease in type 1 diabetes mellitus. *Ital J Pediatr*. 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.ijponline.net/content/38/1/10>. (Nedlastet 07.10.14).
29. Freemark M, Levitsky L. Screening for Celiac Disease in Children With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*. 2003;19:32-9.
30. Sun S, Puttha R, Ghezaiel S, Skae M, Cooper C, Amin R. The effect of biopsy-positive silent coeliac disease and treatment with gluten-free diet on growth and glycaemic control in children with type 1 diabetes. *Diabet Med*. 2009;26:1250-4.

Belastninger må følges opp

› Artikkelen gir et nyansert syn på behandling av barn med diabetes 1 og cøliaki.



Anne Karin Måløy
Diabetesesykepleier, OUS

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Forfatterne av denne artikkelen belyser utfordringer knyttet til kombinasjonen type 1 diabetes og cøliaki hos barn når det gjelder behandling og screening. Diabetesykepleiere, og andre som jobber med pasienter med diabetes vil ha nytte av denne gjennomgangen i sitt daglig arbeid i samtaler med pasienter med denne dobbeltdiagnosen.

Det dokumenteres at forekomsten av cøliaki blant barn med type 1 diabetes er vist å være mellom 1 til 10 prosent, og at 60–70 prosent av barna har få eller ingen symptomer på sin cøliaki. Problemstillingen er relevant for mange pasienter, og for oss som jobber med barn og ungdom med diabetes. Jeg har gjennom egen praksis møtt flere pasienter med denne dobbeltdiagnosen.

I seg selv er diabetes en krevende sykdom å behandle for den enkelte pasient og familie

fordi den krever stor daglig egeninnsats. Det å få cøliaki i tillegg øker behandlingsbelastningen, og for noen er det krevende å følge opp omleggingen til glutenfri kost.

Det kommer fram at det er mer krevende for en med diabetes og cøliaki, med få eller ingen symptomer, å følge kostanbefalingene sammenliknet med en som «bare» har cøliaki. Dette bør være en tankevekker for oss og føre til at vi snakker om disse tingene med pasientene. Alt som er en belastning for pasienten bør følges opp.

Dette er en fin gjennomgang av anbefalt behandling av cøliaki, og konsekvenser knyttet til det å ikke følge anbefalingen. Undersøkelsen gir oss sykepleiere et bedre grunnlag for å svare og veilede pasienter som sliter med usikkerhet knyttet til hvor viktig det er å spise glutenfri kost og

hvordan det kan påvirke kroppen.

Vi møter pasienter som har forventninger om bedret blodsukkerregulering når de starter med glutenfri kost. I praksis ser vi at dette ikke alltid stemmer og denne artikkelen viser til flere studier som bekrefter dette. Dette er nyttig kunnskap å dele med foreldre og barn som opplever at det er vanskelig å få til en god blodsukkerregulering.

Diskusjoner rundt retningslinjer i forhold til screening kommer opp både i samtaler med pasienter og i fagmiljøet. I denne artikkelen kommer det fram ulike anbefalinger som det er nyttig å være klar over i diskusjoner for å få fram et nyansert syn på saken.

Les artikkelen på side 314





Arkivfoto: Marit Form

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Sykepleierne ved en lukket psykiatrisk sengepost stilte spørsmål ved hvordan de skulle ivareta sitt ansvar for å undervise om legemidler til pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Hensikt : Hensikten var å beskrive sykepleiernes erfaringer om eget undervisningsansvar ved legemiddelbasert behandling og hvilke utfordringer de opplever i denne rollen.

Metode: Studien har et kvalitativt

hermeneutisk design med datainnsamling fra to fokusgruppeintervjuer med henholdsvis fem og sju sykepleiere.

Resultater: Studien avdekket en tilfeldig praksis. Sykepleierne opplevde uklar rollefordeling mellom sykepleiere og leger og var engstelige for å trække i «legens bed». Undervisningen var mer initiert av pasienten enn at sykepleierne hadde det på sin agenda. Det kom fram at sykepleierne var utrygge på sin kunnskap om lege-

midlene, på undervisningsmetoder, samt hadde behov for økte kommunikasjonsferdigheter.

Konklusjon: Man må ha større oppmerksomhet på formalisering av tverrprofesjonelle arbeidsprosesser hvor pasienten er aktivt medvirkende. Og man må utvikle kompetanseprogrammer hvor brukererfaring integreres. Sykepleierens pedagogikk- og kommunikasjonsferdigheter, samt kunnskaper om legemidlene må styrkes.

ENGLISH SUMMARY

Nurses' challenges in teaching drug treatment in a psychiatric ward

Background: Nurses at a closed psychiatric ward were questioned about how they fulfilled their responsibilities regarding educating patients with severe mental illnesses about medical drugs.

Objective: The objective was to describe the nurses' experiences with their teaching responsibilities, regarding treatment with medical drugs, and the challenges they had experienced in this role.

Methods: The study had a qualitative hermeneutical design and the data were collected through two focus-group interviews, with five and seven nurses, respectively.

Results: The study revealed a random practice. The nurses experienced that the boundaries between nurses' and doctors' roles was unclear, and were afraid to "step on the doctors' turf". The teaching was more often initiated by the patient, than it was the nurses' own agenda. Insecurity in nurses' own competence regarding medical drugs, teaching methods and

communication skills emerged as a challenge.

Conclusion: There is a need for greater attention towards formalisation of inter-professional working processes, with patients actively contributing. Training programmes, where patients' own experiences are integrated, should be developed. The nurses' educational and communication skills, as well as knowledge of drugs, must be improved.

Keywords: Nursing role, psychiatric illnesses, drugs, teaching, focus groups

» Sykepleieres utfordringer med å undervise om legemiddelbehandling i psykiatrisk avdeling

Forfattere: Aina Ryttersveen Johansen, Hans Martin Nussle, Kjersti Sundbye og Margrete Hestetun

NØKKELOD

- Sykepleierolle
- Sykehus
- Psykisk lidelse
- Legemidler
- Undervisning
- Fokusgrupper

INTRODUKSJON

En vesentlig del av behandlingen til personer med alvorlige psykiske lidelser er legemiddelbasert (1–7). Medvirkning og styrking av folks egne krefter er et viktig behandlingsperspektiv i dagens psykisk helsevern (8–11). Systematisk opplæring og formidling av kunnskap til pasienter er derfor anbefalt i flere nasjonale faglige retningslinjer (4,5,12). Styrking av pasientens medvirkning innebærer endring fra «forordning» hvor pasienten forutsettes å adlyde, til vektlegging av samarbeid hvor man kommer til en felles forståelse med pasienten om den legemiddelbaserte behandlingen (6,13,14). Lorem et al.'s studie er basert på intervju av pasienter med erfaring med antipsykotisk medikasjon. Denne viser blant annet til at pasienten

ofte ikke er i stand til å samtykke eller uttrykke sine preferanser på det tidspunkt bestemmelser om behandlingen blir tatt. Studien viser behov for større vekt på informasjon og dialog med pasienten om hensikten og innholdet i legemiddelbehandlingen. Oppfølging gjennom hele behandlings- og bedringsprosessen kan gi økt gjensidig forståelse, motvirke pasientens negative erfaringer, og øke pasientens deltakelse i egen behandling (15).

Flere internasjonale studier bekrefter at sykepleierne har en betydelig rolle ved gjennomføring av legemiddelbasert behandling til personer med alvorlige psykiske lidelser. Samtidig vises det til at sykepleierne har behov for mer kunnskaper om farmakologi, legemiddelets virkning og bivirkning for å kunne ivareta undervisningsrollen (6,16–18). Kempainen m.fl. (2003) hevder i sin studie at mer kunnskap på dette området vil føre til mer omfattende pasientopplæring (18).

Mangel på kunnskap om undervisning og læring, og at sykepleierne snakker lite om sin undervisningsfunksjon, kan være momenter som begrenser pasientundervisningen (19). Videre

er oppøvelse av ferdigheter og evne til kunnskapsformidling sentralt i undervisningsrollen (20). Undervisningen må tilpasses pasientens individuelle behov og sykepleierne må benytte intervensjoner som passer til konteksten, pasientens livssituasjon og hverdagsliv utenfor sykehuset (16,21). Det innebærer at sykepleierne må kunne ta i bruk ulike undervisningsstrategier (6,14,16,19,20,22). Granum og Halse (2010) har ikke et spesi-

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at sykepleiere er utrygge på egen kompetanse om legemidler og derfor vegrer seg for å ta større ansvar for undervisning om legemiddelbehandling.

Mer om forfatterne:

Aina Ryttersveen Johansen er psykiatrisk sykepleier med master i klinisk helsearbeid og rådgiver. Hans Martin Nussle er psykiatrisk sykepleier og avdelingssykepleier. Kjersti Sundbye er klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie og avdelingssykepleier. Alle tre er ansatte ved psykiatrisk avdeling, Lovisenberg Diakonale sykehus. Margrete Hestetun er kandidat i sykepleievitenskap, førstelektor og studieleder ved Lovisenberg diakonale høyskole. Kontakt: airj@lds.no.

elt perspektiv på pasienter med psykiske lidelser, men hevder generelt at det er rimelig å anta at dess bedre kunnskap sykepleieren har om pasientundervisning, desto større er muligheten for pasientundervisning.

I litteraturgjennomgang finner vi studier som enten ser på psykiatrisk sykepleiers rolle, generell undervisningsrolle, administrering av legemidler generelt eller forskning knyttet til oppfølging av legemiddelbehandling. Innenfor det siste

kes bevisst for å produsere data som det ellers ville vært vanskelig å frambringe (25).

Studien ble initiert fra ledelsen ved posten og deltakerne ble rekruttert ved hjelp av muntlig og skriftlig informasjon. Alle sykepleierne ble invitert til å delta i studien. Tolv sykepleiere (90 prosent) samtykket skriftlig til å delta. Deltakerne hadde vært ansatt mellom ett og 14 år, og halvparten hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Det ble gjennomført to

var preget av iver, åpenhet og kritisk refleksjon i intervjuene. Sykepleierne var enstemmige om at de hadde et undervisningsansvar ved gjennomføring av den legemiddelbaserte behandlingen. Innholdet i ansvaret var imidlertid ikke en tydelig og integrert del av deres daglige funksjon. De beskrev en kompleks kontekst med mange utfordrende faktorer. Følgende hovedområder framkom:

Vilkårlig praksis

Alle deltakerne var enige om at avdelingen ikke hadde noen form for standardisert og ensartet praksis når det gjaldt å ivareta undervisning til pasientene om den legemiddelbaserte behandlingen. Dette gjaldt både for sykepleiere og leger. Noen deltakere ga uttrykk for at de tok opp temaer relatert til legemiddelbehandling i daglig samtale med pasienten. Andre mente det nesten var fraværende, beskrevet som «når pasienten spør om noe» eller «når anledningen byr seg». Deltakerne beskrev en vilkårlig praksis.

Flere sykepleiere viste til erfaringer fra andre sammenhenger der undervisning var en naturlig del av behandlingen for å styrke pasientens medvirkning i egen behandling. «Når jeg jobbet i somatisk avdeling var undervisning en selvfølgelighet ... Jeg har astma og har fått fantastisk oppfølging med astmaskole en gang i måneden i et halvt år. Dette føler jeg ikke at våre pasienter får ... og de har kanskje enda mer behov for det.»

Sykepleierne beskrev erfaringer med spontane situasjoner som kunne gi mulighet for undervisning, men hvor ramme faktorer som tid og egnet sted ble opplevd som hindringer. Videre ble mangfoldet i

” Deltakerne beskrev en vilkårlig praksis.

temaet er det også pasientundersøkelser. Vi finner ikke studier i en sammenliknbar kontekst, som omhandler sykepleierens erfaringer om eget undervisningsansvar og rolle ved gjennomføring av legemiddelbasert behandling til pasienter med psykiske lidelser.

METODE

Studien ble initiert som et utviklingsprosjekt og foretatt i en norsk storby på en lukket døgnpost med 15 plasser. Pasientgruppen har alvorlig psyko-seproblematikk, og mange har rusdiagnoser i tillegg. Flere av pasientene er innlagt etter lov om tvungen psykisk helsevern.

Studien har et kvalitativt hermeneutisk design hvor data samles inn gjennom fokusgruppeintervju. Metoden er godt egnet til å få deltakerne til å beskrive opplevelser, tanker og vurderinger knyttet til studiets tematikk (23–25). Dermed får man fram personlige erfaringer, ikke generelle vurderinger. Informasjonen framkommer i en dynamisk interaksjonsprosess hvor gruppeinteraksjonen bru-

fokusgruppeintervjuer med henholdsvis sju og fem sykepleiere. Intervjuene ble foretatt av to høyskolelektorer der én intervjuet og den andre tok skriftlige notater. Materialet ble analysert i flere trinn ved at man dannet seg et helhetsinntrykk ved identifisering og kategorisering av sentrale temaer, og abstrahering av innholdet. Videre ble dette tolket og sammenfattet slik det framkommer i resultatpresentasjonen. Dette samsvarer med anbefalinger av Kvale, Lerdal og Karlsson, og Malterud (23–25). Svakheten ved å bruke notater er at man kan miste nyanser i datamaterialet. Dette ble forsøkt minimalisert ved at det i tillegg til notater under intervjuene, ble skrevet en oppsummering umiddelbart etter gjennomført intervju. Videre ble datamaterialet lagt fram for deltakerne der det var mulighet for utdyping og korrigerings, noe som også ble ansett som en viktig nyansering og verifisering av resultatene (23,25).

RESULTATER

Beskrivelsene av egen praksis

pasientgruppen oppfattet som en stor utfordring for å legge til rette for en mer systematisk og planlagt undervisning. Deltakerne utdypet dette med at pasientgruppen har ulike verbale ferdigheter og nedsatt evne til å oppfatte og huske informasjon. Videre beskrev deltakerne erfaringer med at pasientene har svært ulik sykdomsinnsikt og behandlingsmotivasjon, varierende diagnose, alder for gjennombrudd, sykdomsfase og sykdomstegn. Dette var individuelle variabler som de erfarte kunne utfordre pasientens evne til å motta undervisning og veiledning. «Man må ikke underverdere den kunnskapen og årelange erfaringen mange har på dette området. Viktig at vi er ydmyke for dette.» Deltakerne beskrev også pasientenes tidligere erfaringer med legemidlers virkning og bivirkninger, samt eventuell tvangsbehandling, noe som kunne påvirke pasientens mottakelighet for undervisning.

Uklar rollefordeling

Deltakerne uttrykte ansvars- og oppgavefordelingen mellom sykepleiere og leger som utydelig og uavklart. Det ble hevdet at ansvar for behandling med legemidler henger sammen med ansvar for diagnostisering, og at samtale om dette er noe legen gjør. En sykepleier uttalte at vedkommende ikke ville risikere å «få refs for å ha gått inn i legerollen», og flere deltakere uttrykte usikkerhet på hvordan de skulle besvare spørsmål fra pasienten: «Hva svarer jeg når pasienten sier at denne medisinen blir brukt til de som har schizofreni, men det har jo ikke jeg! Har jeg det?»

Det ble gitt mange eksempler på at sykepleiere brakte spørsmål fra pasienten videre til legen.

Deltakerne hadde erfaring med at disse spørsmålene ikke alltid ble fulgt opp. «Når en pasient blir satt på et nytt medikament, så er det jo legen som har ansvar for å forklare hvorfor, virkning og eventuelle bivirkninger. Men vi ser at dette ikke alltid skjer, og hva som er mitt oppfølgingsansvar synes jeg er litt vagt.»

Sykepleiere beskrev at de ofte benyttet den enkle løsningen å skyve alt ansvaret over på legen, noe som var fristende å gjøre i situasjoner der pasienten ikke hadde noen oppfatning av at han var syk og dermed ikke ville ha legemidler. «Da er det lett å si at det er legen som forordner og bestemmer ... og at jobben vår er å sørge for at de blir gitt. På den måten fraskriver jeg meg ansvar og skyver alt over på legen. Det er jo egentlig ikke meningen, men ... og en enkel unngåelse var å si «snakk med legen du». Deltakerne var samstemte om at det var behov for et tettere samarbeid mellom lege og sykepleiere. Likeledes at det var behov for en mer ensartet praksis for unngå at samtaler og undervisning til pasienter om legemiddelbehandling ble tilfeldig håndtert. Dette ble begrunnet med erfaringer med at «legen sier noe og vi sier noe annet, eller det unnlates.»

LEGEMIDDELKOMPETANSE

Deltakerne hevdet at de hadde erfaringer med at både grunnutdanningen og tverrfaglig videreutdanning i for liten grad tester kunnskaper om psykofarmaka i studiekrav og eksamener. I tillegg mente de at det var viktig å tydeliggjøre kravene sykepleiere har til å oppdatere seg faglig etter gjennomført utdanning. Flere deltakere ga uttrykk for at de var usikre på hvorvidt deres egen kunnskap om legemiddel-

behandling var tilstrekkelig. Av den grunn var de tilbakeholdne når det gjaldt undervisning og veiledning til pasientene. Ved konkrete spørsmål fra pasienter om legemidler, sa enkelte sykepleiere at de baserte sin informasjon på pakningsvedlegget fra legemiddelprodusenten, mens andre sa at denne typen spørsmål henviste de til legen.

I tillegg til behovet for mer grundige kunnskaper om legemiddelbehandling, understreket sykepleierne betydningen av økt kommunikasjons- og undervisningskompetanse. Sykepleierne hevdet at erfaring og trening i kommunikasjon var viktig: «Kompetanse på hvordan jeg kan bringe slike temaer inn i samtalen på en god måte, og bli trygg på å prate om medisiner, – det kommer både gjennom utdanning og praksis.» Det ble hevdet at når man har erfaring og trygghet i rollen, faller det mer naturlig å kunne snakke om temaet i planlagte situasjoner, og i spontane situasjoner der pasienten tar initiativ.

DISKUSJON

Til tross for at sykepleierne ga uttrykk for at de hadde ansvar for undervisning og veiledning til pasientene om legemiddelbehandling, bekreftet funnene at sykepleierne av flere ulike grunner vegret seg for å ta dette ansvaret. Deltakerne i studien beskrev en kompleks kontekst hvor de inntok en avventende posisjon. Hindringer for en endret praksis kan relateres til to hovedtemaer:

- samarbeid mellom sykepleier, lege og pasient
- sykepleiernes kompetanse

Samarbeid

Sykepleierne i studien opplevde egen undervisningsrolle i tilknyt-

ning til legemiddelbasert behandling både som uavklart og som et spenningsfelt der de fryktet å trå inn i deler av legens ansvars- og funksjonsområde. At pasienten følges opp med hensyn til informasjons- og undervisningsbehov, er oppgaver som begge yrkesgrupper har ansvar for uten at dette konkretiseres nærmere i Lov om helsepersonell (26). I konteksten som sykepleierne i studien befant seg i, var det verken muntlig eller skriftlig avklart hvordan sykepleier og lege skulle

eller dette tok lang tid, inntok sykepleieren igjen en avventende posisjon. Dette samsvarer med hva Freed beskriver som en «Being In-Between»-posisjon, hvor sykepleieren befinner seg i en posisjon uten makt i forhold til legene (27).

De etablerte handlingsmønstrene for relasjonene mellom leger og sykepleiere kan begge grupper innordne seg etter (28). Det trenger ikke være noen som aktivt og bevisst jobber for å opprettholde normen. Det kan

nomi, er behandlingsstrategi mot enighet og delt beslutning (15).

Sykepleiernes kompetanse

Studien avdekket at sykepleierne opplevde manglende faktakunnskap om legemidler. De henviste til at både bachelor- og videreutdanningen i liten grad fokuserte på kunnskaper om psykofarmaka. Utdanningen gir basiskompetanse på generelt nivå, men sykepleierne opplevde ikke at dette var tilstrekkelig for å ha trygghet i undervisningsrollen. Kempainen m.fl. (2003) hevder at mer kunnskap vil øke sykepleiernes evne til å kommunisere om legemiddelbehandlingen og føre til mer omfattende pasientopp-læring. Samme studie viser til at de fleste innhentet kunnskap ved å lese blant annet håndbøker og bruksanvisninger på egenhånd. Mulighet for dialog med andre profesjoner for å styrke sin egen kunnskap syntes derimot å være begrenset (18). Happell m.fl. (2002) sier også at sykepleierne henter kunnskaper om antipsykotiske legemidler på egen hånd; fra hefter eller annen skriftlig informasjon, fra legemiddelindustrien og av erfaring (16). En norsk studie fra sykehjem konkluderer med at det er stort behov for mer kunnskap og etterutdanning om legemiddel håndtering og legemidler, og at faglig oppdatering i liten grad skjer på eget initiativ (28). Sykepleiere i denne studien mener kravene til kontinuerlig faglig oppdatering bør tydeliggjøres. Dette avdekker at både den enkelte sykepleier må ta ansvar, men det er også et systemansvar, for tilrettelegging for kurs, informasjonsmateriell og liknende.

Andre barrierer for pasientundervisning som deltakerne i studien erfarte var kompleksiteten i pasientgruppen. Det dreide

” Når jeg jobbet i somatisk avdeling var undervisning en selvfølgelighet.

samhandle for å sikre tilpasset informasjon og undervisning om legemiddelbehandlingen.

Det var heller ikke en etablert praksis som tydelig vektla at pasienten deltok i dialog om mål med legemiddelbehandlingen. Å jobbe mot mål man er enige om, samt hjelpe pasienten til å følge opp sin egen medikasjon, er sentralt i arbeidet til sykepleiere i psykisk helsevern (6). Det er imidlertid tydelig at sykepleierne i denne studien opplever seg som avhengige av legenes tilslutning og samarbeid. Sykepleierne i studien til Happell m.fl. (16) ser ut til å ha en tydeligere selvstendighet når det gjelder å samtale med pasienten om legemidler. Hvordan sykepleierne oppfatter sin egen og legenes rolle er sannsynligvis betinget av kultur og tradisjon. Hvis normen i posten har vært preget av at samtaler om legemidler er legens domene, er det sannsynlig at sykepleierne stiller seg avventende.

Sykepleierne i studien beskrev en «mellomposisjon», hvor de brakte pasientens spørsmål videre til legen. Hvis legen ikke responderte på henvendelsen

like gjerne være at ingen aktivt går inn for å endre rollene og at man «gjør som før». Sykepleierne inntar en avventende posisjon. I situasjoner hvor de burde tatt samtalen med pasienten, så det ut til at den enkleste løsningen var å si: «Snakk med legen du ...».

Pasientene som deltok i Lorem et al.'s studie (2013), anerkjente sitt behov for medisiner og omsorg, men de la vekt på behov for bedre samarbeid med helsepersonell (15). For å styrke pasientens medvirkning og for å kunne oppnå et reelt samarbeid med pasienten om legemiddelbehandlingen, betinger dette temaet en større tverrprofesjonell oppmerksomhet enn hva som framkom som funn i denne studien. Hemingway og Snowden (2012) har ulike posisjoner i sykepleiers tilnærming i legemiddelbehandling. «Adherence» beskrives som en «tilslutning» ved at pasienten vil ta anbefalt medisin, mens «concordance» innebærer en prosess som leder til enighet og delt beslutning (14). Økt vekt på dialog om målet for legemiddelbehandlingen og å tilrettelegge for utvikling for pasientens auto-

seg om variasjoner i kognitiv funksjon, sykdomsforståelse, sykdomsfase, språk og behandlingsmotivasjon. At mange i tillegg er innlagt etter lov om tvungent psykisk helsevern, gjør heller ikke utgangspunktet enklere. Disse spesielle utfordringene knyttet til å lykkes med undervisning til pasientene med alvorlig psykiske lidelser, bekrefte i andre studier. Det krever at man har kompetanse på mange felt. Undervisningen må tilpasses pasientens kapasitet og behov, og vil i tillegg være svært situasjonsavhengig (21,29,30). Dette stiller store krav til sykepleierens fleksibilitet og evne til å balansere mellom ulike tilnærminger. Variasjonen i sykepleierroller fremgår i en svensk studie, hvor ytterlighetene beskrives som «the bulldozer and the ballet dancer» (29). Samtidig har sykepleierne en unik arbeidssituasjon hvor de gjennom hele vekten kan tilpasse undervisning og veiledning til anledninger hvor pasienten er mest tilgjengelig. Det gir mange muligheter til å bruke spontane «gylne øyeblikk» dersom sykepleieren er bevisst, kreativ og har en klar agenda. Sykepleieren må være forberedt på at vanlige sykepleiesituasjoner har pedagogiske potensialer og at denne pedagogiske funksjonen må oppgraderes (31). Granum og Halse (2010) understreker betydningen av at sykepleiere inntar en mer reflektert undervisningsrolle, særlig med tanke på at liggetiden på sykehus er kort og tiden til undervisning mindre. Planlagt undervisningsopplegg, både individuelt og grupper, kan være med å sikre en mer systematisk opplæring. For eksempel ved bruk av strukturerte skjemaer som mal for refleksjon og samtale (22, 32, 33). Informasjon til pasienten er noe annet enn en prosess

hvor man i dialog forholder seg til pasientens tanker, holdninger og erfaring.

For at pasienten skal delta aktivt i egen behandling, må behandlerne kunne benytte ulike pedagogiske metoder som inkluderer støtte, veiledning, rådgiving, informasjon, forklaring og instruksjon (34–37). Kompetanseoverføring mellom sykepleier og pasient stiller altså krav til sykepleiers pedagogiske ferdigheter, men også til relasjonelle ferdigheter og kommunikasjonsferdigheter.

Sykepleierne i studien hevdet at det handlet mye om relasjonens kvalitet i legemiddelsamtaler. De påpekte at pasientens tidligere erfaringer med legemidler var en viktig forutsetning og at de måtte være ydmyke for dette. Oppøvelse av relasjonelle ferdigheter innebærer blant annet evnen til å tilpasse seg pasientens perspektiv og vise anerkjennelse og respekt for dette (38).

Studiens begrensninger

Studien representerer utsagn fra sykepleiere ved en sykehusavde-

skap. Imidlertid anser man at materialet utgjør et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for lokale endringsprosesser. Dette var et vesentlig utgangspunkt for studien. I tillegg avdekker materialet områder for videre forskning.

Erfaringer fra denne studien kan ikke sies å ha overføringsverdi i andre sammenhenger. De som vil anvende resultatene, må selv vurdere gjenkjennbarhet og hvorvidt det har overføringsverdi. Imidlertid er det grunn til å anta at studiens tematikk har relevans for sykepleiere som jobber i lukket døgnpost i psykisk helsevern.

KONKLUSJON

Studien presenterer sykepleieres erfaring om eget undervisningsansvar ved legemiddelbehandling i en lukket døgnpost i psykisk helsevern. Studien viser at utrygghet på egen kompetanse fører til at sykepleierne vegrer seg for å ta større ansvar for undervisning om legemiddelbehandling. Sykepleierne beskriver mangelfull kompetanse på fagkunnskaper om legemiddelbehandling og undervisningsme-

” Når en pasient blir satt på et nytt medikament, så er det jo legen som har ansvar for å forklare hvorfor.

ling på et bestemt tidspunkt. Det er få deltakere, men datagrunnlaget var rikt på informasjon. Man kunne prioritert å utforske enkelte temaer mer i dybden i intervjuene, men det ville gått på bekostning av mangfoldet. Større studie med flere fokusgrupper, ville gitt større datafangst og andre temaer kunne muligens framkommet. Bruk av ulike datainnsamlingsmetoder, ville gitt mer dybde og detaljkunn-

toder, samt uttrykker behov for å styrke sine kommunikasjons- og relasjonsferdigheter. Legemiddelbehandling til personer med alvorlige psykiske lidelser står sentralt, og man bør utvikle egne kompetanseprogrammer hvor brukererfaringer integreres i kunnskapen om intervensjonsmetoder.

Likeledes viser studien at det er uklart ansvarsfordeling ved veiledning og undervisning om

legemiddelbasert behandling til pasienter med alvorlig psykisk lidelse som er innlagt i sykehus. Denne studien viser at tverrprofesjonelt samarbeid ved undervisning må ha større oppmerksomhet. Behandlings-

perspektiv som innebærer at pasienten er aktivt deltakende i egen behandling, forutsetter at sykepleiere og samarbeidende helsepersonell tilrettelegger for dette.

Det er behov for struktur og

formalisering av arbeidsprosessen på den tverrfaglige arenaen, men også ved kompetansedeling mellom helsepersonell og pasient. «Snakk med legen du», er ikke et alternativ som unnlattelsesmanøver for sykepleierne.

REFERANSER

1. Moncrieff J. Psykiatriske legemidler en kritisk introduksjon. Abstrakt forlag, Oslo. 2009
2. Haddad PM, Taylor M, Niaz OS. First-generation antipsychotic long-acting injections v. oral antipsychotics in schizophrenia: systematic review of randomised controlled trials and observation studies. *Br J Psychiatry Suppl* 2009;52:20-8.
3. Skårderud F, Haugsgjerd S, Ståniche L. Psykiatriboken – sinn – kropp – samfunn. Gyldendal akademiske, Oslo. 2010.
4. Helsedirektoratet. asjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger. S-1925. 2012.
5. Helsedirektoratet. Nasjonal faglige retningslinje for Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse. IS-1957. 2012.
6. Gray R, White J, Schulz M, Abderhalden C. Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: an international programme of research. *Int J Ment Health Nurs* 010;19:36-44.
7. Opjordsmoen Ilnes S. epotbehandling med antipsykotika ved schizofreni og andre psykotiske lidelser. Gyldendal Akademiske, Oslo. 2013.
8. Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *J Ment Health* 2004;13:493-505.
9. Slade M, Adams N, O'Hagan, M. Recovery: Past progress and future challenges. *Int Rev Psychiatry* 012;24:1-4.
10. Jacobson N, Greenley D. What Is Recovery? A Conceptual Modell and Explication. *Psychiatr Serv* 2001;4:482-5.
11. Aarre T. Manifest for psykisk helsevern. Universitetsforlaget, Oslo. 2010.
12. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser, IS-1948, 2012.
13. Lorem G. Samspill i psykisk helsearbeid. Forståelse, kommunikasjon og samhandling med psykisk syke. Cappelen Akademisk forlag, Oslo. 2006.
14. Hemingway S and Snowden A. Debating mental health nurses' role in medicines management. *Br J Nurs* 012; 21:1219-23.
15. Lorem GF, Frafjord JS, Steffensen M, Wang CE. Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nurs Ethics* 2014;21:347-58.
16. Happell B, Manias E, Pinikahana J. The role of the inpatient mental health nurse in facilitating patient adherence to medication regimens. *Int J Mental Health Nurs* 2002;11:251-9.
17. Hemingway S, White J, Turner J, Dewhirst K, Smith G. The medicine with Respect Project: A stakeholder focus group evaluation. *Nurse Educ Pract* 2012; 12:310-15.
18. Kempainen JK, Buffum M, Wike G, Kestner M, Zappe C, Hopkins R, Chambers KH, Morrow M, Bartlebaugh P. Psychiatric Nursing and medication Adherence. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2003; 41:38-49.
19. Granum V, Halse K. Pasientundervisning krever kunnskap. *Sykepleien* 2010;98:62-4.
20. Duxbury J, Wright K, Bradley D, Barnes P. Administration of medication in the acute mental health ward: Perspective of nurses and patients. *Int J Mental Health Nurs* 2010;19:53-61.
21. Koivunen M, Huhtasalo J, Makkonen P, Välimäki M, Hätönen H. Nurses' roles in systematic patient education sessions in psychiatric nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012;19:546-54.
22. Frøyland H. Legemiddelsamtalen og klinisk kommunikasjon. Fagbokforlaget, Bergen. 2010.
23. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 2009.
24. Lerdal A, Karlsson B. Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning* 2008;3:172-5.
25. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget AS, Oslo. 2003.
26. LOV 1999-07-02-64 Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. nr. 64, 02.07. 1999, sist endret 2007; Helse- og omsorgsdepartementet.
27. Freed PE. Perseverance: The Meaning of Patient Education in Psychiatric Nursing. *Arc Psychiatr Nurs* 1998;12:107-113.
28. Ølsvold N. Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo, 2010.
28. Wannebo W, Sagmo L. Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. *sykepleien Forskning* 2013;8:26-34.
29. Bjørkdal A, Palmstierna T, Hansebo G. The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010;17:510-18.
30. Vuckovic P. Strategies Nurses Use to Overcome Medication Refusal by Involuntary Psychiatric Patients, *Issues Ment Health Nurs* 2009;30:181-7.
31. Granum V. Praktisk pasientundervisning. Fagbokforlaget, Bergen. 2003.
32. Thingnæs G, Johannesen JO. Mestring med psykose. Hvertveg Akademisk, Stavanger. 2010.
33. Håberg M, von Brandis K. Medisinenes bruk. Noen spørsmål? Informasjon om dine av legemidler i psykiatrien. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Stavanger. 2006.
34. Friberg og Granum i Granum V. Praktisk pasientundervisning. Fagbokforlaget, Bergen. 2003.
35. Kloster T, Granum V. Lærer å formidle kunnskap. *Sykepleien* 2009; 97:64-7.
36. Kloster T. Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette? *Vård i Norden* 1997;17:14-20.
37. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. Fagbokforlaget, Bergen. 2008.
38. Vatne S. Korrigere og anerkjenne relasjonens betydning i miljøterapi. *Gyldendal Akademisk, Oslo. 2006.*

Sykepleier må ta ansvar

> Sykepleiere innenfor psykisk helse plikter å informere og styrke pasientens kompetanse om bruk av psykofarmaka.



Espen Gade Rolland
Fagutviklingsansvarlig,
Akuttseksjonen, Drammen DPS

Artikkelen tar opp et aktuelt tema og en viktig oppgave sykepleiere innenfor psykisk helse har, nemlig pasientopplæring og psykoedukasjon. Artikkelen er relevant for mange sykepleiere som jobber innen psykisk helse generelt, og sykepleiere som håndterer psykofarmaka spesielt. Vektlegging av pasientopplæring har naturlig nok økt de siste årene i takt med utvikling av informasjon og nye og anerkjente behandlingsmetoder. Legemiddelhåndtering er en delegert oppgave til sykepleier. Man kan derfor si at sykepleieren denne oppgaven er delegert til har ansvar for å effektivere en ordinasjon. Det vil si å sørge for at rett legemiddel gis til rett pasient, i rett legemiddelform, i rett dose, på rett måte, til rett tid og med rett informasjon.

Det finnes mye forskning omkring alvorlige bivirkninger ved bruk av psykofarmaka, og vi som sykepleiere plikter derfor å informere og styrke pasientens kompetanse for å forebygge

ytterligere bivirkninger og komplikasjoner. Forfatterne beskriver sykepleiere som er usikre på egen kompetanse og grenseoppganger til andre faggrupper. Vi som sykepleiegruppe må jobbe med å være mindre opptatt av grenser, og heller fokusere på ansvaret for pasientene og den kompetansen vi har, også om bruk av psykofarmaka.

Sykepleiere innen psykisk helse må ha kunnskap om psykofarmaka, og ansvaret for dette ligger på den enkelte sykepleier. I tillegg har arbeidsgiver ansvar for å tilrettelegge.

Legemiddelhåndtering generelt og psykofarmaka spesielt bør systematisk inn i opplæringsprogrammet for sykepleiere der dette er relevant. Tidligere har jeg erfart at dette var et årlig krav og at det var heldagskurs for sykepleiere i psykofarmaka hvert år.

Min erfaring er at ved endringer i medikasjon, er det en selvfølge at ordinerende lege og sykepleier i fellesskap gjennomfører

en samtale med pasienten om dette, for informasjon om indikasjon, virkning, bivirkninger og oppfølging. Allikevel vet vi at pasienter etterspør informasjon om medikamenter. De rapporterer spesielt mangler omkring kunnskap om virkning, bivirkninger og hvordan man kan håndtere dette.

Sykepleierens rolle i dette er meget viktig. Sykepleier bør være seg dette ansvaret bevisst og bruke de gyldne øyeblikk han eller hun har tilgang til med pasienten. I tillegg bør man systematisere for eksempel fellesundervisning for pasienter, og spesifisere dette som målrettede tiltak i sykepleie, behandlingsplan og på individnivå. Sykepleierne bør i mye større grad dele sin kunnskap om psykofarmaka og deres potensielle og alvorlige bivirkninger med pasientene, slik at de er bedre rustet til å mestre dette.

Les artikkelen på side 324





Illustrasjonsfoto: Colourbox

SAMMENDRAG

Bakgrunn: 27–30.000 barn opplever årlig at foreldrene skiller lag. Dette er en sårbar gruppe med større risiko for utvikling av psykiske vansker og problematferd, derfor tilbyr mange skoler samtalegrupper til skilsmissebarn. Det er gjort mange internasjonale effektstudier på intervensjonsprogrammer for skilsmissebarn, men det mangler studier på deltakernes egen opplevelse av hvorfor det hjelper å gå i gruppe med andre med lignende erfaring.

Hensikt: Å beskrive ungdommers

egne opplevelser av hvorfor samtalegrupper hjelper.

Metode: Sju fokusgrupper med 28 elever i alderen 14–16 år, fra tre ulike kommuner i Norge. Grounded Theory ble brukt i analysen.

Resultat: Ved å dele sine historier kjente elevene seg ikke lenger alene med sine tanker og følelser, de fikk noen å identifisere seg med og de opplevde støtte fra hverandre. Fellesskapet bidro til økt trygghet og selvtillit, opplevelse av økt påvirkningskraft og kontroll over eget

liv, økt forståelse for foreldre og steforeldre, og en evne til å se de positive aspektene ved skilsmissen.

Konklusjon: Ved å delta i samtalegruppe basert på helsefremmende prinsipper, ser det ut til at ungdommer med skilte foreldre kan oppleve en økt sammenheng mellom forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet og dermed bedre sin egen helse. Studien har skapt en større klarhet i på hvilken måte grupper kan ha en positiv effekt. Den forteller noe om hva man bør fokusere på, og hvilke ferdigheter man bør jobbe med hos elevene for å oppnå en økt OAS.

ENGLISH SUMMARY

Why it helps young people to participate in 'peer groups for children of divorce'

Background: Annually, 27000–30000 children experience the split-up of their parents. This is a vulnerable group with an increased risk for the development of mental health and behavioural problems. Therefore, many schools offer support groups for children of divorce. There have been many international studies on the impact of intervention programmes for children of divorced parents, but there is a lack of studies that describe the participants' own experiences as to why it helps to join a group of other pupils with similar experiences.

Objective: To describe the youths' own experiences as to why peer groups help.

Method: Seven focus-group interviews with 28 pupils aged 14–16 years, from three different municipalities in Norway. Grounded Theory was used in the analysis.

Results: By sharing their stories, the pupils felt they were no longer alone with their thoughts and feelings. As well as experiencing mutual support, they could identify with each other. The peer groups gained increased confidence and self-esteem, as well as greater influence and control over their own lives. Their understanding

of divorce, and parents/step-parents, and their ability to see the positive aspects of divorce were also enhanced.

Conclusion: Discussion groups based on health promotion principles would appear to provide youth with divorced parents an increased sense of coherence between comprehensibility, manageability and meaningfulness, and thereby improve their health. The study outlines specific skills for group leaders that may be helpful when initiating new groups.

Keywords: Grounded theory, children of divorce, support groups, sense of coherence (SOC), focus groups

»» Hvorfor det hjelper ungdom å delta i skilsmissegrupper

Forfattere: Hilde Egge og Kari Glavin

NØKKELORD

- Grounded theory
- Skolehelsetjeneste
- Ungdom
- Psykisk helse

INTRODUKSJON

Foreldres skilsmisse påvirker barn på ulike måter (1). Mange har antatt at norske og nordiske skilsmissebarn, på grunn av den nordiske velferdsordningen, har mindre risiko for å utvikle problematferd. Denne antakelsen får liten støtte i ny nordisk forskning. Sammenliknet med barn som bor i kjernefamilier har de forhøyet risiko for svake skoleprestasjoner (2), voldelig atferd, mobbing, angst og depresjon (3,4). Som langtidsvirkninger kan nevnes at de har større risiko for selv å bli skilt, oppleve lavere livskvalitet og ta lavere utdanning (5,6). Amato & Cheadle (7) antyder dessuten at en skilsmisse kan ha konsekvenser i flere ledd i form av lavere utdanning, svakere foreldrebindinger og ekteskapsproblemer hos barnebarn. Langvarige konflikter etter bruddet som barna trekkes inn i, synes å være en av de viktigste risikofaktorene for problemutvikling hos barna (8). Ifølge Statistisk sentralbyrå (9) opplever 27–30.000 norske barn

årlig at foreldrene flytter fra hverandre, medregnet oppløste samboerskap og steforeldre som flytter ut.

I USA har det eksistert støt-tegrupper for skilsmissebarn i og utenfor skolesammenheng siden 1980-tallet (10), og det utvikles stadig nye programmer. Tre studier fra 2007 beskriver ulike grupper for skilsmissebarn, hvor man intervenserer med henholdsvis biblioterapi, kunst og musikk (11–13), med ulik grad av positiv effekt på barna. Nordiske evaluerings-rapporter fra lignende tiltak konkluderer med at barna følte stor lettelse ved å få satt ord på det som var vanskelig, og at de ikke var alene om erfaringene (14,15).

I Norge ble det utviklet to ulike programmer for ungdoms-skoleelever som hadde opplevd skilsmisse på 2000-tallet. Plan for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn i skolen (PIS), og «Vanlig, men vondt». Programmene er ulike med hensyn til varighet, hyppighet og innhold, men temaet for begge har vært opplevelse av og erfaringer med det å være skilsmissebarn. Evalueringsrapportene konkluderer med åpnere, gladere, tryggere barn som var mer fornøyde med seg selv og sin situasjon (16, 17).

Begge konseptene bygger, blant annet, på Antonovskys salutogene (helsefremmende) tenkning. Antonovsky mener at mennesker med en sterk opplevelse av sammenheng (OAS) i livet vil mestre belastninger bedre enn de med svak opplevelse av sammenheng. I tillegg vil de ofte komme styrket ut av belastende situasjoner. Antonovsky beskriver tre underordnede begreper som sammen former menneskers opplevelse av sammenheng: Forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet. Å forstå tilværelsens struktur og dens forutsigbarhet er en forutsetning for å kunne takle det praktiske livet. Å se at det er ressurser enten i en selv eller i omgivelsene til å håndtere de

Hva tilfører artikkelen:

Studien viser at ungdommer med skilte foreldre som deltar i samtalegruppe basert på helsefremmende prinsipper, kan oppleve økt sammenheng og mening i tilværelsen og dermed bedre sin egen helse.

Mer om forfatterne:

Hilde Egge er helsesøster MPH og høyskolelektor ved helsesøsterutdanningen, Høyskolen Diakonova. Kari Glavin er helsesøster, PhD og førsteamanuensis, Høyskolen Diakonova. Kontakt: hilde.egge@diakonova.no.

situasjoner som måtte dukke opp, gjør at man selv er i stand til å ta kontroll over livet. For å kunne møte oppgaver og krav som en utfordring istedenfor en byrde, må det kjennes meningsfylt og føles verdt å bruke krefter på det (18).

Det er gjort mange internasjonale effektstudier på intervensjonsprogrammer for skilsmissebarn, men det mangler studier på deltakernes egen opplevelse av hvorfor det hjelper å gå i gruppe med andre med lignende erfaring. Denne studiens hensikt var å beskrive ungdommers erfaring med samtalegruppene og generere en teori for de studertes atferd for å kunne videreutvikle programmet i tråd med deltakernes behov.

METODE

Data ble innsamlet høsten 2011 og våren 2012. Elever som hadde deltatt i et av de to intervensjonsprogrammene som ble

intervjuene ble gjennomført med assistent. Til hjelp under intervjuene var det utviklet en semistrukturert intervjuguide etter mal fra Krueger (19) med nøkkelspørsmålet: Hva har det betydning for deg å gå i gruppe med andre som har opplevd det samme. Før intervjuet fylte elevene ut et anonymt kartleggings-skjema med bakgrunnsvariabler (tabell 1). Ifølge Glaser (20) er bakgrunnsvariabler ofte unødvendige da relevante bakgrunnsdata for teorien framtrer etter å ha studert hva menneskene gjør. Vi har likevel valgt å innhente noe bakgrunnsinformasjon for at vi med en bredde i utvalget kunne sikre oss flest mulig nyanser i datainnsamlingen (se tabell 1).

Intervjuene ble analysert ut ifra en klassisk Grounded Theory-tilnærming (21). Denne metoden ble valgt fordi vi ønsket å ha en åpen holdning til elevenes tanker og oppfatninger av hva det er i gruppeprosessen

bredere sammenheng (22)(se tabell 2).

Hvert intervju ble kodet og kategorisert før neste intervju, for å sjekke om det var uklarheter i dataene som trengte å utdypes. Ofte dukket det opp nye spørsmål underveis i analysen som ble lagt til i intervjuguiden i håp om å få med enda flere nyanser. Etter sju fokusgruppeintervjuer og 28 deltakere oppsto en metning av hver kategori, et mønster hadde dannet seg og en kjernekategori var funnet.

Foreldre og elever ble informert om at data ville bli anonymisert og at de kunne trekke seg fra studien når som helst før data var analysert. Studien er godkjent av Regional Etisk Komité (2010/1094).

RESULTAT

Utvalget besto av 14 jenter og 14 gutter og hadde en bredde i forhold til tid siden skilsmissen, skoleflinkhet, størrelse på familien og økonomisk status (se tabell 1). Intervjuene ble foretatt både i blandete og kjønnete grupper. Alle hadde deltatt i samtalegruppe i løpet av siste tolv måneder.

Funnene i studien gir en substansiell modell utledet fra de innhentete data. I analysen oppsto kjernekategoriene; Opplevelse av fellesskap og sju underkategorier. Støtte, Identifisering og Åpenhet kan sies å utgjøre røttene i et fellesskap som ga vekstgrunnlag for; Økt trygghet og selvtilit, Økt påvirkningskraft og kontroll over eget liv, Økt forståelse for foreldre og steforeldre, og til slutt Evner å se det positive ved samlivsbruddet (se figur 1).

Opplevelse av fellesskap

Det viktigste med samtalegrup-

” For meg så er det godt at de skjønner hva jeg mener.

omtalt innledningsvis ble suksestivt invitert til å delta i fokusgruppeintervjuer. Helsesøstre på skoler som tilbød samtalegrupper til skilsmissebarn ble kontaktet per telefon og e-post og spurt om hjelp til å finne deltakere. Helsesøstrene distribuerte samtykkeskjemaer til deltakere og foreldre og bisto med å finne egnet tidspunkt og rom til intervjuet. Utvalget endte opp med elever fra tre kommuner av ulik størrelse. De gikk på seks ulike private eller offentlige ungdomsskoler. Fokusgruppene hadde to–sju deltakere fra åttende til tiende trinn og varte fra 30 til 45 minutter. Seks av de sju

som påvirker atferden deres. Dataanalysen tok utgangspunkt i rådata som gjennomgikk en systematisk koding (tabell 2), konstante sammenlikninger, trinnvis kategorisering og siden rekoding for et mer abstrakt nivå. For å sikre teoretisk sensitivitet og få et analytisk overblikk over forskningsspørsmålene, ble ideer, mulige forklaringer og refleksjoner nedskrevet underveis, såkalte memos. Disse endret seg i prosessen fra å være induktive til å bli deduktive. Memoene bidro til å utvikle en hypotese, avklare forholdet mellom kategoriene og til å plassere den framskridende teorien i en

pen for elevene var å få kjennskap til og møte andre elever i samme situasjon som dem selv, og at de ble gitt et rom hvor det var legitimt å snakke om temaet skilsmisse. Det ga dem en felles plattform, noe som bandt dem sammen i et skjebnefellesskap: «Ja, det er det som er en av de beste tingene med gruppa, å få den følelsen at man ikke er alene».

Identifisering

Det var ulik motivasjon blant elevene for å delta i gruppene, men nysgjerrighet etter å høre om flere hadde det som dem selv var en viktig pådriver. De var spente på å høre hvordan andre løste problemer rundt bursdager og konfirmasjoner og hvordan de forholdt seg til foreldrenes krangling eller deres nye kjærester. Andre venner som ikke hadde opplevd skilsmisse kunne lytte og støtte, men de forsto dem ikke slik som de andre gruppedeltakerne som hadde kjent dette på kroppen selv. Ved å høre om hverandres bekymringer og frustrasjoner i hverdagen, ble egne opplevelser normalisert og ufarliggjort. De forsto bakgrunnen for de dårlige dagene som kom iblant. Ungdommene opplevde en felles identitet med de andre som hadde foreldre på to adresser. De var frustrert over foreldre som ikke alltid oppførte seg som ønsket og forventet. «For meg så er det godt at de skjønner hva jeg mener, at det endelig er noen som skjønner hva jeg mener, hvordan jeg har det.»

Åpenhet

I intervjuene undret ungdommene seg over hvor fort de ble trygge på hverandre. De hadde ikke trodd på forhånd at de ville si noe særlig i samtale-

TABELL 1: Fordeling etter kjønn, foreldres utdanning, antall år siden samlivsbruddet, søsken, skoleprestasjoner, og eventuell tidligere deltakelse i tilsvarende gruppe.

	Bakgrunnsvariabler	Antall elever	
Kjønn	Gutt	14	
	Jente	14	
	Foreldres utdanning etter videregående skole	Mor	0 år
		1–3 år	7
		4–6 år	14
		>6 år	4
Antall år siden samlivsbruddet	Vet ikke	3	
	Far	0 år	
	1–3 år	7	
	4–6 år	14	
	>6 år	3	
	Vet ikke	3	
Søsken	0–2	5	
	2–5	4	
	5–10	7	
	Mer enn 10 år	12	
	Ingen	4	
Gjennomsnittlige karakterer på skolen	1	13	
	2	3	
	3	3	
	4 eller flere	5	
	1–2	0	
Deltatt i gruppe på barneskolen	3–4	12	
	4–5	13	
	5–6	3	
	Ja	12	
Nei	16		

TABELL 2: Faser i analysen ved grounded theory.

Faser	Hensikt	Resultat
1. Substantiv koding		
– åpen koding	Utvikle substantiv koder og kategorier og deres egenskaper	Støtter hverandre. Påvirkning på eget liv. Mindre å tenke på. Lært mye
– selektiv koding	Utvelge koder relatert til kjernekategori	Bare relevante koder: Støtter hverandre. Påvirkning på eget liv
2. Teoretisk koding	Formulere hypoteser som beskriver relasjoner mellom substantiv kategorier.	Jo mer støtte, jo lettere å påvirke eget liv

gruppene, men opplevde at «det bare kom», av og til med klump i halsen og tårer i øynene. Den moralske taushetsplikten alle ble enige om i første møte ble understøttet av den gjensidige forsikringen som lå i at alle bidro aktivt på møtene.

Gruppene ble beskrevet som et ukentlig pusterom hvor det var greit å snakke om det som hodet var fullt av. At de fikk lettet litt på trykket og lagt fra seg bekymringer rundt familiesituasjonen, åpnet opp for å konsentrere seg mer om skolearbeidet i etterkant. Det kunne også bidra til å redusere dårlig humør og

sinne. Elevene oppfattet selv at hensikten med samtalegruppene nettopp var å få snakke ut om det som var vanskelig, istedenfor å stenge det inne i seg: «Man får et par kilo av skuldrene liksom. Man blir jo litt lettet av å få det ut, i hvert fall hvis man ikke har snakket med noen om skilsmissen før.»

Støtte

Den gjensidige forståelsen av hverandres situasjon gjorde elevene i stand til å støtte hverandre og være til nytte for hverandre i hverdagen. Hvis de hadde glemt å ta med noe hjemmefra til

skolen, kunne andre elever fra gruppa forklare læreren hvor vanskelig det var å huske på alt når man hadde to hjem. Å være sammen med andre som hadde opplevd skilsmisse for lengre tid tilbake enn dem selv, og som kunne trøste og vise til at ting kunne bedre seg selv om det var litt tøft akkurat nå, var verdifullt: «Alle støtter hverandre så veldig godt da, fordi de vet hva man er gjennom, ikke sant».

Økt trygghet og selvtillit

Å delta i samtalegruppe hadde gitt en større trygghet. Det virket forløsende å få snakke om



FIGUR 1: Modell for resultatet. Kjernekategori, opplevelse av fellesskap, dannes av de tre subkategoriene åpenhet, identifisering og støtte. Ut ifra dette fellesskapet utvikles ny innsikt og nye holdninger; subkategoriene økt trygghet og selvtillit, økt påvirkningskraft og kontroll over eget liv, økt forståelse av foreldre/steforeldre og evne til å se det positive ved samlivsbruddet.

hvordan man hadde det, og bli bekreftet på det. Å bli møtt med interesse ga en følelse av å bety noe. De hadde erfart at det ikke var farlig å snakke med andre mennesker om hvordan de hadde det, – tvert imot ble de møtt med respekt og tillit. Samtidig ble de selv vist den samme tilliten ved å få lytte til andres historier. Til sammen hadde dette en positiv effekt på selvbildet. Den nyervervete tryggheten og det forsterkede selvbildet tok de med seg til hjemmesituasjonen hvor de ble modigere til å ta opp ting med foreldrene: «Ja, det er jo noe godt bare med det å merke at de andre er interessert i deg og hva du har å fortelle faktisk» ... «Grappa gir faktisk mer trygghet og selvtilit samtidig».

Økt påvirkningskraft og kontroll over eget liv

Elevene ble mer bevisste på egne ønsker og behov, de våget å si fra om dem, og ble i større grad hørt på hjemmebane. De fortalte om utrygghet knyttet til det å gi uttrykk for hva de mente til foreldrene før de begynte i samtalegruppa. De følte at ting bare ble verre uansett hva de sa eller gjorde. Etter å ha hørt på de andres historier, og at noen våget å si fra, ble de selv oppmuntret til å gjøre det samme. Samtidig hadde de vissheten om at noen på neste gruppesamvær var interesserte i å høre hvordan det gikk. Dette motiverte dem til å handle, og de ble anerkjent for at de hadde tort å gjøre noe med sin situasjon. Elevene ga uttrykk for at de hadde nytte av å lære elementer innen samtaleteknikk. De opplevde at de lyktes bedre med å nå fram med sitt budskap i en samtale, når de sa hva de selv følte og mente, istedenfor å angripe personen de snakket

med. Enkelte av elevene hadde etter eget ønske endret sin bosituasjon etter samtalegruppen. Andre hadde bedt foreldrene snakke direkte til hverandre istedenfor å baksnakke hverandre til barna: «Med meg da, så er det sånn at etter jeg begynte å si fra litt mer, så har jeg begynt å få sånne spørsmål (fra foreldrene): er dette greit for deg?»

Økt forståelse for foreldre og steforeldre

Noen elever fortalte om hvordan de opplevde sine biologiske foreldre som steforeldre til andre barn. Andre hadde rollen som forhatte stesøsken eller halv-søsken, eller de var rasende på stesøsken i sitt eget liv på grunn av opplevd forskjellsbehandling. Ved å høre de andres historier og tanker om de ulike familierollene, og få spørsmål stilt til sine egne fortellinger, fikk elevene en mer åpen og forsonende holdning til både gamle og nye familiemedlemmer. Flere hevdet at de så mye mer positivt på det

” Man blir jo litt lettet av å få det ut, i hvert fall hvis man ikke har snakket med noen om skilsmissen før.

at foreldrene hadde fått seg kjæresten etter å ha vært i samtalegruppe: «Jeg har tenkt litt på hvordan kjæresten til en av foreldrene mine har det, hvordan den personen har det, – tenker litt mer på dem liksom».

Evner å se det positive ved samlivsbruddet

Der hvor biologiske foreldre og steforeldre klarte å ha en god tone seg imellom, kunne elevene se det som en ressurs at de hadde fått utvidet nettverket sitt. De fikk flere opplevelser og hadde

mulighet for å få mer oppmerksomhet. De fleste var kommet fram til at livet ikke hadde vært noe bedre med foreldrene under samme tak etter å ha hørt historier om mye krangling mellom foreldre som bodde sammen. De erkjente at foreldrene var for forskjellige til å kunne ha det bra sammen, og at det var viktig at foreldrene hadde det bra for at de selv skulle ha det bra. For flere skjedde skilsmissen for så lang tid tilbake at de ikke lenger hadde noen minner fra det, og det ville blitt unaturlig hvis foreldrene skulle bli sammen igjen: «Jeg er egentlig glad for at mine foreldre ble skilt, for hvis de hadde bodd under samme tak, – ikke søren om det hadde funket!».

DISKUSJON

Studiens funn skildrer hva ungdommer med skilte foreldre opplever som nyttig ved å delta i samtalegruppe med andre ungdommer som har tilnærmet samme erfaring. Resultatet dis-

kuteres opp mot Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng (OAS) under de tre underordnede begrepene forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet (23).

Forståelse

En skilsmisse betyr en stor endring i et barns liv. De trygge rammene forsvinner, og livet blir for mange uforutsigbart. Muligheten til å dele historier, kjenne seg igjen i hverandre, å kunne være til nytte og støtte for hverandre oppnås ikke i indivi-

duelle samtaler med en helsesøster eller lærer. I fellesskapet med jevnaldrende med skilte foreldre opplever de unge både å forstå og bli forstått (24). Dette samsvarer med Heap's gruppeteorier (25) som hevder at den beste problemløsning og bearbeiding

beskrives i den helsefremmende litteraturen som «empowerment». Den helsefremmende ideologien bygger nettopp på at enkeltindividet og fellesskapet må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen (32). I hvilken grad en

sis. Samtalegruppene ga elevene styrke og mot til selv å bidra til endring av sin livssituasjon, eller de lærte seg strategier for å leve med den. De hadde fått økt sin motstandskraft og sitt mestringspotensial. Dette samsvarer med effekten av helsefremmende samtalegrupper for voksne med ulike psykiske problemer (35).

Studien kan bidra til å gi intervensjonen større tyngde og ved det en større utbredelse, slik at flere barn og unge som har opplevd skilsmisse kan få tilbud om å delta i samtalegrupper.

I videre forskning kan et tilpasset OAS-spørreskjema (18) brukes før og etter intervensjonen for i større grad å kunne tydeliggjøre sammenhengen mellom intervensjonen og OAS.

” Alle støtter hverandre så veldig godt da, fordi de vet hva man er gjennom.

av egne vanskeligheter skjer i samvær og samhandling med andre med lignende erfaring. Samtalen mellom elevene gir en større forståelse av skilsmisse som fenomen med nyanser og årsaksforhold. Barn og unge har et sterkt behov for å forstå foreldrenes avgjørelse om skilsmisse (26, 27). Å forstå at skilsmis- sen var den beste løsningen for foreldrene, hjalp de unge til å mestre den nye situasjonen (26).

Håndterbarhet

Følelsen av lettelse etter å ha snakket om det vanskelige er en god erfaring (26,28,29). Støtten fra medelever ga trygghet og selvtilitt, og samsvarer med den norske studien om mobbing (30). Her påpekte barna at samvær med venner ga dem følelsen av å bety noe, og styrke til å stå opp for seg selv. Betydningen av sosial støtte er en avgjørende mestringressurs for en positiv utvikling av OAS (31).

Dialogen med de andre bidro til en større bevissthet omkring egne ønsker og behov. Ved å bli hørt og tatt hensyn til av foreldrene, som å få endret en bosi- tuasjon eller få slutt på foreldres baksnakking, gjenvant elevene økt kontroll over sine liv. Samti- dig opplevde de å bety noe også for foreldrene (26, 27).

Det å få større makt og kontroll over seg og livet sitt,

person opplever kontroll over livet sitt, er sentralt for selv- bildet og mestringsevnen (33) noe som derfor også vil påvirke den psykiske og fysiske helsen. Å kjenne at man har påvirk- ningskraft gjør dermed livet mer håndterbart (26).

Meningsfullhet

Opplevelsen av å bli hørt og tatt hensyn til av foreldrene førte til delaktighet i det som skjedde, noe som ifølge Antonovsky (18) øker graden av meningsfullhet. Å innse at livet ikke ville vært noe lettere om skilsmis- sen ikke var skjedd, bidro til å gi slipp på uoppnåelige og urealistiske drømmer om gjenforening og til å akseptere situasjonen slik den var nå. Gjennom å se på gamle og nye familiemedlemmer med nye øyne, samt de positive konsekvensene av skilsmis- sen både for seg selv og foreldrene, opplevde ungdommene en mening med det som var skjedd. Evnen til å finne mening i sin erfaring ser ut til å være en svært viktig komponent for barn i en skilsmisseprosess (26). Å kunne være til støtte og hjelp for hverandre, opplevdes også meningsfylt (30).

Ifølge Eriksson og Lindström (34) ser OAS ut til å ha en sterk innvirkning på oppfatningen av egen helse, og helsefremmende samtaler burde i mye større grad enn i dag implementeres i prak-

Metodediskusjon

Valideringen er ifølge Kvale (36), innebygd i forsknings- prosessen i Grounded Theory. Dette på grunn av den stadige kontrollen av resultatenes tro- verdighet, rimelighet og tilfor- latelighet ved en fortløpende analyse av de framkomne data og kontinuerlig sammenlikning av nye observasjoner med gamle data. Hovedinntrykket etter hvert intervju ble oppsummert og søkt bekreftet eller endret av deltakerne. Feltnotater forsterket oppfatningen av de sentrale temaene. Sitatene underbygger validiteten.

Noen elever ga uttrykk for at det var vanskelig å skille mellom hva de tenkte før de var med på samtalegruppe, og hva de tenkte etter. Det kunne være vanskelig å si om bedring, i for eksempel boforhold eller relasjoner, skyldtes samtalegruppene eller uten- forliggende faktorer.

KONKLUSJON

Ved å delta i samtalegruppe

basert på helsefremmende prinsipper, ser det ut til at ungdommer som har opplevd foreldres skilsmisse kan oppleve en økt sammenheng mellom forståelse,

håndterbarhet og meningsfullhet og dermed bedre sin egen helse. Studien har skapt en større klarhet i på hvilken måte grupper kan ha en positiv effekt. Den forteller

noe om hva man bør vektlegge, og hvilke ferdigheter man bør jobbe med å utvikle hos elevene for å oppnå en økt opplevelse av sammenheng (OAS).

REFERANSER

1. **Størksen I.** Parental divorce: psychological distress and adjustment in adolescent and adult offspring. Oslo: Unipub; 2006.
2. **Lauglo J.** Sammenhengen mellom familiestruktur og skoleprestasjoner før og etter kontroll for foreldres utdanningsnivå og inntekt. In: Olsen Ø, editor. Utdanning Oslo-Kongssvinger: Statistisk sentralbyrå; 2009. p. 57-77.
3. **Breivik K, Olweus D.** Children of divorce in a Scandinavian welfare state: are they less affected than US children? *Scand J Psychol.* 2006;47:61-74.
4. **Størksen I, Roysamb E, Gjessing HK, Mowm T, Tambs K.** Marriages and psychological distress among adult offspring of divorce: a Norwegian study. *Scand J Psychol.* 2007;48:467-76.
5. **Herloffson K, Hagestad G.** Forholdet mellom skilte foreldre og voksne barn. Samfunnspeilet [Internett]. 2009;1. Available from: <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/god-relasjon-det-spors-hvem-som-spørres>.
6. **Størksen I, Roysamb E, Mowm T, Tambs K.** Adolescents with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment. *J Adolesc.* 2005;28:725-39.
7. **Amato P, Cheadle J.** The long reach of divorce: divorce and child well-being across three generations 2005. Available from: <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1024&context=sociologyfacpub>.
8. **Rød P, Ekeland T-J, Thuen F.** Barns erfaringer med konfliktfylte samlivsbrudd: problemforståelse og følelsesmessige reaksjoner. *Tidsskr Nor Psykologforen.* 2008;45:555-62.
9. **Byberg I, Foss A, Noack T.** Gjete kongens harer: rapport fra arbeidet med å få samboerne mer innpasset i statistikken 2001;4. Available from: http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200140/rapp_200140.pdf.
10. **Grych JH, Fincham FD.** Interventions for children of divorce: toward greater integration of research and action. *Psychol Bull.* 1992;111:434-54.
11. **Pehrsson D-E, Allen VB, Folger WA, McMillen PS, Lowe I.** Bibliotherapy with preadolescents experiencing divorce. *Fam J Alex Va.* 2007;15:409-14.
12. **Rich BW, Molloy P, Hart B, Ginsberg S, Mulvey T.** Conducting a children's divorce group: one approach. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2007;20:163-75.
13. **Delucia-Waack JL, Gellman RA.** The efficacy of using music in children of divorce groups: Impact on anxiety, depression, and irrational beliefs about divorce. *Group dyn.* 2007;11:272-82.
14. **Boserup B.** Evaluering af Børns Vilkårsskilsmissegruppe april 05-februar 06. Valby: Børns Vilkår; 2006.
15. **Suell D.** Gruppe for skilsmisseramte barn: evalueringsrapport. Dianalund: Institut for Diakoni og sjælesorg; 2008.
16. **EGGE H.** PIS-prosjektet 2004-2008. Bærum kommune: Helsekontoret for barn og unge; 2009.
17. **Sletten NL, Tørresen T.** Vanlig men vondt: ungdom og samlivsbrudd. Kristiansand: Kristiansand kommune; 2012.
18. **Antonovsky A.** Et nytt syn på helse og sykdom. Helsens mysterium: den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. p. 25-37.
19. **Krueger RA.** Moderating focus groups. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 1998.
20. **Glaser BG, Thulesius H, Åström T.** Att göra grundad teori: problem, frågor och diskussion. Mill Valley, Calif.: Sociology Press; 2010.
21. **Glaser BG, Strauss AL.** The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.
22. **Hallberg LRM.** Qualitative methods in public health research: theoretical foundations and practical examples. Lund: Studentlitteratur; 2002.
23. **Antonovsky A.** På vej mod et nyt syn på helbred og sygdom. Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzel Forlag; 2000. p. 19-32.
24. **Lesowitz M, Kalter N, Pickar J, Chethik M, Schaefer M.** School-based developmental facilitation groups for children of divorce: Issues of group process. *Psychotherapy.* 1987;24:90-5.
25. **Heap K.** Gruppemedlemskap i dagliglivet. Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere. Oslo: Gyldendal akademisk; 2005. p. 13-6.
26. **Maes SD, De Mol J, Buysse A.** Children's experiences and meaning construction on parental divorce: A focus group study. *Childhood.* 2012;19:266-79.
27. **Dunn J, Davies LC, O'Connor TG, Sturgess W.** Family lives and friendships: the perspectives of children in step-, single-parent, and nonstop families. *J Fam Psychol.* 2001;15:272-87.
28. **Raundalen M, Schultz J-H.** Kan vi snakke med barn om alt?: de vanskelige samtalen. Oslo: Pedagogisk forum; 2008.
29. **Haukø BH, Stamnes JH.** Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleien.* 2009;97:32-5.
30. **Kvarme LG, Aabo LS, Saeteren B.** «I feel I mean something to someone»: Solution-focused brief therapy support groups for bullied schoolchildren. *Educ Psychol Pract.* 2013;29:416-31.
31. **Langeland E.** Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning.* 2009;4:288-97.
32. **Nutbeam D.** Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>.
33. **Mæland JG.** Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforl.; 2010.
34. **Eriksson M, Lindstrom B.** Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:376-81.
35. **Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK.** The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2006;62:212-9.
36. **Kvale S.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1997.



Arkivfoto: Stig M. Weston

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Artikkelen tar utgangspunkt i samfunnets- og sykehusets perspektiv på infeksjonsforebyggende arbeid (jf. kampanjen «I trygge hender 24-7»), en stadig økende forekomst av smittsomme sykdommer og resistente bakterier, samt interesse for eksisterende utøvelse og overholdelse av smitteforebyggende tiltak på operasjonsstuen.

Hensikt: Artikkelen søker å belyse faktorer som i ulik grad vil påvirke den praktiske gjennomføringen av smitteforebyggende tiltak.

Metode: Det ble gjennomført kvalitative dybdeintervjuer med ti medlemmer av operasjonsteamet. Data er analysert etter fenomenologisk-hermeneutiske prinsipper, inspirert av Granheim & Lundman .

Resultater: Studien avdekket flere forhold som har konsekvenser for hvorvidt man iverksetter smitteforebyggende tiltak peroperativt: Utdanningsbakgrunn, kjennskap til prosedyrene, i hvilken grad man føler seg forpliktet til å etterleve prosedyrene, informasjonsoverføring og ansvarsfordeling. Det framkommer

klare forskjeller mellom gruppene sykepleiere og kirurger/ortopeder, hvor operasjonssykepleiere er i en særstilling.

Konklusjon: Det viser seg at flesteparten av medlemmene i operasjonsteamet kan lite om tiltak som skal iverksettes ved ulike former for smitte. De oppsøker heller ikke denne kunnskapen, men setter sin lit til at operasjonssykepleiere forbereder og informerer om tiltakene. Dette viser til et behov for økt oppmerksomhet på det felles ansvar man har for smitteforebygging i en operasjonsavdeling.

ENGLISH SUMMARY

Infection prevention perioperative

Background: This article is based on the society's and the hospital's focus on preventing infections (ref. campaign «In safe hands 24-7»), an increasing prevalence of infectious diseases and resistant bacteria, and interest in existing practice and compliance with infection preventing initiatives in the operating room.

Objective: The article seeks to highlight factors that affect the practical implementation of infection prevention measures.

Method: Qualitative in-depth interviews with 10 members of the surgical team were conducted. Data were analysed according to phenomenological-hermeneutical principles, and inspired by Granheim & Lundman.

Results: The study reveals several factors that might have consequences for whether infection prevention measures are implemented perioperatively: educational background, knowledge of procedures, the degree to which one feels obligated to comply with the procedures, information flow and division of responsibility. There appear to be clear differences between nurses and surgeons/orthopa-

edic surgeons, where scrub-nurses are in a unique position.

Conclusion: It appears that the majority of the members of the surgical team know little about the measures that should be taken in order to prevent different forms of infection. Nor do they seek to improve their knowledge on the subject. Instead, they rely on the nurses and their expertise in the area. This indicates a need for increased focus on the shared responsibility of infection prevention in an operating room.

Keywords: infection-prevention, in-fecton-prevention measures, surgical team

» Smitteforebyggende tiltak peroperativt

Forfattere: Ann-Chatrin Leonardsen og Rigmor Johansen

NØKKELORD

- Smitte
- Prosedyre
- Operasjon

INTRODUKSJON

I arbeidet med infeksjonsforebyggende tiltak har oppmerksomheten helt siden den gang Lister mfl. oppdaget mekanismene bak smitteoverføring på 1800-tallet, vært rettet mot å forebygge forekomst av nosokomiale infeksjoner hos pasienter (1). I de senere år har helsearbeideres bevissthet om egen risiko for å bli smittet av sykdommer fra pasientene øket. Statistikk viser en økende forekomst av yrkesrelatert smitte av hiv, Hepatitt-B virus og Hepatitt-C virus anslått til henholdsvis 0,3 prosent, 6–30 prosent og 1–10 prosent (2–6). I de vestlige land har overforbruk og feilbruk av antibiotika skapt økende problemer med multiresistente bakterier som gule stafylokokker, og enterokokker (7).

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet «Lov

om vern mot smittsomme sykdommer» (8). I 1997 fastsatte Arbeidstilsynet «Forskrift om vern av arbeidstakere mot farer ved arbeid med biologiske faktorer». Formålet var å beskytte arbeidstakernes helse og sikkerhet, og forebygge mot farer som oppstår ved eksponering for biologiske faktorer i arbeidsmiljøet. I tillegg har «Forskrift om smittevern i helsetjenesten» (9) som formål å forebygge og begrense forekomsten av infeksjoner i helsetjenesten. I januar 2011 ble pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24/7» lansert, etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Et sentralt punkt i kampanjen er «Trygg kirurgi», hvor et av fokusområdene er å forebygge infeksjoner hos pasienter (10,11).

Ved operative inngrep er personalet eksponert for potensielle smittekilder, som kroppsvæsker, sårsekret og blod. I tillegg benyttes skarpe og skjærende gjenstander som øker risikoen for smitteoverføring. Ifølge Health Protection Agency (HPA) ville 20 prosent av alle hendelser som medførte smitte, rapportert fra opera-

sjonsavdelinger i UK i tidsrommet 2000 til 2007, vært mulig å forebygge ved hjelp av ulike forholdsregler (12). Eksempler på slike forholdsregler kan være bruk av doble hansker, som reduserer faren for smitteoverføring ved stikk-skader (13–21). Bruk av «no-touch»-teknikk, hvor skarpe eller skjærende gjenstander aldri overleveres fra hånd til hånd, eller det å bruke butte nåler ved kirurgiske inngrep, er også tiltak som kan redusere faren for slike skader (22,23).

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser varierende praksis blant ulike medlemmer av operasjonsteamet når det gjelder smitteforebyggende tiltak peroperativt. Dette kan medføre smittefare for alle involverte parter.

Mer om forfatterne:

Ann-Chatrin Leonardsen er anestesisykepleier med master i tverrfaglig samarbeid og PhD-Stipendiat, ansatt ved Sykehuset Østfold. Rigmor Johansen er operasjonssykepleier med master i organisasjon og ledelse, og avdelingskoordinator operasjon ved Sykehuset Østfold. Kontakt: dleo@online.no.

«No-touch»-teknikk er også del av eksisterende prosedyre ved blodsmitte ved aktuelle sykehus (24). Andre aktuelle tiltak med dokumentert effekt er bruk av sprutsikkert munnbind og/eller åndedrettsvern (25). I tillegg finnes en rekke nasjonale og internasjonale retningslinjer med henvisninger til smitteforebyggende tiltak (26–30).

Forskning viser til interprofesjonelle forskjeller i forhold til etterlevelse av, og kunnskap om standard forholdsregler og smitteforebyggende tiltak både i og utenfor operasjonsavdelinger (31–35). Cutter & Jordan (31) hevder at kun 10 prosent av personalet i operasjonsavdelingen konsekvent følger alle forholdsreglene, og at dette avhenger av den enkelte individuelle vurdering av smittefaren. De påpeker også at kirurger er mindre tilbøyelige til å følge prosedyrer og til å delta ved ulik opplæring og undervisning. Osborne (32) viser til at man i mindre grad iverksetter forebyggende tiltak i de tilfeller hvor dette virker forstyrrende på andre plikter under operasjonen. Forskning viser også at tidsmangel, økonomiske hensyn og det at beskyttelsesutstyr ikke er tilgjengelig oppgis som årsaker til at prosedyrer ikke følges (31).

STUDIENS HENSIKT

Smitte kan overføres fra pasient til personale, mellom helsepersonell og fra helsepersonell til pasient. For å hindre spredning av smitte er det viktig å iverksette tiltak slik at man hindrer dette. I vårt arbeid som henholdsvis anesthesi- og operasjonssykepleier har vi fått inntrykk av at gjennomføring av smitteforebyggende tiltak varierer, og at medlemmene av operasjonsteamet

har ulik oppfatning av viktigheten av å iverksette forebyggende tiltak. Vi ønsket å gjennomføre en undersøkelse for å se om vårt inntrykk stemte.

Studiens hensikt er å belyse ulike forhold som kan ha konsekvenser for personalets ivaretagelse av smitteforebyggende tiltak peroperativt.

METODE

Det ble i perioden september 2013–januar 2014 gjennomført individuelle, semistrukturerte dybdeintervjuer i tråd med anbefalinger for gjennomføring av kvalitative forskningsintervjuer (36). Intervjuguiden ble utformet med bakgrunn i teori, og utprøvd ved hjelp av et «prøveintervju». Prøveintervjuet fungerte som en rettesnor for å oppklare eventuelle uklarheter, og medførte en konkretisering av ulike forhold

som omhandler peroperativ smitteforebygging. Intervjuet startet med et åpent spørsmål om informanten kunne beskrive hva han eller hun la i begrepet smittevern. Videre ble temaer som utdanning, kjennskap til ulike prosedyrer og differensiering mellom ulike smitteformer fokusert. Det ble hele veien stilt utdypende spørsmål som «Kan du beskrive dette nærmere?».

Vi foretok et stratifisert utvalg, siden vi ville sikre oss informanter fra hver profesjonsgruppe: operasjonssykepleier, anesthesisykepleier, anestesilege og kirurg. I tillegg ble det differensiert mellom allmennkirurg og ortoped, og mellom lege i spesialisering (LIS) og overlege. Innenfor hvert stratum ble det så foretatt tilfeldig trekking (36) av to informanter. Utvalget besto dermed av

TABELL 1. Oversikt over informantene

Kjønn	Spesialitet	Erfaring innen spesialiteten	Varighet intervju (minutter)
Kvinne	Operasjonssykepleier	11	57
Kvinne	Operasjonssykepleier	5	59
Mann	Anesthesisykepleier	22	42
Mann	Anesthesisykepleier	8	40
Mann	Anestesilege LIS	2,5	37
Kvinne	Anestesilege/Overlege	9	45
Kvinne	Kirurg/LIS	4,5	36
Mann	Kirurg/Overlege	8	35
Mann	Ortoped/LIS	1,5	32
Mann	Ortoped/Overlege	8	39

TABELL 2. Eksempel på analyse fra meningsenheter til kategorier

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Koder	Subkategorier
«...eller at noen sier «her er det smitte, nå på du ha på deg doble hansker eller visir», ja, javel, så tar jeg det. Ellers kan det hende jeg ikke hadde tatt det heller, selv.»	<ul style="list-style-type: none">• Noen sier ifra at han skal ta på seg beskyttelsesutstyr• Noen sier ifra at det er smitte• Gjør som han blir bedt om• Hadde unnlatt det dersom han ikke ble fortalt det	<ul style="list-style-type: none">• Ansvarsfordeling• Kjennskap til prosedyrer	<ul style="list-style-type: none">• Andre får ansvar for ivaretagelse av smitteforebyggende tiltak

ti informanter. I alt fire som ble trukket ut takket nei til å delta, hvorav to anestesisykepleiere og to ortopedier.

Intervjuene ble foretatt på sykehuset, utenfor operasjonsavdelingens lokaler, i informantens arbeidstid. Dette for å sikre rekruttering til studien. Åtte intervjuer ble gjennomført med begge forfattere til stede, mens to av intervjuene ble gjennomført av henholdsvis operasjons-sykepleier (overlege anesthesi) og anestesisykepleier (overlege kirurg).

For å sikre data fra intervjuene ble det gjort lydopptak med bruk av digital opptaker. Intervjuene varte fra 32 til 59 minutter.

ANALYSE

Materialet er bearbeidet og fortolket innenfor en fenomenologisk-hermeneutisk tradisjon (37). I analysen av det empiriske materiale er det lagt vekt på ordrett transkripsjon. Identifiserte meningsenheter er kondensert så nært opp til informantens utsagn som mulig. Det er foretatt en innholdsanalyse av det transkriberte materiale inspirert av Granheim & Lundman (38). For å beskrive variasjonen i datamaterialet ble kodene sortert i ulike kategorier ut fra likhet og ulikhet. Innhol-

det ble delt inn i et manifest og et latent innhold, der det manifeste innholdet beskriver det som er skrevet i teksten, mens det latente innholdet innebærer en tolkning av tekstens doble budskap (38).

” Ved operative inngrep er personalet eksponert for potensielle smittekilder, som kroppsvæsker, sårsekret og blod.

Første trinn i analyseprosessen var å lese gjennom hele det transkriberte intervjumaterialet for å danne et helhetsinntrykk. Det neste trinnet var å bestemme meningsenheter og å forkorte dem til kondenserte meningsenheter, som deretter ble sammenfattet og gruppert til et høyere nivå (abstrahert). Ved neste trinn i analyseprosessen ble det vurdert likheter og ulikheter i koder, og det ble abstrahert i underkategorier videre til kategorier.

ETISKE FORHOLD

I forkant av gjennomføring ble det innhentet godkjenning fra Helseforetakets forskning- og utviklingsavdeling (FOU), samt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det ble sendt ut et informasjonsbrev til alle informantene

med en beskrivelse av studien, samt informasjon om deres rett til frivillig deltakelse og til å trekke seg når som helst. Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra alle. En etisk betenkelighet var at forfatterne

også har rolle som kollegaer. Tilsynelatende la ikke dette noen demper på informantens uttalelser, idet både positive og negative forhold kom frem. Det er tilstrebet ivaretagelse av anonymitet. Derfor settes ikke alder i sammenheng med kjønn, spesialitet og erfaring. Materiale fra analysen er ikke presentert for informantene i ettertid. Det vil derfor være mulighet for feiltolkning av materiale, som forfatterne må ta på sin kappe.

RESULTATER

Alder og kjønn hadde ikke noen innvirkning på informantens svar. Det var stor grad av svar mellom de to informantene i samme profesjonsgruppe.

Hva er smittevern?

Informantene ble innledningsvis bedt om å beskrive hva de

la i begrepet smittevern. En av operasjonssykepleierne definerte smittevern slik: «Det betyr alt, egentlig, i en operasjonsavdeling. I forhold til å forebygge infeksjoner, mest for pasient, men også for ansatte. At vi har rutiner for å beskytte oss selv også, i tillegg til å ha rutiner for å hindre at pasientene får infeksjoner». To anestesileger, en anestesisykepleier og en kirurg nevnte tilsvarende faktorer i sin definisjon; som å

oppgå derimot at dette temaet ble vektlagt i liten eller svært liten grad. Som en kirurg sa: «Det er et tema en eller annen gang. Men, man sier det i for-bifarten ... Det var ikke så stor vekt på det». I tillegg til operasjonssykepleierne var det kun en ortoped som oppga å ha hatt undervisning eller fokus på smittevern under studiet, men da kun under introduksjoner i operasjonsavdeling: «Vi hadde mye om det i studietida. De

«Jeg synes EK er vanskelig altså Det er ikke så lett å finne frem». Begge operasjonssykepleierne kjente til prosedyrene, og brukte EK regelmessig. Når vi spurte hvorvidt informantene kjente til prosedyren ved stikkskade oppga kun en ortoped og en kirurg å ikke kjenne til denne.

Etterlevelse av prosedyrer

Til tross for at mange av informantene oppga å ikke kjenne til prosedyrene ved ulike typer smitte, viste det seg at alle tok visse forholdsregler ved operasjon på smittebærende pasient. Begge anestesisykepleierne oppga at de sjekker prosedyren i papirform når de skal ha en pasient med smitte, og at de iverksetter tiltak som å bruke hansker og å dekke til eget utstyr med plast. Sju av ti informanter framhevet at operasjonssykepleiere er tillagt mye av ansvaret for at prosedyrer følges og tiltak iverksettes. Overlege anestesi sa: «Alle har et ansvar, men jeg tror man legger mye ansvar på operasjonssykepleierne. Alle har jo et selvstendig ansvar, men i realiteten blir det nok lagt over på dem». Dette stemte godt overens med den opplevelsen operasjonssykepleierne selv hadde: «Min personlige mening er at det er vi operasjonssykepleiere som, om vi ikke har ansvaret, har tatt ansvaret». De uttrykte også en viss frustrasjon i forbindelse med dette: «Jeg føler at det ikke er noen som helst slags deltakelse fra den andre part. De løfter ikke ut en stol, de fjerner ikke en hanske...». En anestesisykepleier uttrykte det slik: «Jeg bruker den frakken jeg blir tilbudt». Ortoped overlege påpekte også: «Jeg mener det ligger på avdelingssjefnivå.

” Smitte kan overføres fra pasient til personale, mellom helsepersonell og fra helsepersonell til pasient.

forebygge infeksjoner og å ikke spre smitte mellom personalet, fra pasient til personale og omvendt. De resterende informantene uttrykte en mer uklar definisjon av begrepet smittevern. En anestesisykepleier sa for eksempel at «Smittevern forbinder jeg med det som blir laget av regler og prosedyrer og sånn. Altså ikke hvordan jeg håndterer det til daglig, men prosedyrene og reglene for avdelingen. Og at noen har en smittevernfunksjon». Mens en ortoped definerte smittevern som «Det å være steril. Alt skal vaskes og skrubbes ordentlig. Passe på å ikke være borti ting inne på operasjonsstua. Slike ting synes jeg er viktig».

Utdanningsbakgrunn

Informantene ble bedt om å beskrive i hvilken grad smittevern ble vektlagt både under deres grunnutdanning og ved videreutdanning eller spesialisering. Begge operasjonssykepleierne oppga at dette temaet ble betydelig vektlagt, og sterkt fokusert. Sju informanter

gangene vi fikk være med på operasjoner og sånn, så var de veldig nøye på det ... Ellers var det lite fokus på smitte og smittevern».

Kjennskap til prosedyrer

Av legene var det kun en anestesilege som oppga å ha lest noen av smittevernprosedyrene som finnes i avdelingen. Ingen av legene hadde oppsøkt disse, men antok at de var å finne i det elektroniske kompetansesystemet, EK. På direkte spørsmål «Kjenner du innholdet i de ulike smittevernprosedyrene i avdelingen?», svarte de kort og greit: «Nei». En av kirurgene sa: «Jeg tror generelt sett leger er veldig dårlig på EK. Jeg tror at av ti stykker er åtte ikke inne på EK. Vi tar det ikke på samme måte på alvor som andre, selv om vi er med på å lage prosedyrer». Begge anestesisykepleierne så på prosedyrene som finnes i papirversjon hengt opp i avdelingen. De oppga også at de syntes det er vanskelig å finne frem i EK, og at de sjelden oppsøker dette:

Prosedyrerne er der sikkert, men de blir jo ikke fulgt, og da er det avdelingssjefen som har ansvar for det».

Når de ble spurt om de opptrådte ulikt ved ulike former for smitte kom det frem at tre informanter iverksatte samme tiltak uavhengig av hvilken type smitte pasienten hadde. Bortsett fra de to anestesisykepleierne brukte alle informantene doble hansker ved blodsmitte. Alle oppga bruk av smittefrakk, egne sko og munnbind som forebyggende tiltak ved smitte. Kun en operasjonssykepleier og en kirurg kjente til «no-touch-teknikken».

Informasjonsoverføring

Pasienter som skal til operasjon meldes til avdelingen i et «Operasjonsbestillingsskjema», som skal inneholde nødvendig informasjon om pasienten, som sykdomstilstand, operasjonsfelt og -type. Her kan den kirurgen som skal operere pasienten fylle ut hvorvidt inngrepet er urent. Det finnes også en mulighet for å legge inn kritisk informasjon som allergier og smitte. I tillegg finnes et felt for merknader. I intervjuene framkom det at alle opplever en svikt i

Eller så kan det være at noen har lest et notat, og at det går til teamet. Og så går man og spør operatør.» Det framkom også at det ikke alltid er den som skal operere som selv fyller ut mel-deskjemaet, men at den legen som legger inn pasienten ved ankomst sykehus fyller det ut.

DISKUSJON

Våre funn viser en utfordring i forhold til kunnskap om, og etterlevelse av smittevernprosedyrer i operasjonsavdelingen. Tidligere studier er gjort på etterlevelse av prosedyrer blant operasjonssykepleiere versus kirurger. Denne undersøkelsen viser at det er forskjeller mellom alle de ulike profesjonene i operasjonsteamet. Vi valgte å differensiere mellom allmennkirurg og ortopedisk kirurg. Vi hadde en tanke om at ortopedier ville fokusere mer på smitteforebyggende tiltak, siden store deler av deres inngrep omfatter innsetting av implantat. I slike tilfeller vil det kunne ha enda større konsekvenser dersom pasienten utvikler en infeksjon; reoperasjon, lengre sykehusopphold og økt mortalitet. Våre funn viser at det ikke eksisterer noen forskjell verken i forhold til kunn-

skapleierne anser smittevern som helt essensielt i alt arbeidet på operasjonsstuen. Dette samsvarer med den sterke fokuseringen de har hatt på smittevern under sin videreutdanning. Blant legene, hvor de fleste oppgir å ha hatt svært lite fokus på smittevern under utdanningen, defineres smittevern mer upresist, fra vask på avdelingen og ivaretagelse av sterilitet, til utvikling av prosedyrer. Det viser seg at de som har hatt formell undervisning i emnet anser det som spesielt viktig, og det er også de som har mest kunnskap om innholdet i prosedyrene. Til tross for at forskning viser til økt bevissthet blant helsearbeidere om egen risiko for smitte (1) viser våre funn at kun halvparten av informantene oppgir dette som en del av smittevernarbeidet i operasjonsavdelingen.

Manglende kunnskap

Den enkelte helsearbeider har en lovpålagt plikt til å forebygge overføring av smittsomme sykdommer (8,9). Lov om helsepersonell (39) stiller også krav til helsepersonell om faglig forsvarlighet ut fra kvalifikasjoner. Til tross for dette framkommer det at kun halvparten av våre informanter har kunnskap om innholdet i smittevernprosedyrerne i avdelingen. «No-touch»-teknikk er prosedyre i avdelingen ved blodsmitte, likevel var det bare to av informantene i vårt utvalg som hadde kjennskap til denne teknikken, og kun en som bevisst tok den i bruk. Aktuelle studier viser at ingen av kirurgene kjenner smittevernprosedyrerne i avdelingen. De er heller ikke sikre på hvor de kan finne prosedyrene, men antar at de finnes i EK. Dette kan ses i sammenheng med det Cutter og Jordan

” Av legene var det kun en anestesilege som oppga å ha lest noen av smittevernprosedyrerne som finnes i avdelingen.

systemet for melding av pasienter med smitte til operasjon. Fire av informantene oppga at dette ikke står oppført i kritisk informasjon. Alle informantene oppga at de må lete litt for å finne denne informasjonen: «Jeg går først inn på meldeskjema og ser hva operatør har fylt ut. Og det kan jo være mangelfullt.

skap om smitteforebyggende tiltak generelt, om prosedyrer for smitteforebygging eller etterlevelsen av disse mellom ulike grupper kirurger.

Hva er smittevern?

Alle informantene definerer begrepet smittevern ulikt. Det kommer frem at operasjonssy-

(31) fant: at kirurger er mindre tilbøyelige til å følge prosedyrer og delta ved opplæring i slike. Når det gjelder prosedyren ved stikkskader var bildet et annet: Åtte av ti hadde kjennskap til denne. Tre av informantene hadde selv opplevd å stikke seg på utstyr som kniv eller sprøytespiss etter å ha brukt det på en pasient. Betyr det at sjansen for at man faktisk leser prosedyrer øker proporsjonalt med risikoen for å bli smittet? Manglende kunnskap om forebyggende faktorer og tiltak kan medføre at man fokuserer

viser at det kan oppleves som en belastning å stå alene med ansvaret, idet de også må sørge for at andre i operasjonsteamet følger prosedyrene.

Konsekvenser

Tidsmangel, økonomiske hensyn og mangel på utstyr, som tidligere forskning viser til, oppgis ikke av våre informanter som bakgrunn for at man ikke følger prosedyrer. Manglende kunnskap om smittevern medfører svikt i etterlevelsen av prosedyrene, eventuelt at man overlater til operasjons-

tevernprosedyrer blant operasjonssykepleiere og kirurger. Styrken i denne studien er at vi har sett på alle medlemmene av operasjonsteamet.

Svakheten i studien er at vi kun har tatt for oss ett sykehus. Kunnskap og praksis som framkommer kan være en konsekvens av andre forhold, som for eksempel lokale kulturer eller andre organisasjonsspesifikke forhold. Det er derfor ikke grunnlag for å generalisere våre funn. Det ville være interessant å gjennomføre en komparativ studie for å undersøke hvorvidt slike forhold eksisterer også ved andre operasjonsavdelinger.

” Alle har et ansvar, men jeg tror man legger mye ansvar på operasjonssykepleierne.

for lite på det å melde fra til operasjonsstuen at en pasient er smittebærende. Et problem per i dag er at det ikke alltid er den kirurgen som skal operere som fyller ut meldeskjema til operasjon. Dette øker risikoen for at tiltak ikke iverksettes og øker smittefaren for personalet.

Skjev ansvarsfordeling

Prosedyrerne følges i stor grad under operative inngrep. Tiltak med dokumentert smitteforebyggende effekt (13–25), med unntak av «no-touch», nevnes av alle informantene som viktige peroperative forholdsregler når pasienten er smittebærende. Ved gjennomføring av smitteforebyggende tiltak er det operasjonssykepleierne som oppgis å få og ta mest ansvar for gjennomføringen. Dette kan komme av at de faktisk innehar størst kompetanse på området, og samtidig at de vises den tillit at «det er dem som kan det best». Utsagn fra operasjonssykepleier

sykepleier å sørge for at disse følges (32). I tillegg vil svikt i informasjonsoverføring fra innleggende lege til operasjonsavdelingen medføre at tiltak ikke blir iverksatt. Dette medfører en økt risiko for at smittsomme sykdommer vil spres fra pasient til personale, og også via personalet til pasienter.

Metodekritikk

Utvalget i denne studien er relativt lite. Likevel mener vi å ha påpekt interessante forskjeller, idet svarene innad i de ulike profesjonsgruppene hadde stor grad av samsvar. At forfatterne representerer to ulike grupper: operasjonssykepleier og anestesisykepleier, anser vi som en styrke. Man unngår at informantene går i forsvar eller opplever spørsmål som et angrep. At vi var to både i intervju situasjonen og senere ved analyse, styrker studiens validitet og reliabilitet. Tidligere forskning har sett på etterlevelse av smit-

KONKLUSJON

Vi har ikke funnet lignende studier fra operasjonsavdelinger verken nasjonalt eller internasjonalt. Tidligere studier har sett på etterlevelse av standard forholdsregler, men ikke belyst forhold som kan forklare dette. Det framkommer at informantene i liten grad har kunnskap om smittevernprosedyrene i avdelingen. Sykepleierne kjenner dem best, og spesielt operasjonssykepleiere både får og tar ansvar for gjennomføring av smitteforebyggende tiltak. Vi mener dette viser til et behov for å fokusere på smitteforebyggende arbeid fra ledelsens side, og å sørge for opplæring og oppfølging av hele operasjonsteamet slik at smittevernsprosedyrene blir fulgt. Det er også viktig å få denne kunnskapen videre til innleggende leger, slik at informasjon om at pasient er smittebærende overbringes på en bedre måte. Smittevern er et felles ansvar som alle burde bli gjort bevisste på.

Takk til Professor Egil Skorstad for gode råd og innspill.

REFERANSER

1. **Grundemann BJ, Fernsberg B.** Comprehensive perioperative nursing. Principles. Boston: Jones & Bartlett. 1995.
2. **Centres for Disease Control and Prevention.** Public health services guidelines for the management of health care workers exposures to hiv and recommendations for postexposure prophylaxis. *Morb Mortal Wkly Rep MMWR* 1998;47:33.
3. **Centres for Disease Control and Prevention.** Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV related chronic disease. *Morb Mortal Wkly Rep MMWR* 1998;47:39.
4. **National Centre in hiv.** Epidemio-logy and Clinical Research. Australian health surveillance report 1999;5:6.
5. **Joint working party of the Hospital Infection Society and the Surgical Infection Study Group:** Risks to surgeons and patients from hiv and hepatitis: guidelines on precautions and management of exposure to blood or body fluids. *BMJ* 1992;305:1337.
6. **Puro V, Petrosillo N, Ippolito G.** Risk og hepatitis C seroconversion after occupational exposures in health care workers: Italian Study Group of Occupational Risk of hiv and other blood-borne Infections. *Am J Infect Control* 1995;23:273.
7. **www.fhi.no**
8. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Lov om vern mot smittsomme sykdommer. (1994). Tilgjengelig fra: http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20050617-0610.html&emne=forskrift%20%2b%20om%20%2b%20smittevern*&. (Nedlastet 14.03.2014).
9. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Forskrift om smittevern i helsetjenesten 610/2005. Folkehelseavdelingen. 2005.
10. **Saunes IS, Krogstad U.** Valg av innsatsområder i den nasjonale sikkerhetskampanjen. Rapport fra Kunnskapsstipendatet 1/2011. 2011.
11. **Lauvrak V, Jeppesen E, Krogstad U.** WHO sjekklister for Trygg kirurgi. Metodevarsel 1/2010. Tilgjengelig fra: www.kunnskapsstipendatet.no/Publikasjoner/WHO+sjekklister+for+trygg+kirurgi.8393.cms. (Nedlastet 14.03.2014).
12. **www.hpa.org.uk**
13. **Philips S.** The comparison of double gloving to single gloving in the theatre environment. *AFPP* 2011;21:10-15.
14. **Laine T.** Glove Perforation in Surgery: The Importance of Double Gloving and The Effect on Surgical Site Infections. Diss. Turun Yliopiston Julkaisuja Annales. Universitatis Turkuensis, Turku. 2004
15. **Tanner J, Parkinson H.** Double gloving to reduce surgical cross-infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; 3.
16. **Caillet J, Paparel P, Arnal E, Schreiber V, Voiglio EJ.** Anticipated Detection of Imminent Surgeon-Underglove System. *World J of Surgery* 2006;30:134-8
17. **Naver LPS, Gotttrup F.** Incidence of glove perforations in gastrointestinal surgery and the protective effect of double gloves: a prospective randomized controlled study. *Eur J Surg* 2000;166:293-5.
18. **Thomas S, Agarwal M, Mehta G.** Intraoperative glove perforation- single versus double gloving in protection against skin contamination. *Postgrad Med J* 2001;77:458-60.
19. **Murta EFC, Silva CS, Junior ORA.** Frequency of glove perforation and the protective effect of double gloves in gynaecological surgery. *Arch Gynecol Obstet* 2003;268:82-4
20. **Malhotra M, Sharma JB, Wadhwa L, Arora R.** Prospective study of glove perforation in gynecological and obstetrical operations: Are we safe enough? *J of obstetrics and gynecological research* 2004;30(4):319-22.
21. **Hagen GØ, Arntzen H.** Risiko for perforasjon av operasjonshansker. *Tidsskr for DNLF* 2007;127:856-8.
22. **Cocconi L, Claypool M, Stevens W.** Prevention of Transmissible Infections in the Perioperative setting. *AORN Journ* 2010;92:519.
23. **Parantainen A, Verbeek JH, Lavoie MC, Pahwa M.** Blunt versus sharp suture needles for preventing percutaneous exposure in surgical staff. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011.
24. **Sykehuset Østfold.** EK: Prosedyre ved blodsmitte
25. **Ny europeisk standard.** EN14683:2005 for kirurgisk munnbind.
26. **WHO.** Guidelines on Hand Hygiene in Health care. First Global Patient Safety challenge. «Clean Care is Safer care». Geneva. 2009.
27. **Folkehelseinstituttet.** Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetjenesta. Oslo. 2006.
28. **Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP, Harper P, Jones SR, McDougall C, Wilcox MH.** National Evidence-based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NSH Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection* 2007;65:1-59.
29. **Berland A, Berentsen SB, Gundersen D.** Sykehusinfeksjoner og pasient-sikkerhet. *Vard Nord Utveckl Forsk* 2009;29:33-7.
30. **Folkehelseinstituttet.** Basale smittevernrutiner i helsetjenesten. 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler?id=74107>. (Nedlastet 20.03.2014).
31. **Cutter J, Jordan S.** Inter-professional differences in compliance with standard precautions in operating theatres: A multi-site, mixed methods study. *Int Journ of Nurs Studies* 2012;49:953-68.
32. **Osborne S.** Influences on compliance with standard precautions among operating room nurses. *AJIC* 2003;3:415-23.
33. **Stein AD, Makarawo TP, Ahmad MFR.** A survey of doctor's and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. *J Hosp Infect* 2003;54:68 - 73.
34. **Tavolacci M, Ladner J, Bailly L, Merle V, Pitrou I, Czernichow P.** Prevention of Nosocomial Infection and Standard Precautions: Knowledge and Source of Information Among Healthcare Students. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29:642-7.
35. **Fagernes M, Lingaas E.** Impact of Finger Rings on Transmission of Bacteria During Hand Contact. I: Ph.d. Mellom vilje og viten- en studie om smitterisiko, atferd og holdninger knyttet til bruk av fingerringe blant helsearbeidere. Universitetet i Oslo. 2011.
36. **Willig C.** Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method. Buckingham: Open University Press. 2001.
37. **Langdridge D.** Hermeneutic phenomenology: Arguments for a new social psychology. *History & Philosophy of Psychology* 2003;5:30-45
38. **Granheim UH, Lundman B.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004;24:105-12.
39. **Lovdata.** Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). 2. Juli 1999; nr. 4. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>. (Nedlastet 14.03.2014).

Les kommentaren på side 348 >>

Smittevern et felles ansvar

› Det kan virke som det kun er operasjonssykepleierne som har hatt fokus på smitteforebygging i sin utdanning.



Cathrine Heen

Ledende spesialsykepleier fag, Operasjonsavdelingen, Akutt klinikken, OUS

Det er en aktuell problemstilling som belyses i denne artikkelen. Iverksetting av smitteforebyggende tiltak peroperativt er et felles ansvar i operasjonsteamet. Funnene i denne studien viser at kunnskap om smittevern og eksisterende prosedyrer varierer mellom de ulike profesjonene. Det kan virke som det kun er operasjonssykepleierne som har hatt fokus på dette området i sin utdanning. Sju av informantene framhever at operasjonssykepleierne har et særlig ansvar for å iverksette tiltak ved smitte. Operasjonssykepleierne erkjenner at de har et stort ansvar og at de har «tatt ansvaret». Det er viktig at operasjonssykepleierne er oppmerksomme på at teamet forventer og har tillit til at de bruker sin kompetanse, og at de iverksetter smitteforebyggende tiltak. Det kan på den annen side virke som de andre profesjonene fraskriver seg ansvar for å holde seg faglig oppdaterte og utøve en faglig forsvarlig praksis. I studien uttrykte en av operasjonssyke-

pleierne frustrasjon over at resten av teamet overhodet ikke deltok. Det kan være en belastning å stå alene med ansvaret.

Funnene i studien er i samsvar med min egen erfaring fra praksis. Operasjonssykepleierne har en særegen funksjon og kompetanse i smittevern. Det kommer til uttrykk i alt arbeidet på operasjonsstua. Operasjonssykepleierne ser til at alle følger gjeldende hygieneprosedyrer. Det kan være en slitsom rolle å alltid skulle følge med og korrigere kollegers atferd.

Det var betryggende å høre at de fleste, åtte av ti, kjente til prosedyre ved stikkskader. I studien nevnes en prosedyre for «no-touch»-teknikk som kun var kjent av to av informantene. Dette var overraskende funn. «No-touch»-teknikk er viktig for å forebygge stikkskader og må løftes fram.

Denne artikkelen er relevant for både sykepleiere og leger som jobber i operasjonsavdelinger. Operasjonssykepleierne må være bevisste på sin kompetanse

og ansvaret teamet pålegger dem. De er hygienens «vaktmestere» i operasjonsavdelingen. På den annen side har de andre yrkesgruppene behov for å få frisket opp hygieneprosedyrene. Flere informanter visste ikke helt hvor de skulle finne dem.

Helsedirektoratet har fokusert på oppgavedeling og bemanning av operasjonsstuer på grunn av mangel på spesialsykepleiere. Studien viser hvor viktig det er med rett kompetanse på rett sted. Smittevern er et felles ansvar. Ledere må sørge for at alle yrkesgrupper blir bevisste på sitt ansvar og sørger for at kunnskapen blir lettere tilgjengelig.

Studien er liten, ti informanter på ett sykehus, og det er derfor vanskelig å generalisere funnene til å gjelde andre operasjonsavdelinger. Det kunne vært spennende om flere sykehus hadde vært inkludert.

Les artikkelen på side 340



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



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Helse- og sosialtjenesten har det høyeste sykefraværet i Norge. Årsakene er sammensatte, og blant annet relatert til jobbtilfredshet og livsstilsfaktorer. Det finnes så vidt vi vet ingen norske studier som har undersøkt om skiftordninger kan påvirke sykefraværet.

Hensikt: Målet for denne studien var å undersøke sammenhengen mellom forskjellige skiftordninger og selvrappertert sykefravær, etter justering for jobbtilfredshet og livsstilsfaktorer.

Metode: Denne artikkelen er basert på tverrsnittsdata fra 1464 sykepleiere, hentet fra en større norsk spørreskjemaundersøkelse om skiftarbeid, søvn og helse (SUSSH). Vi undersøkte forskjeller mellom sykepleiere i fast dagskift, fast nattsift og treskiftturnus med hensyn til sykefravær, jobbtilfredshet, alder, antall år som sykepleier, kroppsmasseindeks (KMI), barn hjemme, samt alkohol- og røykevaner.

Resultater: Det ble ikke påvist forskjeller i forekomst av sykefravær (ja/nei) det siste året når vi sam-

menliknet sykepleiere som gikk bare dagskift, bare nattsift eller treskift-turnus, men antall dager med sykefravær var høyere blant kvinnelige sykepleiere i treskiftturnus enn i de to andre gruppene (khikvadrattest, $p=0,02$). Sammenhengen er fremdeles signifikant etter justering for jobbtilfredshet og livsstilsfaktorer i en logistisk regresjonsanalyse.

Konklusjon: Denne studien viser en sammenheng mellom å gå treskiftturnus og antall sykefraværsdager blant kvinnelige sykepleiere.

ENGLISH SUMMARY

Shift work and sickness absence among Norwegian nurses

Background: Employees in the Health Services have the highest sickness absence in Norway.

Objective: The objective of this study was to investigate the association between different shift schedules and self-reported sick leave, when adjusting for job satisfaction and lifestyle factors.

Methods: This is a cross-sectional study based on 1464 nurses from a

Norwegian cohort study about shift work, sleep and health. We examined differences between nurses working fixed day-shifts, fixed night-shifts and three-shift rotation, with respect to sick leave, job satisfaction, age, years as nurses, body mass index, whether they had children at home, and alcohol and smoking habits.

Results: No differences were found regarding sickness absence (yes/no) the past year, comparing nurses in the three different shift schedules. The number of days of sickness absence was higher among female

nurses in three-shift rotation (chi-square test, $p=0.02$). Among female nurses, we found an association between number of sick leave days and working three-shift rotation, after adjustment for job satisfaction and life-style factors, using logistic regression analyses.

Conclusion: This study shows an association between high sickness absence and working three-shift rotation, among female nurses.

Keywords: nurses, shift work, job satisfaction, absenteeism

» Skiftarbeid og sykefravær blant sykepleiere

Forfattere: Torbjørn Flataker Lien, Ståle Pallesen, Bjørn Bjorvatn og Bente Elisabeth Moen

NØKKELORD

- Arbeidsbelastning
- Turnus
- Sykepleiere

BAKGRUNN

Helsearbeidere har et høyt sykefravær sammenliknet med mange andre yrkesgrupper. Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) var sykefraværet i helse- og sosialtjenesten i 2011 9,4 prosent, mens sykefraværet samlet i alle næringer var 6,7 prosent. Fraværet blant kvinner i helse- og sosialtjenesten i 2011 var 10,1 prosent, for menn 6,4 prosent. Årsakene til sykefravær er sammensatte og sykefravær avhenger både direkte av helseproblemer og hvordan enkeltpersoner forholder seg til sine helseproblemer (1).

En stor andel helsepersonell er sykepleiere. Det er i dag omtrent 87 000 yrkesaktive sykepleiere i Norge (2). Arbeidsinnsats fra denne yrkesgruppen trengs 24 timer i døgnet i mange institusjoner. Det er vanlig at deres vaktordninger deles inn i dag-, kvelds- eller nattskift.

Enten kombineres disse skiftene i en turnusordning der sykepleiere roterer mellom ulike skift, eller sykepleierne kan ha permanente skiftordninger, for eksempel bare dagskift eller bare nattskift. Det er gjort flere studier som undersøker effekten av skiftordninger på fysisk og mental helse (3–5). Noen studier involverer sykepleiere og har for eksempel vist en økt risiko for koronar hjertesykdom (6) og utbrenthet (7) blant skiftarbeidere. Det er også kjent at søvnproblemer er knyttet til forskjellige skiftordninger, særlig nattskift og treskiftturnus (8–10). Vi har generelt liten kunnskap og forståelse av årsakene til sykefravær blant sykepleiere, og vet lite om sammenhengen mellom deres sykefravær og skiftordninger (11).

Det finnes mange studier av psykososialt arbeidsmiljø blant sykepleiere, og det er vist at arbeidsforhold og jobbtilfredshet har innvirkning på sykefravær (11,12). Få har imidlertid undersøkt mulige sammenhenger mellom skiftordninger og sykefravær blant sykepleiere, til tross for at sykepleiere selv rangerer skiftarbeid blant de tre viktigste årsaker til denne

typen fravær fra jobben (13). Sykepleierne rapporterer også at forbedring av skiftordningene kan være en viktig metode for å få ned sykefraværet for yrkesgruppen (13). En studie fra Island (14) viste ingen forskjeller i sykefravær blant sykepleiere som jobbet turnus eller dagskift, mens man i en dansk studie (15) fant at helsearbeidere i eldreomsorgen med fast kveldsvakt hadde et økt sykefra-

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at det er en sammenheng mellom fravær og treskift-turnus blant kvinnelige sykepleiere.

Mer om forfatterne:

Torbjørn Flataker Lien er medisinstudent ved Universitetet i Bergen. Ståle Pallesen, seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer, Haukeland Universitetssykehus og professor ved Institutt for samfunnspsykologi, UiB. Bjørn Bjorvatn er leder av Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer, Haukeland Universitetssykehus og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin og UiB. Bente Elisabeth Moen er lege og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB. Kontaktperson: lien.torbjorn@gmail.no.

vær med varighet over to uker sammenliknet med kontrollgruppe i fast dagskift. Alt i alt er det få studier som tar for seg relasjonen mellom sykefravær og forskjellige skiftordninger i helsesektoren, og konklusjonene er inkonsistente (16). Det finnes så vidt vi vet ingen norske studier på dette området.

Dataene til denne artikkelen er hentet fra en større studie av helse blant norske sykepleiere «Survey om Søvn, Skiftarbeid og Helse», SUSSH. Målet for den delen av undersøkelsen som blir presentert her, er å undersøke hvorvidt det er en sammenheng mellom skiftarbeid og sykefravær blant sykepleiere.

MATERIALE OG METODER

Populasjon

En tverrsnittundersøkelse av 2059 sykepleiere ble utført i 2008, som en start på en longitudinell studie av skiftarbeid og helse blant sykepleiere i Norge. Deltakerne ble valgt fra medlemsarkivet i Norsk Sykepleierforbund (NSF), og 6000 sykepleiere ble invitert til å delta. Fem grupper à 1200 syke-

og fødselsnummer, siden studien er et longitudinelt prosjekt. Deltakerne besvarte skjemaet og ga sitt skriftlige samtykke. Det var mulig å besvare spørreskjemaet elektronisk for dem som foretrakk dette. Inntil to purringer ble foretatt. Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forsknings-etikk og har fått konsesjon fra Datatilsynet.

Spørreskjema

Spørreskjemaet var på 14 sider, og inneholdt spørsmål om en rekke faktorer som angikk arbeidsforhold, arbeidsmiljø, trivsel på arbeidsplassen, søvn, livsstil og psykisk og fysisk helse. Data fra skjemaet skal brukes i flere delstudier i undersøkelsen. Data som ble brukt i den delstudien som presenteres her, var alder, kjønn, høyde, vekt, daglig røking (ja/nei), hvor ofte de drakk alkohol (ikke i det hele tatt, mindre enn en gang i måneden, en gang i måneden, to-tre ganger i måneden, omtrent en gang i uken, to-fire ganger i uken eller hver dag), arbeidstidsord-

des egen sykdom (ja/nei). Hvis ja, anslå samlet fravær de siste tolv månedene (svarkategoriene: 1-7, 8-14, 15-30, 31-90 og >90 dager). I tillegg besvarte deltakerne spørsmål om jobbkrav og jobbkontroll (17). De ble bedt om å ta stilling til sju påstander om jobbkrav og sju påstander om jobbkontroll på en skala fra 1 til 5, der 1 var helt uenig og 5 helt enig, og ble summert til en skåre for hver av disse to variablene. Derne ble «Strain» regnet ut ved å dividere jobbkrav på jobbkontroll (krav/kontroll).

For kartlegging av jobbtillfredshet ble deltakerne bedt om å ta stilling til i hvor stor grad de kunne si seg enig eller uenig i fem påstander på en skala 1 til 5 der 1 er helt uenig og 5 er helt enig (18). Påstandene i undersøkelsen var: «Jeg er ganske fornøyd med min nåværende jobb», «De fleste dager trives jeg med jobben min», «Arbeidsdagene ser aldri ut til å ha noen ende», «Jeg opplever virkelig glede i mitt arbeid» og «Jeg synes jobben min er ganske ubehagelig». Svarene ble summert til en sumskåre (0-25) for jobbtillfredshet der høy skåre er positivt. Kroppsmasseindeks (KMI) ble regnet ut på basis av oppgitt høyde og vekt.

” Helsearbeidere har et høyt sykefravær sammenliknet med mange andre yrkesgrupper.

pleiere ble tilfeldig trukket ut blant dem som var ferdigutdannet for henholdsvis 0-1, 1,1-3, 3,1-6, 6,1-9 og 9,1-12 år siden, og som arbeidet i Norge i minst 50 prosent stilling. Halvparten ble valgt fra Helseregion Vest, og halvparten fra resten av landet. Svarprosenten var 38,1 prosent. Informasjon om studien ble sendt i posten til hver enkelt, sammen med et anbefalingsbrev fra NSF og et spørreskjema. Spørreskjemaet ble påført navn

ning, stillingsprosent, antall år i arbeid som sykepleier, sykefravær, jobbtillfredshet, og om man hadde barn boende hjemme. I spørreskjemaet var det seks mulige svaralternativer vedrørende arbeidstidsordning; bare dag, bare kveld, både dag og kveld, bare natt, treskiftturnus og annen ordning med dag- og nattskift. Spørsmål om sykefravær var formulert slik: Har du hatt sykefravær de siste tolv månedene som skyl-

Statistisk metode

Deskriptiv statistikk ble brukt for å beskrive de ulike gruppene av skiftarbeidere. Bare dag, bare natt og treskift-turnus ble inkludert i analysene, da det var få deltakere i de andre kategoriene. Gruppene ble delt i henhold til kjønn, og deltakerne ble beskrevet innenfor hver av de tre skiftgruppene. ANOVA ble brukt for å sammenlikne kontinuerlige variabler og kjikvadrat-tester ble brukt for å sammenlikne kategoriske variabler. Dersom

vi fant forskjeller mellom de tre gruppene, analyserte vi dataene videre ved å sammenlikne to og to av gruppene for å finne ut hvilke grupper som var forskjellige. Da ble kjkvadrattester brukt for kategoriske variabler og t-tester brukt for de kontinuerlige variablene.

Vi kategoriserte antall sykefraværsdager siste år i to grupper, en–sju dager og over sju dager. Vi utførte en logistisk regresjonsanalyse for å analysere sammenhengen mellom antall sykefraværsdager og skiftarbeidstype samtidig som vi inkluderte faktorene alder, barn boende hjemme, alkoholinntak, jobb «strain» og jobbtilfredshet. Disse faktorene ble inkludert fordi de er signifikant forskjellige i de tre skiftgruppene. Skiftarbeid ble inkludert i analysen ved å lage to dummyvariabler, å gå nattskift eller ikke og å gå treskift-turnus eller ikke. Alder og år som sykepleier var signifikant korrelert (Pearson's korrelasjonskoeffisient = 0,5, $p < 0,001$) så kun alder ble inkludert i modellen. Alkoholforbruket blant sykepleierne var lavt; ingen av sykepleierne drakk alkohol daglig. Alkoholforbruket ble derfor rekategorisert til to grupper i regresjonsanalysene; alkoholbruk oftere enn en gang i uka eller sjeldnere. Regresjonsanalysene ble kun gjort blant kvinnelige sykepleiere, da antall menn var lavt. Den statistiske programpakken SPSS, versjon 18,0 ble brukt, og signifikansnivået ble satt til $p < 0,05$.

RESULTATER

2059 sykepleierne svarte på spørreskjemaundersøkelsen. I alt 1321 kvinner og 143 menn jobbet enten bare dag, bare natt eller treskift-turnus, og ble inkludert i studien, (tabell 1).

TABELL 1: Alder, år som sykepleier, kroppsmasseindeks (KMI), jobbtilfredshet, sykefravær, røyking, alkoholbruk og barn hjemme blant mannlige og kvinnelige sykepleiere fordelt på tre typer skiftordning.

Kvinner	Dagskift (n=133) Mean (SD)	Treskiftturnus (n=1043) Mean (SD)	Nattskift (n=145) Mean (SD)
Alder (år)	37 (8)	32(8)	31 (6)*
Arbeid som sykepleier (år)	8,6 (2,69)	5,0 (4,0)	5,1 (4,7)*
KMI	24,1 (3,4)	24,1 (4,0)	24,6 (4,5)
Jobbtilfredshet	21,0 (3,8)	20,0 (3,4)	19,7 (4,2)*
Strain (jobbkrav/jobbkontroll)	0,8 (0,2)	0,9 (0,2)	0,9 (0,2)
	Prosent (antall)	Prosent (antall)	Prosent (antall)
Daglig røkere (ja/nei)	6 (8)	9 (96)	10 (14)
Barn som bor hjemme (ja/nei)	73 (75)	47 (475)	57 (59)*
Alkoholforbruk (≥ 1 dag/uke)	27 (36)	22 (229)	15 (21)*
Sykefravær siste år (ja/nei)	79 (105)	81 (842)	73 (106)
Sykefraværsdager siste år ¹	Prosent	Prosent	Prosent
1–7 dager	65	56	75
>7 dager	35	44*	25
Menn	Dagskift (n=24) Mean (SD)	Treskiftturnus (n=97) Mean (SD)	Nattskift (n=22) Mean (SD)
Alder (år)	36 (5)	33 (6)	39 (9)*
Arbeid som sykepleier (år)	8,3 (4,5)	5,2 (4,3)	7,2 (5,0)*
Kroppsmasseindeks (BMI)	26,0 (2,8)	26,3 (4,1)	27,4 (2,9)
Jobbtilfredshet	19,1 (2,9)	19,8 (3,3)	19,2 (3,9)
Strain (jobbkrav/jobbkontroll)	0,9 (0,2)	0,8 (0,2)	0,9 (0,2)
	Prosent (antall)	Prosent (antall)	Prosent (antall)
Daglig røkere (ja/nei)	4 (1)	6 (6)	14 (3)
Barn som bor hjemme (ja/nei)	33 (8)	39 (38)	46 (10)
Alkoholforbruk (≥ 1 dag/uke)	25 (6)	5 (5)	5 (1)
Sykefravær siste år (ja/nei)	46 (11)	81 (79)	73 (16)
Sykefraværsdager siste år ¹	Prosent	Prosent	Prosent
1–7 dager	73	66	56
> 7 dager	27	34	44*

¹ Blant dem som hadde vært sykmeldt *Statistisk signifikant forskjell mellom minst to av gruppene.

Deskriptive data og jobbtilfredshet

Gjennomsnittsalderen var høyere for kvinner med dagskift enn for dem som arbeidet treskiftturnus og fast nattskift (ANOVA, $p < 0,001$), og det samme gjaldt antall år som sykepleier (tabell 1). En signifikant større andel kvinnelige sykepleiere med fast dagskift hadde barn boende hjemme enn i de andre skiftgruppene (khi-kvadrattest, $p < 0,001$). De som

levd sykefravær siste år (ja/nei) når sykepleiere i de tre skiftordningene ble sammenliknet, verken for kvinner eller menn (tabell 1). Antall sykefraværsdager siste år blant kvinner var signifikant høyere hos treskiftgruppen enn nattskiftgruppen ($p = 0,02$). Det var ikke signifikant forskjell mellom treskiftgruppen og dagskiftgruppen ($p = 0,08$), og heller ikke mellom nattskift og dagskift ($p = 0,064$). Blant mannlige sykepleiere hadde

antall selvrapporterte sykefraværsdager siste tolv måneder og treskift-turnus. Dette samsvarer med funnene i en dansk studie som har funnet økt sykefravær blant kvinnelige helsearbeidere i eldreomsorgen som arbeider kveldsskift (15). Den danske studien er imidlertid ikke helt sammenliknbar med vår, da de her sammenliknet dagarbeidere og ettermiddagsskiftarbeidere. En annen dansk studie om skiftarbeid og sykefravær i en gruppe arbeidstakere som inkluderer sykepleiere, gir ingen klare konklusjoner (19). En islandsk studie av sykepleiere viser ingen sammenheng mellom skifttype og sykefravær, men beskriver at sykepleiere som jobber treskiftturnus rapporterer mer stressopplevelser enn de andre skiftgruppene (14). En oversiktsartikkel (16) viser ingen sammenheng mellom sykefravær og nattskift eller treskift-turnus, men oppsummerer at det er svært få studier om dette temaet.

” Jobbtilfredshet var lavere blant de kvinnelige sykepleierne som gikk nattskift.

arbeidet nattskift hadde et lavere alkoholforbruk enn de andre gruppene (khi-kvadrattest, $p = 0,03$). Røyking og KMI var likt fordelt i de tre skiftgruppene.

Mannlige sykepleiere som gikk treskift-turnus hadde lavere alder og hadde arbeidet færre år som sykepleier enn menn i de andre skiftordningene (ANOVA, $p = 0,001$). Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom de mannlige sykepleierne i de tre skiftordningene når det gjaldt å ha barn boende hjemme, alkoholforbruk, røyking eller KMI.

Det var ingen forskjeller i opplevd «strain» på arbeidsplassen, når de forskjellige skiftgruppene ble sammenliknet, verken for menn eller kvinner (tabell 1).

Jobbtilfredshet var lavere blant de kvinnelige sykepleierne som gikk nattskift enn blant de andre skiftgruppene (ANOVA, $p = 0,007$). Det var ingen forskjeller i jobbtilfredshet mellom skiftgruppene for de mannlige sykepleierne (tabell 1).

Sykefravær

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller med hensyn til å ha opp-

levd sykefravær siste år (ja/nei) når sykepleiere i de tre skiftordningene ble sammenliknet, verken for kvinner eller menn (tabell 1). Antall sykefraværsdager siste år blant kvinner var signifikant høyere hos treskiftgruppen enn nattskiftgruppen ($p = 0,02$). Det var ikke signifikant forskjell mellom treskiftgruppen og dagskiftgruppen ($p = 0,08$), og heller ikke mellom nattskift og dagskift ($p = 0,064$). Blant mannlige sykepleiere hadde

Regresjonsanalyse av sykefraværsdager

Blant de kvinnelige sykepleiere fant vi en sammenheng mellom antall sykefraværsdager og å gå treskift-turnus når det ble justert for alder, barn hjemme, alkoholforbruk, jobb-«strain» samt jobbtilfredshet. De som gikk tredelt skift hadde høyere antall selvrapporterte sykefraværsdager enn de som gikk andre typer skift (tabell 2, modell 1).

Analysen viste også at det var en positiv sammenheng mellom antall sykefraværsdager og alder. Sammenhengen mellom antall sykefraværsdager og jobbtilfredshet var negativ. Den univariate analysen av skiftarbeid viste at nattskiftarbeid var positivt assosiert med høyt antall sykefraværsdager, men når det ble justert for jobbtilfredshet, forsvant denne sammenhengen (tabell 2, modell 0 og 1).

DISKUSJON

I denne studien ble det funnet en sammenheng mellom høyt

Det er ikke mulig å gi noen årsaksforklaring når det gjelder sammenhengen vi finner mellom et høyere antall selvrapporterte sykefraværsdager og treskift-turnus. Det kan tenkes å være korreerte restitution mellom vaktene, større vansker med å tilpasse fritid og arbeid eller flere andre årsaker som ikke er tatt med i betraktning i denne studien.

Lav jobbtilfredshet var assosiert med høyt antall sykefraværsdager for kvinnelige sykepleiere. Dette er forenelig med flere tidligere oversiktsartikler (11,12,20). Jobbtilfredshet ser ut til å være en nøkkelfaktor for at sykepleiere rekrutteres og blir i arbeidslivet (20).

En annen variabel som virket inn på sykefraværlengden var alder, der høy alder var positivt relatert til antall sykefraværs-

TABELL 2: Sammenhengen mellom antall sykefraværsdager siste 12 måneder (to kategorier; 1–7 dager og > 7 dager) og alder, røyking, alkoholbruk, kroppsmasseindeks (KMI), barn hjemme, jobb-«strain» jobbtilfredshet, å gå nattskift, samt å gå tredelt skift i en logistisk regresjonsanalyse blant kvinnelige sykepleiere. Odds ratio (OR) og 95 % konfidensintervall (95%KI) er estimert for univariate sammenhenger (modell 0), samt med alle faktorene inkludert i analysen (modell 1).

	OR (95%KI) Modell 0	OR (95%KI) Modell 1
Alder (år)	1,03 (1,01–1,04)*	1,03 (1,01–1,05)*
Alkoholforbruk (≥1 dag/uke)	0,94 (0,81–1,03)	0,82 (0,69–1,02)
Barn hjemme (ja/nei)	1,20 (1,00–1,58)	1,06 (0,80–1,41)
Jobbtilfredshet	0,93 (0,90–0,95)*	0,92 (0,89–0,96)*
Nattskift (x ikke gå nattskift)	0,45 (0,30–0,70)*	0,62 (0,34–1,11)
Treskift-turnus (x ikke gå tredelt skift)	0,54 (0,39–0,75)*	0,42 (0,27–0,66)*
«Strain» (jobbkrav/jobbkontroll)	1,90 (0,37–12,50)	1,80 (0,85–3,8)

(*statistisk signifikans)

dager. Det var her signifikante funn for hele gruppen med kvinnelige sykepleiere og for sykepleiere i treskift-turnus alene. Dette samsvarer med tidligere funn (1).

Vi fant ikke forskjell i sykefravær for mannlige sykepleiere da vi sammenliknet de tre skiftgruppene. Vi har ikke funnet andre studier om sykefravær blant mannlige sykepleiere, og kan ikke trekke klare konklusjoner om årsaker til sykefravær blant menn ut fra vår studie.

Styrker og svakheter

Dette er en av få studier av sykefravær og skiftarbeid. Det er en styrke at vi har justert for livsstilsfaktorer og jobbtilfredshet, som i tidligere studier har vist å påvirke sykefravær. Det er også en styrke at det er brukt et vali-

dert spørreskjema og at det til tross for lav svarprosent var et stort antall respondenter med i studien. Tross bruk av et validert spørreskjema, vil det alltid være fare for rapporteringsbias i en studie basert på selvrapporterte data.

” Blant mannlige sykepleiere hadde menn i nattskift signifikant høyere antall fraværsdager.

Studien har et tverrsnittsdesign. Dette, samt den lave svarprosenten i materialet kan ha ført til at utvalget ble selektert. Tverrsnittsdesign kan gi en «healthy worker effect», siden det ofte er slik at de som har alvorlige sykdommer slutter i arbeid. Lav svarprosent kan gi

forskjellige resultater, siden vi ikke vet om det var de med høy sykefravær som svarte eller de med lavt. En årsak til lav deltakelse kan skyldes studiedesign, også kjent som common method bias. For eksempel kan et stort antall spørsmål ha hindret en del fra å svare. Vi har forsøkt å minske dette ved å gi mulighet til å svare på undersøkelsen både i papirformat og elektronisk. I tillegg ble inntil to purringer foretatt.

I denne studien har vi imidlertid i hovedsak sett på sammenhenger mellom sykefravær og andre faktorer, derfor har både tverrsnittsdesignet og den lave svarprosenten mindre betydning for fortolkningen av funnene våre. Man bør imidlertid være forsiktig med å generalisere fra resultatene, da det kan være mulig at sammenhengene er annerledes i andre grupper enn den vi har undersøkt her. Det er også en svakhet med studien at vi ikke vet hvor lenge sykepleierne har jobbet i den skiftordningen de rapporterte. Det er også mulig at andre faktorer enn dem vi har tatt med, har påvirkning på sykefraværet. Imidlertid har vi forsøkt å kontrollere for andre og relevante faktorer i analysene for å redu-

sere dette problemet. Man kan likevel ikke si noe sikkert om kausal sammenheng mellom de funnene vi har gjort. At det var ulikt antall sykepleiere i de ulike skiftarbeidsgruppene kan ha påvirket evnen til å påvise statistiske forskjeller mellom dem.

Selv om denne studien har

svakheter, viser den at norske kvinnelige sykepleiere som går treskift-turnus har høyere antall selvrapperte sykefraværsdager enn sykepleiere med andre typer skift. Jobbtilfredshet har også tydelig sammenheng med sykefraværet. Dette er viktig informasjon for ledere og bedriftshelsepersonell som kan påvirke arbeidsmiljøet og skiftordningene til sykepleierne. At

skiftordningen ser ut til å ha betydning for sykefraværet kan bety at det er belastninger ved denne som sliter på sykepleierne. Det trengs flere undersøkelser for å finne ut hva som kan forbedres, men dette er i alle fall et viktig innspill i debatten om hvordan man skal redusere sykefraværet blant sykepleiere. For å få mer sikker kunnskap om skiftarbeid og sykefravær vil

longitudinelle studier og intervensjonsstudier være nødvendig.

Konklusjon: Denne studien viser en positiv sammenheng mellom å gå treskift-turnus og å ha økt antall selvrapperte sykefraværsdager blant kvinnelige sykepleiere i Norge.

Vi takker Helse Vest og Norsk Sykepleierforbund som har støttet studien økonomisk.

REFERANSER

1. Allebeck P, Mastekaasa A. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 5. Risk factors for sick leave – general studies. Scand J Public Health 2004 Suppl. 63, 49–108.
2. Statistisk sentralbyrå, 2012.
3. Costa G. Shift work and occupational medicine: an overview. Occup Med 2003;53:83–8.
4. Knutsson A. Health disorders of shift workers. Occup Med 2003;53:103–8.
5. Pallesen S, Bjorvatn B, Mageroy N, Saksvik IB, Waage S, Moen BE. Measures to counteract the negative effects of night work. Scand J Work Environ Health 2010;36:109–20.
6. Vyas MV, Garg AX, Iansavichus AV, Costella J, Donner A, Laugsand LE, Hackam DG. Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. Brit Med J 2012;345, e4800.
7. West SH, Ahern M, Byrnes M, Kwanten L. New graduate nurses adaptation to shift work: can we help? Collegian 2007;14:23–30.
8. Muecke S. Effects of rotating night shifts: literature review. J Adv Nurs 2005;50:433–9.
9. Flo E, Bjorvatn B, Folkard S, Moen BE, Gronli J, Nordhus IH, Pallesen S. A reliability and validity study of the Bergen shift work sleep questionnaire in nurses working three-shift rotations. Chronobiol Int 2012;29:937–46.
10. Flo E, Pallesen S, Mageroy N, Moen BE, Gronli J, Nordhus IH, Bjorvatn B. Shift work disorder in nurses assessment, prevalence and related health problems. PLoS One 2012;7:e33981.
11. Davey M, Cummings M, Newburn-Cook CV, Lo EA. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. J Nurs Manag 2009;17:312–30.
12. Whitaker SC. The management of sickness absence. Occup Environ Med 2001;58:420–4.
13. Shamian J, Griffin P. Translating research into health policy. Can J Nurs Res 2003;35:45–52.
14. Sveinsdottir H. Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. Scand J Caring Sci 2006;20:229–37.
15. Tuchsén F, Christensen KB, Nabe-Nielsen K, Lund T. Does evening work predict sickness absence among female carers of the elderly? Scand J Work Environ Health 2008;34:483–6.
16. Merkus SL, van Drongelen A, Holte KA, Labriola M, Lund T, van Mechelen W, van derBeek A J. The association between shift work and sick leave: a systematic review. Occup Environ Med 2012;69:701–12.
17. Brayfield AH, Rothe HF. An index of job satisfaction. J Appl Psychology 1951;35:307–31.
18. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. J Occup Health Psychol 1998;3:322–55.
19. Tuchsén F, Christensen KB, Lund T. Shift work and sickness absence. Occup Med 2008;58:302–4.
20. Lu H, Barriball KL, Zhang X, White AE. Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. Int J Nurs Stud 2012;49:1017–38.

Belastende med tredelt turnus

> Løsningen for mange er å jobbe deltid.



Foto: Johan Stenseth

Øystein Øygarden Flæten

Sykepleier på post 10, kirurgisk klinikk, Lovisenberg Diakonale Sykehus

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Det er velkjent at turnusarbeid har innvirkning på helse, men det finnes til nå lite kunnskap om sammenheng mellom sykefravær og skiftordningene i helsevesenet. Denne forskningsartikkelen er interessant lesning for alle som engasjerer seg for sykepleiernes arbeidsvilkår.

Studien til Lien og medforfattere har undersøkt forskjeller i sykefraværsdager for sykepleiere som jobber dagskift, nattskift og arbeid i tredelt turnus, der funnene er justert for jobbtilfredshet og flere livsstilsfaktorer. Det konkluderes med at arbeid i tredelt turnus gir en økning i antall sykefraværsdager.

Jeg har selv jobbet i to år som sykepleier i tredelt turnus, og det er ingen tvil om at det er belastende å jobbe på denne måten. Det snakkes stadig på vaktrommene om at kveld og nattarbeid påvirker søvn, konsentrasjon, og at det er krevende å stå i full jobb med arbeid på kveld, natt og helg. Erfaringsmessig kan både

arbeidsmengde og den enkelte sykepleiers ansvar på kveld og nattevakter være annerledes enn på dagvakt. Det er varierende belastning på forskjellige type avdelinger til forskjellige tider av døgnet. Det er noe helt annet å stå i pasientnært arbeid til alle døgnetstider, enn å jobbe i en dagstilling med mer administrative oppgaver. Mange sykepleiere jeg har møtt gruer seg for å jobbe kveld og netter, fordi man står nærmest alene med ansvar i svært utfordrende situasjoner. Bemanningen på kveld og natt er lavere enn ellers. Det er ikke vanskelig å se for seg at dette er faktorer som kan ha påvirkning på jobbtilfredshet, som man vet også har betydning for sykefravær. Det kan virke som at det er flere utfordringer ved turnusordningene i helsevesenet, enn at tiden den enkelte sykepleier jobber på varierer mellom dag, kveld og natt.

Løsningen for mange av oss er å jobbe i deltidstillinger. Dette

betyr at vi påtar oss ansvaret for belastningen det er å jobbe full stilling i tredelt turnus, og dermed tar konsekvensen av det selv. Det kan tenkes at denne typen deltidarbeid er med på å skjule potensielt sykefravær som har årsak i belastningen ved turnusarbeid i full stilling. Sykepleiere er ansvarlige arbeidstakere som setter pasienten i høysetet. Når det kommer til vår egen arbeidssituasjon, kan det derimot være vi påtar oss et ansvar som burde ligge hos arbeidsgiver.

Resultatet i studien kan være et viktig innspill i debatten om hvordan man kan redusere sykefraværet blant sykepleiere. Men artikkelen belyser også at vi vet for lite, både om årsakene til høyt sykefravær i helsevesenet og om andre utfordringer knyttet til sykepleiernes arbeidssituasjon.

Les artikkelen på side 350





Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Informasjons- og kommunikasjonsteknologi skal bidra til kvalitet på helsetjenester med pasienters og brukeres behov i sentrum. Data skal samtidig gjøres tilgjengelige for kvalitetsforbedring, helseovervåkning og forskning. Journalsystemet «HsPro Helseprofil 0–20 år» er innført i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ved utvalgte konsultasjoner.

Hensikt: Å utforske helsesøstres viktigste utfordring ved bruk av kartleggingsverktøyet, HsPro Helseprofil 0–20 år og hvordan utfordringen ble håndtert.

Metode: Vi brukte grounded theory til innsamling og analyse av data fra åtte individuelle og ett fokusgruppeintervju, i alt fra tolv helsesøstre.

Resultat: Deltakerne var sterkt opptatt av hvordan de kunne håndtere konflikten mellom plikt til å anvende kartleggingsverktøyet og å opprettholde dialog og veiledning ved en helseundersøkelse. De håndterte utfordringen ved «avveidende tilpassing» som omfatter tre strategier: følger systemet, reviderer systemet og integrerer systemet. Når helsesøstre følger systemet, reduseres

veiledning og dialog, ved revurdering, øker frustrasjon samt valgmulighet, og ved integrering øker fokus på eleven, fordi de gjør avvikelser fra kartleggingsverktøyet.

Konklusjon: Bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten påvirker helseundersøkelsen. Reflektert erfaring demper konflikten, men gir usikkerhet om gyldig kartleggingsverktøy. Evaluering og videreutvikling av verktøyet er nødvendig for å være en bedre støtte i det kliniske arbeidet, synliggjøre helsesøstres arbeid og bidra til nyttige data for helseovervåkning og forskning.

ENGLISH SUMMARY

Public health nurses' challenges during the use of mapping in school health

Background: Information and communication technologies will contribute to the quality of healthcare to patients, and clients' needs. Data will also be made available for quality improvement, health monitoring and research. Journal System 'HsPro Health Profile 0–20 years' is introduced in health clinics and school health services at selected consultations.

Objective: To explore public health nurses' main challenge when using the mapping tool 'HsPro Health Profile 0–20 years', and how the challenge was handled.

Method: We used Grounded Theory for the collection and analysis of data from eight individuals and one focus-group interview, a total of 12 nurses.

Results: Participants were particularly interested in how to handle the conflict between the obligation to apply the mapping tool, and to maintain dialogue and guidance of a health examination. They handled the challenge of 'balancing adjustment', which includes three strategies: follow system, re-evaluate system and integrate system. When nurses follow the system, they reduce guidance and dialogue; on re-evaluation they increase frustration and choices; and on inte-

gration they increase focus on the student, because they make deviations from the mapping tool.

Conclusion: The use of assessment tools in school health affects health examination. Reflected experience dampens conflict, but creates uncertainty for valid assessment tools. Evaluation and further development of the tool is required to better support clinical work, highlight the public health nurses' work, and contribute useful data for health monitoring and research.

Keywords: Children, Grounded theory, health examination, Information Technology, Mapping

» Helsesøstres utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten

Forfattere: Ingeborg Nilsen, Astrid S. Litland og Esther Hjälmhult

NØKKELORD

- Helsesøster
- Barn
- Ungdom
- Kartlegging

INNLEDNING

Barn og unge i Norge har god helse når vi sammenlikner med andre land, og vi har en samfunnsstruktur og et helsevesen som i økende grad fokuserer på forebyggende helsearbeid (1,2). Til tross for dette er det fortsatt store utfordringer i nasjonalt folkehelsearbeid. Statlige myndigheter, fylkeskommuner og kommuner har ansvar for å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne helseforskjeller (3–6). For å kunne tilrettelegge for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, er kartlegging av helse-tilstand og påvirkningsfaktorer viktige (2). Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et sentralt virkemiddel i dette arbeidet (3,7–8). Kommunen har vært initiativtaker og pådriver til utvikling av det elektroniske journalsystemet HsPro, som er et system for dokumentasjon og oppfølging av den enkelte. Kartleggingsverktøyet skal også kunne gi kommunen og kunnskapsmiljøer viktige og nyttige data for

helseovervåking og forskning både på gruppe- og individnivå (9).

Regjeringen har store forventninger til mulighetene som finnes i IKT. Det ser imidlertid ut for at det er et misforhold mellom påståtte og empirisk påviste fordeler med elektronisk helseteknologi, og mangel på forskning i forhold til risikoen ved å implementere disse teknologiene (10). Dokumentasjon i elektroniske pasientjournaler gir helsearbeidere språklige, verdimesige og etiske utfordringer (11–16). Ifølge Clancy (17) er ikke helsesøstres daglige arbeid og den rollen helsesøstre har i folkehelsearbeidet, godt nok synliggjort i dagens rapporteringssystem.

Metoder for helse- og livskvalitetsmåling blir tatt i bruk uten inngående teoretiske betraktninger eller diskusjoner om hva initiativtakerne forsøker å måle og virkningene av metodene. Kartleggingsverktøyenes styrende funksjon problematiseres i liten grad, selv om det er dokumentert at tester og kartleggingsverktøy er sterke redskaper som lett blir styrende (18–21). Implementering og opprettholdelse av elektroniske journalsystemer kan være utfordrende. Sykepleiere som er den største brukergruppen av elektroniske journalsystemer, er i liten grad deltakende i utvikling og planlegging. Få har undersøkt erfaringer om hvordan sykepleiernes daglige arbeid påvirkes av faktorer som er

knyttet til journalsystemene (22). Det er også behov for studier av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og de metoder som tjenesten anvender (19–20,23–25).

BAKGRUNN

I 2010 innførte kommunen journalsystemet HsPro med tilleggsmodulen Helseprofil 0–20 år. Dette kartleggingsverktøyet skal brukes ved helseundersøkelsene ved skolestart og åttende trinn og til målrettede helseundersøkelser i grunnskolen.

Formålet med målrettede helseundersøkelser er individuell tilpassing etter vurdering av hel-

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at «Avveierende tilpassing» er helsesøstres viktigste strategi for å håndtere utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten.

Mer om forfatterne:

Ingeborg Nilsen er helsesøster med master i klinisk sykepleie ansatt ved Alvøen skole. Astrid S. Litland er helsesøster i Fana bydel, Bergen og høgskolelektor ved avdeling for helse- og sosialfag, institutt for sykepleie, HiB. Esther Hjälmhult er dr.polit., helsesøster og førsteamanuensis ved Avdeling for helse- og sosialfag/Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen Kontakt: ehj@hib.no.

setilstand og er anbefalt til elever på bakgrunn av meldte eller observerte behov ved skolestart, 3. og 8. trinn (26). Det er også anvendt når elever er nye eller

rer utøveren seg på tilegnelse og bruk av regler som er uavhengige av kontekst og preget av distansert problemløsning. Den kyn- dige blir frustrert av kontekstfrie

Vi vet lite om erfaringer fra å anvende det nye kartleg- gingsverktøyet. Hensikten med studien var derfor å utforske hel- sesøstres viktigste utfordring ved bruk av kartleggingsverktøyet i journalsystemet, HsPro Helse- profil 0–20 år, og hvordan dette ble håndtert.

” Regjeringen har store forventninger til mulighetene som finnes i IKT.

har stort fravær (9). Helseun- dersøkelsene bygger på innhold i sentrale retningslinjer og Veile- der, og inneholder blant annet punkter for kartlegging av helse, trivsel, fysisk aktivitet, kosthold, søvn, atferd og sosialt nettverk og rusmidler.

Ved innføring av nye rutiner i praksis vil vi ifølge Dreyfus & Dreyfus (27) og Benner (28) gjen- nomgå ulike stadier for å oppnå en viss kompetanse. Stadiene er novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Ved de tre første stadiene base-

regler, fordi hun blir klar over situasjoner der reglene ikke pas- ser. Eksperten vet intuitivt hva som er det sentrale i situasjonen, og hvordan hun bør handle. Hennes praksis er preget av fortolkning og skjønn. Dersom eksperter blir tvunget til å følge regler eller en formell modell, svekkes deres ferdigheter (27). Sykepleieren vil øke sin kompe- tanse og utvikle seg fra novise til ekspert dersom hun kombinerer teoretisk kunnskap med erfaring og refleksjonsevne, og integrerer denne kompetansen (28).

METODE

Vi valgte klassisk grounded the- ory (GT) design som fokuserer på systematisk generering av teori fra data. En GT-studie søker å utforske hovedutfordringen til deltakerne i et felt, fordi denne regnes som årsak og motivasjon til deltakernes handlinger. Kjer- nekategorien uttrykker måten deltakerne håndterer hovedut- fordring på, og danner grunn- laget for den teorien som vokser fram fra det empiriske materia- let. Teorien framstår gjennom konstant sammenliknende ana-

TABELL 1: Eksempler på hvordan data ble kodet

Data	Hendelser i data	Åpen koding	Selektiv koding
Jeg synes ikke jeg får noen dialog med ungen ... jeg føler veldig at jeg sitter og krysser av på et skjema – jeg synes det er vanskelig å få snak- ket om det som jeg tenker kan være viktig for foreldre som har et barn som skal begynne på skolen (Intervju 8).	Fokuserer på kartleg- gingsverktøyet	Prioriterer påbud	Følger systemet
Du blir på en måte tvunget til å huske å gå innom de ulike temaene som kan være ok å gå innom, men at vi og kanskje kan velge ut hvor mye tid vi skal bruke på de ulike ... Du vet hva du skal spørre om, du må ikke finne på det selv. Det blir en huskeliste (Intervju 7).	Bruker Helseprofil slavisk	Reduserer veiledning	Revurderer systemet
Jeg er ikke så tro mot malen fordi ... Jeg er helsesøster til de elevene som kommer og jeg er interessert i å gi de noe mer til en god del av disse spørsmålene (Intervju 3).	Bryter med Helseprofil	Erkjenner ulemper	
Ellers må du bare sortere ut fra egen erfaring og kutte ut de spørsmålene som du ikke synes hører hjemme der. ... som jeg sa før, du skal ikke styres av sånne programmer. Vi må bruke vår erfaring og skjønn og se den personen som sitter foran oss an (Intervju 2).	Tilpasser Helseprofil til eleven	Bruker skjønn	Integrerer systemet
	Vil ikke styres	Kutter spørsmål	
	Gjør faglige vurderinger	Prioriterer dialog	

lyse av data og forklarer deltakerenes atferdsmønstre med dets strategier, forhold som påvirker, og konsekvenser (29–34).

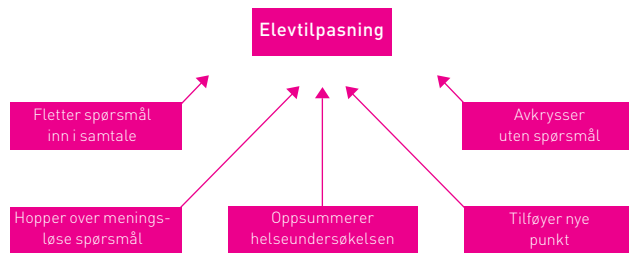
DELTAKERE

Rekruttering av helsesøstre til undersøkelsen foregikk strategisk via lederne av tjenesten. Førsteforfatter kontaktet tre bydeler i kommunen på telefon og e-post der samtlige helsesøstre i disse bydelene fikk skriftlig informasjon om studien. Interesserte ble bedt om å kontakte førsteforfatter for nærmere avtaler. Kriterier for å delta var minimum tre måneders erfaring med kartleggingsverktøyet i grunnskolen. Tolv helsesøstre deltok og hadde et halvt til to og et halvt års erfaring med dette verktøyet. Deltakerne hadde vært helsesøstre i ett–25 år, ti av dem i fem år eller mer. Studien var godkjent av Personvernombudet (nr. 29021) og forskningsetiske hensyn er ivarettatt med muntlig og skriftlig informasjon, frivillighet og anonymitet.

DATAINNSAMLING OG ANALYSE

Vi vurderte en kombinasjon av semistrukturerte enkeltintervjuer og fokusgruppeintervjuer for datainnsamlingen. Enkeltintervju kunne gi deltakerne mulighet til å fortelle friere om sine erfaringer, og fokusgruppeintervju kunne tilrettelegge for interaksjon og meningsutveksling mellom deltakerne (35). Målet var å få rik informasjon. Førsteforfatter gjennomførte åtte individuelle og et fokusgruppeintervju med fire helsesøstre i perioden februar til september 2012. Hvert intervju startet med et åpent spørsmål: «Hvordan har det vært å anvende kartleggingsverktøyet Helseprofil i grunnskolen?» og senere spesifikt som «Kan du

FIGUR 1: Eksempel på begrepsindikatormodellen



beskrive fordeler/ulempene med bruk av kartleggingsverktøyet?» Utdypende spørsmål ble stilt etter behov. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert av førsteforfatter og analysert fortløpende av forfatterne.

Analysen består av åpen, selektiv og teoretisk koding (29–31). Ved åpen koding (tabell 1) gjennomgikk vi teksten og satte navn på hendelser. En begrepsindikatormodell, hvor hendelser ble gruppert i et overgripende begrep der ord eller fraser i teksten virket som indikatorer, var til hjelp (figur 1) (30). På denne måten kontrollerte vi at begrep som framkom fra data, hadde sitt grunnlag i empirien (36). Førsteforfatter skrev fortløpende notater om data og etter hvert om mulige sammenhenger i datamaterialet. Dette var en viktig del av analysearbeidet. Etter fire individuelle intervjuer og et fokusgruppeintervju, hadde vi grunnlag for å utvikle hypoteser om hva som foregikk innen det studerte området, det vil si at vi identifiserte hovedutfordringen til deltakerne og ante kjernekategoriene som fanget opp hvordan de håndterte utfordringen. Kodingen fortsatte selektivt med vektlegging av kategorier som relaterte til kjernekategoriene.

Med en deduktiv tilnærming utvidet og bekreftet de neste intervjuene våre hypoteser og la grunnlag for teoridannelsen. Hele analyseprosessen var preget av konstante sammenlikninger av materialet. På bakgrunn av en foreløpig teoriutvikling, gjennomførte vi teoretisk koding som handlet om relasjoner mellom kategoriene. Analysen fortsatte til det var teoretisk metning, slik at teorien som vokste fram stemte med data og var relevant ved at den forklarte hva som skjedde i feltet (30–34).

RESULTATER

Hovedutfordringen ble identifisert til: Hvordan kan helsesøstre opprettholde dialog og veiledning når de anvender kartleggingsverktøyet Helseprofil ved en helseundersøkelse? De prøvde å håndtere utfordringen ved «avveidende tilpasning» som omfatter tre strategier eller kategorier: «Følger systemet», «revurderer systemet» og «integrerer systemet». Deltakerne var i ulike faser av avveidende tilpasning. De som var mest styrt av plikt og lojalitet overfor arbeidsgivers bestemmelse, var fokusert på kartleggingsverktøyet. Verktøyet styrte helseundersøkelsen. Helsesøstre som var minst styrt av kart-

leggingsverktøyet og som fokuserte på eleven, brukte egen fagkompetanse ved helseundersøkelsen og tilpasset kartleggingsverktøyet til elevens behov.

Forhold som påvirker avveieende tilpasning

Journalssystemet med integrert kartleggingsverktøy er vedtatt i kommunen. Forståelse av lojalitet og aksept av arbeidsgivers beslutninger, erfaringer med kartleggingsverktøyet, fagkom-

spørsmålene, for det er kommunen som har pålagt oss dette ... vi unnskylder journalsystemet.»

Reduserer veiledning

Helsesøstre fortalte at de stilte mindre relevante spørsmål og veiledet mindre. En helsesøster uttalte at «som mor kommer du med barnet ditt, du fyller ut et skjema som går til forskning, måler høyde og vekt, får en vaksine og «ha det bra». Du får ikke noe veiledning.» Konsekvensen var at deltakerne reduserte

eleven visste at spørsmålene ikke var «personlige». I ungdomsskolen praktiserte enkelte at elev og helsesøster fylte ut kartleggingsverktøyet sammen, og kommenterte at det var en fordel.

Erkjenner ulemper

Noen spørsmål hadde manglende relevans og var ikke tilpasset elevens alder, for eksempel spørsmål om røyking og rus ved samtale med nye elever i barneskolen. Videre undret noen seg over hensikten med enkelte spørsmål. Det var også mangelfulle dokumentasjonsmuligheter, som igjen vanskeliggjorde den videre oppfølgingen av eleven.

Gjennom kartleggingen avdekket helsesøstre også behov som de manglet ressurser for å ivareta. Dette kunne skape forventninger og etiske utfordringer: «For meg er det faktisk et moralsk eller etisk dilemma at vi sitter og får så mye informasjon som vi ikke kan gjøre noe med ... vi har ikke kapasitet.»

Deltakerne stilte spørsmål om gyldigheten ved de data de samlet inn i journalen. Det forelå ikke manual for utfylling. Ulike helsesøstre tolket spørsmål og svar forskjellig. De uttrykte at det manglet svaralternativer og muligheter for utdyping av svar. Helsesøstre etterlyste også evaluering og revidering av kartleggingsverktøyet, og ønsket et verktøy som ga større frihet ved svaralternativ, samt inneholdt mer relevante spørsmål. Konsekvens ved fasen «revurderer systemet», økte bevisstgjøringen ved bruk av kartleggingsverktøyet og medførte en «gjenoppdagelse» av eleven.

3) Integrerer systemet

Den tredje fasen var preget av helsesøstre som kombinerte kunnskap på en ny måte. Med økende erfaring og refleksjon i forhold til kartleggingsverktøyet, var avvei-

” Jeg registrerer i forhold til spørsmålene i Helseprofil, for det blir jeg målt og veid på.

petanse, kollegasamarbeid og faglig integritet hadde betydning for hvordan helsesøstre brukte kartleggingsverktøyet ved helseundersøkelse av eleven. Videre hadde disponibel tid og forhold som kontorets utforming og møblering også innvirkning på hvordan avveieende tilpasning fikk gjennomslag.

Strategier ved avveieende tilpasning

1) Følger systemet

I første fase av avveieende tilpasning var helsesøstre mest opptatt av plikt til å bruke kartleggingsverktøyet og lot verktøyet styre utøvelsen ved helseundersøkelsen.

Prioriterer påbud

«Jeg registrerer i forhold til spørsmålene i Helseprofil, for det blir jeg målt og veid på. Da prioriterer jeg det i min jobb.»

Deltakerne distanserte seg fra egen fagkompetanse, og mente det ikke var deres ansvar å avvike fra Helseprofil, men å følge det pålagte skjemaet. Når kartleggingsverktøyet styrte, hemmet det ofte dialogen mellom elev og helsesøster: «Det er mange spørsmål som er såpass dårlige ... vi må bare stille

sin utøvelse av faglig kompetanse om dialog og veiledning.

2) Revurderer systemet

Strategiene helsesøstre brukte i neste fase: Revurderer systemet, var preget av å reflektere over hvordan kartleggingsverktøyet fungerte i praksis og muligheter for valg av fokus ved helseundersøkelse.

Erkjenner fordeler

Kartleggingsverktøyet ga struktur i samtale med eleven. Noen helsesøstre vurderte verktøyet som en god mal å forholde seg til fordi det ga påminning om aktuelle samtaleemner. Andre vekta fordelene ved at de kunne systematisk kartlegge elevens helse, eller fordi verktøyet ble brukt i hele kommunen: «Det blir mer kvalitetssikret det vi holder på med. Du blir minnet på de temaene du bør ta opp på den aktuelle kontrollen, det blir likt i alle bydeler, kanskje på sikt i hele Norge».

Noen kommenterte at verktøyet virket skjermende fordi kartleggingsverktøyet inneholdt intime spørsmål og ble stilt til alle elevene. Deltakerne behøvde ikke kjenne ansvar for om noen spørsmål kunne være ubekvemme å stille, og

ende tilpasning preget av mer balansert forhold mellom elev og skjema utfylling.

Gjenopptar egen styring

Deltakerne anvendte sin fagkompetanse samtidig som de brukte sin erfaring med kartleggingsverktøyet og tilpasset det til elevens behov. De integrerte nyvunnen og tidligere kompetanse: «I starten var det sånn at jeg følte jeg slavisk måtte følge disse punktene, få haket av og gjort det ordentlig. Med erfaring ser jeg at hvis de har en problemstilling de ønsker å snakke om, så stopper vi heller opp med den».

Prioriterer dialog

En av helsesøstrene reflekterte rundt det oppgitte spørsmålet: «Er du fornøyd med kroppen din?» og konkluderte med: «Det er faktisk ikke alle du føler du skal stille det spørsmålet». Hun formidlet hvordan hun kunne hoppe over, eller eventuelt gå tilbake til spørsmålet dersom eleven fortalte at han har slanket seg eller på andre måter uttrykte misnøye med kroppen. Hun uttrykte at hun utøvde elevfokusert sykepleie ved hjelp av kartleggingsverktøyet, og ivaretok også hensikten med målrettet helseundersøkelse.

Karakteristika ved fasen var at deltakerne informerte mer om kartleggingsverktøyet og hoppet over spørsmål de vurderte som uaktuelle. De krysset av uten å spørre når svarene var innlysende og gjorde adekvate tillegsspørsmål. Videre omformulerte de spørsmål, flettet spørsmålene inn i samtalen og tilpasset språket til eleven.

Sikrer oppfølging

Utover det de registrerte i kartleggingsverktøyet, dokumenterte de i journalen ved å skrive en egen oppsummering fra helseundersøkelsen. Konsekvens av denne fasen var frigjøring fra kartleggingsverk-

tøyet mot en tilpasset og målrettet helseundersøkelse, der de integrerte kunnskap fra verktøyet og sin fagkompetanse i samtale og veiledning med elev: «Ja, for jeg tenker, som jeg sa før, du skal ikke styres av sånne programmer. Vi må bruke erfaring og skjønn og se an den personen som sitter foran oss.»

Konsekvenser ved avveiende tilpasning

Proessen med å følge, revurdere og integrere systemet var både frustrerende og utviklende. Mangel på felles «brukerveiledning», oppfølging av elev og tolkning av kartleggingsverktøyet skapte usikkerhet og stress blant deltakerne. Avveiende tilpasning guidet dem til å finne løsninger. Konsekvenser når kartleggingsverktøyet styrte, var dårligere tilpasning til elevens behov, og derved mindre bruk av egen fagkompetanse i samtalen. Når deltakerne revurderte systemet, var de mer bevisste i yrkesutøvelsen, og de som videre i prosessen integrerte systemet, fokuserte hovedsaklig på eleven samtidig som kartleggingsverktøyet ble individuelt tilpasset. Verktøyet var blitt en del av helseundersøkelsen, og helsesøstre vurderte at de brukte sin fagkompetanse på en ny måte.

DISKUSJON

Denne grounded theory-studien skisserer helsesøstres utfordring når de anvender et kartleggingsverktøy ved helseundersøkelser i skolehelsetjenesten. De prøver ved «avveiende tilpasning» å håndtere konflikten mellom å opprettholde dialog og veiledning og å anvende kartleggingsverktøyet.

Avveiende tilpasning

Når deltakerne følger kartleggingsverktøyet, viser det likheter med novisen som er bundet av regler og prosedyrer (28). Det ser ut for at kartleggingsverktøyet reduserer

bruk av faglig kompetanse og overstyrer helsesøstres yrkespraksis. Dette samsvarer med Pettersvold og Østrem (21) som hevder at tester og kartleggingsverktøy er sterke redskaper som lett blir styrende. Andre studier (27) beskriver at dersom eksperter blir tvunget til å følge regler eller en formell modell, svekkes deres ferdigheter.

Deltakere uttrykte økt frustrasjon i fasen «revurderer systemet». Det blir et skjæringspunkt mellom å velge arbeidsgivers anvisninger eller egen fagkompetanse. Konflikten som oppstår, kan forstås ut fra det Benner (28) sier om frustrasjon over kontekstfrie regler hos den kyndige, fordi hun blir klar over situasjoner der reglene ikke passer. Dette kan også belyse hvorfor starten med å følge kartleggingsverktøyet synes mindre konfliktfylt; de følger regler som er uavhengige av kontekst og preget av distansert problemløsning (28).

Ved avveiende tilpasning med strategien «integrerer systemet», opplevde deltakerne at elevsamtale og veiledning gikk bedre, samtidig som de brukte «det beste» av kartleggingsverktøyet. Dette stemmer med en surveystudie som viser at tilpassete journalsystemer øker kvaliteten på tjenesten (37). For at målrettede helseundersøkelser skal lykkes, er utfordringen derfor individuell tilpasning (24). Deltakerne i vår studie poengterte at for å fremme en hensiktsmessig interaksjon mellom helsesøster og ungdom, var det viktig at helsesøster var sensitiv, åpen og lyttet til ungdommen, noe også Golsäter (38) bekrefter. Ifølge Borup (39) og Johansson & Ehnfors (40) er også helsesøsters åpenhet og profesjonelle tilstedeværelse avgjørende for at samhandling skal være til hjelp.

Kompetanseutvikling

En helsesøster som sa at hun vurderte til hvem og hvordan hun

stilte spørsmål om kroppssoppfatning, viser hvordan den kyndige har fokus på elevens behov og bruker fagkompetanse integrert med kartleggingsverktøyet. Det hever kvaliteten på helseundersøkelsen. Kanskje det er konturer av en ekspertsykepleier og samstemmer med den reflekterte praktiker som Martinsen beskriver (41)? Ifølge Clancy (42) vil en erfaren og reflektert helsesøster gjøre en vurdering av behov på en skjønnsmessig måte, som inneholder mer kunnskap og

Verdivalg

Valg av teknologiske løsninger representerer verdivalg, og utvikling av IKT-systemer innebærer utvikling av arbeidsprosesser, kunnskap og kompetanse (45). Derfor må opplæring, brukervenlighet og tilpasningsmuligheter stå sentralt når helsetjenesten tar i bruk elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Dette bør foregå i et nært samarbeid mellom helsepersonell og programutviklere (22, 46–50), og i arbeidet må også brukerperspektivet være tydelig

” Det blir mer kvalitetssikret det vi holder på med.

klokskap enn en uerfaren helsesøster.

«Integrerer systemet» har flere fellestrekk med kyndig- og ekspertsykepleiers handlinger (28), der intelligent handling er mer enn kontrollerende, målrettet rasjonalitet. «Ekspert» velger en hensiktsmessig rekkefølge på sine spørsmål, hun legger merke til det spesielle og kan individualisere omsorgen. Dette samsvarer med Langaard (43) som finner at helsesøstre er opptatt av å se etter små tegn på ulike problemstillinger hos elevene. De har erfaring med at det som virkelig er problemet, ofte ikke kommer fram i første omgang. Helsesøstre i denne fasen videreutvikler sin kompetanse og integrerer det som er nyttig fra kartleggingsverktøyet. De erobrer feltet og realiserer det potensiale de har i handlingsrommet (44). Dette samsvarer med tidligere forskning (28) som framholder at sykepleieren kan utvikle sin kompetanse dersom hun kombinerer teoretisk kunnskap med erfaring og refleksjonsevne og integrerer denne kompetansen.

(2,3, 39–41). Deltakere i studien tok eget initiativ og justerte kartleggingsverktøyet på ulike måter. Spørsmålet er derfor hvor gyldig innsamlet data er til å anvendes i forskning på gruppe- og individnivå? Tett samarbeid med de ulike aktørene er dermed avgjørende for kvaliteten.

Styrke og begrensninger

Kvalitetsvurdering av en grounded theory krever analyse av kriteriene: Om teorien har grunnlag i data, fungerer, er relevant og modifiserbar. Med utgangspunkt i GT-metodologien (28–30), er helsesøstrenes handlinger tolket gjennom identifikasjon av deres hovedutfordring og strategier. Studier av deltakere fra flere bydeler kunne gitt ytterligere detaljer. Likeledes kunne observasjoner fra praksis ha bidratt til et rikere materiale. Styrken i studien er vekslingen med informanter fra ulike bydeler, der de har både kort og lang erfaring med kartleggingsverktøyet. Kombinasjonen med individuelle og et fokusgruppeintervju gir større variasjon. Teorien synes relevant med de strategiene som framkom blant

helsesøstrene, og tilbakemeldinger fra praksis vil vise om teorien fungerer som forklaring på deres handlinger. Modifiserbarhet vurderes når nye data utvikles.

KONKLUSJON

«Avveie tilpasning» forklarer hvordan helsesøstre håndterer sin viktigste utfordring ved bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten. Det består av strategiene a) Følger systemet, b) Revurderer systemet og c) Integrerer systemet. Ulike forhold påvirker avveie tilpasning der fokus på system og elev synes å konkurrere. Når helsesøstre følger systemet, reduseres veiledning og dialog, ved revurdering, øker frustrasjon samt valgmulighet. Ved integrering av systemet fokuserer de mer på eleven fordi de avviker fra kartleggingsverktøyet. Evaluering og videreutvikling av kartleggingsverktøyet er derfor nødvendig for å være en bedre støtte i det kliniske arbeidet, synliggjøre helsesøstres arbeid og bidra til nyttige data for helse-overvåking og forskning.

REFERANSER

1. Samdal O. Sammenhengen mellom psykisk helse, skolemiljø, skoletrivsel og skoleprestasjoner. Hemil rapport 4/2009. Universitetet i Bergen.
2. Helse og omsorgsdepartementet. God helse-felles ansvar. Folkehelsemeldingen. Oslo 2012–2013. Melding til Storting nr. 34.
3. Helse og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid. Oslo. 2012. Stortingsmelding; 47/2008–2009.
4. Lovdata. Lov om folkehelsearbeid, 24. juni 2011; nr. 29. [Folkehelseloven]
5. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., 24. juni 2011; nr. 30. [Helse- og omsorgstjenesteloven]
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid [Folkehelseloven]. Oslo. 2011. Rundskriv 1-6/2011.
7. Helse og omsorgsdepartementet. En innbygger-én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Oslo. 2012. Stortingsmelding; 9/2012–2013.

8. Helse og omsorgsdepartementet. Samspill 2.0. Oslo. 2010. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013.
9. Bergen kommune. Program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i grunnskolen. Bergen. 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.bergen.kommune.no/tjenestetilbud/skole-og-utdanning/grunnskoleopplaring/grunnskole/skolehelsetjenesten> [Nedlastet 20.09.2012].
10. Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, et al. The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. 2011 PLoS Med 8 URL: e1000387. doi:10.1371/journal.pmed.1000387 [Nedlastet 05.11.12].
11. Clausson E, Petersson K, Berg A. School nurses' view of schoolchildren's health and their attitudes to document it in the school health record—a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17: 392–398.
12. Clausson EK, Köhler K, Berg A. Ethical Challenges for School Nurses in Documenting Schoolchildren's Health. *Nursing Ethics* 2008;15: 40–51.
13. Øien L, Lillevik O G. Språklige og verdemessige utfordringer ved innføring av klassifikasjonssystemet NANDA. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2009;5:79–86.
14. Ståhl Y, Granlund M, Gäre-Andersson B, Enskär K. Views on health information and perceptions of standardized electronic records among staff in Child and School Health Services. *Journal of Nursing Management* 2011;19:201–208.
15. Ståhl Y, Granlund M, Gäre-Andersson B, Enskär K. Review Article: Mapping of children's health and development data on population level using the classification system ICF-CY. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011;39:51–57.
16. Conrad D, Hanson PA, Hasenau SM, Stocker-Schneider J. Identifying the barriers to use of standardized nursing language in the electronic health record by the ambulatory care nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2012;24:443–51.
17. Clancy A. Perceptions of public health nursing practice. On borders and boundaries, visibility and voice. Doktoravhandling. 2010. The Nordic School of Public Health, Göteborg, Sverige.
18. Mæland J G. Hva er helse. Universitetsforlaget AS, Oslo. 2009.
19. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0–6 år. Oslo. 2005. Rapport fra kunnskapssenteret nr. 10–2005. Tilgjengelig fra: www.kunnskapssenteret.no [Nedlastet 11.12.12].
20. Helsedirektoratet. Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo. 2010. Rapport IS–1798.
21. Pettersvold M, Østrem S. Mestrer, mestrer ikke. Jakten på det normale barnet. Res Publica, Oslo. 2012.
22. Liang AS Descriptions of nurses' experiences with Electronic Health Records (EHR): a phenomenological study. Doktoravhandling. University of Texas, Medical Branch Graduate School of Biomedical Sciences. 2008.
23. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår. Oslo. 2010. Rapport fra kunnskapssenteret nr. 15–2010. Tilgjengelig fra: www.kunnskapssenteret.no [Nedlastet 11.12.12].
24. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Akribe, Oslo. 2012.
25. Bergen kommune. Melding om helsestasjonstjenesten 2010–2015. Bergen. 2010. Tilgjengelig fra: http://www.futurbergen.com/BKSAK_filer/bksak%5C0%5CVEDLEGG%5C2010039918-2697411.PDF [Nedlastet 14.12.11].
26. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Oslo. 2004. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.
27. Dreyfus HL, Dreyfus SE. *Mind over Machine*. The Free Press, New York. 1986.
28. Benner P. Från novis till expertmästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Studentlitteratur AB, Lund. 1984/1993.
29. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine, New York. 1967.
30. Glaser BG. *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Sociology Press, Mill Valley, California. 1978.
31. Glaser BG. Att göra grundad teori—problem, frågor och diskussion. *Sociology Press, Mill Valley, USA*. 1998/2010.
32. Lomborg K. Om grounded theory—hvad det er og ikke er. *Klinisk sygepleje* 2005; 19:4–11.
33. Artinian BM, Cone PH, Giske T. *Glaserian Grounded Theory in Nursing Research. Trusting Emergence*. Springer Publishing Company, New York. 2009.
34. Hjalmlund E. Erobring av handlingsrom. Helsesøsterstudenters læring i praksis. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2007.
35. Kvale S og Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo. 2009.
36. Hartmann J. Grundad teori: teoriergenerering på empirisk grund. Studentlitteratur. Lund. 2001.
37. Poon EG, Wright A, Simon SR, Jenter CA, Kaushal R, Volk LA, Cleary PD, Singer JA, Tumolo AZ, Bates DW. Relationship between use of electronic health record features and health care quality: results of a statewide survey. *Medical Care (MED CARE)* 2010;48:203–9.
38. Golsäter M, Lingfors, H, Sidenvall, B, & Enskär, K Health dialogues between pupils and school nurses: A description of the verbal interaction. *Patient Education and Counseling*, 2012;89:260–266.
39. Borup, IK. The school health nurse's assessment of a successful health dialogue. *Health and Social Care in the Community* 2002;10:10–19.
40. Johansson, A, Ehnfors M. Mental health-promoting dialog and school nurses from the perspective of adolescent pupils. *Vård I Norden* 4/2006 publ. No 82 Vol 26 No 4 Pp10-13+19
41. Martinsen K. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo, Akribe AS. 2005.
42. Clancy A. Kapittel 3. Dybden i et helsesøstermøte I: Thorsen R, Mækre K, Martinsen K. *Fortellinger om etikk*. Bergen Fagbokforlaget. 2011.
43. Langgaard. K. Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning* 2006;6:25–40.
44. Hjalmlund E. (2009) Learning strategies of public health nursing students: conquering operational space. *Journal of Clinical Nursing* 18;3136–45.
45. Sæther EW. Kulturer, prosesser og medvirkning ved innføring av elektronisk pasientjournal. *Sykepleien* 2002;90:36–40.
46. Fagerli LB, Fossum M, Terjesen S. Dokumentasjon av sykepleie i den elektroniske pasientjournalen. I: Vatnøy T. (red). *Medvirkning Samhandling Sikkerhet IKT i helsetjenesten*. Conflux AS, Oslo. 2007. (s 174–193).
47. Darbyshire P. Rage against the machine? Nurses' and midwives' experiences of using computerized patient information systems for clinical information. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13:17–25.
48. Oroviogicoechea C, Elliot B, Watson R. Review: evaluating information systems in nursing. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:567–75.
49. Lau F, Kuziemyk C, Price M, Gardner J. A review on systematic reviews of health information system studies. *J Am Med Inform Assoc* 2010;17:637–645. Tilgjengelig fra: jamia.bmj.com [Nedlastet 04.01.13].
50. Kvale. Heisey-Grove D, Danehy L-N, Consolazio M, Lynch K, Mostashari F. A national study of challenges to electronic health record adoption and meaningful use. *Medical Care (MED CARE)* 2014;52:144–8.

Journalssystem til glede og nytte?

› Belyser problemene med å ta i bruk standardisert verktøy på en god måte.



Margaret Torbjørnsen
Spesialrådgiver, Etat for barn og familie, Bergen kommune

Artikkelen er viktig fordi den beskriver utfordringene med å innføre et standardisert kartleggingsverktøy i klinisk praksis. Funnene er relevante og overførbare til andre deler av helsetjenesten. Artikkelen er også interessant fordi den definerer hovedproblemstillingen som en konflikt mellom «lojalitet overfor arbeidsgivers beslutninger» og «fagkompetanse og faglig integritet».

Hovedproblemstillingen kan også defineres som en konflikt mellom ulike forskriftskrav. På den ene siden skal helsesøstere bidra til helseovervåking i kommunen. På den andre siden skal hun gi elevene en individuell tilpasset oppfølging. En presentasjon av disse forskriftskravene ville ha gitt et interessant «bak-teppet» for konflikten som forfatterne har valgt å belyse.

For øvrig belyser artikkelen på en god måte de mange problemene klinikerne erfarer

når standardiserte verktøy tas i bruk. Løsninger på praktiske utfordringer som skisseres er fornuftige, men behandles noe overflatisk. For eksempel etterlyses det et nært samarbeid mellom helsepersonell og programutvikler. Men artikkelen nevner ikke at helsesøstre deltok i utvikling av dette kartleggingsverktøyet. Betyr det at utvikling av slikt verktøy er så krevende at målet om å utvikle et produkt som alle er fornøyd med er vanskelig å oppnå? Utarbeidelse av en felles brukerveiledning er foreslått, men lite problematisert. Vil en brukerveiledning føre til at erfarne fagpersoner føler seg overstyrte i enda større grad? Det er ikke tatt med at de fleste helsesøstre i Bergen selv valgte å ta i bruk «Målrettet helseundersøkelse» for alle elever på åttende trinn da de så at det ga en mer enhetlig helsekartlegging av elevene. I etterkant av dette kom bestemmelsen om

at kartleggingsverktøyet skulle brukes av alle.

Avslutningsvis slås det fast at «det er behov for å evaluere og videreutvikle kartleggingsverktøyet slik at det kan være en bedre støtte i det kliniske arbeidet, synliggjøre helsesøstres arbeid og bidra til nyttige data for helseovervåking av forskning». Det må være til stor glede for artikkelforfattere at helsesøstres arbeid i kommunen neppe har vært mer synlig enn i høst der data fra «HsPro Helseprofil 0–20 år» ble utgitt i en kommunal rapport om barns helse og påvirkningsfaktorer. Rapporten har fått stor politisk oppmerksomhet, og bidratt til at tjenesten er foreslått styrket med 10 millioner i 2015. Rapporten har også fått årets folkehelsepris.

Les artikkelen på side 358



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

MER FORSKNING PÅ UTDANNING

› Vi må utdanne sykepleiere som kan møte morgendagens utfordringer.

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

Kari Toverud Jensen

Rektor ved Høgskolen
i Oslo og Akershus



1. Hvorfor trenger vi sykepleieforskning?

– Vi trenger sykepleieforskning for å videreutvikle sykepleien som fagområde, og for å få økt innsikt, erkjennelse og økt etisk bevissthet til faget. Forskning er ikke nok alene, faget utvikles også gjennom andre kunnskapsformer og erfaringer, og i praksis. Men for å få en solid teoretisk kunnskapsbase for et fag, er forskning innen faget en forutsetning for utvikling. Det er også viktig at det forskes på forskjellige måter, både kvalitativt og kvantitativt.

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

– Jeg mener det må forskes mer på utdanning. Vi må vite hvordan vi kan utdanne sykepleiere som kan møte morgendagens utfordringer på en best mulig måte.

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

– Margareth Lorensen, som for øvrig er dansk. Hun var min veileder da jeg tok hovedfag ved Institutt for sykepleievitenskap på Universitetet i Oslo i 1996. Hun trodde på meg som forsker og så at jeg hadde ana-

lytiske evner. Det var mye på grunn av henne at jeg torde å satse på doktorgrad. Jeg søkte opptak i 2001 og disputerte i 2006.

4. Hva bør en nyutdannet sykepleier vite om sykepleieforskning?

– Nyutdannede sykepleiere må kunne lese forskningsartikler og rapporter og nyttiggjøre seg av disse slik at ny kunnskap omsettes til ny praksis.

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

– Utdanningen har et sentralt ansvar her, men i samarbeid med praksisfeltet. Sykepleierutdanningene må være forskningsbasert, og forskningen må være en naturlig del av utdanningen, men praksisfeltet må også bidra til en kultur for å etterspørre og anvende forskningsresultater.

Hvilket råd vil du gi sykepleieforskere?

– Det er mange gode sykepleieforskere så jeg tror ikke jeg er den rette til å gi råd her, men med min bakgrunn er jeg selvfølgelig opptatt av at det forskes mer på sykepleierutdanning.



ØNSKER BEDRE SMERTEKARTLEGGING

› Pasienter på sykehjem har mye smerter, men kartlegges lite.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Foto **Erik M. Sundt/Colourbox**

– Eldre pasienter gir ikke så ofte direkte uttrykk for smerter, man må spørre dem. Derfor er kartleggingsverktøy særlig viktig for god smertebehandling til denne gruppen, sier forsker Karin Torvik.

– I tillegg kan eldre pasienter ha redusert hukommelse som fører til at de ikke husker tidligere smerter.

LITE BRUKT

Torvik er førsteamanuensis ved HiNT og forsker ved Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge. Hun har intervjuet ansatte i sykehjem og hjemmesykepleien med medisinansvar og fant blant annet at de som jobber i hjemmesykepleien oftere bruker smertekartleggingsverktøy enn de som jobber på sykehjem. Men verktøyet er uansett lite brukt, både i hjemmesykepleien og i sykehjem.

– Sykepleierne jeg intervjuet mener kartleggingsverktøyet har stor nytteverdi, men de bruker det ikke.

Hun mener dette er et stort problem ettersom god pasientbehandling forutsetter at man kartlegger smerter.

– Kartlegging av smerter er en sykepleieoppgave, så hvis ikke sykepleier gjør det, gjør ingen det, sier hun.

– Jeg mener man bør innføre smerte som et femte vitalt tegn hos eldre, og at smertekartlegging bør inngå som en primær sykepleieoppgave på linje med å sjekke blodtrykk, temperatur, respirasjon og puls.

Hun mener også at sykepleierne sparer tid på å benytte kartleggingsverktøy.

– Men hvorfor kartlegger ikke sykepleierne på sykehjem smerte?

– Noen mener mangel på kartleggingsrutiner kan være grunnen, men det gjenstår å forske mer på hvorfor, sier Torvik.

VIKTIG KUNNSKAP

– Hva var grunnen til at du begynte å forske på smerte hos eldre?

– Som anestesisykepleier hadde jeg en del kunnskap om smerte, men ikke så mye om eldre pasienter, forteller hun.

– Smerter hos eldre pasienter er et område der det er forsket lite. Men behovet for kunnskap er stort da det dreier seg om en stor pasientgruppe.

Torvik startet å forske på smerter hos eldre pasienter med og uten språk i doktoravhandlingen sin.

– Den eneste måten å kartlegge smerte hos pasienter på er selvrapportering. Smerte er en subjektiv erfaring, det er bare personen selv som kan vurdere sin egen smerte.

I doktoravhandlingen samlet hun data fra 300 eldre pasienter i Midt-Norge. Hovedformålet med studien var å få mer kunnskap om smerte og livskvalitet hos sykehjemspasienter.



› **SMERTEFORSKER:** Karin Torvik er opptatt av at smertekartlegging av eldre pasienter er en sykepleieoppgave.

– De ansatte i sykehjem var overrasket over resultatet: cirka 50 prosent av pasientene rapporterte om kroniske smerter. I tillegg hadde i underkant av 70 prosent av pasientene som ikke hadde språk, smerter. Disse ble kartlagt av sykepleiere gjennom observasjon.

ØKT DØDLIGHET

Torvik understreker at det er viktig med kunnskap om smerter hos eldre også fordi smerteopplevelsen kan være endret.

– Dette kan føre til økt dødelighet, for eksempel ved blindtarmsbetennelse, fordi smerte kan mangle som et dominerende symptom, forteller hun.

– I tillegg gir eldre ofte uttrykk for smerte på en annen, mer indirekte måte. De kan si: I dag er kneet mitt kranglete, som en måte å uttrykke giktmerter på.

Torviks forskning har fått konsekvenser i praksis. Blant annet i Åfjord kommune, der

man har innført et felles smertekartleggingsverktøy, Doloplus 2, i hele kommunen. Torvik var selv med på å igangsette prosjektet.

– Målet var å kvalitetssikre smertebehandlingen til brukere og pasienter i Åfjord kommune, forteller Torvik.

” Cirka 50 prosent av pasientene rapporterte om kroniske smerter.

– I tillegg til innføring av felles smertekartleggingsverktøy lærte vi opp ansatte i smerte og smertebehandling.

NYTTIG, MEN KREVER TID

Liv Kristi Hårstad, sykepleier i hjemmetjenesten i Åfjord kommune, mener innføringen av felles smertekartleggingsverktøy har vært nyttig, men vanskelig å videreføre.

– Vi opplevde verktøyet som svært nyttig i prosjektperioden, og vi så at det førte til bedre pasientbehandling, sier Hårstad.

– Det at alle kartlegger smerter med samme verktøy medfører at vi snakker samme språk og forstår hva hverandre snakker om.

Hun opplevde at smertekartleggingen førte til at pasientenes smerter ble tatt tak i på en bedre måte.

– Smerter ble i større grad tatt

hånd om og fulgt opp i form av medisiner, legebehandling og behandling hos fysioterapeut.

Imidlertid har hun sett at det ikke er så lett å følge opp etter at prosjektperioden er over.

– Smertekartlegging krever at man setter av tid, noe som kan by på problemer i en hektisk hverdag.

– Er smertekartlegging blitt en del av de faste rutinene?

– Nei, det er lagt inn som et mål, men det er ikke blitt en del av rutinene og derfor heller ikke systematisert.

– HVA ER DET MED UNGEN MIN?

› Øyfrid Larsen Moen møtte foreldre som ikke visste hvordan de skulle håndtere barnet sitt.

Øyfrid Larsen Moen

f. 1969
Helsesøster
og førsteamanuensis
ved Høgskolen i Gjøvik

Tekst **Susanne Dietrichson**

Foto **Høgskolen i Gjøvik**

Larsen Moen er i dag ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Gjøvik. Som helsesøster opplevde hun at foreldre kom til henne med fireåringer de ikke mestret.

– Mange erfarte at verktøyet de hadde i foreldrerollen ikke passet til barna deres. De spurte meg: Hva er det med ungen min?

SLITER

– Barn med ADHD har gjerne store tilpasningsvansker både i barnehagen, på skolen og i familien. Ofte faller mange brikker på

I tillegg sendte hun ut spørreskjemaer til 265 foreldre.

– Foreldrenes opplevelse kan sammenliknes med å balansere på et windsurferbrett som et bilde på det uforutsigbare familielivet, med de skiftende vindene og bølgene, både innad i familien og knyttet til nettverk og hjelpeapparat.

Foreldrene forteller at de lærer etter hvert, men mange føler seg lite ivaretatt i systemet.

– Mange av dem jeg snakket med måtte vente lenge på utredninger, og når det endelig ble satt i gang tiltak var det ofte for sent, sier Øyfrid Moen.

– I norske fengsler sitter det mange med ADHD-diagnose.

FORELDREVEILEDNING

– Barn som har det vanskelig hjemme kan få ADHD-liknende symptomer uten at de har lidelsen. De «mister» symptomene etter at foreldrene har gjennomgått veiledningsprogram, derfor er det viktig at hele familien utredes.

Noen kommuner har etablert «Familiens hus». Dette er et lavterskeltilbud som omfatter både helsestasjon og Åpen barnehage. Her kan foreldrene få veiledning og råd i tillegg til mer målrettede tilbud, hvis de har behov for det.

– Dette tilbudet fungerer veldig bra, og jeg så at helsesøster i kommuner som hadde det, visste hvor de skulle henvise for at familien kunne få raskere og mer målrettet hjelp, forteller Moen Larsen.

Hun understreker at det finnes mange enkle tiltak som kan hjelpe barn med ADHD, i tillegg til medisiner.

– I veiledningsprogrammet lærer foreldrene å strukturere barnas hverdag samt å gi korte enkle beskjeder. Det nytter ikke med «Nå kan du ta med sekken din, gå opp på rommet og gjør lekser», sier hun.

– ADHD gjør at man tar inn

” Ingen av foreldrene jeg intervjuet ville vært uten erfaringen med å ha et barn med ADHD.

plass når de får diagnosen, forteller Larsen Moen.

I sin doktorgradsavhandling intervjuet hun sju familier, med til sammen 23 familiemedlemmer, der ett eller flere barn og en av foreldrene hadde ADHD.

Derfor er det viktig å komme tidlig i gang med behandling for å forebygge problemer.

Hun mener det er viktig at behandlingstilbudet er tverrfaglig og at hele nettverket rundt barnet trekkes inn i behandlingen.

> **ADHD-forskning:** Øyfrid Larsen Moen mener hele familien må utredes.



alle inntrykk fra omgivelsene like sterkt. Det er så godt som umulig å fokusere på bare en ting hvis det skjer mye på en gang. Barna klarer bare en beskjed av gangen og er mer avhengige av grenser og struktur enn andre barn.

– Fant du ut noe nytt?

– Ingen av foreldrene jeg intervjuet ville vært uten erfaringen med å ha et barn med ADHD. De opplevde håp og at de etter hvert mestret situasjonen. Dette skiller min forskning fra annen forskning der foreldrenes erfaringer utelukkende beskrives som negative.

SØSKEN

Når det gjelder søsken til barn med ADHD, så hun at disse gjerne kom i skyggen. Mange vegret seg også for å ta med venner hjem.

– Søsken gjør ofte rare ting, som bunner i at de trenger å bli sett. Dette samsvarer med det man ser hos søsken til barn med handikap eller funksjonsvansker.

I flere av familiene var det også søsken og foreldre med ADHD, da lidelsen er genetisk betinget.

– Foreldrene med ADHD

hadde større problemer med struktur og grensesetting enn de andre foreldrene i studien, sier Larsen Moen.

– Samtidig så jeg at mange av foreldrene som hadde fått diag-

beskriver forholdet til fastlegen som vanskelig og opplever at lærerne har for lite kunnskap om ADHD, forteller Larsen Moen.

– Helsesøster kan gi råd om hvor og hvordan familien kan

” – Helsesøster følger opp barn i alle aldre og kan derfor gripe inn tidlig.

nosen som voksne, hadde laget seg en strukturert hverdag for å fungere, forteller Larsen Moen.

Hun så også at søsken med ADHD kunne lære av hverandre.

– Som at en storesøster prøver å lære lillebror hvordan han kan komme seg ut av situasjoner som ofte fører til raserianfall.

Larsen Moen fant også at i familier der barna er medisinererte, opplevde foreldrene mer sosial støtte og bedre familiefunksjon.

FØLGESVENN

Hun har også intervjuet 19 helsesøstre om deres rolle overfor familier med ADHD.

– Helsesøster kan fungere som følgesvenn for familien gjennom hjelpeapparatet. Mange foreldre

søke hjelp, det er noe de virkelig trenger. Men for at helsesøster skal være en koordinator mellom familien og de ulike aktørene i hjelpeapparatet, må hun få innsyn i hele prosessen.

– Dette skjer ikke i dag.

– Flere av helsesøstrene jeg intervjuet fortalte at de sendte familien videre i systemet uten å få epikrisen tilbake. Dette gjorde at når familien oppsøkte dem på et senere tidspunkt, ante de ingenting om hva som hadde skjedd med barnet i mellomtiden.

Larsen Moen mener helsesøster er i en unik posisjon for å kunne forebygge problemer for barn med ADHD.

– Helsesøster følger opp barn i alle aldre og kan derfor gripe inn tidlig, sier Larsen Moen.

FALLFOREBYGGING I SYKEHUS

En ny fagprosedyre om fallforebygging på sykehus er nå tilgjengelig på Helsebiblioteket.no.



Tekst **Katrine Rutgersen**

Illustrasjonsfoto **Colourbox**

Fall er den vanligste årsaken til at eldre skader seg, både i og utenfor helseinstitusjoner. I tillegg til brudd og hodeskader kan mange fallpasienter oppleve isolasjon og tap av selvstendighet, bli varige uføre eller utvikle frykt for å falle igjen.

Høsten 2014 ble den nye fagprosedyren «Fallforebygging hos voksne pasienter på sykehus» publisert på Helsebiblioteket.no.

– Hensikten med fagprosedyren er å forebygge fall og fallskader i sykehus ved hjelp av en systematisk tverrfaglig kartlegging av risikofaktorer, forteller Cathrine de Groot, leder for faggruppen som har utarbeidet den nye fagprosedyren.

De Groot er utdannet fysioterapeut og arbeider som fagutviklingsterapeut ved Telemark Sykehus (HF).

> TVERRFAGLIG TILNÆRMING

Bakgrunnen for den nye prosedyren var et ønske fra Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer om en tverrfaglig fagprosedyre for fall i sykehus. I arbeidsgruppen inngår fagpersoner fra Telemark sykehus, Oslo universitetssykehus, Vestre Viken og Akershus universitetssykehus.

– De fleste yrkesgrupper er ofte seg selv nærmest, men her ble det nødvendig å tenke tverrfaglig. Samtidig var arbeidet en nyttig bekreftelse på hvor viktig det er for pasientene at vi i helsetjenesten samarbeider på tvers av de ulike yrkesgrupper.

> KUNNSKAPSBASERT FAGPROSEDYRE

I prosessen med å utvikle en ny fagprosedyre har det vært viktig for faggruppen å arbeide kunnskapsba-

sert, i tråd med metoden som ligger til grunn for alt arbeidet innenfor fagprosedyrenettverket.

– Helsepersonell er vant til å støtte seg på egen erfaring, og pasientene er ofte eksperter på sin egen helse, men valgene vi tar skal være forankret i forskning. For eksempel har fysioterapeuter hatt mye ansvar innen forebygging av fall i institusjoner, mens forskning viser at tverrfaglig individuell tilnærming har best effekt. Effekten av fysisk trening er også lav hos eldre på institusjon, men høy for hjemmeboende. Dette bør få konsekvenser for hvordan vi bruker ressursene, hevder de Groot.

Arbeidsgruppen har brukt verktøy og metoder fra Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer for å utarbeide fagprosedyren. Kunnskapsgrunnlaget er hentet fra internasjonale retningslinjer og fagprosedyrer, systematiske oversikter og oppdaterte kliniske oppslagsverk. Litteratursøket ble utført i samarbeid med bibliotekar.

> RISIKOVURDERINGER

Fagprosedyren «Fallforebygging hos voksne pasienter på sykehus» tar utgangspunkt i de ulike fasene i et pasientforløp.

– Alle pasienter over 65 år skal risikovurderes av sykepleier innen det første døgnet. Dette tar cirka et halvt minutt og kan bestå av tre spørsmål, forklarer de Groot.

Disse spørsmålene finnes i eget skjema, tilgjengelig via en lenke i fagprosedyren. Skjer det endringer i allmenntilstand eller de har opplevd et fall etter innleggelse, skal det gjennomføres en ny risikovurdering.

> TVERRFAGLIG UTREDNING

For pasienter som i utgangspunktet har en fallrisiko, anbefales det en tverrfaglig utredning.



– Det finnes over 400 risikofaktorer og det derfor vanskelig å beskrive alle i en prosedyre. Vi har derfor delt inn kartleggingen av risikofaktorene i ulike grupperinger. Disse omfatter blant annet kartlegging av tidligere fall, pasientens alder og motoriske evner, legemiddelgjennomgang, kognitive evner og syn.

De Groot framhever viktigheten av at sykepleierne kartlegger funksjonsnivået hos pasientene, de såkalte ADL-aktivitetene – om de klarer å kle på seg selv, gå på toalettet og så videre.

Hun framhever også betydningen av legemiddelgjennomgang.

– Vi har dessverre eksempler på at pasienter går på tabletter med for høy dose som kan føre til svimmelhet og påvirke balansen. Vår erfaring er at dette ofte kan oppdages ved en legemiddelgjennomgang utført av lege eller farmasøyt.

I den tverrfaglig utredningen bør det være minst en lege, sykepleier og fysioterapeut, men mest optimalt er det hvis det inngår ergoterapeut, sosionom og ernæringssterapeut. Ved fall bør man vurdere ytterligere fallforebyggende tiltak. Pasienten og pårørende skal informeres om eventuelt forhøyet fallrisiko og hvilke forebyggende tiltak som planlegges. Pasientens egne synspunkter og erfaringer skal også lyttes til.

I tillegg til en tverrfaglig vurdering av pasienter som er særlig utsatt for fall, skal det også gjennomføres en risikoanalyse knyttet til omgivelsene. Eksempler på dette kan være for høye senger, uryddige rom, glatte gulv og vurdering av belysningen.

– Spesielt på firemannsrom i institusjon kan det være rotete, med altfor mange møbler i rommet. Dette kan gjøre det vanskeligere for beboer å komme seg trygt frem med for eksempel gåstol, eller at pasienten lettere kan snuble

> OPPFØLGING VED UTSKRIVNING

I fagprosedyren inngår også tverrfaglige tiltak ved utreise for å forebygge fall. Forskning viser blant annet at hjemmeboende pasienter har stor effekt av styrke- og balansen trening. De Groot forteller at den største motivasjonen for å holde seg fysisk aktiv for eldre er at dette øker sjansen for å klare seg selv. I tillegg er det viktig med tilrettelegging av hjemmet. Dette kan omfatte alt fra å flytte på møbler som gjør det lettere for personen å komme seg frem, til å henvise til synsundersøkelse og fastlege for legemiddelgjennomgang. De Groot nevner at mange også sliter med synet.

– En omsorgsbolig jeg besøkte var mørklagt også på dagtid. Leiligheten hadde ikke vindu på begge sider og manglet derfor gjennomlysning. Eldre som er vant til å spare på strømmen, vegrer seg ofte for å slå på lyset på dagtid, men det dunkle lyset utgjorde en risiko for fall. I slike tilfeller er informasjon om hvor viktig det er med ordentlig lys i leiligheten av stor betydning.

Henvvisning til fastlege er et annet tiltak ved utskrivning.

– Mange pasienter begynner med medisiner på sykehus som skal trappes ned når de kommer ut. Derfor er det så viktig at fastlegen følger opp de pasientene som går på medisiner.

Eldre skal føle seg trygge både i sitt eget hjem og når de er innlagt på sykehus. Forskning viser at i en tredjedel av dem som har opplevd skade ved fall utvikler en redsel for et nytt fall.

– Min erfaring er at det eldre er mest redde for er å ikke klare seg selv. Derfor må vi legge til rette for at de skal kunne bo hjemme så lenge som mulig og at vi tilrettelegger for kunnskapsbaserte tiltak som forebygger fall, avslutter Cathrine de Groot.

Du kan lese mer om Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer på Helsebiblioteket.no.



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

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
RANDI MARTINSEN

Tittel: Psykososiale utfordringer og oppfølgingsbehov hos personer med hjerneslag i arbeidsfør alder. En kvalitativ, utforskende studie

Arbeidssted: Høgskolen i Hedmark, institutt for Helsefag

Utgått fra: Universitetet i Oslo, Medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn

Disputasdato: 5. september 2014

Veiledere: Marit Kirkevold og Unni Sveen

E-post: randi.martinsen@hihm.no

› **Bakgrunn:** Å rammes av hjerneslag i alderen 18–67 år, innebærer å bli truet av en alvorlig lidelse i en fase av livet når utdanning, karriere og etablering av familie står i sentrum. Få

studier har undersøkt utfordringene disse unge personene med hjerneslag står overfor.

Hensikt: Å utforske de psykososiale utfordringene og oppfølgingsbehov hos personer med hjerneslag som er i arbeidsfør alder.

Metode: To studier besto av utprøving av en dialogbasert sykepleieintervensjon det første året etter sykdomsdebut. To studier fokuserte på erfaringer med å leve med hjerneslag og behovet for psykososial oppfølging i et lengre perspektiv.

Resultater: Deltakerne strevde med å få tilgang til relevante helse- og omsorgstjenester. Oppfølgingen ble beskrevet som tilfeldig og lite tilpasset behovene til gruppen. Deltakerne opplevde deltakelse i intervensjonen som en støtte i den tidlige fasen. Utfordringene som følge av hjerneslaget varierte

over tid. Hjerneslaget medførte en risiko for å komme i en marginalisert posisjon i familie- og arbeidsliv det første året etter sykdomsdebut. Etter hjerneslaget ble utfordringene beskrevet som et strev med å strekke til for å ivareta familien. Uetablerte personer og deltakere i foreldreroller ble funnet å være spesielt sårbare.

Konklusjon: Å fortolke og messtre situasjonen etter hjerneslag krever individuell støtte og et oppfølgingssystem tilpasset personenes spesifikke livsløp. De daglige krav gjør at unge som gjennomgår hjerneslag har behov for et oppfølgingssystem hvor de kan snakke om forpliktelser i familie- og arbeidsliv. Å ha mulighet til å snakke om erfaringene utenfor den hjemlige kontekst, vil ha betydning for å kunne forebygge psykososiale problemer.



Kandidat:
BENTE HAMNES

Tittel: Self-Management Programmes for Patients with Rheumatic Diseases. Exploring Expectations and Measuring Outcomes

Arbeidssted: Revmatismesykehuset AS, Lillehammer

Utgått fra: Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, Institutt for helse og samfunn-

Disputas: 28. mars 2014

Veiledere: Kåre Birger Hagen

E-post: bente.hamnes@revmatismesykehuset.no

> **Bakgrunn:** En rekke studier viser at lærings- og mestringsprogram har varierende effekt hos revmatikere. Der programmene har effekt, forsvinner den ofte etter en tid. Undervisning og ulike programmer er en viktig del av behandlingen for denne

pasientgruppen, hvor det er gjort få norske studier på effekt.

Hensikt: Hensikten med studien var å få mer kunnskap om deltakernes forventninger til et lærings- og mestringsprogram over en uke og om dette programmet hadde noen effekt.

Metode: Avhandlingen omfatter tre artikler hvor den første er dybdeintervju av 16 pasienters forventninger til et lærings- og mestringsprogram. Den andre artikkelen omhandler oversetting, validering og testing av spørreskjemaet Effective Musculoskeletal Consumer Scale (EC-17). Den tredje artikkelen er en randomisert kontrollert studie av effekt av lærings- og mestringsprogrammet hos pasienter med fibromyalgi.

Resultater: Studien viste at personer med leddgikt og fibromyalgi som skulle delta på en ukes lærings- og mestringsprogram

for revmatikere, var motiverte og hadde store forventninger til oppholdet. De forventet at oppholdet skulle bli et vendepunkt for en bedre framtid, bidra til aksept av sykdommen, erfaringsutveksling og økt mestring gjennom kunnskap, holdninger og ferdigheter. Evalueringen viste en liten korttidseffekt på mestring (EC-17) hos pasienter med fibromyalgi. Det var ingen korttidseffekt på psykologisk stress, helsestatus eller mestringstro (self-efficacy) for smerte, funksjon eller andre symptomer.

Konklusjon: Avhandlingen konkluderer med at deltakerne har store forventninger til oppholdet men at evalueringen kun viser en mindre korttidseffekt på mestring. Basert på resultatene av doktorgradsarbeidet anbefales det at programmet justeres og at det gjennomføres en ny studie av effekt.

DOKTORAVHANDLINGER


Kandidat:
ARVID STEINAR HAUGEN

Tittel: Impact of a surgical checklist on safety culture, morbidity and mortality. A stepped-wedge cluster randomised controlled trial

Arbeidssted: Kirurgisk Serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus

Utgått fra: Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

Disputas: 26. august 2014.

Veiledere: Stig Harthug, Eirik Søfteland og Monica Wammen Nortvedt

E-post: arvid.haugen@helsebergen.no

> **Bakgrunn:** Introduksjon av kirurgiske sjekklister bidrar til forbedret kommunikasjon i det kirurgiske teamet. Enkeltstudier har vist at sjekklister kan forbedre sikkerhetskulturen og redusere både komplikasjoner og dødelighet.

Systematiske oversiktsartikler har etterlyst randomisert kontrollerte studier for å få sikrere kunnskap om sjekklisterens effekt.

Hensikt: Hensikten har vært 1) validere en spørreundersøkelse om sikkerhetskultur i sykehus (Hospital Survey on Patient Safety Culture), 2) undersøke om det å innføre Verdenshelseorganisasjons «Sjekklister for trygg kirurgi» påvirker sikkerhetskulturen hos operasjonspersonell, 3) undersøke om innføring av sjekklister har effekt på komplikasjoner, liggetid og dødelighet opp til 30 dager etter operasjon.

Metode: Den første del av studien er en tverrsnittsundersøkelse av sikkerhetskulturen hos operasjonspersonalet ved et universitetssykehus. Den andre delen er en prospektiv kohort studie med intervensjon- og kontrollgruppe, før og etter innføring av «Sjekklister for trygg kirurgi». Den tredje delen av studien er en gruppe-

randomisert studie med stegvis implementering av «Sjekklister for trygg kirurgi».

Resultater: Spørreskjemaet var egnet for bruk i denne kirurgiske populasjonen, med adekvat intern konsistens og reliabilitet. Skjemaets faktorstruktur ble verifisert. Innføring av «Sjekklister for trygg kirurgi» har i begrenset grad påvirket operasjonspersonalets oppfatning av sikkerhetskulturen. Komplikasjoner ble redusert fra 19,9 prosent til 12,4 prosent ($P > 0,001$) etter introduksjon av sjekklister. I de kirurgiske prosedyrene hvor alle tre delene av sjekklister var brukt, ble komplikasjonene redusert til 11,5 prosent, ($P > 0,001$). Liggetid ble signifikant redusert med 19,2 timer. Dødelighet ble redusert fra 1,6 prosent til 1,0 prosent ($P = 0,151$).

Konklusjon: «Sjekklister for trygg kirurgi» har vist robust reduksjon av komplikasjoner, og signifikant reduksjon av liggetid i sykehus.

Har du tatt doktorgrad?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av nye doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Som et ledd i å formidle forskningsarbeider og forskerkompetanse blant sykepleiere ønsker vi å publisere sammendrag også av tidligere avlagte doktorgrader på våre nye nettsider.

Vi oppfordrer derfor alle aktuelle sykepleiere å legge inn nødvendig informasjon i **ScolarOne**, vårt nettbaserte system for innlevering av manuskripter.

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

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
ANNE-GRETE MAASØ

Tittel: Å se med hjertets øye.

Arbeidssted: Høgskolen i Nord-Trøndelag, helsefagavdelingen, studiested Namsos

Utgått fra: NTNU, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Pedagogisk institutt

Veileder: Professor Hansjörg Hohr

Disputas: 10. oktober 2014

E-post: anne.g.maaso@hint.no

› **Bakgrunn:** Avhandlingen baserer seg på en idé om at omsorgsfull og kyndig sykepleieutøvelse er fundamentert i et faglig og reflekterende skjønn der handlingsalternativer overveies til det beste for pasienten. Dette er vanskelig og må læres gjennom oppøving for derigjennom å utvikles. Sykepleieren kan ikke

bare følge handlingsanvisninger. Da blir faget instrumentalistisk.

Hensikt: Den overordnede hensikten med avhandlingen er å bidra til kunnskap som gir større innsikt og dypere forståelse av hva som skjer i samspillet mellom sykepleierstudentene og praksisveileder med hensyn til studentenes oppøving og utvikling av et faglig og reflekterende skjønn eller klinisk resonnering i sykepleieutøvelsen.

Metode: Studien er en åpen kvalitativ studie med en utforskende design som er forankret i fenomenologi. Utvalget besto av 6, 2. års sykepleierstudenter, som hadde praksisstudier i en kirurgisk sengepost. Samspillet mellom sykepleierstudentene og praksisveileder studeres gjennom observasjonsstudier. Data-materialet er skapt gjennom levd observasjon, uformelle samtaler og intervju samt offisielle og uoffisielle dokumenter. Kari

Martinsens tanker om et faglig og reflekterende skjønn står sentralt i analysen. Jeg støtter meg også på andre forskere og tenkere med et uttrykt syn på sykepleie samt syn på kunnskap og kunnskapsformer.

Resultater: Når læringsmiljøet preges av faktorer som ivaretagelse, åpenhet, trygghet, sikkerhet samt kunnskaper, opplever studentene sengeposten som en kontekst der det er et godt miljø å lære i. Det handler i bunn og grunn om at personalet har omsorg for hverandre – og studentene. I denne sengeposten ble det samarbeidet om miljøskapende tiltak. Humor og hygge styrket fellesskapet og bidro til en lagånd og en positiv atmosfære som la et godt grunnlag for trivsel og læring for studentene. Studentene oppfatter at egeninnsats knyttet til forberedelser til praksisstudiene ikke er nødvendig ut over den forberedelse høgskolen gir. Studentene oppfatter

ter at betydningen av egeninnsats først og fremst er knyttet til det å lese teori underveis for å forstå noe på nytt; det å vise interesse, være aktiv å ta initiativ og oppsøke læresituasjoner. Likeså muligheter til å engasjere seg i stadig mer komplekse arbeidsoppgaver gjennom et tilpasset ansvar der «en får gjøre selv». På denne måten lærer studentene å ta ansvar for egen utdanning og læring. Praksisveileder er en sentral pådriver i denne prosessen. Men et viktig poeng er, at studentene selv vil kunne

velge måten å engasjere seg på i de læringsmulighetene som omgivelsene tilbyr. Derigjennom er det vist at studentenes handlekraft, engasjement og intensjoner er vel så viktig som de mulighetene omgivelsene gir for læring. Hovedfunnet i denne studien er «den gode veilederen for studentene» i sengeposten. I samspillet mellom studentene og praksisveileder er praksisveileders veiledning i sengeposten karakterisert av at hun er en god rollemodell for studentene. Praksisveileders veiledning i senge-

posten kan karakteriseres som et samspill i refleksjonsoaser preget av samarbeidende deltakerrelasjoner der dannelse skjer gjennom pedagogisk takt, og der nødvendig tid og rom er avsatt for studentene.

Konklusjon: Studentene, «den gode veileder» og sengeposten med læringsmiljøet som kontekst og rammebetingelser eller organisering, er ikke atskilt, men i vennlig vekselvirkning for å hjelpe studentene «å se med hjertets øye».

HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt doktorgradssammendrag. Retningslinjer for utforming og innsending av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider: www.sykepleien.no.



ungdomskilde



varmekilde



næringskilde



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

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



Contents >>

Editorial: Interdisciplinarity can be learned	303
Contributions:	
Jan Messel: Wise minds and wise hands	304
Kitt Irene Berg Austgard: Research and tradition	307
Summarised research:	
Cochrane	308
Research news	312
Research articles:	
Various recommendations: Screening for celiac disease in children with type 1 diabetes. By Bente Naalsund and Anne Haugstvedt	314
Comment: Charges must be followed up. By Anne Karin Måløy	323
Nurses challenges in teaching drug treatment in a psychiatric ward. By Aina Ryttersveen Johansen, Hans Martin Nussle, Kjersti Sundbye and Margrete Hestetun	324
Comment: Nurses must take responsibility. By Espen Gade Rolland	331
Why it helps young people to participate in 'peer groups for children of divorce'. By Hilde Egge and Kari Glavin	332
Infection prevention perioperative. By Ann-Chatrin Leonardsen and Rigmor Johansen	340
Comment: Infection is a shared responsibility. By Cathrine Heen	348
Shift work and sickness absence among Norwegian nurses. By Torbjørn Flataker Lien, Ståle Pallesen, Bjørn Bjorvatn and Bente Elisabeth Moen	350
Comment: Threefold rotation is demanding. By Øystein Øygarden Flæten	357
Public health nurses' challenges during the use of mapping in school health. By Ingeborg Nilsen, Astrid S. Litland and Esther Hjälmhult	358
Comment: Journal System for pleasure and benefit? By Margaret Torbjørnsen	366
Six Questions about Nursing Research	367
Research in practice	368
Research Interview	370
New and useful	372



Innhold >>

Leder: Tverrfaglighet må læres	303
Innspill:	
Jan Messel: Klode hoder og kloke hender	304
Kitt Irene Berg Austgard: Forskning og tradisjon	307
Summarised research:	
Cochrane	308
Forskningsnytt	312
Research articles:	
Ulike anbefalinger: Screening for cøliaki hos barn med type 1 diabetes. Av Bente Naalsund og Anne Haugstvedt	314
Kommentar: Belastninger må følges opp. Av Anne Karin Måløy	323
Sykepleieres utfordringer med å undervise om legemiddelbehandling i psykiatrisk avdeling. Av Aina Ryttersveen Johansen, Hans Martin Nussle, Kjersti Sundbye og Margrete Hestetun	324
Kommentar: Sykepleiere må ta ansvar. Av Espen Gade Rolland	331
Hvorfor det hjelper ungdom å delta i skilsmissegrupper. Av Hilde Egge og Kari Glavin	332
Smitteforebyggende tiltak peroperativt. Av Ann-Chatrin Leonardsen og Rigmor Johansen	340
Kommentar: Smittevern et felles ansvar. Av Cathrine Heen	348
Skiftarbeid og sykefravær blant sykepleiere. Av Torbjørn Flataker Lien, Ståle Pallesen, Bjørn Bjorvatn og Bente Elisabeth Moen	350
Kommentar: Belastende med tredelt turnus. Av Øystein Øygarden Flæten	357
Helsesøstres utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten. Av Ingeborg Nilsen, Astrid S. Littland og Esther Hjalhmult	358
Kommentar: Journalsystem til glede og nytte? Av Margaret Torbjørnsen	366
Seks spørsmål om sykepleieforskning	367
Forskning i praksis	368
Forskerintervju	370
Nytt og nyttig	372