

# Forskning

04|15



Smertevurdering  
av intensivpasienter

314

Smertevurdering av voksne sederte respiratorpasienter er en utfordrende og kompleks oppgave for intensivsykepleiere. Artikkelen til Amundgaard og Østlie i **Sykepleien Forskning** beskriver at intensivsykepleiere i varierende grad anvendte teoretisk og erfaringsbasert kunnskap når de vurderte smerte hos respiratorpasienter. Denne kvalitative studien viste at intensivsykepleiernes holdninger og prioriteringer i en travel hverdag påvirker klinisk kompetanse og dømmekraft. Bare en av tre intensivavdelinger brukte smertekartleggingsverktøy utviklet spesielt for respiratorpasienter.



Foto: Erik M. Sundt

## REDAKSJON:

**Siri Ytrehus**

Medredaktør

[siri.ytrehus@ddiakonhjemmet.no](mailto:siri.ytrehus@ddiakonhjemmet.no)**Birgitte Graverholt**

Medredaktør

[birgitte.graverholt@hib.no](mailto:birgitte.graverholt@hib.no)**Kristin Haraldstad**

Medredaktør

[kristin.haraldstad@uia.no](mailto:kristin.haraldstad@uia.no)**Kari Hanne Gjeilo**

Medredaktør

[kari.hanne.gjeilo@stolav.no](mailto:kari.hanne.gjeilo@stolav.no)**Marit Leegaard**

Redaktør

[marit.leegaard@sykepleien.no](mailto:marit.leegaard@sykepleien.no)**Susanne Dietrichson**

Deskjournalist

[susanne.dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne.dietrichson@sykepleien.no)

**Sykepleien Forskning** skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, for høyskoler og for studenter. Artikkelen er fagfelle-vurderte. 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](http://www.sykepleien.no)

**Ansvarlig redaktør:****Barth Tholens**[barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)**Redaksjonskomité:****Kristin Halvorsen:** Førsteamanuensis, HiOA**Ellen Karine Grov:** Professor, HiOA**Per Nortvedt:** Professor, UiO**Anners Lerdal:** Seniorforsker, Lovisenberg

Diakonale Sykehus og professor, UiO

**Monica Nortvedt:** Dekan ved Avdeling for helse-

og sosialfag, HiB og professor II, Helse Bergen

**Inger Schou:** Førsteamanuensis II, UiO

og forsker ved OUS

**Lars Mathisen:** Rektor ved

Lovisenberg diakonale høyskole

**Markedssjef:** **Ingunn Roald**[ingunn.roald@sykepleien.no](mailto:ingunn.roald@sykepleien.no)**Statistiker:** **Guri Feten**[guri.feten@bfk.no](mailto:guri.feten@bfk.no)**Grafisk produksjon:** **Sykepleien****Repro og trykk:** **Color Print A/S****Utgivelsesplan 2016:****10/3, 16/6****Abonnementspris: Kr. 150,- for to utgaver**  
**ISSN 1890-2936**

# Sykepleien Forskning blir digital

Forbundsstyret i NSF har bestemt at Sykepleien Forsknings papirutgave skal avvikles i 2016, og forskningsartikler vil fra neste høst kun presenteres digitalt. Samtidig trapper Sykepleien opp satsingen på forskningsformidling. Redaksjonen har fått styrket staben sin med én forskningsjournalist. Vedkommende skal skrive flere artikler om sykepleieforskning, samt profilere oss bedre gjennom sosiale medier. Vi vet at våre lesere bruker Facebook og vi ønsker å nå ut til flere lesere og få flere deltakere i diskusjoner om aktuell forskning.

Hvordan skal vi unngå at norske sykepleiere slutter å lese artiklene våre når Sykepleien Forskning ikke ligger tilgjengelig på stuebordet? Jeg spurte noen tilfeldig utvalgte sykepleierstudenter om hva de mente om bare å ha bladet i nettsjov, og de skjvnte ikke problemstillingen. En leserundersvkelse stilte fvlgende spvrsml blant et representativt utvalg av sykepleiere gjort av Ipsos MMI vrvren 2015: «Dersom Sykepleien kun hadde blitt utgitt digitalt og ikke p pvpir, hadde du da fortsatt v lese tidsskriftet?» 39 prosent svarte at det kommer an p tidsskriftets digitale kvalitet.

Vi i redaksjonen gvrr litt urolige inn i 2016, fordi det v bli nettbasert krever en helt ny mvte v tenke publisering p, og vi mv

satsen p kvaliteten i alle ledd. For v sikre oss vil alle sammendragene til de originale forskningsartikler ogs v bli presentert p egne sider i Sykepleien, med lenke til fulltekstversjonen p nett. I tillegg vil alle medlemmer av NSF fv tilsendt e-post med nyhetsbrev som omtaler forskningsartiklene med lenker til nettsjov.

Fra januar 2016 vil alle forfattere av originale forskningsartikler fv tilbud om oversettelse til engelsk. Den engelske utgaven publiseres parallelt med den norske artikkelen p nett. Mvlet er v bli indeksert i Pubmed/Medline, noe som vil gvrr det attraktivt for alle sykepleieforskere v publisere hos oss. Sykepleien Forskning vil med denne indekseringen nv ut til et mye stvrrer publikum enn i dag, og sykepleieforskning blir lett svkbar og tilgjengelig i den stvrrste internasjonale helsedatabasen.



**Redaktvrr Marit Leegaard**

[marit.leegaard@sykepleien.no](mailto:marit.leegaard@sykepleien.no)

PhD fra Institutt for sykepleie, Universitetet i Oslo. Ansatt som fvrstemanuensis ved Hvgskolen i Oslo og Akershus.

## Loveleen Rihel Brenna

Forfatter og foredragsholder  
 Født: 1967 i India  
 Har utdanning i pedagogikk, psykologi og sosialpedagogikk med videreutdanning i migrasjon og flerkulturell forståelse. Driver eget konsulentfirma for flerkulturelle spørsmål.

# Når vårt menneskesyn settes på prøve

› I dag, mer enn noen gang tidligere, står vi overfor en situasjon hvor vårt menneskesyn blir utfordret.

Terrorangrep, flyktningstrømmen, medieoppslag og den polariserte debatten hvor religioner og grupper blir plassert i negativt eller positivt lys påvirker oss på ulike måter. Jeg ser på sosiale medier og i samtaler med folk jeg kjenner godt, at noen av dem har beveget seg fra å være rause, åpne og inkluderende ledere, til å plassere enkelte grupper i et meget negativt lys.

## TERRORENS SPOR

Et terrorangrep handler ikke bare om antall drept og sårede som var på åstedet. Helsevesenet møter mennesker med store og små, synlige og usynlige spor etter terrorangrepene. Leger, sykepleiere, psykologer og ambulansepersonell møter mennesker som er blitt drept, såret, ofre og deres pårørende som har fått sønderknust sine drømmer, påført enorm smerte, fratøvet frihet, trygghet og nattesøvn. De rammede er uskyldige enkeltmennesker, familier, lokalsamfunn

og hele nasjoner. Terroren setter spor i oss alle.

## EVNEN TIL EMPATI

En helsearbeiders evne til å vise empati på tvers av kultur, religion og etniske forskjeller vil ha betydning for hvordan pasientene blir møtt på en helseinstitusjon. Evnen til å se mennesket bak alle lagene som skiller oss blir avgjørende for helsearbeider-pasientrelasjonen.

Selv om helsearbeidere ønsker å fremstå som profesjonelle, kan de ikke komme fra at de er mennesker med oppfatninger og holdninger. På lik linje med alle andre kategoriserer de mennesker, og plasserer dem i ulike båser. Dette er nødvendig for å organisere verden og få overblikk. Kategorisering i seg selv er ikke negativt, det som kan være «farlig» er hvis det legges mange minuser til en bestemt gruppe mennesker, eller kategori. Hvilke kategorier ulike mennesker blir plassert i vil influere på kommunikasjonen, samar-

beidet og måten helsearbeideren møter sine pasienter på. Tiden er kommet for å børste støv av våre holdninger og etiske dilemmaer, og sette refleksjonsmøter på dagsorden igjen.

## HELSEARBEIDER-PASIENTRELASJONEN

Når to mennesker møter hverandre befinner de seg på to steder samtidig. Hver av dem er både i den fysiske verden og i den andres tanker blir samtalepartnere plassert inn i vedkommendes virkelighetsforståelse. Vedkommendes holdninger, livserfaringer, kunnskap, menneskesyn og måte å tolke verden på vil påvirke kvaliteten i møtet. Det påvirker kommunikasjonen og evnen til å bygge en god relasjon til sin pasient.

Å være profesjonell innebærer også å være bevisst på møtet som skjer i tankene. Hvordan helsearbeiderens holdninger påvirker tillitsforholdet. Helsearbeideren





Foto: Anders Bergersen

” Evnen til å se mennesket bak alle lagene som skiller oss blir avgjørende for helsearbeider-pasientrelasjonen.

må bygge en bro mellom seg selv og pasienten.

### BYGG EN BRO

Enkelte sier at vi må bygge en bro mellom kulturer, men det er ikke kulturer som møtes, det er først og fremst mennesker som møtes. Vi skal bygge en bro mellom mennesker.

Det er ingen mennesker som blir født med en kultur, et språk eller religion. Det er noe som er tillært. Den kulturelle, religiøse og språklige identiteten utvikler vi i samspill med våre omgivelser.

Kunsten å møte den andres annerledeshet, handler om å se bak alle de lagene som skiller oss. Helsearbeidere skal bli eksperter på likhetene slik at våre ulikheter blir deres styrke. Det betyr at helsearbeidere må møte den andre i den universelle kjernen. Der hvor likhetene mellom menneskene binder dem sammen.

Likhetene som bygger broen mellom mennesker er:

- Primærbehovene våre (mat,

klær, omsorg, trygghet, forutsigbarhet osv.)

- Behovet for å bli sett (for den vi er, at vi får mulighet til å definere oss selv)
- Behovet for tilhørighet (til en familie, gruppe, land ...)
- Gylne regler (det finnes noen like gylne regler i alle verdens religioner)
- Kjønnsideidentitet (vi er kvinner og menn i alle verdens land, forskjellige ligger i det sosiale kjønn)
- Rolleidentitet (som mor, far, søster, bror, nabo, venn, kollega osv.)
- Situasjonsidentitet (lærer-elev, helsearbeider-pasient)
- Mestring (alle har behov for å oppleve mestring)
- Individuer (hvert menneske er et unikt individ, ikke representant for en gruppe)
- Loven og menneskerettigheter i Norge
- Likeverd, åpenhet og respekt (møt alle med dette som ledetråd)

Disse broene kan bygges, uavhengig hvor langt unna mennesker er fra hverandre. Det handler om evnen til å se mennesket bak lagene som skiller mennesker.

### OSS OG DEM

Terror har rammet tusenvis av mennesker i lang tid. Gang på gang har uskyldige mennesker i alle aldersgrupper blitt brutalt drept. De aller fleste som blir drept av terrorister er muslimer, i muslimske land. Mennesker og episoder som vi knapt hører om. Det skjer så langt borte, med folk som mange ikke klarer å identifisere seg med.

Men, angrepene i Paris i 2015, berører oss. Helsearbeideres store utfordring i dag er å være klar over at terrorhandlinger og flyktningkrisen påvirker holdninger og kategorier. Det er avgjørende at helsearbeidere utvider kategorien «oss» og innlemmer mennesket og medmennesket i den.



## 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

**Kristin Haraldstad**

Førsteamanuensis ved  
UiA og medredaktør i  
Sykepleien Forskning



## Smerter blant ungdom er vanlig

► Stadig flere unge gutter og jenter har vondt i kroppen.

Flere store studier de siste årene har vist at så mange som 15–30 prosent av ungdommene har vedvarende eller kroniske smerter. Både norske og internasjonale studier viser at forekomsten av slike smerter har økt, blant annet HUNT-studien. Jenter mellom 16–18 år er de som oftest er plaget av smerter.

Selv om vi vet at mange ungdommer sliter med slike smerter, vet vi fremdeles lite om årsaker til og konsekvenser av dette, og vi har lite kunnskap om hvilke tiltak som virker. I litteraturen diskuteres det hva disse smertene er uttrykk for og hva slags konsekvenser kroniske smerter kan få. I mange tilfeller finner man ingen medisinsk forklaring på smertene, og dette blir derfor ofte sett på som et symptom eller et signal om at ungdommen har problemer i livet sitt. Den økte forekomsten av smerter ses også i sammenheng med at ungdommers livsstil har endret seg: Mange sitter mye i ro, bruker mye tid på ulike

skjermaktiviteter, og er mindre fysisk aktive enn tidligere. I tillegg relateres smerter til stress og press både på skole og ellers i livet. Smerte og fysiske plager hos ungdom kan altså være symptomer på andre underliggende årsaker, og er ofte relatert til både psykologiske, sosiale og fysiske faktorer.

For noen ungdommer vil smertene gå over etter en tid, men en del vil ta med seg disse smertene inn i voksenlivet. Det er godt dokumentert at smerter i ungdomstiden har sammenheng med kroniske smerter, sykefravær, søvnproblemer og psykiske problemer i voksen alder. Smerter er en av de vanligste årsakene til sykefravær.

Det er derfor viktig at vi er opptatt av å forebygge smerter, og bidra til mestring slik at smertene ikke blir kroniske. Ungdommene må tas på alvor når de forteller om plagene sine. Smertestillende midler er ikke en god løsning på lang sikt. Over-

forbruk av reseptfrie smertestillende legemidler kan faktisk gi kronisk hodepine. Mange ungdommer og foreldre kjenner ikke til det. Informasjon er viktig, både om bruk av reseptfrie smertestillende og bivirkninger av disse, og om hva man selv kan gjøre når man har smerter. For eksempel er det ofte positivt å bevege seg og være fysisk aktiv, delta i gymtimen selv om man har vondt, og det er viktig å få nok søvn. Et godt råd er å snakke med helsesøster. Helsesøstre har mye kunnskap på dette området og kan veilede ungdommene. Noen ganger kan en samtale være nok.

Selv om vi har mye kunnskap om smerter, vet vi fremdeles for lite om hvordan smerter oppleves og mestres, og om hva ungdommene selv tenker om dette. Ikke minst vet vi for lite om hvilke tiltak som hjelper. Dette er derfor et viktig område å forske mer på, slik at vi kan hjelpe disse ungdommene bedre enn vi gjør i dag.

# Influensavaksine til barn forebygger trolig ørebetennelse

Å gi influensavaksine til barn forebygger trolig akutt mellomørebetennelse og reduserer trolig bruken av antibiotika. Noen flere barn vil trolig få vanlige bivirkninger av influensavaksinen som feber og rennende nese. Det viser en Cochrane-oversikt.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

I systematiske oversikter samles tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av influensavaksinering av barn mellom seks måneder og seks år sammenliknet med ingen vaksinering eller placebo.

Resultatene viser at influensavaksinering av barn:

- trolig fører til at noen færre barn får akutt mellomørebetennelse blant de vaksinerte barna (middels tillit til resultatet)
- trolig fører til færre antibiotikakurer blant de vaksinerte barna (middels tillit til resultatet)
- trolig fører til at noen flere barn får vanlige bivirkninger av influensavaksinen som feber og rennende nese (middels tillit til resultatet)
- trolig gir liten eller ingen forskjell i antall barn som får vanlige bivirkninger av influensavaksinen som halsbetennelse/sår hals (middels tillit til resultatet)

Vi vet ikke nok til å kunne si om

det oppstår flere eller færre alvorlige bivirkninger eller om bruken av helsetjenester vil endres hos de vaksinerte barna. Legemiddelindustrien finansierte eller sponset alle bortsett fra én liten studie.

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

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

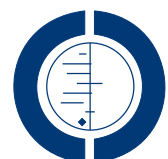
Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i juli 2015, og fant ti randomiserte kontrollerte studier med til sammen 16 707 barn mellom seks måneder og seks år som de inkluderte i oversikten. Forfatterne sammenliknet influensavaksine mot placebo (i seks studier) eller ingen vaksine (i én studie) eller annen vaksine som hepatitt B-vaksine. Seks studier var utført i høyinntektsland, og fire studier var utført som samarbeid mellom flere, både i høy, mellom og lavinntektsland. I åtte studier ble barna rekruttert i helsetjenesten, i én studie i barnehage og i én studie ukjent setting. Ni studier, hvorav alle fem så på sammenhengen mellom influensavaksinering på primærutfallet akutt mellomørebetennelse, var finansiert av legemiddelindustrien. I åtte

studier ble barn med akutt sykdom, dårlig immunforsvar eller «cranio-facial abnormality» ekskludert. I fem studier inkluderte de friske barn, i tre studier alle barn bortsett fra de med alvorlige medisinske tilstander og i to studier barn med en historie av gjentakende mellomørebetennelse. Det var en jevn fordeling mellom kjønnene. Mono-, bi- eller trivalent influensavaksine ble gitt som en enkel dose, to eller tre doser gitt i et sju til 60 dagers mellomrom. Vaksinene ble gitt nasalt i sju studier, intramuskulært i én, subkutant i én og ikke rapportert i én studie.

Omtalt av **Marita Fønhus, Ingvil Sæterdal og Signe Flottorp**, Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten

## REFERANSER

Norhayati MN, Ho JJ, Azman MY. **Influenza vaccines for preventing acute otitis media in infants and children.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD010089. DOI: 10.1002/14651858.CD010089.pub2. Les hele oversikten i Cochrane Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010089.pub2/abstract>



THE COCHRANE  
COLLABORATION®





Illustrasjon: Lene Ask

# Jordmorstyrt oppfølging av gravide og fødende er et godt og trygt alternativ

Det er gode grunner til å velge svangerskapsomsorg og fødselshjelp hvor jordmødre styrer oppfølgingen. Oppfølging fra jordmødre fører til at noen færre føder for tidlig, noen flere føder vaginalt, noen færre forløses med vakuüm eller tang og noen færre velger smertestillende. Jordmorstyrt oppfølging gir også noe lavere risiko for dødfødsler og dødsfall blant nyfødte, viser en Cochrane-oversikt.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

I systematiske oversikter oppsummeres tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av jordmorstyrt svangerskapsomsorg, inkludert fødselshjelp.

Jordmorstyrt svangerskapsomsorg ble sammenliknet med andre måter å følge opp gravide på: Svangerskapsomsorg utført i samarbeid mellom flere helseprofesjoner, svangerskapsomsorg der leger er ansvarlige og forskjellige andre varianter av svangerskapsomsorg.

Forfatterne fant at jordmorstyrt svangerskapsomsorg og fødselshjelp fører til at:

- noen færre kvinner gjennomgår premature fødsler (stor tillit til resultatet)

- noen dødfødsler og dødsfall i nyfødteperioden unngås (stor tillit til resultatet)
- noen flere kvinner føder vaginalt (stor tillit til resultatet)
- noen færre kvinner føder ved hjelp av keisersnitt (stor tillit til resultatet)
- noen færre barn forløses med vakuüm eller tang (stor tillit til resultatet)
- noen færre kvinner får sfinkterruptur (stor tillit til resultatet)
- noen færre kvinner benytter seg av epidural- eller spinalbedøvelse under fødsel (stor tillit til resultatet)

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekten.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i mai 2015, og fant 15 studier med til sammen 17 674 gravide, som de inkluderte i oversikten. Alle studier var utført i den offentlige helsetjenesten i Australia, Canada, Irland og Storbritannia.

Organiseringen av, og innholdet i, jordmorstyrt svanger-

skapsomsorg, varierte på tvers av studiene. Graden av kontinuitet varierte også: Andel kvinner som fikk fødselshjelp av en jordmor de kjente fra før, var mellom 63 prosent og 98 prosent. For noen av de andre måtene å følge opp gravide (ikke jordmorstyrt) på var dette tallet 0,3 prosent til 21 prosent.

Jordmorstyrt svangerskapsomsorg ble sammenliknet med:

- svangerskapsomsorg utført i samarbeid mellom flere helseprofesjoner (åtte studier)
- svangerskapsomsorg der leger (fødselslege eller allmennlege) var ansvarlige (tre studier)
- forskjellige andre varianter av svangerskapsomsorg (tre studier)

I tillegg til kontinuerlig oppfølging av jordmor gjennom svangerskap og fødsel, varte tilbudet også inn i barselperioden, i de fleste studiene.

Ifølge forfatterne var utfall som «kvinnenes tilfredshet» og «kostnader» ikke mulig å slå sammen i en metaanalyse og resultatene for disse utfallene ble derfor ikke tallfestet, men beskrevet med ord. Forfatterne konkluderer med at det er en tendens både til økt tilfredshet og lavere kostnader ved jordmorstyrt svangerskapsomsorg.



Illustrasjon: Lene Ask

Omtalt av Marita S. Fønhus og Atle Fretheim, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

**REFERANSER**

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity

models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub4. Les hele oversikten i Cochrane Library [fri tilgang fra norske IP-adresser]: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub4/abstract>



# Forskningsnytt

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

## Somaliske kvinners tilgang på diabetesforebyggende helsetjenester

Befolkningen av afrikanske innvandrere i Norge er anslått til å være cirka 97 000, og av disse er nesten 50 prosent somaliere. Innvandrere fra Afrika har høyere insidens av diabetes type 2 enn den generelle europeiske befolkningen. Somaliske kvinner er nesten utelukkende muslimske. Deres religiøse restriksjoner, familie og migrasjonsrelaterte problemstillinger som språkproblemer og diskriminering, er barrierer for å være fysisk aktive. Vi trenger kunnskap om hvordan somaliske kvinner

bruker forebyggende helsetjenester, fordi somaliere ikke kjenner vestlige prinsipper for forebyggende helse. Det å skulle spørre fastlegen om råd for å forebygge kroniske sykdommer er ukjent for de fleste fra Somalia.

Hensikten med denne kvalitative studien var derfor å utforske somaliske kvinners kunnskaper om diabetes og ulike risikofaktorer, og hvilken tilgang de har på forebyggende helsetjenester. Forskerne intervjuet 30 innvandrerkvinner fra Somalia. Alle intervjuene ble gjort på somalisk siden førsteforfatter og forskningsassistenten som gjennomførte datainnsamlingen også var fra Somalia. Tematisk analyse ble brukt for å identifisere de temaene som best kunne beskrive et helhetlig bilde av deltakernes felles opplevelser.

Deltakerne visste at en stillestående livsstil og usunt kosthold

er blant risikofaktorer for å utvikle diabetes. De sa dette skyldtes manglende fysisk aktivitet og dårlig tilgang til helseopplysninger. De fleste av deltakerne ønsket at helseinformasjonen var tilgjengelig på somalisk språk, og de foretrakk muntlig informasjon og enkle bilder.

Forskerne konkluderer med at somaliske innvandrerkvinner og andre med tilsvarende behov trenger egne treningsanlegg. I tillegg har de behov for tilpasset helseinformasjon om kosthold som kan oppmuntre til å adoptere en sunnere livsstil og forebygge diabetes type 2.

### REFERANSE

**Gele AA, Torheim LE, Pettersen KS, Kumar B.** Beyond Culture and Language: Access to Diabetes Preventive Health Services among Somali Women in Norway. *Journal of Diabetes Research*. 2015. [Doi.org/10.1155/2015/549795](https://doi.org/10.1155/2015/549795).

### KOMMENTAR

Somalierne er den innvandrerguppen i Norge med lavest sosioøkonomisk standard i forhold til andre innvandrere. Diabetes type 2 forekommer oftere blant etniske minoriteter. Gele et al. gir i denne studien viktige innspill til hvordan vi kan hjelpe denne økende gruppen innvandrere til bedre helse.

## Stolt over å være sykepleier?

Kommunehelsetjenesten har et skrikende behov for flere sykepleiere til et økende antall skrøpelige eldre pasienter. For å få til et slikt kompetanseløft trenger sykehjem og hjemmesykepleie å rekruttere nyutdannede sykepleiere. Forskning viser at nyutdannede sykepleiere er opptatt av kompetanse og profesjonelle verdier. Sykepleierens yrkes-

stolthet baserer seg på hvordan den enkelte sykepleier opplever at hun eller han utøver profesjonell omsorg. Målet med denne studien var derfor å beskrive hvilke erfaringer nyutdannede sykepleiere har med yrkesstolthet innen kommunehelsetjenesten.

Data ble samlet inn med åpne intervjuer fra åtte nyutdannede sykepleiere som arbeidet i sykehjem

eller hjemmesykepleien. I tillegg ble fire av deltakerne spurt om å skrive dagbok med refleksjoner om yrkesstolthet. Det ble valgt en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming for å belyse betydningen av yrkesstolthet i fortellingene til deltakerne.

Dataanalysen identifiserte tre hovedtemaer: Å gjøre de riktige tingene på en god måte, å bli anerkjent

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

## Mestringstro hos pasienter med leddgikt

Pasienter med leddgikt må håndtere og leve med plagsomme symptomer som leddstivhet, smerte, fysiske begrensninger og kronisk utmattelse. Mestringstro (self-efficacy) handler om pasientens tro på og evne til å håndtere symptomene på og konsekvensene av leddgikt. Tidligere studier har vist at sykepleiere er i en unik posisjon til å øke pasientenes mestringstro ved hjelp av tilrettelagt undervisning. Pasientenes mestringstro kan hindre fremtidig utvikling av psykiske problemer, og det er behov for å utforske samspillet mellom mestringstro og andre faktorer som påvirker denne evnen hos pasienter med leddgikt.

Grønning med kollegaer ønsket å undersøke hvilke faktorer som kan forutsi grad av mestringstro hos pasienter med leddgikt: 1. demografiske (kjønn, alder, utdanning og

sysselsetting status), 2. sykdomsrelaterte (diagnose, sykdomsvarighet, sykdomsaktivitet, smerte, tretthet, fysisk aktivitet, medisinsk behandling, komorbiditet) og 3. psykologiske (trivsel, angst, depresjon og pasientaktivisering). De gjorde en sekundæranalyse av data innhentet i en tidligere randomisert kontrollert studie som inkluderte 132 voksne pasienter med leddgikt. Statistiske analyser ble utført med bivariat og multivariat lineær regresjon.

Studien fant at faktorene høy grad av pasientaktivisering og det å være kvinne forutsa høyere mestringstro for symptomer på leddgikt utenom smerte. Kombinasjonen trivsel og kvinne forutsa mestringstro på å håndtere smerte. Sykepleiere bør derfor fokusere på pasientenes trivsel og aktivisering i møte med denne pasientgruppen,

og være klar over mulige kjønnsforskjeller når det gjelder pasientenes mestringstro.

**REFERANSE**

Grønning K, Bratås O, Steinsbekk A. Which Factors Influence Self-Efficacy in Patients with Chronic Inflammatory Polyarthritis? Musculoskelet. Care 2015 DOI: 10.1002/msc.1114.

I denne studien fant Grønning et al. at det å være kvinne forutsier at du har høyere grad av mestringstro på å håndtere ubehagelige symptomer på leddgikt. Forskningen er i tråd med andre studier som viser at sykepleiere må bli mer kjønnsespesifikke når de informerer og underviser pasienter. Kanskje menn med leddgikt har andre behov som de trenger støtte til for å oppnå samme grad av mestringstro som kvinner?

KOMMENTAR

og akseptert, og trivsel i et praksisfellesskap. Viktigste kilde for stolthet var kontakten med pasientene og pårørende. Første brist i yrkesstoltheten skjedde når de ikke følte seg anerkjent og akseptert som profesjonelle yrkesutøvere.

Forfatterne konkluderer med at kolleger og ledere bør øke og anerkjenne nyutdannede sykepleieres

yrkesstolthet ved å stimulere til omsorg med høy kvalitet og lojalitet til sykepleiefaget.

**REFERANSE**

Sneltvedt T. og Bondas T. Proud to be a nurse? Recently graduated nurses' experiences in municipal health care settings. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2015, doi: 10.1111/scs.12278.

I denne studien påpeker forskerne hvor sårbare nyutdannede sykepleiere er i sin første jobb i kommunehelsetjenesten. De trenger støtte og veiledning fra erfarne kollegaer for å opprettholde og utvikle yrkesstolthet i møte med sårbare pasientgrupper.

KOMMENTAR



> KOMPLEKST OG KREVENDE:

# SMERTEVURDERING AV INTENSIVPASIENTER



Illustrasjonsfoto:  
Erik M. Sundt





Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Pasienter som behandles med invasiv respiratorbehandling blir sedert og smertelindret for å tolerere behandlingen. Tidligere forskning viser at pasientene rutinemessig utsettes for ubehagelige og smertefulle prosedyrer. Det er intensivsykepleierens oppgave å vurdere pasientens smerter.

**Hensikt:** Undersøke hvordan intensivsykepleiere beskriver vurdering av smerte hos voksne pasienter som mottar respiratorbehandling.

**Metode:** Studiens design er kvalitativ deskriptiv med fokusgrup-

peintervjuer. Intensivsykepleiere ble intervjuet i tre fokusgrupper, data er analysert ved induktiv innholdsanalyse.

**Hovedresultat:** Tematiseringen viser at smertevurdering av respiratorpasienter er utfordrende og komplekst. Analysen resulterte i tre hovedkategorier: Teoretisk og erfaringsbasert kunnskap i smertevurdering, fokus på smertevurdering i daglig yrkesutøvelse, og kvalitetssikring av smertevurdering.

**Konklusjon:** Vurdering av smerte

hos voksne sederte pasienter som mottar respiratorbehandling bygger på intensivsykepleierens teoretiske og erfaringsbaserte kunnskap. Studien viser imidlertid at graden av oppdatering på forskningsbasert kunnskap er varierende. Intensivsykepleierens holdninger, oppmerksomhet og prioriteringer i en travelt hverdag kan påvirke bruken av klinisk kompetanse og dømmekraft. Økt bevisstgjøring på smertevurdering og det moralske ansvaret på avelingsnivå kan bidra til å utvikle den klinisk kompetansen i intensivsykepleien.

ENGLISH SUMMARY

**Pain assessment of patients on mechanical ventilation**

**Background:** Patients treated with invasive mechanical ventilation are sedated and provided pain relief to tolerate treatment. Previous research shows that patients are routinely exposed to unpleasant and painful procedures. It is the task of the intensive care nurses to assess the patient's pain.

**Objective:** To investigate intensive care nurses' descriptions of pain assessment in adults receiving mechanical ventilation.

**Method:** Descriptive qualitative

design with focus group interviews. Intensive care nurses were interviewed in three focus groups, and the data was analysed using inductive content analysis.

**Results:** The overall theme shows that pain assessment of ventilated patients is challenging and complex. The analysis resulted in three main categories: Theoretical and experience-based knowledge in assessment of pain, focus on pain assessment in daily practice, and quality assurance for pain assessment.

**Conclusion:** Assessment of pain in adult patients receiving mechanical ventilation is based on the

intensive care nurse's theoretical and experience-based knowledge. The discussions around experiences of former patients, and pain assessment tools show variable research-based knowledge. Intensive care nurses' attitudes, focus, and priorities in a busy schedule can affect the use of clinical skills and judgment. Increased awareness on pain assessment and moral responsibility in the intensive care unit can contribute to the development of clinical competence in intensive care nursing.

**Keywords:** Intensive care unit, mechanical ventilation, pain, focus groups

# »» Vurdering av smerte hos voksne respiratorpasienter

Forfattere: Tone Kristine Amundgaard og Ingrid Landgraff Østlie

## NØKKELORD

- Intensiv
- Respirator
- Smerte
- Fokusgruppe

## INTRODUKSJON

Respirasjonssvikt er den vanligste organsvikten innen intensivmedisin, og det som tydeligst definerer en pasient som intensivpasient. I 2012 var det registrert respirasjonsstøtte, utover åpen O<sup>2</sup>-tilførsel, ved 58,1 prosent av alle intensivopphold i Norge (1). Pasienter som mottar respiratorbehandling kan ha smerter som følge av en underliggende sykdom eller skade. I tillegg utsettes de rutinemessig for en rekke ubehagelige og smertefulle prosedyrer. (2–4). En studie viser at under halvparten av pasientene får smertestillende i forkant av prosedyrer (3). Fjerning av thoraxdren, sårdren og innleggelse av arteriekran var de tre prosedyrene intensivpasientene rapporterte som mest smertefulle. Dette viser en annen større europeisk undersøkelse (5). Bevisste pasienter under respiratorbehandling opplever også betydelige smerter og ubehag fra endotrakealtuben (6–8). I tillegg utsettes pasientene

stadig for forstyrrelser, noe som kan forsterke smerteopplevelsen (9). Smerte kan sekundært føre til økt stressrespons med påfølgende katabol hypermetabolisme, økt O<sup>2</sup>-forbruk, hyperkoagulasjon og påvirkning av immunforsvaret (2). Smerte kan også være en signifikant risikofaktor for utvikling av delirium (10). Flere studier viser at det som er spesielt for respiratorpasienter, er de begrensede mulighetene til å uttrykke og beskrive smerter (6,7,11–13). Nyere metoder for sedasjon og respiratorbehandling har ikke fullstendig eliminert ubehaget ved kritisk sykdom. Aspektene ved lidelse gjenstår, som ubehag, nedsatt kommunikasjon, tap av kontroll, og ensomhet (12). The International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er en subjektiv opplevelse (14). Fysisk og psykisk stress kan altså forsterke opplevelsen av smerte og lidelse.

Tradisjonelt sett har sedasjon og smertelindring hos respiratorpasienten vært nært knyttet til hverandre. I nyere retningslinjer for sedasjon anbefaler Barr m.fl. (4) at den kritisk syke respiratorpasienten bør ha et lettere seda-

sjonsnivå, forutsatt at det ikke foreligger kliniske kontraindikasjoner. De anbefaler også rutinemessig monitorering av smerte hos voksne intensivpasienter. Lettere sedasjonsnivå er forbundet med kortere tid på respirator og kortere tid i intensivavdelingen (4). Det samme gjelder for systematisk smertevurdering og -håndtering (15). Uavhengig av pasientens sedasjonsnivå er det nødvendig å gjøre individuell smertevurdering, særlig før, under og etter prosedyrer. Dette gjelder spesielt hos pasienter som har nedsatt evne til kommunikasjon (16).

Intensivsykepleierens behandlende funksjon innebærer vurde-

### Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at intensivsykepleierens bruk av smertekartleggingsverktøy varierer, og at holdninger og prioriteringer i en travelt hverdag påvirker i hvilken grad de bruker sin kliniske kompetanse og dømmekraft.

### Mer om forfatterne:

Tone Kristine Amundgaard er intensivsykepleier med master i klinisk sykepleie. Hun er ansatt ved intensivavdelingen på Sykehuset Innlandet HF, Hamar. Ingrid Landgraff Østlie er spesialist i pediatrik sykepleie, PhD. Kontaktperson: tonekam@yahoo.no

ring, prioritering og iverksetting av tiltak og kontinuerlig evaluering av sykepleiepraksis hos pasienten. Den lindrende funksjon innebærer vurdering og evaluering av smerte for å kunne begrense omfang og styrke av belastning i forbindelse med syk-

ble valgt fordi planlagte diskusjoner kan dra fordel av gruppedynamikken, samtidig som det er mulig å innhente mangfoldige data på en effektiv måte (19). Diskusjoner og refleksjoner rundt intensivsykepleiernes vurderingsprosesser relatert til

pilotinter-vju med to intensivsykepleiere. Disse ble ikke inkludert i fokusgruppeintervjuene. Formålet var å teste intervjuguiden, ikke gruppeinteraksjonen. Hovedspørsmålet i intervjuguiden var: «Hvordan vurderer intensivsykepleiere smerte hos voksne, sederte respiratorpasienter?» Intervjuer ga utdypende spørsmål underveis angående avdelingens gjeldende rutiner for smertevurdering. Dette gjaldt konkrete observasjoner og handlinger, grunnlag for god smertevurdering (kunnskap, erfaring, holdninger), kommunikasjon med kolleger, forslag til kvalitetssikringstiltak, erfaring med smertekartleggingsverktøy. Til slutt ble det stilt oppklarende spørsmål og kommentarer relatert til gruppeintervjuet.

## ” Smerte er en subjektiv opplevelse.

dom, skade og behandling (17). Et viktig steg i forbedring av smertehåndtering er bevisstgjøring blant intensivsykepleierne om smertebehandlingsprosessen. Det anbefales en høyere prioritering av smertevurdering og -behandling i den kliniske hverdagen, og at intensivsykepleiere i sin praksis anvender forskningsbasert kunnskap, med det mål å redusere smerter hos pasienten (18).

Hensikten med denne empiriske studien var å undersøke hvordan intensivsykepleiere beskriver sin vurdering av smerte hos voksne, sederte pasienter som mottar respiratorbehandling.

Ut fra hensikten ble følgende forskningsspørsmål utviklet:

- Hvordan beskriver intensivsykepleiere bruken av kunnskap og erfaring i vurdering av smerte?
- Hvordan beskriver intensivsykepleiere betydningen av holdninger i vurdering av smerte?
- Hvordan beskriver intensivsykepleiere mulige andre faktorer som kan påvirke vurdering av smerte?
- Hva er intensivsykepleieres erfaringer med smertekartleggingsverktøy?

### METODE

Studiens design er kvalitativ, deskriptiv med fokusgruppeintervjuer. Fokusgruppeintervju

smerte hos intensivpasienter som mottar respiratorbehandling, egner seg godt for fokusgruppeintervju. Gruppedynamikken som oppstår, gjør det mulig å belyse kunnskap, erfaringer og holdninger intensivsykepleiere legger til grunn når de vurderer smerte. Oppfatningene de har rundt bruken av smertekartleggingsverktøy blir også belyst.

### Utvalg

Informantene i studien besto av sykepleiere med videreutdanning i intensivsykepleie, ansatt ved tre forskjellige intensivavdelinger ved norske sykehus. Intensivsykepleierne utgjorde en gruppe for hver avdeling. Fagutviklingssykepleier eller avdelingssykepleier ved de respektive avdelinger rekrutterte deltakerne. Det var ønskelig med seks intensivsykepleiere i hver gruppe, men ved to av intervju-stedene ble det bare fire i gruppen. Deltakernes arbeidserfaring i intensivavdeling var spredt fra 1,5 til 41 år. Flest hadde 100 prosent stilling, men ingen hadde lavere enn 75 prosent. Utvalget besto kun av kvinner.

### Intervjuguide

Intervjuguiden ble utarbeidet i tråd med studiens hensikt og forskningsspørsmål. Guiden ble testet og revidert etter

### Datainnsamling

Tre fokusgruppeintervjuer ble gjennomført våren 2013 av førsteforfatter. Intervjuene ble foretatt i informantens arbeidstid i samtalerom på de respektive intensivavdelinger, og varte 50–60 minutter. Oppfølgings-spørsmål ble stilt der det var behov for å utdype påstander og utsagn, dette gjaldt i særlig grad utsagn omkring kunnskap, erfaring, holdninger og kommunikasjon. Hvert intervju ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett umiddelbart etter intervjuet.

### Dataanalyse

Intervjuene ble analysert i henhold til induktiv innholdsanalyse beskrevet av Elo og Kyngäs i tre hovedfaser: Forberedelse, organisering og rapportering (20). Forberedelsesfasen innebærer transkribering og identifisering av meningsenheter i hvert intervju for seg. Orga-



niseringsfasen inkluderer fem trinn: Åpen koding, samling av kodene, gruppering, generisk kategorisering og hovedkategorisering. Rapporteringsfasen innebærer en abstraksjon av hovedkategoriene til et tema, og en strukturert presentasjon av resultatene. Etter transkribering ble intervjuene lest grundig igjennom hver for seg, og meningsenheter identifisert ut fra studiens hensikt og forskningsspørsmål. Åpen koding innebar en samling av meningsenheter med beslektet innhold under felles dekkende benevelser i hvert enkelt intervju for seg. Deretter ble kodene fra alle tre intervjuene sett på under ett og justert mot hverandre og beslektede og overlappende koder slått sammen. Kodene ble så gruppert i subkategorier, generiske kategorier og hovedkategorier, gjennom en teoretisering av intensivsykepleierens beskrivelser av sin smertevurdering. Til slutt ble hovedkategoriene abstrahert til et overordnet tema som beskriver det latente innholdet i intensivsykepleierens beskrivelse av sin smertevurdering. Tabell 1 viser fremstillingen av kategorier og tema. Gjennom hele analyseprosessen ble analysematerialet sammenholdt med de transkriberte intervjuene slik at meningsinnholdet i fokusgruppeintervjuene gjenspeiles. Prosjektets andreforfatter deltok i alle trinnene i analyseprosessen, med innspill på valg av meningsenheter og samling under dekkende kodeord, og som diskusjonspartner under kategorisering og beskrivelse av overordnet tema.

### **Etiske overveielser**

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) fant ikke prosjektet meldepliktig

ettersom deltakerne er anonymisert. Før rekrutteringen startet ble det innhentet godkjenning fra avdelingssjefene ved de respektive sykehusene. Informasjonsbrev ble utgitt på forhånd, og samtykkeerklæring innhentet fra alle deltakerne før intervjuets start, jamfør helseforskningsloven (21). Konfidensialitet ble ivaretatt ved sletting av lydopptak etter at studien var ferdig, og det finnes ingen navn i materialet. Utbytte av fokusgruppeintervjuet som en faglig diskusjon og refleksjon rundt smertevurderingsprosessen, kan ses på som en fordel for deltakerne. Det kan bidra til økt bevissthet om intensivsykepleierens ansvar for smertevurdering av intensivpasientene i de respektive avdelinger. Intervjueren hadde god nytte av sin for forståelse som intensivsykepleier både i intervjuene og i analyseprosessen, men det var viktig å være klar over eget ståsted slik at funnene representerer innholdet i fokusgruppeintervjuene.

### **RESULTATER**

Resultatene er sammenfattet i et overordnet tema: «Smertevurdering av voksne sederte respiratorpasienter er utfordrende og kompleks». Vurderingen er en sammensatt handling som gir intensivsykepleieren kliniske utfordringer. Temaet inkluderer følgende hovedkategorier: Teoretisk og erfaringsbasert kunnskap i smertevurdering, fokus på smertevurdering i daglig yrkesutøvelse, og kvalitetssikring av smertevurdering (se tabell 1).

#### **Teori- og erfaringskunnskap**

Intensivsykepleierne beskrev bruk av anerkjent fagkunnskap, avdelingens rutiner og systemer, og egne opparbeidete erfaringer i vurderingen av smerte hos

respiratorpasienten. De reflekterte over ulike tilnærming til smertebehandling, betydningen av den enkelte yrkesutøvers for forståelse, og kunnskapen om erfarne pasientopplevelser.

Av vitale observasjoner ble stigning i blodtrykk og puls, men også respirasjonsfrekvens, beskrevet som tegn på smerte. Puls og blodtrykk alene var for uspesifikt. Fysiske observasjoner knyttet til smertevurdering var ansiktsuttrykk, rynker i ansiktet og om pasienten grimaserte. Andre faktorer som ble nevnt var tårer og svette, klam hud og om pasienten hadde større pupiller enn forventet. Hoste ble også beskrevet som et tegn, med tanke på at samarbeid med respiratoren kan indikere grad av smerte. I tillegg kunne intensivsykepleieren se og kjenne anspenthet, motstand, generell uro, stress og utilpasshet hos pasienten. Informantene mente at dersom flere av disse observasjonene ble registrert samtidig, ble de sikrere i sin vurdering. Ytre faktorer, som uro og støy på flersengsrom, kunne påvirke pasientens smerteopplevelse og reaksjoner og vanskeliggjøre en reell smertevurdering.

Intensivsykepleierne hevdet at smertevurdering forutsetter oppdatert kunnskap på flere områder: smerteopplevelse, ikke-medikamentell og medikamentell behandling og intensivbehandling. Videre mente de at kunnskap om diagnose, kirurgi og ulike rutinemessige prosedyrer utgjør verdifull bakgrunnsinformasjon av betydning for smertevurderingen. Det samme gjaldt kunnskap om tidligere plager som ryggplager og migrene. Kartlegging av pasienten, for eksempel i still, kunne gi en grundig oversikt. Lang erfaring med mange pasienter ga

**Tabell 1:** Kategorier og tema basert på induktiv innholdsanalyse

Sub-kategori	Generisk kategori	Hovedkategori	Tema
Vitale observasjoner av smerte Fysiske observasjoner av smerte Kjennskap til ytre faktorer som påvirker smerte	Identifisering av smerte basert på rutinemessige observasjoner	Teoretisk og erfaringsbasert kunnskap i smertevurdering	Smertevurdering av voksne sederte respiratorpasienter er utfordrende og komplekst
Ulik tilnærming til smertebehandling Forforståelse Erfarte pasientopplevelser	Identifisering av smerte basert på individuell kompetanse		
Holdninger relatert til smertevurdering Bevisstgjøring for smertevurdering Kommunikasjon med pasient og pårørende	Refleksjoner over egen smertevurderingspraksis	Fokus på smertevurdering i daglig yrkesutøvelse	
Samarbeid i smertevurdering Arbeidsbelastning og kontinuitet Tillit til kollegers vurdering	Teamarbeid i smerte-vurdering		
Behov for opplæring og trening i bruk av smertekartleggingsverktøy	Bruk av smertekartleggingsverktøy	Kvalitetssikring av smertevurdering	
Viktigheten av dokumentasjon og rapportering	Dokumentasjon og rapportering		

kunnskap og trygghet i vurdering og tolkning av forskjellige typer smerte, som bruddsmerter eller hodepine som følge av respiratorbehandlingen: «Trenger kanskje erfaringen vi og, altså jo flere pasienter du har hatt, jo mer har du lært deg til å tolke forskjellige typer smerter da. Ut ifra, blant annet hva de er operert for eller hva de har vært igjennom ...»

Intensivsykepleierne drøftet utviklingen rundt sedasjon og smertelindring hos respiratorpasienter. Tidligere ga de oftere bolus av analgetika før prosedyrer, nå vurderes behovet ut fra om pasienten viser tegn på smerte før gjøremålet. En nyttig erfaring var hva pasientene deres kunne fortelle om smerteopplevelser i etterkant av behandlingen.

### Daglig smertevurdering

I fokusgruppene ble det samtaler om både egen smertevurderingspraksis og teamarbeid i smertevurdering. Gruppene mente at den enkelte intensivsykepleiers holdninger har betydning for hva man tenker at pasienten skal tåle av smerter; om det er greit å føle ubehag, eller om ubehag også skal tolkes som smerte. Selvopplevd smerte kan også påvirke vurderingen.

Intensivsykepleierne mente at de i det siste hadde fått økt bevissthet på kartlegging av smerte. Både det at pasienten kan ha smerter, men også det at pasientene er mer våkne og kan kommunisere bedre, ble spilt inn. Noen intensivsykepleiere reflekterte over om det kanskje ble gitt for mye smertestillende: «... (D5) tror vi egentlig at intensivpasien-

ten ligger og har så veldig mye vondt da? Jeg tror kanskje at de fleste av oss har en oppfatning om at vi gir nok smertestillende til intensivpatienten (flere sier ja). (D2) Det tror jeg du har rett i, det tror jeg. (D5) Kanskje vi rett og slett gir for mye?».

Informantene mente at bevisstgjøring på avdelingsnivå kunne gi mer målrettede observasjoner. En positiv holdning til nye satsingsområder, som å innføre protokoll for daglig sedasjonsstopp, kunne bidra til fordelaktige endringer, mens negative holdninger ville bremse. Etablering av team eller ressurspersoner som har fordypet seg i emnet, var forslag til å skape økt bevisstgjøring.

Sedasjon ble trukket frem som en kommunikasjonsbarriere som vanskeliggjør pasientens mulig-

het for å uttrykke smerte. Der- som pasienten var mer våken, ville kommunikasjonen lettes. Pasienten kunne svare med et nikk, eller ved bruk av hjelpe- midler som for eksempel en tavle. Informantene drøftet også prio- riteringen av smertevurdering i en hektisk hverdag, og arbeids- belastningens betydning for hva man vektla.

Fokusgruppene drøftet hvor- dan samarbeidet om smertevur- dering fungerte i avdelingen. Intensivsykepleierne var ofte sammen om vurderingen, eller de konfererte med hverandre. Imid- lertid kom det frem at tilliten til kollegers smertevurdering kunne variere. Samarbeidet med legene fungerte bra, men det hendte at det var uenighet om vurderingen. Det kunne handle om hvordan intensivsykepleieren formidlet sine observasjoner.

### Kvalitetssikring

Intensivsykepleierne reflekterte rundt kartlegging og dokumen- tasjon av smerte. De ønsket en mer ensartet smertevurdering og trakk frem ulike verktøy som konkretiserte dette. Noen brukte VAS (Visual Analog Scale) på respiratorpasienter ved å angi skår på vegne av pasienten. En gruppe hadde erfaring med BPS (Behavioral Pain Scale). Noen følte at det var et tiltak å sette seg inn i slike verktøy. De hadde ikke kommet inn i å bruke det systematisk enda og følte at de trengte mye trening for å få det til: «... Æsj dette var noe træl, men vi skal da prøve videre til man på en måte har det inne».

For noen kunne det oppleves forvirrende at forskjellige verktøy ble implementert samtidig. Flere mente at BPS kunne tydelig- gjøre dokumentasjonen. Dersom man måtte skåre for smerte, ville bevisstheten rundt pasientens

smerteopplevelse øke. En ulempe var at skåren i seg selv var lite beskrivende. Intensivsykepleierne mente at en god dokumentasjon burde inneholde en beskrivelse av smerteobservasjonene, og at dette ville gi bedre informasjon til neste vakt. Betydningen av

## ” Tilliten til kollegers smertevurdering kunne variere.

dokumentasjon og rapportering av både observasjoner og tiltak ble sterkt vektlagt i alle gruppe- ne.

### DISKUSJON

Funnene viser at smertevurdering av voksne sederte respiratorpasi- enter er en utfordrende og komple- kse oppgave. I det følgende vil funnene drøftes relatert til det enkelte forskningsspørsmål.

*Hvordan beskriver intensiv- sykepleiere bruken av kunn- skap og erfaring i vurdering av smerte?* Intensivsykepleierne beskrev bruk av anerkjent fag- og forskningsbasert kunnskap om smertevurdering, smertebe- handling og sedasjon i smerte- behandlingsprosessen. Dette er i tråd med Shannon og Bucknall (18) som anbefaler intensivsyke- pleiere å være bevisste på å drive forskningsbasert smertebehand- lingspraksis. Intensivsykeplei- erne uttrykte også bevissthet om hvordan ulike handlinger kunne påvirke respiratorpasien- tenes smerteopplevelse. Dette er i tråd med studien til Connor (22), som viser at smertevurderingen baserte seg på intensivsykeplei- erens konstante overvåkning ved sengekanten, kombinert med teoretisk og praktisk forståelse av smertesymptomer og mulige smerteutløsende faktorer (22). Intensivsykepleierne i fokusgrup- pene hadde tilegnet seg kunnska-

per. De tolket kunnskap gjennom kliniske observasjoner, og valgte handlinger på grunnlag av disse. Dette samsvarer med Hurlock- Chorostecki (23) som viste at intensivsykepleieres beslut- ningstaking i smertehåndtering var en kontinuerlig, dynamisk

prosess. Prosessen beskrives som en syklus som innebærer kunn- skapsgenerering, kunnskaps- tolkning og valg av handlinger. Informantene uttrykte at klinisk erfaring øker kunnskap og for- ståelse, og at erfaring over tid øker tryggheten i smertevurde- ringen. Dette støttes av Benner, Tanner og Chesla, som hevder at sykepleieren utvikler klinisk dømmekraft gjennom å anvende klinisk kunnskap opparbeidet gjennom erfaring med mange pasienter i samme situasjon (24).

*Hvordan beskriver inten- sivsykepleiere betydningen av holdninger i vurdering av smerte?* Det kom frem meninger om at dagens smertevurdering og behandling av respiratorpasi- enter var tilfredsstillende. Dette står i kontrast til forskning om pasientopplevelser som viser at respiratorpasientene opplever mye smerte (3,4,6–9,25). Både i forskning og faglitteratur konkluderer man med at det er behov for økt bevissthet og bedre rutiner for smertevurdering og behandling (15,18,23,26–29). Intensivsykepleierne diskuterte også forskjellen på ubehag og smerte, noe som lett kan føre til at den enkelte intensivsykepleier bestemmer hva pasienten må tåle. Martinsen drøfter begrepet «moralsk praksis». Hun beskri- ver begrepet som innlevelse og refleksjon og at dette til sammen

uttrykker omsorgsbegrepet i sykepleien. Denne innlevelsen er ikke sentimental omsorg, men betyr at man finner ut hva den andre er best hjulpet med (30). Å gjøre en faglig begrunnet smertevurdering innebærer en bevisstgjøring av det moralske ansvaret og den makten intensivsykepleieren har. Informantene hevdet at å vektlegge et bestemt tema i avdelingen ville øke bevisstheten om temaet. Dette samsvarer med Shannon og Bucknall (18) som anbefaler å gi smertevurdering høyere prioritet i klinisk sammenheng.

*Hvordan beskriver intensivsykepleiere mulige andre faktorer som kan påvirke vurdering av smerte?* Andre faktorer som kunne påvirke intensivsykepleierens vurdering av smerte var pasientens sedasjonsnivå, ulike forstyrrelser i avdelingen, uenighet i vurderingen og den daglige

Uenighet vil være en utfordring for intensivsykepleieren. Legen har det juridiske ansvaret for forordning av reseptbelagte legemidler, som smertestillende (31), men det er intensivsykepleieren som er hos pasienten gjennom døgnet og kjenner hans reaksjoner.

*Hva er intensivsykepleieres erfaringer med smertekartleggingsverktøy?* Nye satsingsområder ble av noen møtt med skepsis, mens andre var positive. Wøien og Bjørk (32) fant også noe reservasjon hos intensivsykepleierne mot å bruke verktøy, selv om de rapporterte at bruken økte vurderingskvaliteten og kontinuiteten, og konkretiserte mål bedre. Intensivsykepleierne drøftet erfaringer med VAS og BPS (33, 34) som smertekartleggingsverktøy. VAS er ikke validert for å bruke i vurdering av smerte hos pasienter som ikke kan kommunisere

før smertekartleggingsverktøy tas i bruk.

#### METODISKE OVERVEIELSER

Gruppedynamikken som oppsto i fokusgruppene, bidro til dataenes mangfold og kvalitet. Holdninger som tema i gruppediskusjoner kan være utfordrende, men dynamikken i gruppene var god og informantene var aktive. Dataene fra hver gruppe fremsto som en helhet, men individuelle synspunkter ble også inkludert. Variasjonen i deltakernes erfaring med pasientgruppen viste seg å være en styrke. Det kan påpekes som en svakhet ved studien at kun kvinner deltok.

#### KONKLUSJON

Intensivsykepleierne beskriver bruk av teoretisk og erfaringsbasert kunnskap. Imidlertid viser diskusjonene om tidligere pasientopplevelser og smertekartleggingsverktøy at sykepleierens grad av oppdatering på forskningsbasert kunnskap varierer. Kun en av gruppene anvendte smertekartleggingsverktøy validert for respiratorpasienter, og flere etterlyste undervisning i bruk av kartleggingsverktøy. Intensivsykepleierens holdninger og prioriteringer i en travel hverdag kan påvirke anvendelse av klinisk kompetanse og dømmekraft. Her er det viktig å inkludere det moralske ansvaret intensivsykepleieren har for å utføre en bevisst smertevurdering. Hva pasienten skal tåle av smerter og ubehag og hva som er realistiske forventninger til smertelindring, må være gjenstand for refleksjon og diskusjon. Det må være et mål å dyrke frem den kliniske kompetansen. Økt bevisstgjøring på temaet på avdelingsnivå kan bidra til det.

” De mente bruk av kartleggingsverktøy vil tydeliggjøre og kvalitetssikre dokumentasjonen.

arbeidsbelastningen. Sedasjon påvirker pasientens kommunikasjonssevne og kan dermed også påvirke vurderingen av smerte. Informantene hevdet at kommunikasjon gir økt trygghet ved at pasienten har bedre mulighet til å oppfatte og forstå informasjon. Dette er i tråd med Karlsson m.fl. (6) som fremhever betydningen av at pasienten opplever deltakelse og kontroll. I teamarbeidet kunne det forekomme uenighet mellom anestesilege og intensivsykepleier i smertevurderingen. Subramanian m.fl. (29) beskriver sykepleierens autonomi i beslutningsprosesser som en av fire hovedutfordringer ved smertehåndtering i intensivavdelingen.

(2). BPS er anbefalt til bruk hos voksne respiratorpasienter, med unntak av hodeskadepasienter, forutsatt at pasienten har alle sine motoriske funksjoner intakt (2, 4). Ved å bruke BPS ønsket informantene å kvalitetssikre vurderingen ved å gjøre den mer ensartet. De mente også at bruk av kartleggingsverktøy vil tydeliggjøre og kvalitetssikre dokumentasjonen og gi økt bevissthet på smertevurdering. Dette er i tråd med Wøien og Bjørk (32,35) som konkluderer med at bruken av verktøy for smerte og sedasjon fører til bedre kvalitet i vurdering og behandling. Informantene opplevde behov for informasjon, undervisning og trening

## REFERANSER

- Kvåle R.** Årsrapport for 2012 (innleggelse på intensiv i tidsrommet 01.01.12-31.12.12) [internett] Norsk Intensivregister (NIR) 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.intensivregister.no/LinkClick.aspx?fileticket=C6y7hQoWLK0%3d&tabid=55&mid=377> (Nedlastet 22.06.15).
- Tietze K.** Pain control in the critically ill adult patient [internett] UpToDate 2014. Tilgjengelig fra: [http://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient?source=search\\_result&search=pain+control+in+the+critically+ill+adult+patient&selectedTitle=1-150%20](http://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient?source=search_result&search=pain+control+in+the+critically+ill+adult+patient&selectedTitle=1-150%20) (Nedlastet 28.03.15).
- Siffleet J, Young J, Nikolett S, Shaw T.** Patients' self-report of procedural pain in the intensive care unit. *J Clin Nurs* 2007;16:2142-8.
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al.** Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2013;41:263-306.
- Puntillo KA, Max A, Timsit JF, Vignoud L, Chanques G, Robleda G, et al.** Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Euro-pain® study. *Am J Respir Crit Care Med* 2014;189:39-47.
- Karlsson V, Bergbom I, Forsberg A.** The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nurs* 2012;28:6-15.
- Samuelson KA.** Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomforts: a prospective evaluation. *Heart Lung* 2011;40:49-55.
- Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, et al.** Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med* 2002;30:746-52.
- Aslan FE, Badir A, Arli SK, Cakmakci H.** Patients' experience of pain after cardiac surgery. *Contemp Nurse* 2009;34:48-54.
- Francis J.** Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis [internett] UpToDate 2014. Tilgjengelig fra: [http://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis?source=search\\_result&search=delirium+in+icu&selectedTitle=1%7E150](http://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis?source=search_result&search=delirium+in+icu&selectedTitle=1%7E150) (Nedlastet 28.03.15).
- Meriläinen M, Kyngäs H, Ala-Kokko T.** Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: a mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs* 2013;29:78-87.
- Schou L, Egerod I.** A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning. *Intensive Crit Care Nurs* 2008;24:171-9.
- Arslanian-Engoren C, Scott LD.** The lived experience of survivors of prolonged mechanical ventilation: a phenomenological study. *Heart Lung* 2003;32:328-34.
- The International Association for the Study of Pain (IASP).** IASP Taxonomy 2014 [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?itemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain> (Nedlastet 22.06.15).
- Payen JF, Bosson JL, Chanques G, Mantz J, Labarere J.** Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA study. *Anesthesiology* 2009;111:1308-16.
- Fuchs B, Bellamy C.** Sedative-analgesic medications in critically ill patients: Selection, initiation, maintenance, and withdrawal [internett] UpToDate 2015. Tilgjengelig fra: [http://www.uptodate.com/contents/sedative-analgesic-medications-in-critically-ill-patients-selection-initiation-maintenance-and-withdrawal?detectedLanguage=en&source=search\\_result&search=sedation+in+icu&selectedTitle=1-150&provider=noProvider](http://www.uptodate.com/contents/sedative-analgesic-medications-in-critically-ill-patients-selection-initiation-maintenance-and-withdrawal?detectedLanguage=en&source=search_result&search=sedation+in+icu&selectedTitle=1-150&provider=noProvider) (Nedlastet 28.03.15).
- Norsk Sykepleierforbund Landsforening for Intensivsykepleiere.** Funksjonsbeskrivelse for Intensivsykepleier [internett] 2002. Tilgjengelig fra: <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier> (Nedlastet 28.03.15).
- Shannon K, Bucknall T.** Pain assessment in critical care: what have we learnt from research. *Intensive Crit Care Nurs* 2003;19:154-62.
- Polit DF, Beck CT.** Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Wolters Kluwer Health, Philadelphia. 2012.
- Elo S, Kyngäs H.** The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008;62:107-15.
- Lovdata.** Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. 20 juni 2008. [Helseforskningsloven]. Tilgjengelig fra: [http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20080620-044.html&emne=helseforskningslov\\*&](http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20080620-044.html&emne=helseforskningslov*&) (Nedlastet 28.03.15).
- Connor LO.** Critical care nurses' judgement of pain status: a case study design. *Intensive Crit Care Nurs* 2012;28:215-23.
- Hurlock-Chorostecki C.** Management of pain during weaning from mechanical ventilation: the nature of nurse decision-making. *Can J Nurs Res* 2002;34:33-47.
- Benner P, Tanner CA, Chesla CA.** Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics. Springer, New York. 2009.
- Wong FY, Arthur DG.** Hong Kong patients' experiences of intensive care after surgery: nurses' and patients' views. *Intensive Crit Care Nurs* 2000;16:290-303.
- Svendsrud A, Kvarstein G.** Smerte og intensivpasienten. I: Rustøen T, Wahl AK. [red]. Ulike tekster om smerte Fra nocisepsjon til livskvalitet: Gyldendal akademisk, Oslo. 2008 (s 290-306).
- Wadensten B, Frojd C, Swenne CL, Gordh T, Gunningberg L.** Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. *J Clin Nurs* 2011;20:624-34.
- Aslan FE, Badir A, Selimen D.** How do intensive care nurses assess patients' pain? *Nurs Crit Care* 2003;8:62-7.
- Subramanian P, Alcock N, James V, Lathlean J.** Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting. *J Clin Nurs* 2011;21:1254-62.
- Martinsen K.** Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. I: Jensen TK, Jensen LU, Kim WC. Sykepleiens grunnlagsproblemer: etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn. Gyldendal Forlag, Oslo 1990 (s 60-84).
- Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2. juli 1999 [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (Nedlastet 07.04.15).
- Wøien H, Bjork IT.** Intensive care pain treatment and sedation: nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: an explorative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2013;29:128-36.
- Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux J, et al.** Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med* 2001;29:2258-63.
- Fosser Olsen B, Rustøen T.** Smertevurdering av respiratorpasienter: Er den norske versjonen av «Behavioral Pain Scale» pålitelig og brukervennlig? *Sykepleien Forskning* 2011;6:264-72.
- Wøien H, Vaerøy H, Aamodt G, Bjork IT.** Improving the systematic approach to pain and sedation management in the ICU by using assessment tools. *J Clin Nurs* 2014;23:1552-61.

Les kommentaren på side 324 >>



# Sykepleieres forforståelse er viktig

› Skåringsinstrumenter vil aldri gi full forståelse av pasientens smerteopplevelse.



**Eva Martine Bull**

Intensivsykepleier med master i avansert klinisk sykepleie  
Generell Intensiv 1, Rikshospitalet, OUS

Jeg har med interesse lest artikkelen «Vurdering av smerte hos voksne respiratorpasienter – En utfordrende og kompleks oppgave» som belyser hvilke erfaringer, kunnskap og refleksjoner intensivsykepleiere bruker ved smertevurdering av respiratorbehandlede intensivpasienter. Bruk av smertevurderingsverktøy, og intensivsykepleieres innsikt i sin egen forforståelse for hvor mye smerte en pasient er forventet å tåle, er sentrale faktorer for kvalitetssikring av smertebehandlingen. Artikkelen beskriver også at intensivsykepleiere ønsket seg mer undervisning i bruk av kartleggingsverktøy. Kun en av de tre representerte intensivavdelingene brukte smerteskåringsverktøy som er validert for respiratorpasienter.

På intensivavdelinger er det mange pasienter som faller utenfor forforståelser for hvor mye smerter og smertelindring som er adekvat for ulike pasientgrupper. Disse risikerer å eksponeres

for store smerter om avvik til en slik forforståelse ikke fanges opp. Erfaring fra eget arbeidssted er at det er utfordrende for intensivsykepleiere å vurdere smertenivå og behandle smerter hos pasienter som på grunn av trakealtube beliggende mellom stemmebåndene, sykdomstilstand eller medisiner ikke kan sette ord på smerten sin.

På mitt arbeidssted brukes det også smerteskåringsverktøy, og man fokuserer spesielt på analgesodasjon. Analgesodasjon vil si å først smertelindre pasienten og deretter gi beroligende eller sovemedisin ved behov. En slik tilnærming forutsetter regelmessig smertevurdering med valide smerteskåringsverktøy. På vår avdeling skåres pasienter som av ulike grunner selv ikke kan sette ord på sin smerte, minst en gang per vakt med *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT). CPOT er enkelt å bruke og smertevurderingen blir mulig å systematisere, dokumentere og evaluere. Som

i artikkelen erfares likevel at et skåringsverktøy ikke til fulle kan gjengi intensivsykepleierens forståelse for pasientens smerteopplevelser og det velges i tillegg å dokumentere funn i journalen.

På vår avdeling brukes i tillegg til CPOT også *Numeric rating scale* (NRS). NRS er smerteskåringsverktøy for pasienter som kan gi uttrykk for sin smerteintensitet på en skale fra 1–10, og NRS registreres digitalt. Fordi sykehusets programvare foreløpig ikke er oppdatert, dokumenteres CPOT på papir. Å dels dokumentere smerteskår digitalt og dels på papir vanskeliggjør en oversikt og man kan tenke seg at det kan hindre smertebehandling av høy kvalitet. Man har likevel prioritert at pasientens smerte blir vurdert og dokumentert, selv om vi ser at tilgjengelige systemer kan bli bedre.

Les artikkelen på side 314



# Oppdag Sykepleiens **digitale** verden

## Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin.

Gå inn på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også vår stillingsportal SykepleienJobb, med relevante stillinger over hele landet.



## Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien, men har enda mer innhold og flere søkefunksjoner. Appen kommer ut flere dager før papirutgaven kommer til deg i posten.

Her finner du flere bilder enn i bladet, og en rekke artikler vil også ha lyd, film eller interaktive elementer (tabeller, bildetekster, etc.). Med appen får du også et arkiv over alle utgivelser og kan brukes offline (kjekt på hyttetur, reiser, etc.).



## Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

er mobilutgaven et perfekt alternativ. Adressen er den samme - [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no), og innholdet er tilpasset mindre skjermer. Her kan du holde deg oppdatert hvor enn du befinner deg!



## Instagram

Her kan du legge ut bilder og se hva andre legger ut. Tagger du det med **#yrkesykepleier** kan du også få bildet ditt i bladet.



Kontakt oss om du trenger hjelp:

[bss@nsf.no](mailto:bss@nsf.no) / 22 04 33 33  
(hverdager 08.00–15.45)



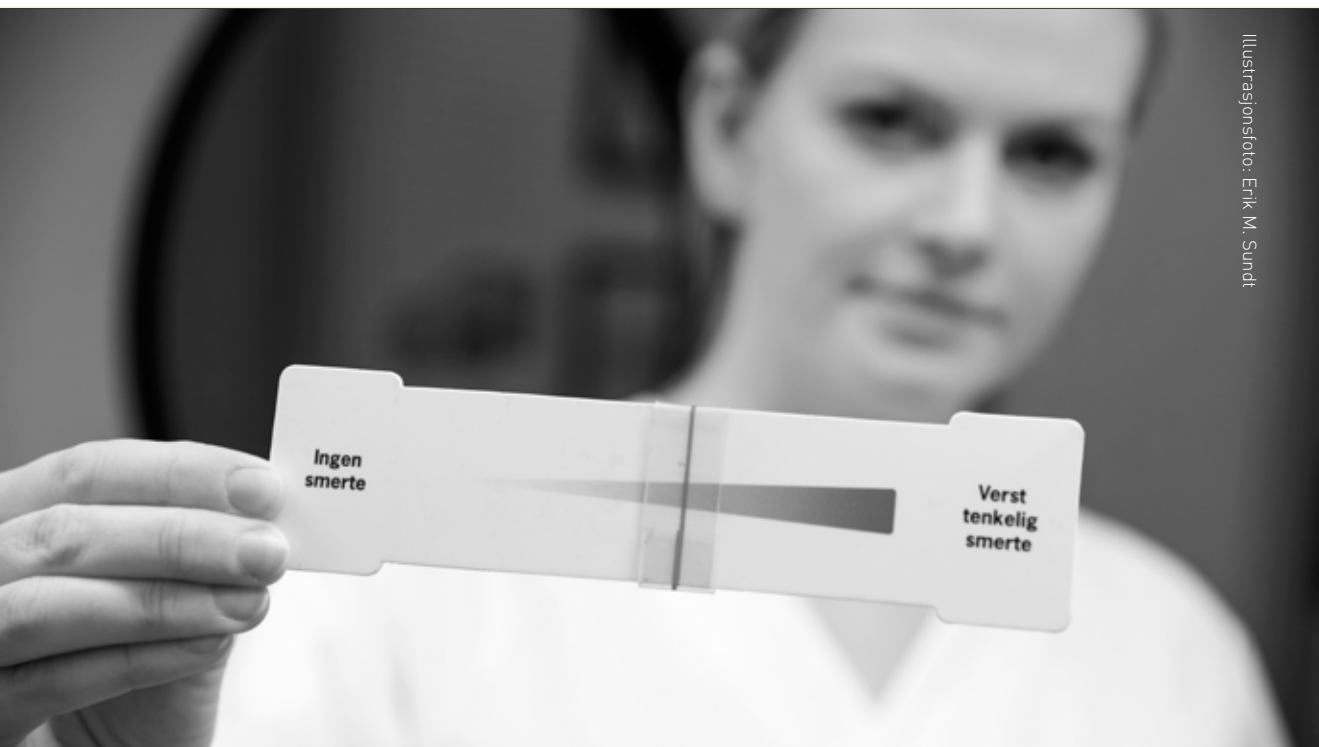
## Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. På denne måten får du faglig informasjon, og kan diskutere viktige temaer med andre sykepleiere.



**Sykepleien**



## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Smerter er fortsatt utilstrekkelig behandlet til tross for økt kunnskap. Forskning viser at sykepleieres kunnskaper og holdninger til smerter er mangelfull, men vesentlig for tilfredsstillende smertelindring av pasienten.

**Hensikt:** Å få økt kunnskap om sykepleieres og sykepleiestudenters kunnskaper om og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne.

**Metode:** En tverrsnittstudie der data ble samlet inn ved hjelp av den

norske versjonen av kartleggingsverktøyet Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS-N). NKAS-N inneholder 39 spørsmål vedrørende smertehåndtering og smertelindring. Studien inkluderte totalt 200 sykepleiere og sykepleiestudenter fra ett universitetssykehus og én høyskole.

**Resultater:** Det endelige utvalget besto av 165 deltakere og ga en svarprosent på 83 prosent. Prosentvis gjennomsnittlig riktige svar var 71,1 prosent for sykepleierne og 58,5 prosent for sykepleiestuden-

tene. Sykepleierne skåret signifikant bedre enn sykepleiestudentene ( $p < 0,001$ ).

**Konklusjon:** Både sykepleiere og sykepleiestudenter hadde gode kunnskaper om smertelindring på noen områder. Studien avdekket imidlertid at sykepleiere og sykepleiestudenter var engstelige for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Videre var det et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling synliggjort gjennom to pasienthistorier. Det er et behov for å styrke kompetansen om smertehåndtering.

## ENGLISH SUMMARY

### Nurses' and students knowledge and attitude regarding pain in adults

**Background:** Research reveals that nurses' knowledge and attitudes are important for sufficient pain relief to the patient. By identifying areas of improvement, efforts can be made to improve pain management in nursing.

**Objective:** To survey nurses' and nurse students' knowledge and attitudes regarding pain and pain relief.

**Methods:** A cross-sectional study

where the Norwegian version of the Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS-N) was used. NKAS-N consists of 39 questions which address general pain management and pain relief. The study included 200 nurses and nurse students at one university hospital and one university college.

**Results:** The final sample consisted of 165 participants giving a response rate of 83 %. The average of correct answers was 71.1% for the nurses and 58.5% for the nurse students.

The nurses scored significantly higher than the nurse students ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The nurses and nurse students had an acceptable level of theoretical knowledge regarding pain relief in some areas. Even so, the study revealed that both groups were anxious about respiratory depression and opioid dependency. Further, there was a gap between what the nurses

**Key words:** Pain, pain management, nurse, knowledge, attitude.

# >> Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne

Forfattere: **Tone Høilo Granheim,**  
**Kari Raaum, Knut-Andreas**  
**Christophersen og Alfhild Dihle**

## NØKKEORD

- Smerte
- Smertelindring
- Sykepleie
- Kunnskap
- Holdning

## INTRODUKSJON

Å lindre smerter har alltid vært viktig innenfor pleie av syke. Den norske legeforeningen (1) slår fast at smerte er en subjektiv opplevelse i tråd med International Association for the Study of Pain (IASP) (2). IASP vektlegger at pasienten blir trodd på og at ingen andre enn pasienten kan bestemme om smerten eksisterer eller dens intensitet (2,3). Ifølge Legeforeningen bør alle avdelinger som ivaretar kirurgiske pasienter ha rutiner for smertebehandling. Målet for postoperativ smertelindring er ikke å overskride 3 på numerisk rangskala (NRS-11), der 0 er ingen smerter og 10 er verst tenkelige smerter (1).

Sykepleiere arbeider nær

pasienten og har dermed en unik mulighet til å kartlegge pasientens smertetilstand, samt vurdere effekten av smertebehandling. Det å smertelindre en pasient er en utfordrende oppgave som krever oppdaterte kunnskaper, tilfredsstillende ferdigheter, samt holdninger som frembringer tillit, omsorg og en overbevist tro på det pasienten sier (4,5).

I denne artikkelen er fokusset på medikamentell smertebehandling etter kirurgiske inngrep og ved alvorlig kreftsykdom. Disse tilstandene krever ofte behandling med opioider. Vurdering av smerteintensitet og administrering av opioider er viktige oppgaver som sykepleieren har ansvaret for (6,7). Forskning viser imidlertid at sykepleiernes holdninger og kunnskaper er viktige faktorer som kan hindre god smertelindring, og at det fremdeles eksisterer myter og misoppfatninger om bruk av opioider (5,8–13). Mange sykepleiere frykter for avhengighet av opioider og respirasjonsdepresjon grunnet overdosering med opioider, noe

som kan føre til at pasienter ikke blir godt nok smertelindret (7,14–16). Å underbehandle smerter er uetisk (16,17). Av den grunn er det viktig å rette oppmerksomheten mot sykepleierens kunnskaper om og holdninger til smerter. Funnene fra en norsk studie (18) viste at leger og sykepleiere rapporterte at pasientene ofte eller veldig ofte

### Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at sykepleiere og studenter trenger å styrke sin kompetanse om smertehåndtering på flere områder.

### Mer om forfatterne:

Tone Høilo Granheim er sykepleier ved Gastrokirurgisk avdeling, Akershus universitetssykehus HF. Kari Raaum er assisterende utdanningsleder og barnesykepleier i Stab forskning, innovasjon og utdanning, OUS. Knut-Andreas Christophersen er universitetslektor i statistikk ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, UiO. Alfhild Dihle er assisterende utdanningsleder og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Kontaktperson: [alfhild.dihle@hioa.no](mailto:alfhild.dihle@hioa.no).

opnådde tilfredsstillende postoperativ smertebehandling ved deres avdeling. En høy andel av utvalget rapporterte lav egenkompetanse om behandling av nevropatisk smerte, mens andelen var høyere når det gjaldt egen kompetanse om behandling av nociseptive smerter. Det var ingen signifikante forskjeller mellom profesjonene med hensyn til vurdering av egen kompetanse. I en norsk studie fra 1998 (19), vurderte leger og sykepleiere egen kunnskap og kompetanse om smerter hos kreftpasienter og pasienter med kronisk smerte. Sykepleierne vurderte sin egen kompetanse lavere enn legene med hensyn til nociseptive og nevrogene smerter og høyere når det gjaldt psykiske og sosiale dimensjoner

## ” Å underbehandle smerter er uetisk.

ved smerte, mens det ikke var noen forskjeller når det gjaldt eksistensielle eller åndelige dimensjoner (19). I begge studiene (18–19) var det helsepersonellens egen vurdering av egen kompetanse som ble kartlagt. Det er ikke funnet norske studier som kartlegger kunnskaper og holdninger til smerte hos voksne ved hjelp av et validert kartleggingsverktøy.

Hensikten med studien var å beskrive sykepleieres og sykepleiestudenters kunnskaper og holdninger til smerter hos voksne pasienter inneliggende på kirurgisk avdeling.

### METODE

#### Utvalg

I denne deskriptive tverrsnittundersøkelsen ble 200 sykepleiere og sykepleiestudenter inviterte til å delta. Av disse

var 114 sykepleiere ved fem kirurgiske sengeposter fra et universitetssykehus, og 86 var sykepleiestudenter i siste studieår ved en høyskole. Sykepleiestudentene i siste studieår hadde hatt smerteundervisning, samt gjennomført kirurgisk praksis. De hadde derfor et teoretisk og et visst praktisk grunnlag for å svare på spørsmålene. Vi hadde interesse av å se hva de hadde lært, mindre enn et halvt år før de skulle begynne i jobb som sykepleiere.

#### Instrumenter

Spørreskjemaet Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS) ble utviklet i 1987 av Ferrell og McCaffery for å vurdere sykepleieres og andre helsearbeideres kunnskaper om og holdninger til smertebehandling. NKAS brukes også til å evaluere opplærings- eller utdanningsprogrammer (20). Skjemaet bygger på standarder fra American Pain Society, Agency for Health Care Policy and Research og Verdens helseorganisasjon (20). Skjemaet tester kunnskaper og holdninger gjennom spørsmål og utsagn som krever eksakte svar. Det grunnleggende ved NKAS er at for å lykkes i smertelindringen, må sykepleieren være lydhør overfor pasientens subjektive opplevelse av smertene.

NKAS ble oversatt til norsk etter tillatelse fra forfatterne. Oversettelsen ble utført etter gjeldende internasjonale retningslinjer inkludert reoversettelse ved to profesjonelle oversettere (21–23). Det var avgjørende at de oversatte spørsmålene målte det originalspørsmålene var konstruert for å måle (21). Medikamentelle tilpasninger ble konferert med

lege og farmasøyt. NKAS-N ble vurdert til å ha tilfredsstillende reliabilitet og validitet (24).

NKAS-N består av 39 spørsmål fra områdene smertevurdering, smertehåndtering og medikamentell smertelindring. I de første 21 spørsmålene skal man ta stilling til om et utsagn er sant eller usant. De neste 14 er multiple choice med tre til fem svaralternativer hvor kun ett er riktig. De fire siste spørsmålene er basert på to pasienthistorier der sykepleieren skal vurdere pasientens smerteintensitet, etter at pasienten selv har bedømt sine smerter på NRS-11. Til slutt skal sykepleieren angi hvor mye morfin hun ville gitt ut fra fire faste svaralternativer. Bruk av de to pasienthistoriene er en metode for å komme nærmere en reell situasjon der man skal benytte kunnskap i smertevurderingen av en pasient. For hvert spørsmål blir det gitt 0 poeng for galt svar og 1 poeng for rett svar, slik at maksimal oppnåelig poengsum er 39 poeng. Antall korrekte svar for hvert utfylte skjema kalles sumskår. Det tar 20–25 minutter å fylle ut skjemaet. Delta-kerne svarte også på spørsmål om alder, utdanning, erfaring og stillingsbrøk.

#### Datainnsamling

Datainnsamlingen ble utført primo 2009. Sykepleierne fikk informasjon om studien på personalmøter og mail via sykehusets intranett. Det ble understreket at alle skulle svare på alle spørsmål og velge det alternativet de trodde var rett svar. Sykepleierne fylte ut skjemaet inklusive demografiske data i arbeidstiden. Studentene fikk informasjon om studien på intranett og muntlig informasjon ble gitt i forkant av utfyl-



lingen av skjemaene, som ble gjennomført i en skoletime.

### Forskningsetiske overveielser

Ved gjennomføring av prosjektet ble forskningsetiske retningslinjer fulgt (25). Prosjektet, inklusive informasjonsskrivene til sykepleiere og sykepleiestudenter, ble forhåndsgodkjent av Personvernombudet for forskning hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det ble innhentet tillatelse til gjennomføring av undersøkelsen ved sykehus og høyskole. I informasjonsskrivene ble konfidensialitet og frivillig deltakelse understreket. I de demografiske dataene ble alder kategorisert og kjønn ikke registrert, i den hensikt å ivareta deltakernes anonymitet.

### Statistiske analyser

Dataene ble analysert ved bruk av SPSS versjon 17. Deskriptiv statistikk ble benyttet for å analysere bakgrunnsdataene. Gjennomsnittlig sumskår ble beregnet i gruppene med sykepleiere og sykepleiestudenter. Forskjellen i gjennomsnittlig sumskår mellom de to gruppene ble undersøkt med Student t-test. Signifikansnivået ble satt til 5 prosent ( $p < 0,05$ ). Det ble beregnet prosentvise korrekte svar på hvert av de 39 spørsmålene både i det samlede utvalget og i hver av de to gruppene.

## RESULTATER

### Demografiske data

Totalt 165 (83 prosent) besvarte spørreskjemaet, fordelt på 82 (49,7 prosent) sykepleiere og 83 (50,3 prosent) sykepleiestudenter. Studentene hadde ingen arbeidserfaring som sykepleiere, derfor ble kun alder registrert.

**Tabell 1a:** Karakteristikk av sykepleierne (N = 82)

	N	(%)
<b>Alder (år)</b>		
< 24	2	(2,4)
24–29	22	(26,8)
30–39	36	(43,9)
40–49	20	(24,4)
50–59	1	(1,2)
Missing	1	(1,2)
<b>Stillingsbrøk</b>		
75–100 %	72	(87,8)
50–74,9 %	7	(8,5)
< 50 %	2	(2,4)
Missing	1	(1,2)
	<b>Mean</b>	<b>(SD)</b>
<b>Arbeidserfaring (år)</b>		
Erfaring som sykepleier	7,2	(5,6)
Erfaring fra kirurgisk avdeling	6,3	(5,1)
Erfaring fra onkologisk avdeling	5,5	(5,0)
Erfaring ved nåværende kirurgisk avdeling	4,5	(4,4)
Forkortelse: SD, standard avvik		

**Tabell 1b:** Aldersfordeling for sykepleiestudentene (N = 83)

	N	(%)
<b>Alder (år)</b>		
< 24	29	(34,9)
24–29	17	(20,5)
30–39	23	(27,7)
40–49	12	(14,5)
50–59	2	(2,4)

Sykepleiergruppen hadde en arbeidserfaring fra 0–26 år med et gjennomsnitt på sju år. Innen sykepleiergruppen var fire kliniske spesialister, ni hadde spesialutdanning og én begge deler. Tabell 1a og 1b gir en oversikt

over bakgrunnsdata for begge grupper (se tabell 1a og 1b).

### Spørreundersøkelsen

I denne spørreundersøkelsen varierte sumskår i det samlede utvalget mellom 16 og 37 med

et gjennomsnitt på 25,2 (64,7 prosent). Sykepleierne hadde en gjennomsnittlig sumskår på 27,7 (71,1 prosent) med en variasjon mellom 19 og 37. Studentene hadde tilsvarende et gjennomsnitt på 22,8 (58,5 prosent)

og varierte mellom 16 og 32. Det betyr at sykepleierne som gruppe svarte nesten 5 poeng bedre enn studentgruppen. Resultatene fra t-testen viste at det var statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig sumskår

mellom sykepleiere og studenter,  $t=8,30$ ,  $p<0,001$ .

### Best besvarte spørsmål

Tabell 2 viser hvilke spørsmål sykepleier- og studentgruppen hadde flest korrekte svar

**Tabell 2:** Best besvarte spørsmål.

Påstand / spørsmål (Rett svar uthevet)	Totalt rett besvart	Sykepleier	Sykepleier-student
Eldre pasienter tåler ikke opioider som smertelindring ( <b>usann</b> ).	98 %	99 %	97 %
Den mest korrekte til å bedømme pasientens smerteintensitet er: <b>Pasienten selv *</b>	97.5 %	96 %	99 %
Barn under 11 år kan ikke rapportere smerter pålitelig. Derfor bør sykepleiere kun stole på foreldrenes vurdering av barnets smerteintensitet ( <b>usann</b> ).	95 %	96 %	94 %
Etter at den første dosen med et opioid er gitt, bør påfølgende doser justeres i samsvar med den enkelte pasients respons ( <b>sann</b> ).	94.5 %	98 %	91 %
Antiepileptika som gabapentin (Neurontin) gir optimal smertelindring etter én enkelt dose ( <b>usann</b> ).	92.5 %	95 %	90 %
Pasienter skal oppmuntres til å tåle så mye smerter som mulig før man bruker et opioid ( <b>usann</b> ).	92 %	94 %	90 %
En kombinasjon av smertestillende medikamenter med ulik virkningsmekanisme (f.eks. å kombinere et opioid og et NSAID), kan gi bedre smertekontroll og færre bivirkninger, enn bruk av ett enkelt smertestillende medikament ( <b>sann</b> ).	90 %	92 %	88 %

\* Studentgruppen svarte i snitt bedre enn sykepleiergruppen.

**Tabell 3:** Dårligst besvarte spørsmål.

Påstand / spørsmål (Rett svar uthevet)	Totalt rett besvart	Sykepleier	Sykepleier-student
En pasient med kontinuerlige, langvarige kreft smerter har fått opioider daglig i 2 måneder. I går fikk pasienten Morfin 200 mg/time intravenøst. I dag har han fått 250 mg/time intravenøst. Sannsynligheten for at pasienten skal utvikle respirasjonsdepresjon av klinisk betydning, uten at det har oppstått ny sykdom, er: <b>Mindre enn 1 %</b>	16 %	23 %	9 %
Paralgin Forte (kodeinfosfat 30 mg + paracetamol 400 mg) tablett har omtrent samme smertestillende effekt som 5 mg morfin tablett ( <b>sann</b> ).	22 %	26 %	18 %
Hvor sannsynlig er det at pasienter som utvikler smerter, allerede har problemer med alkohol- eller stoffmisbruk? ( <b>5-15 %</b> ). *	30 %	28 %	32 %
Hvis årsaken til pasientens smerter er ukjent, skal ikke opioider brukes i evalueringsperioden, fordi dette kan maskere muligheten til å diagnostisere årsaken til smerten ( <b>usann</b> ).	31 %	43 %	19 %

\* Studentgruppen svarte i snitt bedre enn sykepleiergruppen

på. Begge grupper skåret høyt blant annet på at det er pasienten selv som best bedømmer egen smerte, at eldre pasienter tåler opioider og at en multimodal smertelindring kan gi bedre smertekontroll enn bruk av ett enkelt smertestillende legemiddel. (Se tabell 2.)

### Dårligst besvarte spørsmål

De fire spørsmålene som oftest ble besvart feil i sykepleier- og studentgruppen omhandlet blant annet redsel for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet og presenteres i tabell 3. De neste fire var 2 pasienthistorier med hvert sitt a- og b-spørsmål. Disse presenteres hver for seg nedenfor (se tabell 3).

Følgende pasienthistorie ble presentert og rett svar er uthevet med rosa: «Anders er 25 år gammel, og dette er hans første dag etter operasjonen. I det du kommer inn på rommet, smiler han til deg og fortsetter å snakke og spøke med den som er på besøk. Dine observasjoner viser følgende; BT=120/80, hjerterefrekvens=80, respirasjonsfrekvens=18. På en skala fra 0–10 (hvor 0 = ingen smerte eller ubehag, 10 = verst tenkelige smerte / ubehag), angir han sin smerte til 8.

I pasientens kurve skal du markere hans grad av smerter på skalaen under. Sett kryss i den boksen du mener representerer din vurdering av Anders' smerter:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Legens ordinasjon av smertestillende medikament er «Morfin 1–3 mg IV ved behov inntil hver time til smertelindring».

Hvilket tiltak vil du iverksette på dette tidspunktet? Ikke gi morfin foreløpig, Gi morfin 1

mg IV nå, Gi Morfin 2 mg IV nå, **Gi morfin 3 mg IV nå.**

I alt 37 prosent av sykepleierne og 38 prosent av studentene markerte ved tallet «8», slik pasienten anga sine smerter til å være. Når sykepleieren skulle avgjøre hvilken morfingdose pasienten burde få ut fra legens ordinasjon, valgte kun 28 prosent av sykepleierne rett svar, som var å gi 3 mg morfin intravenøst umiddelbart og bare 6 prosent av studentene valgte rett svaralternativ.

Videre ble pasienthistorie nummer 2 presentert nøyaktig lik den forrige, bortsett fra følgende setning: «I det du kommer inn på rommet hans, ligger han rolig i sengen og lager en grimase i det han snur seg i sengen». Pasienten

**” Kun 12 prosent av studentene valgte å gi 3 mg morfin intravenøst, som er rett svaralternativ.**

anga sin smerte også i dette tilfellet til å være «8».

Når pasientens smerteintensitet skulle markeres på NRS-skalaen, valgte 52 prosent av sykepleierne og 46 prosent av studentene «8». Alternativene for smertebehandling var lik som i forrige pasienthistorie. I alt 46 prosent av sykepleierne og kun 12 prosent av studentene valgte å gi 3 mg morfin intravenøst, som er rett svaralternativ. Av de sykepleiere og studenter som valgte å markere ved tallet «8», var det dermed ikke alle som valgte rett dose morfin som smertelindrende tiltak. De sykepleiere og studenter som valgte å gi 3 mg, hadde samtlige notert «8» på NRS-skalaen.

### DISKUSJON

Dette er den første studien som evaluerer sykepleieres og sykepleiestudenters kunnskap om og

holdninger til smerte hos voksne i Norge ved bruk av NKAS. Hovedfunnene i studien var at både sykepleiere og sykepleiestudenter hadde gode kunnskaper innen noen områder, men at det fortsatt eksisterte redsel for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Videre var det et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling synliggjort gjennom to pasienthistorier.

Studien viste at få i utvalget tok hensyn til pasientens egen smertevurdering i de to pasienthistoriene, selv om de tidligere hadde svart at pasienten selv er den som best bedømmer egen smerteintensitet. Dette kan bety at sykepleierne og studentene ikke tok hensyn til pasientens

subjektive utsagn i pasienthistoriene. At sykepleieres vurdering av pasientens smerteintensitet ikke alltid stemte overens med pasientens egenvurdering, fremkommer i annen forskning. Pasienter vurderte ofte egen smerteopplevelse til å være høyere enn det sykepleiere vurderte (8,26–28). Intervensjonen ved smertelindring er definert i Nursing Interventions Classification (NIC) som «the alleviation of pain or a reduction in pain to a level of comfort that is acceptable to the patient» (29). Skal effekten av smertebehandlingen vurderes ut fra det som er et akseptabelt smertenivå for pasienten, må sykepleieren lytte til pasienten. Det er derfor bekymringsfullt at så mange av deltakerne i studien valgte et lavere tall enn det pasienten angir i pasienthistorien, når de skulle

markere pasientens smertenivå i NRS-skalaen. Ifølge McCaffery og Ferrell er det bare tallet 8 som er rett, fordi det er «det pasienten sier» (20). I en tilsvarende studie i Italia markerte 46 prosernt av 66 sykepleiere «8» der pasienten smiler, og 52 prosent når pasienten snudde seg i sengen med grimaser (12).

Pasienthistoriene i NKAS avspeilte til en viss grad praksis, og var nyttige for å se om sykepleierne tok hensyn til pasientens opplevelse av smertene. I tillegg ble det synliggjort i hvilken grad sykepleierens avkryssing av morfindose ble påvirket av beskrivelsen av pasientens atferd. Mange hadde en tilbøyelighet til å ville gi mer morfin til en pasient som viste tegn på smerter, enn til den som smilte. Sykepleierne og studentene tolket pasientens egen smerteopplevelse i lys av

forrige dosen anses som ineffektiv (16, 31). Når pasientene i pasienthistoriene vurderte smertene til å være fra 6–8 hver halve time etter å ha fått en morfindose på 2 mg, har ikke denne dosen hatt ønsket effekt, og burde justeres opp til 3 mg. Resultatene synliggjorde en uoverensstemmelse mellom sykepleierne og studentenes kunnskap, og hvordan denne kunnskapen ble anvendt i de to pasienthistoriene. Dihle et al. (10) fant lignende resultater i en norsk studie om postoperativ smertehåndtering. Det ble gjort observasjoner av sykepleiere i praksis, samt intervjuer med sykepleierne i etterkant om den smertebehandlingen som ble utført. Studien avdeket at sykepleierne hadde bedre kunnskaper teoretisk, enn det de praktiserte overfor pasienter med smerter (10). Dette viste at

pasienten hadde smerter, kan det skyldes en bekymring for at pasienten skulle utvikle medikamentavhengighet. Denne «opiofobien» medførte en overforsiktighet ved administrering av opioider (9,14,17). Imidlertid skal redselen for en fremtidig avhengighet ikke hindre sykepleieren i å smertelindre med en effektiv dose (32). Det er viktig å vite at behovet for opioider reduseres når smertene avtar, som etter et kirurgisk inngrep og i mer stabile faser av kreftsykdom. Mindre enn 1 prosent av pasienter får et avhengighetsproblem som følge av smertebehandling (30,33). At sykepleiere administrerte lavere doser opioider enn hva som var ordinert «ved behov», fremkom også i internasjonal forskning (9,13,34).

Respirasjonsdepresjon forekommer sjelden hos pasienter som har fått stabile doser med opioider i flere måneder (31). Dette visste 82 prosent av sykepleierne og 46 prosent av studentene. I et senere spørsmål settes denne problemstillingen inn i en klinisk sammenheng. Nå var det bare 23 prosent av sykepleierne og 9 prosent av studentene som visste at faren for respirasjonsdepresjon er minimal. Selv om morfindosen i eksemplet er høy, er økningen kun 25 prosent, som anbefalt. Totalt sett viste sykepleierne og studentene at de hadde grunnleggende kunnskap. Praksiseksempelet viste imidlertid at de hadde problemer med å bruke den.

McCaffery har definert smerte som «Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does» (35). Det er viktig at sykepleieren erkjenner at «smerte er det pasienten sier at

” Det er viktig å vite at behovet for opioider reduseres når smertene avtar.

pasienthistorienes beskrivelse av atferd. McCaffery og Beebe understreker at pasientens atferd kan være et forsøk på å avlede og utholde smertene (31). Svarene fra pasienthistoriene viste at mange av sykepleierne og studentene valgte å gi en ineffektiv dose, eller avsto fra å ville gi morfin enn så lenge. Det betyr at de ville ha latt pasienten ha så sterke smerter som 8 på en skala fra 0–10. Dette til tross for at så mange som 98 prosent av sykepleierne og 91 prosent av studentene svarte at når et opioid var gitt, burde påfølgende dose blitt justert etter pasientens respons. Ifølge McCaffery, Pasero og Ferrell skal dosen med opioider økes med 25–50 prosent når den

holdningsendringer og kunnskapsøkning var nødvendig, i den hensikt å styrke kompetansen innen smertebehandling. Bruk av NKAS i sykepleierutdanningen og på sykehus kan synliggjøre områder med svak kompetanse. Undervisning kombinert med veiledning i reelle pasientsituasjoner kan være hensiktsmessig for å bedre smertelindringen til kirurgiske pasienter og pasienter med kreftsykdom. Forhåpentligvis kan det gi sykepleieren større trygghet og pasienten bedre smertelindring.

#### **Opiofobi**

Når sykepleierne krysset av ved en ineffektiv dose, eller valgte ikke å gi mer morfin selv om

det er». Det er kun personen selv som kan kjenne smertens lokalisering, intensitet og hyp-pighet. At smerte er en subjektiv opplevelse bekreftes av den internasjonale smerteforeningen IASP, som i 1979 definerte smerte som «an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage» (2). Smerteopplevelsen knyttet til en aktuell eller mulig vevsskade, eller noe som kan kjennes ut som dette. For dårlig smertelindring kan føre til psykologiske og fysiologiske komplikasjoner, samt bidra til utvikling av kroniske smerter (36,37).

Sykepleierne og sykepleiestudentene i studien visste at det er pasienten selv som best kan kjenne og bedømme smerteintensiteten. Dette ble synliggjort ved at 96 prosent av sykepleierne og så mange som 99 prosent av studentene krysset av for «pasienten selv» og dermed svarte rett på spørsmålet om hvem som best kan bedømme pasientens smerteintensitet. Det er betryggende at svært få krysset av for legen, primær-sykepleieren eller familien. På spørsmålet om den mest sannsynlige forklaringen på at en pasient ba om økt dose smertestillende medikament, svarte 94 prosent av sykepleierne og 83 prosent av studentene at det var fordi pasienten opplevde økte smerte. Underforstått at det dermed ikke skyldes angst, oppmerksomhetsbehov eller medikamentavhengighet.

### Begrensninger

Selv om funnene gikk i samme retning som lignende internasjonale studier med bruk av NKAS (12,34,38,39), er de

ikke nødvendigvis representative for alle sykepleiere i Norge. En svakhet ved studien var at utvalget kun var hentet fra ett universitetssykehus og én høyskole innenfor én helseregion. Studien ble gjennomført i 2009 og man kan heller ikke utelukke at endringer i praksis og undervisning ville gitt



«Opiofobien» medførte en overforsiktighet ved administrering av opioider.

et annet resultat om studien hadde blitt gjennomført i dag. At sykepleierne var rekruttert fra kirurgiske avdelinger som forholdsvis ofte benyttet opioider som smertelindring, kan ha påvirket resultatene. Sykepleierne i denne studien kan dermed ha flere riktige svar enn om utvalget hadde blitt rekruttert fra andre typer avdelinger.

### Konklusjon

Resultatene fra studien viste at mange fortsatt frykter respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Videre var det et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling synliggjort gjennom to pasienthistorier. På noen områder innen smertelindring viste sykepleiere og sykepleiestudenter at de hadde god kunnskap og gode holdninger.

Studien synliggjorde et behov for å styrke kompetansen, slik at sykepleiere og studenter kan bli dyktigere til å håndtere pasientens smerter. Undersøkelsen avdekket at sykepleiere og studenter må bli flinkere til å ta hensyn til det pasienten uttrykker, synliggjort gjennom pasienthistorien. Videre må sykepleiere og studenter forbedre kunnskapen om og fornye holdningene til smertebehandling med opioider.

### Implikasjoner for praksis

Det å kartlegge kunnskaper og holdninger er ikke nok, men resultater fra kartleggingsstudier gir en mulighet til å identifisere områder for forbedring. Å heve kunnskapsnivået og styrke holdningene til sykepleiere og studenter, vil kunne komme pasientene til gode.

Denne undersøkelsen i seg selv var ikke omfattende nok til å kunne generalisere på landsbasis, men ga indikasjoner som kan følges opp med lignende studier. Nye studier kan danne grunnlag for kompetanseheving innen utdanning, opplæring i praksis og for videre forskning. NKAS har blitt validert og er nå tilgjengelig på norsk. Dermed kan kartlegging av sykepleieres kunnskaper om og holdninger til smerter gjennomføres i flere sammenhenger, både lokalt og nasjonalt.

*Takk til avdelingsledere, sykepleiere og sykepleiestudenter som gjorde denne studien mulig.*

### REFERANSER

1. Den norske legeforening. Retningslinjer for smertebehandling i Norge. Den norske legeforening 2009. <http://legeforeningen.no/pagefiles/42355/retningstlinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>. (Nedlastet 26.01.2015).
2. International Association for the Study of Pain (IASP). <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576> (Nedlastet 26.01.2015).
3. Dihle A. Smerte og smertelindring. I: Hovind IL (red.). Anestesisykepleie. Akribe AS, Oslo 2011 (s. 95–117).
4. Carr E. Barriers to effective pain management. Journal of Perioperative Practice. 2007;17:200.
5. Carr ECJ, Meredith P, Chumbley



- G, Killen R, Prytherch DR, Smith GB.** Pain: A quality of care issue during patients' admission to hospital. *Journal of Advanced Nursing.* 2014;70:1391-403.
- 6. Francis L, Fitzpatrick JJ.** Postoperative Pain: Nurses' Knowledge and Patients' Experiences. *Pain Management Nursing.* 2013;14:351-7.
- 7. Taylor A, Stanbury L.** A review of postoperative pain management and the challenges. *Current Anaesthesia & Critical Care.* 2009;20:188-94.
- 8. Yildirim YK, Cicek F, Uyar M.** Knowledge and attitudes of Turkish oncology nurses about cancer pain management. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses.* 2008;9:17-25.
- 9. Coulling S.** Nurses' and doctors' knowledge of pain after surgery. *Nursing Standard.* 2005 5/4;19:41-9.
- 10. Dihle A, Bjotseth G, Helseth S.** The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing.* 2006;15:469-79.
- 11. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ.** Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and analgesia.* 2003;97:534-40.
- 12. Bernardi M, Catania G, Tridello G.** Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian hospice nurses. *Cancer Nursing.* 2007;30:E20-6.
- 13. Lorentzen V, Hermansen IL, Botti M.** A prospective analysis of pain experience, beliefs and attitudes, and pain management of a cohort of Danish surgical patients. *European Journal of Pain.* 2012;16:278-88.
- 14. Auret K, Schug SA.** Underutilisation of opioids in elderly patients with chronic pain. *Drugs & Aging.* 2005;22:641-54.
- 15. Cullen L, Greiner J, Titler MG.** Pain management in the culture of critical care. *Critical care nursing clinics of North America.* 2001;13:151-66.
- 16. McCaffery M, Ferrell BR, Pasero C.** Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. *Pain Management Nursing.* 2000;1:79-87.
- 17. Brennan F, Carr DB, Cousins M.** Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesthesia & Analgesia.* 2007;105:205-21.
- 18. Rognstad M-K, S, Johannessen TEB, Kvarstein G, Skaug M, Undall E, et al.** Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2012;26:545-52.
- 19. Skaug M, Borchgrevink PC, Kaasa S.** [Self-evaluation of knowledge and competence with regard to the treatment of pain]. *Tidsskrift for Den norske legeforening.* 1998;118:536-40.
- 20. Ferrell B, McCaffery M.** Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. (<http://prc.coh.org>) City of Hope, California 2014.
- 21. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB.** Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25:3186-91.
- 22. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D.** Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology.* 1993;46:1417-32.
- 23. Koller M, Aaronson NK, Blazeby J, Bottomley A, Dewolf L, Fayers P, et al.** Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer.* 2007;43:1810-20.
- 24. Granheim TH.** Den norske versjonen av «Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain»: oversettelse, reliabilitet og validering. Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap, Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo. 2009.
- 25. Sykepleiernes Samarbeid i Norden.** Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. 2003.
- 26. Ene KW, Nordberg G, Bergh I, Johansson FG, Sjöström B.** Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing.* 2008;17:2042-50.
- 27. Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y.** Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing.* 2005;2:125-32.
- 28. Gunningberg L, Idvall E.** The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *Journal of Nursing Management.* 2007;7:756-66.
- 29. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman JM, Wagner C.** Nursing interventions classification (NIC) 6th ed. ed. St. Louis: Elsevier; 2013.
- 30. McCaffery M, Beebe A.** Smerter. Lærebok for helsepersonell. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
- 31. McCaffery M, Pasero C, Ferrell BR.** Nurses' Decisions About Opioid Dose. *AJN The American Journal of Nursing.* 2007;107:35-9.
- 32. McCaffrey M, Ferrell BR.** Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? *Journal of Pain and Symptom Management.* 1997;14:175-88.
- 33. Marks RM, Sachar EJ.** Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *1973;78:173-81.*
- 34. Matthews E, Malcolm C.** Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. *British Journal of Nursing.* 2007;16:174-9.
- 35. McCaffery M.** Nursing the Patient in Pain. London: Harper and Row Publishers Ltd.; 1983.
- 36. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ.** Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet.* 2006;367:1618-25.
- 37. Katz J, Seltzer Z.** Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Review of Neurotherapeutics.* [Review]. 2009;9:723-44.
- 38. Lui LYY, So WKW, Fong DYT.** Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units. *Journal of Clinical Nursing.* 2008;17:2014-21.
- 39. Plaisance L, Logan C.** Nursing students' knowledge and attitudes regarding pain. *Pain Management Nursing.* 2006;7:167-75.

# Vi må stole på pasientens smerteopplevelse

> Sykepleierens kunnskap påvirker smertebehandling og pasientforløp.



**Helena Blom**

Anestesisykepleier, Akutt smerteteam  
Bærum, Vestre Viken HF

Artikkelen til Dihle og medforfattere om postoperativ smertebehandling bør vekke den enkelte sykepleiers interesse og få oss til å tenke gjennom egen kompetanse og praksis når det gjelder smertelindring. Den bør også motivere avdelingsledere og fagsykepleiere til å kartlegge kompetanse i egen avdeling som et ledd kvalitetssikring av smertelindringen. Studien viser at den teoretiske kunnskapen sykepleieren eller studenten oppgir å ha når de besvarer spørreskjemaet, ikke brukes i praksis. Forfatterne mener undervisning kombinert med veiledning kan forankre teoretisk kunnskap bedre i praksis. Min erfaring fra praksis støtter denne tilnærmingen. Veiledning er viktig for å hjelpe nye og gamle kolleger til å stole på egen kunnskap slik at forordninger som er gitt, brukes hensiktsmessig og pasienten får best mulig smertebehandling.

Som sykepleiere må vi aldri glemme at pasienten er avhengig

av vår kunnskap og kompetanse, både når det gjelder smerteregistrering og -tiltak. Er vi ikke kompetente nok, påvirker dette pasientens smertebehandling i stor grad og kan ha følger for det videre forløpet.

Det er problematisk at sykepleiere fortsatt har opiofobi i forbindelse med postoperativ smertelindring. Det postoperative forløpet påvirkes negativt ved at smerter bidrar til økt risiko for komplikasjoner. I klinikken ser jeg at den teoretiske kunnskapen om smertebehandling ofte finnes hos den enkelte sykepleieren, men at utrygghet i å vurdere bivirkninger og tidspress bidrar til at behandlingen av pasienten ofte ikke blir optimal.

I min praksis ser jeg også at god dokumentasjon av smerteintensitet, tiltak og evaluering på et flytskjema bidrar til å gjøre den enkelte sykepleier tryggere på videre tiltak hos denne pasientgruppen. Kompetanse om smertebildet hos den

enkelte pasient, behov for smertelindring og effekt av tiltak økes, samtidig som det bidrar til trygghet hos den enkelte sykepleier.

Funnene i denne studien bør motiverer ledere til økt undervisningstilbud om smerte og smertebehandling og til klinisk veiledning i reelle pasientsituasjoner for sykepleierne. Den enkelte sykepleier bør også tørre å spørre seg selv om hvorfor man ikke tror på pasientens selvrapporterte smerteopplevelse på VAS/NRS-skalaen. Om vi ikke har tiltro til en pasient som verbalt kan formidle sin smerteopplevelse, på hvilket grunnlag vurderer vi da kognitivt svekkede pasienter? I klinikken er det vi som sykepleier som kan utgjøre forskjellen mellom god eller inadekvat smertelindring for den postoperative smertepasienten ut fra vår faglige kompetanse og kliniske erfaring.

Les artikkelen på side 326





Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Hypertensjon rammer rundt 25 prosent av den voksne befolkningen. Av disse utvikler opp til 10 prosent behandlingsresistent hypertensjon. En ny eksperimentell behandlingsmetode, kateterbasert renal denervering (RDN) er nasjonalt og internasjonalt under utprøving. Behandlingen anbefales gjennomført på våken pasient med lett sedering og smertelindring.

**Hensikt:** Hensikten med prosjektet er å utvikle og evaluere en kunnskapsbasert prosedyre for smertelindring under denne nye behandlingen.

**Metode:** Prosjektet er en delstudie til en prospektiv intervensjonsstudie hvor effekt av behandlingen undersøkes. Totalt 25 pasienter er inkludert. Data er samlet inn ved hjelp av et registreringsskjema utviklet spesifikt for prosjektet. Smerte er målt ved hjelp av numerisk bedømmelsesskala med svaralternativ fra 0 til 10 (NRS 11).

**Resultat:** Under behandlingen som varierte fra 50–90 minutter fikk pasientene i gjennomsnitt 22 mg morfin og 1,4 mg midazolam. Andelen av totaldosen morfin administrert før RDN varierte fra

43–98 prosent. Generell peroperativ smerte var i gjennomsnitt 3,2 og verste smertetoppene i gjennomsnitt på 6,0 på NRS 11. For 96 prosent var smertene under behandlingen mindre en forventet eller som forventet.

**Konklusjon:** Studien viser at det er mulig å gjennomføre RDN sikkert med våken pasient og uten anestesipersonell til stede. God informasjon til pasientene før behandlingen og godt kvalifisert personell er avgjørende for et godt resultat og en god opplevelse for pasienten.

ENGLISH SUMMARY

**Nurse administered sedation during renal denervation**

**Background:** Hypertension affects about 25 % of the adult population, and a small proportion, up to 10 %, develop treatment resistant hypertension. Endovascular renal artery denervation (RDN) is a new experimental treatment tested in research, both nationally and internationally. Conscious sedation and analgesia is recommended.

**Objective:** The aim of this study was to develop and evaluate a research based nurse administered sedation procedure for this new treatment.

**Method:** The project is part of a prospective intervention study assessing the effects of the RDN treatment. A total of 25 patients were included. Data was collected using a questionnaire developed specifically for this study, including assessment of pain, applying a numeric rating scale with response options from 0 to 10 (NRS 11).

**Results:** During the treatment, lasting from 50-90 minutes, the patients received on an average, 22 mg of morphine and 1.4 mg of midazolam. The proportion of the total morphine dose administered before the RDN started, varied bet-

ween 43-98 %. The general perioperative pain was on an average 3, 2 and the worst pain during the procedure was 6, 0 on the NRS 11. 96 % of the participants reported that the perioperative pain was less than or as expected.

**Conclusion:** This study demonstrates that RDN treatment can be performed safely at the cardiac laboratory without an anaesthesiologist being present. Well informed patients as well as qualified and well trained nurses are a prerequisite for good results and satisfied patients.

**Keywords:** Pain, Sedation, Patient

# » Smertelindring ved renal denervering

Forfattere: **Bente Nilsen, Lena Nordgaard Dehli, Atena Miroslawska og Tove Aminda Hanssen**

## NØKKELORD

- Smerte
- Sedasjon
- Behandlingsresistens
- Hypertensjon

## INTRODUKSJON

Mer enn 25 prosent av den voksne befolkningen i den vestlige verden har diagnosen hypertensjon. Andelen forventes å øke fremover. Ubehandlet hypertensjon gir betydelig økt risiko for alvorlige følgesykdommer som hjerneslag, hjerteinfarkt, hjertesvikt og nyresvikt. Den primære behandlingen er medikamentell (1,2). Noen få, cirka 10 prosent, utvikler behandlingsresistent hypertensjon, det vil si blodtrykk hvor man ikke oppnår blodtryksreduksjon til tross for multimedikamentell behandling (1,2).

Kateterbasert renal denervering (RDN) er en ny behandlingsmetode for pasienter med behandlingsresistent hypertensjon (1,2). Den første studien som beskrev metoden ble publisert i Lancet i 2009 (1,3). RDN innebærer at man med endovaskulær teknikk benytter radiofrekvensbølger og ablaterer eller «brenner» sympatiske

nervefibre i nyrearteriene (1,3).

Til tross for stor entusiasme i begynnelsen, viser nye resultater blant annet fra Tyskland at behandlingen ikke er like effektiv for alle (4). RDN anbefales derfor i oppdaterte retningslinjer forsøksvis i studier og/eller med oppfølging i registre, til pasienter med alvorlig behandlingsresistent hypertensjon (2,5). Det pågår for tiden internasjonalt flere studier og fremtiden vil bringe mer kunnskap om hvilke pasienter som har nytte og effekt av denne nye behandlingen (6).

Vellykket utført RDN skal lokalt ødelegge både efferente og afferente sympatiske nerveender som ligger i veggen av nyrearteriene, uten at det medfører skade og eventuelt forsnævring i åreveggen. Prosedyren er beskrevet som smertefull og man antar at smertene skyldes varmen på grunn av «brenningene» i åreveggen (3). Pasienter har beskrevet en dyp særegen, ikke utstrålende smerte i mage og lumbalregionen (3, 7). Generell anestesi er foretrukket ved enkelte sentere som gjennomfører behandlingen. Ettersom enkelte tilfeller med vasovagale reaksjoner med bradykardi og hypotensjon er observert etter bolusinjeksjon med opioid, har man ønsket å utføre prosedyren med kun lett sedering; det vil si

på våken pasient. Man ønsker å sikre optimal pasientkomfort og optimale forhold for intervenasjonen. Med hensyn til nøyaktig plassering av ablasjonskateter er det anbefalt god smertelindring med opioider minst to minutter før behandlingen, eventuelt lett sedering og godt samarbeid mellom anestesilog og kardiolog (3).

De siste 20 årene har det skjedd en utviklig internasjonalt med prosedyrer som gjennomføres ved hjerteavdelingers laboratorier, blant annet koro-

### Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at det er mulig å oppnå en god og adekvat smertelindring hos pasienter som gjennomgår kateterbasert renal denervering.

### Mer om forfatterne:

Bente Nilsen og Lena Nordgaard Dehli er intensivsykepleiere og har delt førsteforfatterskap. Atena Miroslawska er lege og PhD-stipendiat. Alle tre er ansatt ved Hjerteavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. Tove Aminda Hanssen er fag og forskningssykepleier og postdoktorstipendiat ved Hjerte- og lungeklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø og i Kardiovaskulær forskningsgruppe IKM UiT, Tromsø. Kontaktperson: tove.aminda.hanssen@unn.no

nare invasive undersøkelser og behandlingsprosedyrer. Som følge av dette har man sett en økt utbredelse av sykepleieadministrert sedasjon og smertelindring (8, 9). En systematisk oversiktsartikkel konkluderer med at sykepleieadministrert sedasjon og smertelindring ved lett sedering er trygt og forbundet med lav risiko for komplikasjoner ved kardiologiske laboratorier (9). For å oppnå et godt resultat anbefaler man god opplæring og dedikert personell som observerer pasientene under sedasjonen (8,9).

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) ble det i 2011 startet et pilotprosjekt (1) og deretter i 2013 en studie hvor man evaluerer effekten av RDN. Effektmålene er i tillegg til hypertensjon; glukosemetabolisme, hypertensiv organskade, livskvalitet og arytmitendens. Studien er registrert ved [www.clinicaltrials.org](http://www.clinicaltrials.org) med identifikasjonsnummer NCT01630928.

I tilknytning til studien ble det gjennomført et systematisk forbedringsprosjekt på smertelindring under RDN. Hensikten med prosjektet var å utvikle og evaluere, ved hjelp av systema-

problemstillingen har vi undersøkt følgende spørsmål:

- Hva kjennetegner RDN med hensyn til antall behandlinger og varighet?
- Hva kjennetegner behandlingen med hensyn til pasientens forventninger, smerteskår og bivirkninger?
- Hvor mye smertestillende får pasientene før og under behandlingen?
- Er det sammenheng mellom mengde morfin, rapportert smerter og påvirket respirasjon i form av fall i oksygenmetning og respirasjonsfrekvens?
- Er det sammenheng mellom pasientens vekt, mengde morfin og smerteskår?

#### SYSTEMATISK PROSEDYREUTVIKLING

I prosjektet har vi benyttet trinnene fra «Forbedringsmodellen i praksis» hvor Demnings kvalitetsjule PDSA (Plan – Do – Study – Act) inngår (10). Før vi kunne utvikle prosedyren ble det gjennomført en litteraturgjennomgang som første trinn i prosessen. Vi fant her en anbefaling fra England og en pilotstudie fra Frankrike. Ifølge The Joint UK Societies' Consensus statements

ter var inkludert, ble det foreslått et alternativ til generell anestesi med antihistamin, opioid og en gassblanding bestående av oksygen og lystgass (MEOPA) (11). Forfatterne konkluderte med at pasientene som fikk en gjennomsnittsdose morfin på 0,11 mg/kg sammen med lystgass, i mye mindre grad opplevde smerter peroperativt sammenliknet med dem som bare fikk medikamenter og ikke gassblandingen (11).

I utviklingen av prosedyren bygget vi videre på vår avdelings kvalitetsarbeid med utvikling av prosedyre for smertelindring ved atrieflimmerablasjon (12) som er basert på WHO's smertetrapp og har følgende førende prinsipper (12):

- Start med premedikasjon med periferet virkende smertestillende
  - Tilfør kontinuerlig sentraltvirkende smertestillende under prosedyren
  - Gi tillegg av bolusdoser ved smertetopper
  - Gi sederende legemidler tidlig slik at pasienten slapper godt av
  - Benytt en multimodal tilnærming (informasjon, oppmuntning, fukte munn, osv.)
  - En sykepleier skal være til stede under hele prosedyren
- Med hensyn til legemidler, fant Tollefsen og kollegaer at kombinasjonen midazolam og fentanyl var å foretrekke framfor propofol (12). Dette fordi propofol var rapportert å ha kardiopulmonale bivirkninger og kunne forårsake uro og hoste hos pasienten. Dette kunne igjen føre til lengre prosedyretid (12). Disse erfaringene førte vi videre til vår smertelindringsprosedyre.

Siden behandlingen skulle gjennomføres på hjertemedisinsk laboratorium, valgte man sammen med kardiologene å

## ” Ubehandlet blodtrykk gir betydelig økt risiko for alvorlige følgesykdommer.

tisk metodikk fra forskningsprosessen, en kunnskapsbasert prosedyre for smertelindring under denne nye eksperimentelle behandlingen.

Hovedproblemstillingen vi undersøker er om vi ved hjelp av sedasjon på våken pasient og avdelingens eget personale, kan oppnå adekvat smertelindring under behandlingen hvor tilstedeværelse av anestesipersonell ikke er nødvendig. For å besvare

on Renal Denervation for Resistant Hypertension, anbefales det at pasienter før prosedyren får informasjon om at den kan være smertefull (5). Videre anbefaler man analgetisk og sederende premedikasjon og samme medikasjon, eventuelt anestesi, under prosedyren. Premedikasjonen som er foreslått inkluderer midazolam, opioid og antiemeticum på våken pasient (5). I den franske pilotstudien, hvor tolv pasien-



benytte våken sedasjon i henhold til internasjonale anbefalinger (3,9). Våken sedasjon «conscious sedation» innebærer at pasienten er våken eller sover lett, responderer på verbal eller fysisk stimulering, selv opprettholder frie luftveier og har upåvirket kardiovaskulær funksjon (8). Det er ikke anestesipersonale ansatt ved hjertemedisinsk laboratorium og morfin ble derfor valgt som opioid. Medikamentene som, i samråd med anestesilege, ble benyttet i prosjektet, er beskrevet i boks 1:

### Boks 1: Medikamentvalg

#### Medikamentvalg ved våken sedasjon.

Premedikasjon per os:  
paracetamol 1 g, diclofenac 50 mg, dexametason 8 mg.

Peroperativt:  
morfin 15–30 mg/t infusjon, midazolam 1–2 mg iv, paracetamol 1g iv.

## METODE

### Design og deltakere

Pasientene som gjennomgikk RDN var deltakere i en prospektiv intervensjonsstudie «The ReShape CV-Risk Study». Studien var uten kontrollgruppe og inkluderte totalt 25 pasienter, rekruttert i tidsrommet fra mars 2013 til mars 2014. I denne aktuelle delstudien er alle de 25 som først ble inkludert i hovedstudien deltakere.

Inklusjonskriteriene i intervensjonsstudien var alder 18–68 år og behandlingsresistent hypertensjon påvist ved 24 timer hypertensjons (BT) måling med systolisk BT (SBT) på dagtid over 135 mmHg, til tross for behandling med fire eller flere

antihypertensive medikamentgrupper. De som hadde kjent sekundær årsak til hypertensjon er ekskludert. I tillegg hadde vi følgende eksklusjonskriterier: Bruk av antidiabetisk medikament, eller kjent type 1 og type 2 diabetes; hemodynamisk signifikant aortastenose; implantert pacemaker eller implantert defibrillator; behov for medisiner som ikke kan seponeres midlertidig under intervensjon; alvorlig kontrastallergi; kreftsykdom siste fem år; nyretransplantert; graviditet og bruk av p-piller. To av de inkluderte pasientene i hovedstudien ble ekskludert slik at denne totalt følger opp 23 pasienter.

### Prosedyre

Alle pasientene fikk grundig informasjon om behandlingen av kardiolog. Dette innebar informasjon om selve prosedyren og potensielle komplikasjoner som kunne oppstå per- og postoperativt. Spesielt er det lagt vekt på å forberede studiepasientene på at dette er en smertefull behandling på grunn av energien fra radiobølgene, men at det blir gitt smertestillende medikamenter underveis. Videre er de informert om ønsket effekt av behandlingen, samt at ikke alle som gjennomgår behandlingen vil oppnå ønsket effekt.

Behandlingen er gjennomført i henhold til guidelines ved å føre et ablasjonskateter inn via en perkutan tilgang i arteria femoralis communis og opp til nyrearteriene. Kateteret er tilkopleet en radiobølgegenerator. For å få kateteret riktig plassert, benyttes røntgenkontrast og røntgenstråler. RDN utføres punktvis i spiralform longitudinalt i nyrearteriene via en elektrode på enden av dette kateteret. Behandlingstiden er to

minutter på hvert punkt i arterien og det brukes inntil 8 watt for å få optimal nervedestruksjon og minst mulig affeksjon av karveggen (5). Generatoren ivaretar pasientsikkerheten ved at den avbryter behandlingen hvis det blir for varmt eller hvis kateteret ikke ligger tett opp mot karveggen (3). Når behandlingen er avsluttet, fjernes kateter og innfører, og arterien lukkes med kollagenpropp eller ved hjelp av kompresjon (3,5).

Premedikasjon er gitt per os til alle pasientene, to til tre timer før pasienten ankom laboratoriet. Ved ankomst er det gitt en pose krystalloid løsning intravenøst, samtidig med en infusjon av morfin 1 mg/ml. Midazolam 1–2 mg er titrert inntil pasienten er godt avslappet, samtidig som paracetamol er administrert i henhold til boks 1. Totalt 20–30 minutter er benyttet til medikamentadministrering samtidig som en annen sykepleier har gjort pasienten klar til behandlingen. Det er tilstrebet å komme opp i en dose på cirka 15–20 mg morfin før RDN starter slik at pasienten unngår smertetopene. Morfininfusjonen stoppes 5–10 minutter før forventet prosedyreavslutning. To intensivsykepleiere har rullert på å ha ansvar for pasientene under prosedyren. Pasientens uttrykk for smerter, over- og undersedering er registrert og han eller hun er overvåket for tidligst mulig å oppdage vitale tegn på kardiopulmonale bivirkninger.

### Datainnsamling

For å kunne evaluere prosedyren, er data samlet inn etter mal fra registreringsskjemaet som er utarbeidet i forbindelse med atrieflimmerprosjektet (12). I tillegg er opplysninger om alder høyde og vekt hentet fra kurve og

kliniske variabler innhentet ved inklusjon i hovedstudien.

I kartleggingen av smerte har vi brukt et smertekartleggingsverktøy med numerisk bedømmelsesskala (numeric rating scale – NRS 11), fra 0–10, hvor 0 var

ingen smerte og 10 var verst tenkelige smerte. Denne unidimensionale smertebedømmelsen er det mest anvendte instrumentet for voksne i ulike settinger og er vurdert som enkelt å svare på av pasienter (13,14).

Etter gjennomført RDN er pasientene spurt om å angi gjennomsnittlig smerte under inngrepet og smerte på verste smertetopp, begge på den samme NRS-skala fra 0–10. Videre spurte vi hvordan opplevelsen var i forhold til forventet; mer smertefullt, mindre smertefullt eller som forventet. Andre spørsmål var om de hadde vært kvalme eller hadde hatt annet ubehag. Prosedyrerelaterte variabler som BT, puls, oksygenmetning (SPO<sup>2</sup>) og respirasjonsfrekvens ble målt før oppstart og ved regelmessige intervaller gjennom hele behandlingen. Medikamenter og andre prosedyredetaljer slik som antall behandlinger, ble også registrert.

**Tabell 1:** Demografiske og kliniske karakteristika ved deltakerne (n = 25)

Alder (år), gjennomsnitt (SD)	55,4 (8,7)
Høyde (cm), gjennomsnitt (SD)	179,5 (10,6)
Vekt (kg), gjennomsnitt (SD)	101,9 (16,6)
Kroppsmasseindeks (kg/m <sup>2</sup> ), gjennomsnitt (SD)	31,7 (5,1)
Systolisk blodtrykk* (mmHg), gjennomsnitt (SD)	160,4 (21,1)
Diastolisk blodtrykk* (mmHg), gjennomsnitt (SD)	107,0 (18,7)
Antall ulike antihypertensiva*, gjennomsnitt (SD)	4,9 (1,2)
Tidligere koronarsykdom*, n (%)	2 (8,3)
Tidligere hjerneslag*, n (%)	4 (16,7)

\* n = 24 i disse analysene, SD = standard avvik

**Tabell 2:** Prosedyrekarakteristika og smerteskår (n = 25)

Variabel	Gjennomsnitt	SD	Høyeste og laveste
Morfindose ved behandlingsstart (mg)	22,4	3,3	17-30
Morfindose ved behandlingsstart (mg / kg)	0,22	0,04	0,15-0,36
Morfindose totalt (mg)	29,7	6,6	21-45,7
Morfindose totalt (mg / kg)	0,30	0,07	0,17-0,49
Andel av totaldose morfin gitt før behandlingsstart (%)	77,7	14,2	43-98
Midazolamdose totalt (mg)	1,4	0,5	0,5-2,0
Generell smerteskår (n=24)	3,2	1,9	0-6,5
Verste smerteskår (n=24)	6,0	2,8	0-10
Oksygenmetning ved start (SPO <sup>2</sup> )	97,4	1,7	93-100
Oksygenmetning laveste (SPO <sup>2</sup> )	92,6	2,7	89-98
Respirasjonsfrekvens ved start	15,8	3,1	11-22
Respirasjonsfrekvens laveste	12,0	3,0	7-20
Prosedyretid (minutter) #	70,4	11,6	50-90
Antall behandlinger	12	2,5	6-16

SD = standard avvik, # Fra bedøvelse i lysken til lukket med kollagenpropp

### Dataanalyse

Deskriptiv statistikk med sentralmål (gjennomsnitt) og spredningsmål (standardavvik (SD) er benyttet for å beskrive utvalg med hensyn til demografiske og kliniske variabler. For å undersøke sammenhenger mellom variabler er Spearman's korrelasjonsanalyse utført. Students t-test er benyttet for å sammenlikne de to gruppene med fall i SPO<sup>2</sup> under 5 med de med fall på 5 eller større. Alle analyser er gjennomført ved hjelp av statistikkprogrammet PASW statistical software versjon 21, og signifikansnivået er satt til p = 0,05.

### Etikk

Hovedprosjektet er godkjent hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og lokalt personvernombud.

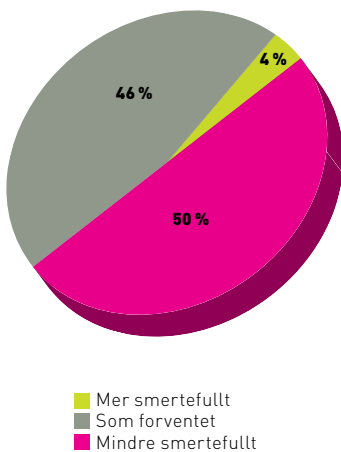
### RESULTAT

Av de totalt 25 deltakere var det fem kvinner og 20 menn. Alderen varierte fra 34 til 70 år, med en gjennomsnittsalder på 55 år. Demografiske og kliniske karakteristika er beskrevet

vet nærmere i tabell 1. Som det fremkommer her sto deltakerne i gjennomsnitt på antihypertensive medikamenter i fem ulike medikamentklasser. To hadde tidligere koronarsykdom og fire hadde hatt tidligere hjerneslag. Av annen komorbiditet var det henholdsvis ett tilfelle for hver av diagnosene: Hjertesvikt, atrieflimmer, perifer arteriell sykdom og transiskemisk anfall (se tabell 1).

Total prosedyretid på laboratoriet varierte fra 50–90 minutter med gjennomsnittstid 70 minutter og gjennomsnittlig 12 ablasjoner (tabell 2). Pasientene fikk i gjennomsnitt 22,4 mg morfin før behandlingsstart, som utgjør 0,22 mg/kg. Totaldosen morfin var i gjennomsnitt på 0,30 mg/kg morfin (tabell 2). Andel av totaldosen morfin gitt før RDN startet varierte fra 43–98 prosent. Gjennomsnittlig midazolamdose var 1,4 mg varierende fra 0,5 til 2 mg. Generell peroperativ smerteskår varierte fra 0 til 6,5 og var gjennomsnittlig 3,2.

**Figur 1:** Hvordan var smertene i forhold til det du forventet? (n=24)



Verste smertetopp varierte fra 0 til 10 og var i gjennomsnitt 6,0 (jamfør tabell 2).

Det ble registrert ett tilfelle med bivirkning under behandlingen hvor en pasient hadde en vasovagal reaksjon med bradycardi, kvalme og moderat hypo-

” Underbehandlet smerte er vanskeligere å lindre etter hvert som tilstanden vedvarer.

tensjon. Hendelsen stabiliserte seg raskt etter administrering av kvalmestillende legemiddel og økt væskeinfusjon.

Respirasjonsfrekvensen under prosedyren varierte fra 7–20. I fire tilfeller med respirasjonsfrekvens under 9 ble pasienten stimulert. Ingen av pasientene fikk hypoksi med alvorlig SPO<sup>2</sup> fall, men fem pasienter var periodevis nede i 89 prosent under prosedyren (tabell 2). På det åpne spørsmålet om pasientene hadde opplevd andre plager, nevnte seks munntørrhet og en tørste. Med hensyn til hvordan smerteopplevelsen totalt sett etter inngrepet var i forhold til forventet, var det mer smertefullt for en pasient jamfør figur 1. For de øvrige var det som forventet eller mindre smertefullt (se figur 1).

Analysene viste en signifikant sammenheng mellom verste smerteskår og mengde morfin som ble gitt peroperativt (Spearman's rho 0,58, p=0,004); de som hadde mest smerter fikk mest morfin. Videre viste analysene en signifikant negativ sammenheng mellom mengde morfin gitt før ablasjonene startet og verste smerteskår under behandlingen (Spearman's rho = -0,4 p= 0,05); de som fikk høyest andel morfin før prosedyrestart opplevde minst smerter.

Vi rekodet fall i SPO<sup>2</sup> metning til fall på mindre en 5 og til fall

på 5 og mer. Analyser viste at de som hadde minst metningsfall hadde fått signifikant mer morfin enn de med metningsfall på 5 og mer (33,6 versus 27,0 mg p= 0,01). De med størst metningsfall hadde tilsvarende også fått signifikant mindre morfin før

behandlingen startet (21,3 versus 24,0 mg p=0,04). Mellom vekt, mengde morfin totalt, smerter generelt og verste smerte var det positive, men ikke signifikante korrelasjoner.

## DISKUSJON

Resultatene fra denne studien viser at RDN er mulig å gjennomføre på en sikker måte med våken pasient, smertestilt med intravenøs analgesi, og uten anestesipersonell til stede. Smerte under prosedyren hadde et nivå med tilnærmet samme gjennomsnittsskår og verste smerteskår som rapportert under atrieflimmerablasjon (12). I internasjonal litteratur beskrives en smerteskår på opp til 3 som mild smerte, en skår mellom fra 4–5 som moderat og en smerte på 6–8 som alvorlig smerte på ulike instrumenter hvor NRS 0–10 anvendes (14). I postoperative retningslinjer er det anbefalt at NRS (0–10 skala) ikke overstiger 3 (15). Relativt ny norsk forskning viser at 40 prosent av pasientene rapporterer en gjennomsnittssmerte som er større enn eller lik 4 det første postoperative døgnet (16). Den gjennomsnittlige smerteskåren på 3 og verste smertetoppen på 6 i dette prosjektet vurderes derfor som akseptabel.

Til tross for kortere prosedyretid og mindre wattstyrke,

viste det seg at RDN er en mer smertefull prosedyre enn atrieflimmerablasjon. Vi startet med samme morfindosering som ved atrieflimmerbehandling i avdelingen, det vil si cirka 15 mg morfin før behandlingsstart (12). Men vi erfarte tidlig at vi ikke oppnådde ønsket effekt med denne doseringen. I samråd med anestesilege ble morfindosen økt til i snitt 20 mg før behandlingsstart, og vi oppnådde tilfredsstillende effekt.

Erfaringer viser at underbehandlet smerte er vanskeligere å lindre etter hvert som tilstanden vedvarer. Derfor var det å komme smerten i forkjøpet og ha en «grunnsurning» i form av premedikasjon, en god grunnsedering og analgesi, et viktig prinsipp. Resultatene våre bekrefter dette og viser at de pasientene som fikk mest morfin i forkant av prosedyren,

resultatene fra den systematiske oversiktsartikkelen om sykepleieadministrert sedering og smertelindring på prosedyrer gjennomført ved kardiologiske laboratorium (9).

Våken sedasjon med midazolam og morfin er ikke komplikasjonsfritt. Det var kun ett tilfelle av kardiopulmonal bivirkning som ble håndtert med enkle tiltak under prosedyren. Dette krever at sykepleieren har tilfredsstillende opplæring, gode rutiner for observasjon, overvåking og en handlingsplan for hendelser. Godt kvalifisert personale er rapportert som avgjørende for et godt resultat og en god opplevelse for pasienten (8,9,18). I dette prosjektet var det derfor to dedikerte intensivsykepleiere med spesialopplæring som gjennomførte smertelindring

Pasientene var svært godt informerte på forhånd, både om selve behandlingen og om hvor smertefullt dette kunne bli. De var veldig motiverte for inngrepet, og ga uttrykk for at «de holder ut smerten fordi de vet den er midlertidig» og i håp om helsegevinst. Preoperativ informasjon som omfatter stikkordene hva, hvorfor og hvordan, bidrar til at pasienten blir så trygg som mulig før det forestående inngrepet (19). Til tross for en gjennomsnittskår på verste smerte til 6, evaluerte de fleste pasientene smerteopplevelsen som mindre smertefull enn forventet eller som forventet. Dette viser at man lyktes i å gi god informasjon på forhånd.

I dette prosjektet har vi altså bygget videre på den standardiserte prosedyren som brukes til smertelindring under atrieflimmerbehandling, og har oppnådd en god og adekvat smertelindring også til pasienter som gjennomgår RDN. Ved å følge en fastsatt prosedyre unngår man at smertelindringen varierer fra sykepleier til sykepleier uavhengig av hvordan pasienten er i stand til å uttrykke smerte og hvordan kontakten er mellom pasient og sykepleier. For en av deltakerne fungerte ikke NRS-skalaen, for de øvrige var dette et egnet redskap for å fange opp pasientens smerteuttrykk.

Selv om denne studien kun har inkludert 25 deltakere mener vi likevel at resultatene kan generaliseres med forsiktighet samtidig som prosedyren fortsatt evalueres og forbedres. Ett forbedringsområde vi ser er dosering ut fra kroppsvekt, som vi ikke tok hensyn til i stor nok grad. Vi baserte oss på en standarddosering av morfin hvor vi forsøkte å titrerte oss opp til ønsket effekt i tråd med anbefa-

## ” Våken sedasjon med midazolam og morfin er ikke komplikasjonsfritt.

hadde mindre behov for morfin underveis. De unngikk de verste smertetoppene.

Gjennomsnittsdose morfin gitt under prosedyren var høyere enn den rapportert av Pansieri og kollegaer som benyttet morfin i kombinasjon med MEOPA som et alternativ til generell anestesi (11). Likevel var det i sistnevnte studie nødvendig med anestesipersonale til stede, noe som ikke er tilgjengelig på vårt hjertelaboratorium. Å utføre RDN på våken pasient har, på samme måte som ved atrieflimmer, flere fordeler. Det gir færre kardiopulmonale komplikasjoner, noe som optimaliserer forholdene for behandlingen (17). Dette stemmer også med erfaringene fra atrieflimmerprosjektet (12) og

og assistanse under RDN-behandlingen. Erfaringsmessig frykter sykepleiere komplikasjonen respirasjonsdepresjon ved administrering av morfin. Dette er også i internasjonal litteratur identifisert som en viktig barriere mot optimal smertelindring. Resultatet blir at pasientene ikke er optimalt smertestilt under behandlingen (14). Resultatene fra dette prosjektet viser at pasientene som var best smertestilt var de som hadde mest adekvat respirasjon, definert som minst fall i oksygenmetning. Likevel, respirasjonsdepresjon er en fryktet komplikasjon hvor god handlingsberedskap av planlagte tiltak og nøye observasjon av respirasjonsparametere må vektlegges særskilt (3,8,9).

linger i internasjonale retningslinjer (3). Titreringen gjør at dose/kg varierer fra pasient til pasient. Ved å ha et mer bevisst forhold til pasientens vekt når morfin doseres, vil vi kunne optimalisere smertelindringen til de med høy kroppsvekt.

Videre forskning hvor opplevelse av forberedthet til behandlingen, smertelindring under behandlingen, ubehag og plager etter behandlingen og pasienterfaringer på kort og lang sikt anbefales.

## KONKLUSJON

Studien viser hvordan man ved hjelp av systematisk metodikk og forskningsbasert kunnskap kan utvikle, evaluere og implementere ny praksis for smertelindring samtidig som ny behandling prøves ut. Erfaringene med prosjektet i praksis har medført en økt bevisstgjøring og en mer aktiv holdning til smertelindring hos sykepleierne på hjertelaboratoriet.

Når det gjelder renal denervering er det fremdeles en del

spørsmål som må besvares før behandlingen blir etablert i Norge. Videre vet vi at utstyrsleverandørene driver produktutvikling og smertebildet vi ser i dag ved denne behandlingen, kan endre seg noe. Det er viktig at man stadig søker å gi optimal sykepleie basert på oppdatert kunnskap og standardisere både dokumentasjon- og behandlingsprosedyrene. Dette gjør at praksis kan evalueres og ny kunnskap lettere implementeres i en travel hverdag.

## REFERANSER

1. Steigen TK, Toft I. Korttidsoppfølging av de første pasientene behandlet med kateterbasert renal denervering i Norge. *Hjerteforum*. 2012;25(1):44.
2. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*. 2013;34 (28):2159–219.
3. Sapoval M, Azizi M, Bobrie G, Cholley B, Pagny JY, Plouin PF. Endovascular renal artery denervation: why, when, and how? *Cardiovascular and interventional radiology*. 2012;35(3):463–71.
4. Persu A, Jin Y, Fadl Elmula FE, Jacobs L, Renkin J, Kjeldsen S. Renal denervation after Symplicity HTN-3: an update. *Current hypertension reports*. 2014;16(8):460.
5. Caulfield M, de Belder M, Cleveland T, Collier D, Deanfield J, Gray H, et al. The Joint UK Societies' Consensus Statement on Renal Denervation for Resistant Hypertension. 2012 [Nedlastet 12.06.2014]. Available from: [http://www.bcs.com/documents/The\\_Joint\\_UK\\_Societies\\_Consensus\\_on\\_Renal\\_Denervation\\_for\\_resistant\\_hypertension.pdf](http://www.bcs.com/documents/The_Joint_UK_Societies_Consensus_on_Renal_Denervation_for_resistant_hypertension.pdf).
6. Schmieder RE, Redon J, Grassi G, Kjeldsen SE, Mancia G, Narkiewicz K, et al. ESH position paper: renal denervation – an interventional therapy of resistant hypertension. *Journal of hypertension*. 2012;30(5):837–41.
7. Schlaich MP, Schmieder RE, Bakris G, Blankestijn PJ, Bohm M, Campese VM,

- et al. International expert consensus statement: Percutaneous transluminal renal denervation for the treatment of resistant hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*. 2013;62 (22):2031–45.
8. Odom-Forren J. The evolution of nurse-monitored sedation. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2005;20(6):385–98.
9. Conway A, Page K, Rolley JX, Worrall-Carter L. Nurse-administered procedural sedation and analgesia in the cardiac catheter laboratory: an integrative review. *International journal of nursing studies*. 2011;48(8):1012–23.
10. Schreiner A. Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis. Oslo: 2004.
11. Pansieri M, Barnay P, Larderet E, Krebs G, Aboukhoudir F, Andrieu S, et al. [Renal denervation for resistant hypertension without general anesthesia: advantage of a MEOPA morphine protocol. Preliminary experience]. *Annales de cardiologie et d'angiologie*. 2013;62(5):283–6.
12. Tollefsen T, Lyngmo S, Solheim T, Bjørsvik G, Tande PM, Hanssen TA. Smertelindring og sedering ved atrieflimmerablasjon – et systematisk forbedringsprosjekt ved Universitetssykehuset Nord-Norge. *Hjerteforum*. 2013;26(3):23–8.
13. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic litera-

- ture review. *Journal of pain and symptom management*. 2011;41(6):1073–93.
14. Welchek CM, Mastrangelo L, Sinatra RS, Martinez R. Qualitative and Quantitative assessment of pain. In: R.S.S de Leon-Casasola O., Ginsberg B., Viscusi E.R., editors. *Acute Pain Management*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 679.
15. Sjøveian AKH, Leegaard M. Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling? *Sykepleien Forskning*. 2012;7(4):380–7.
16. Fredheim OM, Kvarstein G, Undall E, Stubhaug A, Rustoen T, Borchgrevink PC. [Postoperative pain in patients admitted to Norwegian hospitals]. *Tidsskrift for Den norske legeforsking: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2011;131(18):1763–7.
17. Tang RB, Dong JZ, Zhao WD, Liu XP, Kang JP, Long DY, et al. Unconscious sedation/analgesia with propofol versus conscious sedation with fentanyl/midazolam for catheter ablation of atrial fibrillation: a prospective, randomized study. *Chinese medical journal*. 2007;120 (22):2036–8.
18. Altmann D, Hindricks G, Arya A, Piorkowski C, Gaspar T, Eitel C, et al. Management of patients pre-, per- and postcatheter ablation procedures: how to minimize complications? *Minerva cardiologia*. 2011;59(2):171–86.
19. Berntzen H, Almås H, Bruun AMG, Dørve S, Giskemo A, Dávøy G, et al. Perioperativ og postoperativ sykepleie. In: Almås H, Stubberud D, Grønseter R, editors. *Klinisk Sykepleie 1 4 utgave*. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2010.





Illustrasjonsfoto: Colourbox

**Bakgrunn:** Mange sykehusavdelinger, spesielt gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger, bruker varmpakninger for å lindre milde til moderate smerter.

**Hensikt:** Sammenlikne bruk av varme puter på magen med ikke oppvarmede puter etter gynekologiske operasjoner. Hovedmålet var å undersøke om varmeputer har smertelindrende effekt. Det primære endepunktet var kumulert bruk av fentanyl ved postoperativ seksjon. Sekundære mål var pasientens smerteopplevelse i ro,

pasientens tilfredshet med smertebehandlingen, opplevelse av puten og bivirkninger.

**Metode:** Prospektiv randomisert kontrollert og dobbel blindet studie. Pasientene ble randomisert i to grupper. Den ene gruppen fikk varm pute, og den andre gruppen fikk pute som ikke var oppvarmet.

**Resultat:** 94 av 100 inkluderte pasienter fullførte studien. Kumulert fentanylforbruk var lavere i varmeputegruppen. Når det gjelder postoperativ smerte, var det

ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Av de 94 pasienter var 80 svært fornøyd med smertebehandlingen. Alle de 47 pasientene som fikk varm pute, syntes den var behagelig, mens bare 25 av de 47 pasientene som fikk vanlig pute, syntes at denne var behagelig ( $p < 0,001$ ). Varm pute var ikke forbundet med bivirkninger som kvalme eller brannskader.

**Konklusjon:** Varmepute reduserte behov for smertestillende medisiner etter gynekologiske operasjoner og opplevdes som behagelig.

### Heating pad as analgesia after gynecological operations

**Background:** Many hospital wards, particularly in gynecology and obstetrics, use heated pads to mitigate mild and moderate pain.

**Objective:** Comparison between heated pads and non-heated pads following gynaecological surgical procedures. The main goal was to determine whether heating pads have a pain-relieving effect. The primary endpoint is cumulative fentanyl consumption in the post-anaesthesia care unit. The secondary goal was to determine whether heating pads influenced post-operative pain scores at

rest, the patient's satisfaction with pain management, the perception of the pad itself, and side effects.

**Method:** Prospective, randomised controlled, and double-blinded study. The patients were randomised into two groups, with one group receiving heated pads, and the other receiving non-heated pads.

**Results:** Out of 100 patients, 94 completed the study. The cumulative consumption of Fentanyl® was lower in the heated pad group. No significant deviance was recorded in the perceived post-operative pain between the groups. Of the 94 participating patients, 80 were satisfied

with pain relief in general. All 47 patients who received heated pads perceived them as comfortable, while only 25 of the 47 who received the room-temperature pads experienced the same ( $p < 0.001$ ). The use of heated pads was not associated with any side effects such as nausea or burn injuries.

**Conclusion:** Using heated pad reduced the need for pain relieving medication following gynecological procedures, and was perceived to be comfortable.

**Keywords:** Randomised controlled trial, pain, gynaecology, gynecology, surgery, heat

# »» Bruk av varmepute som smertelindring etter gynekologiske operasjoner

Forfattere: Kari Jansson, Anne Kath Knudsen og Ulrich Spreng

## NØKKELORD

- Nøkkelord
- Randomisert studie
- Smerte
- Gynekologi
- Kirurgi

## INNLEDNING

### Bakgrunn

God smertebehandling er en av hovedoppgavene i en postoperativ seksjon. Mange pasienter opplever moderate til sterke smerter etter operasjoner (1,2). Ikke optimal smertebehandling virker negativt på det videre forløpet med tanke på mobilisering og tilfriskning (3). Derimot har god smertebehandling betydning for at pasienten får en god opplevelse av situasjonen.

I hovedsak brukes medikamenter til smertebehandling i forbindelse med operasjoner. Men også ikke-medikamentelle tiltak kan bidra til å lindre smerter (4). Det er en klar sammenheng mellom smertefysiologi og varme (5,6). Enhver form for varmepåvirkning av hud fører til kompliserte fysiologiske endringer. Blant disse endringene er nervestimulering, muskelavslapning og påvirkning av metabolisme og

endringer i blodårer og blodets viskositet (5).

Smertelindring ved hjelp av varme er en kjent metode. Gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger bruker jevnlig varmepakninger for å lindre milde til moderate smerter. Til tross for at varme er mye brukt i smertebehandling, er det ikke publisert mange studier om temaet. Effekt av lokal varme på smerter i forskjellig form er imidlertid beskrevet. For eksempel har man sett at barn har nytte av varm og kald terapi, spesielt etter laparoskopi, magesmerter, muskel- og nakkesmerter (7). Andre studier viser at varme har effekt på rygg smerter (8,9) og menstruasjonsmerter (9,10). Vi har ikke funnet studier der man har brukt lokal varmebehandling etter gynekologiske operasjoner.

Vår studie hadde som hypotese at varmepute etter gynekologiske operasjoner har smertelindrende effekt uten bivirkninger. Etter utvalgte gynekologiske operasjoner sammenliknet vi bruk av varme puter på magen med ikke-oppvarmete puter. Hovedmålet var å se om varmeputer har smertelindrende effekt. Det primære endepunkt var kumulert bruk av fentanyl på postoperativ seksjon. Sekundære mål var pasientens opplevelse av

smerter i ro (numerisk rating scale, NRS-smerte), pasientens tilfredshet med smertebehandlingen, opplevelse av puten og bivirkninger.

## METODE

### Studiedesign

Dette er en prospektiv, randomisert og kontrollert studie (RCT). Studien ble gjennomført med to studiegrupper, varmepute og ikke-oppvarmet pute. Verken pasientene eller helsepersonell som var involvert i registreringene ved postoperativ seksjon, visste hvilken gruppe pasientene hørte til, det vil si en dobbel blind studie.

Studieprotokollen ble sendt til REK Sør-Øst for vurdering. Prosjektet ble ansett som

### Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at varmepute kan virke smertelindrende for kvinner som har gjennomgått gynekologiske inngrep.

### Mer om forfatterne:

Kari Jansson er intensivsykepleier, Anne Kath Knudsen er intensivsykepleier og fagutviklingsykepleier, begge ved Postoperativ seksjon. Ulrich Spreng er PhD og avdelingssjef. Alle tre jobber ved AIO, Bærum sykehus, Vestre Viken HF. Kontaktperson: kari.jansson@hotmail.com

kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud og falt utenfor komiteens mandat. Prosjektet har fulgt interne regler for håndtering av pasient- og helseopplysninger. Alle pasientene har gitt informert samtykke. Studien ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen og følger CONSORT-retningslinjene (Consolidated Standards of Reporting Trials) (11).

### Pasientpopulasjon

Pasienter som ble inkludert skulle gjennomgå elektive gynekologiske operasjoner (laparoskopisk eller vaginal teknikk) ved Bærum sykehus, Vestre Viken HF, i perioden september 2010 til august 2011.

Pasientene ble rekruttert ved at Gynekologisk avdeling sendte ut forespørsel om deltakelse sammen med innkalling til operasjon, til alle pasienter i målgruppen. Pasientene ble informert om at vi brukte forskjellige puter på magen etter operasjon, men de ble ikke informert om at puten enten ville være oppvarmet eller ha romtemperatur. Pasienten var dermed blindet for hvilken behandling vedkommende fikk. Vi tilstrebet å ta kontakt med pasienten operasjonsdagen for å oppklare eventuelle spørsmål.

Pasienten som ble inkludert i studien, måtte være  $\geq 18$  år og

Numeric rating scale, NRS, er et validert smertevurderingsverktøy. (12). Det er en skala fra 0 til 10 der 0 er ingen smerter og 10 er verst tenkelige smerter. Pasienten angir sin smerteintensitet på denne skalaen.

Pasienter som fikk spinal eller epidural anestesi i forbindelse med operasjonen, ble ikke inkludert i studien. Pasienter med kommunikasjonsvansker, det vil si at de ikke forsto norsk språk eller hadde nedsatt kognitiv funksjon, ble ikke inkludert i studien. Pasienter med NRS-smerte i ro  $< 3$  fikk standard smertebehandling med opioider og/eller paracetamol.

### Randomisering og blinding

Pasientene ble randomisert i to grupper der den ene gruppen fikk varm pute; intervensjonsgruppen, og den andre gruppen fikk ikke oppvarmet pute; kontrollgruppen. Randomiseringsplanen er hentet fra [www.randomization.com](http://www.randomization.com).

Når pasienten anga NRS  $\leq 3$  i løpet av de første 60 minuttene på postoperativ seksjon, åpnet pasientansvarlig sykepleier en randomiseringskonvolutt med anvisning av hvilken type pute pasienten skulle få og la riktig pute nederst på magen til pasienten.

Samme sykepleier fulgte retningslinjene for varmepute med

### Varmeputens egenskaper

Varmeputen ble utviklet ved postoperativ seksjon Bærum sykehus. Det ble laget et eget prosjekt for å finne ut av hvordan de skulle lages og varmes opp for å få optimal temperatur for smertelindring uten å skade huden. For å finne ut hvordan putene skulle få ønsket temperatur, testet vi oppvarming av putene.

Vi la fuktede frottéhåndklær i tette plastposer og varmet dem i mikrobølgeovn. Deretter la vi denne posen i et putevar. Vi målte overflatetemperaturen på putene hvert minutt i én time. Ut fra disse funnene lagde vi en retningslinje for hvordan puten skal lages, og hvor lenge den skal ligge i mikrobølgeovnen. Puten vi utviklet har maksimumstemperatur i tre minutter på  $50,6$  °C (uten putevar) (13). Puten holder over  $45$  °C i minst 30 minutter, og over  $40$  °C i minst én time.

### Anestesimetode

Som standard premedikasjon fikk pasientene paracetamol per os omtrent én time før operasjonsstart (vekt  $< 60$  kg: 1000 mg;  $60$ – $90$  kg: 1500 mg;  $> 90$  kg: 2000 mg). Pasientene ble operert i narkose (total intravenøs anestesi (TIVA) med propofol og remifentanyl eller gassanestesi med desfluran). Under operasjonen fikk pasientene fentanyl  $50$ – $100$   $\mu\text{g}$  IV dexametason  $8$  mg IV og ketorolac  $30$  mg IV, om det ikke var kontraindikasjoner mot dexametason eller ketorolac.

### Registrering av studiedata

Alt personell på postoperativ ble involvert i studien, og de ble godt informert før studiestart. Sykepleierne har stått for utførelse og registrering av data. For hver inkluderte pasient ble det

” Smertelindring ved hjelp av varme er en kjent metode.

ha lest og underskrevet pasientinformasjon og samtykke til deltakelse. Bare pasienter som anga en numeric rating scale (NRS) for smerter i ro  $\geq 3$  i løpet av de første 60 minutter på postoperativ seksjon, ble inkludert i studien.

tanke på smertebehandling og observasjoner. En annen sykepleier, som ikke visste hvilken pute som var lagt på, registrerte NRS-smerte og førte registreringsskjemaet. Denne sykepleieren var altså blindet for hvilken behandling pasienten fikk.

opprettet et registreringsskjema (case report form, CRF) for å dokumentere alle målingene:

Samlet fentanylbruk ble registrert da pasienten ble utskrevet fra postoperativ seksjon. I tillegg ble det registrert NRS for smerte i ro før puten ble lagt på magen og deretter hvert 30 minutt. Pasientens tilfredshet med smertebehandlingen; 5-punkt skala fra svært fornøyd til svært misfornøyd, opplevelse av puten som behagelig eller ikke behagelig og kvalitativ begrunnelse; smertelindrende, beroligende, avledende, pressende, tyngende ble registrert på samme tidspunkt. Bivirkninger som postoperativ kvalme og bivirkning av varmebehandling, som varmeskade på hud, ble registrert ved utskrivelsen fra postoperativ seksjon. Svaralternativene var kategoriske svar: ja eller nei.

Øvrige registreringer var type

operasjon, alder, vekt, premedikasjon, lokalanestesi i såret, og bruk av analgetika intraoperativt; medikament og antall mg.

### Statistiske forhold

I forkant av studien ble det gjort styrkeberegning på følgende grunnlag. Det forutsettes et standardavvik på 50 prosent når det gjelder smerteestimering. Dersom varm pute gir 20 prosent bedre smertelindring enn

minuttene etter operasjonen, vil ha et behov for 150 mikrogram Fentanyl intravenøst.

Med antatt standarddeviasjon på 50 prosent, og 25 prosent forskjell mellom gruppene, trengte man 80 deltakere for å påvise dette med 80 prosent sikkerhet på 5 prosent signifikansnivå ( $p \geq 0,05$ ).

For å ta høyde for manglende data og eksklusjoner etter inklusjon, omfattet studien 100 pasi-

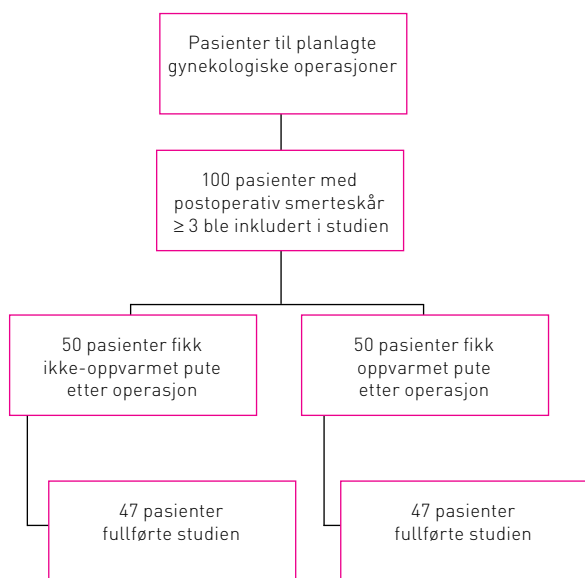
” Alle de 47 pasientene som fikk varm pute, syntes den var behagelig.

ikke varm pute, ville det være klinisk interessant.

Effekten av behandling med varm pute; primærendepunkt, ble målt ved samlet fentanylbruk på postoperativ seksjon. Vi ventet at pasienter med NRS smerte  $\geq 3$  i løpet av de første 60

enter, med 50 i hver gruppe. Alle data ble kodet og lagt inn i Excel-regneark og bearbeidet i et SPSS statistikkprogram. For å teste forskjell mellom gruppene ble det benyttet student's t-test for variablene alder, vekt, NRS, fentanylbruk og tid på postoperativ seksjon. For kategoriske data; kvalme, fornøydhet eller behagelighet, ble det benyttet kji-kvadrattests.

**Figur 1:** Flytskjema pasientinkludering og randomisering.



### RESULTATER

100 kvinner ble inkludert i studien. Seks pasienter ble ekskludert etter randomiseringen og putebehandlingen, fordi studieprotokoll, med tre i hver gruppe, ikke var fulgt. Ingen pasienter trakk sitt samtykke etter at de ble inkludert i studien. Pasientflyten er vist i figur 1.

Demografiske data, kumulert forbruk av fentanyl og smerteopplevelse (NRS) er vist i tabell 1. Det var ingen forskjell i demografiske data. Kvinnene var fra 21 til 77 år og jevnt fordelt på gruppene. Operasjonstyper, premedikasjon og bruk av analgetika intraoperativt var ikke forskjellig i gruppene. Kumulert fentanylforbruk var signifikant

**Tabell 1:** Oversikt over resultatene for de to gruppene

Variabel	Varm pute		Ikke oppvarmet pute		p-verdi
	mean	SD ( $\pm$ )	mean	SD ( $\pm$ )	
Alder (år)	46	12	50	14	0,17
Vekt (kg)	70	16	72	14	0,48
NRS ved pute (0-10)	4,5	1,2	4,5	1,1	0,89
NRS 30 min (0-10)	3,1	1,8	3,5	1,4	0,18
NRS 60 min (0-10)	2,1	1,7	2,4	1,4	0,37
NRS 90 min (0-10)	1,8	1,6	2,1	1,3	0,49
NRS 120 min (0-10)	1,7	1,4	2,0	1,1	0,38
Fentanyl total ( $\mu$ g)	116	81	155	101	0,043
Tid PO (min)	138	39	147	53	0,38

Tidspunktene er minutter etter puten ble lagt på magen. Student's t-test ble brukt for sammenligner mellom gruppene. NRS = numerical rating scale. PO = postoperativ seksjon. SD = standardavvik.

lavere i gruppen som fikk oppvarmet pute,  $116\mu\text{g} \pm 81\mu\text{g}$  med varmepute versus  $155\mu\text{g} \pm 101\mu\text{g}$  med ikke-varmepute ( $p \leq 0,043$ ).

Det var ingen signifikant forskjell på opplevd smerte mellom

hyppigere at den var smertelindrende, mens pasienter som fikk ikke-oppvarmet pute anga oftere at de følte tyngde eller press av puten. Behandlingen med varm pute var ikke forbundet med

regulering av hvilke nervefibre som blir overført til hjernen. I portkontrollteorien ser man for seg en forenklet versjon av dette elektriske nettverket. Sterke stimuli av lavterskelfibre, som for eksempel ved varme eller berøring, fører til mindre overføring via høyterskelfibre, som smertefibre. Slik hemmes smerteoverføringen (14,15).

Varme fører til økt metabolisme. Blodgjennomstrømningen i vevet økes, og det strømmer til flere «nyttige stoffer», som leukocytter og makrofager. Skadelige metabolitter, som prostaglandin og bradykinin, skylles ut fra vevet (5). Med varmeputen tror vi at vi oppnår smertelindrende effekt i hovedsak via portkontrollteorien. Men noe av effekten skyldes også økt metabolisme, som beskrevet over. Varme kan også virke muskelavslappende. Dette kan være forklaringen for at pasienter som fikk varm pute, opplevde puten som behagelig. Pasienter som fikk ikke-oppvarmet pute, anga oftere at de følte tyngde eller press av puten.

## ” Vi la fuktete frottéhåndklær i tette plastposer og varmet dem i mikrobølgeovn.

gruppene etter operasjon; NRS smerte i ro 30, 60, 90 og 120 minutter etter puten ble lagt på magen (se tabell 1). Smertenivå ved inklusjon var likt i begge gruppene.

Pasienttilfredshet er vist i tabell 2. Av 94 pasienter var 80 pasienter svært fornøyd med smertebehandlingen; 43 fikk varmepute og 37 ikke varmepute. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Alle de 47 pasientene som fikk varm pute, syntes den var behagelig, mens bare 25 av de 47 pasientene som fikk ikke oppvarmet pute, syntes at denne var behagelig ( $p < 0,001$ , chi-square-test). Pasienter som ikke fikk oppvarmet pute anga

bivirkninger som kvalme. Ingen pasient som fikk oppvarmet pute, fikk varmeskade på huden.

### DISKUSJON

Studien har vist at varmepute på magen reduserer postoperativ fentanylbruk for moderate smerter etter gynekologiske operasjoner, og at varmeputen oppleves som behagelig.

En teori om mekanismen ved påvirkning av sensoriske nervefibre, er «portkontrollteorien». Overføring av nerveimpulser fra det perifere nervesystem til det sentrale nervesystem foregår i det dorsale horn i ryggmargen. Man kan se det som et komplisert elektrisk nettverk, der det ved synapsene skjer en



Ved høyere temperatur enn 45 °C vil mye av celleproteinene skades slik at vevet skades. Eventuell skade på vev vil også ha sammenheng med tiden huden blir utsatt for den aktuelle temperaturen. (5). Vi fulgte vår retningslinje når vi lagde og brukte varmeputer, og i vår studie fikk ingen pasienter varmeskader på huden.

En styrke ved denne studien er at bare pasienter med postoperativ NRS-smerte i ro  $\geq 3$  ble inkludert i studien. Pasienter som har lite vondt, har ofte ikke behov for medikamentell og ikke-medikamentell smertebehandling. Når bare pasienter med moderate og sterke smerter blir inkludert i studier, kan det føre til mindre spredning i studiepopulasjonen. Denne tilnærmingen ble brukt i en studie om smertebehandling ved knearthroskopi (16). En annen styrke er at behandlingsmetoden med en varmepute er enkel og rimelig.

Reduksjon av opioidforbruket ved bruk av varmepute er statistisk signifikant og også klinisk relevant. Multimodal analgesi ved operasjoner reduserer bruk av opioider, noe som har positive effekter for pasienten. Man unngår generelle bivirkninger som trøtthet og påvirkning av respirasjonen (17,18). Eldre blir lett forvirret ved moderate doser opiat (19). Opioider kan også påvirke vannlatingen negativt (20).

Pasienter som fikk oppvarmet pute, hadde lavere absolutte smerteverdier (NRS-smerte i ro) etter operasjonen sammenliknet med ikke oppvarmet pute, dog var forskjellen i NRS-smerte i ro ikke signifikant. Pasienter som fikk ikke-oppvarmet pute, trengte mer fentanyl for å redusere smerten. Vi mener at dette er grunnen for at smerteopple-

velsen i begge grupper er lik.

### Svakheter ved studien

Vi sikret blinding av studiepersonellet ved å skille sykepleiere som la på puten på magen til pasientene, og sykepleiere som registrerte studiedata postoperativt. Men det er vanskelig å få til en komplett blinding av pasientene. Vi forklarte pasientene at det ble brukt forskjellige puter i studien, uten å fortelle dem hva forskjellene gikk ut på. Vi kan ikke utelukke at pasien-

” Ingen pasient som fikk oppvarmet pute, fikk varmeskade på huden.

ten har fått en mistanke om at varme puter kunne ha en positiv effekt.

Videre har vi inkludert pasienter som ble operert for forskjellige tilstander. Noen typer operasjoner, som for eksempel supravaginale uterusoperasjoner, er forbundet med sterkere postoperative smerter enn andre typer operasjoner, som for eksempel laparoskopier.

Studien har foregått i en avdeling med variert aktivitetsnivå. Det er en viss risiko for at sykepleier på en travel dag for eksempel ikke har vært der akkurat da pasienten passerer nivå tre i NRS-smerte i ro.

### Etiske problemstillinger

For å finne ut om varmeputer har en smertestillende effekt etter gynekologiske operasjoner måtte vi forandre våre etablerte behandlingsrutiner. Pasientene ble informert om at vi ville sammenlikne effekten av to forskjellige typer puter, som ble lagt på magen etter operasjonen, der vi trodde at den ene puten hadde mer smertelindrende effekt enn den andre. Videre ble pasientene

informert om at de i tillegg ville få medikamentell smertebehandling, slik at alle pasienter skulle få adekvat smertelindring. For øvrig kan vi ikke se at det har vært noen etiske problemstillinger.

### KONKLUSJON

Bruk av varmepute reduserte behovet for fentanyl etter gynekologiske operasjoner og opplevdes som behagelig. Behandlingen kan trygt anbefales etter gynekologiske operasjo-

ner, og det er et godt verktøy for sykepleiere for å bedre pasientopplevelsen etter denne typen kirurgiske inngrep.

*Takk til alle sykepleierne på postoperativ som har deltatt i studien, sykepleiere på gynekologisk avdeling for godt samarbeid, forskningssykepleier Elisabet Andersson for veiledning. Studien kunne gjennomføres takket være tilrettelegging og prioritering fra avdelingssykepleier Randi Fosse Torgersen.*

### REFERANSER

1. Fletcher D, Fermanian C, Mardaye A, Aegerter P. A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. *Pain*. 2008;137:441–51. PMID: 18417292.
2. Fredheim OM, Kvarstein G, Undall E, Stubhaug A, Rustøen T, Borchgrevink PC. Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2011;131:1763–7. PMID: 21946593.
3. Kehlet H, Holte K. Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. *Br J Anaesth*. 2001;87:62–72. PMID: 11460814.

4. Sinatra RS. Acute pain management. Cambridge University Press. 2009.
5. Low John, Reed Ann. Electrotherapy Explained. Edinburgh Butterworth Heinemann, 2004. Kapittel 7, side 212-40.
6. McCaffery Margo, Beebe Alexandra. Smarter; lærebok for helsepersonell. Ad Notam Gyldendal. 1998. Kapittel 5, side 134-160.
7. Lane E, Latham T. Managing pain using heat and cold therapy. Paediatr Nurs. 2009;21:14-8. PMID: 19623797.
8. Nadler SF, Steiner DJ, Erasala GN, Hengehold DA, Abeln SB, Weingand KW. Continuous low-level heatwrap therapy for treating acute nonspecific low back pain. Arch Phys Med Rehabil. 2003;84:329-34. PMID: 12638099.
9. Chandler A, Preece J, Lister S. Using heat therapy for pain management. Nurs Stand. 2002;17:40-2. PMID: 12478922.
10. Akin MD, Weingand KW, Hengehold DA, Goodale MB, Hinkle RT, Smith RP. Continuous topical heat was as effective as ibuprofen for dysmenorrhoea. Obstet Gynecol. 2001;97:343-9. PMID: 11239634.
11. Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. Lancet. 2001;357:1191-4. PMID: 11574648.
12. Breivik EK, Bjørnsson GA, Skovlund E. A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data. Clin J Pain. 2000;16:22-8. PMID: 10741815.
13. Hood Thermo-Pad. Summerlend, BC Canada, <http://thermo-pad.com/study.htm>, 2010.
14. Melzack Ronald, Wall Patrick. The Challenge of Pain (Penguin Science). 1996. Kapittel 9, side 165-176
15. Rustøen Tone, Stubhaug Audun. Sykepleieboken 2, kapittel 9: Smarter. Akribe 2006.
16. Rosseland LA, Stubhaug A, Sandberg L, Breivik H. Intra-articular (IA) catheter administration of postoperative analgesics. Pain. 2003;104: 25-34. PMID: 12855311.
17. Kehlet H og Dahl JB. The value of «multimodal» or «balanced analgesia» in postoperative pain treatment. Anesth Analg. 1993;77:1048-56. PMID: 8105724.
18. Gartner R, Kromann N, Callesen T, Kehlet H. Multimodal prevention of pain, nausea and vomiting after breast cancer surgery. Minerva Anesthesiol. 2010; 76:805-13. PMID: 20935616.
19. Ranhoff AH, Brørs O. Legemidler som kan gi delirium hos eldre. Tidsskr Nor Legeforen. 2005;125:2366-7. PMID: 16151497.
20. Baldini G, Bagry H, Aprikian A, Carli F. Postoperative urinary retention: anesthetic and perioperative considerations. Anesthesiology. 2009;110:1139-57. PMID: 19352147.



## MUSIKKBASERT MILJØBEHANDLING

Nå kommer det et nytt opplæringstilbud om integrert musikk og sang i miljøbehandling. Målet er at musikk og sang skal bli en naturlig del av hverdagen til pasienter/ brukere og helsearbeidere som møter dem.

Opplæringen gir kompetanse i bruk av musikk for å øke livskvalitet, mestring og egenverd for pasienter og brukere, og gi nye verktøy for å bedre ansattes hverdag.

Musikkbasert miljøbehandling er tilpasset de uten musikalsk bakgrunn og ferdigheter.

### Modul 1

#### ABC Integrert bruk av musikk og sang i miljøbehandling

Kursopplegget er en standardisert grunnopplæring med fylkesvise fagdager, opplæringsperm og selv-drevne studiegrupper.

### Modul 2

#### Musikkbasert miljøbehandling - fordypning i integrert musikk og sang

Fordypning i musikkbasert miljøbehandling med fokus på implementering av integrert bruk av sang om musikk.

### Modul 3

#### Formalkompetanse i miljøbehandling med integrert bruk av musikk og sang

Implementering i bachelorutdanninger innen helse- og sosialfag.

Et opplæringsprogram om integrert bruk av musikk og sang i miljøbehandling



[www.musikkbasertmiljobehandling.no](http://www.musikkbasertmiljobehandling.no)





ungdomskilde



varmekilde



næringskilde



kunnskapskilde

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

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



Illustrasjonsfoto: Colourbox

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Helsedirektoratet har utviklet anbefalte normtall for helsesøsterdekning i de ulike del-tjenestene av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det har hittil manglet data som gir oversikt over avstand til norm i barne-, ungdom- og videregående skole.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å kartlegge helsesøsterbemanningen på den enkelte skole i Norge og evaluere denne opp mot anbefalte normtall og tilstedeværelse. Ved å analysere forskjeller mellom skoletrinn, fylker, sko-

lestørrelse og kommunestørrelse ønsket vi å evaluere om helsesøsterdekningen i skolehelsetjenesten er dimensjonert slik at elevene har et faglig forsvarlig lavterskeltilbud.

**Metode:** Det ble gjennomført en tverrsnittstudie, ved hjelp av spørreskjema, til kommunene. Ikke-parametriske metoder ble brukt for å sammenligne helsesøsterdekning opp mot skolestørrelse og kommunestørrelse. Kji-kvadrat tester ble brukt for å undersøke forskjeller mellom proporsjoner i ulike grupper.

**Resultat:** Bare 1,4 prosent av landets skoler hadde helsesøster til stede hver dag. Antall helsesøstre i barneskolen må økes med 125 prosent for å nå normtall. For ungdomsskolen må økningen være 34,4 prosent og for videregående skole 21,1 prosent. Avstand til norm økte med kommunestørrelse og skolestørrelse

**Konklusjon:** Skolehelsetjenesten er ikke bemannet i forhold til anbefalt norm for helsesøsterdekning. Tilbudet er ulikt i kommuner, bydeler og mellom skoler og kan ikke betegnes som et likeverdig lavterskeltilbud.

## ENGLISH SUMMARY

### Where is the school nurse? A study of the staffing of school nurses

**Background:** The Norwegian Directorate of Health has developed standards for attendance by the school nurses in the services. So far the overview of the gap from the standard has been missing for elementary schools, junior highs and high schools.

**Objective:** The aim of the study was to assess the attendance of school nurses in schools in Norway, and evaluate this against the standards. By analysing the differences between schools, counties, sizes of schools and sizes of the municipalities, we wanted to evaluate if the

number of school nurses appointed, and their attendance in the schools is adequate for providing services and diligent care.

**Method:** A cross-sectional design was used. A question formula was sent to the municipalities. Non-parametric methods were used to compare the percentage of school nurses with the size of the school and the size of the municipalities.

**Results:** The school nurse is present every day in only 1.4 % of the schools. The number of school nurses in elementary schools must be increased by 125 %, in junior high schools by 34.4 % and

in high schools by 21.1 % to reach the standards recommended by the government. The deviation from the standards has been seen to increase with the size of the municipality and the size of the schools.

**Conclusion:** The staffing of the Norwegian School Health Service is not adequate to meet the recommended standards. The service differs between municipalities and schools, and cannot be characterised as uniformly easy and accessible throughout the country.

**Key Words:** School nurse, school health, staffing, cross-sectional study

## HVOR ER HELSESØSTER?

# » En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten

Forfattere: Kristin Sofie Waldum-Grevbo og Trude Haugland

### NØKKELORD

- Helsesøster
- Bemanning
- Skolehelsetjeneste
- Tverrsnitsstudie

### INTRODUKSJON

I sin utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten har Helsedirektoratet utarbeidet et forslag til bemanningsnorm (1). Foreslått minimumsnorm for helsesøsterdekning i forhold til elever er basert på en utregning av tiden som trengs for å utføre faglig, anbefalte oppgaver i skolehelsetjenesten. Normen per hele helsesøsterstilling er 300 elever i barneskolen, 550 i ungdomsskolen og 800 i videregående skole.

Lovverket fastsetter at alle kommuner skal ha «skolehelsetjeneste i skoler» (2). Retningslinjer og veiledere for helsestasjons- og skolehelsetjenesten utarbeides i tråd med kunnskapsbasert praksis (3). En faglig forsvarlig skolehelsetjeneste kan dermed forstås som en tjeneste der innholdet er i overensstemmelse med disse. Formålet med tjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold, samt å forebygge sykdom og skader (4). I forarbeidene til Helse-

og omsorgstjenesteloven utdypes intensjonen. Tilbudet skal være et «drop-in», «lavterskeltilbud» på skolen der elevene kan få tidlig helsehjelp på lavest mulig nivå (5). Landsomfattende tilsyn med skolehelsetjenesten viste at helsesøsters tilstedeværelse var liten og varierte mye fra sted til sted (6). Tidligere, mindre kartlegginger fra Oslos bydeler og fra de ti største byene i Norge, viste det samme. Mange steder lå bemanningen langt under anbefalte norm (7–9).

I en kunnskapsoppsummering om skolehelsetjenesten ble det ikke funnet noen systematiske oversikter som omhandler bemanning direkte (10). Søk i ulike databaser stadfester at skolehelsetjenesten generelt og bemanningssituasjonen spesielt er lite belyst gjennom forskning på verdensbasis.

Det finnes noen få enkeltstudier og andre publikasjoner som omhandler bemanning nasjonalt og internasjonalt: En amerikansk studie rapporterer at data over bemanningen i skolehelsetjenesten på nasjonalt nivå er essensielt for å få oversikt over ressursinnsatsen ved tiltak satt i verk av skolehelsetjenesten. (11). Helsedirektoratet har også påpekt at det mangler en slik nasjonal oversikt over bemanningen i de ulike delstatene, som helsestasjon, barneskole, ungdomsskole,

videregående skole og helsestasjon for ungdom (1).

Norsk institutt for by- og regionforskning omtaler en positiv effekt ved god bemanning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De slår fast at kommuner med god helsesøsterbemanning har en reduksjon i barnevernstiltak fordi støttetiltak blir satt inn tidligere (12). I flere tverrsnitsstudier har samarbeidende personell på skolene blitt intervjuet om helsesøsters rolle (13–15). Resultatene viser at der helsesøstre er til stede på skolene frigjøres lærerens tid til undervisning, og elever og foreldre slipper å ta fri for å oppsøke andrelinjetjenesten i en del tilfeller. Helsesøstre vurderer og håndterer helsemessige problem-

#### Hva tilfører artikkelen?

Resultatet av denne kartleggingen viser at skolehelsetilbudet ikke er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger, og at det er store variasjoner mellom fylkene.

#### Mer om forfatterne:

Kristin Sofie Waldum-Grevbo er leder for Landsgruppen av helsesøstre i Norsk sykepleierforbund. Trude Haugland er PhD og førsteperson ved Høgskolen Diakonova. Kontaktperson: kwal-dum@online.no.



stillinger som står i veien for læring. I en annen studie uttrykker lærerne ønske om økt tilstedeværelse av helsesøster på skolen, som en bidragsyter i miljøet og i undervisningen (16).

Baltag & Levi har analysert effekten av ulike organiseringsmodeller for skolebarns helsetjeneste ved hjelp av data fra 37 europeiske land (17). Den norske modellen med et lavterskeltilbud på skolen løftes frem som god fordi den gir

en tverrsnittsstudie (19,20). En tverrsnittsstudie med bruk av spørreskjema ble derfor benyttet for å kartlegge helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten på ett og samme tidspunkt i alle fylker.

### Utvalg

Utvalget besto av grunnskoler og videregående skoler. For å kunne sammenlikne antall elever på den enkelte skole

### Datasamling

Informasjonen som ble innhentet, er ikke samlet inn på landsbasis tidligere. Tilpasset, elektronisk spørreskjema ble derfor utformet til hver enkelt kommune. Skjema inneholdt en oversikt over de aktuelle skolene i kommunen jamfør inklusjonskriterier. Tilknyttet hver enkelt skole, var det et felt for utfylling av hvor stor stillingsprosent skolen hadde for helsesøster inkludert møter, og et felt for kommentarer. Dette ble gjort for å forenkle rapporteringen og styrke validiteten. Spørreskjemaene ble sendt til leder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i hver kommune 8. mars 2015. Oppdaterte e-postlister ble hentet fra Kommuneforlaget. For de tre største byene ble spørreskjemaene sendt til bydeler. Kommentarfeltene ble gjennomgått, og stillingsprosent ble eventuelt justert i forhold til kommentarene. Microsoft Access ble benyttet til utsending av spørreskjema og automatisk registrering av svar. Svarene ble kontrollert med stikkprøver og funnet korrekte. Purring ble sendt til de som ikke hadde respondert to uker etter svarfristen.

### Kategorisering

Helsesøsterdekning, definert som antall barn per helsesøsterstilling, ble analysert opp mot skolestørrelse og kommunestørrelse. Skolestørrelse ble kategorisert i liten, middels og stor ut fra tertialer basert på elevtall på henholdsvis barne-, ungdoms- og videregående skole (barne-skole 0–143 elever, 144–286 og 287–825, ungdomsskole 0–232, 233–343 og 344–723 og videregående skole 0–276, 277–572 og 573–2110). Kommunene, utenom Oslo, ble kategorisert

## ” Der helsesøstre er til stede på skolene frigjøres lærerens tid til undervisning.

et likeverdig tilbud til elevene, er effektivt og av samfunnsøkonomisk verdi. En annen kvalitativ studie med komparativ design studerer elevenes tilgang til helsetjenester og sammenlikner skoler med helsesøster til stede heltid eller deltid (18). Studien viser at elevene tar hyppigere kontakt for konsultasjoner der helsesøster er daglig til stede enn der helsesøster er to ganger i uken. Forfatterne mener at dette indikerer et udekket behov for helsetjenester på skoler med lite tilstedeværelse.

Hensikten med denne studien var å kartlegge helsesøsterbemanningen på den enkelte skole i Norge, på samme tidspunkt over hele landet, og evaluere denne opp mot anbefalte normtall og tilstedeværelse. Ved å analysere forskjeller mellom skoletrinn, fylker, skolestørrelse og kommunestørrelse, ønsket vi å evaluere om helsesøsterdekningen i skolehelsetjenesten er dimensjonert slik at elevene har et faglig forsvarlig lavterskeltilbud.

### METODE

#### Design

Den enkleste måten å observere et antall observasjonsheter for å gjøre sammenlikninger mellom dem på ett tidspunkt, er å utføre

med normtall for helsesøsterbemanning (1), ble elevtall hentet fra Grunnskolens informasjonssystem (21) og Statistisk sentralbyrå (SSB) (22).

#### Inklusjonskriterier:

Barneskoler 1.–7. klasse  
Ungdomsskoler 8.–10. klasse  
Offentlige videregående skoler 1.–3. klasse  
Elevtall over 40

#### Eksklusjonskriterier:

Skoler med annen inndeling av elever, som 1.–4. klasse eller 1.–10. klasse, er ekskludert fordi normtall ikke er utarbeidet for slike skoler. Private videregående skoler oppgir ikke elevtall til SSB, disse er derfor utelatt. På de minste skolene kan normtallet innfris ved at helsesøster er på skolen sjeldnere enn hver 14. dag. Andre forhold enn normtall må da ligge til grunn for å vurdere faglig forsvarlig tilgjengelighet i skolehelsetjenesten. Skoler med under 40 elever er derfor ikke tatt med i studien.

Utvalget består etter disse seleksjonene av 2350 skoler fra 340 av landets 428 kommuner. Befolkningstall fra de inkluderte kommunene ble hentet fra SSB.

**Tabell 1:** Antall skoler som var med i undersøkelsen med svarprosent i hvert fylke, fordelt på skoletype, skolestørrelse og kommunestørrelse.

	Svar- prosent	SKOLETYPE			SKOLESTØRRELSE			KOMMUNESTØRRELSE		
		Videregående-	Ungdoms-	Barne-	Stor	Middels	liten	Stor	Middels	liten
Østfold	64,1	17	21	79	47	47	23	93	19	5
Akershus	93,4	35	62	160	143	77	37	251	3	3
Oslo*	73,2	35	28	79	96	32	14	-	-	-
Hedmark	78,6	16	24	77	21	41	55	68	34	15
Oppland	33,3	17	27	76	17	47	56	60	32	28
Buskerud	73,7	21	31	85	39	50	48	100	11	26
Vestfold	73,5	15	25	77	45	49	23	91	22	4
Telemark	67,2	16	20	43	19	32	28	58	12	9
Aust- Agder	51,0	9	8	34	12	14	25	27	13	11
Vest-Agder	32,0	15	21	61	31	28	38	62	24	11
Rogaland	85,2	37	44	128	93	55	61	185	5	17
Hordaland	79,6	58	45	182	74	99	112	212	47	26
Sogn og Fjordane	65,1	16	8	39	7	19	37	14	32	16
Møre og Romsdal	41,1	27	29	107	30	55	77	56	84	23
Sør-Trøndelag	62,2	27	23	77	43	41	43	82	25	20
Nord-Trøndelag	85,9	14	11	46	16	22	33	53	12	6
Nordland	72,5	18	16	57	21	30	40	54	19	18
Troms	75,0	16	15	41	22	25	25	51	7	14
Finnmark	22,9	9	6	20	3	21	11	22	5	8
Hele landet	69,3	418	464	1468	779	784	787	1539	406	260

\*Oslo er en kommune. Klassifisering i kommunestørrelse er derfor ikke aktuelt.

etter innbyggertall i liten: =5000, middels: 5000–10000 og stor: =10000.

### Etikk

Anerkjente etiske retningslinjer med grunnlag i Helsinkideklarasjonen (NEM 1992) ble fulgt.

Informasjon som ble innhentet i denne studien, er tilgjengelig for innbyggerne i den enkelte kom-

mune gjennom blant annet nettsider. Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) 14.01.2015. De responderte med at en formell søknad ikke var nødvendig i og med at det ikke fremkommer opplysninger som kommer i konflikt med personvern hensyn. Datamaterialet i denne studien er ikke gjenstand for enkelt-benevnelse av personer.

For å ivareta prinsippet om å gi god informasjon om hensikten med studien (20), fikk respondentene detaljert informasjon om formålet med undersøkelsen i forbindelse med at elektronisk spørreskjema ble sendt ut til kommunene.

### Dataanalyse

Helsesøsterdekning ble opp-

**Tabell 2:** Median elevtall per helsesøster i forhold til kommunestørrelse

	Små kommuner	Middels kommuner	Store kommuner	Oslo	p-verdi
Barneskole	575 (440–873)	573 (446–908)	675 (555–850)	797 (641–945)	0,001
Ungdomsskole	490 (412–617)	575 (475–776)	701(562–845)	675 (454–846)	<0,001
Videregående skole	1022 (443–1666)	893 (707–1464)	973 (750–1515)	1030 (826–1538)	0,76

Tall oppgitt som median (interkvartil spredning)

Innbyggertall i kommuner utenom Oslo: Små kommuner: < 5000, middels kommuner: ≥5000 og < 10000, store kommuner ≥10000

**Tabell 3:** Median elevtall per helsesøster i forhold til skolestørrelse

	Små skoler	Middels skoler	Store skoler	p-verdi
Barneskole	564 (430–825)	675 (542–845)	742 (604–889)	<0,001
Ungdomsskole	532 (433–699)	675 (541–787)	785 (616–941)	<0,001
Videregående skole	910 (604–1379)	954 (717–1455)	1030 (846–1582)	0,012

Tall oppgitt som median (interkvartil spredning), NS: non significant

Skolestørrelse ble inndelt i tertiler ut fra elevtall på alle skoler.

gitt som median og interkvartil spredning på grunn av skjevfordelte data. Kruskal-Wallis (ikke-parametrisk enveis ANOVA) test ble benyttet for å undersøke om helsesøsterdekning varierer med skolestørrelse eller kommunestørrelse. Kji-kvadrat tester ble brukt for å undersøke forskjeller mellom proporsjoner i ulike grupper. Avstand til norm ble definert som differansen mellom anbefalt

## RESULTATER

Undersøkelsen ble besvart av 200 av 340 kommuner (58 prosent). Elevtall per helsesøster ble innhentet for 69,3 prosent (1629 av 2350) av skolene. Svarprosenten varierte mellom fylkene fra 22,9–93,4 prosent. ( $P < 0,001$ ) (se tabell 1).

Median dekningsgrad på barneskolene var 675 (interkvartil spredning 531–860) elever per

tilfredsstilte anbefalte normtall. Det var signifikante forskjeller mellom fylkene når det gjaldt elever per helsesøster på barneskolen ( $p < 0,001$ ), ungdomsskolen ( $p = 0,005$ ) og i videregående skole ( $p < 0,001$ ) (se figur 1).

Median dekningsgrad varierte i forhold til kommunestørrelse. Antall barn per helsesøsterstilling økte med økende kommunestørrelse på barne- og ungdomsskole. På videregående skoler ble det ikke påvist noen sammenheng mellom dekningsgrad og kommunestørrelse (se tabell 2).

Antall elever per helsesøster økte med økende skolestørrelse på alle skoletrinn (se tabell 3).

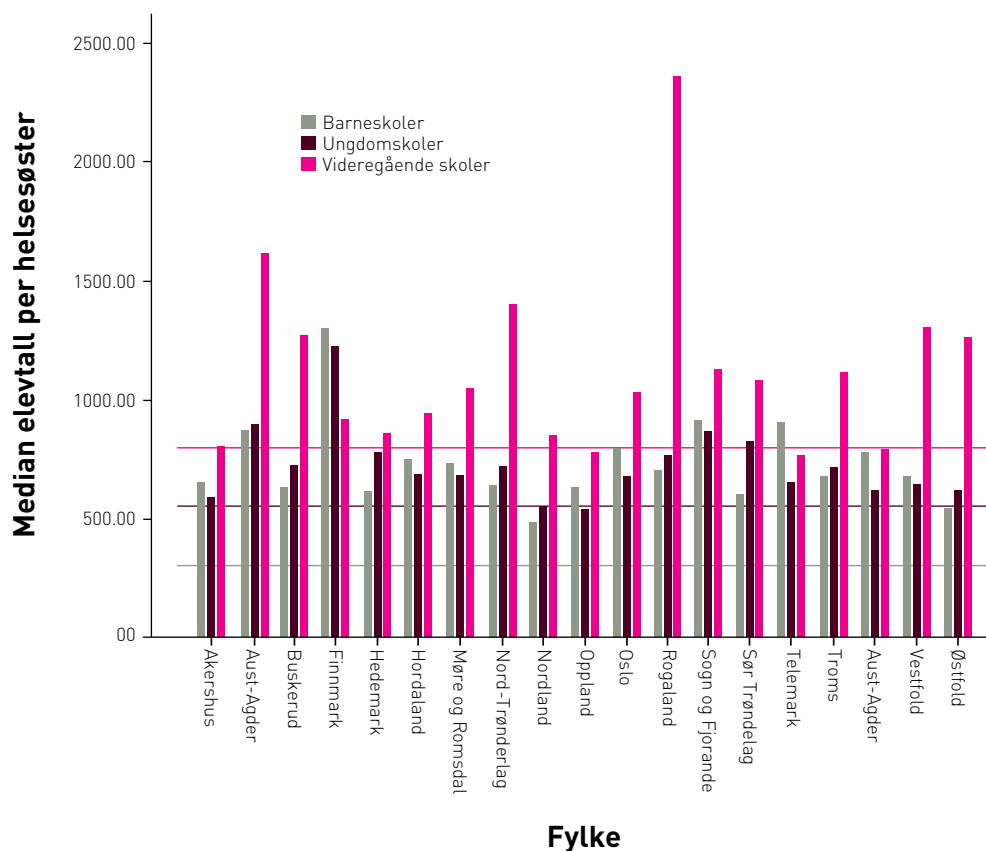
På landets skoler hadde 1,4 prosent helsesøster til stede hver dag (figur 2). Median stillingsbrøk for helsesøster på norske skoler var 40 prosent som tilsvarende tilstedeværelse to dager i uken (interkvartil spredning 20–50 prosent). Fordelt på skoletype var median tilste-

” Barn og unge er impulsive, også når de bestemmer seg for å søke råd og veiledning.

normtall for helsesøsterbemannings og faktisk helsesøsterdekning. Prosentvis underdekning av helsesøstre i landet ble regnet ut ved avvik fra norm/normtall\* 100 for henholdsvis barneskoler, ungdomsskoler og videregående skoler. IBM SPSS statistics 22 ble anvendt for statistiske analyser. Signifikansnivå ble satt til  $p < 0,05$ .

helsesøsterstilling. For ungdomsskolen var median 676 (531–824) og for videregående skole 969 (751–1513). Normtall for elever per helsesøster ble oppfylt av 12,6 prosent av skolene. Det var 2,5 prosent av barneskolene, 28,8 prosent av ungdomsskolene og 30,8 prosent av de videregående skolene som hadde en dekningsgrad som

**Figur 1:** Fylkesoversikt over helsesøsterdekning i forhold til anbefalte normtall fra Helsedirektoratet.



Median helsesøsterdekning angitt som antall elever per hele helsesøsterstilling i de ulike norske fylkene. Horisontale linjer angir anbefalte normtall for helsesøsterdekning ved henholdsvis barneskoler, ungdomsskoler og videregående skoler.

deværelse for barneskoler 30 prosent (interkvartil spredning 20–50 prosent), ungdomsskoler 40 prosent (34–60 prosent) og videregående skoler 40 prosent (20–80 prosent).

#### DISKUSJON

Undersøkelsen viste at avstanden til anbefalte normtall for helsesøsterdekning var stor for alle skoletyper i Norge. Størst var avstanden i barneskolen, der

ingen fylker oppfylte normtallet. Store skoler var lengst unna anbefalt norm og helsesøsterbemanningen var lavere jo større kommunene var.

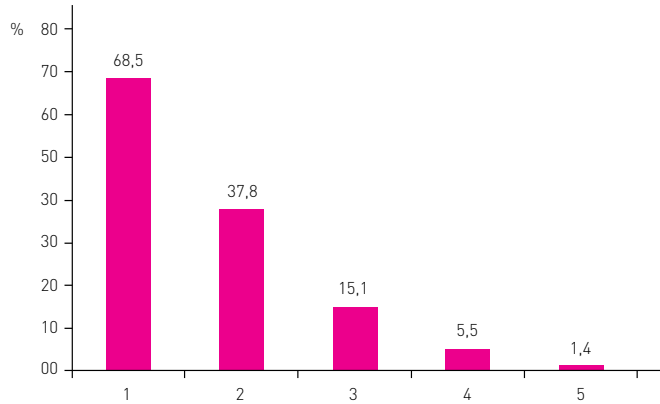
#### Lavterskeltilbud

Lavterskelmodellen med helse-tjeneste på skolen er evaluert som effektiv og av samfunnsøkonomisk verdi i europeisk sammenheng (18). Denne undersøkelsen viser at 100 prosent

helsesøsterstilling på skolen er svært sjelden og at det er vanlig med 20–40 prosent, inkludert møtetid der helsesøster ikke er tilgjengelig for elevene. Resultatet bidrar til å trekke i tvil hvor vidt vi kan kalle skolehelsetjenesten i Norge en lavterskelmodell der elevene kan få tidlig hjelp (5).

Barn og unge er impulsive, også når de bestemmer seg for å søke råd og veiledning. Hvis

**Figur 2:** Akkumulert prosentandel av norske skoler som har helsesøster tilstede 1–5 dager hver uke.



de kommer til stengt dør, kan det bidra til at elevene ikke tar kontakt igjen og dermed ikke får den hjelpen de trenger. Denne erfaringen støttes av forskning som påpeker at lav tilstedeværelse kan føre til et udekt behov for helsetjenester (18).

Både Barneombudet og «Voksne for barn» har snakket med elever fra ulike skoler i landet. Elevenes hovedråd om skolehelsetjenesten er at det må være nok ansatte der og at helsesøster må være til stede hver dag (23,24). Elevene beskriver et lavterskeltilbud som et sted uten ventelister, hvor det er noen til stede når elevene stikker innom. De beskriver samtidig tjenesten som lite tilgjengelig i dag: «Kom til meg neste uke kl. to – det funker ikke det, men sånn er det nesten nå» (23).

Undersøkelsen viser hvorfor det er behov for lokal tilpassing til normen. En liten barneskole med 40 elever vil kunne oppfylle normtallet ved å ha helsesøster til stede en dag annenhver uke. Tilbudet kan da

ikke regnes som et lavterskeltilbud der barna møter en åpen dør. Samtidig vil det sannsynligvis være lettere å ha oversikt over elevmassen på små skoler, noe som kanskje gjør at oppfølging i større grad kan planlegges. Dette betyr at kommunene må gjøre en grundig vurdering om hvorvidt de gir et faglig forsvarlig tilbud til elevene på hver enkelt skole.

### Barneskoler

På landbasis må antall helsesøstre i barneskolen økes med 125 prosent for å nå normtall. Dette funnet strider mot politiske føringer om tidlig innsats, mer forebygging og lavterskeltilbud der folk bor (25–27). Det at problemstillinger ikke behandles når barnet har behov for hjelp kan innebære at utfordringene vokser og blir nødvendigvis store. Tiltakene kan bli langt mer omfattende og konsekvensene mer alvorlige når hjelpen kommer sent. Opplevelsen av at tiltak har blitt satt inn for sent, blir formidlet av unge voksne med erfaring fra barnevern, psy-

kisk helsevern, sykehus og kriminalomsorg (28). Helmers og Dolonen gjennomførte en kartlegging blant helsesøstre. Her fortalte helsesøstrene at de på grunn av tidspress opplevde at de ikke fikk gjort en faglig forsvarlig jobb (29, 30). De måtte avvise fortvilte barn i døra, de leverte rapporter for sent til barnevernet og fikk ikke fulgt opp barn og familier de visste hadde behov for det. Det å bli avvist og møte en stengt dør, forsinket igangsetting av nødvendige tiltak. Dette kan få uheldige konsekvenser for elevenes helse- og omsorgssituasjon. Barn og unge, lærere og foreldre, har i mange tilfeller liten mulighet til å samarbeide om elevenes trivsel og læring fordi helsesøster ikke er til stede.

Små og middels store kommuner lå nærmere anbefalte normtall for helsesøsterbemanning på barneskolen enn store kommuner. Dette funnet kan forklares ved at det er flere små skoler i de mindre kommunene.

### Ungdoms- og videregående skoler

For å nå normtall for helsesøsterbemanning i ungdomsskolen må økningen være 34,4 prosent og for videregående skole 21,1 prosent. Rundt en tredjedel av fylkene lå likevel i nærheten av normtallet, når det gjaldt ungdoms- og videregående skole. Ungdom formidler i større grad sitt eget behov for tjenester enn yngre barn. Ungdomsråd i Norge har hatt skolehelsetjenesten på agendaen i flere år. Dette ble blant annet markert ved en nasjonal demonstrasjon våren 2014 hvor 600 ungdommer møtte opp foran Stortinget med krav om flere helsesøstre (29). I Akershus har fylkespolitikerne vedtatt å øke tilgjengeligheten ved de videregående skolene,



og mange steder i fylket er helsesøster til stede hver dag (31).

Spredning mellom fylkene når det gjelder helsesøsters tilstedeværelse på videregående skole var stor. Dette kan forklares ved at oppgavene, ifølge retningslinjene og veiledere, er mindre konkretisert enn i barne- og ungdomsskolen, der flere oppgaver går under betegnelsen «må-oppgaver» når det er snakk om prioritering.


Vaksinering er et eksempel på en «må-oppgave» under overskriften «forebygge sykdom og skader» (4). Vaksiner er høyt prioritert, etterspurt av befolkningen, følger et anbefalt program, og statistikk over dekningsgrader samles inn nasjonalt. Dette bidrar sannsynligvis til god vaksinasjonsdekning (32). På videregående skole skal helsesøster «fremme psykisk og fysisk helse» og «fremme gode sosiale og miljømessige forhold» (4). Hvordan dette bør gjøres, er ikke så konkret beskrevet som i vaksinasjonsprogrammet. Tilbudet skal like fullt være av god faglig kvalitet og i tråd med kunnskapsbasert praksis (3).

Andelen innvandrere i befolkningen øker. Ungdom med innvandrerbakgrunn oppsøker i lavere grad helsetjenesten for øvrig, mens de benytter seg av skolehelsetjenesten der den er til stede. Dette kom frem i ungdomsdelen av helseundersøkelsen i Oslo (UNGHUBRO). Her var det spørsmål om helsevaner, fysiske og psykiske plager og sykdommer (33). Undersøkelsen foregikk over flere år og var en forløper til folkehelseprofilene (34). Lien påpekte i sin analyse av dataene at «innvandrerungdom har ikke behov for egen psykiatritjeneste, men trenger trolig at skolehelsetjenesten opprettholdes som et lavterskeltilbud, særlig i videregående skole» (35). Denne

tankegangen handler om at det ofte er hensiktsmessig å håndtere problemer på lavest mulige faglig forsvarlige omsorgsnivå (LEON). Helsefremmende og forebyggende arbeid bør foregå i nær tilknytning til hjemmemiljøet (36,37).

Det foreligger lite kunnskap om effekten av tiltak i skolehelsetjenesten. Det er behov for mer forskning på dette feltet for å forstå sammenhenger mellom helse, trivsel og læring blant barn og ungdom. Grunnlagsdata, som

ningen ved den enkelte skole i Norge, og evaluerer denne opp mot anbefalte normtall og tilstedeværelse. En styrke ved studien er den høye responsraten (69,3 prosent). Selv i de tre fylkene med svarprosent under 50 prosent er den totale utvalgsstørrelsen betydelig. Høy responsrate reduserer mulige utvalgsfeil og øker sannsynligheten for funnens reliabilitet. Det er imidlertid stor spredning mellom fylkene, og vi har ikke data på hva som skiller de som svarte fra

 På landbasis må antall helsesøstre i barneskolen økes med 125 prosent for å nå normtall.

denne nasjonale oversikten over helsesøsterbemanningen på den enkelte skole, bidrar til å synliggjøre disse sammenhengene. Imidlertid ville det være nyttig å få kunnskap om hva helsesøstre er involvert i på skoler med god dekning i forhold til skoler med dårligere tilstedeværelse. Hva betyr helsesøsters tilstedeværelse for elever og samarbeidspartnere helt konkret?

Det er tverrpolitisk enighet om en styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Årlig nasjonal rapportering vil kunne bidra til å kontrollere at politiske føringer følges opp av kommunene (25–27). Denne undersøkelsen tyder på at det er behov for øremerking av midler og en vedtatt minimumsbemanning, slik både Barneombudet og Djupealsutvalget forslår (23,40). Denne styrkingen vil kunne gi en ønsket bemanningsøkning og bidra til at barn og unge over hele landet får et lavterskeltilbud på skolen (5).

Dette er den første studien som kartlegger helsesøsterdek-

de som ikke svarte i det enkelte fylke. Dette svekker til en viss grad studiens generaliserbarhet. Høyest svarprosent fra et fylke er 93,4 prosent. Det er kjent at dette fylket har hatt en spesiell satsing på helsesøstre i videregående skole, noe som kan ha ført til god bemanning sammenliknet med andre fylker. Avstand til normtall for helsesøsterbemanning er minst i dette fylket. Dette kan bidra til at undersøkelsen faktisk overestimerer tallene for helsesøsterbemanning nasjonalt.

En begrensning ved studien er at kartleggingen er gjort på ett tidspunkt og derfor ikke forteller noe om dataenes stabilitet over tid. Flere måletidspunkter ville gitt et mer robust bilde av situasjonen. Studien tar heller ikke høyde for andre faktorer som er viktige i et faglig forsvarlig lavterskeltilbud utover bemanning.

## KONKLUSJON

Spørsmålet «Hvor er helsesøster?» er betimelig. Denne undersøkelsen viser at føringene fra nasjonale politikere om tidlig

innsats, mer forebygging og lett tilgjengelige lavterskeltilbud for barn og unge i skolehelsetjenesten ikke blir fulgt opp av kommunene. Det er stor avstand fra helsemyndighetenes anbefalte minimumsnorm for helsesøster-

bemannning til oppfylt norm på de fleste skolene i Norge. Dette gjelder særlig på barneskolene der innsatsen ifølge normtallene skulle vært størst. Resultatet av kartleggingen viser at barn og unge får svært ulikt skolehelset-

ilbud og at dette ikke er forsvarlig. Bemanningsnormen må sees i sammenheng med forhold som demografi og skolestørrelse, hvis tjenesten skal være et likeverdig lavterskeltilbud uavhengig hvor elevene bor.

#### REFERANSER

1. **Helsedirektoratet.** Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2010.
2. **Lovdata.** Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 24.06.2011 [helse- og omsorgstjenesteloven]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> [Nedlastet 17.06.2015].
3. **Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM.** Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. 4. ed: Akribe; 2012.
4. **Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.** [2003].
5. **Helse – og omsorgsdepartementet.** Prop 90 L. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester [helse- og omsorgstjenesteloven] (2010–2011).
6. **Helsetilsynet.** Fylkeslegenes felles tilsyn med skolehelsetjenesten 2010. Available from: <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Landsomfattende-tilsyn/Fylkeslegenes-felles-2000-skolehelsetjenesten>.
7. **Oslo kommune, Helseteaten.** Drøftingsnotat presentasjon av nøkkeltall for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Oslo til bruk i arbeidet med: effektiviseringsnettverk helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2014.
8. **KS.** ASSS-nettverk for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Vedlegg: statistikk/diagrammer. 2014.
9. **Fylkesmannen i Sør-Trøndelag.** Kartlegging av ledelse i skolehelsetjenesten i Sør-Trøndelag. 2015.
10. **Kunnskapscenteret.** Effekter av skolehelsetjenesten på barn- og unges helse og oppvekstvilkår. Systematisk oversikt 2010.
11. **Johnson KH, Bergren MD, Westbrook LO.** The promise of standardized data collection: school health variables identified by states. *J Sch Nurs.* 2012;28(2): 95-107.
12. **NIBR.** Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet. Rapport 25/2011.
13. **Baisch MJ, Lundeen SP, Murphy MK.** Evidence-based research on the value of school nurses in an urban school system. *J Sch Health.* 2011;81(2):74-80.

14. **Wang LY, Vernon-Smile M, Gapinski MA, Desisto M, Maughan E, Sheetz A.** Cost-benefit study of school nursing services. *JAMA Pediatr.* 2014;168(7):642-8.
15. **Hill NJ, Hollis M.** Teacher time spent on student health issues and school nurse presence. *J Sch Nurs.* 2012;28(3):181-6.
16. **Winland J, Shannon A.** School staff's satisfaction with school health services. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses.* 2004;20(2):101-6.
17. **Baltag V, Levi M.** Organizational models of school health services in the WHO European Region. *J Health Organ Manag.* 2013;27(6).
18. **Telljohann SK, Price JH, Dake JA, Durgin J.** Access to school health services: differences between full-time and part-time school nurses. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses.* 2004;20(3):176-81.
19. **Skog O-J.** Å forklare sosiale fenomener. Gyldendal Akademisk 2004 s.72.
20. **Polit DF, Beck CT.** Essentials of nursing reaserch, appraising evidence for nursing practice. 8 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2014 s 93 og 162-163.
21. **Utdanningsdirektoratet.** Grunnskolen informasjonssystem. Available from: <https://gsi.udir.no/tallene>.
22. **Statistisk sentralbyrå.** Videregående opplæring og annen videregående utdanning: SSB; udatert. Available from: <http://www.ssb.no/utdanning/statistikker/vgu>
23. **Barneombudet.** Helse på barns premisser. Barneombudets fagrapport 2013.
24. **Voksne for barn.** Lære for livet. 2014.
25. **Helse – og omsorgsdepartementet.** Stortingsmelding 34 Folkehelsemeldingen, God helse helles ansvar. 2012–2013.
26. **Helse – og omsrgsdepartementet.** Stortingsmelding 19 Folkehelsemeldingen, Mestring og muligheter. 2014–2015.
27. **Helse – og omsrgsdepartementet** Stortingsmelding 26 Fremtidens primærhelsetjeneste, Nærhet og helhet. 2014–2015.
28. **Forandringsfabrikken.** Available from: <http://www.forandringsfabrikken.no> [Nedlastet 17.06.2015].

29. **Helmerts A-KB, Dolonen KA.** Helse-søstre slår alam. - Vi rekker ikke følge opp de som sliter. *Sykepleien.* 07.02.2013. Available from: <https://sykepleien.no/2013/02/vi-rekker-ikke-folge-opp-de-som-sliter>.
30. **Helmerts A-KB, Dolonen KA.** Ett minutt er ikke nok *Sykepleien* 13.03.2014. Available from: <https://sykepleien.no/2014/03/ett-minutt-er-ikke-nok>.
31. **Fylkesmannen i Akershus og Østfold.** Fylkesrevisjonens kartlegging av de videregående skolene i Østfold. 2012.
32. **Folkehelseinstituttet.** Dekningsstatistikk for barnevaksiner 2014. Available from: [www.fhi.no/artikler/?id=114769](http://www.fhi.no/artikler/?id=114769).
33. **Folkehelseinstituttet.** Ungdomsundersøkelser 2000–2004, 2008 og 2009. Available from: <http://www.fhi.no/studier/regionale-helseundersokelser/ungdomsundersokelser-2000-2009>.
34. **Folkehelseinstituttet.** Folkehelseprofiler 2015. Available from: <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/finn-profil>.
35. **Lien L.** Trenger noen som lytter. *Sykepleien.* 7/2011 (s. 72).
36. **Forebygging.no.** LEON-prinsippet. Available from: <http://www.forebygging.no/Ordbok/L-P/LEON-prinsippet>.
37. **Store medisinske leksikon.** LEON. Available from: <https://sml.snl.no/helsetjeneste>.
38. **EGGE H.** «Du er ikke alene». Samtalegrupper som helsefremmende tiltak for skilsmissebarn. En grounded theory studie. [Master]: Nordic School of Public Health, Göteborg. 2012.
39. **Kvarme LG, Helseth S, Sorum R, Luth-Hansen V, Haugland S, Natvig GK.** The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: a non-randomized controlled trial. *International journal of nursing studies.* 2010;47 (11): 1389-96.
40. **Kunnskapsdepartementet NOU 2015:2 Djupedatsutvalget.** Å høre til – virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø.

# Vår kapasitet er sprengt

› Større er verre når det gjelder helsesøsterdekning i kommunale skoler, og de yngste får minst.



**Kari Helene Engdal**

Helsesøster, Fredrikstad kommune, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Studien til Waldum-Grevbo dokumenterer det vi i skolehelsetjenesten har kjent på kroppen så lenge vi har hatt vår arbeidsplass i skolen.

Med denne systematiske kartlegging av helsesøsterdekning i de fleste skoler i landet kommer det klart fram hvor stor forskjellen er mellom virkeligheten og statlige normforslag. Det nytter lite å slå i bordet med at vi er frustrerte og slitne og har for stort arbeidspress. Waldum-Grevbos forskning dokumenterer fakta som beslutningsmyndigheter blir nødt til å forholde seg til.

Dette er den første forskningen på situasjonen i skolehelsetjenesten i hele landet. Waldum-Grevbo og medforfattere viser til tall og inndelinger av kommunestørrelser som er lettfattelige for alle med en viss forståelse for tabeller og tall. På bakgrunn av myndighetenes normtall bekrefter studien spriket mellom myndighetenes krav til bemanning og skolehelsesøsters

hverdag. Med dette som bakgrunn kan man diskutere faglig forsvarlighet i skolehelsetjenesten. «Drop-in», lavterskeltilbudet som er skolehelsetjenestens hovedmålsetting, blir med dagens bemanningssituasjon meget begrenset. Flere helsesøstre sitter som ledere i ansvarsgrupper og har ansvar for enkelte elevers individuelle planer. I vår stilling er det ikke satt av tid til dette arbeidet. Det er heller ikke lett å få andre til å ta på seg denne jobben.

Målet om å forebygge på lavest mulig nivå blir vanskelig når helsesøster ikke er til stede når eleven trenger hjelpen. Mine erfaringer bekrefter det som er nevnt i artikkelen: Ungdom og barn trenger hjelp der og da. Ofte er de borte når første ledige time er dagen etter. Forskning bekrefter at tilstedeværelse er det viktigste for å forebygge på laveste nivå. Samfunnsøkonomisk er det lønnsomt å hjelpe idet eleven melder sitt behov. Det finnes flere eksempler

på at barnevernet kan slippe en del henvendelser dersom helsesøster er til stede og kan fange opp sykdom eller familieproblemer før de blir for store.

Artikkelen kan også ha stor betydning for kommuners planlegging av bemanning i skolen. Politikere med beslutningsmyndighet bør ha lest dette før de økonomiske overføringene fra staten fordeles. Det blir pekt på betydningen for øremerking av ressurser for at bemanningen skal bli optimal. Det mener jeg er helt nødvendig for å få til en bemanning ut fra myndighetenes normtall innen rimelig tid.

I artikkelen vises det til ønsket om å få bedre oversikt over hva vi helsesøstre faktisk gjør, spesielt i videregående skoler. Men vår arbeidskapasitet er allerede sprengt, ikke be oss om flere tilbakemeldinger og rapporter.

Les artikkelen på side 352





Illustrasjonsfoto: Colourbox

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Mange pasienter som mottar hjemmesykepleie mottar også uformell omsorg fra familie og venner. Samtidig er det lite kunnskap om omfanget og innholdet i den uformelle omsorgen fra aktørene i pasienters sosiale nettverk.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å kartlegge nettverket til pasienter som mottar hjemmesykepleie, samt frekvensen og innholdet i den uformelle omsorgen fra familie og venner. I tillegg ville vi studere om det var sammenhenger mellom formell og uformell omsorg.

**Metode:** En tverrsnittundersøkelse blant hjemmesykepleiepasienter i en kommune på Østlandet. Fra et utvalg på 166 pasienter besvarte 127 pasienter (76 prosent) et spørreskjema i løpet av høsten 2013.

**Resultat:** De fleste pasienter hadde et tilfredsstillende sosialt nettverk og mottok uformell omsorg fra både familie og venner. Innholdet i den uformelle omsorgen var først og fremst praktisk bistand. I tillegg fant vi en statistisk signifikant sammenheng mel-

lom uformell og formell omsorg. Pasienter som fikk flere besøk daglig fra hjemmesykepleien, mottok også oftere uformelle omsorgstjenester fra familiemedlemmer.

**Konklusjon:** Pasienter i hjemmesykepleien mottar en rekke ulike typer uformelle omsorgstjenester som i all hovedsak er praktisk bistand. I tillegg indikerer studien at det er en sammenheng mellom en økning i pasienters omsorgsbehov og omfanget av formell og uformell omsorg.

## ENGLISH SUMMARY

### Informal care to homecare nursing patients

**Background:** Many homecare nursing patients receive informal care from their family and friends. Meanwhile, there is little knowledge about the extent and content of informal care from the agents in a patient's social network.

**Objective:** The purpose of this study was to examine the network of homecare nursing patients, as well as the frequency and content of the informal care from family and friends. In addition, we wanted to study whether there were inter-

relationships between formal and informal care.

**Method:** A cross-sectional study among homecare nursing patients in a municipality in the eastern area of Norway. From a sample of 166 patients, 127 patients (76 %) completed a questionnaire during the autumn of 2013.

**Results:** Most of the patients had a satisfying social network and received informal care from both family and friends. The content of informal care was primarily practical support. In addition, there was a significant correlation between

informal and formal care. Patients receiving multiple visits daily from homecare nursing staff also received informal care from family members more often.

**Conclusion:** Homecare nursing patients receive various types of informal care, which is mainly practical support. In addition, the study indicates that there is a relationship between an increase in patients' need for care and the extent of formal and informal care.

**Keywords:** Homecare nursing, cross-sectional study, formal care, informal care

# » Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien

Forfattere: Jörg W. Kirchhoff og Kirsti Lauvli Andersen

## NØKKELORD

- Hjemmesykepleie
- Familie
- Tverrsnittsstudie
- Omsorg

## INTRODUKSJON

Mange av pasientene som mottar hjemmesykepleie mottar også uformell omsorg fra familie og venner (1). De uformelle omsorgsoppgavene omfatter både pleieoppgaver, sosial støtte og praktisk hjelp (2–4), og har stor betydning for pasienters livskvalitet og mestringsevne (5, 6). I tillegg ser man at pasienter som mottar uformell omsorg har mindre behov for formell omsorg (7). Dette indikerer at den uformelle og den formelle omsorgen står i gjensidig forhold til hverandre. Endringer i den uformelle omsorgen påvirker den formelle omsorgen og vice versa. Av den grunn er det viktig at ansatte i hjemmesykepleien kartlegger pasienters sosiale nettverk og innholdet i den uformelle omsorgen. Forskning viser imidlertid at pasienters sosiale nettverk i liten grad tas hensyn til under planleggingen og utformingen av den formelle omsorgen fra hjemmesykepleien (8,9).

Tidligere studier viser at familien står for halvparten av den uformelle omsorgen. De fleste omsorgsoppgavene utføres av kvinnelige familiemedlemmer, det vil si konene og/eller døtrene (4,10–12). I tillegg til at kvinnelige familiemedlemmer oftere bistår med uformelle omsorgsoppgaver enn menn, finner man at kvinner og menn påtar seg ulike typer oppgaver. Kvinner utfører i større grad pleieoppgaver, det vil si stell og påkledning. Menn bidrar oftere med praktisk hjelp, som for eksempel vedlikeholdsarbeid (13). Venner og naboer er andre viktige aktører i pasientens sosiale nettverk og bidrar med både praktisk bistand og sosial støtte (6,14,15). Dette viser at alle aktørene i pasientens sosiale nettverk, som familie, venner og naboer, er viktig for å få dekket omsorgsbehovet hos hjemmeboende pasienter (1).

Uformell omsorg fra aktørene i pasienters sosiale nettverk er med på å forebygge opplevelsen av ensomhet (16–18), styrke pasienters evne til å utføre daglige aktiviteter (2,6) og bidrar til å opprettholde livskvaliteten (2, 5). Fravær eller en reduksjon i pasienters sosiale nettverk fører derimot ofte til økt behov for hjelp (1,19), ensomhet (18,20) og økte forventninger til innholdet

i den formelle omsorgen (8). En studie fra hjemmesykepleien viser blant annet at pasienter med et mangelfullt sosialt nettverk har forventninger om at ansatte skal ivareta deres sosiale behov (21). Endringer i nettverket og den uformelle omsorgen pasienten mottar får dermed betydning både for pasienten og de ansatte som bistår med formell omsorg.

I tillegg viser studier at formell omsorg, som for eksempel hjemmesykepleie, påvirker den uformelle omsorgen fra familien (3,11). En studie viste at pasienters pårørende i mindre grad var tilbøyelig til å yte uformelle pleieoppgaver når kommunen tilbød pleie- og omsorgstjenester (3). Forskerne forklarer dette med at den uformelle omsorgen i de tilfeller endrer karakter. Det vil si at uformelle pleieoppgaver

### Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at mange av pasientene i hjemmesykepleien mottar uformelle omsorgstjenester fra familiemedlemmer og venners sosiale nettverk.

### Mer om forfatterne:

Jörg W. Kirchhoff er førsteamanuensis og Kirsti Lauvli Andersen er førstelektor. Begge er ansatt ved Høgskolen i Østfold. Kontaktperson: jorg.kirchhoff@hiof.no.



erstattes med praktisk hjelp, noe som også er funnet i tidligere studier (10).

Litteraturgjennomgangen viser at uformell omsorg fra pasienters sosiale nettverk er av betydning i seg selv, samt kan påvirke den

32 pasientene ikke ønsket å delta. Dessuten ble sju av de innleverte spørreskjemaene forkastet siden de var mangelfullt besvart. Datagrunnlaget var dermed svar fra 127 pasienter, noe som gir en svarprosent på 76.

## ” Familien står for halvparten av den uformelle omsorgen.

formelle omsorgen. Samtidig er det fortsatt lite kunnskap om den uformelle omsorgen fra alle aktørene i pasientens sosiale nettverk, som venner og naboer.

Denne artikkelen ønsker av den grunn å gi svar på følgende forsknings spørsmål:

- Hvilke aktører inngår i det sosiale nettverk til pasienter som mottar hjemmesykepleie?
- Hvor ofte og hvilke typer uformelle omsorgstjenester mottar pasienter fra aktørene i sitt sosiale nettverk?
- Finnes det sammenhenger mellom formell omsorg fra hjemmesykepleien og den uformelle omsorgen fra pasientens sosiale nettverk?

### DESIGN OG METODE

Datagrunnlaget er basert på en tverrsnittsstudie (22) blant pasienter i en norsk kommune på Østlandet. Datasamlingen ble gjennomført i løpet av oktober og november 2013.

### UTVALG OG DATASAMLING

Inklusjonskriteriet var alle pasienter som hadde et vedtak om nødvendig helsehjelp i kommunen ved starten av datasamlingen. Dette utgjorde 209 pasienter. Pasienter uten samtykkekompetanse eller som hadde avsluttet helsehjelpen i løpet av datasamlingen ble ekskludert. Det utgjorde 43 pasienter. Utgangspunktet for studien var dermed 166 pasienter hvorav

Datasamlingen foregikk ved at de ansatte i hjemmesykepleien distribuerte et informasjonsskriv, spørreskjema og en svarkonvolutt til pasientene de to første ukene av datasamlingen. Pasientene ble bedt om å legge ferdig utfylt spørreskjema i svarkonvolutten, lukke den, og gi den til en ansatt i hjemmesykepleien ved neste hjemmebesøk. Pasientene ble dessuten påminnet om undersøkelsen etter to uker dersom de ikke hadde besvart spørreskjemaet. Med utgangspunkt i at de ansatte rapporterte om at man hadde fått svar fra alle pasienter som ønsket å delta i studien, ble datainnsamlingen avsluttet november 2013. Svarkonvoluttene ble oppbevart i et låst rom i hjemmesykepleiens lokaler og overlevert til artikkelforfatterne etter endt datainnsamling.

Under datasamlingen fikk pasienter tilbud om bistand til å svare på spørreskjemaet, og 53 pasienter benyttet seg av tilbudet. De pasientene som ønsket slik hjelp ble kontaktet av en ansatt i hjemmesykepleien. Vedkommende hadde fått innføring i oppbyggingen av spørreskjemaet, samt opplæring i spørreskjemaintervju av artikkelforfatterne. De ansatte som bisto under besvarelsen av spørreskjemaer var dessuten ikke involvert i hjemmesykepleietilbudet til pasientene.

### SPØRRESKJEMAET

Pasientens bakgrunn og egenvur-

derte helsetilstand ble kartlagt. I tillegg ble det stilt spørsmål knyttet til pasientens sosiale nettverk, omfang og innhold i tjenester som ble utført av aktørene i nettverket, og omfanget på hjemmesykepleietilbudet. Pasienters egenvurderte fysiske og psykiske helsetilstand ble kartlagt ved hjelp av følgende svaralternativer: «Svært god», «ganske god», «verken god eller dårlig», «ganske dårlig» og «svært dårlig».

### Sosiale nettverk

Pasientens sosiale nettverk ble kartlagt ved hjelp av spørsmål som tidligere er validert og anvendt ved studier av eldres sosiale nettverk (23–25). Spørsmålene omfattet både strukturen og kvaliteten på relasjonene i nettverket. Strukturen på nettverket ble kartlagt ved å spørre pasientene om de hadde barn og barnebarn (familie), og relasjoner utenfor familien, som venner/naboer/bekjente (venner). Kvaliteten på nettverket ble kartlagt ved å spørre hvor ofte man hadde kontakt med aktørene i nettverket, og i hvilken grad man opplevde kontakten som tilfredsstillende. Svaralternativene for hvor ofte man var i kontakt med aktørene var: «Daglig», «flere ganger i uken», «en gang i uken til en gang i måneden», «mindre enn en gang i måneden til en gang i kvartalet», «mindre enn en gang i kvartalet». I tillegg ble pasientene spurt om de var tilfredse med hyppigheten ved å svare på om kontakten med aktørene forekom; «for ofte», «passe ofte» eller «for sjeldent».

### Uformell omsorg

Ved tidligere studier har man skilt mellom pleieoppgaver og praktisk bistand som uformelle omsorgstjenester (1,6,13). Til pleieoppgavene hører blant annet

personlig hygiene og matlaging. Renhold av boligen, innkjøp av varer, vedlikehold av bolig, hage, holde orden med økonomien, holde orden med avtaler og annen hjelp er definert som praktisk bistand. Av den grunn ble pasientene spurt om man mottok pleieoppgaver og/eller praktisk hjelp fra familie og venner. I tillegg ble det kartlagt hvor ofte man mottok tjenester fra familie og venner, det vil si: «Daglig», «flere ganger i uken», «en gang i uken til en gang i måneden», «mindre enn en gang i måneden til en gang i kvartalet», «mindre enn en gang i kvartalet» og «aldri».

### Formell omsorg fra hjemmesykepleien

Den formelle omsorgen fra hjemmesykepleien ble kartlagt ved at pasientene svarte på hvor lenge de hadde mottatt hjemmesykepleie. Svaralternativene var: «Mindre enn en måned», «fra en måned inntil seks måneder», «fra seks måneder inntil tolv måneder og lengre enn ett år». I tillegg svarte pasientene på hvor ofte de mottok hjemmesykepleie med svaralternativene: «En gang i uken eller sjeldnere», «to til seks ganger i uken», «en gang i døgnet», «to til fire ganger i døgnet» og «mer enn fem ganger i døgnet». Til slutt ble pasientene bedt om å svare på innholdet i vedtakene som la grunnlaget for tilbudet om hjemmesykepleie. Dette omfattet følgende svaralternativer: «Personlig hygiene», «medisinadministrering», «tilsyn», «ernæring/mat», «av-/påkledning», «sårbehandling» og «annet».

### ANALYSE AV DATA

Skjemaene ble registrert og analysert i statistikkprogrammet SPSS, versjon 22. Analysene omfattet frekvensanalyser og

**Tabell 1:** Deskriptiv statistikk over utvalget

	Antall	Prosent
<b>Antall / andel kvinner</b> (n=125)	91	73
<b>Alderskategori</b> (n=121)	≤ 69 år	25
	70–79 år	23
	80–89 år	48
	≥ 90 år	25
<b>Sivil status</b> (n=125)	Ugift	14
	Gift/samboer	28
	Enke/enkemann	72
	Skilt/separert	11
<b>Utdanning</b> (n=125)	Grunnskoleutdanning –Folkeskole/realskole	88
	Videregående utdanning –Gymnas/videregående skole	27
	Høyere utdanning–Høyskole/universitet	10
	8	
<b>Egenvurdert fysisk helse</b> (n=123)	Svært god/ganske god	45
	Verken god eller dårlig	42
	Ganske dårlig/svært dårlig	37
<b>Egenvurdert psykisk helse</b> (n=123)	Svært god/ganske god	74
	Verken god eller dårlig	32
	Ganske dårlig/svært dårlig	18
<b>Bostatus</b> (n=126)	Bor alene	91
	Bor sammen med ektefelle/samboer	27
	Bor sammen med andre (f.eks. foreldre, barn)	8

kji-kvadrattest for krysstabeller (26). Kendall's Tau (t) ble valgt som mål på styrken på samvariasjon, samt et signifikansnivå på 5 prosent. Før analysen ble pasientene tilordnet ulike aldersgrupper i samsvar med kategoriene hos SSB (7). I tillegg ble verdiene svært god/ganske god og svært dårlig/ganske dårlig for pasientens egenvurderte helsetilstand slått sammen til henholdsvis god og dårlig.

### ETISKE OVERVEIELSER

Studien ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonen forsks-

ningsetiske retningslinjer (27), og godkjent og registrert av personvernombudet.

### RESULTATER

Gjennomsnittlig alder var 79 år, med spredning i alder fra 40 til 101 år. Tabell 1 presenterer utvalget i studien med alder i kategorier. Mer enn halvparten av pasientene vurderte sin psykiske helse som ganske god eller svært god (60 prosent), mens rundt en tredjedel opplevde sin fysiske helse som ganske god eller svært god (36 prosent). Verken alder eller kjønn hadde

**Tabell 2:** Kjennetegn ved pasientenes sosiale nettverk

	Antall	Prosent
<b>Aktørene i pasienters sosiale nettverk</b>		
Pasienter med barn (n=121)	106	88
Pasienter med barnebarn (n=108)	99	92
Pasienter med venner/bekjente/ naboer (n=119)	109	91
<b>Kvaliteten på nettverket</b>		
<b>Frekvensen av kontakt med barn/ barnebarn (n=119)</b>		
Aldri	1	1
Mindre enn en gang i kvartalet	6	6
Mindre enn en gang i måneden til en gang i kvartalet	10	9
En gang i uken til en gang i måneden	39	36
Flere ganger i uken	34	2
Daglig	17	16
<b>Vurdering av kontakten med barn/barnebarn (n=106)</b>		
For sjeldent	27	25
Passe ofte	78	74
For ofte	1	1
<b>Frekvensen av kontakt med venner/naboer/ bekjente (n=119)</b>		
Aldri	10	8
Mindre enn en gang i kvartalet	6	5
Mindre enn en gang i måneden til en gang i kvartalet	14	7
En gang i uken til en gang i måneden	44	37
Flere ganger i uken	37	31
Daglig	14	12
<b>Vurdering av kontakten med venner/naboer/ bekjente (n=116)</b>		
For sjeldent	27	23
Passe ofte 89	89	77

statistisk signifikante sammenhenger med pasienters egenverderte helsetilstand. Derimot viste kji-kvadrattesten en statistisk signifikant sammenheng mellom pasienters bostatus

### PASIENTERS SOSIALE NETTVERK

Egenskaper ved pasientenes sosiale nettverk er sammenfattet i tabell 2. Tabellen viser at de fleste pasientene hadde både

” De fleste pasienter med barn og/eller barnebarn fikk uformell omsorg fra familien.

og deres egenverderte fysiske ( $p=0,012$ ,  $t=-0,21$ ) og psykiske ( $p=0,047$ ,  $t=-0,18$ ) helsetilstand.

familie og venner i sitt sosiale nettverk, samt at de fleste pasienter opplevde kontakten som tilfredsstillende. Kun en pasient

hadde verken kontakt med familie eller aktører utenfor familien.

Analysen viste en statistisk sammenheng mellom frekvensen på kontakten med familiemedlemmer og tilfredsheten på kontakten ( $p=0,001$ ,  $t=0,29$ ). Dette indikerer at pasienter som møtte sine barn/barnebarn daglig eller flere ganger i uken oftere var tilfreds med kontakten. I tillegg hadde pasienter som vurderte sin fysiske helse som god eller svært god statistisk signifikant oftere kontakt med sine venner ( $p=0,035$ ,  $t=-0,18$ ).

### FREKVENNS OG INNHOLD I UFORMELL OMSORG

Figur 1 illustrerer hvor ofte pasienter mottok uformell omsorg fra henholdsvis familie og venner i sitt nettverk. Den viser at de fleste pasienter med barn og/eller barnebarn fikk uformell omsorg fra familien (87 prosent), samt at 39 prosent mottok omsorgstjenestene ofte (daglig eller flere ganger i uken). Analysen viste dessuten at kvinnelige pasienter som bodde alene mottok oftere hjelp fra familien enn menn ( $p=0,011$ ,  $t=0,22$ ).

Dessuten viser figur 1 at 44 prosent av pasientene mottok uformell omsorg fra venner. Videre var det en statistisk signifikant sammenheng mellom pasienters egenverderte psykiske helsetilstand og frekvensen på uformell omsorg ( $p=0,019$ ,  $t=-0,14$ ). Pasienter som vurderte sin psykiske helsetilstand som dårlig rapporterte at de sjeldnere mottok uformell omsorg fra familien enn de som vurderte sin psykiske helsetilstand som god. I tillegg svarte 12 prosent av pasientene at de verken fikk hjelp fra familie eller venner, mens fem prosent mottok regelmessig hjelp fra både familie, naboer og venner.

I tabell 3 presenteres innholdet i den uformelle omsorgen fra pasientens nettverk. Mesteparten av den uformelle omsorgen fra nettverket er praktisk bistand. «Innkjøp av varer» er den tjenesten som familiemedlemmene oftest bisto med, mens «renhold i boligen» var den hyppigst rapporterte tjenesten fra venner. «Hjelp med personlig hygiene» var den oppgaven som sjeldnest ble utført av aktørene i nettverket.

### FORHOLDET MELLOM FORMELL OG UFORMELL OMSORG

Tabell 4 viser varighet, frekvens og innholdet i tjenestetilbudet fra hjemmesykepleien.

De fleste pasientene som hadde mottatt hjemmesykepleie i over ett år (70 prosent), fikk besøk fra hjemmesykepleien to til fire ganger daglig (32 prosent) og medisin håndtering var den tjenesten som oftest ble gitt (72 prosent). Analysen viste ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom varighet eller frekvens på hjemmesykepleien og pasienters kjønn, alder, boforhold eller egenvurdert helsetilstand, eller mellom varigheten på tilbudet om hjemmesykepleie og omfanget av uformell omsorg.

Derimot var det en statistisk signifikant sammenheng mellom frekvensen på formell og uformell omsorg ( $p=0,043$ ,  $t=0,2$ ). Pasienter som fikk flere besøk daglig fra hjemmesykepleien mottok også oftere uformelle omsorgstjenester fra familiemedlemmer. Analysen viste videre en sammenheng mellom frekvensen på besøk fra hjemmesykepleien og innholdet i hjemmesykepleien. Pasienter som hadde vedtak på personlig hygiene ( $p=0,002$ ,  $t=0,36$ ) og tilsyn ( $p=0,021$ ,  $t=0,21$ ) rapporterte oftere at de fikk flere besøk daglig fra hjemmesykepleien.

### DISKUSJON

I likhet med tidligere studier (2,12) viser våre funn at det sosiale nettverket til pasienter i hjemmesykepleien omfatter både familiemedlemmer og

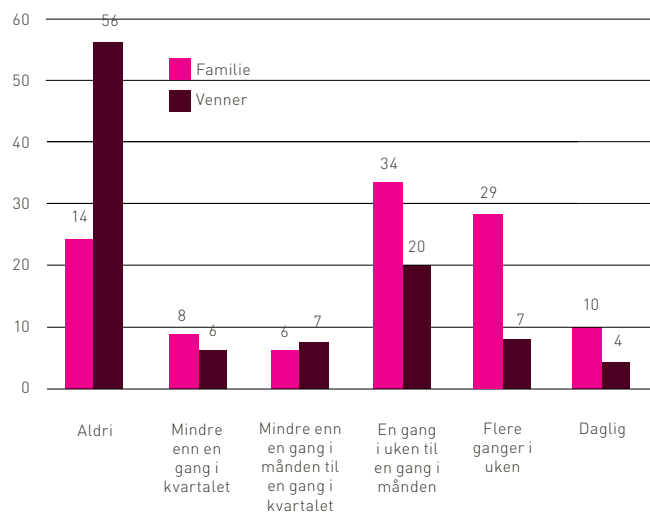
rene i nettverket som tilfredsstillende. Samtidig fant vi en sammenheng mellom redusert fysisk helsetilstand hos pasientene og kontakten med aktører utenfor familien. Betydningen

” Kvinnelige pasienter som bodde alene mottok oftere hjelp fra familien enn menn.

aktører utenfor familien, og at de fleste pasienter i vår studie opplevde kontakten med aktø-

er av gjensidighetsprinsippet (28), det vil si at aktørene bidrar med like mye for å opprettholde rela-

**Figur 1:** Frekvens av uformell omsorg fra familie og venner. Prosent



**Tabell 3:** Innholdet i uformell omsorg fra familie (n=88) og venner (n=46)

Pleieoppgaver	Familie (%)	Venner (%)
Matlaging	20	13
Hjelp med personlig hygiene (f.eks. dusj)	3	2
<b>Praktisk bistand</b>		
Innkjøp av varer	66	33
Holde orden med økonomien	40	6
Vedlikehold av bolig, hage	38	33
Renhold i boligen	35	35
Holde orden med avtaler (f.eks. legebesøk)	35	2
Annen hjelp (f.eks. skyss)	17	24

**Tabell 4:** Varighet, frekvens og innhold i hjemmesykepleien.

	Antall	Prosent
<b>Varigheten på vedtaket om hjemmesykepleie (n=123)</b>		
Mindre enn 1 måned	5	4
Fra 1 måned inntil 6 måneder	199	15
Fra 6 måneder inntil 12 måneder	13	11
Lengre enn 1 år	86	70
<b>Frekvens (n=123)</b>		
En gang i uken eller mindre	38	31
2-6 ganger i uken	18	15
En gang pr. døgn	23	19
2-4 ganger pr. døgn	40	32
5 ganger pr. døgn eller oftere	4	3
<b>Innholdet i hjemmesykepleien (n=122)</b>		
Medisin håndtering	88	72
Personlig hygiene	55	45
Tilsyn	26	21
Av / påkledning	23	20
Ernæring	19	16
Sårbehandling	16	13
Annet	9	7

sjonen, kan være en mulig forklaring på dette. Pasienter med redusert fysisk helsetilstand kan ha større vanskeligheter med å gjengjelde besøk eller tjenester fra venner. Dette kan igjen

medlemmer og venner i sosiale nettverk. Familien er den største bidragsyteren, og 39 prosent svarte at de ofte mottok uformelle omsorgstjenester. Våre funn harmonerer til en viss grad

” 39 prosent svarte at de ofte mottok uformelle omsorgstjenester.

føre til at venner i mindre grad opprettholder kontakten med pasienten. Denne sammenhengen fant vi imidlertid ikke for kontakten med familiemedlemmer, noe som indikerer at gjensidighetsprinsippet i mindre grad har betydning i familiære relasjoner.

Vårt andre hovedfunn er at mange av pasientene i hjemmesykepleien mottar uformelle omsorgstjenester fra familie-

med en nyere studie (11), der 36 prosent av pasientene svarte at de mottok uformell omsorg tre timer eller mer i uken. Dessuten fant vi en statistisk signifikant sammenheng mellom frekvensen på uformell omsorg fra familien og pasienters egen-vurderte helsetilstand. Pasienter som vurderte sin psykiske helsetilstand som *god* svarte at de oftere fikk uformell omsorg enn de som vurderte sin psy-

kiske helse som *dårlig*. Man er kjent med at eldre med en svekket psykisk helse i mindre grad benytter seg av omsorgstilbud utenfor hjemmet (19). Det er derfor nærliggende å anta at denne pasientgruppen i større grad vil forsøke å få dekket denne mangelen ved hjelp av tjenester fra hjemmesykepleien. Det er derfor mulig at pasienters helsetilstand ikke bare påvirker omfanget av den uformelle omsorgen, men også pasienters forventninger til omsorgstilbudet fra hjemmesykepleien.

Denne studien viser at innholdet i den uformelle omsorgen fra familiemedlemmer og venner i all hovedsak var praktisk bistand. Lignende funn er gjort i andre studier (1,4,6) og blir forklart med at den uformelle omsorgen fra familien endrer karakter når hjemmesykepleien overtar pleieoppgavene (3). Til tross for at de uformelle tjenestene fra nettverket først og fremst inneholdt praktiske oppgaver, fant vi noen forskjeller i den praktiske bistanden fra henholdsvis familie og venner. For eksempel var det familien som i større grad bidro med hjelp til å følge opp private avtaler og holde orden i økonomien. Dette indikerer et behov for nære relasjoner når praktisk bistand griper inn i pasientens private sfære. I tillegg var det noen omsorgstjenester fra venner som ikke ble fanget opp av denne studien, siden 24 prosent svarte at de fikk «annen hjelp» fra venner. Det ser dermed ut til å være behov for kvalitative studier for å kartlegge innholdet i den uformelle omsorgen fra venner. Få studier har sett på dette aspektet ved pasienters sosiale nettverk (14).

Den statistisk signifikante sammenhengen mellom frekven-



sen på den uformelle og den formelle omsorgen til pasientene i hjemmesykepleien, indikerer at pasienter som ofte mottar formell omsorg også ofte får uformell omsorg fra aktørene i sitt nettverk. Andre studier viser sammenfallende funn (3, 6). Dette indikerer at pasienter med et omfattende omsorgsbehov trenger omsorgstjenester fra både hjemmesykepleien og sitt sosiale nettverk (1). I tillegg er det et behov for samarbeid mellom ansatte i hjemmesykepleien og aktørene i pasientens sosiale nettverk (9, 13). Samtidig har tidligere studier vist at hjemmesykepleien i liten grad inkluderer pasienters sosiale nettverk under planleggingen av tilbudet fra hjemmesykepleien (8, 9). Fremtidige studier bør av den grunn se nærmere på hvilke forhold som kan bidra til å styrke samarbeidet mellom hjemmesykepleien og aktørene i pasienters sosiale nettverk.

#### **METODEKRITISKE BETRAKTNINGER**

Utvalget i vår studie ansees for å være representativ for pasientene som mottok hjemmesykepleie i denne kommunen, siden over 70 prosent av pasientene svarte på spørreskjemaet og analysen ikke viste systematiske frafall (22). Samtidig er kommunen i denne studien ikke representativ for alle norske kommuner. Dette innebærer at funnene ikke kan generaliseres til alle pasienter som mottar hjemmesykepleie.

Flere av pasientene i hjemmesykepleien var skrøpelige og fikk derfor tilbud om bistand til å besvare spørreskjemaet. På den måten ønsket vi å fange opp pasienter som ellers ikke ville bli hørt, og dermed styrke representativiteten i utvalget. I

denne studien utgjorde dette 42 prosent. Bistanden ble imidlertid gitt av ansatte i kommunen og kan dermed ha vært med

familiemedlemmer og aktører utenfor familien. I tillegg bidrar både familie og venner med ulike uformelle omsorgstje-

” Eldre med svekket psykisk helse benytter seg i mindre grad av omsorgstilbud utenfor hjemmet.

på å true svarenes pålitelighet (22), f.eks. at pasienten ville gitt et annet svar dersom man besvarte spørreskjemaet alene. Av den grunn fikk de ansatte opplæring i datasamling ved hjelp av spørreskjemaintervju. Det ble også sørget for at intervjuer ikke deltok i pleien til pasienten som fikk hjelp under besvarelsen. Man registrerte ikke hvilke pasienter som fikk bistand under besvarelsen av spørreskjemaet, noe som medførte at vi ikke fikk kontrollert for eventuelle skjevheter i våre data. Samtidig er det tidligere ikke funnet statistisk signifikante forskjeller i datagrunnlaget når man sammenliknet data som ble samlet fra ansatte eller pasient og pårørende (29).

Et siste moment er at spørreskjemaet for å kartlegge pasientenes sosiale nettverk (23) kategoriserer venner, naboer og bekjente som en felles gruppe, det vil si aktører utenfor familien. Det er dermed usikkert om det er venner eller naboer som yter uformell omsorg til pasienten. Med utgangspunkt i behovet for mer kunnskap om uformell omsorg fra aktørene utenfor familien (14), bør man av den grunn differensiere mellom aktørene ved fremtidige studier.

#### **KONKLUSJON**

Vår studie viser at mange pasienter i hjemmesykepleien har et sosialt nettverk som består av

nester som i all hovedsak er praktisk bistand. Den statistisk signifikante sammenhengen mellom uformell og formelle omsorg i denne studien, indikerer dessuten at pasienters omsorgsbehov har betydning for omfanget av både formelle og uformell omsorg.

#### **REFERANSER**

1. Sigurdardóttir SH, Sundström G, Malmberg BO, Bravell ME. Needs and care of older people living at home in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40(1):1-9.
2. Dale B, Sævareid HI, Kirkevold M, Söderhamn O. Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24(3):523-32.
3. Jakobsson N, Hansen T, Kotsadam A. Er det en sammenheng mellom formell og uformell omsorg i Norge? Tidsskrift for velferdsforskning. 2012;15(3):168-75.
4. Rønning E. Dobbeltarbeidende seniorer: ulønnet omsorgsarbeid. *Samfunnspeilet*. 2010;24 [2]:2-6.
5. Dale B, Dale JG, Lorensen M. Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. *Vård i Norden*. 2001;21(2):4-10.
6. Dale B, Sævareid HI, Kirkevold M, Söderhamn O. Formal and informal care in relation to activities of daily living and self-perceived health among older care-dependent individuals in Norway. *International Journal of Older People Nursing*. 2008;3(3):194-203.
7. Mørk E, Sundby B, Øtnes B, Wahlgren M. Pleie- og omsorgstjenesten 2013: statistikk om tjenester og tjenestemottakere. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2014.
8. Kirchoff JW. Fra vedtak til tjeneste: om utformingen av nødvendig helse-

hjelp i hjemmebaserte tjenester. Hal- den: Høgskolen i Østfold; 2013.

9. **Aasgaard HS, Disch PG, Fagerström L, Landmark BT.** Pårørende til aleneboende personer med demens – Erfaringer fra samarbeid med hjemmetjenesten etter ny organisering. Nordisk Sygeplejeforskning. 2014;4(2):114-28.

10. **Kröger T.** Interplay between formal and informal care for older people: the state of the Nordic research. Åldreomsorgsforskning I Norden En kunnskapsøversikt Köpenhamn: Nordiska ministerrådet Tema Nord. 2005.

11. **Døhl Ø, Garåsen H, Kalseth J, Magnussen J.** Factors associated with the amount of public home care received by elderly and intellectually disabled individuals in a large Norwegian municipality. Health & Social Care in the Community. 2015:n/a-n/a.

12. **Dale B, Söderhamn U, Söderhamn O.** Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2012;26(1):113-22.

13. **Ekwall A, Sivberg B, Hallberg IR.** Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2004;18(3):239-48.

14. **Daatland SO, Veenstra M, Lima IAÅ.** Studien av livsløp gok. Helse, familie og omsorg over livsløpet: resultater fra

LOGG og NorLAG. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2009.

15. **Moorer P, Suurmeijer TPBM.** The Effects of Neighbourhoods on Size of Social Network of the Elderly and Loneliness: A Multilevel Approach. Urban Studies (Routledge). 2001;38(1):105-18.

16. **Barron CR, Foxall MJ, Von Dollen K, Jones PA, Shull KA.** Marital status, social support, and loneliness in visually impaired elderly people. Journal of Advanced Nursing. 1994;19(2):272-80.

17. **Golden J, Conroy RM, Bruce I, Denihan A, Greene E, Kirby M, et al.** Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2009;24(7):694-700.

18. **Normann TM.** Svekket helse – mindre sosial kontakt: sosial deltakelse. Samfunnspeilet. 2010;24(5-6):88-97.

19. **Bøen H.** Hvem er brukere av eldresentrene?: en sammenlikning av hjemmeboende over 65 år som er brukere av eldresentrene med dem som ikke er brukere i to bydeler i Oslo. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2008.

20. **Hofseth C, Norvoll R.** Kommune-helsetjenesten – gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo: Sintef, UNIMED, Ledelse, organisasjon og samhandling; 2003.

21. **Birkeland A, Natvig GK.** Eldre som bor alene og deres erfaringer med

hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning. 2008;10(2):3-14.

22. **Jacobsen DI.** Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2005.

23. **Andersson L.** Loneliness research and interventions: a review of the literature. Aging & Mental Health. 1998;2(4):264-74.

24. **Orrebakken HB, Drageset S, Natvig GK.** Samanhengen mellom helse-relatert livskvalitet og kontakt med egne barn hos kognitivt klare sjukeheimsbebuere. Nordisk Sygeplejeforskning. 2013;3(1):3-14.

25. **Andersson L.** Intervention Against Loneliness in a Group of Elderly Women: A Process Evaluation. Human Relations. 1984;37(4):295-310.

26. **Skog O-J.** Å forklare sosiale fenomener: en regresjonsbasert tilnærming. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.

27. **Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH.** Medisinsk og helsefaglig etikk. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.

28. **Fyrand L.** Sosialt nettverk: teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.

29. **Kirchhoff JW, Gjellebæk C, Tangen M.** Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem. Sykepleien Forskning. 2014;9(3):226-33.

# Familien yter mest

› De pårørende har ofte hovedansvaret for eldre hjemmeboende pasienter og bør derfor bidra når vi bestemmer hva slags helsehjelp som skal gis.



**Andre Ramselien**

Geriatrisk sykepleier, Fyllingsdalen hjemmesykepleie, Bergen kommune.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Statlige føringer medfører at norske kommuner først og fremst ønsker å tilby omsorg i eget hjem. Artikkelen bekrefter det vi ser i praksis; så lenge pasienten bor hjemme har de fleste pårørende, vanligvis døtre eller sønner, hovedansvar i form av praktisk bistand. Det betyr all hjelp som ikke omfatter ADL-funksjoner. Selv om hjemmesykepleien gjør det meste av de konkrete pleieoppgavene og er innom mange ganger daglig, er det de pårørende som har den kontinuerlige kontakten. Det er først og fremst de som føler ansvar for at pasienten får det han eller hun trenger. Samtidig som det sosiale nettverket er en ressurs, er det en hårfin balansegang for å unngå at pasienten blir en omsorgsbyrde for de nærmeste.

Familier yter mest hjelp i eldreomsorgen, og det er et ønske at offentlige hjelpere er på lag med pårørende og ser dem som samarbeidspartnere. Denne studien viser at 87 prosent av pasientene med barn og barnebarn mottok uformell omsorg. Artikkelen belyser hvor stor del familie og venner tar del i pasientens sosiale nettverk.

Et viktig poeng som studien viser, er at redusert helse hos pasienten medfører mindre kontakt med aktører utenfor familien og at mer uformell omsorg utføres av familiemedlemmer. Erfaring tilsier at pårørende som har hatt omsorgsansvar en stund, ofte utvikler stor kompetanse og klare oppfatninger om hva deres familiemedlem trenger av tilbud. Jeg tror derfor det er vanskelig å etablere et godt og likeverdig samarbeid med bare sykepleieren som ekspert og premissleverandøren for samarbeidet. Likevel er det i de fleste kommuner en forvaltningsenhet eller et bestillerkontor, gjerne kun i samarbeid med hjemmesykepleien, som fatter vedtak på nødvendig helsehjelp ut fra et hjelpebehov.

Samarbeid med de som forvalter hjelpen, pasienten og de pårørende må preges av åpenhet, tydelig og kontinuerlig kommunikasjon, og ansvarsforholdene må avklares. Artikkelen formidler derfor viktig kunnskap for meg som kliniker. En mer systematisk kartlegging av pasientens nettverk kan gi pasienten, pårørende og meg som sykepleier en peke-

pinn på hvorvidt det er mulig å mobilisere deler av nettverket mer effektivt. Man må finne ut om det finnes ressurser i nærmiljøet som kan kobles inn, og hvilke konkrete sykepleietiltak hjemmesykepleien må gå inn med. Erfaringen tilsier også at det kan være hensiktsmessig å undersøke systematisk hvilke belastninger og gleder pårørende opplever ved omsorgsarbeidet.

Studien ekskluderer pasienter uten samtykkekompetanse. Hvorvidt dette også er pasienter med en demensdiagnose, sier artikkelen ingen ting om. Vi vet at 70 000 personer lever med demens i dag og om lag halvparten av disse bor i eget hjem. På folkemunne kalles demens ofte for en «pårørendesykdom», med god grunn. Forskning viser og erfaringen bekrefter at omsorg for en med demenssykdom oppleves tyngre enn annet omsorgsarbeid. Ofte er slik uformell omsorg også døgnkontinuerlig, særlig dersom det utvikles adferdsproblemer. Dette tror jeg ikke studien tar stilling til.

Les artikkelen på side 362





Illustrasjonsfoto: Colourbox

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Det er en økende forståelse for hvor viktig det er med et familieperspektiv i behandling og rehabilitering av pasienter med psykisk lidelse. Det er gjennomført flere prosjekter som viser at informasjon og veiledning om psykisk lidelse bedrer kommunikasjonen innad i familien og reduserer konflikter. Det ble ikke funnet forskning som beskriver erfaringer ved å delta i parallelle grupper.

**Hensikt:** Denne kvalitative studien har som mål å beskrive foreldres

oppfatninger av og erfaringer med å delta i parallelle gruppesamlinger, når en av foreldrene har en psykisk lidelse.

**Metode:** Vi benyttet et kvalitativt eksplorativt deskriptivt design med en fenomenografisk tilnærming. Fire foreldrepar ble intervjuet to ganger. I dataanalysen er det tatt utgangspunkt i Alexandersons fire faser.

**Resultater:** I analysen framkom det fire beskrivingskategorier. Informantene opplevde gruppesam-

lingene som unike, befriende og nyttige for hele familien. Informantene i studien hadde ulike erfaringer og opplevelser i møte med psykisk helsevern, og samtlige ønsket mer informasjon og veiledning.

**Konklusjon:** Parallelle gruppesamlinger for foreldre og barn har vist seg å ha vært en positiv opplevelse for familien. Det sentrale i studien, og som ble fremhevet som viktig av informantene, er at gruppesamlingene for foreldre og barn foregikk samtidig på samme sted.

ENGLISH SUMMARY

**Background:** There is a growing understanding of the importance of having a family perspective in treatment and rehabilitation of patients with mental illness. We have carried out several projects showing that information and guidance on mental illness improves communication within the family and reduces conflicts. We did not find any research that describes experiences while participating in parallel groups.

**Objective:** The aim of this study was to describe the opinions and experiences of parents – where one of them is suffering from mental ill-

ness – participating in parallel group sessions.

**Method:** A qualitative exploratory and descriptive design with a phenomenographic approach to the pairs of parents interviewed has been used. Four pairs of parents were interviewed. The data analyses are based on Alexanderson's four phases.

**Results:** In the analysis, four description categories emerged. The informants experienced the group sessions as unique, liberating and useful for the whole family. The informants in the study had different

experiences with the mental health care, and all wanted more information and guidance.

**Conclusion:** Where one parent has a mental disorder, a parallel group meeting for parents and children has been shown to be a positive experience for the family. The central aspect of our study that parents have emphasised as important is that the group sessions for parents and children were at the same time and place.

**Keywords:** Discussion groups, mental illness, parents, children.

# » Familieperspektiv i psykisk helsevern

Forfattere: **Monica Solberg**  
og **Geir Berg**

## NØKKELORD

- Samtalegruppe
- Psykisk lidelse
- Foreldre
- Barn

## INTRODUKSJON

Biomedisinsk tenkning og tradisjon har dominert forståelsen av diagnostisering og behandling av sykdom og lidelse i Norge helt fram til vår tid. Behandlingen av psykiske lidelser bar preg av oppbevaring i institusjoner, og psykiatriske pasienter kunne være inneliggende i årevis. Et annet aspekt ved den medisinske tradisjonen var en individfokusert tilnærming til psykiske lidelser generelt. Familien var i liten grad involvert i behandlingen og følte seg ofte maktesløse når de prøvde å forstå og hjelpe den psykisk syke personen med hans eller hennes lidelse (1).

Gjennom stortingsmeldinger, lovverk, retningslinjer og politiske beslutninger har man lagt føringer som berører personer med psykiske lidelser og deres pårørende (2–4). Det overordnede målet er å skape et helhetlig behandlingstilbud.

Pasientens sosiale nettverk og familien er sentrale i behandlingsoppfølgingen. Man kan se en endring fra et individorientert behandlingsperspektiv til et mer systemorientert perspektiv eller familieperspektiv. Behandlingen av personer med psykiske lidelser skal nå i størst mulig grad skje nær pasientens bosted (5). Pasientene får kortere liggetid i spesialisthelsetjenestens institusjoner og blir raskere tilbakeført til sin hjemkommune for videre oppfølging. For å oppnå en raskere effekt vil det ha stor betydning at pårørende involveres i behandlingen av pasienten (2–4).

Siden midten av 50-tallet har det blitt gjennomført en mengde studier om hvordan familien påvirkes av at et medlem er psykisk sykt (6). Pårørende befinner seg ofte i en tødelt situasjon. På den ene siden skal de være en støtte for den som er syk, både i behandlingssammenheng og i dagliglivet. På den andre siden trenger også pårørende og nærpasienter støtte (7). Når et familiemedlem blir rammet av alvorlig sykdom, har de som står nær personen behov for informasjon, veiledning og konkrete råd. Mange pårørende

opplever ofte denne situasjonen som så kaotisk og u håndterlig at de føler seg hjelpeløse (7).

Forskningen frem til nå gir grunnlag for å si at det ikke er foreldrenes psykiske lidelse i seg selv som er skadelig for barnets helse og utvikling, men hvilken atferd foreldrene har sammen med barnet. Grøsfjeld (8) hevder, med bakgrunn i tidligere forskning, at atferd er mulig å endre. Og at man gjennom veiledning til foreldrene om deres atferd kan bidra til denne endringen. Barn som klarer seg bra

### Hva tilfører artikkelen?

Parallele gruppesamlinger for foreldre og barn, når en av foreldrene har en psykisk lidelse, var en positiv opplevelse for foreldrene.

### Mer om forfatterne:

Monica Solberg er psykiatrisk sykepleier, prosjektleder og rådgiver ved Sykehuset Innlandet, Stab Helse – Avdeling for Kvalitet og Pasientsikkerhet. Geir V. Berg er forskningsveileder ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Lillehammer og førsteamanuensis ved seksjon for helse, teknologi og samfunn, Høgskolen i Gjøvik. Kontaktperson: monica.solberg@sykehuset-innlandet.no



til tross for foreldrenes psykiske lidelse, har som regel hatt en annen voksen å forholde seg til. Barn av foreldre med en psykiske lidelse er i utgangspunktet friske barn, men trenger støtte og/eller hjelpetiltak for å forebygge en eventuell utvikling av psykiske lidelser senere i livet (9–11)

Wang og Goldschmidt (12) konkluderer med at de fleste foreldre ønsker at behandler skal

studien gjorde vi litteratursøk med følgende søkeord: «child», «parents», «family group», «parallell group» og «mental illness». Vi fant flere rapporter som beskriver pårørende, voksne eller barn, og den med psykisk lidelse sine erfaringer ved å delta i separate grupper (16,17). Videre fant vi studier som omhandlet flerfamiliegrupper, hvor flere familier er samlet

ativ, og hvordan noe oppfattes å være; andre ordensperspektiv. Fenomenografien har som mål å beskrive hvordan mennesker oppfatter fenomenet i omverdenen (19).

### Rekruttering og utvalg

Fire kommuner og to døgnavdelinger i spesialisthelsetjenesten ble kontaktet. Fem foreldrepar ble rekruttert, og fire fullførte. Inklusjonskriterier var at en av foreldrene har eller har hatt psykiske vansker og vært i kontakt med voksenpsykiatrien. Den andre omsorgspersonen skulle være den som ivaretok barnet når mor eller far ikke var i stand til det. Informantene skulle forstå og snakke norsk og ha samtykkekompetanse. Hovedstudien undersøkte både foreldrenes og barnas deltakelse i BAPS-foreldreprosjektet, men i denne artikkelen handler det om foreldrene.

### Datainnsamling og analyse

Det fenomenografiske intervjuet ble gjennomført med støtte av en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene var preget av en uformell og dialogisk form knyttet til forsknings-temaet. Oppfølgingsspørsmål ble brukt systematisk for å få mer utdypende svar fra informanten der det var behov for det (20, 21).

Det ble gjennomført to parintervjuer av hvert foreldrepar, til sammen åtte intervjuer. Første intervju ble gjennomført etter fjerde gruppesamling. Her var inngangsspørsmålet i intervjuet: «Hvilke oppfatninger og erfaringer har du/dere med å delta i gruppesamlinger?».

Det andre intervjuet ble gjennomført etter siste gruppesamling (samling 8). Her var inngangsspørsmålet: «Hvilke

## ” Gruppesamlingene var unike, befriende og nyttige.

snakke med dem om deres barn, og om hvordan de fungerer som foreldre. Dette bekreftes i flere studier (13,14). Videre opplever foreldre at fagfolk i liten grad tar opp barn som tema. Dette fører til at de selv synes det blir for vanskelig å snakke om (15).

Det er igangsatt flere tiltak for å forebygge utvikling av psykisk lidelse hos barn med psykisk syke foreldre i Norge de senere årene. Det dreier seg om gruppetilbud for pårørende, for eksempel samtalegrupper for voksne ellere barn (16). Høsten 2009 ble det etablert et samarbeidsprosjekt mellom et helseforetak, tre omliggende kommuner, Barnas Stasjon og Mental Helse. Samarbeidsprosjektet fikk navnet «BAPS-foreldre». Man skulle sette i gang parallelle gruppesamlinger for foreldre og deres barn, hvorav en av foreldrene hadde en psykisk lidelse. Temaene i gruppesamlingene var bestemt på forhånd. Eksempler på temaer var: Kunnskap om psykisk lidelse og dens virkning på familien, opplevelse av skyld, skam og ansvar. Foreldre og barn hadde de samme temaene i sine gruppesamlinger.

I forberedelsene til denne

i en og samme gruppe (14,18). Vi fant ikke studier som beskriver eller analyserer hvordan foreldre har opplevd å delta i parallelle grupper.

Parallele gruppesamlinger innebærer at foreldre og barn er i separate samtalegrupper, men på samme sted til samme tid. Vi utførte et nytt søk høsten 2014 med samme søkeord, og det ble ikke funnet noen studier som omhandlet parallelle grupper.

Hensikten med studien var å beskrive foreldres oppfatning og erfaringer ved å delta i parallelle gruppesamlinger når en av foreldrene har en psykisk lidelse.

### METODE

Studien har et deskriptivt eksplorativt kvalitativt design med en fenomenografisk tilnærming. Fenomenografisk tilnærming søker å beskrive og undersøke variasjonen i menneskers oppfatning av ett og samme fenomen. Hensikten er å forstå menneskers opplevelser, erfaringer og holdninger (19, 20). Dette gjøres gjennom å beskrive bredde og variasjon i oppfatninger av ett fenomen. Man skiller mellom det som kan observeres utenfra, konstatere at noe er; første ordensperspek-

oppfatninger og erfaringer har du/dere hatt ved å delta i gruppesamlingene?» I det andre intervjuet ble utsagn fra det første intervjuet fulgte opp. Ved et av parintervjuene møtte kun en av informantene. Partneren hadde meldt forfall.

Fire av parintervjuene ble gjennomført i lokalene hvor de hadde gruppesamlinger. Etter ønske fra informantene ble de fire øvrige intervjuene gjennomført i et lokale nær informantenes bosted. Intervjuene varte fra 20–40 minutter.

Intervjuene ble tatt opp med digitalopptaker og transkribert ordrett. Analysen ble gjennomført i fire faser inspirert av Alexandersson (22). I første trinn ble samtlige parintervjuer lest for å kunne danne seg et helhetsinntrykk og oversikt. I andre trinn gikk vi igjennom samtlige utsagn i intervjuene. Utsagn som var i henhold til studiens hensikt, ble identifisert og kodet med nummer. I tredje trinn gjennomgikk vi samtlige utsagn og kondenserte meninger for å se etter likheter og ulikheter av oppfatningene. Oppfatningene ble kategorisert og dannet beskrivningskategorier. I det fjerde trinnet var hensikten å søke etter den underliggende strukturen i oppfatningene (22). Forholdet mellom beskrivningskategoriene ble analysert, og en hierarkisk struktur trådte fram.

### **Forskningsetisk vurdering**

Studien ble godkjent av REK. Studien rettet seg direkte mot foreldre og barn som kan ha vært i en belastende situasjon på grunn av at et familiemedlem har en psykisk lidelse. Det ble derfor lagt stor vekt på valg av metode, informasjonsmengde og hvordan intervju-

tuasjonen skulle gjennomføres. Det var gjort en avtale med spesialisthelsetjenesten ved et helseforetak i tilfelle noen av informantene hadde behov for en samtale i etterkant av intervjuene.

### **RESULTATER**

Studiens hensikt var å søke etter informantenes oppfatninger av og erfaringer med å delta i parallelle gruppesamlinger. Funnet i parintervjuene kan oppsummeres i fire beskrivningskategorier: En overordnet beskrivningskategori: «Gruppesamlingene var unike, befriende og nyttige», og tre beskrivningskategorier: «Dele erfaringer», «Tydeliggjøring av roller og posisjoner» og «Oppdage, lære og erkjenne».

#### **Gruppesamlingene**

Den overordnede beskrivningskategorien sier hvordan deltakerne oppfattet og erfarte gruppesamlingene som unike,

” Det å få råd og tips av andre foreldre eller gruppeleder var viktig for eget utbytte.

befriende og nyttige. Foreldrene beskrev organiseringen av gruppesamlingene som unik, ved at hele familien var inkludert, og at samlingene for foreldre og barn gikk parallelt. Å møte andre foreldre og deres barn som lever med psykisk lidelse i familien var befriende. Tydeliggjøring av roller og posisjoner innad i familien ble viktig ved at de følte seg tryggere på hverandre. Det nyttige var å dele erfaringer med andre som var i liknende situasjon som dem selv. Foreldrene uttrykte at de hadde oppdaget og erkjent nye sider ved seg selv og sin partner. De hadde også tilegnet seg kunnskap og forstå-

else for psykisk lidelse og hvordan dette kan påvirke familiens ulike medlemmer.

En mor beskriver sin erfaring etter gruppesamlingene slik: «Vi gjør ikke noen dårligere jobb enn alle andre foreldre når det gjelder våre barn. Det er greit å snakke med unga om problemer og sånne ting, (...) du trenger ikke å skjerme dem og beskytte dem, for dem forstår allikevel».

#### **Dele erfaringer**

Denne beskrivningskategorien var basert på fire kategorier: Bli sett og hørt, snakke og lytte, få råd og tips, og få støtte og aksept

Å dele erfaringer hadde betydning for relasjonsdannelsen til de andre i samtalegruppa og i familien. Foreldre med en psykisk lidelse hadde tidligere ikke fått tilbud fra sin behandler om å ha med seg sin partner og/eller sine barn til samtale.

Det å få råd og tips av andre foreldre eller gruppeleder var viktig for

eget utbytte av gruppesamlingene. Dette handlet om hva de kunne fortelle barna og på hvilken måte de skulle forklare hva en psykisk lidelse var, slik at barna kunne forstå. En mor beskrev endring i forståelse hos barnet slik: «Han lar meg være i fred, så finner han på noe annet sammen med far, eller at han sitter hos meg og stryker meg på håret, og sier: Er det noe jeg skal hjelpe deg med mamma? Han er veldig mye mer omtensksom, så han skjønner nok at jeg ikke er lat, men at jeg er syk».

#### **Tydeliggjøring av roller**

Denne beskrivningskategorien er basert på fem kategorier:

Være foreldre med en psykisk lidelse, være pårørende, være foreldre, være mor og være far.

Deltakelse i gruppesamlingene gjorde informantene med en psykisk lidelse bevisste på hvilken rolle de hadde i familien. Underveis i gruppesamlingene innså de at deres partner ikke hadde forstått det de prøvde å formidle. En informant beskrev erfaringen sin med partnerens forståelse på følgende måte: «Jeg måtte til slutt innse at uansett hva jeg prøvde å fortelle ham angående min depresjon, så skjønte jeg jo at jeg ikke oppnådde noen ting. Han skjønte det ikke, og da ble jeg mer deprimert og utenfor på grunn av det, og jeg hadde mest lyst til å gi opp. Jeg prøvde å forklare at han måtte være mer

ønsker og det å se «nye» sider hos hverandre.

Før oppstart av gruppesamlingene var det tvil om hvilken nytte familien kunne ha av å delta i åtte gruppesamlinger. Hvor mye kunnskap ble tilegnet, og hvilke endringer kunne skje på så kort tid? Dette endret seg underveis. En av de pårørende beskrev denne endringen slik: «Når jeg nå ser tilbake, så har det liksom gjort underverker. Man sier jo at Jesus gikk på vannet, så en begynner jo å tro på dette egentlig. En får ta tilbake barnetroen».

Ny kunnskap var oppstått gjennom det å oppdage, lære og erkjenne. Informantene fikk kunnskap om hvordan det var å ha en psykisk lidelse og det å være pårørende. I tillegg

inkludjonskriteriene at forelderen med en psykisk lidelse og en pårørende skulle delta. Erfaringer fra andre studier hvor flere familiemedlemmer deltar i samtalen har vist seg å ha betydning (17,23,24). Hos McFarlane (23) framkom det at flerfamiliegrupper hadde bedre effekt enn singel- eller familiestøtte. Resultatene viste at flere av dem som hadde deltatt i flerfamiliegruppe var i arbeid, og de håndterte kriser på en bedre måte enn dem som hadde mottatt singel-familiestøtte. Svendsen (17) gjennomførte en evaluering av BAPP-programmet hvor det hadde vært frivillig for foreldrene å delta. Frivilligheten hadde medført at det var foreldre uten psykisk lidelse som hadde møtt i gruppesamlingene, og ikke foreldrene med en psykisk lidelse. I BAPP-programmet var det åtte samlinger for barna hvor temaene var bestemt på forhånd, og kun to samlinger for foreldrene. Samlingene for foreldrene var i starten og slutten av tidsperioden for gjennomføring av barnegruppene. Formålet var å informere foreldrene om hva barna hadde lært og øke deres forståelse for barnas situasjon (17).

De pårørende i studien manglet kunnskap om psykisk lidelse. Det kom fram i samtalegruppa. Manglende kunnskap hadde bidratt til frustrasjon og en opplevelse av merbelastning for de pårørende. Dette samsvarer med erfaringer fra andre studier (25, 26). Greenberg og medforfattere (25) fant at å informere pårørende og gi dem økt kunnskap om psykisk lidelse var viktig. Ved at pårørende fikk denne kunnskapen opplevde de redusert belastning ved å leve med en partner eller

” Det nyttige var å dele erfaringer med andre som var i liknende situasjon som dem selv.

til stede og være der med meg, men det hjalp ikke».

Ved oppstart av gruppesamlingene uttrykte pårørende stor grad av frustrasjon over å ha en partner med en psykisk lidelse. Dette påvirket deres rolle og posisjon som pårørende i familien. En pårørende beskriver denne opplevelsen slik: «Før vi gikk inn i denne gruppa, så hadde jeg rett og slett ikke peiling på hva som var riktig eller galt i hvordan jeg skulle forholde meg til min partner. Så det har rett og slett vært som natt og dag for min del».

#### Oppdage, lære og erkjenne

Denne beskrivningskategorien er basert på fire kategorier: Ny kunnskap, endret forståelse, oppmerksom på egne behov og

fikk de kunnskap om hvordan de skulle forklare og svare på vanskelige spørsmål fra barna. En pårørende beskrev det slik: «Jeg har lært mye mer i forhold til hennes tilstand og hvordan jeg skal forholde meg når hun er syk. For eksempel hvordan hun reagerer og hva jeg skal forta meg. Dette har jeg vært usikker på hele tiden. Skal jeg gå unna? Skal jeg sette meg å prate med henne? Eller hva skal jeg gjøre?».

#### DISKUSJON

Foreldrene i studien ga uttrykk for at å delta i gruppesamlingene hadde hatt betydning for dem som familie. Det kom fram at de ikke ville hatt samme utbytte hvis barna ikke hadde vært med. I BAPS-foreldre var

et familiemedlem med en psykisk lidelse (27).

Foreldrene i studien hadde etter å ha deltatt i samtalegruppa blitt oppmerksomme på at deres behandler ikke hadde tatt opp temaer knyttet til det å være foreldre. De hadde et ønske om at behandler skulle snakke med dem om barna. Liknende erfaringer beskrives i flere studier (13,28–31). Mødrene hos Mevik og Trymbo (13) mente at det barn ikke vet, har de ikke vondt av. Etter å ha deltatt i samtalegruppa, hadde informantene endret oppfatningen om hva barn kan bli fortalt. Mevik og Trymbo (13) henviser til en studie gjennomført av Dundas og Wormnes (1992) hvor fagfolk hadde en oppfatning av at barn først og fremst burde skånes fra det vanskelige i livet.

Erfaringer fra vår studie viste at ved å delta i gruppesamlingene hadde foreldre med en psykisk lidelse tilegnet seg kunnskap om hvordan de kunne snakke med barna om å være psykisk syk. Dette handlet om hvordan informere om ulike sider ved det å ha en psykisk lidelse, slik at barna forstår. Foreldrene opplevde at barna følte mer trygghet, og at de forsto at det ikke var deres skyld at mor eller far var psykisk syk. Dette samsvarer med funn i andre studier (13,14,32). Ahlgreen (29) fant at helt tilbake i 1994 var det påvist at mange psykiatriske pasienter (50–70 prosent) var bekymret for sine barn. Prosjektet «Kontakt med børn af psykiatriske patienter» og flere andre utviklingsprosjekter har senere vist at pasienten er opptatt av hvordan deres egne barn har det (12,13,31).

Pårørende i denne studien beskrev en endring i kommuni-

kasjon og samhandling i familien etter å ha deltatt i parallelle grupper. Endringen besto i økt forståelse for hvordan den andre hadde det, og samhandlingen var preget av mindre konflikter. Dette samsvarer med funn

## ” Informantene endret oppfatningen om hva barn kan bli fortalt.

i andre studier (7,23,26). Samarbeid med de pårørende hvor man vektlegger undervisning, informasjon og veiledning, kan redusere negativ samhandling i familien og virke frigjørende for det enkelte familiemedlem (26).

### Metodekritikk

Funnene fra studien er basert på erfaringer fra et lite antall informanter. Utvalget er derfor ikke representativt for alle familier hvor en av foreldrene har eller har hatt en psykisk lidelse. Samtidig representerer informantene i denne studien en variasjon i bosted og erfaring med psykisk helsevern. Overførbarheten i denne studien mener vi likevel er mulig i en tilsvarende kontekst med et tilsvarende utvalg.

I diskusjonen er det henvist til prosjekter og bøker, og lite til annen forskning. Bakgrunnen for dette er at det er gjort lite forskning på parallelle grupper.

### KONKLUSJON

Ut fra de erfaringer som er gjort i denne studien, ser vi nytten og verdien av et nært og tett samarbeid mellom de ulike nivåene i behandlingsskjeden innenfor psykiske helsevern, og de som er naturlige samarbeidspartnere, som skole, SFO og barnehager.

Parallelle gruppesamlinger for foreldre og barn, når en av forel-

drene har en psykisk lidelse, har vist seg å ha vært en positiv opplevelse for foreldrene. Det sentrale i vår studie, som foreldrene har fremhevet som det viktigste, er at gruppesamlingene for foreldre og barn var på samme sted, tid, og

hadde like temaer i samlingene. Dette førte til at det var enklere å prate sammen om de vanskelige temaene innad i familien.

Denne studien viser behovet for videre forskning hvor man fokuseres på familieperspektivet i psykisk helse. Det kunne være nyttig i forskningsøyemed å igangsette liknende studier hvor barna blir inkludert. Hensikten bør være å vektlegge de ulike deltakernes oppfatninger og erfaringer ved å delta i parallelle samtalegrupper.

*Takk til Wenche Westby Larson for godt samarbeid med masteroppgaven, som er grunnlaget for denne artikkelen.*

### REFERANSER

1. Haugsgjerd S, Jensen P, Karlsson B, Løkke JA. Perspektiver på psykisk lidelse: Å forstå, beskrive og behandle. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
2. Sosial- og Helsedirektoratet. Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige. 2006.
3. Regjeringen. Sammen om psykisk helse: Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Oslo: Helsedepartementet; 2003.
4. Sosial- og helsedepartementet. Utskrevet til mor: Pårørende til mennesker med psykiske lidelser. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1995.
5. Thorn A, Holte A. Diagnose bipolar affektiv lidelse: Foreldres erfaring. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2006.
6. Engmark L, Holte A, Alfstadsæther B. Diagnose schizofreni: Foreldres erfaring. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2006.
7. Bøckmann K, Kjellekvold A. Pårørende i helsetjenesten: En klinisk og juridisk innføring. Fagbokforlaget; 2010.

8. **Grøsfjeld M.** Pasientens barn-psykologens ansvar? En drøfting av etiske prinsipper. Tidsskrift-Norsk Psykologforening. 2004;41(11):900-6.
9. **Fudge E, Mason P.** Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. 2004;3(2):50-8.
10. **Maybery D, Ling L, Szakacs E, Reupert A.** Children of a parent with a mental illness: perspectives on need. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. 2005;4(2):78-88.
11. **Reupert A, Maybery D.** Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions. American Journal of Orthopsychiatry. 2007;77(3):362-9.
12. **Wang A, Goldschmidt V.** Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1996;93(1):57-61.
13. **Mevik K, Trymbo BE.** Når foreldre er psykisk syke. Oslo: Universitetsforlaget; 2002.
14. **Beardslee WR.** Out of the darkened room: when a parent is depressed: Protecting the children and strengthening the family. Boston: Little, Brown and Company; 2002.
15. **Aamodt LG, Aamodt I.** Tiltak for barn med psykisk syke foreldre: rapport. [Oslo]: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør; 2005.
16. **Halsa A, Aubert A-M.** Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseproblemer Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer; 2009.
17. **Svendsen A.** Forebyggende arbeid med barn av foreldre med psykisk sykdom og rusproblemer: En evaluering av BAPP-programmet. Dragvoll: Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge; 2004.
18. **Riley A, Valdez C, Barrueco S, Mills C, Beardslee W, Sandler I, et al.** Development of a family-based program to reduce risk and promote resilience among families affected by maternal depression: Theoretical basis and program description. Clinical Child and Family Psychology Review. 2008;11(1):12-29.
19. **Marton F, Booth S.** Learning and awareness. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum; 1997.
20. **Krokmark T.** Fenomenografisk didaktik. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis; 1987.
21. **Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
22. **Alexanderson M.** Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I: Starrin B, Svensson P-G, editors. Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur; 1994. s. 111-36.
23. **McFarlane WR.** Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York: Guilford Press; 2002.
24. **McFarlane W, Dixon L, Lukens E, Lucksted A.** Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. Journal of Marital and Family Therapy. 2007;29(2):223-45.
25. **Greenberg J, Gkeenley J, Brown R.** Do mental health services reduce distress in families of people with serious mental illness? Psychiatric Rehabilitation Journal. 1997;21:40-50.
26. **Smeby NA.** Samarbeid med familien i psykiatrien. I: Kirkevold M, Ekern KS, editors. Familien i sykeleiefaget. Gjøvik: Gyldendal Akademiske; 2001. s 108-29.
27. **Nordby K, Kjønnsberg K, Hummelvoll J.** Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2010;17(4): 304-11.
28. **Wang A, Goldschmidt V.** Interviews of psychiatric inpatients about their family situation and young children. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1994;90(6):459-65.
29. **Ahlgreen B.** Kontakt med børn af psykiatriske patienter – et udviklingsprojekt i Psykiatrien i Århus Amt, Vestregionen; Evalueringsrapport maj 2000. Århus: Psykiatrien i Århus Amt; 2000.
30. **Halsa A.** «Mamma med nerver»: en studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2008.
31. **Halsa A, Aubert A-M.** Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseproblemer: en evaluering av det forebyggende arbeid for barn med psykisk syke foreldre i Asker og Bærum. Lillehammer: Høgskolen; 2009.
32. **Solberg A.** Hjelp til barn som har foreldre med psykiske lidelser: Evaluering av prosjektet og virksomheten «Du er ikke den eneste» – Et gruppetilbud med psykopedagogisk tilnærming til barn og unge som har foreldre med psykisk lidelse. Oslo: Instituttet; 2003.



# En helt ny leseopplevelse



## Våre lesere sier:

- ✓ Brukervennlig
- ✓ Bladet er nå alltid tilgjengelig
- ✓ Bra at jeg kan lese offline på hytta eller reise
- ✓ Veldig bra leseopplevelse
- ✓ Bra med tilgang til eldre blader
- ✓ Fint å kunne lese bladet før det kommer i postkassen
- ✓ Jeg koser meg med bladet i appen når jeg har fri
- ✓ Bra med lenker til mer stoff
- ✓ Jeg får varslning når det kommer nye blader

Kontakt oss om du trenger hjelp til å komme i gang (22 04 33 33)

**Sykepleien**



Foto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Studien rapporterer funn fra en interorganisatorisk læringsintervensjon for helsepersonell, relatert til overføringer av eldre pasienter mellom behandlingsnivåer.

**Hensikt:** Å undersøke hvordan det kan tilrettelegges for kunnskapsoverføring blant helsepersonell på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

**Metode:** Designet er kvalitativt og deskriptivt, og deltakende observasjon er brukt som datainnsamlingsmetode. Omtrent hundre deltakere

på tvers av behandlingsnivåer og profesjoner deltok i en interorganisatorisk læringsarena; «Møteplassen», relatert til overføring av eldre pasienter. En observasjonsguide ble utviklet og testet basert på teorier innen interorganisatorisk kunnskapsoverføring.

**Resultater:** «Møteplassen» legger til rette for fire former for kunnskapssinteraksjon mellom helsepersonell på tvers av behandlingsnivåer og profesjoner: sosialisering, ekster-nalisering, kombinerende og internalisering. Interaksjonsformene

varierer i ulike faser av læringsintervensjonen. Faktorer relatert til interorganisatorisk dynamikk og trekk ved partene som deltar i «Møteplassen» forsterker den interorganisatoriske kunnskapsoverføringen.

**Konklusjon:** «Møteplassen» tilfredsstilte viktige kriterier for interorganisatorisk kunnskapsoverføring, hvilket indikerer at det er en virkningsfull arena for å tilrettelegge for kunnskapsutveksling relatert til overføringer av eldre pasienter.

## ENGLISH SUMMARY

### Transitional care of the elderly: An arena for inter-organisational learning among healthcare staff

**Background:** The study reports findings from an inter-organisational learning intervention, the «Meeting Point», related to transitional care of the elderly across care levels.

**Objective:** To reveal how the intervention, the «Meeting Point», enables inter-organisational learning across primary and specialist healthcare services.

**Methodology:** The design is qualita-

tive and descriptive, using participant observations as the data collection method. About one hundred participants across care levels and professions attended the «Meeting Point» related to transitional care of the elderly. An observational guide was developed and tested based on the theories of knowledge creation and inter-organisational learning.

**Results:** The «Meeting Point» enabled four types of knowledge interaction among healthcare personnel across care levels and professions: socialisation, externalisation, combination and internalisation. The

interaction forms varied in different phases of the learning intervention. Inter-organisational dynamics and characteristics of the participants further enabled inter-organisational learning at the «Meeting Point».

**Conclusion:** The «Meeting Point» met vital criteria for inter-organisational learning, indicating that it should be considered a powerful arena to tailor knowledge interaction related to transitional care of the elderly.

**Key words:** qualitative study, observation, coordination, primary health care, specialist healthcare

# » En tverrfaglig læringsarena for overføring av eldre pasienter

Forfattere: **Randi Nisja Heskestad** og **Karina Aase**

## NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Observasjon
- Samhandling
- Primærhelsetjeneste
- Spesialisthelsetjeneste

## INTRODUKSJON

Nasjonale føringer stiller stadig høyere krav til samhandling og kvalitet i norske helsetjenester generelt, og på tvers av behandlingsnivåer spesielt (1,2). Sammenhengende og helhetlige helsetjenester er en uttalt utfordring, både i nasjonale og internasjonale føringer og i forskningslitteraturen (1,3–6).

Eldre er innenfor en samhandlingskontekst en stor og sårbar gruppe (1,7-9). Tidligere forskning har vist at kontinuerlige og koordinerte helsetjenester er spesielt viktig for eldre pasienter, fordi de ofte har sammensatte medisinske problemer som behandles av forskjellig helsepersonell (10). Andre studier viser til at personer med behov for komplekse og kontinuerlige helsetjenester er særlig sårbare for dårlig kvalitet i overføringer mellom behandlingenheter (11,12). Begrepet pasientoverføringer

inkluderer i denne sammenheng overføring av pasientinformasjon, kommunikasjon mellom involverte helsepersonell og overføring av behandlingsansvar (13). Spesifikke intervensjoner for forbedring av pasientoverføringer på tvers av behandlingsnivåer kan øke kvaliteten på helsetjenester for eldre som blir utskrevet fra sykehus til kommunehelsetjeneste (14). Det påpekes videre at intervensjonene bør være tverrfaglige.

Ved å observere overføringer av eldre pasienter, både ved innleggelse og utskrivelse til eller fra sykehus, har man identifisert at helsepersonells kompetanse og informasjonsutveksling er viktige utfordringer av betydning for kvaliteten i overføringene (15–18). Studier viser at helsepersonell mangler profesjons-, system- og rollekompetanse når det gjelder overføringer av eldre pasienter. Man mangler i tillegg arenaer for utvikling og utveksling av kunnskap på tvers av behandlingsnivåer (19,16). Samtidig dokumenteres et forskningsbehov knyttet til intervensjoner for forbedring av pasientoverføringer og effekten av disse (20). Interorganisatoriske møter for helsepersonell er en slik intervensjon foreslått av Storm et al. (16). Her kan man formidle kunnskap

relatert til rutiner for overføring av pasienter. I tillegg kan man danne grunnlag for en felles forståelse av oppgaver og ansvar i forbindelse med overføring. Videre fremheves kombinasjonen av formell opplæring og uformell sosial læring, der det overordnede målet er økt innvirkning på overføringspraksis (21).

På grunnlag av det identifiserte kunnskapsbehovet vil denne artikkelen se nærmere på interorganisatoriske møter i form av en tverrfaglig læringsarena for overføring av eldre pasienter. Formålet vil være å undersøke hvorvidt en slik arena kan fremme kunnskapsoverføring på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten for å legge til rette for bedre overføringer av eldre pasienter.

### Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at en møteplass på tvers av organisasjoner fremmer kunnskap og samhandling mellom helsepersonell relatert til overføring av eldre pasienter.

### Mer om forfatterne:

Randi Nisja Heskestad er forsker ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag og miljøterapeut i Gjesdal kommune. Karina Aase er professor ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag. Kontaktperson: randi.heskestad@gmail.com.

## TEORI

Det teoretiske perspektivet i artikkelen er basert på litteratur om interorganisatorisk kunnskapsoverføring. Interorganisatorisk kunnskapsoverføring innebærer at én organisasjon lærer av erfaringene til en annen (22). Easterby-Smith et al. (22) har oppsummert forskningen om interorganisatorisk kunnskapsoverføring, og fremhever følgende sett av faktorer med betydning: Trekk ved partene (sender og mottaker), interorganisatorisk dynamikk og kunnskapsinteraksjon (se figur 1).

### Trekk ved partene

Hvem som er sender og hvem som er mottaker vil variere i løpet av ulike faser eller oppgaver. Kunnskap overføres dermed begge veier i tråd med skiftende roller. Absorberende kapasitet betegner partenes evne til å gjenkjenne verdien av ny kunnskap, og til å oppta og bruke denne kunnskapen (23). Denne kapasiteten påvirkes av organisasjonens tidligere erfaringer, kultur og dens evne til å bevare kunnskap (24). Når kunnskapen kommer fra eksterne kilder, er den mottakende organisasjonen

avhengig av intraorganisatorisk overføringsevne for å nyttiggjøre seg kunnskapen. Motivasjon innebærer at mottakeren må være motivert til å tilegne seg kunnskap, og senderen må ha verdifull kunnskap å tilby og være motivert til å lære fra seg. Manglende motivasjon til å lære fra seg (sender) kan også legge en demper på entusiasmen for å lære (mottaker).

### Interorganisatorisk dynamikk

Sender og mottaker vil ofte stå i et asymmetrisk maktforhold til hverandre, idet man opplever at den som er i besittelse av kunnskap har mer makt. Dette avhengighetsforholdet forandrer seg etter hvert som kunnskapsoverføringen skjer. Når mottaker opplever at det ikke er mer å lære, kan grunnlaget for samarbeid falle bort.

Tillit og risiko innebærer at sender ved å dele kunnskap kan løpe en risiko, ved å overføre kunnskap som kan påvirke konkurransemessige fortrinn (25). Samtidig løper mottakeren en risiko for at kunnskapen som mottas er unyttig eller av dårlig kvalitet, noe som fordrer en kritisk vurdering (26). Tillit frem-

mer kunnskapsoverføring, ved å skape trygghet for at kunnskap ikke vil bli utnyttet (27).

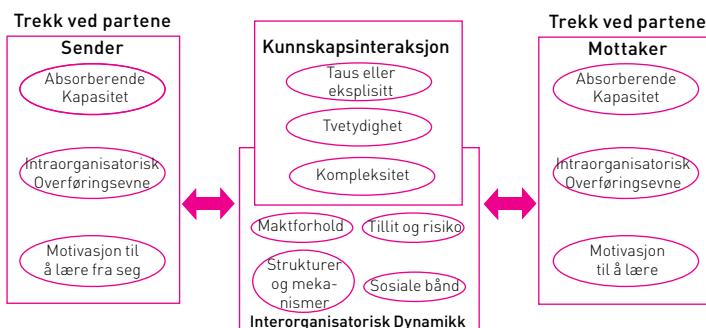
Strukturer og mekanismer er forhold i sammenhengen der kunnskapsoverføring finner sted. Som regel bør organisasjoner ha en form for strategisk allianse for at kunnskapsoverføring skal skje. Hvilken form denne alliansen har vil påvirke hvordan organisasjonene interagerer, og hvordan kunnskap overføres (28).

Sosiale bånd blir sett på som en overordnet betingelse for kunnskapsflyt, og kan minske betydningen av kulturelle forskjeller som gjerne finnes mellom deltakere fra ulike organisasjoner.

### Kunnskapsinteraksjon

Organisatorisk kunnskap skapes gjennom en kontinuerlig dialog mellom taus og eksplisitt kunnskap. Taus kunnskap er kunnskap som ikke er uttalt, kodifisert eller lagret, mens eksplisitt kunnskap kjennetegnes av at den kan formaliseres i rutiner, prosedyrer og retningslinjer. Ved å studere dette samspillet kan det identifiseres fire former for kunnskapsinteraksjon (29). Interaksjonen mellom taus kunnskap hos ulike individer omtales som sosialisering. Her lærer man gjennom observasjon, imitasjon og praksis, og på denne måten skaper man taus kunnskap gjennom delt erfaring. Sosialisering gjør det lettere å sette seg inn i andres tankeprosesser, og er en forutsetning for kunnskapsutvikling. Et eksempel på sosialisering kan være å dele et måltid, eller å møtes på en arena utenfor vante omgivelser. Interaksjon mellom ulike typer tydeliggjort kunnskap omtales som kombinerings. Det kjennetegnes av at man kombinerer og systematiserer tilgjengelig, dokumentert kunnskap som allerede finnes. Denne rekonfigu-

**Figur 1:** Interorganisatorisk kunnskapsoverføring. Oversettelse basert på Easterby-Smith et al. (22)



ringen av eksplisitt kunnskap kan foregå gjennom sortering, tilføyelse og rekategorisering, og vil dermed skape ny eksplisitt kunnskap.

Interaksjonen mellom taus kunnskap og eksplisitt kunnskap omtales som eksternalisering. Her blir ikke-kodifisert kunnskap gjort skriftlig eller muntlig tilgjengelig for andre. På den måten muliggjør man kunnskapsoverføring på tvers av organisasjoner. Interaksjonen mellom eksplisitt og taus kunnskap betegnes som internalisering. Her tas kunnskaps-elementer i bruk av flere, og på denne måten internaliseres kunnskapen hos den enkelte.

Interaksjonen mellom de ulike formene for kunnskap vil tilta i styrke og hastighet etter hvert som flere deltakere blir involvert. På denne måten er organisatorisk kunnskapsutvikling en prosess som ofte starter på individnivå, og fortsetter på gruppenivå før organisasjonsnivå og interorganisatorisk nivå (30). I tillegg til kunnskapens form (taus eller eksplisitt) har også dens kompleksitet og tvetydighet betydning for kunnskapsoverføringen (22). Tvetydighet sees som en hemmende faktor for kunnskapsoverføring, og tvetydighet kan i større grad relateres til taus enn til eksplisitt kunnskap (31).

På bakgrunn av det teoretiske perspektivet, redegjort for over, søker studien å besvare følgende forskningsspørsmål: Hvordan legger en spesifikk læringsarena (Møteplassen) til rette for kunnskapsoverføring på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten?

For å besvare forskningsspørsmålet undersøker vi hvordan det tilrettelegges for ulike former for kunnskapsinteraksjon i læringsarenaen, og hvordan partene (primær- og spesialisthelsetje-

nesten) og den interorganisatoriske dynamikken mellom dem fremstår.

## METODEDEL

### Design og metode

Studien er en kvalitativ, empirisk studie, der deltakende observa-



Sosialisering gjør det lettere å sette seg inn i andres tankeprosesser.

sjon er brukt som datainnsamlingsmetode (32). Observasjon gir tilgang til informasjon som ikke kan samles ved andre metoder, og blir sett på som en egnet metode når forskeren vil undersøke samhandling mellom mennesker (32). To deltakende observatører gjennomførte datainnsamlingen, og observasjonene ble sammenholdt i etterkant. Feltrollen varierte fra å være tilstedeværende observatør, der man noterte observasjoner, til å være deltakende observatør som fasilitator i gruppediskusjoner.

### Datainnsamling

Datainnsamlingen inkluderte observasjon av deltakere og samhandling mellom disse på læringsarenaen Møteplassen. Møteplassens hensikt er å gi ansatte som er involvert i overføringer av eldre pasienter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten en arena for å diskutere faglige problemstillinger knyttet til kvalitet i overføringene. En observasjonsguide ble utarbeidet på grunnlag av det teoretiske perspektivet (22,29). Den ble deretter testet og revidert i løpet av fire samlinger på Møteplassen, mens hovedtyngden av data ble samlet inn i løpet av tre samlinger i januar 2014. Observasjonsguiden inneholdt følgende punkter: Sosialisering, eksternalisering, internalisering, kombi-

nering, absorberende kapasitet, interorganisatorisk overførings-evne, motivasjon til å lære eller lære fra seg, maktforhold, tillit og risiko, strukturer, mekanismer og sosiale bånd.

Observasjonsdata ble skrevet ned for hånd og deretter transkri-

bert etter hver samling på Møteplassen. Totalt forelå det 30 sider med observasjonsdata.

### Analyse

Observasjonsdata ble analysert ved hjelp av det teoretiske rammeverket presentert i figur 1. Observasjonene ble kategorisert under tre overordnede deler av Møteplassen, og det ble beskrevet hvordan hver enkelt observasjon kunne knyttes til interorganisatorisk kunnskapsoverføring. Etter at førsteforfatter hadde foretatt en første kategorisering av data ble denne presentert for med-observatør (andreforfatter), og kategorier ble diskutert og justert. Deretter ble kategoriene sammenholdt med læringsverktøy som hadde vært i bruk i de ulike delene av Møteplassen.

### Etiske vurderinger

Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som del av prosjektet «Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre». Deltakelse er basert på frivillighet, og deltakerne er informert om at enkeltpersoner ikke vil kunne gjenkjennes i publisert materiale.

## RESULTATER

### Møteplassen

Møteplassen inneholder en rekke



**Tabell 1:** Sentrale elementer i læringsarenaen «Møteplassen» [basert på Storm et al. (19)]

Element	Tid	Innhold	Formål
Registrering og lunsj	30 min	Registrering av deltakere og uformell lunsjsservering.	Oversikt over deltakere, uformell arena for samhandling.
Introduksjon ved medlem av forskningsteam	15 min	Seminar 1: Presentasjon av prosjektet «Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre». Seminar 2 og 3: Velkommen og oppsummering av forrige seminar, deltakerevaluering og identifiserte tiltak.	Introdusere deltakerne til forskningsprosjektet, hovedformål og nåværende status. Holde fokus gjennom intervensjonen og registrere nylige aktiviteter i prosjekt og avdelinger.
Forelesninger ved en eller flere fra forskningsteam og praksisfelt	45 min	Tre tematiske områder: Risiko Pasient System	Øke bevissthet og kompetanse på kvalitet i overføringer av eldre. Introdusere kunnskap og verktøy for å forbedre kvalitet i pasientoverføringer.
Case utviklet av forskningsteam og regionalt helseforetak (skriftlig case eller film)	15 min	Tekstbasert pasient-case med risiko-fokus Film pasientfokus Film systemfokus	Sette fokus på de tre tematiske områdene for å stimulere individuell refleksjon og gruppeaktivitet.
Gruppeaktiviteter i blandede grupper på tvers av profesjon, avdeling og behandlingsnivå	1 time	Fokus på 2-3 spørsmål relatert til case. Identifikasjon av tiltak for forbedring av pasientoverføringer på avdelingsnivå.	Stimulere kunnskapsutveksling mellom deltakere på tvers av profesjon, avdeling og behandlingsnivå.
Plenumsdiskusjon ledet av medlemmer fra forskningsteamet	45 min	Grupprepresentasjoner av identifiserte forbedringstiltak.	Diskusjon og samstemming av tiltak, forslag til hvordan implementering på avdelingene kan foregå.

elementer som vist i tabell 1, basert på hva tidligere forskning har dokumentert som viktige faktorer for kvalitet i pasientoverføring (16,21).

Elementene fra Møteplassens program kan samles i tre overordnede deler: *Ubundet tid*, *Formidling* og *Dialog*. *Ubundet tid* representerer deler av Møteplassen der deltakerne har stor grad av frihet til selv å velge oppholdssted, samtalepartnere og gjøremål. Denne delen inneholder registrering, lunsj og pauser. I *Formidling* inngår forelesninger som i hovedsak styres av forskere eller eksterne foredragsholdere, samt film. *Dialog* preges av aktiviteter der det er lagt opp til høy grad av deltakerinvolvering. Sistnevnte inkluderer diskusjoner både gruppevis og i plenum, og er særlig vektlagt for å oppnå Møteplassens hensikt med å gi helsepersonell anledning til å diskutere faglige problemstillinger

knyttet til pasientoverføringer av eldre.

#### Deltakere

Deltakerne på Møteplassen er utdannet som sykepleiere, hjelpepleiere, leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter og merkantilt personale, og er ansatt i ulike enheter som vist i tabell 2. Hver deltaker var med på tre samlinger i september 2013, november 2013 og januar 2014. For å oppnå et passende antall deltakere på hver samling (30–35 stykker) ble det totalt arrangert ni samlinger.

I det videre vil vi presentere resultater som fremkom ved observasjon av Møteplassen, relatert til trekk ved partene, interorganisatorisk dynamikk og kunnskapsinteraksjon.

#### Trekk ved partene

*Ubundet tid*. Denne fasen bærer preg av at deltakerne deler egne

erfaringer og kunnskap fra sin arbeidsplass. De fremstår som motiverte til å gi fra seg kunnskap. De er interesserte i å høre hva andre deltakere har å si, og viser dette ved aktivt å stille spørsmål til hverandre. De fremstår som motiverte for å lære, og anerkjenner verdien av ny kunnskap.

*Formidling*. I formidlingsdelen noterer deltakerne, og viser at de følger med og/eller kjenner seg igjen ved å nikke eller hviske seg imellom. Foreleserne har verdifull kunnskap å tilby, og deltakerne fremstår som motiverte for å tilegne seg ny kunnskap. Deltakerne forholder seg også kritiske til det de hører, ved å stille spørsmål til innholdet i presentasjonene. Forskerne fremstår som engasjerte og motiverte for å dele kunnskap. Under visning av film observeres det at deltakerne ler, kommenterer og hvisker til hverandre. Filmen har verdifull

og relevant kunnskap å tilby deltakerne.

*Dialog.* I dialogdelen deler deltakerne erfaringer og konkrete episoder fra egen arbeidshverdag, og fremstår som motiverte til å gi fra seg kunnskap. Motsatt er de motiverte til å tilegne seg ny kunnskap, noe de viser ved å nikke bekreftende, samt stille spørsmål dersom noe er uklart. Partene har informasjon å komme med som er verdifull for den motsatte part. Deltakerne anerkjenner videre verdien av ny kunnskap, ved å lytte til de andres synspunkter og gi andre mulighet til å komme til orde.

I én av gruppediskusjonene blir det tydelig at en deltaker styrer mye av diskusjonen, noe som gjør at flere av de andre ikke engasjerer seg i like stor grad. Det ser i dette tilfellet ut til at øvrige deltakere etter hvert mister noe av motivasjonen til å lære fordi diskusjonen blir enspolet og i liten grad angår deres hverdag.

I plenumsdiskusjonen fremstår partene som motiverte for å lære og for å gi fra seg kunnskap, samtidig som de anerkjenner verdien av å ha en felles forståelse på tvers av tjenestenivå. Dette understrekes av et utsagn fra en av deltakerne: «Det er viktig med en felles kultur i primær- og spesialisthelsetjenesten, en bevissthet om hva som er akseptabel måte å gjøre ting på»

Videre viser deltakerne at de er i stand til å gjøre ny kunnskap om til konkret handling, ved å diskutere konkrete problemstillinger og gjøre viktige avklaringer.

### Interorganisatorisk dynamikk

I tabell 3 vises dynamikken mellom organisasjonene som ble observert i de ulike fasene av Møteplassen, med tilhørende læringsverktøy. Funnene viser at

**Tabell 2:** Deltakere på «Møteplassen»

Organisasjon	Enhet
Sykehus	Lungemedisinsk avdeling
	Akuttmottak
	Observasjons- og behandlingsavdeling
Sykehjem 1	Geriatrisk avdeling
	Overgangsavdeling
Sykehjem 2	Intermediæravdeling
Sykehjem 3	Ledelsesrepresentanter
Sykehjem 4	Ledelsesrepresentante
Hjemmebaserte tjenester	Tre geografiske områder (soner)
Helse- og sosialkontor	Tre områder/kontor
<b>Totalt</b>	Ca. 100 deltakere på hver samling

Møteplassen legger til rette for interorganisatorisk kunnskaps-overføring ved å benytte ulike læringsverktøy. De mest sentrale av disse er tilrettelegging av lokaler og program på en slik måte at uformell samhandling kan finne sted: Forelesninger av forskere og sentrale representanter fra praksisfeltet med mulighet for deltakerne til å involvere seg og stille spørsmål underveis, visning av film og gruppediskusjoner. Funnene tyder på at man ved å kombinere disse læringsverktøyene i en og samme intervensjon, oppnår at deltakerne får mulig-

skapsinteraksjonene som ble observert i de ulike fasene av Møteplassen, med tilhørende læringsverktøy. Ulike læringsverktøy muliggjør også her ulike former for kunnskapsinteraksjon. Sentrale læringsverktøy er frigjøring av tid, tilrettelegging av felles måltid, tilrettelegging av lokaler for muliggjøring av uformelle samtaler, møtelokaler utenfor organisasjonens vante omgivelser, film, gruppediskusjoner og forelesninger med bruk av PowerPoint-presentasjoner. Gjennom disse og andre læringsverktøy viser funnene at Møteplassen

” Møteplassen legger til rette for interorganisatorisk kunnskapsoverføring ved å benytte ulike læringsverktøy.

het til å knytte sosiale bånd. Man oppnår også at partene deltar på et likeverdig grunnlag og at den strategiske alliansen mellom partene fremmer tillit. Risikoen for uønskede konsekvenser ved utilsiktet deling av informasjon blir i tillegg minimert.

### Kunnskapsinteraksjon

Tabell 4 viser de ulike kunn-

tilrettelegger for alle de fire formene for kunnskapsinteraksjon: sosialisering, eksternalisering, kombinerende og internalisering. De fire formene kan, i tillegg til hver for seg å skape ny kunnskap, også fungere som en kunnskapsspiral. Dermed genereres ny kunnskap i de ulike enhetene deltakerne til vanlig er del av. Funnene tyder på at Møteplassen

**Tabell 3:** Møteplassen: Interorganisatorisk dynamikk

Fase	Læringsverktøy	Inter-organisatorisk dynamikk	Empirisk beskrivelse
Ubundet tid	Tilrettelegging for uformelle samtaler. Frigjort tid. Lokaler som innbyr til sosial kontakt. Samle de samme personene på flere samlinger over tid.	Sosiale bånd	Deltakerne hilser på hverandre. Småprater om hvor de jobber, hvor lenge de har jobbet der osv. Knytter på denne måten sosiale bånd.
		Maktbalanse	Sosiale relasjoner utvikler seg fra samling 1 til 3. Mange av de samme deltakerne treffes på hver av de tre samlingene.  Partene fremstår som likeverdige. Deltaker fra kommunen: «Det er viktig å få forståelse for hvordan andre tenker. Dette har blitt bedre det siste året».
		Maktbalanse/sosiale bånd	Deltakere kommer med utsagn om at maktbalansen mellom sykehus og kommune er jevnere enn før. Partene fremstår som likeverdige.  Deltakerne får kunnskap om hverandres hverdag og utfordringer. Dette gjør partene likeverdige og de knytter sosiale bånd.
Formidling	Forelesninger av forskere, representanter fra praksisfeltet. Spørsmål fra salen. Film.	Strukturer/ mekanismer	Forelesere er i hovedsak den aktive part, mens deltakere fra salen stiller spørsmål underveis og i etterkant av innlegg. Strukturen åpner opp for enveis kommunikasjon, informasjon gis fra foreleser til tilhørere.  Deltakerne har en strategisk allianse, i form av å være en del av de offentlige helsetjenestene, og er avhengige av et godt samarbeid på tvers av enheter.  Det vises film der et relevant case presenteres. Enveis kommunikasjon gjør det mulig for deltakerne å lære av andres praksis.
		Maktbalanse	Kommunerepresentant: «Vi får kun være med i diskusjoner når det har oppstått konflikter, skulle gjerne vært med utenom også». Kan sees som et uttrykk for skjev maktbalanse, men også praktiske hensyn.  Kommunerepresentant: Forteller om erfaringer. Anerkjennet sykehjem og sykehus på lik linje, mener begge håndterer situasjoner bedre nå enn før. Legger grunnlaget for en jevn maktbalanse, eventuelt skiftende i tråd med hvem som søker og hvem som har kunnskap.
		Tillit og risiko	Ingen umiddelbar risiko står i veien for kunnskaps-overføring. Kunnskap som deles fører ikke til at senders organisasjon mister konkurransefortrinn.  Foreleser høster tillit relatert til ekspertrollen, og fremstår som troverdig. Deltakerne har tillit til at det som sies er riktig og relevant. Forskerne som er ansvarlig for opplegget har kvalitetssikret de eksterne innleggene.  Sykehusrepresentant: «Kulturen i spesialist- og primærhelsetjenesten er forskjellig – det vet vi – men vi tror det nytter å vite om det». Sykehusrepresentanten legger grunnlag for interorganisatorisk samarbeid på tross av ulikheter i kultur.
Dialog	Gruppe-diskusjoner. Fasilitator bidrar til at alle deltakere involveres.	Strukturer/ mekanismer	Alle deltakere involveres i gruppediskusjonene, som preges av en dynamisk struktur.
		Maktbalanse	Sykehusansatt: «Sykehjemmene er så flinke nå, sjelden man får pasienter lagt inn derfra» Sykehjemsansatt: «Sykehuset er flinke til å sende utskrivningsrapporter» Partene fremstår som likeverdige. Utsagnene fremmer et godt klima for kunnskapsoverføring. Man anerkjenner den andre parten, samtidig som man gir verbalt uttrykk for at man kan ha noe å lære fra ansatte i andre enheter.
		Tillit og risiko	Én deltaker dominerer i gruppen: «Vi har gjort en stor jobb, det må andre også gjøre nå». Har mye å utsette på andre aktører, fremstiller egen enhet som vellykket. Et uttrykk for en skjev maktbalanse, et forsøk på å jevne ut skjevheten.  Alle parter deltar aktivt i diskusjonen. Viser respekt for hverandres synspunkter. Deltakerne stiller spørsmål og venter på svar, og får bekreftet eller avkreftet sin forståelse. Deltakerne har en grunnleggende tillit til hverandre, de tør dele erfaringer og tar i mot andres synspunkter på en høflig måte. Man føler seg trygg på at kunnskapen som deles ikke vil bli brukt utover det som var intensjonen eller utenfor rammene.

**Tabell 4:** Møteplassen: Kunnskapsinteraksjon

Fase	Læringsverktøy	Kunnskapsinteraksjon	Empirisk beskrivelse
Ubundet tid	Frigjøring av tid. Film. Felles måltid. Tilrettelegge lokaler for uformelle samtaler. Arrangere møte på en arena utenfor organisasjonens vannte omgivelser.	Sosialisering	Deltakerne snakker med hverandre og deler erfaringer fra hverandres hverdag.  Deltakerne ønsker å bli kjent med hverandre gjennom samtale, der samtalens tema ikke trenger å handle om kunnskapen som skal overføres.  Sosialisering gjør det lettere å sette seg inn i andres tankeprosesser.
	Tid og rom for uformelle diskusjoner	Kombinering	Eksplisitt kunnskap som allerede er kjent av partene diskuteres, og settes i en annen sammenheng. Deltakerne skaper ny kunnskap ved at de utveksler og kombinerer kunnskap, og systematiserer konsepter i et kunnskapssystem.
Formidling	Visning av film med relevant case.	Sosialisering	Deltakerne observerer skuespillerne og situasjonene som presenteres i filmen. De ser hvordan god samhandling kan fungere, og hvordan spesi- fikke tekniske rutiner er tenkt gjennomført.
	Presentasjon av PowerPoints. Forelesninger av forskere. Forelesninger av sentrale representanter fra praksisfeltet.	Eksternalisering	PowerPoint-presentasjoner som er laget basert på taus kunnskap og erfaringer, blir presentert og distribuert skriftlig til deltakerne. Implisitt kunnskap fremstilles ved hjelp av eksplisitte konsepter, blant annet i form av modeller.
	Oppsummering av allerede kjent kunnskap. Presentasjon av PowerPoints.	Kombinering	Forsker oppsummerer tiltak fra forrige samling. Forskeren setter allerede kjent kunnskap inn i en ny kontekst, og tilrettelegger for at ny kunnskap skapes. Presentasjon av PowerPoints basert på eksisterende eksplisitt kunnskap i organisasjonen. Allerede kjent kunnskap systematiseres og leder til ny kunnskap.
	Forelesninger av forskere. Forelesninger av sentrale representanter fra praksisfeltet. Mulighet for spørsmål og refleksjon fra deltakerne underveis og i etterkant.	Internalisering	Kommunerepresentant: «Jeg satt og tenkte under det forrige innlegget: «Ok, vi har noen utfordringer knyttet til systemnivå og noen til individnivå». Kunnskapen internaliseres og omgjøres til verdifull kompetanse. Kommunerepresentanten gjør den nylig ervervede kunnskapen til sin egen, og bruker kunnskapen i egen organisasjonssetting.
Dialog	Gruppediskusjoner. Kafébord-oppsett. Oppfordring til formulering av skriftlige tiltak.	Eksternalisering	Deltakerne deler egen taus kunnskap med andre deltakere.  Hver gruppedeltaker noterer tre tiltak for sin avdeling, basert på egen taus kunnskap. Deltakerne skaper nye, eksplisitte konsepter. Implisitt kunnskap blir gjort tilgjengelig for andre.
	Gruppediskusjoner. Kafébord-oppsett. Oppfordring til formulering av skriftlige tiltak.	Kombinering	Deltakerne diskuterer kunnskap som allerede er kjent i gruppen. Hver gruppedeltaker noterer tre tiltak for sin avdeling, basert på eksisterende kunnskap i organisasjonen. Deltakerne setter eksisterende kunnskap inn i et kunnskapssystem. De sorterer og kombinerer allerede kjent kunnskap, det artikuleres skriftlig eller muntlig og fører til at ny kunnskap skapes.
	Gruppediskusjoner. Kafébord-oppsett.	Internalisering	Deltakerne deltar aktivt i diskusjonene. Spørsmål blir stilt til deltakere fra andre enheter. Deltakerne reflekterer over kunnskapen som kommer frem i diskusjonene.  Deltakerne oppdaterer eget kunnskapsregister med momenter de har manglet. De setter den eksisterende kunnskapen inn i et kunnskapssystem, og gjør den til sin egen.

legger til rette for at en slik form for kunnskaputvikling kan skje.

## DISKUSJON

Studien frembringer resultater som bekrefter at de ulike elementene i Møteplassen, hver for seg og som helhet, legger til rette for interorganisatorisk kunnskapsoverføring.

## Forutsetninger

Forskjellige læringsverktøy tilrettelegger for faktorer som forskningslitteraturen fremholder som viktige i prosesser for interorganisatorisk kunnskapsoverføring. For eksempel foregår mye av interaksjonen mellom deltakerne når det er frigjort tid til uformell samhandling.

## ” Tilrettelegging for dialog er et annet sentralt læringsverktøy i Møteplassen.

Dette fremmer utviklingen av sosiale bånd. Slike uformelle sosiale relasjoner har vist seg å være viktig for kunnskapsflyt mellom medlemmer av samme organisasjon (33) eller mellom forskjellige organisasjoner (34). Det er derfor grunn til å understreke betydningen av å legge til rette for uformell kontakt mellom deltakere i en interorganisatorisk læringsintervensjon.

En annen forutsetning for at kunnskapsoverføring mellom organisasjoner skal fungere, er at det finnes en strategisk allianse mellom enhetene som deltar (22). Deltakerne i Møteplassen har en slik strategisk allianse. De er en del av de offentlige helsetjenestene og avhengige av et godt samarbeid. Samtidig møter de krav til samhandling på tvers av enheter og behandlingsnivåer gjennom nasjonale føringer (1).

Videre er det viktig at det eksisterer et tillitsforhold mel-

lom partene. Dette kan bidra til trygghet på at kunnskapen ikke vil bli utnyttet utover det den var tiltenkt for, noe som kan fremme kunnskapsoverføringen (22). Man kan imidlertid ikke utelukke at det finnes informasjon deltakere og forelesere avstår fra å dele. Det kan tenkes at deling av enkelte typer informasjon kan skade enhetens eller eget omdømme. Denne studien har ikke kunnet avdekke slik tilbakeholdelse.

Tilrettelegging for dialog er et annet sentralt læringsverktøy i Møteplassen. Maktbalanse mellom partene ble observert, og i en av gruppene avdekket man en skjevhet i maktbalansen. Dette er et eksempel på at rasjo-

nale for samarbeid faller bort når en av partene ikke synes den har noe mer å lære. Slik skjevhet i maktbalansen vil sees som en hemmende faktor for interorganisatorisk kunnskapsoverføring. Funnene viser at en jevn maktbalanse i noen grad kan gjenopprettes ved at forskeren gir ordet til mindre aktive deltakere, og søker å involvere alle i diskusjonen. Dette taler for at gruppediskusjoner med fordel kan styres av en ekstern part.

Møteplassen er så langt et tiltak designet, iverksatt og fasilitert av forskere. Å videreføre tiltaket som en integrert del av arbeidet med overføringer av eldre pasienter, innebærer en rekke utfordringer knyttet til ansvar, organisering, ressurser og kultur. Ansvarsmessig har en av suksesskriteriene for Møteplassen vært bruk av eksterne fasilitatorer (forskere) og gjennomføring på «nøytral grunn».

Ved videreføring vil man måtte ta stilling til hvem som skal ha det overordnede ansvaret for Møteplassen. Dette kan være kommunale helse- og sosialkontor, en eller flere av de øvrige deltakende enheter eller samhandlingsseksjoner på sykehus. Det kan også være andre aktører med roller i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Organisatorisk bør det tilrettelegges for fortsatt gjennomføring på «nøytral grunn» der man fokuserer på en blanding av uformell kontakt, dialog, pasientbaserte case og bruk av fasilitatorer eller forskere som ikke er direkte involvert i casene. Ressursmessig er det utfordringer knyttet til å frigjøre økonomi og personale til planlegging og gjennomføring av Møteplassen. Og i forhold til hvordan oppfølging av enhetene i etterkant av deltakelse i Møteplassen skal foregå, med tanke på implementering av konkrete tiltak for bedring av kvaliteten på overføringer av eldre pasienter. Kulturmessige utfordringer er knyttet til vilje hos ledelsen i deltakende enheter, til å frigjøre personale fra ordinær drift og motivasjon hos deltakerne til å stille opp.

## Metoderefleksjoner

Studien har lagt til grunn at deltakende observasjon er en egnet metode for å få svar på hvordan Møteplassen legger til rette for kunnskapsoverføring på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Man får ved hjelp av observasjon direkte tilgang til samhandling og aktiviteter som faktisk skjer. Dermed får man førstehånds kunnskap om hvordan interorganisatorisk kunnskapsoverføring utartes i praksis. Det kan imidlertid knyttes usikkerhet



til hvorvidt man ved observasjon klarer å fange det som faktisk er relevant, og videre om observasjonene tolkes på en hensiktsmessig måte. Sammenliknet med andre kvalitative metoder som fokusgrupper eller individuelle intervjuer, kan det hevdes at en fordel ved deltakende observasjon over tid er mulighetene til å «teste» om observasjonene er relevante i løpet av datainnsamlingen. En annen begrensende faktor er at det utelukkende er benyttet feltnotater som datagrunnlag. Bruk av diktafon kan gi en mer detaljert fremstilling av dialogen, og dermed også et rikere datamateriale. Lyddokument ble av praktiske årsaker og av hensyn til deltakerne ikke gjennomført.

Studiens design er bygget opp rundt et teoretisk rammeverk (figur 1) utviklet av anerkjente og ofte siterte forskere. Litteraturen fastslår at det innen helsetjenesteforskning er en stor mangel på studier med uttalte teoretiske perspektiver, spesielt innen evaluering og implementering (35,36). Imidlertid er en slik «teoristyring» ikke uproblematisk. Den kan begrense forskeren ved at man unnlater å observere forhold som teoriene ikke vektlegger, men som like fullt er relevante. På den andre siden forutsetter studiens omfang at ikke alle faktorer kan inkluderes. Teoriene er i så måte med på å fastsette nødvendige rammer for hva som skal være gjenstand for observasjon og ikke.

Resultatene fra denne studien peker på hvordan en læringsarena kan legges til rette for kunnskapsoverføring relatert til overføringer av eldre pasienter mellom tjenestenivåer. Litteraturen peker på at svært få studier presenterer forslag

til metoder som støtter opp om kunnskapsformidling og kunnskapsutveksling i helsevesenet (37). I så måte er denne studien et bidrag som kan tjene til dette formålet. Studien er ikke designet for å kartlegge effekter i form av konkrete tiltak iverksatt i de deltakende enhetene for å forbedre overføring av pasienter som følge av Møteplassen. Det er i sin tur viktig å gjennomføre slike effektstudier for å konkludere om Møteplassen har effekt både på læringsforholdene i de deltakende enhetene og på kvaliteten på overføring av eldre pasienter. Dette vil være del av prosjektets fase 2 (19).

### Konklusjon

Den gjennomførte observasjonsstudien viser at intervinsjonen Møteplassen ved hjelp av ulike læringsverktøy legger til rette for fire former for kunnskapsutvikling: 1. Sosialisering i form av frigjøring av tid, film, felles måltid, tilrettelegging for uformelle samtaler, møtepunkt utenfor vante omgivelser. 2. Eksternalisering i form av presentasjon av PowerPoints, forelesninger, gruppediskusjoner, kafébord-oppsett, oppfordring til formulering av skriftlige tiltak. 3. Kombinering i form av tid og rom for uformelle diskusjoner, oppsummering av allerede kjent kunnskap, presentasjon av PowerPoints, gruppediskusjoner, kafébord-oppsett, oppfordring til formulering av skriftlige tiltak. 4. Internalisering av kunnskap i form av forelesninger, mulighet for spørsmål og refleksjon, gruppediskusjoner, kafébord-oppsett.

Samtidig gjør Møteplassen bruk av læringsverktøy som fremmer dynamikk på tvers av organisasjoner i form av tilrettelegging for uformelle samtaler,

frigjort tid, lokaler som innbyr til sosial kontakt, samle de samme personene på flere samlinger over tid, forelesninger, åpning for spørsmål fra salen, film og gruppediskusjoner med fasilitator (forsker) til stede. Videre har partene; deltakere fra primær- og spesialisthelsetjenesten, trekk som fremmer kunnskapsoverføring i form av at de er motiverte for å lære og for å gi fra seg kunnskap. I tillegg anerkjenner de verdien av ny kunnskap og har verdifull kunnskap å tilby. Studien konkluderer med at Møteplassen er en virkningsfull arena som tilrettelegger for interorganisatorisk kunnskapsoverføring knyttet til overføringer av eldre mellom behandlingsnivåer.

Integrering av Møteplassen som en læringsarena for kunnskapsoverføring som ikke er forskerdrevet, krever avklaring av en rekke forhold knyttet til ansvar, organisering, ressurser og kulturtrekk hos deltakende enheter. Spredning av Møteplassen til bruk i andre deler av helsetjenesten fordrer videre forskning, men suksesskriterier som tilrettelegging for uformell kontakt, strategiske allianser, tillit mellom partene, dialog og bruk av «eksterne» fasilitatorer (forskere) anses å være typiske trekk.

### REFERANSER

1. Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. nr. 47 (2008–2009).
2. God kvalitet – trygge tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. nr. 10 (2012–2013).
3. Integrated health services – What and why? (Internett). WHO; 2008 (Nedlastet: 2015-03-13). Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/healthsystems/technical\\_brief\\_final.pdf](http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf).
4. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric*

Psychiatry. 2003;18:222-35. doi: 10.1002/gps.819.

5. **Hilligoss B, Cohen MD.** The unappreciated challenges of between-unit hand-offs: negotiating and coordinating across boundaries. *Annals of emergency medicine*. 2013;61(2):155-60. doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.04.009.

6. **Holen-Rabbersvik E, Eikebrokk TR, Fensli RW, Thygesen E, Slettebø Å.** Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: a Delphi study. *BMC health services research*. 2013;13:451. doi: 10.1186/1472-6963-13-451.

7. **Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.** Politikk for likestilling. Oslo, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet; 2012. NOU 2012:15.

8. **Mechanic D, Tanner J.** Vulnerable people, groups, and populations: societal view. *Health Affairs*. 2007;26:1220-30. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1220.

9. **Long SJ, Brown KF, Ames D, Vincent C.** What is known about adverse events in older medical hospital inpatients? A systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013;25:542-54. doi: 10.1093/intqhc/mzt056.

10. **Wenger NS, Young RT.** Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55:S285-S92. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01334.x.

11. **Coleman EA.** Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51:549-55. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.511185.x.

12. **Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademam P, Kalkman C, et al.** Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Annals of internal medicine*. 2012;157:417-28. doi: 10.7326/0003-4819-157-6-201209180-00006.

13. **Laugaland K, Aase K, Barach P.** Addressing risk factors for transitional care of the elderly – literature review. I: Albolino S, Bagnara S, Bellandi T, Llanaez J, Rosal-Lopez G, Tartaglia R, eds. *Health care systems ergonomics and patient safety*. London: Taylor & Francis Group; 2011:183-91.

14. **Laugaland K, Aase K, Barach P.** Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*. 2012;41:2915-24. doi: 10.3233/WOR-2012-0544-2915.

15. **Aase K, Laugaland KA, Dyrstad DN, Storm M.** Quality and safety in transi-

onal care of the elderly: the study protocol of a case study research design (phase 1). *BMJ open*. 2013;3(8). doi: 10.1136/bmjopen-2013-003506.

16. **Storm M, Siemsen IMD, Laugaland K, Dyrstad DN, Aase K.** Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal Of Integrated Care [Internet]*. 2014 [Nedlastet: 2014-05-20];14(2). Tilgjengelig fra: <https://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/1194/2384>.

17. **Hastings SN, Heflin MT.** A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 2005;12, 978-86. doi: 10.1197/j.aem.2005.05.032.

18. **Clark PG.** Examining the interface between interprofessional practice and education: Lessons learned from Norway for promoting teamwork. *Journal of interprofessional care*. 2011;25:26-32. doi: 10.3109/13561820.2010.497751.

19. **Storm M, Groene O, Testad I, Dyrstad DN, Heskestad RN, Aase K.** Quality and safety in the transitional care of the elderly (phase 2): the study protocol of a quasi-experimental intervention study for a cross-level educational programme. *BMJ Open*. 2014;4(7). doi: 10.1136/bmjopen-2014-005962.

20. **Gordon M, Findley R.** Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. *Medical education*. 2011;45:1081-9. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04049.x.

21. **Stoyanov S, Boshuizen H, Groene O, van der Klink M, Kicken W, Drachler H, Barach P.** Mapping and assessing clinical handover training interventions. *BMJ quality & safety*. 2012;21:i50-i57. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001169.

22. **Easterby-Smith M, Lyles MA, Tsang EW.** Inter-organizational knowledge transfer: Current themes and future prospects. *Journal of management studies*. 2008;45:677-90. doi: 10.1111/j.1467-6486.2008.00773.x.

23. **Cohen W, Levinthal D.** Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation. *Administrative Science Quarterly [Internet]*. 1990 [hentet 2014-05-15];35:128-152. Tilgjengelig fra: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.uis.no/ehost/detail?sid=e6abf9fb-7998-4745-b44f-6f8117f257f5%40sessionmgr4003&vid=2&hid=4114&bdata=JnNjb3BIPXNpdG%3d#db=sih&AN=9603111655>.

24. **Lane PJ, Lubatkin M.** Relative absorptive capacity and interorganizational learning. *Strategic management journal [Internet]*. 1998 [hentet 2014-05-15];19:461-77. Tilgjengelig fra: [http://webkuliah.unimedia.ac.id/ebook/files/lane-lubatkin\(1998\)%20relative%20absorptive.pdf](http://webkuliah.unimedia.ac.id/ebook/files/lane-lubatkin(1998)%20relative%20absorptive.pdf).

25. **Norman PM.** Protecting knowledge in strategic alliances: Resource and relational characteristics. *The Journal of High Technology Management Research*. 2002;13: 177-202. doi: 10.1016/S1047-8310(02)00050-0.

26. **Ko D-G, Kirsch LJ, King WR.** Antecedents of Knowledge Transfer from Consultants to Clients in Enterprise System Implementations. *MIS Quarterly*. 2005;29:59-85. doi: 10.2307/25148668.

27. **Dhanaraj C, Lyles MA, Steensma HK, Tihanyi L.** Managing tacit and explicit knowledge transfer in IJVs: the role of relational embeddedness and the impact on performance. *Journal of International Business Studies*. 2004;35:428-42. doi: 10.1057/palgrave.jibs.8400098.

28. **Hagedoorn J, Narula R.** Choosing Organizational Modes of Strategic Technology Partnering: International and Sectoral Differences. *Journal of International Business Studies*. 1996;27:265-84. doi: 10.2307/155285.

29. **Nonaka I, Takeuchi H.** *The Knowledge Creating Company*. New York: Oxford University Press; 1995.

30. **Nonaka I.** A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization science*. 1994;5:14-37. doi: 10.1287/orsc.5.1.14.

31. **Simonin BL.** An empirical investigation of the process of knowledge transfer in international strategic alliances. *Journal of international business studies*. 2004;35:407-27. doi: 10.1057/palgrave.jibs.8400091.

32. **Johannessen A, Tuft PA, Christoffersen L.** *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag; 2010.

33. **Hansen MT, Løvås B.** How do multinational companies leverage technological competencies? Moving from single to interdependent explanations. *Strategic Management Journal*. 2004;25, 801-22. doi: 10.1002/smj.413.

34. **Bell GG, Zaheer A.** Geography, networks, and knowledge flow. *Organization Science*. 2007;18:955-972. doi: 10.1287/orsc.1070.0308.

35. **Davidoff F, Dixon-Woods M, Leviton L, Michie S.** Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ Quality and Safety*. 2015;24:228-38. doi:10.1136/bmjqs-2014-003627.

36. **Walshe K.** Understanding what works – and why – in quality improvement: the need for theory-driven evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19:57-59. doi: 10.1093/intqhc/mzm004.

37. **Pentland D, Forsyth K, Maciver D, Walsh M, Murray R, Irvine L, Sikora, S.** Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67:1408-25. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05631.x.

# SMERTE OG SMERTEBEHANDLING

Via Helsebiblioteket.no finner du smarte tips og lenker til kunnskap om smerter.

## helsebiblioteket.no

Tekst og foto: **Runar Eggen**,  
seniorrådgiver ved Helsebiblioteket

Smerte har blitt omtalt som gaven ingen vil ha. Smerte beskytter oss mot skade, og er på den måten nyttig for oss rent fysisk. Men smerte har også en psykologisk side. Man blir redd og nedstemt ved å føle eller forvente smerte.

### > PRAKTISK EKSEMPEL

På Helsebiblioteket.no finnes det flere gode kilder til informasjon om forskjellige typer smerter og behandlingen av dem. La oss ta utgangspunkt i et praktisk eksempel:

Du jobber på legevakt og inn kommer en 50 år gammel mann med et andregrads brannskår som dekker framsiden av høyre lår. Hvor kan du finne anbefalt behandling? Det naturlige førstevalget er Legevakthåndbokens kapittel om brannskader. Der finner du en grei definisjon av første-, andre- og tredjegradsforbrenning, samt en enkel måte å beregne omfanget av forbrenningen på.

Vår pasients skade regnes som en mindre skade, og han kan behandles på legevakt. Smertestillende gis ved behov, og såret skal dekkes til sterilt. Framgangsmåten kan du lese i Legevakthåndboken. Helsebiblioteket har kjøpt fri Legevakthåndboken for alle med norsk IP-adresse, og boken finnes også som gratis mobil-app for iPhone og Android-telefoner.

### > GENERELLE OPPSLAGSVERK

Smerte forekommer ved mange tilstander, og smertebehandling er beskrevet i en rekke sammenhenger i Helsebibliotekets kilder.

Hvis du ganske enkelt søker på smerte i søkefeltet øverst på Helsebiblioteket.no, får du opp en ramme med treff i de viktigste kildene. Der ser du at oppslagsverket BMJ Best Practice har en rekke artikler som heter «Assessment of –pain». Blant artiklene finner

du vurdering av magesmerter hos barn, gravide samt kroniske magesmerter. Disse artiklene er til stor hjelp ved diagnostikk og er primært skrevet for allmennleger, men andre kan også ha stor nytte av dem.

### > MAGESMERTER HOS BARN

For eksempel vil magesmerter hos barn ofte gå over av seg selv, men smertene kan også være et tegn på at noe er alvorlig galt. Kapittelet om vurdering av magesmerter hos barn; «Assessment of abdominal pain in children», viser først de vanligste differensialdiagnosene, og deretter de mindre vanlige. Dette er praktisk fordi det gir tips om hva man bør undersøke først.

Oppslagsverket UpToDate har også bred dekning av smerte. Der får du et godt overblikk rett og slett ved å søke på «pain» i oppslagsverkets eget søk.

### > EGNE RETNINGSLINJER

Det er utarbeidet egne retningslinjer for smertebehandling. Den mest generelle er legeföreningens Retningslinjer for smertelindring, men smertelindring er høyst aktuelt i kreftbehandling, og det finnes en egen retningslinje for dette: Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.

Hvis du skal gi smertestillende legemidler, er det viktig å dosere riktig. Morfin har for eksempel åndedrettsdempende virkning i større doser. Helsebiblioteket har laget en app for å hjelpe deg med legemiddelutregning. Ut fra ordinert dose kan du regne ut hvor mange tabletter, hvor fort et drypp skal gå og så videre. Appen er tilpasset iPhone og Android-telefoner og har fått navnet Legemiddelutregning.

Har du gitt for mye morfin, finnes det en behandlingsanbefaling fra Giftinformasjonen på Helsebiblioteket. En samlet oversikt over behandlingsanbefalinger ved forgiftninger finner du på [www.helsebiblioteket.no/forgiftninger](http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger).

### > AKTUELLE LENKER:

[www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no)

[www.lvh.no](http://www.lvh.no)

Søk på smerte hos Helsebiblioteket



# ULTRALYD KAN GI BEDRE OPPFØLGING AV HJERTESVIKT

› Undersøkelser med ultralyd gir nyttig informasjon for dosering av vann drivende medisiner.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Foto **Johan Arnt Nesgård/Colourbox**

Dette dokumenteres i en studie utført av Guri H. Gundersen og medarbeidere.

– Å bruke ultralyd er vanligvis forbeholdt leger, men på sykehuset i Levanger har sykepleierne ved hjertesviktpoliklinikken undersøkt pasienter med ultralyd siden 2002, forteller hun.

– Ved å bruke ultralyd i undersøkelsen av pasienter med hjerte-

skriftet Heart. Hensikten med studien var å gjøre en systematisk undersøkelse av de erfaringene man lenge hadde sett nytten av i praksis.

## MER NØYAKTIG

– Målet med å undersøke hertepasientene med ultralyd er å se om pasienten har for mye, normal mengde eller for lite væske i kroppen og dermed bedre kunne optimalisere dosen med vann drivende medisin.

for mye vann drivende medisin vil kunne påvises ved lite fylde av hulvenen.

Totalt 62 pasienter ble undersøkt to ganger av to sykepleiere; Gundersen og en til.

– Vi utførte standard undersøkelse av pasienten, målte blodtrykk, EKG, vurderte hevelse i beina og blodprøver.

I tillegg brukte en av de to sykepleierne lommeultralyd for å vurdere væskestatus. Hver av dem vurderte så pasientens væskestatus og diskuterte sine funn med hver sin hjertespesialist. Vann drivende medisin ble bestemt i samråd med hjertespesialisten.

” – Å bruke ultralyd er vanligvis forbeholdt leger.

svikt kan vi komme forverring i forkjøpet og dermed forebygge reinnleggelser i sykehus.

Gundersen er spesialsykepleier i intensivsykepleie og kardiologisk sykepleie ved hjertesviktpoliklinikken på Sykehuset Levanger. Hun har nylig publisert en studie i det anerkjente forskningstids-

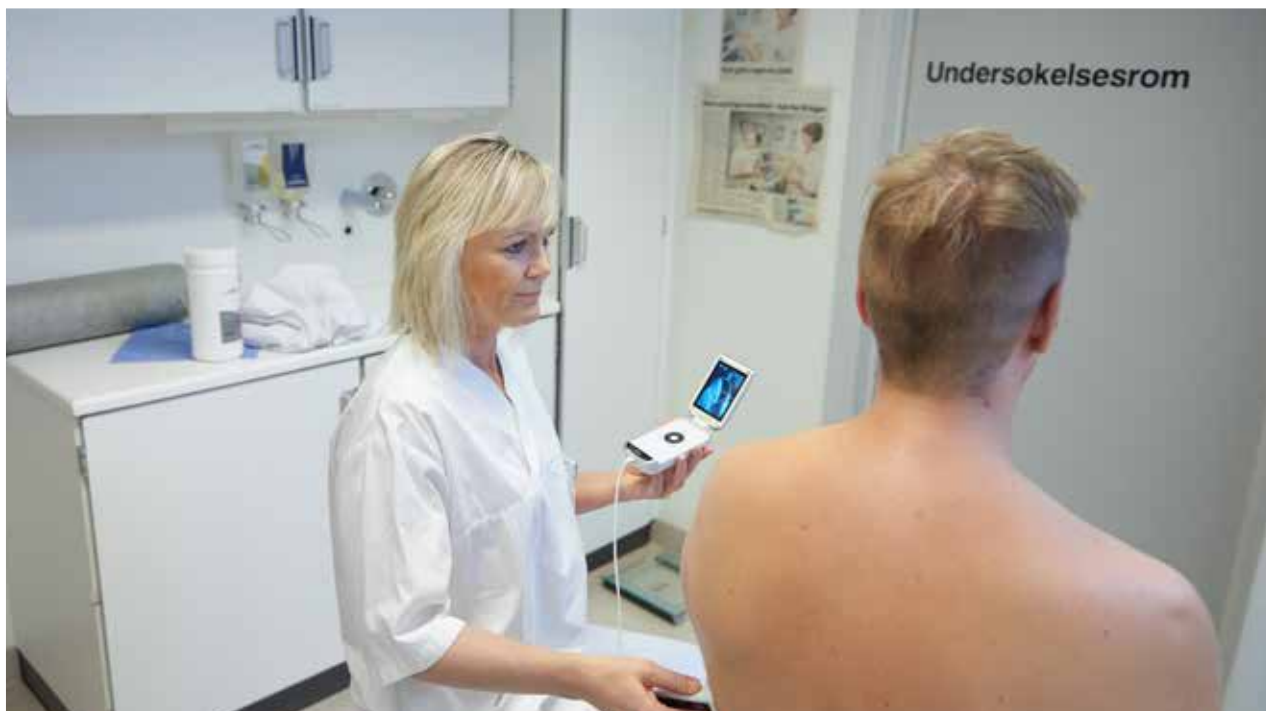
For mye væske kan føre til forverring av pasientens tilstand og gir seg ofte utslag blant annet i tung pust og hevelser i beina.

– Ved for liten dose vann drivende medisin kan man ved hjelp av ultralyd ofte se en fyldig hulvene og nytillkommet eller økt mengde væske i lungeposen, mens

## UENIGHET

Studien bekreftet at undersøkelser med ultralyd ga det sikreste grunnlaget for dosering av vann drivende medisiner.

– Ved 44 av 119 kontroller var vi uenig om pasientens væskestatus. Det dårlige samsvaret må sees i lys av at den ene syke-



> **LOMMEULTRALYD:** På hjertesviktpoliklinikken ved Sykehuset Levanger har sykepleierne brukt ultralyd på pasienter i mange år. Nå har sykepleier Guri H. Gundersen dokumentert effekten. Foto: Johan Arnt Nesgård.

pleieren manglet opplysningene ultralydundersøkelsen ga om pasientens væskestatus, forteller Gundersen.

– 42 prosent av pasientene hadde væske i lungeposen, et tegn på for mye væske i kroppen og det sikreste utgangspunktet for riktig dosering av vann drivende medisin. Dette ble kun avdekket med ultralyd.

Vanlig praksis ellers i Norge og Europa er at oppfølgingen av hjertesviktpasienter blir utført av sykepleier på hjertesviktpoliklinikken, men uten ultralyd. Gundersen mener derfor at doseringen av vann drivende medisin til disse pasientene i stor grad er basert på usikre kliniske tegn.

– Jeg og den andre sykepleieren som deltok i studien har begge tjue års erfaring med hjertesviktpasienter. Likevel var vi flere ganger uenige om hvorvidt en pasient hadde hevelser i beina og om pasienten var tungpustet

eller ikke. Slike vurderinger blir i dag de fleste steder brukt som grunnlag for dosering av vann drivende medisin.

#### SPARER PENGER

Det at ultralyd nå finnes i lommeformat og brukes av sykepleierne har også økonomiske fordeler.

– Lommeultralydapparatet er svært billig sammenliknet med tradisjonelt ultralydutstyr, og at sykepleierne bruker det på hjertesviktpoliklinikken gir bedre behandling og forebygger reinnleggelser, sier Gundersen.

Også på hjertesviktpoliklinikken på St. Olav har sykepleierne begynt å bruke lommeultralyd når de undersøker pasientene. Men her er det relativt nytt. Kardiologisk sykepleier Torunn Ulfnes er en av tre sykepleiere ved klinikken som har hospitert ved Levanger sykehus i forbindelse med implementeringen.

– Vi er fremdeles i innkjørfasen. Å bruke ultralyd krever

praktiske ferdigheter og forutsetter at man kan tolke bilder. Så vi har fortsatt stor nytte av å konsultere både hverandre og kardiologene, forteller Ulfnes.

– Det de har gjort på Levanger sykehus har vært en viktig inspirasjonskilde. I tillegg er dette et utslag av generell oppgaveglidning der sykepleiere tar over flere av legens oppgaver, sier hun.

Å ta videreutdanning i kardiologisk sykepleie har gitt henne og de andre sykepleierne på hjertesviktpoliklinikken et godt grunnlag.

– Videreutdanning har gjort oss mer skolerte og bevisste på å jobbe forskningsbasert.

Innføring av lommeultralyd på hjertesviktpoliklinikken har ifølge Ulfnes møtt svært lite motstand.

– Vi møtte litt skepsis til å begynne med, men i det store og hele er implementeringen godt mottatt både av sykepleiere og kardiologer.



# TESTANGST GIR DÅRLIGE RESULTATER

› Kari Røykenes har forsket på undervisning og testing i medikamentregning og mener det fører til høy testangst og kan gi dårlig praksis.

**Kari Røykenes**

f. 1961

**Tittel:** Første-amanuensis

**Arbeidssted:** Høgskolen Beta-nien i Bergen

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Helge Skodvin**

Røykenes har undervist i medikamentregning på sykepleierutdanningen i mange år. Hun erfarer at presset på studentene har økt, noe som også har ført til sterkere testangst. I 2000 ble kravet om å avlegge feilfri prøve i medikamentregning innført i *Rammeplanen for bachelor i sykepleie*. Dette mener hun har forverret tilstandene for studentene.

## HØY TESTANGST

– Jeg ser at stadig flere studenter sitter og griner i klasserommet på grunn av testangst. Da er det noe som er galt, sier Røykenes.

I dag kommer halvparten av studentene rett fra videreutdanningen, mens resten er mellom 20 og 40 år.

– De yngre studentene har andre utfordringer enn de eldre, noe som gjør det krevende å undervise i medikamentregning på en måte som passer for alle.

For å imøtegå dette, startet Høgskolen Betanien opp med egen undervisning i medikamentreg-

ning for studenter med lav mestringsopplevelse i matematikk. Kari Røykenes disputerte nylig for sin doktoravhandling der hun blant annet beskriver denne intervensjonen og hvilke resultater den ga.

– Først måtte jeg finne ut om det faktisk var slik jeg antok, at mange slet med høy testangst, forteller hun.

## YNGRE REDDEST

Røykenes og kollegaer intervjuet 205 studenter ved to av landets høyskoler. Angsten var størst blant de yngste studentene, og særlig hos jentene. Ut fra resultatet av denne kartleggingen ble 18 studenter, av et kull på 60, invitert til å delta i undervisningsopplegget. Samtlige

” Vi var opptatt av å etablere en vi-følelse hos studentene.

18 hadde testangst og samtykket til å delta i undervisningsopplegget.

– Vi var opptatt av å etablere en vi-følelse hos studentene og tid-

lig i undervisningsopplegget fikk deltakerne i oppgave å skrive sin matematikkhistorie «Matten min og meg». Denne delte de så med hverandre noe som bidro til gruppetilhørighet og en opplevelse av ikke å være alene med sine utfordringer, forteller Røykenes.

I flere av historiene kom det frem at mange syntes matematikk var gøy på barneskolen og at det var et fag de mestret. Mange forteller at forholdet til faget endret seg på ungdomsskolen og videregående skole.

## «HIGH-STAKES»-TESTING

Studentene tok en enkel matematikktest ved undervisningsstart. De fleste skåret dårlig på divisjon og en del også på omregning. Undervisningen foregikk en gang i uken, studentene jobbet i grupper og startet opp med enkel matematikk, men kunne raskt gå videre med å løse mer avanserte oppgaver.

– *Hva skilte undervisningen for studenter med testangst fra det vanlige opplegget?*

– På Betanien foregikk undervisning i medikamentregning i større grupper, gjerne i form av



› **Stressa studenter:** Kari Røykenes erfarer stadig oftere at studenter griner i klasserommet på grunn av eksamensnerv.

forelesning. For mange studenter var målet å bestå testen. Opplegget var basert på at studentene skulle få oppfølging i medikamentregning, blant annet gjennom praksisstudiene, noe som varierte, forteller Røykenes.

Hun er generelt kritisk til «high-stakes»-testing, som innebærer at videre studier baserer seg på at testen består feilfritt.

– En slik måte å teste kunnskap på gjør at studentene drives av en ytre motivasjon for å bestå testen i stedet for en indre motivasjon til å lære og forstå. Dette kan føre til dårligere praksis, påpeker Røykenes.

#### TILFELDIG RESULTAT

Studentene pugges og løser masse oppgaver i forkant av prøven. Noen klarer det. Andre ikke. Det kan være litt tilfeldig.

– Man har gitt en identisk test til studentene to år etter medikamenttesten og da har resultatene vært begreidelige. Jeg mener denne måten å teste studentene på er grunnleggende feil; man tester testangst og ikke reelle kunnskaper, sier Røykenes.

” Studentene drives av en ytre motivasjon for å bestå testen i stedet for en indre motivasjon til å lære og forstå.

– Men på hvilken måte kan slik testing slå dårlig ut i praksis?

– Hvis man stoler på at det å bestå en slik test gjør at studenten behersker medikamentregning, kan det få fatale konsekvenser. Dette er en overflatisk form for læring, som ikke sier nok om studentenes dybdekunnskap, mener Røykenes.

*Hva foreslår du i stedet?*

– Jeg har ikke noe endelig svar på det, men mener for eksempel at simulering kan være en god metode for å lære dette på en grundigere måte. I tillegg er det viktig at studentene møter ekspertise i praksis slik at de får god og grundig oppfølging i medikamentregning også der.

#### MATTE TELLER

Røykenes synes vektleggingen av kunnskaper i medikamentregning for å unngå feilmedisinering er overdreven, og at andre faktorer får for lite oppmerksomhet.

– Forskning viser at lange vakter, underbemanning og at sykepleien blir forstyrret under administrering av medikamenter også spiller inn, sier hun.

– Hva var dine hovedfunn?

– Jeg fant at testen bidrar til høy testangst og at dårlig selvoppfattelse i matte gir høyere testangst. I tillegg fant jeg at negative erfaringer i matematikkundervisningen fra ungdomsskolen og videregående også bidro til testangst.

– Førte det alternative undervisningsopplegget til redusert testangst?

– Ifølge skriftlige tilbakemeldinger fra studentene, førte intervensjonen til økt mestringfølelse i matematikk og til en sterk fellesskapsfølelse i undervisningen, forteller Røykenes.

– Testangsten ble ikke lavere på slutten av semesteret enn i begynnelsen, men den ble heller ikke høyere selv om det nærmet seg tidspunktet for medikamenttesten.

# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**BERIT MISUND DAHL**

**Tittel:** The meaning of professional identity in public health nursing

**Arbeidssted:** Høgskolen i Ålesund

**Utgått fra:** Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

**Veiledere:** Anne Clancy og Elisabeth Fosse

**Disputas:** 22. september 2015

**E-post:** bd@hials.no

► **Bakgrunn:** Helsesøsterfaget er endret over tid med økt kompleksitet og skifte fra et sykdomsforebyggende til et helsefremmende hovedfokus. Helsesøsterrollen kan sees som en sentral kopling mellom myndighetene og befolkningen på temaet folkehelse.

**Hensikt:** Øke kunnskapen og forståelsen for helsesøsteridentiteten, gjennom å identifisere prinsipper, strategier og mål i den nasjonale rammeplanen for helsesøsterprofesjonen og gjennom å belyse den kliniske erfaringen til 23 helsesøstre. Samfunnsmessige diskurser kan påvirke den profesjonelle identiteten. En avklaring av identiteten er også en avklaring av helsesøstrenes ansvar i forhold til befolkningen og handler om kvaliteten

på arbeidet, og helsesøstrenes vei videre.

**Metode:** Data er samlet inn ved bruk av dokumenter og intervjuer og er analysert i et diskursanalytisk perspektiv og ved hjelp av fenomenologisk hermeneutisk metode.

**Resultat:** Utdanningsplanen hadde et dominerende sykdomsforebyggende fokus. Politiske dokumenter vektlegger helsefremming og primærforebygging, og analysen synliggjør behov for en revisjon av rammeplanen. Helsesøstrene erfarte etiske konflikter og kunne velge å prioritere de som trengte det mest, på bekostning av de mange, i utakt med politiske strategier. Tidspress i konsultasjonene og ukritisk bruk av forskningsbasert kunnskap og prosedyrer kan bidra til å svekke den kliniske dømmekraften.

**Konklusjon:** Helsesøsters mandat og praksis er kompleks og mangfoldig, og usikkerhet rundt prioritering av arbeidsoppgaver kan utgjøre en utfordring for konstitueringen av en helsesøsteridentitet. Myndigheten må tilrettelegge slik at helsesøster kan være en spesialist- generalist på det helsefremmende og sykdomsforebyggende feltet mot alle barn, unge og familier. En tydeliggjøring av mandat og posisjon i organisasjonen, ved refleksjon i praksis, kan konstituere en sterk profesjonell identitet.



**Kandidat:**  
**ELIN BØRØSUND**

**Tittel:** Implementering, bruk og effekt av elektroniske løsninger for selvhjelpsstøtte og kommunikasjon

**Arbeidssted:** Oslo universitetssykehus HF, Medisinsk klinikk, Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning

**Veiledere:** Cornelia M. Ruland, Shirley M. Moore, Mirjam Ekstedt

**Utgått fra:** Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin

**Disputas:** 05. mai 2015

**E-post:** elin.borosund@rr-research.no

► **Bakgrunn:** Stadig flere lever med kronisk sykdom og sykehusoppholdene har blitt kortere. Pasientene må håndtere flere helseutfordringer hjemme på egen hånd. Det er derfor behov for nye måter å tilby oppfølging på. eHelseløsninger kan bidra til å støtte pasientene i mestring og egenomsorg, men det er fortsatt barrierer mot bruk av denne type løsninger.

**Hensikt:** Å studere ulike aspekter relatert til implementering, bruk og effekt av eHelse-intervensjoner.

**Metode:** Første delstudie består av fokusgruppeintervju med 20



sykepleiere om deres erfaringer med bruk av et elektronisk verktøy for symptomkartlegging og kommunikasjonsstøtte (Choice) ett år etter implementering. Studie to er en sekundæranalyse av hvordan pasienter brukte en web-basert støtteløsning. Den tredje studien, en trearmet randomisert kontrollert studie, tester effekt av web-basert støtte og sikker e-post blant kvinner med brystkreft.

**Resultat:** Implementering av Choice i konsultasjoner bedret kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, men medførte også utfordringer vedrørende tilpassing til eksisterende rutiner og ga behov for ny forkunnskap blant helsepersonell. Pasienter med mange symptomer kombinert med høy depresjonsskåre og lite sosial støtte benyttet i høy grad muligheten til å sende e-post og finne tiltak for egne symptomer. Tilgang til web-basert støtte inkludert mulighet til å sende sikker e-post til helsepersonell ved behandlende sykehus, reduserte symptomer, angst- og depresjonsskårer. Gruppen som kun hadde mulighet til å sende e-post hadde også reduksjon av depresjonsskåre.

**Konklusjon:** Choice, webstøtte og e-post kan være nyttige løsninger i oppfølging av pasienter med kreft. Ved innføring av eHelseløsninger i praksis må eksisterende rutiner

tilpasses og det må tilrettelegges for nødvendig kompetanseheving.



**Kandidat:**  
**KARL ØYRI**

**Tittel:** Utpøring av trådløs kortholdsradio for monitorering i intensivmiljø

**Arbeidssted:** Oslo universitetssykehus HF, Intervensjonssenteret

**Utgått fra:** Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**Veileder:** Erik Fosse

**Disputas:** 16. september 2015

**Nøkkelord:** Informasjonsteknologi, Intensiv, Medisinsk tekniskutstyr, Observasjon

**E-post:** karl.oyri@rr-research.no

> **Bakgrunn:** Tilstanden til kritisk syke pasienter overvåkes med medisinske sensorer som produserer data med jevne mellomrom eller som kontinuerlige datastrømmer. Frem til i dag har teknologien som benyttes ved pasientmonitorering vært basert på at dataoverføring fra medisinske sensorer skjer via kablede nettværk. I de senere tiår har trådløs nettverksteknologi basert på kortholdsradio ført til store endringer i kommunikasjon i forbrukersamfunnet. I trådløse systemer overføres data gjennom

luft og de kan være sårbare for elektromagnetisk støy som kan medføre tap av data.

**Hensikt:** Undersøke om data fra avanserte pasientmonitorerings-systemer for kritisk syke kan overføres med trådløs kortholdsradio i stedet for dagens kablede løsninger uten tap av data.

**Metode:** Luftbasert dataoverføring med forskjellige typer eksperimentelle kortholdsradio-teknologier som Bluetooth, ZigBee og Wi-Fi ble sammenliknet med samtidig kablet monitorering. Kvalitet på trådløs overføring med Bluetooth-radio ble undersøkt ved laparoskopisk kirurgi, med ZigBee-radio under preklinisk hjertekirurgi, og kompatibilitet mellom simulerte Wi-Fi-signaler fra en intra-aortal ballongpumpe med samtidig ZigBee-overføring

**Resultat:** Datatap var uten klinisk betydning i alle eksperimentene. Selv under kirurgi med stor tetthet av elektronisk støy var tap av data fra kortholdssystemene svært lav.

**Konklusjon:** Monitorering med kortholdsradioer viste at luftbasert dataoverføring var robust og pålitelig i tester. Utpøring i større skala må gjennomføres før kortholdsradio kan erstatte kablet teknologi i dataoverføring for monitorering.



**Kandidat:**  
**KJERSTI OTERHALS**

**Tittel:** Patient-reported outcomes in patients with aortic stenosis with and without aortic valve replacement

**Arbeidssted:** Hjereteavdelingen, Haukeland Universitetssykehus og Institutt for sykepleie, Master i Klinisk sykepleie, Høgskolen i Bergen

**Utgått fra:** Det medisinsko-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

**Veiledere:** Tone Merete Norekvål, Rune Haaverstad og Jan Erik Nordrehaug

**Disputas:** 27. august 2015

**E-post:** kjersti.oterhals@helse-bergen.no

› **Bakgrunn:** Forekomsten av aortastenose (AS) øker med alder, og er 2–4 prosent ved 65 år. Internasjonale retningslinjer anbefaler at de med alvorlig symptomatisk AS får kirurgisk behandling. Cirka 1000 personer opereres årlig i Norge.

**Hensikt:** 1) Å undersøke klinisk status og selvrapportert helse hos pasienter med AS, uten operasjon, og identifisere faktorer som var assosiert med valg av behandling og overlevelse. 2) Å identifisere faktorer som har sammenheng med dårligere helse hos pasienter etter klaffekirurgi, og sammenligne helsestatus hos klaffeopererte med den norske normalbefolkning. 3) Å beskrive hvordan pasienter tilpasser seg å leve med en mekanisk hjerteklaff.

**Metode:** Spørreskjema kartla selvrapportert helse hos pasienter som hadde gjennomgått klaffekirurgi 2000–2012, samt en gruppe med aortastenose uten operasjon. De siste ble i tillegg fulgt i 18 måneder. I tillegg ble kliniske data hentet fra pasientjournal. Tjue personer med mekaniske hjerteklaffer ble intervjuet.

**Resultat:** Etthundre og førtifem pasienter under konservativ behandling besvarte spørreskjemaer. Symptomer på AS påvirket fysisk og mental helse negativt.

Ikke alle som hadde symptomer var tilbudt kirurgisk behandling etter 18 måneder. For de 908 som hadde gjennomgått klaffekirurgi viste resultatene at lav utdanning, lavt fysisk funksjonsnivå, symptomer på hjertesvikt, høy operasjonsrisiko, og symptomer på depresjon hadde sammenheng med dårligere fysisk helse. Det å bo alene, ha symptomer på angst og depresjon hadde sammenheng med lavere mental helse. For de med mekanisk hjerteklaff var bruk av blodfortynnende medisin det mest problematiske, og for noen var den hørbare klikkelyden fra hjerteklaffen forstyrrende i noen situasjoner.

**Konklusjon:** Symptomer på AS påvirker pasientenes fysiske og mentale helse. Pasienter med AS må følges nøye slik at de kan tilbys kirurgisk behandling på rett tidspunkt. Etter operasjonen bør oppfølging skreddersys den enkeltes behov. Pasienter med mekaniske hjerteklaffer har behov for mer kunnskap om blodtynnende behandling.

## HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag. Retningslinjer for utforming og innsending av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider:

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).





## Contents >>

<b>Editorial:</b> The Norwegian journal of clinical nursing goes online .....	303
<b>Contributions:</b>	
Loveleen Rihel Brenna: When our humanity was put to the test .....	304
Kristin Haraldstad: Pain among youth is common .....	307
<b>Summarised research:</b>	
Cochrane .....	308
Research news .....	312
<b>Research articles:</b>	
Pain assessment of patients on mechanical ventilation. By Tone Kristine Amundgaard and Ingrid Landgraaff Østlie .....	314
Comment: Nurses' prior understanding is important. By Eva Martine Bull .....	324
Nurses' and students' knowledge and attitude regarding pain in adults. By Tone Høilo Granheim, Kari Raaum, Knut-Andreas Christophersen and Alfhild Dihle .....	326
Comment: We must rely on the patient's pain experience. By Helena Blom .....	335
<b>Nurse administered sedation during renal denervation.</b> By Bente Nilsen, Lena Nordgaard Dehli, Atena Miroslawska and Tove Aminda Hanssen .....	336
Heating pad as an analgesic after gynaecological operations. By Kari Jansson, Anne Kath Knudsen and Ulrich Spreng .....	344
<b>Where is the school nurse? A study of the staffing of school nurses.</b> By Kristin Sofie Waldum-Grebo and Trude Haugland .....	352
Comment: We have high work load. By Kari Helene Engdal .....	361
Informal care to homecare nursing patients. By Jörg W. Kirchhoff and Kirsti Lauvli Andersen .....	362
Comment: Family is providing most of the informal homecare. By Andre Ramselien .....	371
Family Perspective in Mental Healthcare. By Monica Solberg and Geir Berg .....	372
Transitional care of the elderly: An arena for inter-organisational learning among healthcare staff. By Randi Nisja Heskestad and Karina Aase .....	380
<b>New and useful</b> .....	391
<b>Research in practice</b> .....	392
<b>Research interview</b> .....	394



## Innhold >>

<b>Leder:</b> Sykepleien Forskning blir digital .....	303
<b>Innspill:</b>	
Loveleen Rihel Brenna: Når vårt menneskesyn settes på prøve .....	304
Kristin Haraldstad: Smerter blant ungdom er vanlig .....	307
<b>Oppsummert forskning:</b>	
Cochrane .....	308
Forskningsnytt .....	312
<b>Forskningsartikler:</b>	
Vurdering av smerte hos voksne respiratorpasienter. Av Tone Kristine Amundgaard og Ingrid Landgraff Østlie .....	314
Kommentar: Sykepleieres for forståelse er viktig. Av Eva Martine Bull .....	224
Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. Av Tone Høilo Granheim, Kari Raaum, Knut-Andreas Christophersen og Alfhild Dihle .....	326
Kommentar: Vi må stole på pasientens smerteopplevelse. Av Helena Blom .....	335
<b>Smertelindring ved renal denervering.</b>	
Av Bente Nilsen, Lena Nordgaard Dehli, Atena Miroslawska og Tove Aminda Hanssen .....	336
Bruk av varmepute som smertelindring etter gynekologiske operasjoner. Av Kari Jansson, Anne Kath Knudsen og Ulrich Spreng .....	344
Hvor er helsesøster? En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. Av Kristin Sofie Waldum-Grevbo og Trude Haugland .....	352
Kommentar: Vår kapasitet er sprenget. Av Kari Helene Engdal .....	361
Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien. Av Jörg W. Kirchhoff og Kirsti Lauvli Andersen .....	362
Kommentar: Familien yter mest. Av Andre Ramselien .....	371
Familieperspektiv i psykisk helsevern. Av Monica Solberg og Geir Berg .....	372
En tverrfaglig læringsarena for overføring av eldre pasienter. Av Randi Nisja Heskestad og Karina Aase .....	380
<b>Nytt og nyttig</b> .....	391
<b>Forskning i praksis</b> .....	392
<b>Forskerintervju</b> .....	394