Dypp pennen sykepleiere!

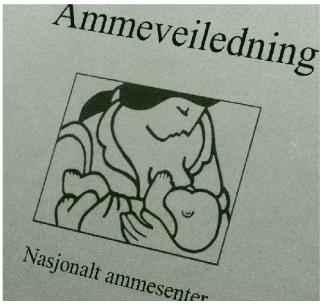
Sykepleien Forskning mottar for få gode helsefaglige forskningsartikler. Dette til tross for at vi aldri har hatt så mange høyt akademisk kvalifiserte sykepleiere her til lands. Ifølge nettsiden utdanning.no, har vi nå over 110 norske mastergradsstudier innen helsefag. Stadig flere helsearbeidere tar master- og doktorgrader i inn- og utland. Disse utdanningsløpene kjennetegnes ved at studentene gjennomfører forskningsarbeider. Sykepleien Forskning, som publiseres i et opplag på cirka 85 000, burde være et naturlig sted å publisere resultater fra denne forskningen. Ofte bidrar også pasienter til prosjektene med tid, krefter og vanskelige livserfaringer. *Formidling* av forskningsresultater er faktisk også en del av forskningsprosessen.

Hvorfor publiseres så få vitenskapelige artikler på norsk? En grunn er nok at vi rett og slett mangler trening i å skrive i artikkelformat. En vitenskapelig artikkel følger stort sett en fast struktur, men det krever en viss øvelse å beherske formen. Her har utdanningsinstitusjonene et ansvar. Et første skritt ville være å la helsefagstudenter på alle utdanningsnivåer levere oppgaver og eksamensbesvarelser i artikkelformat. I stedet for de tradisjonelle oppgavebesvarelsene som i dag kun går til lærerne. Siden studenter arbeider systematisk med kritisk vurdering av oppdatert kunnskap vil ofte arbeidene være av interesse for et bredere publikum. På denne måten kan undervisningen *om* sykepleie som fag og vitenskap bidra til faktisk *utøvelse* av fagutvikling.

Mens det har vært jobbet mye med å utvikle sykepleieforskning, er tiden nå kommet til å videreformidle resultater fra denne forskningen. Forskning og ny kunnskap bør deles med flest mulig og dermed formidles over landegrenser, hvilket er et godt argument for å publisere på engelsk. Men skal helsefagforskning ha relevans overfor helsepersonell i deres kliniske hverdag, må vi også utvikle en skriftlig formidlingskultur på norsk. Sykepleien Forskning er et nytt forskningstidsskrift, men er godkjent av Universitets- og høgskolerådets publiseringsutvalg som et nivå 1 tidsskrift. Artiklene favner bredt, både når det gjelder klinisk fokus, forskningsmetoder og kunnskapsformer, og når en stor målgruppe. Håpet er at du vil dele dine innsikter gjennom Sykepleien Forskning. Er du klar til å dyppe pennen?

Anners Lerdal
Redaktør

Anners Lerdal er ny redaktør i Sykepleien Forskning. Han er Dr. Philos fra Det medisinske fakultetet ved Universitetet i Oslo, og jobber til daglig ved Institutt for Helsefag, Høgskolen i Buskerud.



FRA SYNSING TIL FORSKNING

Det er dokumentert at morsmelk er den beste næringen for spedbarn. Det er også et faktum at brystbarn er friskere enn barn som får erstatning og at amming fremmer kvinners helse.

Tekst: **Trine-Lise Gjesdal**
Foto: **Erik Sundt/Colourbox**

Pupp var ingen selvfølgelighet for et spedbarn på 1960-tallet. Da fikk kun en av fem morsmelk ved tre måneders alder. I dag tegner kurven et helt annet bilde. Årlig fødes det 55 000 barn. 99 prosent av disse får morsmelk den første tiden etter fødselen. Nasjonalt kompetansesenter for amming ved Rikshospitalet HF (NKA) har mye av æren for denne utviklingen. Kompetansesenteret driver forskningsbasert arbeid for å fremme amming og kunnskap om morsmelk blant helsepersonell, foreldre, myndigheter og media – nasjonalt og internasjonalt.

> Vår oppgave er å styrke kompetansen og gi råd til helsetjenesten.

– Vår oppgave er å styrke kompetansen og gi råd til helsetjenesten, forteller seniorrådgiver Elisabeth Tufte. Hun er én av ni som er tilknyttet kompetansesenteret.

ENDRE HOLDNINGER

Alle kvinner har bryster. Og de aller fleste har en eller annen form for erfaring rundt amming de gjerne deler med sine medsøstere. Helsepersonell er intet unntak.

– Det er så alt for lett å generalisere egne erfaringer ut til andre, noe som kan oppleves som svært forvirrende for en vordende eller nybakt mor. Det finnes mye bra forskning på området, forteller Tufte. Som internasjonalt godkjent ammespesialist (IBCLC) driver hun i dag utstrakt kursvirksomhet for helsepersonell i hele Norge innenfor fagfeltet amming. Siden 2000 har NKA kurset over 2 000 helsepersonell i ammeveiledning.

– Høsten 2003 startet senteret en videreutdanning i ammeveiledning i samarbeid med Høgskolen i Hedmark. Et studium som egner seg for alt helsepersonell som jobber med amming, legger hun til.

MOR-BARN VENNLIG

I 1999 ble NKA offisielt åpnet under navnet Nasjonalt ammesenter. Først seks år senere ble det utnevnt til kompetansesenter. Men grunnsteinene begynte å falle på plass allerede tidlig på 90-tallet. Da lanserte Verdens helseorganisasjon (WHO) og UNICEF det verdensomspennende krafttaket The Baby-Friendly Hospital Initiativ (BFHI). Et tiltak Norge fulgte opp. BFHI skulle fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn på føde/barselavdelinger. Den norske versjonen – Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI) – ble introdusert for norske sykehus høsten 1992.

– For at et sykehus skal få betegnelsen Mor-barn-vennlig skal sykehuset innfri kravene til WHO/UNICEFs ti trinn for vellykket amming. Trinnene, som er forskningsbaserte, består av enkle grunnleggende prinsipper som blant annet at enhver føde/barselavdeling bør ha en skriftlig ammeprosedyre og at det foreligger en opplæringsplan som sørger for at denne rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen, forteller jordmor Mette Ness Hansen ved kompetansesenteret.

› **GIR AMMEHJELP:** Mette Næss Hansen (t.v.) og Elisabeth Tufte jobber for at mødre skal få kvalifisert hjelp ved ammeproblemer.

HØYERE AMMERATE

Prosjektet Mor-barn-vennlig initiativ kom som et friskt pust 1993 og varte frem til 1996 under ledelse av overlege Gro Nylander ved Rikshospitalet HF. Prosjektet har satt standarden for mye av det arbeidet som utføres av teamet ved kompetansesenteret i dag, påpeker Ness Hansen. Jordmoren administrerer re-evalueringen av alle tidligere godkjente Mor-barn-vennlige sykehus og tilbyr evaluering av de sykehusene som ikke allerede er godkjente.

– I dag fødes over 90 prosent av alle norske barn på et sykehus som har fått godkjenningen Mor-barn-vennlig sykehus. Den høye ammeraten har en klar sammenheng med at norske helsemyndigheter utmerker seg internasjonalt ved sin prioritering av arbeid for å fremme amming, påpeker Ness Hansen.

NORGE – EN PIONER

Et tydelig bevis på at senteret jobber internasjonalt er blant annet den prisbelønnede videoen «Bryst er best». Videoen brukes i dag av de aller fleste som jobber med ammeveiledning. Den er oversatt til 30 språk og brukes i over 50 land. Filmen er i disse dager kommet ut i en revidert utgave på DVD.

WHO/UNICEF har foreløpig ikke utviklet internasjonale kriterier for Mor-barn-vennlig neonatalavdelinger. Derimot er Norge blant de første landene som går i gang med en nasjonal satsning for å fremme morsmelkernæring ved neonatalavdelingene.

Det er større utfordringer knyttet til å etablere morsmelkernæring hos syke nyfødte samtidig med at disse barna har særlig nytte av morsmelk. NKA har utarbeidet faglige retningslinjer for en Mor-barn-vennlig neonatatavdeling og i 2004 ble det mulig for neonatalavdelingene å bli evaluert og godkjente som Mor-barn-vennlige neonatalavdelinger. Så langt er 19 av landets 21 neonatalavdelinger godkjente.

LIVET ETTER FØDESTUEN

I regjeringens Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) – oppskrift for et sunnere kosthold, er det satt en rekke mål som omfatter spedbarn og amming.

–For å nå disse målene er det viktig at man har en enhetlig arbeidende tiltakskjede, påpeker Tufte ved kompetansesenteret.

– I samarbeid med LaH (Landsgruppe for helsesøstre), har kompetansesenteret også utarbeidet faglige retningslinjer for ammeveiledning ved helsestasjoner for å skape ammekyndige helsestasjoner. I den anledning arrangeres det konferanser i alle landets fylker for å presentere konseptet Mor-barn-vennlig initiativ ut til helsestasjonene, forteller Tufte. Det er viktig å fremheve at det ikke bare skal være fokus på å få opp ammestatistikken. Det må sikres at helsepersonell har en oppdatert kunnskap slik at mødrene kan få kvalifisert hjelp og støtte når det oppstår ammeproblemer, avslutter hun.

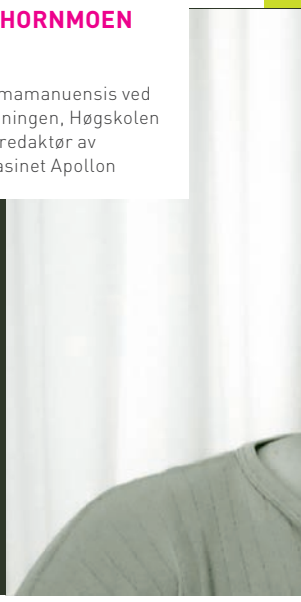
«

! INNSPILL

FRI OSS FRA «FORSKNINGS-FORMIDLING»!

Av HARALD HORNMOEN
Født:1959

Dr.art og førstemamanuensis ved Journalistutdanningen, Høgskolen i Oslo, tidligere redaktør av forskningsmagasinet Apollon



› Og etter å ha skissert prosjektet, utviklet ideen, skrevet «paperet» og fått publisert artikkelen i et vitenskapelig tidsskrift, må vi for all del ikke glemme forskningsformidlingen. Det er nå vi skal «forenkle», «tilrettelegge kunnskapen for offentligheten», «tilføre samfunnet forskningsresultatene gjennom media».

Slik lyder et refreng som går på stadig tyngre rotasjon i diverse strategiske dokumenter i forskningsinstitusjoner, i takt med en stigende erkjennelse av den finansielle betydningen av å være synlig på en offentlig scene. Men er slik tale egnet til å inspirere forskere til å bli flinkere til å kommunisere i en større offentlighet? Jeg tror mange i likhet med meg snarere blir irriterte av klisjéfylte omkved. Stivnede uttrykksmåter får oss i alle fall ikke til å se på egen praksis med friske øyne. Mest sløvende er selve termen for forskeres aktiviteter i en bredere offentlighet: «Forskningsformidling». Begrepet opprettholder et tradisjonelt syn på popularisering som en enveisrettet forenklingsprosess, der forskere og publikum plasseres på hver sin ende av «formidlingsbanen». I den ene enden utvikler forskere «ekte» kunnskap før formidlere som journalister eller informasjonsfolk (eller forskere i rollen som popularisatorer) sprer forenklede utgaver av kunnskapen til en allmennhet som utelukkende oppfattes som mottakere av informasjonen.

Et slikt perspektiv skiller altfor skarpt mellom forskningen og dens popularisering. Forskere lærer om andre forskningsfelt enn deres egne gjennom populære fremstillinger i mediene, og disse former deres syn på innhold og aktivitet i vitenskap. Slik virker popularisert kunnskap tilbake på forskningsprosessen. Forenkling er dessuten viktig i vitenskapelig arbeid, både i laboratoriet og i kommunikasjon med studenter og spesialister i tilgrensende fagområder. Popularisering er altså noe som også foregår «internt». Samtidig kan vitenskapelig kunnskap skapes «eksternt»: Medieoffentligheten tilbyr forskere en annen arena enn den faginterne til å forme sine tanker og utøve vitenskapelig arbeid, enten dette skjer i kronikker, debattinnlegg eller kommentarer i nyhetsoppslag. Betraktet på denne måten blir kommunikasjon av forskning noe mer enn transport av resultater til publikum fra noen som står utenfor offentligheten (forskere). Det mer dynamiske perspektivet gjenspeiler hvordan vitenskapen i realiteten utvikler seg i en dialog med det større samfunnet som den er en del av.

Men en god dialog fordrer også at samtalepartneren betraktes på en annen måte enn det tradisjonelle formidlingsperspektivet innbyr til: et passivt lekfolk blottet for kreativitet i forhold til forskning. Det er grunn til å minne om at såkalte lekfolk kan mobilisere betydelig innsats

› **DIN REAKSJON**: epost@forskning.no

Foto: Tore Brækhus

> Kommunikasjon handler ikke bare om å spre kunnskap, men om å utveksle kunnskap.

omkring bestemte problemer og få innflytelse på forskningen. Ett eksempel var da AIDS-pasienter på 1980-tallet ervervet seg kunnskaper som gjorde dem i stand til å forme forsøksprosedyrer med medisinen AZT og få fortgang i autorisasjonen av denne. I det hele tatt: «Folk» er ikke dumme. Snarere har de ofte en annen tilnærming til kunnskap og måte å forstå problemer på enn vitenskaplige eksperter. For eksempel gir ikke-eksperter gjerne en bredere og mer etisk vurdering av risikoer enn mange forskereksperter, som er mer opptatt av å kalkulere risikoer nøyaktig ved bruk av statistiske modeller.

God kommunikasjon om forskning i mediene ser publikum som kunnskapsrike deltakere i den offentlige samtalen om vitenskap. Det gjør ikke vitenskapssamfunnets begrep om forskningsformidling. Hva med å erstatte «formidling» med «kommunikasjon» en gang for alle? Kommunikasjon handler ikke bare om å spre kunnskap, men om å utveksle kunnskap. Og å lytte. Det handler om å se på den andre parten som noe annet enn en vitenskapelig analfabet. Både for forskere, informasjonsfolk og journalister er det å ta et oppgjør med formidlingsbegrepet et skritt på veien mot å løfte forskningen ut av sin egen autonome fiksjon og inn i en større virkelighet. Der den hører hjemme.

> **DIN REAKSJON**: epost@forskning.no

Hjemmebesøk til gravide og småbarnsforeldre bedret mødrenes livskurs

Illustrasjonsfoto: **Colourbox**

Vil hjemmebesøk av sykepleier til gravide og tidlig i småbarnsperioden påvirke antall graviditeter hos mødrene og barnas utvikling sju år senere?

METODE

Design: randomisert, kontrollert studie
Fordeling: skjult
Blinding: Utfallsmål er blindet
Oppfølgingstid: Ni år (sju år etter intervensjonsslutt)
Setting: Fødeavdeling i Memphis, Tennessee, USA
Deltakere: 734 kvinner (64 prosent < 18 års alder, 92 prosent sorte) som var < 29 uker gravide, førstegangsfødende, ingen kroniske sykdommer som kunne påvirke svangerskapet, og > to risikofaktorer (ugift, < 12 års utdanning eller arbeidsledig).
Intervensjon: 228 kvinner ble allokert til gratis transport til svangerskapskontroll; gjennomsnittlig sju hjemmebesøk i svangerskapet; ett postpartumbesøk på sykehus; screening for barnets utvikling ved seks, 12 og 24 måneder; og gjennomsnittlig 26 hjemmebesøk inntil barnet fylte to år. 515 kvinner ble allokert til gratis transport til svangerskapskontroller samt screening for barnets utvikling (kontrollgruppen).
Utfall: maternelle utfall inkluderte intervall mellom første og andre fødsel; antall levendefødte barn og andre svangerskapsutfall; arbeid utenfor hjemmet; bruk av velferdstiltak, Medicaid og matkuponger. Utfall målt hos barn var blant annet karakterer og mestring i første til tredje klasse på lesing og matte, antisosial og forstyrrende atferd, depresjon, angst og dødelighet.
Oppfølging: 84 prosent.

HOVEDRESULTAT

Etter ni år hadde gruppen som fikk hjemmebesøk lengre intervaller mellom første og andre fødsel, færre barn og færre måneders bruk av velferdstiltak og matkuponger enn kontrollgruppen (tabell). Det var ikke forskjell mellom gruppene når det gjaldt bruk av Medicaid, arbeid utenfor hjemmet, andre svangerskapsutfall eller utfall målt på barna. I en subgruppeanalyse av barna til mødre med lave psykiske ressurser skåret barna som hadde fått hjemmebesøk gjennomsnittlig bedre på mestringstester enn kontrollgruppen (tabell).

KONKLUSJON

Hjemmebesøk av sykepleier i svangerskapet og i barnas to første leveår bedret mødrenes livskurs og reduserte antall påfølgende fødsler sju år senere.

Sammendrag fra
Olds DL, Kitzman H, Hanks C, et al. Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age -9 follow-up of randomized trial. Pediatrics 2007;120:e832-45.

For korrespondanse:
Dr DL Olds, University of Colorado at Denver and Health Sciences Center, Denver, CO, USA; olds.david@tchden.org

Finansieringskilde:
National Institute of Mental Health; National Institute of Child Health and Humaa Development; Department of Justice.

! KOMMENTAR

Olds og medarbeidere er velkjente for sin omfattende forskning som evaluerer effekten av hjemmebesøk av sykepleier til førstegangsfødende i risiko. «Nurse Family Partnership» (NFP) er et veletablert forebyggingsprogram (1) som er implementert i helse- og sosialtjenesten i mange amerikanske stater og i flere andre land. Denne studien viser langtidseffekter av dette forebyggingsprogrammet hos mor og barn. Det er imponerende at et tiltak, gitt til mor under svangerskapet og i barnets første to leveår, influerer på utfall hos mor og barn i lang tid, blant annet ved økte skoleprestasjoner hos barn av mødre med begrensete psykologiske ressurser.

NFP-modellen har viktige implikasjoner for sykepleiere og andre som jobber med folkehelse og i kommunehelsetjenesten. For det første, i motsetning til andre hjemmebesøksprogram, så er NFP en intervensjon med langtidsperspektiv.

TABELL: Hjemmebesøk av sykepleier i svangerskapet og tidlig småbarnsperiode versus ingen hjemmebesøk (kontroll)

Utfall mor og barn etter ni år	Hjemmebesøk sykepleier	Kontrollgruppe	Effektstørrelse (95 % KI)
Intervall mellom første og andre barn (mnd)	41	34	0,29 (0,11 til 0,48)
Kumulativ antall levende barn/år	0,8	0,9	-0,14 (-0,28 til 0,00)
Bruk av velferdstiltak (mnd)	5,2	5,9	0,14 (0,25 til 0,04)
Bruk av matkuponger (mnd/år)	7,0	7,8	-0,17 (-0,28 til -0,07)
Barns gjennomsnittsskår*	2,7	2,4	0,22 (0,04 til 0,41)
Barns mestringsskår*	45	36	0,33 (0,12 til 0,54)

* Utfall er for 1. til 3. klasse lesning og matte. Resultatene er basert på planlagt subgruppeanalyse av barn med mødre som hadde lave psykiske ressurser

KOMMENTAR

Årsaken til at det er vellykket kan være at det er tett kontakt og tilpasning med familiene i mange måneder. I motsetning til andre modeller som bruker personell med lavere utdanning til lavere kostnader, så blir hjemmebesøkene her kun ivaretatt med høyt utdannede sykepleiere. Dette vil selvsagt reise spørsmål om kostnader og effektivitet.

Et viktig funn i denne studien til Olds og medarbeidere er at når beskrivelsen av intervensjonen blir fulgt så kan et slikt forebyggingsprogram påvirke fysiske, kognitive og psykososiale utfall hos mødre og barn i høyrisiko i lang tid.

Diane B McNaughton, RNC, PhD
Rush University College of Nursing, Chicago, Illinois, USA

Nurse Family Partnership. Research evidence. http://www.nursefamilypartnership.org (tilgang 4. desember 2007).

© Evidence Based Nursing (EBN) vol 11, nr 2, 2008

Lite støtte for bruk av magneter mot smerter

Illustrasjonsfoto: **Colourbox**

Er statiske magneter effektiv smertelindring?

METODE

Søk: Medline, CINAHL, EMBASE/Excerpta Scopus, Cochrane Library og UK National Research Register (til mars 2007); konferansesammendrag (1996 til 2006), utvalgte tidsskrift (1994 til 2006) om alternativ og komplementær behandling; referanselister; samt forfatternes egne artikkelsamlinger.

Seleksjon og vurdering av studier: randomiserte, kontrollerte studier (RCT) som sammenliknet statiske (permanente) magneter med placebo eller magnet med svak styrke i smertebehandling. Tjuefem RCTer (n=1582, aldersgruppe 19 til 65 år) møtte seleksjonskriteriene. Fire RCTer hadde pasienter med leddsmerter på grunn av slitasjegikt. Tre RCTer hadde pasienter med korsryggsmerter, muskelsmerter eller smerter i føtter. De andre RCTene vurderte smerter for andre tilstander. Forsøkenes varighet var fra 30 min til 26 uker. Kvaliteten på studiene ble vurdert ved hjelp av JADA skår samt Cochranes klassifikasjon av allokering. Alle, unntatt to, var dobbelt blinde.

Utfall: endring i smerte fra baseline.

HOVEDRESULTATER

Metaanalyse av ni randomiserte placebo-kontrollerte studier som vurderte smerte målt på en visuell analog skala (VAS) (100 mm) viste forskjeller i smertereduksjon fra -4 til 12 mm. Når resultatene ble slått sammen var det ingen forskjell mellom gruppene (tabell). Metaanalyse av 16 RCTer (inkludert de ni nevnte), som brukte ulike skaler for å måle smerte, viste en effekt i favør av magneter. Det var signifikant statistisk heterogenitet. Tre av fire forsøk for slitasjegikt (total n=275) og ett av tre forsøk for korsryggsmerter (n=146) rapporterte at magnetene reduserte smerter mer enn placebo eller svake magneter. Tre forsøk for muskelsmerter/stølhet (totalt n=88) og tre forsøk for bensmerter (n=224) fant ingen forskjell mellom gruppene.

KONKLUSJON

Dokumentasjonen støtter ikke bruk av permanente magneter som smertelindring. Det trengs mer kunnskap for å vurdere om magneter kan redusere leddsmerter ved slitasjegikt.

Sammendrag fra
Pittler MH, Brown EM, Ernst E. Static magnets for reducing pain: systematic review and meta-analysis of randomised trials. CMAJ 2007;177:736-42.

Korrespondanse: Dr MH Pittler, Peninsula Medical School, Exeter, UK; max.pittler@pms.ac.uk

Finansieringskilde: ikke oppgitt

! KOMMENTAR

Denne metaanalysen av Pittler og medarbeidere brukte en robust og anerkjent metode for å evaluere et begrenset antall akseptable randomiserte forsøk. Forfatterne konkluderte med at alle forsøkene hadde metodiske mangler og at det i noen tilfeller ikke var riktig å slå resultatene sammen fordi måleinstrumentene brukt i studiene var for ulike. Dette poenget er viktig for alle som planlegger forskning på kronisk smertebehandling og bør lede til mer standardisert forskning for å unngå dette problemet i framtiden (1).

Sammenslåtte resultater viste at reduksjon i smerte på en VAS-skala ikke var statistisk signifikant. Dette resultatet betyr at det ikke er riktig å anbefale statiske magneter som smertebehandling generelt; og dette er tidligere slått fast i en kommentar i Evidence Based Nursing (2).

Pittler og medarbeidere fant uklar dokumentasjon for at det kan være en liten positiv smertelindringseffekt for slitasjegikt i perifere ledd. De foreslår flere måter for hvordan forskning på dette feltet kan forbedres. Likevel, fordi effekten kan forventes å være liten, kan det være spørs-

> EVIDENCE BASED NURSING 11/2008

Evidence Based Nursing Volume 11 juli 2007 (EBN er tilgjengelig i fulltekst fra helsebiblioteket.no)

TABELL: Statiske magneter versus placebo eller svake magneter mot smerter

Utfall etter gjennomsnittlig tre uker	Antall forsøk (n)	Vektet gjenomsnittlig forskjell (95 % KI)
Smertereduksjon på en 100 mm visuell analog skala	9 (721)	2,9 mm (-1,8 til 5,8)

mål om fordeling av ressurser til slik forskning er riktig.

Til slutt kan det sies at magnetterapi er et populært og mye brukt tiltak som ikke er god smertelindring. Det kan argumenteres for at det ikke er skadelig for pasientene som bruker magneter og at de kan oppleve positive effekter, blant annet følelse av kontroll. Selv om fysisk skade ikke nødvendigvis er et problem bør de negative funnene fra denne systematiske oversikten føre til at sykepleiere råder pasienter med kroniske smerter til ikke å bruke penger på slike magneter.

Gareth Parsons, RGN, MSc
University of Glamorgan
Pontypridd, UK

1. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain 2005;113:9-19.

2. McDonald HL. Patients who wore standard magnetic bracelets reported reduced pain from osteoarthrithritis of the hip or knee compared with patients wearing placebo bacelts. Evid Based nurs 2005;8:89. Comment on: Harlow T, Greaves C, White A, et al. Randomised controlled trial of magnetic bracelets for relieving pain in osteoarthritis of the hip and knee. BMJ;329:1450-4.

© Evidence Based Nursing (EBN) vol 11, nr 2, 2008

Selvrapportering like effektivt som intervju med helsepersonell når det gjaldt å kartlegge om kvinner var utsatt for vold i hjemmet

Illustrasjonsfoto: **Colourbox**

Hva er den relative effekten av selvrapportering, intervju med lege eller intervju med annet helsepersonell når det gjelder å kartlegge om kvinner er utsatt for vold i hjemmet?

METODE

Design: randomisert, kontrollert studie
Fordeling: skjult
Blinding: ingen blinding
Oppfølgingstid: slutten på konsultasjonen
Setting: Fire legesentre i USA
Deltakere: 523 kvinner > 18 år (gjennomsnitt 36 år, 71 prosent sorte) som levde med en partner
Intervensjon: selvrapportering (n=173), intervju med lege (n=181) eller intervju med annet helsepersonell (sykepleiere og hjelpepersonell) (n=169). Alle brukte to spørreskjema som er laget for å kartlegge vold i hjemmet: «Woman Abuse Screening Tool» (WAST)-kort og «Hurt-Insult-Threaten-Scream» (HITS). WAST-kort hadde to spørsmål («Vanligvis, hvordan vil du beskrive forholdet? Mye, noe eller ingen spenning» og «Håndterer du og partneren din konflikter med: store, noe eller ingen vanskeligheter?»). Kriterier for vold i hjemmet ble møtt dersom kvinnene svarte «mye spenning og med store vanskeligheter». HITS hadde fire spørsmål: «Hvor ofte skader din partner deg fysisk?» «Hvor ofte krenker partneren din deg?» «Hvor ofte truer partneren din med å skade deg?» og «Hvor ofte roper partneren din til deg eller fordømmer deg?». Pasientene kunne svare «aldri», «sjelden», «noen ganger», «ganske ofte» eller «ofte». En skår på fire til 20 kunne rapporteres for alle spørsmål, og en cut-off på 10,5 indikerte at kvinnen var utsatt for vold. Pasienter med positivt screeningresultat ble fulgt opp av legen. Kvinnene ble også spurt hvor komfortable de var med screeningen ved hjelp en spørreundersøkelse etter screening (skår 1 = ikke komfortabe i det hele tatt til fire = veldig komfortabel).
Utfall: finne vold i hjemmet og sjekke hvor komfortable pasienter var med screeningen. Studien hadde mer enn 80 prosent styrke for å avdekke vold med rater av 6 prosent. 16 prosent og 9 prosent for selvrapportering, intervju med helsepersonell og legeintervju samt en forskjell på 0,3 i skår på å være komfortabel.
Pasientoppfølging: 100 prosent.

HOVEDRESULTAT

Selvrapportering, legeintervju og intervju med annet helsepersonell ga ingen forskjell i hvor mye vold i hjemmet som ble avdekket (tabell) eller for hvor komfortable kvin-

! KOMMENTAR

Denne studien til Chen og medarbeidere bidrar til kunnskapsgrunnlaget for å finne prevalensen av partnervold hos kvinner som oppsøker primærhelsetjenesten. Prevalensen av partnervold i et utvalg av «African-American» og «Hispanic» kvinner var sammenliknbart med det som tidligere er funnet blant hvite kvinner (1) og setter søkelys på partnervold som et folkehelseproblem. Denne studien viste at uavhengig av hvilken metode som ble brukt så var kvinner generelt villige til å gi informasjon om partnervold. Faktisk var det slik at databaserte eller håndskrevne spørreskjema var like gode verktøy som samtale/intervju med helsepersonell. Noen ganger er spørreskjema å foretrekke (2). Men hva betyr dette? Det kan bety at det bør arbeides for å informere, utdanne og støtte helsepersonell slik at de føler seg forberedt til å ta opp og ivareta problemer som dukker opp (3). Noen forkjempere som ønsker å fremme screening for partnervold vil hevde at å spørre om partnervold vil redusere forekomsten og destigmatisere

TABELL: Selvrapportert, intervju annet helsepersonell eller intervju med lege for å screene kvinner for vold i hjemmet (DV)ved bruk av to korte spørreskjema.

Utfall	Spørreskjema	Egen	Helsepersonell	Lege	RBI* (95 5 KI)	NNT**
Avdekke DV	WAST-kort	13 %	12 %	-	12 % (-35 til 96)	NS***
		13 %	-	12 %	9,4 % (-36 til 88)	NS
	HITS	6,4 %	5,9 %	-	7,5 % (-52 til 141)	NS
					RBR**** (KI)	NNH*****
		6,4 %	-	6,7 %	4,1 % (- 107 til 56)	NS

*RBI- «relative benefit increase», **NNT – «numbers-needed-to-treat», ***NS – ikke signifikant, ****RBR – «relative benefit reduction», *****NNH – numbers-needed-to-harm

nene var med screeningen (gjennomsnittskår 3,4, v 3,4, versus 3,5, respektivt; p=0,66).

KONKLUSJON

Selvrapprtering, intervju med lege eller intervju med annet helsepersonell avdekket like mange kvinner som var utsatt for vold i hjemmet.

Sammendrag fra
Chen PH, Rovi S, Washington J, et al. Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. Ann Fam Med 2007;5:430-5.

For korrespondanse: Dr PH Chen, University of Medicine and Dentistry of New Jersey – New Jersey Medical School. Newark, NJ, USA; chenpi@umdnj.edu

Finansieringskilde: American Academy of Family Physicians Foundation

KOMMENTAR

temaet. Men dette vet vi ikke, og fordeler og ulemper ved slik universell screening er ikke kartlagt. I fravær av slik kunnskap blir «case-finding»-tilnærminger foreslått (som å spørre om mishandling dersom det er tegn på dette). Det er økt kunnskap om klinisk viktige indikatorer som bør trigge en nærmere vurdering om partenervold (4).

C Nadine Wathen, PhD.
University of Western Ontario, Canada
Harriet L MacMillan, MD, FRCPC
McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

1. Dearwater SR, Coben JH, Campbell JC, et al. JAMA 1998;280:4333-8
2. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, et al. JAMA 2006;296:530-6.
3. Alpert EJ. Ann Intern Med 2007;147:666-7.
4. Wathen CN, Jamieson E, Wilson M, et al. Open Med 2007;1:e113-22. http://www.openmedicine.ca/article/view/63/62 / (Lest 18. desember 2007)

© Evidence Based Nursing (EBN) vol 11, nr 2, 2008

Tai chi kan forebygge fall hos eldre

Illustrasjonsfoto: **Colourbox**

Vil et 16 ukers kommunebasert tai chi-treningsprogram redusere fall blant eldre?

METODE

Design: randomisert, kontrollert studie
Fordeling: uklart
Blinding: uklart
Oppfølgingstid: 24 uker
Setting: bydel i Sydney, New South Wales, Australia
Deltakere: 702 personer > 60 år (gjennomsnittsalder 69 år, 84 prosent kvinner) som bodde hjemme og ikke hadde trent tai chi siste år. Deltakere med degenerative nevrologiske lidelser, demens, betydelig synshemming eller som ikke kunne gå gjennom et rom uten støtte ble ekskludert.
Intervensjon: 16 ukers tai chi-program (n=353) eller venteliste 24 uker (n=349). Tai chi-treningen bestod av en ukentlig treningstime med åtte til 15 deltakere. Treningen ble ledet av 22 instruktører som enten hadde > fem års erfaring eller hadde fullført et akkreditert tai chi instruktørkurs og hadde erfaring med å undervise eldre. Tai chi som ble brukt var «Sun-style» (83 prosent),«Yang-style» (3 prosent) samt blanding (14 prosent). Deltakerne betalte egenandel (£ 20,21) for å være med.
Utfall: antall fall ved 16 uker. Sekundærutfall var blant annet antall fall ved 24 uker.
Oppfølging: 97 prosent (intention-to-treat analyse)

HOVEDRESULTAT

Ved 16 uker var det ikke forskjell blant deltakerne for > ett fall, men færre eldre i tai chi gruppen hadde > to fall (tabell). Ved 24 uker var andel fall blant eldre med > ett og > to fall lavere i tai chi gruppen (tabell).

KONKLUSJON

Et 16 ukers tai chi-treningspro-

! KOMMENTAR

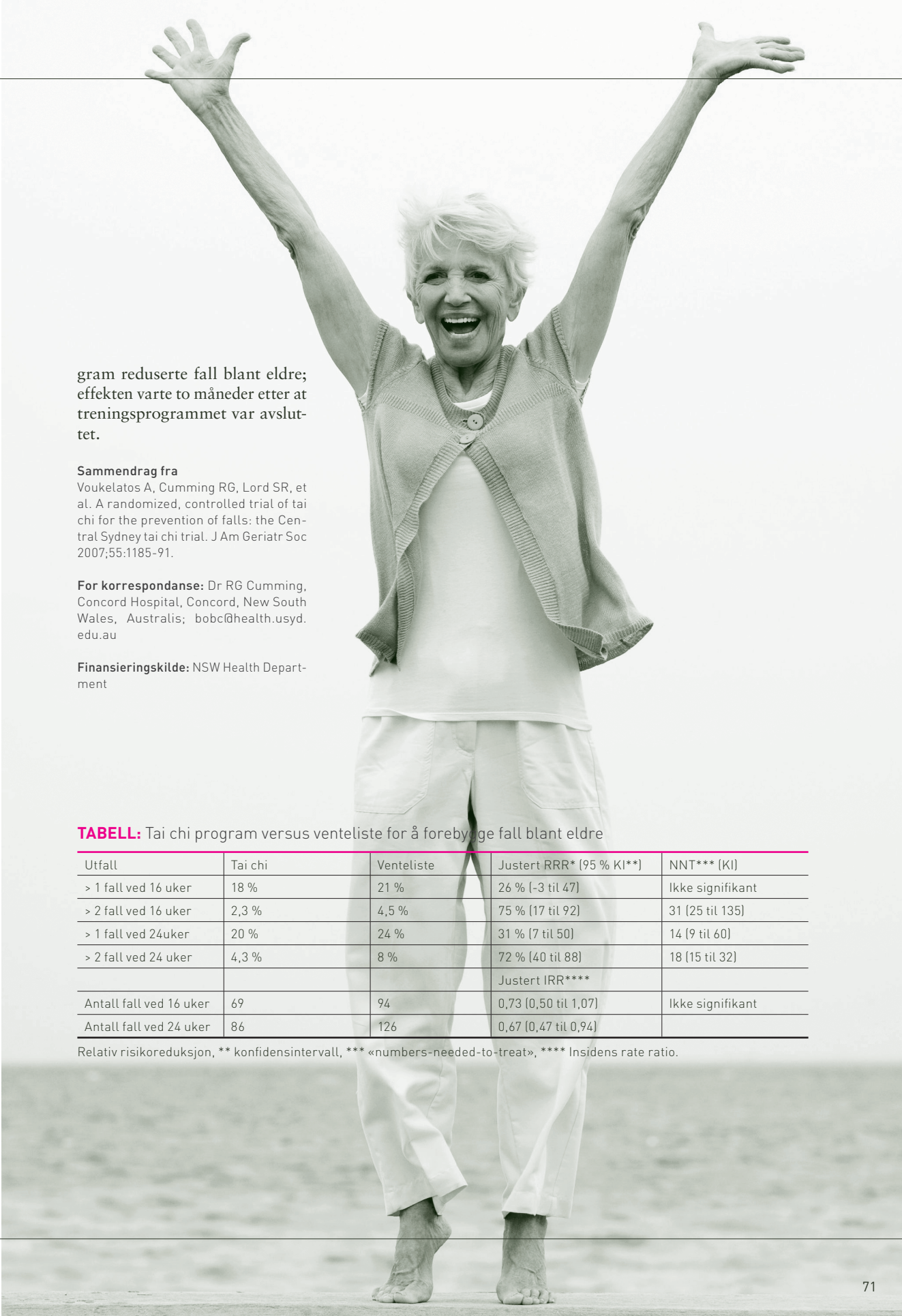
Å forebygge fall blant eldre er viktig for folkehelsen. Fall er assosiert med økt sykelighet og dødelighet i en eldre befolkning. Det er vist at tai chi bedrer balansen og reduserer fall blant endre som bor hjemme. (1). Denne studien til Voukelatos og medarbeidere fant at ukentlig trening reduserte fall for opptil to måneder etter at treningssesjonene var avsluttet.
Når det gjelder generaliserbarheten av funnene kan de være begrenset av at det var 22 forskjellige instruktører og tre ulike former for tai chi. Det mangel også en vurdering av forskjeller i fysisk aktivitet mellom gruppene og færre enn < 80 prosent ble fulgt opp når det gjaldt vurdering av balanse. Videre, ettersom deltakerne måtte betale for treningen, så kan det ha vært en seleksjonsskjevhet, men dette er ikke sikkert basert på antall som ikke ble med i studien.
Denne studien kan være av interesse for sykepleiere som jobber med eldre i kommunehelsetjenesten. Dersom kommunen tilbød tai chi rimelig eller gratis kunne det være et tilbud til eldre i alle sosiale klasser.

I tillegg til helsefremmende og forebyggende strategier, som å redusere «rot» i hjemmet, ta bort tepper, bruke anti-glimatter på bad, sjekke syn og hørsel årlig og vurdere bivirkninger av medisiner (2) så kan sykepleiere, i samarbeid med andre, også vurdere å tilby tai chi som en del av tilbudet for å hjelpe eldre til et aktiv og helsefremmende liv.

Claudia Mariano, RN(EC), PHCNP, MSc
East End Community Health Centre, Toronto, Ontario, Canada.

1. **Li F, Harmer P, Fisher KJ et al.** J Gerontol A biol Sci Med sci 2005; 60A:187-94.
2. **A best practice guide for the prevention of falls aming seniors living in the community.** Ottawa: Minister of Public Works and Government Services. Canada, 2001.

© Evidence Based Nursing (EBN) vol 11, nr 2, 2008



gram reduserte fall blant eldre; effekten varte to måneder etter at treningsprogrammet var avsluttet.

Sammendrag fra
Voukelatos A, Cumming RG, Lord SR, et al. A randomized, controlled trial of tai chi for the prevention of falls: the Central Sydney tai chi trial. J Am Geriatr Soc 2007;55:1185-91.

For korrespondanse: Dr RG Cumming, Concord Hospital, Concord, New South Wales, Australis; bobc@health.usyd.edu.au

Finansieringskilde: NSW Health Department

TABELL: Tai chi program versus venteliste for å forebygge fall blant eldre

Utfall	Tai chi	Venteliste	Justert RRR* (95 % KI**)	NNT*** (KI)
> 1 fall ved 16 uker	18 %	21 %	26 % (-3 til 47)	Ikke signifikant
> 2 fall ved 16 uker	2,3 %	4,5 %	75 % (17 til 92)	31 (25 til 135)
> 1 fall ved 24uker	20 %	24 %	31 % (7 til 50)	14 (9 til 60)
> 2 fall ved 24 uker	4,3 %	8 %	72 % (40 til 88)	18 (15 til 32)
			Justert IRR****	
Antall fall ved 16 uker	69	94	0,73 (0,50 til 1,07)	Ikke signifikant
Antall fall ved 24 uker	86	126	0,67 (0,47 til 0,94)	

Relativ risikoreduksjon, ** konfidensintervall, *** «numbers-needed-to-treat», **** Insidens rate ratio.

KVANTIFISERING AV PLEIETYNGDE

OG UTSKRIVNINGSKRITERIER HOS PASIENTER I OPPVÅKNINGSENHET

Foto: Erik M. Sundt

NOE FOR DEG?

Hva tilfører denne artikkelen?
Artikkelens tema har klinisk relevans for et stort pasientvolum, og for lesere som arbeider med kirurgiske pasientforløp. Riktig dimensjonering av tjenester med høy kostnad og høy risiko krever gyldige og tilstrekkelig presise styringsverktøy.

Nøkkelord:
- Pleietyngde
- Utskrivningskriterier
- Postoperativ pasient

Les mer:
British Journal of Anaesthesia 2004 93(6):756–758.
Editorial II: Fast-tracking in day surgery. Is your journey to the

SAMMENDRAG

Behandling og oppfølgning av pasienter i en oppvåkningsenhet er ressurskrevende. For å utnytte ressursene optimalt er det viktig å beskrive hvor stor pleietyngde ulike pasientkategorier representerer, samt ha klare kriterier for utskrivelse slik at pasientene ikke forblir innlagt i denne type arbeidsintensive behandlingsavsnitt i lengre tid enn nødvendig.
Hensikten med pilotstudien var å undersøke om det var grunnlag for en grundigere evaluering av to instrumenter, ett som måler pleietyngde, og et annet som angir objektive kriterier for utskrivelse. Målet var å finne ut om det er sammenheng mellom pleietyngdeskåre og en eller flere faktorer som indikerer ressursbruk, samt undersøke om pasientenes utskrivningsskåre forandret seg gjennom oppholdet.
Pilotstudien fant at pleietyngde var godt korrelert til liggetiden og var først og fremst bestemt av antall medikamenter og/eller doseringer av medikamenter. I tillegg ble det funnet at en stor del av pasientene (32 prosent) oppfylte objektive kriterier for utskrivelse ved ankomst Oppvåkningsenheten. Smerte var den viktigste årsaken til at pasientene ikke oppfylte utskrivningskriteriene.
Pilotstudien antyder at instrumentene gir relevant informasjon om postoperative pasienters pleietyngde og at anvendelse av objektive kriterier for utskrivelse vil gi en bedre individuell tilpasning av ressursbruken overfor den enkelte pasient. Dette bør imidlertid undersøkes i et større utvalg.

ENGLISH SUMMARY

Quantification of nurse workload and discharge criteria
Care of postoperative patients demands large resources. To utilize these effectively it is important to predict nurse workload related to different patient categories. Additionally, it is important to use discharge criteria to ensure that length of stay does not exceed what is needed.
The purpose of this pilot study was to determine if it would be feasible to perform a larger study to evaluate two instruments, one that measured nurse workload and another that rated objective discharge criteria. The aim was to investigate whether there was a correlation between nurse workload and factors that increased nurse workforce, and to document changes in patients discharge score.
This pilot study found that nurse workload was correlated to length of stay and was primarily determined by the number of drugs and/or doses of drugs administered. It was found that 32 % of patients fulfilled discharge criteria upon admission and, pain was the major reason why patients did not fulfil discharge criteria.
The study indicates that these instruments provide relevant information about nursing attention needed for postoperative patients, and that by using objective discharge criteria patients will receive care adapted to individual needs. Based on these findings a larger study should be conducted.

recovery room really necessary? J. Millar, John Radcliffe Hospital, Oxford OX3 9DU, UK, E-mail: jean.millar@nda.ox.ac.uk

Mer om forfatterne:
Hanne Birgit Alfheim, Intensivsykepleier, Master of Nursing Anestesi- og intesivklinikken, Rikshospitalet, hanne.alfheim@rikshospitalet.no

Jon Henrik Laake
Overlege dr med, Anestesi- og intesivklinikken, seksjon for thoraxanestesi, Rikshospitalet
jon.henrik.laake@rikshospitalet.no

Kvantifisering av pleietyngde og utskrivningskriterier hos pasienter i oppvåkningsenhet

Forfattere: **Hanne Birgit Alfheim og Jon Henrik Laake**
Foto: **Erik M. Sundt**

INNLEDNING

Postoperative pasienter behandles initialt i egne oppvåkningsavsnitt der hensikten er å overvåke livsviktige funksjoner, gi nødvendig medisinsk behandling, slik som smertelindring, og å kunne oppdage komplikasjoner etter kirurgi og anestesi. Hvor store ressurser som skal anvendes til den enkelte pasient avhenger blant annet av pasientens tilstand, inngrepets art og anestesitype. For å kunne utnytte ressursene optimalt er det ønskelig å kunne beskrive hvor stor pleietyngde ulike pasientkategorier representerer, det vil si hvor mye arbeid man må påregne til pasienter med gitte karakteristika. God ressursutnyttelse fordrer også at pasientene ikke forblir innlagt i denne type arbeidsintensive behandlingsavsnitt i lengre tid enn nødvendig. Det er derfor ønskelig med klare kriterier for utskrivelse.

Det eksisterer ulike klassifikasjonssystemer for kirurgiske pasienter. Statens Helsetilsyn har

anmodet alle landets intensivavdelinger om å kartlegge pasientenes sykdoms- og skadetilstand ved hjelp av «Simplified Acute Physiology Score II» (SAPS II) samt registrere ressursbruk ved hjelp av «Nine Equivalents of nursing Manpower use Score» (NEMS) (1).

SAPS II og NEMS er begge velkjente og mye brukte instrumenter for klassifisering av intensivpasienter i Norge. Imidlertid er SAPS II tilpasset pasienter med høy risiko for fatalt utkomme (2), og NEMS er tilpasset intensivpasienter som representerer en større arbeidsmengde enn vanlige postoperative pasienter (3). Disse instrumentene er derfor lite anvendelige i oppvåkningsavsnitt. I tillegg fordrer SAPS II en liggetid i avdelingen på 24 timer eller mer (eventuelt at pasienten dør før det er gått 24 timer) (2). NEMS score kan tildeles pasientene dersom de er inneliggende over åtte timer i avdelingen (3). Pasientene i en oppvåkningsenhet kommer oftest til kortvarig overvåkning den første tiden etter kirurgi og pasientene er ofte inneliggende mindre enn åtte timer og dødsfall i avdelingen forekommer sjelden. NEMS er utviklet for å dokumentere ressursbruk i en intensivavdeling og er ikke presist nok til å beskrive ressursbruken på individuelt pasientnivå i en oppvåkningsavdeling, og heller ikke sykepleierens arbeidsbelastning.

I tillegg til de ovenfor nevnte instrumenter finnes det andre som er utviklet for registrering av ressursbruk i en intensivavdeling. Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) ble utviklet for å dokumentere pleietyngde relatert til alvorlighetsgrad av pasienters sykdom (4). Nursing Activities Score ble designet for å kunne måle sykepleieaktiviteter som ikke nødvendigvis er relatert til alvorlighetsgrad av sykdommen, men til den faktiske pleietyngden. Dette for å kunne beskrive tiden som brukes til hver pasient istedenfor alvorlighetsgrad av sykdommen (5). Dette er begge instrumenter som krever at pasientene er innlagt i avdelingen i mer enn 24 timer og som er utviklet til bruk hos intensivpasienter. Bruken av disse instrumentene i en oppvåkningsenhet har derfor en begrenset verdi.

I tillegg til å dokumentere pleietyngden er det viktig å registrere pasientenes endring i tilstand slik at en utskrivelse fra denne typen avdeling foregår på en trygg og sikker måte. Flere instrumenter er utviklet med henblikk på å følge utviklingen av pasientenes fysiologiske status fra ankomst til utskrivelse fra postoperativ avdeling (6-9). Aldrete skåre er ett av disse instrumentene og ble utviklet tidlig på sytti tallet (6). Hensikten med dette instrumentet var å vurdere pasientenes fysiologiske status ut fra på forhånd gitte objektive kriterier. Målet var en trygg utskrivelse av pasientene fra den postoperative avdelingen (6). Kriteriene i dette instrumentet er brede og lite spesifikke, samtidig som det ikke inneholder muligheten for vurdering av pasientenes smertenivå. Post-anesthetic discharge scoring system (PADSS) er et annet instrument også utviklet for på objektivt grunnlag å kunne skrive ut pasientene fra postoperativ avdeling direkte til hjemmet (7).

Ved mange norske sykehus klassifiseres kirurgiske pasienters preoperative fysiologiske status i henhold til «ASA- physical status classification system» (ASA-klasse). Dette er et skåringssystem som ble utviklet av The American Society of Anesthesiology (ASA) og som benyttes i hele verden (10, 11). ASA-klassifikasjonen er subjektiv, men har likefullt vist seg å kunne forutsi postoperativ risiko for komplikasjoner og død (12).

Avhengig av blant annet pasientens ASA-klasse kan sykepleierne ved Oppvåkningsenheten på Rikshospitalet avgjøre om postoperative pasienter kan skrives ut til post. Utskrivningskriteriene er basert på generelle postoperative sykepleieobservasjoner og er nedfelt i en retningslinje. Formuleringene i denne er imidlertid av en slik art at pasientene ofte skrives ut på bakgrunn av sykepleiernes kliniske erfaring.

De ovenfor nevnte instrumenter synes ikke spesifikke og omfattende nok til å kunne danne grunnlag for en registrering av postoperative pasienters pleietyngde og status fra ankomst til utskrivelse fra en oppvåkningsenhet.

> Postoperative pasienter behandles initialt i egne oppvåkningsavsnitt der hensikten er å overvåke livsviktige funksjoner.

Hensikten med denne pilotstudien var å undersøke om det er grunnlag for å gjennomføre en større og grundigere evaluering av to ulike instrumenter for skåring av postoperative pasienter i en oppvåkingsavdeling, ett som måler pleietyngde til ulike pasientkategorier og et annet som angir objektive kriterier for utskrivelse fra avdelingen. De valgte instrumenter er ikke tidligere anvendt i Norge, men antas å være godt egnet for postoperative pasienter i en oppvåkningsenhet. For å

undersøke egnetheten til disse to valgte instrumenter ble de belyst ved hjelp av to problemstillinger:

1) Er det sammenheng mellom pleietyngdeskåre og en eller flere faktorer som indikerer ressursbruk?
2) Forandrer utskrivningsskåren seg gjennom oppholdet slik at det synes å være en sammenheng mellom oppnådd utskrivningsskåre og faktisk utskrivelse fra avdelingen?

METODOLOGI

Pasienter

Studien ble gjennomført i Oppvåkningsenheten på Rikshospitalet i løpet av seks dager i september 2007. To prosjektansvarlige sykepleiere fikk tillatelse fra avdelingsledelsen til å gjennomføre pilotstudien. Informasjon om forberedelser til, og gjennomføring av prosjektet ble gitt til sykepleierne ved Oppvåkningsenheten. Dette ble gjort i form av muntlig informasjon ved to morgenmøter samt skriftlig informasjon til alle ansatte for å tilstrebe at alle sykepleierne ved enheten ble informert.

Prosedyre for datainnsamling

Data som ble registrert ble hentet fra pasientenes overvåkningsskjema og anestesijournal. Skåringene fikk ingen konsekvenser for mottak, oppfølging underveis eller utskrivelse av pasientene. Data ble innsamlet fra pasienter innlagt i to ulike stuer på vilkårlig valgte dager over en periode på to uker. En stue kunne ha 1-6 pasienter og skåringene ble gjort i tett samarbeid med sykepleierne som hadde ansvar for pasientene. Det ble registrert ankomst- og utskrivelsestidspunkt, diagnose, anestesitype, type operasjon og ASA-klasse hos hver pasient.

Pleietyngde

Instrumentet som ble brukt for å dokumentere pleietyngde er utviklet ved Kaiser Permanente, Harbour City, California (13). Dette beskriver sykepleiernes arbeid knyttet til direkte, og til en viss grad indirekte, pasientarbeid. Ni ulike parametere inngår i skårin-

TABELL 1: Pleietyngde

De ulike parametere og en forkortet versjon av hvilke kriterier som ligger til grunn for poengfordelingen i instrumentet for måling av pleietyngde.

Parameter	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	5 poeng
Respirasjon	Ubesværet	Nesekateter	Puritanfukter	Noninvasiv ventilasjon	Respirator
Hjerterytme	Sinusrytme	Observert arytmi	Arytmi, krever medikament	Hypo-/hypertensjon, infusjon medikament	Hjertestans
Vitale tegn	BT innenfor preoperativt område	BT innenfor preoperativt område i løpet av 30 min	Hypo-/hypertensjon, ekstra observasjon	Hypo-/hypertensjon, krever medikament	Hypo-/hypertensjon, infusjon vasoaktive medikament
IV væsketilførsel	Opprettholdelse fra operasjonsstuen	Starte/stoppe	Medikamenttilsetning, infusjonspumper	Starte flere	≥ 3
Temperatur	Normal	Hypotermi, varme tepper	Hypotermi, varmluftsteppe	Kjent malign hypertermi	Ikke kjent malign hypertermi
Overvåking	Standard	Perifere pulser	Invasiv, nevrologisk status	Seponere invasivt utstyr	Innleggelse av invasivt utstyr
Medisiner	Ingen	Én dose	2-4 doser av ett medikament	> 4 doser av ett medikament og/eller 2-3 ulike medikament	≥ 4 ulike, starte vasoaktivt medikament
Bandasjer/dren	Ingen	Obs. blødning og dren	Forsterke operasjonsbandasje	Bytte operasjonsbandasje	Aktiv blødning
Spesielle behov ved pasientomsorgen	Hviler rolig	Hyppig beroligelse, lege konsultert en gang	Rastløs/urolig, lege konsultert to ganger	EDA*, lege konsultert > to ganger	Isolasjon, agitert pasient, pediatrisk observasjon

* EDA: epidural analgesi

gen. Disse er respirasjonsstatus, hjerterytme, blodtrykk, intravenøs væsketilførsel, temperatur, type overvåkingsutstyr, medisiner, bandasjer og dren, samt «spesielle behov ved pasientomsorgen» (Tabell 1). For hver av parameterne er det mulig å få 1–5 poeng, hvor høyere poengsum representerer økt pleietyngde. Registrert skåre er høyeste skåre i hver av de ni parameterne og er ikke nødvendigvis tidsmessig sammenfallende. Dette systemet anvendes også for å gruppere pasientene i klasser fra 1–5 som er veiledende for hvor mange pasienter en sykepleier kan ha ansvaret for. Pasientene i denne pilotstudien ble gruppert i klasse 1–5 ved bearbeidelsen av data, men uten at dette fikk konsekvenser for fordelingen av pasienter til hver enkelt sykepleier.

Utskrivningskriterier

Parallelt med dette ble pasientene skåret i henhold til på forhånd gitte kriterier for utskrivelse. Utskrivningsskåre er basert på kriterier utarbeidet for Postoperativ Observasjons- og Terapi afsnitt ved Abdominalcenteret, Rigshospitalet, Danmark. Disse kriteriene gjenspeiler nasjonale retningslinjer utarbeidet av Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) (14). Instrumentet angir objektive kriterier for utskrivelse av pasienter fra oppvåkningsenheter. Sedasjon, respirasjon, oksygensaturasjon, systolisk blodtrykk, puls, smerte, kvalme, motorikk, timediurese og temperatur registreres hos hver pasient (Tabell 2). Pasientene skåres tre ganger i løpet av oppholdet. Hver enkelt av de ti kategoriene gir fra 0–3 poeng ut fra pasientens tilstand, slik at laveste poengsum angir at pasienten er uten behov for ekstra overvåkning. Sykepleierne i avdelingen kan på eget initiativ skrive ut pasienten dersom totalskåre er ≤ 4 og delskåre, det vil si enkeltskåre for de ti ulike kategoriene er ≤ 1. I pilotstudien ble utskrivningsskåre ikke anvendt som utskrivningskriterium. Hensikten var kun å dokumentere hvilken skåre pasientene ville få i henhold til dette danske systemet. Pasientene ble skåret så snart som mulig etter ankomst i Oppvåkningsenheten og like før utskrivelse. I tillegg ble pasientene tildelt en skåre i tidsrommet mellom ankomst og utskrivelse som var summen av maksimalskåre for de ti ulike kategoriene angitt over.

TABELL 2: Utskrivningskriterier

Ulike kategorier og en forkortet versjon av hvilke kriterier som ligger til grunn for poengfordelingen i instrumentet for registrering av utskrivningsskåre.

	POENG OG KRITERIUM			
	0	1	2	3
Sedasjon	Våken	Sover lett	Sover tungt	Ikke kontaktbar
Respirasjon (RF =respirasjonsfrekvens)	Frie luftveier, RF 10-20/min	Snorker, RF 10-20/min	Obstruktiv, RF <10 eller >20/min	Utilstrekkelig, RF 0-8/min
SpO2	≥ 94 %	90-93 %	85-89 %	<85 %
Systolisk blodtrykk	Stabilt ≥ 100 mmHg	90-99 mmHg	80-89 mmHg, >220 mmHg	< 80 mmHg
Puls	50-99	45-49 eller 100-120	< 45 eller >120	< 40 eller >130
Smerter (NRS*)	Hvile: 0, mobilisering: 1-3	Hvile: 1-3 mobilisering: 4-7	Hvile: 4-7 mobilisering: 8-10	Hvile: 8-10
Kvalme	Ingen	Lett	Moderat og/eller oppkast	Sterk kvalme og/eller oppkast
Motorikk	Bromage** 0	Bromage 1-2	Tegn på relaksering	Bromage 3
Timediurese	≥ 1 ml/kg/time eller ikke kateter	0.5-0.9 ml/kg/time eller erkjent uremi	0.1-0.49 ml/kg/time	Anuri
Temperatur	≥ 36 grader	35.5-35.9 grader	35-35.4 eller > 38 grader	< 36 grader

* NRS: numeric rating scale. En selvrapporteringsskala fra 0 til 10 som måler smerteintensitet
** (15)

Oversetting av instrumenter
Instrumentet brukt til registrering av pleietyngde ble oversatt fra amerikansk til norsk av tre intensivsykepleiere. Hver enkelt sykepleier oversatte instrumentet, deretter ble disse forslagene satt sammen til en endelig versjon som sykepleierne ble enige om. I ettertid er denne versjonen revidert noe. Utskrivningskriteriene ble oversatt fra dansk til norsk av to intensivsykepleiere.

STATISTISKE ANALYSER

Statistiske analyser ble utført med Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 15. Deskriptiv statistikk, lineær regresjon og flervariatanalyse ble anvendt i analysen.

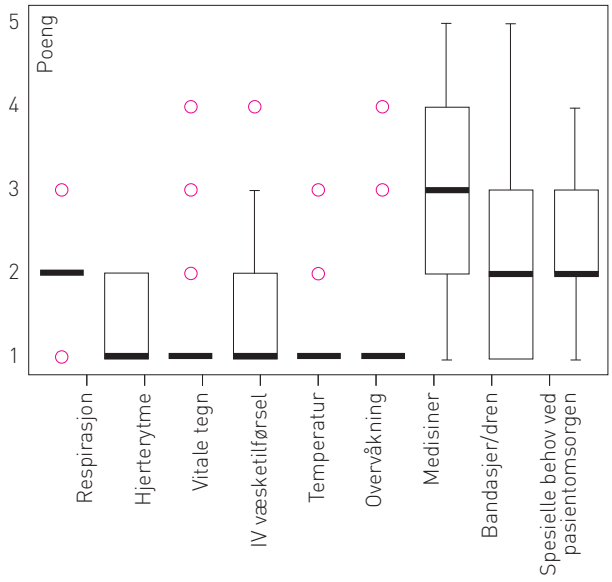
RESULTATER

Pasienter
Pleietyngde og utskrivningsskåre ble registrert hos 37 pasienter, 15 kvinner og 22 menn fra ni ulike avdelinger ved sykehuset. De fleste pasientene tilhørte ASA-klasse 1-2 (Tabell 3).

Pleietyngdeskåre
Gjennomsnittlig pleietyngdeskåre var 16 poeng (variasjon fra 9–24). De fleste pasientene oppnådde totalskåre mellom 15–18, det vil si tilhørte klasse 3 (n=16) (Tabell 4). De tre parametrene som gav høyest skåre var «medisiner», «bandasjer og dren» samt «spesielle behov ved pasientomsorgen» (Figur 1).

Pilotstudien fant at pleietyngdeskåre var korrelert med liggetiden i avdelingen ($p < 0,01$): Snaut 40 prosent av variasjonen i liggetid kunne forklares ut fra pleietyngdepoengene ($r2 = 0,37$ – Figur 2).

Utskrivningsskåre
12 pasienter (32 prosent) oppnådde totalskåre ≤ 4 og delskåre ≤ 1 alle-



FIGUR 1: Ni parametere som angir pleietyngde, samt ved hvilke av disse parameterne pasientene skårer høyest. Mulig skåre er fra 1-5, hvor 5 er maksimal pleietyngde.

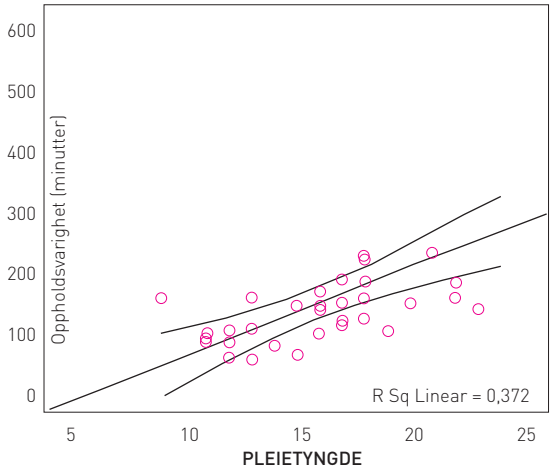
TABELL 3: Pasientkarakteristika (n=37).

Kjønn	Kvinner/menn	15/22
Avdeling	Nevrokirurgisk avdeling	12
	Kvinneklinikken	4
	Øre Nese Hals	7
	Gastro/urologisk kirurgisk avdeling	5
	Diverse andre avdelinger*	9
Alder	Gjennomsnitt	50 år (18-84)
Liggetid	Gjennomsnitt	2 t 31 min (0:55 – 9:25)
ASA-klasse	1	7
	2	19
	3	3
	Ikke dokumentert	8

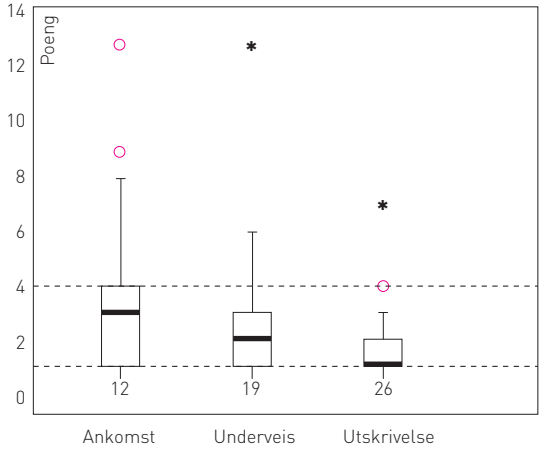
*Diverse andre avdelinger: thorax kirurgisk avdeling, ortopedisk avdeling, plastikkirurgisk avdeling, reumatologisk avdeling

TABELL 4: PLEIETYNGDE OG LIGGETID Antall pasienter fordelt til klasse 1-5 ut fra totalskåre for pleietyngde samt liggetid i Oppvåkningsenheten.

	LIGGETID (MINUTTER)				
Pleietyngde	Antall	Gjennomsnitt	SD	min	max
Klasse 1 (0-12)	9	98	26.7	60	160
Klasse 2 (13-14)	4	101	45.0	55	160
Klasse 3 (15-18)	16	151	43.4	65	230
Klasse 4 (19-22)	6	203	98.7	105	385
Klasse 5 (> 22)	2	353	300.5	140	565



FIGUR 2: Forholdet mellom skåre for pleietyngde og liggetid i Oppvåkningsenheten.



FIGUR 3: Variasjon i utskrivningsskåre hos pasienter ved ankomst, under oppholdet og ved utskrivelse. Kontrollinjer angir total- og delskåre som tilsier at pasienten kan skrives ut av sykepleier. Nummeret under boxplottet representerer antall pasienter som var utskrivningsklare i henhold til de gitte kriterier.

rede ved ankomst til avdelingen, og var derved utskrivningsklare i henhold til disse kriteriene (Figur 3). Maksimalskåre oppnådd i tidsrommet mellom ankomst og før utskrivelse tilsa at 19 pasienter (51 prosent) var utskrivningsklare i henhold til kriteriene, og ved det faktiske utskrivningstidspunktet var 26 pasienter (70 prosent) utskrivningsklare.

Antall pasienter som fikk delskåre > 1, og dermed ikke var utskrivningsklare, varierte underveis. Delskåre >1 ved ankomst ble blant annet gitt for sedasjon (n=5), respirasjon (n=8) og smerte (n=7). Antall pasienter med delskåre > 1 ble gradvis redusert frem til utskrivelse; sedasjon (n=0), respirasjon (n=2) og smerte (n=5). Enkelte pasienter fikk totalskåre ≤ 4 og delskåre ≤ 1 ved ankomst, men oppnådde delskåre > 1 under oppholdet. Dette betød at pasientene var utskrivningsklare i henhold til de gitte kriterier for utskrivelse ved ankomst til avdelingen, men skåret deretter for høyt under oppholdet i Oppvåkningsenheten. Smerte var den viktigste årsaken til at pasienter ikke tilfredsstilte utskrivningskriteriene. Åtte pasienter (22 prosent) var utskrivningsklare etter de gitte kriterier gjennom hele oppholdet i Oppvåkningsenheten. Disse åtte pasientene hadde en gjennomsnittlig liggetid på 125 min (65–225 min).

DISKUSJON

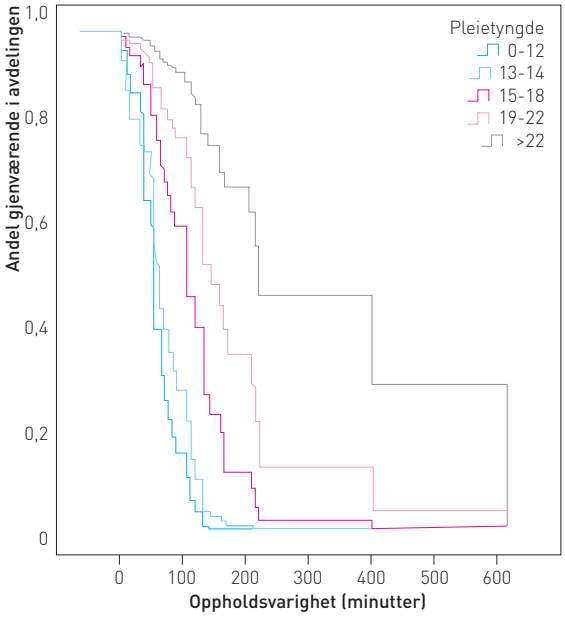
Pilotstudien avdekket en sterk sammenheng mellom pleietyngdeskåre og liggetid i avdelingen. Økt pleietyngde var særlig assosiert med antall medikamenter og/eller doseringer gitt til pasientene. I tillegg viste pilotstudien at det er en sammenheng mellom oppnådd utskrivningsskåre og det faktiske utskrivningstidspunkt for pasientene. Disse funnene gjør at det er ønskelig å evaluere skåringsinstrumentene i en større studie som vil gjøre det mulig å studere disse sammenhengene i større detalj. En slik studie er nå påbegynt.

Behandling av pasienter i en oppvåkningsenhet er svært ressurskrevende, noe som gjør det særlig viktig å utnytte postoperativ kapasitet optimalt, det vil si yte adekvat innsats overfor – og avgrenset til – pasienter med særlige behov. De instrumenter som i dag brukes for å registrere pleietyngde ved Rikshospitalet (SAPS II, NEMS, ASA-klasse) gir utilstrekkelig mulighet til å dokumentere hvilke forhold som gjør en pasient ressursmessig krevende for sykepleierne. Målet med pilotstudien var blant annet å få innsikt i om nye instrumenter vil kunne bidra til bedre utnyttelse av pleieressurser. Effektiv og riktig ressursutnyttelse må imidlertid være tuftet på at de pasienter som har en økt pleietyngde skal ivaretas med de ressurser dette krever. Samtidig er det viktig at postoperative pasienter ikke blir liggende i denne type behandlingsintensive avsnitt lenger enn nødvendig. Derfor er det også viktig med klare kriterier for utskrivelse av pasienter til sengepost (14).

Det er gjort få studier av instrumenter for måling av pleietyngde og instrumenter som sikrer en trygg utskrivelse tilpasset oppvåkningspasienter. I denne pilotstudien ble det brukt et instrument for pleietyngde som er validert av sykehuskjeden Kaiser Permanente i USA (13). Instrumentet ble testet på til sammen 8367 postoperative pasienter og ble vist å kunne forutsi pleietyngden til ulike pasientkategorier, samt sykepleiernes arbeidsbelastning relatert til pleietyngde. I tillegg ble instrumentet funnet å kunne anvendes til beregning av behov for personalressurser (13).

Kriterier for utskrivelse ble utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av DASAIM (14). På bakgrunn av et omfattende litteratursøk ble ti områder med tilhørende kriterier og poeng nedfelt. I tillegg ble det også utferdiget kriterier som burde oppfylles før pasienten skrives ut til sengepost av en sykepleier. Disse er at pasienten tilhører ASA klasse 1-3, har vært gjennom et ukomplisert kirurgisk inngrep, ukomplisert anestesi og forløp i oppvåkningsavdelingen, blodtap ≤ 500 ml hos pasienter med normal hemoglobin preoperativt, samt at pasientene er mer enn 14 år og alle delskåre er ≤ 1 og summert skåre er ≤ 4 ved to påfølgende skåringer med ti minutters mellomrom. Pilotstudien anvendte en modifisert utgave av dette instrumentet som er utarbeidet for Postoperativ Observasjons- og Terapi afsnitt ved Abdominalcenteret, Rigshospitalet, København, og som bygger på DASAIM sine anbefalinger.

I 2007 ble det innlagt 8587 pasienter ved Oppvåkningsenheten ved Rikshospitalet. Pilotstudien inkluderte et begrenset antall pasienter, noe som gjør at resultatene må tolkes med forsiktighet. Skåre for pleietyngde var godt korrelert med liggetiden i avdelingen, og var først og fremst bestemt av antall medikamenter og/eller doseringer av medikamenter i avdelingen, «bandasjer



FIGUR 4: Hvordan liggetiden i Oppvåkningsenheten vil fordele seg mellom pasientene i klasse 1-5 dersom pasientutvalget i undersøkelsen var representativt for et større antall pasienter.

og dren» og «spesielle behov ved pasientomsorgen» (Figur 1, 2). Dette innebar at både direkte, og til en viss grad indirekte pasientarbeid ble funnet å ha betydning for pleietyngden (13). Det kan imidlertid innvendes at liggetiden i seg selv medfører økt ressursbruk og derved høyere pleietyngdeskåre. Pasienter skåret blant annet høyt på grunn av antallet medikamentdoser gitt i avdelingen. Dette kan innebære at pasientene fikk medisiner og var inneliggende i avdelingen fordi pasienten hadde behov for dette (for eksempel på grunn av smerter). En alternativ fortolkning er at pleietyngdeskåre ble høy fordi pasientene lå i avdelingen i lengre tid enn strengt nødvendig, og derved også mottok flere medikamentdoser.

> Smerte var den viktigste årsaken til at pasientene ikke oppfylte utskrivningskriteriene.

Summen av de ulike pleietyngdeskåringene bestemmer hvilken klasse pasientene tilhører. Hensikten er å kunne forutsi bruken av sykepleieressurser til den enkelte pasient (13). Figur 4 og tabell 4 illustrerer hvordan slike data kan benyttes til å forutsi liggetid for ulike pasientkategorier basert på hvilken tyngdeklasse de tilhører. Gitt et større pasientmateriale vil liggetid og ressursbruk kunne forutsis (Cox propotional hazard analyse). Dette er illustrert i Figur 4. Pleietyngdeskåre viser at den største gruppen pasienter (n=16) tilhørte pasientklasse 3. Pilotstudien gav ikke svar på hvilke pasientkategorier som kan klassifiseres til de ulike klassene, ei heller hvor mange pasienter en sykepleier hadde ansvaret for. Oppvåkningsenheten kan derfor i liten grad bruke resultatene i denne pilotstudien i fordelingen av sykepleiere til de ulike pasientkategoriene. For å kunne gjøre dette er det nødvendig med et betydelig større tallmateriale.

Resultatene fra denne studien antyder at en tredjedel av pasientene kunne vært skrevet ut allerede ved ankomst til Oppvåkningsenheten, og at flere pasienter oppfylte utskrivningskriteriene gjennom hele oppholdet i enheten. Smerte var den viktigste årsaken til at pasienter ikke oppfylte utskrivningskriteriene. Dette er sammenfallende med funn i andre studier gjort på polikliniske pasienter. Pavlin og kollegaer (1998) fant at smerte var en medvirkende årsak til forsinket utskrivelse (16). Disse funn støttes også i senere studier hvor smerte ble rapportert å være en uavhengig risikofaktor for forlenget liggetid i oppvåkningsavsnittet (17).

Ved det faktiske utskrivningstidspunkt var 26 pasienter (70 prosent) utskrivningsklare i henhold til de gitte kriterier. Av de 11 pasienter som ikke var utskrivningsklare var det ufullstendige data på tre pasienter. De resterende åtte pasientene skåret blant annet for høyt på smerte. For å sikre at pasientene får ett adekvat krav av pleie samt beskrive hvordan og på hvilket kvalitetsnivå en utskrivningsprosess skal foregå, er det viktig med standarder for dette. På denne måten kan det sikres at en utskrivelse til sengepost er forsvarlig (14).

Før det kan konkluderes at disse instrumentene er til praktisk nytte, er det nødvendig å studere hvordan disse karakteriserer et større antall pasienter. Dette vil kunne gi mer robuste opplysninger om sammenhengen mellom skåre for pleietyngde og liggetid/arbeidsmengde i Oppvåkningsenheten, samt hvilke faktorer som bidrar mest til denne sammenhengen. Det er også viktig å undersøke bedre om utskrivningsskåre harmonerer med personalets oppfatning av hvilke pasienter som faktisk kan skrives ut av enheten, samt hvilke forhold (uttrykt som delskåre) som eventuelt hindrer pasienten i å bli utskrivningsklar. Regional Komite for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK) har godkjent søknaden om å starte en større studie. Denne er nå igangsatt.

KONKLUSJON

Pilotstudien fant at skåre for pleietyngde var godt korrelert med liggetiden i avdelingen, og var først og fremst bestemt av antall medikamenter og/eller doseringer av medikamenter i avdelingen. I tillegg ble det funnet at en stor del av pasientene (32 prosent) oppfylte objektive kriterier for utskrivelse allerede ved ankomst til Oppvåkningsenheten. Smerte var den viktigste årsaken til at pasientene ikke oppfylte utskrivningskriteriene. Pilotstudien antyder at instrumentene gir relevant informasjon om postoperative pasienters pleietyngde og at anvendelse av objektive kriterier for utskrivelse vil gi en bedre individuell tilpasning av ressursbruken overfor den enkelte pasient.

TAKKSIGELSER

En stor takk rettes til intensivsykepleier Bente Moskaug og alle de andre sykepleierne ved Oppvåkningsenheten på Rikshospitalet for uunnværlig hjelp i forbindelse med gjennomføringen

av pilotstudien. Takk også til Kaiser Permanente for tillatelse til å bruke instrumentet for måling av pleietyngde.

REFERANSER

1. **Haagensen R, Jamtli B, Moen H, Stokland O.** Virksomhetsregistrering ved intensivavdelinger. Tidsskrift for Norske Lægeforening. 2001;6:121:682-685.

2. **Lee Gall J-R, Lemeshow S, Saulnier MD.** A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) Base on a European/North American Multicenter Syudy. Journal of American Medical Association. 1993;270:24:2957-2963.

3. **Miranda DR, Moreno R, Iapichino G.** Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). Intensive Care Medicine. 1997;23:760-765.

4. **Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC.** Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. Critical Care Medicine. 1974;2:2:57-60.

5. **Miranda DN, Nap R, De Rijk A, Schaufeli W, Lapichino G, et al.** Nursing activities score. Critical Care Medicine. 2003;31:2:374-382.

6. **Aldrete JA, Kroulik MD.** A postanesthetic recovery score. Anesthesia and analgesia. 1970;49:6:924-934.

7. **Chung F, Chan VWS, Ong D.** A postanesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. Journal of Clinical Anesthesia. 1995;7:500-506.

8. **Figueroa M.** The postanesthesia recovery score: a second look. Southern Medical Journal. 1972;65:7:791-795.

9. **Steward DJ.** A simplified scoring system for the post-operative recovery room. Canadian Anaesthetists' Society journal. 1975;22:1:111-113.

10. **Sakland M.** Grading of patients for surgical procedures. Anesthesiology. 1941;2:281-284.

11. **Dripps RD, Lamont A, Eckenhoff JE.** The role of anesthesia in surgical mortality. Journal of American Medical Association. 1961;178:261-266.

12. **Wolters U, Wolf T, Stützer H, Schröder T.** ASA classification and perioperative variables as predictors of postoperative outcome. British Journal of Anaesthesia. 1996; 77:217-222.

13. **Soutar CR, MvMahon K. A** PACU Patient Classification System. Surgical Services Management. 2000;6:9:39-44.

14. **Dansk Selskab for Anæsthesiologi og Intensiv Medicin's Recommandation for udarbeijdelse af udskrivningskriterier fra anæstesiafdeling til kirurgisk stamafdeling efter anæstesi i Danmark.** Version 5.0. Tilgjengelig fra: http://www.dasaim.dk/menu-03/pdf-03-01-011.pdf. (Nedlastet 18.05.08).

15. **AnaesthesiaUK.** Bromage Scale. Tilgjengelig fra: http://www.frca.co.uk/article.aspx?articleid=100316 (Nedlastet 18.05.08).

16. **Pavlin DJ, Rapp SE, Polissar NL, Malmgren JA, Koerschgen M, Keyes H.** Factors affecting discharge time in adult outpatients. Anesthesia and analgesia. 1998;87:816-826.

17. **Pavlin DJ, Chen C, Penaloza DA,** Polossar NL, Buckley F. Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. Anesthesia and analgesia. 2002;95:627-634.

LEDERUTDANNING FOR HELSEPERSONELL

Ønsker du nye utfordringer og formell lederkompetanse?

Studiet passer for deg som har, eller som ønsker ansvar på ledernivå innen helsesektoren. Nettstudier gir deg fleksibilitet slik at du kan kombinere studiene med jobb og familie. Gjennomføringen er en kombinasjon av samlinger, selvstudium og veiledning via Internett.

Grunnstudiet – Ferdigheter i helseledelse, 30 studiepoeng
Emner: Helseledelse, organisasjon og ledelse, personalledelse, økonomistyring, prosjektarbeid i ledelse

Fordypningsstudiet – Helsetjenestens rammebetingelser, 30 studiepoeng
Emner: Helselovgiving og styringspremisser, helsepolitikk og organisasjon, helseøkonomi og ressursstyring, ledelse makt og verdier.

Årsenhet i helseledelse
Grunnstudiet og Fordypningsstudiet er hver for seg offentlig godkjent med 30 studiepoeng. De to programmene utgjør til sammen en årsenhet (tidl. grunnfag) på 60 studiepoeng.

Kombinert med 90 frie studiepoeng fra helsesektoren, oppnår du graden Bachelor of Managment med grunnstudiet og fordypning i helseledelse.

Søknadsbehandlingen starter 1. mai.
Rullerende opptak frem til studiestart august 2008.

For mer informasjon, se www.bi.no/helseledelse
Kontakt Unn Graff på helseledelse@bi.no
eller på telefon 46 41 00 34/20

BI NETTSTUDIER

TYNGDEN DU TRENGER

BI

NOE FOR DEG?

Hva tilfører denne artikkelen?
Hovedbudskapet er at polititvang innebærer traumer både for familien og den antatt syke. Spesielt er uniformert polititvang stigmatiserende, nedverdigende og krenkende.

Nøkkelord
- Politiassistert tvang
- Pårørende
- Psykisk helsevern

Hva vet vi om temaet fra før?
Forskning på pårørende i psykisk helsevesen i Norge har en lang tradisjon, men denne gruppen med særlig sårbare pårørende har ikke tidligere vært utført.

SAMMENDRAG

Artikkelen bygger på et FoU-prosjekt publisert ved Diakonissehjemmets høgskole (endret navn til Haraldsplass Diakonale Høgskole 1. januar 2008) i 2006 som omhandler pårørendes erfaringer med politibistand i forbindelse med tvungen psykisk helsevern. Empirien består av 27 anonyme skriftlige fortellinger som er analysert med inspirasjon fra den franske filosofen Paul Ricoeurs tekstteori. Hovedbudskapet er at polititvang innebærer traumer både for familien og den de har bedt om hjelp til. Spesielt er uniformert polititvang stigmatiserende, nedverdigende og krenkende. Majoriteten av informantene erfarer at tvangsavhenting finner sted fordi de ikke blir hørt når de ber om hjelp fra helsevesenet for en av sine nære. Når situasjonen så tilspisser seg, overlater helsevesenet uten omsvøp oppgaven med avhenting til politiet. Dette innebærer en *unødvendig* smerte for den pårørende. I noen sammenhenger erfarer imidlertid pårørende at polititvang finner sted etter at helsevesenet har gjort forsøk på frivillighet, men kommet til kort. Slike situasjoner kjennetegnes av en *nødvendig* smerte.

Et gjenomgangstema er at helsevesenet i stor grad møter pårørende med avvisning og umyndiggjøring, i stedet for å se dem som ansvarlige omsorgspersoner og samarbeidspartnere. Likeledes gjelder det at pårørende i denne krisen ikke får støtte for sin egen del.

ENGLISH SUMMARY

Caregivers experiences of forensic commitment in metal health carried out by the police

The topic of the study referred in this article is caregivers` experiences of forensic commitment into the mental health system, carried out by the police, towards a close relative. The investigation deals with 27 written narratives in which relatives describe their experiences anonymously. The research method is based on an analysis inspired by the text theory of the French philosopher Paul Ricoeur. Of the analysis of the narratives emerged the following themes. When the police fetch their loved ones at home it implies trauma, debasement and stigma, especially when the police officers arrive in uniform. The majority of the informants have experienced that such situations take place because they do not get help to their next of kin in time, that is; the family's calls for help are neglected by the health service. As the person who needs help gets worse, the health service immediately calls in the police to bring the patient to the psychiatric examination. In some cases the caregivers have experienced that the police must take control after health personnel have failed in their attempt to get the person to hospital voluntarily.
A characteristic theme is that the health care personnel, to a large extent, meet the family with rejection and do not empower them as partners for the care taking of the mentally ill. Besides that, the family, when in crises, is not backed up, nor given moral support from the health service.
Keywords; text, experience, Paul Ricoeur, narratives, caregivers, commitment of mentally ill, compulsion, police, restraint, empowerment, existential pain.

Mer om forfatteren
Karen Louise Pedersen,
førstelektor Diakonissehjemmets
høgskole i Bergen,
klp@bergendsh.no

Les mer
Søk på kombinasjoner av MeSH-termene: «caregivers», «commitment of mentally ill», «compulsion», «emergency service, psychiatric», «experience», «family», «forensic psychiatry», «narration», «police», «relatives», «restraint», «schizophrenia».

Pårørendes opplevelse av politi-assistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon

Forfatter: **Karen Louise Pedersen**
Foto: **Erik M: Sundt**

IINNLEDNING OG BAKGRUNN FOR STUDIEN

Daglig blir psykisk syke mennesker pågrepet i hjemmet av uniformert politi og fraktet i uniformert kjøretøy til legevakt for vurdering om innleggelse i psykiatrisk institusjon. Situasjonen utspiller seg fremfor øynene til naboer og forbipasserende. Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP) mottar jevnlig henvendelser fra medlemmer som har opplevd politiassistert tvang som uverdig. Ved systematiske søk i aktuelle databaser og etter å ha konferert med fagpersoner innen feltet, er det ikke funnet internasjonale eller norske studier med fokus på familiens erfarin-

ger med polititvang (1). I norske studier med andre fokus forteller imidlertid pårørende uoppfordret om negative erfaringer med politiassistert tvang (2, 3). Hensikten med denne studien var derfor å komme nærmere innpå hvordan politiassistert tvang *oppleves* og *erfares* fra den pårørendes ståsted og ved dette å bidra til debatt omkring emnet. Den overordnete problemstillingen er åpen og som følger: *Hvordan opplever den pårørende politiassistert tvangsinnleggelse?*

Kriterier for deltakelse var erfaring med politiassistert tvangsinnleggelse av en person i nær familie. I og med at fullstendig anonymitet ble gitt høy prioritet i alle faser av undersøkelsen, ble anmodningen om deltakelse sendt til et tilfeldig utvalg av i alt 133 pårørende, de fleste via LPPs sekretariat. I tilegg til formelle opplysninger i anmodningsskrivet, ble informantene bedt om å skrive om sine erfaringer ut fra følgende henstilling: «Min utfordring til deg er at du skriftlig forteller hvordan du opplevde situasjonen når en av dine nærmeste ble avhentet av politiet for vurdering om tvangsinnleggelse. Jeg forestiller meg at det er mange forhold som knytter seg til opplevelsen. Du velger selv å skrive om det som er viktigst for deg å formidle. Fortellingen kan være kort eller lang, den kan ha preg av friskriving eller en mer ordnet tekst. For ordens skyld gjør jeg oppmerksom på at du ikke må omtale noen av partene med navn.» Anmodingen resulterte i 27 innsendte tekster.

I det videre vises studiens metodiske tilnærming og resultatene av analysen etterfulgt av en diskusjon av resultatene.

METODE OG ANALYSE

Grunnlaget for den metodiske tilnærmingen er basert på den franske filosofen Paul Ricoeurs (1913–2005) fortellings- og tekstteori. Kjernepunktet i Ricoeurs forståelse av fortellingen er at den gir oss en forestilling av verden ved de handlingsvalg den formidler. Han ser fortellingen som en kontinuerlig prosess hvor opplevelsen går gjennom fortellingen fra praksis og videre fram til ny praksis (4). Ricoeur skiller mellom tekstens *mening*, som er den forfatteren har nedfelt, og tekstens *betydning* som er forskjellig for hver lesning og for hver leser som leser teksten.

Målet med lesningen er at teksten skal bidra til bedret praksis, det vil si en mer moralsk praksis, frem i tid, hvis nødvendig. Tolkningen av teksten starter med å motta den som «en høring», en umiddelbar forståelse av tekstens budskap uten motforestillinger. Deretter møtes teksten som «en skisse til lesning» hvor en søker å forklare den ut fra den strukturen forfatterne har valgt for å få frem sitt budskap. Tekstens betydning fremkommer først i samspillet mellom disse to lesningene (5).

> Jeg må erkjenne at tema tvang vekker sterke og ambivalente følelser hos meg.

I tråd med Ricoeurs fortellings- og tekststeori ble de tekstuelle fortellingene analysert som «en høring» ved hjelp av en hermeneutisk fenomenologisk fortellingsanalyse beskrevet av Max van Manen (6). Deretter ble hver tekst analysert ved en sosiolingvistisk strukturanalyse (teksten som «en skisse for lesning») beskrevet av William Labov (7). Resultatet av disse analysene ble så sett i sammenheng.

Til slutt ble de 27 tekstene tolket som *en* nyansert fortelling om hvordan polititvang oppleves fra pårørendes ståsted. Tekstenes betydningsmangfold viste seg som et mønster av fenomen knyttet til noen gjennomgående tema. Mønsteret fremkom ved at de samme tema eller fenomen, fremstilt ved plottet i noen av tekstene, også var beskrevet i innledningsdelen, i det avsluttende budskapet, i vurderingen eller i evalueringen av plottet i andre tekster.

RESULTATER

Innledningsvis gis en oversikt over tekstene. Resultatet av analysen gjengis så i forhold til de tema som fremkom. Det første tema er pårørendes opplevelse av *hjelpeløshet og ambivalens* i møte med psykisk sykdom. Etter dette gjenfortelles deler av en tekst som handler om hvordan pårørende kan oppleve et *ideelt samarbeid* med helsevernet i forbindelse med tvang. Denne teksten står i kontrast til de andre 26 tekstene, samtidig som den belyser og understreker betydningen av de påfølgende temaene. Det gjelder pårørendes opplevelse av *nødvendig smerte* i de sammenhenger hvor de erfarer at polititvang er eneste utvei til å få hjelp. Videre gjelder det tema som fremkommer i majoriteten av tekstene, nemlig *kamp for å oppnå samarbeid, unødvendig smerte* og til slutt *avmakt og skyldfølelse*. Tre tema som uttrykker pårørendes opplevelse av å bli sviktet av helsevesenet.

EN OVERSIKT OVER TEKSTENE

Majoriteten av tekstene er skrevet av foreldre til i alt atten sønner og seks døtre. Ellers er det to ektemenn som forteller om polititvang overfor deres koner, og en

datter som forteller om politiets håndtering av hennes mor. Den diagnosen som oftest nevnes er schizofreni, noen nevner manisk depressiv sykdom og i en tekst er det snakk om rus og psykiatri. Tekstenes lengde varierer fra 98 til 1564 ord. Fire består kun av et plott (poeng), hvor av en av dem fremstår som et manifest underbygget av forfatterens egne erfaringer. Tre relativt lange tekster kan ses som livshistorier. De fleste tekstene består av mange fortellinger som er innvevd i hverandre, mens noen få tekster fremstår som mer ordnete fortellinger. Tekstene er ellers spesielt preget av sterke følelser formidlet i et rikt bildespråk.

HJELPELØSHET OG AMBIVALENS

Det følgende sitatet uttrykker to av hovedtemaene i tekstene, nemlig at pårørende kommer til kort som omsorgspersoner og at tvang blir den eneste utveien til å få faglig hjelp: «Jeg må erkjenne at tema tvang vekker sterke og ambivalente følelser hos meg. Jeg gjenopplever det vanskelige etiske dilemma jeg sto i som mor når jeg måtte gripe inn og gjøre noe som stred mot mitt grunnleggende menneskesyn og oppdragersyn. Jeg gjenopplever lettelsen over at andre overtok et ansvar som jeg ikke lenger var i stand til å håndtere selv, men også frustrasjon over at det ikke var mulig å få hjelp før min sønn var blitt så dårlig at innleggelse ved tvang var det eneste reelle alternativet.»

I motsetning til denne teksten som går rett på sak, forteller flere innledningsvis om sjokk og vanntro i møte med psykisk sykdom og videre om et tiltakende omsorgsansvar. For alle gjelder det at den syke ikke har evne eller vilje til å oppsøke hjelp fra helsevesenet. Da er det de pårørende som må være hans eller hennes talsmann. Som nevnt over er det kun en tekst som beretter om et meget godt samarbeid med helsevesenet i den sammenheng.

SAMARBEID OM VERN

Det gode samarbeidet handler om at tvangsavhentingen av den unge sønnen i familien er godt planlagt, og at familien i forkant får svar på sine mange spørsmål. De ber spesielt om at politiet må ankomme sivilt, et ønske som blir innfridd. Et helseteam, ledsaget av to politimenn, ankommer hjemmet som planlagt. Når sønnen blir klar over hva som skal skje, låser han umiddelbart døren til rommet sitt. Mor forteller videre at: «Han ble høgrøsta, henviste til lovverket som jeg ikke husker ordlyden på.» Da han ikke lar seg overtale, ender det med at far bryter opp døren til gutterommet. Etter en tid gir sønnen seg over og forlater hjemmet, i følge teksten «(…) stille og rolig og frivillig sammen med legen, to politi og to terapeuter fra psykiatrien».

I ettertid gir legen familien ros og takk for den måten de har opptrådt på. Moren oppsummerer situasjonen slik «(…) Vi heime var slitne, men letta over at han endelig skulle få hjelp. Nå skulle han få hjelp til å bli frisk igjen!» Sønnen ble imidlertid relativt raskt utskrevet, og deretter tvangsinnlagt med politieskorte ytterligere to ganger. Moren sier om disse innleggelsene at de «(…) føltes minst like sårt som første gang, og hun spør seg samtidig: «Hvorfor måtte han heim, og så innlegges igjen?» Ved utskrivelse etter tredje opphold i institusjon har sønnen fått en alvorlig psykiatrisk diagnose.

Denne teksten står spesielt i kontrast til de mange tekstene som forteller at polititvang skjer fordi familien ikke kommer i dialog med helsevesenet og dermed heller ikke bemyndiges til samarbeid. Teksten har samtidig i seg hovedtrekkene i empiren. Det gjelder tiltakende omsorgsansvar og ambivalens, fortvilelse og smerte i møte med den sykes smerte, usikkerhet i forhold til egen rolle i situasjonen, redsel for utagering og kamp, samt det at uniformert politi er stigmatiserende. Og sist, men ikke minst, at sykehusinnleggelsen ikke førte til at deres kjære «ble frisk ingen».

Til tross for disse utfordringene godtar pårørende polititvang hvis foranledningen er at helsevesenet stiller opp, men ikke makter å overtale den syke til å gå frivillig med. Det smertefulle blir nødvendig.

NØDVENDIG SMERTE

En mor forteller om nødvendig polititvang slik: «Som pårørende er det hjerteskjærende å se den redselen han gir uttrykk for. «(…) Det føltes som hele verden gikk i grus. Tårene rant i strie strømmer. Bare tanken på at vår egen snille sønn måtte sitte i politibil med håndjern på seg, var grusomt».

Det er både sønnens lidelse og politiets metoder som smerter. Moren finner trøst i ettertid ved at sønnen sier at han hadde full forståelse for at familien lot dette skje. Likevel sier moren at: «Slike vonde minner blekner aldri helt (…)». Selv om minnene har satt dype spor, aksepterte moren polititvang fordi den var nødvendig.

Smerten i møte med polititvang er av en annen karakter når den pårørende erfarer den som en konsekvens av at de ikke når frem i kampen for å få hjelp. Det vil si at de kjenner seg sviktet av helsevesenet.

KAMP FOR Å FÅ HJELP

Til tross for at pårørende mobiliserer alle sine krefter, kan de erfare

at de verken blir hørt eller tatt på alvor når de ber helsevesenet om hjelp for en av sine nære. En forelder forteller om kampen på denne måten: «Hva gjør vi da? Vi setter himmel og jord i bevegelse for at de rette instanser, psykiatrien, politiet, leger og andre vi tror kan hjelpe, gjør noe». En mor forteller at hennes *hovedgeskjeft* gjennom to år var en fånyttes kamp for å få hjelp. Selv da det endte med at datteren ble voldelig, ville legen ifølge teksten «(…)ikke ta ansvar for å legge henne inn». Legen ba moren i stedet kontakte politiet. En annen mor som oppsøkte skolepsykologen for å få hjelp til sin unge sønn, fordi han i følge henne «(…)sakte gikk til grunne», ble av psykologen stemplet som «(…)et hysterisk kvinnfolk».

En ektemann forteller at han ikke blir hørt til tross for inngående å ha forklart situasjonen i hjemmet for helsepersonell. Det ender med dramatisk polititvang, noe ektemannen beskriver som krenkende og uverdig for konen. Han fremsetter avslutningsvis et budskapet til helsevesenet om hvordan man kan unngå polititvang: «Og at jeg er den eneste som skjønner tegnene!! Og det må man tro meg på!!» Budskapet understrekes med erfaring fra at i et tidlig stadium av manien, lar konen seg meget lett overtale til innleggelse. Slik uttrykker han essensen i de fleste beretningene, nemlig at politiet kobles inn fordi helsevesenet ikke gjør forsøk på frivillighet i tide. Det vil si at ansvarsfraskrivelse fra helsevesenets side, påfører familien unødvendig smerte.

UNØDVENDIG SMERTE

Det kan være vanskelig å finne dekkende ord for smerten ved unødvendig tvang:

«Grusomt, vondt, uvirkelig, uverdig, fornedrende. Ord kan ikke beskrive *hvor* grusom en slik opplevelse er. Hvis politiet skulle brukes, skulle de *aldri* komme i uniform og i politibil! Hva slags signaler sender det???»

Når en mor gjenkaller minner, formidler hun sine følelser slik: «Det er vanskelig å fortelle om dette uten å bli opprørt. (…)Min sønn var psykotisk og svært syk, men ikke farlig. (…)Det ble ikke gjort noe forsøk på å overtale ham, eller fare frem med lempe. Han ble dratt ut av huset, nesten uten klær, lagt i bakken ute på gårdsplassen foran en sjokkert familie og forskrekkede naboer, påsatt håndjern og kastet inn på gulvet i politibilen.»

En annen mor erfarte det på denne måten da sønnen, som hun sier overhode ikke var voldelig, ble avhentet: «(…)Politiet kom etter skoletid, og førte min sønn forbi gjengen utenfor butikken, og med håndjern bak på ryggen, var han et flott samtaleemne.» Tilskuerne er morens egne elever

> (…) helsesektor sviktet og jeg føler også at jeg på denne måten sviktet min datter.

som i ettertid møter sin lærer med følgende: «Du lærer, du tjener vel for dårlig som lærer slik at sønnen din må skjøte på lærerlønninga med brekk!» «Åssen er det å ha en kriminell sønn'a lærer? Vi så at`n ble ført vekk! Hva har`n gjort'a – lærer?»

Når det gjelder sosiale konsekvensene av uniformert polititvang, kan en lese om en annen ung mann som gjentatte ganger hentes av politiet, selv om han hver gang følger rolig med dem. Her ender det med at hybelvertinnen truer ham med utkastelse. I en annen beretning fortelles det om hvordan det er når politiet henter sønnen: «Han går frivillig med dem, forteller verbalt høflig hvordan det føles. Et overgrep. Han har ikke gjort noe galt.» Erfaring fra en tilsvarende situasjon formidles slik: «Uniformert politi har midt på lyse dagen hentet ham på døra hjemme – det har ingen slåssing vært forut – ingen grunn til slik utrykning. Politiet har vært høflige – men hvorfor behandle vår sønn som en kriminell? Det er utålelig».

Unødvendig polititvang stigmatiserer og krenker den syke og medfører avmakt og skyldfølelse for pårørende.

AVMAKT OG SKYLDFØLELSE

I en tekst beskrives møte med psykiatrien slik: «Det er ingen støtte. Vi er i ingenmannsland. Har ingen verdighet.» Når pårørende kjenner seg uten verdi, kan det ende i avmakt.

En far forteller om sin avmakt når poliklinisk behandler angir at en planlagt innleggelse «(…)er og blir en politisak». Faren blir så vitne til at sønnen blir brutalt behandlet av politiet når han setter seg til motverge. Foranledningen var at gutten nektet å ta forskrevet medisin. Etter få dager ble han imidlertid utskrevet fordi overlegen ved institusjonen ikke fant at det var grunnlag for tvang. Faren avslutter sin beretning slik: «Jeg ser ingen grunn til å bebreide politiet, men jeg bebreider norsk helsevesen og spesielt psykiatrien, som har akseptert å administrere slike krenkelser av sine egne pasienter». Etter en lignende erfaring sitter en mor igjen med skyldfølelse «(…)helsesektor sviktet og jeg føler også at jeg på denne måten sviktet min datter».

En datter forteller om en situasjon hvor hun og hennes

yngre søsken forgjeves kontakter helsevesenet for å få hjelp til sin mor. Barna klarer til slutt å overtale moren til å bli med dem til legevakten. Da legen etter mye om og men bestemmer seg for at moren skal innlegges, prøver hun å komme seg ut fra rommet. Datteren klarer imidlertid å holde henne tilbake, noe hun beskriver slik: «Jeg holder henne i armene mine som om hun var et lite barn og jeg mammaen hennes». Politiet tilkalles umiddelbart og barna beordres ut på gangen. Her blir de vitner til at fire uniformerte politimenn kommer løpende inn, legger moren i jern og sleper henne med seg. Datteren beskriver opplevelsen slik: «Vi føler oss som syndere, og ingen av oss klarer å holde tilbake gråten som har trengt på i timevis».

Vi ser her at barna er ikkeeksisterende for hjelpeapparatet både før og etter at helsevesenet overtar omsorgen for deres mor. De kjenner seg skyldig i det som skjer samtidig som de ikke får anledning til å gi moren støtte og trøst.

DISKUSJON

I det videre vurderes *utfordringer* ved tvang og politibistand i psykisk helsevern. Deretter diskuteres hva det er som kan ligge til hinder for at familien oppnår samarbeid med helsevesenet, og hva som kan bidra til at dette samarbeidet kan bedres.

TVANG I PSYKISK HELSEVERN OG POLITIBISTAND

Det skal og må alltid være tvingende nødvendig å frata et annet menneske sin frihet. Når en person som fremstår som psykisk syk ikke (lenger) selv søker hjelp fra helsevesenet, er det deres nære som blir deres talsmenn. Som talsmenn vil familien først og fremst at den syke skal få adekvat behandling. Det handler også om at omsorgsansvaret blir for stort. Familien kjenner på ambivalens ved å være medansvarlig i å frarøve en av sine nærmeste sin frihet, samtidig som de selv ikke strekker til og trenger avlastning.

Hvis hjelpen ikke blir gitt i tide, kan det være at pårørende til slutt må krisemaksimere situasjonen for i det hele tatt å bli hørt. Helsepersonell som mottar slike meldinger, kan da vurdere at en tvangsavhenting må skje umiddelbart uten å forsøke frivillighet. Ifølge Psykisk helsevernlovens § 3.3. p 1 (8) gis det nemlig unntak fra kravet om frivillighet hvis det er, sitat: «(…)åpenbart formålsløst å forsøke dette».

Uansett bakenforliggende forhold ønsker pårørende at avhentingen skal bli minst mulig traumatisk og smertefull. Som vi har sett er opplevelsen av uniformert polititvang særdeles smertefull for den pårørende. Spesielt gjelder det når politiets involvering erfares som unødvendig ved at helsevernet tilkaller politiet uten forsøk på frivillighet, og når den som trenger hjelp i utgangpunktet ikke er voldelig. Slike handlinger er i utgangspunktet i strid med Psykisk Helsevernlovens § 3.3. p 1 (8) som sier at tvang kun kan anvendes hvis frivillighet «(…)har vært forsøkt, uten at dette har ført fram».

I forhold til andre land som det er nautlige å sammenligne oss med, er andel tvangsinnleggelser i Norge meget høy. Det er ikke mulig å finne entydige forklaringer på dette forholdet (9). Det er også funnet at nærmere en tredel av pasienter som er såkalt frivillig innlagt, egentlig opplever at de er innlagt på tvang. En forklaring på dette forholdet er at pasientene kan ha kjent seg overtalt, presset eller også truet til innleggelse av familie eller helsepersonell (10).

Når pårørende overtaler eller presser sin nære, er det fordi de forventer at så sant vedkommende kommer til behandling i institusjon, vil det medføre tilfriskning. I den sammenheng er det nødvendig for familien å komme i dialog med helsevesenet. Det er imidlertid mange forhold som kan være til hinder for en slik dialog.

HINDRINGER FOR DIALOG OG SAMARBEID MELLOM FAMILIEN OG HELSEVESENET

Det kan være ulike grunner til det sviktende samarbeidet mellom helsepersonell og familien. For eksempel er det funnet at det kan være et misforhold mellom de mest sentrale endringene i debutfasen av sykdommen og de symptomene behandlerne setter som diagnosekriterier (11). Hvis behandlerne da holder seg strikt til sine diagnosekriterier, kan pårørende bli avvist når de ber om hjelp. Dette kommer spesielt frem i fortellingen der moren, som søker hjelp for sin unge sønn fordi hun så at han «sakte gikk til grunne», blir stemplet av skolepsykologen som et «hysterisk kvinnfolk». Det er også mulig at den pårørende ut fra tidligere erfaringer ikke finner ord som evner å utrykke «symptomene» på antatt psykisk sykdom. I fortellingen om det gode samarbeid med helsepersonell sier foreldrene det slik: «Livet hadde til da ikke gitt oss erfaringer av en slik art at vi helt fatta hva vi var kommet opp i».

Når tilstanden utvikler seg til at den syke ikke lenger ønsker hjelp, må lovverket følges strengt. Det kan være at legen vil foreta denne vanskelige avveiingen uten å bli påvirket av de nærmeste. På den annen side, hvis de nærståendes vurderinger ikke vektlegges i denne vurderingen, brytes forbin-

delsen mellom det moralske og det legale ansvaret for pasienten (12).

Ulike perspektiv på pårørenderollen har også betydning for om de bemyndiges til samarbeid. Deres rolle har endret seg i pakt med rådende hypoteser om årsak til alvorlig psykisk lidelse. Grovt sett har endringen gått fra å se på familien som offer, via å se dem som medskyldig til sykdomsutvikling, til å se familien som både medskyldig og offer (13, 14). Det er nærliggende å tenke seg at forskning ut fra slike hypoteser har betydning for hvordan pårørenderollen defineres, og ut fra det, om de bemyndiges til samarbeid eller ikke.

Vi kommer heller ikke bort fra at pårørende gjennom tiden har vært, og fortsatt er, en forsømt gruppe i psykiatrien (15). I de sammenhenger hvor helsevesenet i dag ønsker å gi familien hjelp, er det først og fremst ved å veilede dem til å anvende gode mestringsstrategier i møte med den syke. I dette arbeidet støtter behandleren seg til studier som i det vesentlige er kvantitativt basert. Ved slike instrumenter kartlegges blant annet pårørendes objektive omsorgsbyrder, mestringsstrategier og stressnivået i familien («burden of care»-studier). En større internasjonal metastudie viser at svært få av disse instrumentene måler pårørendes subjektive bekymringer, og at deres eksistensielle smerte i det hele tatt ikke er gjenstand for oppmerksomhet (16). Helsepersonell er også i liten grad oppmerksom på at pårørende har noe å bidra med ut fra sitt kjennskap til den syke (17, 18, 19).

Hvis en derimot tar utgangspunkt i pårørendes beskrivelser av sin situasjon gjennom kvalitative studier, får en et langt mer mangfoldig bilde enn det som fremkommer ved kvantitativt baserte studier med på forhånd definerte svaralternativer. I kvalitative studier kan pårørende beskrive seg som tilpasningsdyktige, de kan kjenne glede og tilfredshet ved sitt omsorgsansvar. Ikke minst kan de finne styrke ved å lete etter mening i hverdagen (20). Fordi den pårørende ønsker å fremstå som et moralsk og omsorgsfullt menneske, velger de oftere å lytte til sin samvittighet enn å handle etter velmente råd fra helsepersonell om «mestringsstrategier» (21). Samtidig etterlyser pårørende at helsepersonell etterspør deres erfaring med den syke. De erfarer da at familiens kompetanse ikke blir verdsatt (13, 14).

> Hadde det ikke vært for deres innsats, ville han ikke ha levd i dag.

Hvis tilnærmingen til pårørenderollen blir mer fleksibel og mangfoldig er det mulig at det kan åpne for et bedre samarbeid mellom familien og psykiatrien. Det første skritt på veien kan være å endre perspektivet fra pårørendes omsorgs*byrde* til omsorgs*styrke* og *ansvar* (22). Dette er i tråd med en større intervjuundersøkelse foretatt av Sosialstyrelsen i Sverige overfor personer som har tilfrisknet etter schizofreni. Denne konkluderer med at det at den pårørende bryr seg om den syke, er utholdende og fastholder håpet, er det viktigste bidrag til tilfrisking (23).

En av tekstene i empirien som handler om en lang kamp med mange nederlag og krenkelser, avsluttes som følger: «Og min sønns psykiater har sagt til oss, min mor og meg: 'Hadde det ikke vært for deres innsats, ville han ikke ha levd i dag'». Det burde tilsi at helsevesenets oppgave må være å bemyndige familien til samarbeid, samtidig som pårørende må få støtte og hjelp for sin egen del når omsorgsansvaret blir for stort.

AVSLUTNING

Pårørendes erfaringer med polititvang bærer karakter av stor smerte uansett om de ser handlingen som nødvendig eller ikke. Denne smerten kommer i tillegg til en meget vanskelig situasjon preget av hjelpeløshet og ambivalens fordi familien kommer til kort i omsorgen for en av sine nære. Majoriteten av informantene opplever politiassistert tvang som unødvendig fordi de erfarer den som en konsekvens av at de ikke blir hørt eller forstått når de ber om hjelp til en av sine nære. Slik kan politiassistert tvang i stor grad ses som unnlatelsessynder fra myndighetene overfor psykisk syke og deres familie. I artikkelen diskuteres derfor hva det kan være som gjør at den pårørende ikke i langt større grad bemyndiges til samarbeid med helsevesenet. Den konkluderer med at hvis synet på pårørenderollen blir mer nyansert, vil helsevesenet kunne se familien som viktige samarbeidspartnere i forhold til vern av en av sine nære.

REFERANSER

1. **Pedersen KL.** Pårørendes opplevelse av politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon. FOU-rapport / Diakonissehjemmets høgskole; nr. 2/2006.

2. **Holte A., Egemark L, Alfstadsæther B.** Diagnose schizofreni: Foreldres erfaring. Psykologisk institutt, UiO, BUP Porsgrunn, DPS Toten. Ikke publisert prosjektrapport 2003.

3. **Viljugrein T.** Pårørende til psykisk syke. UiO; Hovedfagsoppgave i kriminologi. Institutt for kriminologi, 1998.

4. **Kemp P.** Tid og fortælling – Introduksjon til Paul Ricoeur. Danmark, Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, Socialanalytik 1999.

5. Ystad H. Etterord i Paul Ricoeur – Eksistens og hermeneutikk. Oslo: Forlaget av H. Aschehoug & Co. I samarbeid med Thorleif Dahls kulturbibliotek og Det norske akademi for sprog og litteratur,1999.

6. van Manen, M. Researching Lived Experience. 2. utgave. New York: State University of N.Y. Press, 1997.

7. Riessman CK. Narrative analysis. California; SAGE Publications Inc.,1993.

8. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 1999 – Endret ved lov 30 juni 2006 nr. 45.

9. Bjørngaard JH, Hatling T. Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern i 2001 – 2002. Oslo: SINTEF Helsetjenesteforsking, 2003.

10. Sørgaard KW. Satisfaction and coercion among voluntary, persuade/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment. The Author. Journal compilation Nordic College of Caring Science, 2007.

11 Møller P, Husby R. Det initiale prodrom ved schizofreni – kjernedimensjoner av opplevelse og adferd. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123(17): 2425 – 2429.

12 Milliken P J, Northcott H C. Redefining parental identity: caregiving and schizophrenia. Qualitative Health Research 2003; 13 (1):100–113.

13. Östman M. Behandlingsmodeller där familjen integreras. I: Brund D, Hansson L. Att leva med psykiska funktionshinder. Sverige: Studentlitteratur, 2005.

14. Schock AM, Gavazzi SM. Mental Illness and Families. I : Patrick C, McKenry S, Price J. Families and Change: coping with stressful events and transitions. CA: Sage Publications, 2005.

15. Sverdrup S, Kristoffersen LB, Myrvold TM. Brukermedvirking i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter. NIBR-rapport 2007:2.

16. Reine, G, Lancon C, Simeoni MC, Dupan S, Auquier P. La chanarge des aidants naturels de patients schizofrenia: revue critique des intruments d`evaluation. Encephale Masson, France (2003;29(2): 137-47.

17. Bøckmann K. Attitudes of Ward Staff Toward Families of Patiens Suffering From Schizophrenia. Hovedoppgave. Tromsø: Psykologisk Institutt, 1998.

18. Riebschleger J. Mental health professionals` social constructions of families of people with serious mental illness. Dissertation Abstracts International: Selection B: The Sciences & Engineering 2001; 62(1-B): 156.

19. Östman M. Familjens situasjon. I: Bunt D, Hansson L. Att leva med psykiska funktionshinder. Sverige: Studentlitteratur, 2005.

20. Hunt CK. Concepts in caregiver research. Journal of Nursing Scholarship 2003; 35: 27 – 33.

21. Karp D. The burden of sympathy: How families cope with mental Illness. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2003; 35 (2): 253 – 254.

22. Ohaeri JU. The burden of care giving in families with a mental illness: a review of 2002. Current Opinion in Psychiatry 2003; 16(4): 457-465.

23. Almberg B. Finns kvar og ställer upp. Hur anhöriga kan bidra till återhämtning från allvarlig psykisk störning, ur de återhämtades och de anhörigas perspektiv. Sverige: Socialstyrelsen, Anhørig * 300, 2002.

Forskningsnytt

Nytt fra internasjonal forskning presentert og kommentert av **Anners Lerdal, redaktør i Sykepleien Forskning og førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud.**

Bedringsprosesser på psykiatrisk institusjon

Helsearbeideres væremåte bidrar til bedringsprosesser. Dette går frem av en studie som beskriver hva pasienter på en psykiatrisk avdeling opplevde som viktig for egen bedringsprosess.

Undersøkelsen ble gjennomført på en psykiatrisk institusjon for pasienter med planlagte innleggelser. Sykehuset hadde tre døgnavdelinger. Behandlingstilbudet besto av ulike former for psykoterapi, både individuelt og i gruppe.

KOMMENTAR !

Artikkelen gir et utfyllende bidrag i forhold til tradisjonell tilnærming hvor pasienter ofte beskrives ut fra etablert kunnskap om diagnoser, tegn og symptomer. Pasientene beskrev atmosfæren og samhandlingen med helsepersonellet på dagvakt som mer terapeutisk og likeverdig enn på seinvakt. Dette er et spennende funn som bør uforskes nærmere.

Data ble samlet inn ved intervju. Et utforskende forskningsopplegg med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ble brukt i analyse og tolkning av dataene.

Pasienter ble rekruttert til studien av behandlende lege eller primærsykepleier. Femten pasienter fra de tre avdelingene deltok (åtte kvinner og sju menn). Pasientene var innlagt med diagnosene sosial fobi, depresjon, spiseforstyrrelser, posttraumatisk stress eller borderline personlighet. Alderen varierte fra 19–58 år. Intervjuene ble analysert fortløpende. Etter elleve intervjuer erfarte forskerne at de samme temaene gikk igjen.

Analyseprosessen endte i to hovedtema: «helhet og egenverd» og «tid og rom». Det første temaet dreide seg om en opplevelse av at personalet visste hva de gjorde og var i stand til å ta imot følelsesmessige reaksjoner fra pasientene. Blant annet skulle personalet finne den riktige balansen mellom å utfordre og gi omsorg. Dette ble uttrykt som: «å ha både hode og hjerte». Én av informantene opplevde at personalet og pasienter «var som en familie». Sammen med trygg atmosfære og vakkert bomiljø, bidro forholdene til en følelse av å være verdifull og normal.

Samværet med andre pasienter og sykepleiere ble også oppfattet som terapeutisk. Atmosfæren i avdelingen fra kl 8 til 16 ble karakterisert ved en «vi-holdning» hvor pasienter og personalet var en helhet. Kveldsvakten bar mer preg av ulikhet mellom pasienter og personalet og en følelse av at personalet var der for å passe på.

REFERANSE

(Borge L, Fagermoen MS, J Ment Health;2008:17,193–205)

Tidlig utskriving fra sykehus etter hjerteinfarkt

En relativt høy andel pasienter innlagt med hjerteinfarkt har problemer med å takle stress.

Hensikten med studien var å undersøke mulig samvariasjon mellom opplevelse av sammenheng (OAS), endring i sosial støtte og mestring i forbindelse med innleggelse og utskrivning fra sykehus etter hjerteinfarkt. Begrepet OAS tar utgangspunkt i Antonovskys begrep salutogenese og en hypotese om at menneskets motstandsressurser har betydning for hvordan man takler sykdom og for sykdomsutvikling.

Studien ble gjennomført ved tre sykehus i Sverige. Pasienter som hadde vært innlagt for hjerteinfarkt fylte ut et spørreskjema både like før utskrivning fra sykehus og etter to uker når de var kommet hjem. Spørreskjemaet som målte OAS inneholdt 13 spørsmål hvor respondentene ble bedt om å gradere sine svar på en syvpunkt Likert-skala. Sosialt nettverk og sosial støtte ble målt ved bruk av Social Network and Social Support Scale (SOS-skala), som kartlegger emosjonell støtte, praktisk hjelp, samstemthet og tilgjengelighet.

Av 300 pasienter som ble innlagt på sykehus med symptomer på hjerteinfarkt, deltok 241 i studien. Av disse var 69 prosent menn, 74 prosent var gift og 22 prosent enslige. Sikker hjerteinfarktdiagnose ble stilt hos 208 (86 prosent).

Lave OAS-skårer ble funnet blant

> **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 Anners.Lerdal@hibu.no

Bidrar resturin til urinveisinfeksjon?

Resturin hos sykehjemsbeboere bidro ikke til økt forekomst av urinveisinfeksjon (UVI) i løpet av ett års oppfølging.

Dette var et av funnene i en studie som hadde til hensikt å følge opp en kohort av sykehjemsbeboere for å undersøke om det var sammenheng mellom forekomst og mengde av resturin og forekomst av UVI i løpet av det påfølgende året.

Beboere ved seks norske sykehjem ble inkludert i studien i perioden 1999–2002. Informert samtykke ble innhentet, for dem som manglet samtykkekompetanse, undertegnet av et nært familiemedlem. De som var yngre enn 65 år, terminale, brukte urinveiskateter eller ble behandlet med antibiotika da de ble vurdert, ble ikke inkludert. Resturinen til deltakerne ble målt med en ultralydbasert blærescanner ved oppstart av studien. Samtidig ble opplysninger om andre UVI-relaterte sykdommer kartlagt. I tillegg ble funksjonsnivå vurdert ved hjelp av Barthel Index. Symptomer og tegn på UVI ble registrert i studieperioden.

I alt deltok 153 beboere. Utvalget bestod av 69 prosent kvinner og 31 prosent menn. I løpet av oppfølgingen utviklet 30 prosent en eller flere UVI-er. Kvinner hadde en relativt sett høyere forekomst av UVI enn menn. En multivariant analyse viste at beboere som var kvinner eller hadde urininkontinens, hadde økt tendens til få UVI i løpet av oppfølgingsåret. Deltakernes skåre på Barthel Index, forekomst av hjerneslag, Parkinsons sykdom, demens, diabetes, obstipasjon eller resturin ga ikke økt tendens til UVI.

REFERANSE

(Omli R, Skotnes LH, Mykletun A, Bakke AM, Kuhry E. J Am Geriatr Soc; 2008: Epub. PMID: 18331294)

KOMMENTAR

Funn i denne studien står i motsetning til hva som trolig er en vanlig oppfatning om at beboere med resturin har økt fare for UVI. Det er usikkert i hvilken grad funnene kan generaliseres til andre eldre. Blant annet fordi det ikke oppgis hvem som valgte å ikke delta i studien og hvorvidt denne gruppen eventuelt avvek fra deltakergruppen. Retningslinjene for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning, utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin i 2005, åpner ikke for at andre kan samtykke for pasienten. Den rådende praksis i Norge er at hvis deltakeren blir vurdert til ikke å ha samtykkekompetanse, blir pårørende spurt og har reservasjonsrett.

60 prosent av pasientene like etter utskrivning. Det var ingen sammenheng mellom emosjonell støtte og OAS. Etter utskrivning oppga kvinnene, samt menn over 65 år, en reduksjon i sitt sosiale nettverk sammenliknet med to uker tidligere. Menn oppgav en lavere verdimessig samstemthet og tilgjengelighet til nettverket etter at de kom hjem sammenliknet med da de ble innlagt. Studien fant at pasienter som opplevde høy OAS også hadde en tendens til sterkere mestring og at grad av mestring ikke endret seg i løpet av de to ukene.

Ifølge forfatterne viser den høye andelen av pasienter med lav OAS-skårer at en relativt høy andel pasienter er sårbare. I henhold til Antonovskys teori innebærer lav OAS, det vil si at man har lite ressurser å mobilisere for å håndtere stressende forhold.

KOMMENTAR

Forfatterne gjør et poeng av at en relativt stor andel har lav OAS. Tolkningen av størrelsen på andelen kunne gitt større mening hvis man hadde sammenliknet med en annen gruppe – for eksempel befolkningen generelt. I tabellene er det uklart beskrevet hva som regnes som høy og lav mestring. Dette gjør det vanskelig å tolke tallene som presenteres.

NOE FOR DEG?

Hva tilfører artikkelen?
Videreutdanning og kurs til ansatte i kommunehelsetjenesten er viktig, tilpasset den hverdagen pleiepersonalet arbeider i med fleksibilitet når det gjelder deltakelse, tid og sted.

Hva vet vi fra før?
En fireårig handlingsplan for kompetansereform ble utviklet av Utdannings- og forskningsdepartementet i 1999. Målet var å bidra til å dekke samfunnets behov for kompetanse, og gi den enkelte mulighet for faglig utvikling og bedret kompetanse i det daglige arbeid.

SAMMENDRAG

Kompetansereformen har som mål å gi bedre muligheter for opplæring og kompetanseheving. I kommunehelsetjenesten kan det være vanskelig å arrangere kurs for alle på grunn av skiftarbeid, deltidsarbeid og arbeidsbyrde. Denne artikkelen foreslår en måte å implementere et utdanningsprogram som en del av den daglige rutinen med en kort undervisning og videre veiledninger på avdelingen. Forutsetninger som fleksibilitet, tid og sted er essensielle for å lykkes. Modellen ble testet på ansatte ved et sykehjem med tema «Livshistorier som en metode til å skape gode relasjoner mellom pasient og pleiepersonell».

Nøkkelord
- Utdanning
- Personalutvikling
- Læringsmiljø
- Klinisk veileder

Mer om forfatteren
Sykepleier, stipendiat
Høgskolen i Buskerud,
Institutt for medisinske basalfag,
Avdeling for atferdsfag,
Universitetet i Oslo
Linda.Bakken@hibu.no

Copyright
Artikkelen er tidligere publisert i Klinisk Sygepleje 2007, vol. 21, no 3, pp64–68.

Kompetanseheving for personale i kommune-helsetjenesten

Forfatter: **Linda N. Bakken**
Foto: **Stig Weston**

En fireårig handlingsplan for kompetansereform ble utviklet av Utdannings- og forskningsdepartementet i Norge i 1999. Denne planen har som formål å sikre voksne etter- og videreutdanning og dermed gi mulighet til kompetanseutvikling og livslang læring. Dette er viktig for å møte den utvikling og endring som vil komme i samfunnet i årene fremover, både teknologisk og kunnskapsmessig. Hovedelementene i reformen er rettet mot opplæring og verdsetting av realkompetanse. Et overordnet mål var å bidra til å dekke samfunnets behov for kompetanse, og gi den enkelte mulighet for faglig utvikling og bedret kompetanse i det daglige arbeid (1).

I kommunehelsetjenesten, både i hjemmetjeneste og på institusjoner, arbeider mange i lave stillingsprosenter og i skiftarbeid. Det er derfor vanskelig å tilpasse kurs og videreutdanning til denne gruppen arbeidstakere. For å sikre at de tjenester helsepersonellet yter er av faglig god kvalitet, er det viktig at deres kunnskaper oppdateres og videreutvikles. I forbindelse med gjennomføringen av min hovedfagsstudie ved Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo, utarbeidet jeg et læringsprosjekt for personalet ved et sykehjem i Norge. Prosjektet var tilpasset den hverdagen pleiepersonalet arbeider i, med fleksibilitet når det gjaldt deltakelse, tid og sted. Denne artikkelen skisserer en modell for kompetanseheving basert på dette prosjektet (2). Det er lagt vekt på rammene for undervisning og veiledning, samt de praktiske detaljer som var viktige for gjennomføring av læringsprosjektet.

LÆRINGSPROSJEKTET

Tolv stykker av personalet, fra tre ulike avdelinger, ble spurt om de ville delta i et lite prosjekt. Det var både sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter.

En undervisning på 90 minutter ble gitt to ganger samme uken, for at alle kunne tilpasse det best mulig til arbeidstiden og få anledning til å være med. En kort undervisning er lettere gjennomførbar i arbeidsdagen på et sykehjem. Grupper på fem–seks personer er ideelt for å skape et trygt miljø (3) hvor alle kan komme frem med sine synspunkter. Undervisningen ble avholdt på sykehjemmet, slik at alle var kjent og det var enkelt å komme fra.

Undervisningens overordnede mål var å presentere viktigheten av å kjenne til pasientenes livshistorie. Intensjonen var å «tenne en interesse» hos deltakerne ved å presentere pasientene som individuelle og «levende» personer. Jeg fortalte om hvordan arbeid med pasientenes livshistorie kunne inngå som en del av den daglige samhandlingen med pasientene.

Fortellinger (narrativer) fra en fiktiv persons liv var utgangspunket for undervisningen. Fortellinger er meningsfulle og meningsbærende (4) og narrativ forståelse kan gi tilgang til menneskelig forståelse og innsikt (5). Sammen reflekterte vi over narrativene, hvordan de kunne tolkes og forstås på ulike måter. Deltakerne ble oppfordret til å bidra med anonyme narrativer fra sin egen praksis, slik at alle var aktive i undervisningen. Deltakende læring med aktivitet og engasjement fremmer evnen til å lære (6). Det var viktig å skape en allianse med deltakerne (7) og ved hjelp av gode spørsmål kunne jeg som lærer åpne veien for dialog som fremmer tilegnelse av kunnskap (8). Undervisningsmateriale ble utdelt, sammen med to ark

med noen stikkord og spørsmål. Stikkordene var «barndom, ungdom og voksne liv», «venner», «fritidssysler», «utdanning og jobb» og liknende, samt noen spørsmål om minner fra høytider i et kalenderår. Dette var ment som et hjelpemiddel til samtalene mellom deltakerne og pasientene. Etiske problemstillinger som positive og negative erfaringer rundt samtaler med pasienter om deres tidligere liv ble belyst, både fra pasienters og personalets side. Helsepersonells taushetsplikt ble også diskutert, med fokus på hva som kunne fortelles til andre ansatte på avdelingen.

Undervisningen var starten på en læreprosess som skulle fortsette gjennom egeninnsats og gruppeveiledninger. Deltakerne valgte seg ut en pasient på den avdelingen de arbeidet. I det daglige arbeidet skulle de samtale med pasienten om hans eller hennes minner fra livet før de kom inn på institusjonen. De hadde selv ansvaret for å spørre pasientene om de ville delta i prosjektet, og forklare at det innebar at historiene ville bli gjenfortalt i en veiledningsgruppe. Det ble dannet en gruppe av fire personer på hver av de tre avdelingene. Hver annen uke hadde vi veiledning i gruppene, ledet av undertegnede. Veiledningene ble avholdt den dagen i uken hvor flesteparten av deltakerne var på jobb, og i skiftet mellom dagvakt og kveldsvakt, slik at de som skulle på kveldsvakt også kunne være med.

Veiledning defineres som en systematisk og personlig læreprosess, hvor kunnskap, erfaring, visdom og klokhet er hjelpemidler til reflektert erkjennelse. Ytre og indre rammer for veiledningen bør avklares og skriftlige kontrakter kan være hjelp til å overholde disse avtalene (9). Veiledning bør foregå over tid, til avtalte klokkeslett og med de samme personene til stede (10). De indre rammene bestemmer veiledningens innhold og formål. Veileders oppgave er å forløse gruppens faglighet og stimulere til innhenting av mer kunnskap (10). Veiledningens hovedhensikt er å legge til rette for videreutvikling av yrkesutøverens kompetanse (9). Refleksjon er en mental prosess i veiledningen, den aktiverer alle sider ved personligheten, både tanker og følelser (11). Refleksjon rundt et tema eller en hendelse omfatter en klargjøring av egne tanker og følelser. Veiledning kan forebygge utbrenthet, og bidra til økt arbeidsglede og et godt arbeidsmiljø (12). I en temaveiledning er det gruppens forhold til en bruker eller et faglig tema som er i fokus. En temaveiledning virker ikke truende fordi den har fokus på gruppen og ikke på den enkelte. Temaveiledning er godt egnet for de som ikke har erfaring med veiledning og kan danne grunnlaget for en begynnelse til faglig veiledning (10).

> Forskning viser at sykepleiefaglig veiledning bidrar til økt selvsikkerhet i evne til å ta beslutninger, spesielt i etisk vanskelige situasjoner.

Forskning viser at sykepleiefaglig veiledning bidrar til økt selvsikkerhet i evne til å ta beslutninger, spesielt i etisk vanskelige situasjoner. Det hjelper sykepleierne til å støtte pasienter og å ta ansvar for den pleien som gis. (13). Veiledning som gir sykepleiere respons og bekreftelse på sine følelser, er viktig for deres yrkesglede og tilfredsstillelse i arbeidet, og for deres faglige og menneskelige utvikling (14). Et læringsprosjekt som favner over ulike yrkesgrupper vil fremme et tverrfaglig samarbeid i praksis. Det er viktig at ledelsen gir støtte i et læringsprosjekt og at ytre forhold legges til rette. Arbeidsgiver stilte i dette prosjektet lokaler til rådighet og ga deltakerne rett til å avspasere tid dersom deltakelsen i prosjektet gikk ut over deres arbeidstid. Læringsprosjektet oppfyller det handlingsplanen sier om at det skal stimuleres til videreutvikling av opplæringstilbud med arbeidsplassen som læringsarena (1).

UNDERVISNING OG VEILEDNING

Det var nøye planlagt hvordan undervisningen skulle gjennomføres med hensyn til tid og sted. Mange av deltakerne hadde anledning til å være med i morgenstellet på avdelingen, fordi undervisningen var lagt til en tid på dagen hvor arbeidspresset var mindre. En av undervisningene ble flyttet til en annen dag fordi det oppsto en akuttsituasjon som berørte mange av deltakerne. Det var elleve av tolv som hadde anledning til å være med på undervisningen. Jeg hadde anledning til å være fleksibel og lokaler var tilgjenglige. Dette skapte grunnlag for høy deltakelse. Undervisningslokaler til en liten gruppe på fem–sju medlemmer er en rammebetingelse som kan oppfylles på mange norske sykehjem. Fleksibilitet og lokaler er med på å tilfredsstille mål 2 i handlingsplanen (1) som sier at rammevilkårene skal legges mest mulig til rette for den enkelte.

Alle deltakerne var positive til bruk av narrativer i undervisningen. «Dette gjorde det lett å forstå» sa en av deltakerne og «med historier ser man mennesket.»

Narrativer forbinder teori og praksis (15). En annen sa: «Jeg husker historiene, men ikke notatene fra undervisningen». «Historiene setter i gang tanker», og de fortalte mange historier fra egen praksis. En sa «vi har mye å lære av hverandre». Dette vitnet om respekt for andres kunnskaper, alle kunne bidra og realkompetansen ble verdsatt. Deltakende læring har vist seg å gi resultater i en læringsprosess, og dersom deltakerne følte at deres bidrag var av interesse for flere kunne dette skape motivasjon for læring (3). Flere vektla det som positivt at undervisningen foregikk i en liten gruppe, der alle kunne få anledning til å si noe. Ikke alle ønsket å snakke i store grupper, dette samsvarer med tidligere undersøkelser (3). Undervisningsmaterialet ble lite brukt i etterkant av undervisningen, men arkene med stikkordene ble derimot brukt av alle. De beskrev det som vanskelig å starte samtalene med pasientene og her var stikkordene til god hjelp. Det har i ettertid blitt utarbeidet en mal for innsamling av pasienters livshistorie. I utarbeidelsen av denne malen har både pasienter, pårørende og pleiepersonalet deltatt (16). Studien fant at prosessen med innsamling og hvilke tema som ble tatt opp av livshistorien også var viktig for å skape en god relasjon mellom pasient og personale (16). Dette kan være til hjelp i et videre arbeid med og om livshistorier.

Siden møterammen for læringsprosjektet måtte være fleksibel for å passe inn i hverdagen var det ikke mulig å følge opp alle kriteriene for rammer i veiledning som anbefales om fast fremmøte, medlemmer, tid og sted (10). Medlemmene i gruppen var de samme selv om ikke alle møtte til alle veiledningene. Gjennomsnittlig møtte tre av fire stykker opp på hver veiledning, noe som må sies å være en høy deltakelse. Enkelte av deltakerne stilte også opp på fridager, uten at det var noe krav om dette. Dette er et tegn på engasjement og egeninteresse i prosjektet. I en gruppe er det ofte noen som snakker mer enn andre. Min oppgave som veileder var å hjelpe alle deltakerne til å videreformidle sine pasienters historier, og å stille oppklarende spørsmål. Deltakerne sa at de lærte mye av hverandre, noe som bekrefter utsagnet om at veiledning kan gi betydningsfull og profesjonell assistanse i individers og gruppers læring og utvikling (9). «Det var inspirerende å møtes og en pådriver til å jobbe videre» sa en av deltakerne. Dette kan tolkes dit hen at hun ble motivert til å jobbe videre med tema om pasientenes livshistorier. Utsagnene; «i gruppene delte vi kunnskaper», «vi kunne utveksle ideer», «det er lettere å løse et problem i en gruppe», tyder på at de hadde utbytte av veiledningene både i samarbeid og kunnskapsutvikling. Flere av deltakerne svarte at det var nyttig å snakke med de andre, de erfarte at en situasjon kunne oppleves og tolkes på ulik måte, slik intensjonen i veiledning er (10). Deltakerne var vant til å jobbe sammen, men ikke vant til å dele sine erfaringer med hverandre. Det er utført et liknende prosjekt i Sverige, hvor de så på den individuelle pleiekvaliteten gjennom personalets fortellinger om pasientene (17). Kvalitet på pleietjenester til pasientene ble målt ved hjelp av et Resident Assessment Instrument/Minimum Data Set (RAI/MDS), og etter et år med veiledning viste det seg at pasientene fikk mer individuelt tilpassede pleietjenester, og at personalet så på pasientene som mer unike personer. Dette viser viktigheten av å jobbe med et tema som livshistorier i den daglige pleien.

> Deltakerne var vant til å jobbe sammen, men ikke vant til å dele sine erfaringer med hverandre.

EVALUERING

En kort undervisning, som tok hensyn til den daglige rutinen på avdelingen var mulig å gjennomføre i det daglige arbeidet og undervisning på arbeidsstedet, viste seg å ha høy deltakelse. Fleksibilitet var viktig for at deltakerne skulle kunne delta; dersom uforutsette hendelser oppsto var det bra om møtepunkt kunne forskyves. Dette krever at lærer og veileder har mulighet til å være fleksibel. Det kunne synes som om det var av betydning at veileder kom utenfra, at dette virket både forpliktende og samlende på gruppen. Dette er tolket ut fra høy deltakelse i veiledningene. Veileder kunne dessuten holde fokus på pasientenes historier, mens de daglige problemene ved avdelingene ikke ble et tema på møtene. Små grupper skapte trygghet blant deltakerne og fremmet deltakelse, de trivdes med veiledningsgrupper og mente at de lærte mye av hverandre. Samtalene med pasientene om minner fra deres liv ble ikke karakterisert som ekstraarbeid. Deltakerne sa at det var spesielt i stellsituasjoner, og når de var alene med pasientene, at samtalene fant sted. De sa «det gikk ikke ut over noe av det andre», noe som også bekrefter at innsamlingen av livshistoriene ikke var tidkrevende. De utdelte stikkordene var til hjelp for sam-

talene med pasientene. Noen kunne tenkt seg å ha mer tid til å samtale med pasientene. Dette viser at deltakerne var opptatt av livshistorier som et tema og gjerne ville brukt mer tid på pasientene, de ønsket å engasjere seg i pasientene. Hva tiden brukes til kan være en viktig kvalitetsfaktor i det daglige arbeidet på sykehjemmet. Deltakerne ga utrykk for at det var positivt å være med i prosjektet, en sa «alle på avdelingen (de ansatte) burde få være med, da ville alle tenke likt og det ville lette samarbeidet». Det kan tolkes som at personalet ser på samarbeid som en viktig del av arbeidet. Andre ønsket flere veiledninger, en ønsket å utvide prosjektet til å gjelde alle pasientene på avdelingen. Dette viser at de var motiverte og positive til læringsprosjektet. Flere av deltakerne synes de hadde lite tilbud om opplæring og faglig påfyll i hverdagen. Mange ønsket mer opplæring og kursing: «det er ikke noe tilbud i det hele tatt, vi lærer ikke noe nytt», «vi får ingen tilbakemelding på arbeidet» var svar som kom frem. Her bekreftes ønsket om å lære og å få oppgradert kunnskaper slik intensjonen er i Kompetansereformen (1).

Et læringsprosjekt vil muligens kunne lykkes bedre, dersom det ikke er avhengig av et absolutt fremmøte fra alle deltakerne og av aksept i ledelsen, både på overordnet plan og på avdelingsnivå. Dette er viktig for å tilrettelegge og motivere, samt i gjennomføringen av læringsprosjektet. Modellen for prosjektet kan med letthet forlenges med flere veiledninger. Opplæring i refleksjon ville også styrket prosjektet. I dette prosjektet handlet det om pasientenes livshistorier, men tema som morgenstell, sårstell eller ernæring kan også være tema i liknende læringsprosjekter. Samme tema i ulike situasjoner vil kunne vise at det er ulike løsningsmuligheter. Dette vil kunne utvide et handlingsmønster, og sette i gang faglige diskusjoner og refleksjoner om hvorfor ulike strategier velges, i tråd med intensjonene for veiledning (9) og livslang læring (1).

LITTERATUR

1. Kirke- UoF. Handlingsplan for kompetansereformen. Oslo: Departementet, 2000.

2. Nilsen L. Livshistorien som en metode til å skape gode relasjoner mellom pasient og pleiepersonell. Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.; 2004.

3. Nordland E. Gruppen som redskap for læring. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS, 1997.

4. Fagermoen MS. Fortellinger som datakilde i forskning. [Narratives: A datasource in research]. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning 2001;3(2):68-80.

5. Kirkevold M. Fortellingens plass i sykepleiefaget. In: Kirkevold M, Nortvedt F, editors. Klokskap og kyndighet: Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1993. s. 59-70.

6. Dietrichts E, Gjerstad L. Vår fantastiske hjerne. Oslo: Gyldendal akademisk; 1995.

7. Bevis EO, Watson J. Towards a caring curriculum: a new pedagogy for nursing. New York: National League for Nursing, 1989.

8. Wisløff EMS. Det handler om å lære. Aurskog: Tano Aschehoug, 1998.

9. Tveiten S. Veiledning – mer enn ord. Bergen: Fagboklaget Vigmostad & Bjørke AS, 1998.

10. Teslo A-L. Veiledningens metoder. Veiledning – definisjoner og utvikling. Oslo: Universitetsforlaget, 2000. p. 23-39.

11. Grendstad NM. Å lære er å oppdage: prinsipper og praktiske arbeidsmåter i konfluent pedagogikk. Oslo: Didakta, 1986.

12. Severinsson EI, Kamaker D. Clinical nursing supervision in the workplace--effects on moral stress and job satisfaction. J Nurs Manag 1999 Mar;7(2):81-90.

13. Berggren I, Severinsson E. The influence of clinical supervision on nurses' moral decision making. Nurs Ethics 2000 Mar;7(2):124-33.

14.Begat IB, Severinsson EI, Berggren IB. Implementation of clinical supervision in a medical department: nurses' views of the effects. J Clin Nurs 1997 Sep;6(5):389-94.

15. Benner P. The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. ANS Adv Nurs Sci 1991 Dec;14(2):1-21.

16. Reichman S, Leonard C, Mintz T, Kaizer C, Lisner-Kerbel H. Compiling life history resources for older adults in institutions: development of a guide. J Gerontol Nurs 2004 Feb;30(2):20-8.

17. Hansebo G, Kihlgren M. Patient life stories and current situation as told by carers in nursing home wards. Clin Nurs Res 2000 Aug;9(3):260-79.

Nyttig verktøy eller ubuden tidstyv?

› Utskrivingsklare pasienter som blir liggende i påvente av klarering er en av faktorene som forsinker pasientflyten.

Av HELENE BERNTZEN

Fagutviklingssykepleier, Postoperativ avdeling, Ullevål Universitetssykehus

› Jeg har med interesse lest artikkelen «Kvantifisering av pleietyngde og utskrivningskriterier hos pasienter på oppvåkningsenhet» som bygger på en pilotstudie fra Oppvåkningsavdelingen ved Rikshospitalet.

Avdelingen har et annet pasientgrunnlag enn min arbeidsplass Postoperativ avdeling ved Ullevål Universitetssykehus. I vår avdeling er belegget tyngre, ofte med en stor andel intensivpasienter. De enkle oppvåkningspasientene blir stadig færre, og i løpet av de siste årene har dagkirurgisk enhet og mindre, mer spesialiserte oppvåkningsenheter overtatt flesteparten av disse.

Artikkelen peker på nødvendigheten av å beskrive pleietyngden hos de ulike pasientkategoriene for optimal ressursutnyttelse. Samt behovet for tydelige utskrivingskriterier, for å unngå at pasientene oppholder seg lenger enn behovet tilsier, i denne type avdelinger.

I vår avdeling benyttes NEMS, men som artikkelforfatterne påpeker, er systemet lite egnet til å gi brukbare opplysninger til å estimere ressursbruk og ressursbehov hos pasienter med kort overvåkningstid. Planleggingen av ressursbruk til elektive pasienter gjøres gjennom beregnet overvåkningstid per pasient og en fortløpende vurdering av sykepleiernes individuelle kapasitet basert på kompetanse. Beregnet overvåkningstid er erfaringsbasert og nedfelt skriftlig.

Studien konkluderer med at score for pleietyngde er godt korrelert til liggetid. Dette er nyttig, men krever ikke bruk av et kontinuerlig, og etter min oppfatning tidkrevende scoringssystem.

I dag er en vant med forventede pasientforløp, og inkludert i dette hvor lenge det postoperative forløpet antas å vare. Forløpene baseres på pasientsløyfer som ivaretar både pasientsikkerhet og effektivitet. Til utforming av slike forventede forløp, og til jevnlig monitorering av om disse fungerer som forventet, mener jeg et slikt scoringssystem vil være nyttig. Jeg synes derimot det er vanskelig å se at nytteverdien i registreringene øker dersom scoringssystemet innføres som et kontinuerlig verktøy.

Forfatterne har ikke antydet tidsbruk for registreringen, men erfaringsmessig tar «skrivearbeid» som skal gjennomføres hos samtlige pasienter mye tid. Min umiddelbare reaksjon er derfor at det er uhensiktsmessig å bruke så mye tid som scoringen tar på den gruppen pasienter som antas å kreve færrest ressurser, og der streng prioritering av oppgaver er essensiell for å opprettholde pasientgjennomstrømmingen.

« Les artikkelen på side 72

Når dette er sagt, virker pilotstudien ved Rikshospitalet svært nyttig for avdekking av problemområder i pasientflyt. At parameteren «smerte» forsinker de fleste utskrivelsene gir en tydelig pekepinn for satsningsområder både for pasienttilfredshet og effektivitet. Vi har forsøkt, men gått bort fra sykepleierstyrt utskriving, blant annet i mangel av tilstrekkelig gode objektive utskrivingskriterier. Noe forfatterne antyder er et problem også i deres avdeling. Samtidig er utskrivningsklare pasienter som blir liggende i påvente av klarering, en av faktorene som forsinker pasientflyten.

Med dette som utgangspunkt ser jeg gjerne en slik registrering i vår avdeling for en periode for å finne ut hvor «skoen trykker», og gjennom dette forbedre både pasienttilfredshet og ressursutnyttelse.

Takk til gode kollegaer for innspill.

Av Anne Kveim Lie f. 1969
a.h.k.lie@medisin.uio.no
Forsker ved universitetet i Oslo (Cand med.), medredaktør i Nytt Norsk Tidsskrift og medisinsk redaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening

Fra den norske radesyken til de prostit glimt fra en sykdoms historie

I det følgende skal hudsykdommene brukes for å sammenligne to vitensregimer innenfor den medisinske virkelighet i Norge på 1800-tallet. Så kan man spørre: Hvorfor hud? Hudsykdommene får sjelden de store avisoverskrifter i dag, men for to hundre år siden befant de seg i kjernen av den medisinske virkelighet. I 1822 fantes det i hele landet så mye som 1000 pasienter innlagt med hudsykdommer, fordelt på i alt 16 sykehus for «venerisk syke, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme».

RADESYGEN

La oss begynne med Radesygen. Ordet er knapt kjent i dag, men i sørvestnorske dialekter har ordet *rata* eller *rada* hatt betydningen dårlig, elendig eller vond. Sykdommen bestod i svære sår på armer, ben, og i ansikt, og ofte ga den store misdannelser fordi skjelettet også ble angrepet. Sørvestlandet var hardest rammet, og sykdommen førte til stor bekymring hos de sentrale myndigheter i København. På slutten av 1700-tallet og utover på 1800-tallet ble det produsert en anselig mengde litteratur om radesyken. En av de som uttalte seg var en av 1700-tallets medisinske autoriteter, Christian Elovius Mangor. I boka *Underretning om Radesygens kiendetegn, Aarsager og Helbredelse*, utgitt i 1793, skriver han: «Nu kommer det Tilfælde, som nok har givet Sygen Navn af Saltflod, Stygsygen, Radesygen, og saa videre, nemlig de fæle Saar. Deres Begyndelse er enten Knuderne, der gaae i Bolning; eller Pletterne, der betændes, aabne sig og blive til ædende Saar; eller store Fnatteblegne, der revne og udbrede sig eller de komme af Stød, Frost, Rosen, eller saadanne enkelte Leiligheder. De have ingen eensdannet Skikkelse hos alle, eller paa heele Legemet, men har forskiellige Figurer. De ere ei meget dybe; hos de fleste bleegrøde, hos nogle mørkebrune og ujevne, med en haard rødblaa Rand, og give ingen god Materie, men en skarp vandagtig Vædske, som ofte er rødagtig, og noget hen i Sygdommen næsten altiid stinkende, som meget giennemsvedte strømper og Linned, eller svedige ildestinkende Fødder. Skorpen eller Roen paa dem, er som oftest sortebrun paa de Saar, som komme af Knopperne og Pletterne, men oftest hvidagtig paa dem af Ringorme og Fnat; for resten rødagtig og som paa andre Saaar …(s 18). Aarelader man i den Tiid, da Saarene bolne stærkt og voxe, da finder man blodet bedækket med en graa eller blaaagtig skorpe, som bliver tykkere og seyere, jo meer Sygen tages til; men det underste Blod er meget sort og løst.»

FREMMED TEKST

Mangor var stadsphysicus i København og i tillegg medlem av Collegium Medicum, tidens øverste autoritet i medisinalsaker. Fra 1864 til 1865 hadde han vært ansatt ved det første sykehuset som ble opprettet bare for de radesyke, i Kristiansand. Men selv om han ikke var der så lenge, hadde Mangor åpenbart fattet nok interesse for sykdommen til å skrive en hel bok om den nesten 30 år senere. Det er en for oss fremmed tekst, et ordmylder vi ikke er vant til og en klassifikasjon som forbauser. Bare 59 år etter, i 1852, publiserer Carl Wilhelm Boeck Klinik over Hudsygdommene og de syphilitiske Sygdomme i Norsk Magazin for Lægevidenskaben. Året før var han blitt utnevnt til professor i Medisin ved universitetet, og han arbeidet ved Rikshospitalets hudavdeling. Forskjellene mellom denne teksten og den forrige er åpenbare: «De syphilitiske Hudexcrescentser vise en stor Mangfoldighed i Formen, paa den ene Side tabe de sig umærkeligt i de flade, maculöse Eruptioner, paa den anden side kunne de opnaae en meget betydelig Störrelse, og forvexles med andre Svulster. De inddeles af forskjellige Forfattere paa forskjellig Maade, men den simpleste Inddeling er den i brede og spidse. … Bärensprung har nøiere undersögt disse forskjellige Formationer, og fundet saavel i de spidse som brede Condylomer de samme histologiske Forhold. De ere begrundede i en

uertes syfilis:

Degeneration af enkelte Dele af Huden, nemlig Epidermis, Papillarlegemet og Haarbalgen. Paa et begrændset Sted af Huden hypertrophiere først Papillerne jevnt, og det overliggende Epidermislag fortykkes, saaledes at Condylomet i Begyndelsen viser sig som en flad, glat Ophøining. Haarfolliklernes Glandulæ sebaceæ holde sig nogen Tid, men forsvinde dog ogsaa tilddist, naar Condylomerne komme til en höiere Udvikling; og ganske det samme finder Sted ved Svedglandlerne.»

KROPP OG SYKDOM

Ta en titt på den første teksten igjen og sammenlign; det er store forskjeller. Men hvordan skal disse forskjellene beskrives? Inntil for noen tiår siden var det vanlig å betrakte tiden før 1850 som en vitenskapens forgård, en tid «full av spekulative vidløftigheter» som en lege skriver i 1963. De spekulative vidløftighetene skulle skyldes at legene stolte mer på to tusen år gammel teori enn på hva deres sanser kunne ha fortalt dem. Vi kunne altså avfeie alt som står i den eldre teksten som tomt tåkeprat, og hevde at i Boecks tekst er språket endelig blitt vitenskapelig og teksten empirisk forankret. Omsider har legene skjønt at de må oppsøke huden i mikroskopet, pasienten ved sykesenga og den døde kroppen på obduksjonsbordet for å få rede på hvordan virkeligheten ser ut.

Imidlertid går det også an å hevde at tekstene representerer to forskjellige måter å tenke omkring kropp og sykdom på som ikke er direkte sammenlignbare. Den kroppen Mangor møter på 1700-tallet er en helt annen enn den Boeck forholder seg til på 1850-tallet. Huden eksisterer ikke annet enn som overflate for ham, og det er ikke manglende kunnskap som gjør at han ikke skjærer ut et hudsnitt og ser på det i mikroskopet. Før den patologiske anatomis æra – i Frankrike kom gjennombruddet mellom 1780 og 1820, mens Norge fikk sitt første professorat i patologisk anatomi først i 1866 – var det ikke så interessant for legen å gå til den døde kroppen for å få svar på sykdomsgåten. På Mangors tid trodde man at sykdommen kom utenfra, og dermed ble den enkeltes individuelle kropp betraktet som et negativt og forurensende element. På samme måte som Linné plasserte botaniske planter i arter og familier, forsøkte legene ved hjelp av symptomene å plassere den enkelte sykdom i forhold til andre sykdommer i et skjema av arter og klasser. Sykdommen tok bare tilfeldigvis bolig i den enkelte kropp, derfor ble det ikke så viktig å finne ut hva den forårsaker av kroppslige forandringer. Det viktige var hva som skjedde på overflaten, det som er synlig. Mangor er således svært opptatt av de synlige små forskjellene; her er nitidige fargedistinksjoner som «rødagtig», «blegrød», «mørkebrun», «sortebrun», «rødbrun», «rødblaa», «hvidagtig», «graa», «blaaagtig» og «meget sort». Videre er det i denne medisinske verden viktigere å nevne de «svedige føtter» og den «vandagtige Vædske» enn eventuelle organiske forandringer, som like gjerne kunne være tilfeldige.

UNDER OVERFLATEN

I den anatomisk-kliniske medisin blir legens blikk, derimot, et blikk som borer i dybden. Endringen er åpenbar i Boecks tekst som er sitert over. Selve språket er mye nærmere vårt eget vitenskapelige språk – 150 år etter at teksten ble skrevet – enn språket i Mangors tekst, som bare lå 60 år bak i tid. Professor Boeck taler så og si fra mikroskopet, med blikket heftet fast i det histologiske snittet. I løpet av disse 60 årene har det oppstått en helt ny hud; en hud som er lagdelt og mangfoldig, som klassifiseres i henhold til makulæe (flekker), papulæe (blemmer) og condylomer (vorter), som har strukturer som epidermis (ytterhuden) og Papillarlegemet (innenfor denne), og som inneholder elementer som glandula sebacea (fettkjertler) og svettekjertler. Det dreier seg om en hud som i store trekk er slik vi kjenner den i dag. Og mer interessant: det er forandringer i denne huden som utgjør sykdommen syfilis; her beskrevet som

fortykkelse av hudens forskjellige lag i en bestemt rekkefølge. Det må undersøkes hvor i huden den sykelige forandringen er, hvilke deler av den som skades, og hvilke funksjonelle endringer dette fører til. Plutselig er det altså blitt viktig å finne ut hva som befinner seg nedenfor overflaten, bak sårene, og før sårene. Det er ikke lenger slik at sykdommen slår seg ned i en tilfeldig kropp, den har ingen eksistens uavhengig av kroppen, og kan først bestemmes endelig ved åpningen av den syke kroppen etter døden. Legens øye fokuserer nå på en syk organisme, ikke på en ideell sykdomsart, som idéhistorikeren Michel Foucault har påpekt. Ser man utviklingen på den måten blir det åpenbart at Mangor var i besittelse av en kunnskap som er gått tapt. Det var ikke slik at han visste mindre enn Boeck, han visste noe annet. Og dette andre vet vi i dag svært lite om, derfor virker teksten så fremmed for oss.

SYFILIS

Det medisinske blikket var annerledes i 1860 enn i 1793, men det var den fysiske virkelighet dette blikket så også. Boeck hadde faktisk en egen «Service» til rådighet ved Rikshospitalets hudavdeling der pasientene inngikk i en medisinsk-eksperimentell behandlingssituasjon. Hans «Service» kan sees som et laboratorium der kliniske forsøk kunne drives under kontrollerbare forhold med mange pasienter. Her utfører han behandlingsforsøk med syfilisasjon, det vil si inokulasjon av syfilitisk materiale på syfilispasienter, i den hensikt å oppnå styrking av immunforsvaret. En slik sammenblanding av forskning/eksperiment og pasientbehandling var helt utenkelig på slutten av 1700-tallet. For Boeck er den kliniske og teoretiske praksis svært intimt forbundet, for Mangor er det ikke slik. For ham er teori og praksis atskilte felter. Han hadde fått undervisning i teoretisk medisin på universitetet og praktisk opplæring på det kongelige Fredriks hospital. Han behandlet pasientene i deres naturlige element; hjemme hos familien, og sendte de som ikke hadde omsorg hjemme til hospitalene. Der ble det drevet omsorg, men ingen utstrakt behandling, og ingen forskning i vår forstand. Rundt midten av 1800-tallet er Rikshospitalet i ferd med å bli en forskningsinstitusjon, der kunnskap produseres ved at stadig større pasientmasser blir gjenstand for systematisk observasjon og objekter for undervisning. Slik blir produksjonsbetingelsene for kunnskap også helt annerledes enn på 1700-tallet.

IDEOLOGISKE FØRINGER

Også faktorer som det ikke står om i de klassiske vitenskapshistoriske fremstillinger er uløselig forbundet med kunnskapsutviklingen. I vårt tilfelle dreier det seg blant annet om rekrutteringen av pasienter til Boecks kliniske forsøk. For det første var det et generelt trekk ved samtidens sykehus at pasientene hovedsakelig var rekruttert fra de lavere klasser, de mer velstående ble fremdeles behandlet i sine hjem. Dette gjaldt sannsynligvis i særlig grad for Boecks klinikk, da sykdommen syfilis hadde sterke moralske konnotasjoner og førte til at pasientene ofte foretrakk privat behandling dersom de hadde økonomisk mulighet. En spesiell pasientgruppe utgjorde de prostituerte, som var rekruttert ved hjelp av den ukentlige legevisitasjonen som ved lov var pålagt alle prostituerte fra 1842 til 1888 (men ingen menn, selv om disse utgjorde en større del av de syke). For det andre var forsøkene på Boecks Service ved hudavdelingen etter all sannsynlighet ikke frivillige. En engelsk lege ved navn Hutchinson skrev bestyrtet hjem om tvangsbehandlingen ved enheten og om piggtrådgjerder rundt hudavdelingen. Det lå altså klare ideologiske føringer til grunn for den nye kunnskapstilegnelsen.

I samme tekst som vi har referert over, men litt senere enn det siterte avsnittet, kommenterer Boeck Mangors beskrivelser om radesyken, og karakteriserer dem som upresise og uvitenskapelige. Mangor skjønte ikke, hevdet han, at Radesyken egentlig var en form for syfilis i et avansert stadium. Følgelig: «Navnene Radesyge og Theria ville, eftersom Studiet af Hudsygdommene og de syphilitiske Sygdomme hos os gaaer fremad, efterhaanden forsvinde». Kanskje han skulle ha vært litt mer ydmyk. Det han selv kjempet så iherdig for, syfilisasjonen, ble allerede noen tiår etter publikasjonen av denne teksten støtt ut i pseudovitenskapens grenseland. Så mens navnet Radesyge holdt seg i over hundre år, så fikk syfilisasjonen en mye kortere levetid, bare rundt 20 år. Historien tar av og til en grusom hevn.

Dette essayet er en bearbeidet versjon av en artikkel som har stått på trykk i Museumsnytt: «Fra fnatteblegne til syfilisasjon – mot en moderne medisin i Norge».

Kranvann kan være godt nok som rensemiddel ved sårstell

Vann fra krana som rensemiddel økte ikke antall infeksjoner hos voksne med akutte sår sammenlignet med saltvann. Ved stell av epiostomi-sår var det ingen forskjell mellom å rense med vann eller sprit målt i antall infeksjoner. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

Hensikten med å rense sår er å forebygge eller behandle sårinfeksjoner. Vann til sårstell kan være lunkent vann fra krana, destillert vann, kokt vann som er avkjølt eller saltvann. Saltvann blir ofte foretrukket, siden det antas å ikke påvirke den naturlige sårtilhelingen.

Vann til sårstell brukes også i Norge, men det er ulik praksis og uenighet rundt bruken av kranvann. Motstanderne av kranvann ved sårstell frykter at kranvannet kan inneholde bakterier som kan gi infeksjoner. Kvaliteten på vannet fra krana er derfor viktig.

VIRKER KRANVANN BEDRE SOM RENSEMIDDEL FOR SÅR ENN SALTVANN?

Studiene viste at:

- Kranvann senker trolig risikoen for infeksjoner hos voksne med akutte sår mer enn saltvann.
- Det er mulig at omtrent like mange barn får infeksjoner i akutte overflatesår enten de får renset såret med kranvann eller ikke.
- Omtrent like mange voksne får trolig helet kroniske sår enten de renser såret med kranvann eller ikke.

VIRKER KRANVANN BEDRE SOM RENSEMIDDEL PÅ SÅR ENN INGEN RENSING AV SÅR?

Studiene viste at:

- Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om kranvann heler akutte sår hos voksne bedre enn ingen rensing av sår.
- Det er mulig at omtrent like mange voksne får infeksjon enten de får renset akutte sår med kranvann eller ikke. Det betyr at det var ingen forskjell mellom å rense akutte sår med kranvann eller ingen rensing på antall infeksjoner. Kvaliteten på denne dokumentasjonen var lav.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et internasjonalt forskerteam lette etter studier som undersøkte om ulike typer vann som rensemiddel ved sårstell fremmer sårtilhelingen og forebygger infeksjoner. Forskerne fant 11 studier som oppfylte kravene de hadde fastsatt på forhånd. Studiene hadde til sammen 3449 deltagere, og ble utført i Australia, Tyskland, Singapore, Sverige, USA og Tanzania. I studien fra Australia ble det bemerket at kranvannet møtte landets krav til god kvalitet. Ellers ble ikke kvaliteten på kranvannet nevnt i noen av de andre studiene.

Studiene de fant sammenlignet å bruke vann fra krana med ingen rensing, saltvann, kokt avkjølt vann eller sprit. Én studie sammenlignet destillert vann og/eller kokt avkjølt vann med saltvann.

Illustrasjon: **Malvin**

Deltagerne i studiene var i alderen 2–95 år med kroniske eller akutte sår (som enkle overflatesår eller sår etter små kirurgiske inngrep). Sårstellet ble utført på sykehus i de fleste studiene, og hjemme i én studie. Leger, sykepleiere eller pasienten selv utførte sårstellet.

KILDE

Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. Cochrane database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.:CD003861. DOI:10.1002/14651858.CD003861.pub2.

Les hele artikkelen i Cochrane Library (gratis tilgang via **www.cochrane.no**) eller prøv denne direkte lenka: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003861/frame.html

Skrevet av Hilde Tinderholt Myrhaug, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Personlig assistanse for personer funksjonsevne kan ha fordeler for

Brukerstyrt, personlig assistanse kan være den foretrukne modell sammenliknet med andre assistansemodeller for personer med sterke funksjonsnedsettelser. Det er også en modell som blir foretrukket av pårørende og andre som yter bistand. For brukere som er fornøyd med andre modeller trenger ikke personlig assistanse å være en bedre eller foretrukket modell. Slik konkluderer Cochrane- og Campbell-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

PERSONLIG ASSISTANSE OG NEDSATT FYSISK OG PSYKISK FUNKSJONSEVNE

Brukerstyrt personlig assistanse innebærer at personer med funksjonsnedsettelser selv er arbeidsleder for sine assistenter. Målet med ordningen er å gi brukerne mulighet til et aktivt og mest mulig uavhengig liv. Brukerne kan få bistand både i og utenfor hjemmet. En personlig assistent kan bistå med personlig stell, daglige gjøremål og i forbindelse med deltakelse på ulike samfunnsområder. Vanligvis vil det ikke være utdannet helsepersonell som jobber som personlige assistenter.

De nordiske land var tidlig ute med å tilby brukerstyrt personlig assistanse som ledd i et offentlig tjenestetilbud. Modellen brukes også i mange vesteuropeiske land, samt Australia og deler av USA, Asia og Canada. Graden av brukerstyring i ordningen kan variere fra land til land. Hvor mange timer assistanse brukerne får tildelt vil også variere, men mange land har en bestemmelse om at brukerne må ha behov for hjelp minst 20 timer i uken for å komme inn under ordningen. Videre er det ulik praksis med hensyn til hvem man kan ansette som assistent, for eksempel hvorvidt det er tillatt å ansette familiemedlemmer.

Ordningen har både fordeler og ulemper. Personlig assistanse kan gi brukerne økt valgfrihet, forutsigbarhet og fleksibilitet sammenlignet med for eksempel tradisjonelle hjemmetjenester. Brukere som har nedsatt funksjonsevne både fysisk og psykisk, kan være utsatt for overgrep og vil kunne ha problemer med å ivareta arbeidslederrollen. Andre begrensninger ved ordningen kan være stort gjennomtrekk blant assistentene, mangel på opplæring og lavt lønnsnivå.

I Norge er brukerstyrt personlig assistanse en alternativ organisering av bistand, både i

med nedsatt fysisk og psykisk brukere og deres pårørende

Illustrasjon: **Malvin**

og utenfor hjemmet, for personer med sterke funksjonsnedsettelser. Ordningen omfatter både brukere som selv er arbeidsledere og brukere som ikke kan ivareta arbeidslederrollen og brukerstyringen. Også brukere med behov for færre enn 20 timer assistanse i uken, kan få ordningen.

ER PERSONLIG ASSISTANSE BEDRE ENN ANDRE FORMER FOR BISTAND?

Studiene viste at:

- Brukerstyrt personlig assistanse gir muligens høyere livskvalitet for brukerne
- Det er uklart om brukerstyrt personlig assistanse gir høyere brukertilfredshet enn andre former for bistand
- Det er mulig at brukerstyrt personlig assistanse øker deltakelse i sosiale aktiviteter noe for brukerne
- Brukerstyrt personlig assistanse gir trolig færre umøtte behov for brukerne

Kvaliteten på denne dokumentasjonen er lav til middels: Det er veldig sannsynlig at videre forskning kommer til å ha en viktig innflytelse på vår tillit til disse resultatene og kan endre dem.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et internasjonalt forskerteam lette etter studier som har undersøkt hvordan personlig assistanse fungerer for personer i aldersgruppen 19–64 med både psykisk og fysisk funksjonsnedsettelse. Forskerne fant to studier som oppfylte kravene de hadde fastsatt på forhånd. Studiene hadde til sammen 1002 deltagere. Forskerne lette spesielt etter kontrollerte forsøk utført i nordiske land og søkte i skandinaviske databaser med norske, danske og svenske søkeord. De kontaktet også myndighetene.

Studiene de fant sammenlignet personlig assistanse med andre former for bistand. Personlig assistanse ble benyttet fra cirka 20 timer per uke i en studie til > enn åtte timer per dag. Begge studiene var fra USA (publisert i 1983 og 2007). Studiene hadde kort varighet (ni–ti måneder). Data ble samlet inn ved hjelp av telefonintervjuer, og i mange tilfeller var det pårørende som ble intervjuet på vegne av brukerne.

KILDE

Mayo-Wilson E, Montgomery P, Dennis J. Personal assistance for adults (19–64) with both physical and intellectual impairments. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art.No.: CD006860. DOI: 10.1002/14651858.CD006860.pub2.

Les hele artikkelen i Cochrane Library (gratis tilgang via www.cochrane.no) eller prøv denne direkte lenka: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006860/frame.html

Denne oversikten er også registrert i Campbell Collaboration.

NYTTESTOFF

BIBLIOGRAFISKE DATABASER

Hvilke finnes og hva finner man i dem?

I Sykepleien Forskning nr. 4 2007 fikk du en del tips om litteratursøking i evidensbasert praksis og forskning (1).
I denne artikkelen skal vi se nærmere på noen aktuelle databaser.

Tekst: **Hilde Strømme,**
Spesialbibliotekar. Ullevål universitetssykehus, Medisinsk bibliotek. E-post: hilde.stromme@medisin.uio.no

> PRIMÆR- OG SEKUNDÆRLITTERATUR

Forskningslitteraturen kan deles i primær- og sekundærlitteratur. Primærlitteratur er artikler skrevet om primærstudier (enkeltstudier). Sekundærlitteratur bygger på litteratur som allerede foreligger og er ofte sammenstillinger av flere studier. Den beste typen sekundærlitteratur er systematiske oversikter (systematic reviews). En systematisk oversikt oppsummerer og sammenstiller resultater fra *alle* relevante studier med en gitt problemstilling (2). Forfatterne må gjøre rede for hvor og hvordan de har søkt for å finne de studier som er med. De skal oppgi hvilke baser de har søkt i, og hvilke søkestrategier de har brukt, i de enkelte basene. Da er det mulig å sjekke om de har funnet *alle* relevante studier. Sammenstilling av resultater fra mange studier gir større og sikrere grunnlag for å trekke konklusjoner.

Når du skal finne svar på kliniske spørsmål bør du først lete etter sekundærlitteratur, og aller helst systematiske oversikter. Finner du en systematisk oversikt av nyere dato og god kvalitet kan du spare mye tid. Da kan du kanskje klare deg med å lese én systematisk oversikt i stedet for en lang rekke enkeltstudier. Eksempel: Den systematiske oversikten Effectiveness of solutions, techniques and pressure in wound cleansing (3) sammenstiller 14 randomiserte, kontrollerte studier.

> SPØRSMÅLET BESTEMMER RESSURS

Hvilke baser du skal velge bestemmes av hva slags spørsmål du vil finne svar på (1;2;4). Let først i kilder for sekundærlitteratur. Hvis du ikke finner noen systematisk oversikt som gir svar på spørsmålet ditt, må du lete videre i kilder for primærlitteratur. Hvis du finner en systematisk oversikt som er noen år gammel, bør du i tillegg lete etter primærstudier som er publisert etter at søket som dannet grunnlag for den systematiske oversikten ble gjort.

> TILGANG TIL BASER

De fleste av basene som omtales her er tilgjengelige via Helsebiblioteket, www.helsebiblioteket.no (1). Hvis du har fagbibliotek der du jobber eller studerer, kan det være best å gå via dette bibliotekets hjemmeside når du skal inn i databaser. Mange bibliotek har lenker fra databasene til de elektroniske tidsskriftene biblioteket abonnerer på. Denne lenkingen virker sannsynligvis bare hvis du går til databasene via bibliotekets egen hjemmeside. Det kan også hende at ditt bibliotek abonnerer på mer enn det som finnes i Helsebiblioteket, et eksempel på dette er databasen Cinahl som ikke lenger finnes i Helsebiblioteket.

> BASER FOR SEKUNDÆRLITTERATUR

The Cochrane Library består av flere delbaser (5). Delbasen Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Reviews), inneholder fulltekst av systematiske oversikter produsert av The Cochrane Collaboration. De systematiske oversiktene i denne basen er omfattende og laget etter strenge kvalitetskriterier. I Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE eller Other Reviews) finnes strukturerte sammendrag og kvalitetsvurderinger av systematiske oversikter publisert i ulike tidsskrifter, rapporter og så videre. Delbasen Health Technology Assessment Database (HTA eller Technology Assessments) inneholder rapporter om medisinsk metodevurdering.

Clinical Evidence er ikke egentlig en database, men et elektronisk oppslagsverk. Her finner du systematiske oversikter om behandling av mer enn 250 ulike sykdommer/tilstander.

The Joanna Briggs Institute (JBI) lager systematiske oversikter, hovedsakelig innen sykepleie og jordmorfag. På deres hjemmesider, www.joannabriggs.edu.au, finner du oversikt over det de har publisert.

PEDro eller The Physiotherapy Evidence Database inneholder referanser til systematiske oversikter og randomiserte, kontrollerte studier relevante for fysioterapi. Avhengig av problemstilling, kan det være stoff i denne som også er interessant for sykepleiere.

> BASER FOR PRIMÆRLITTERATUR

Central (Cochrane Central Register of Controlled Trials eller Clinical Trials) er en spesialbase for randomiserte,

kontrollerte studier. Denne er en delbase i The Cochrane Library (5).

Medline/PubMed er den mest brukte databasen i klinisk medisin (2). Den dekker et vidt spekter av fagområder innen medisin og andre helsefag, herunder sykepleie. Artikler fra cirka 4500 internasjonale tidsskrifter registreres i Medline. Medline fås via ulike leverandører. PubMed er gratis tilgjengelig (6). Medline fra leverandøren Ovid (7) er gratis for norsk helsepersonell via Helsebiblioteket. Innholdet i dem er det samme, bruk den du liker best!

EMBASE er også en viktig base. Den ligner mye på Medline i størrelse og type informasjon, men dekker andre tidsskrifter. EMBASE har spesielt god dekning av blant annet farmakologi og generell folkehelse (7). Det er en viss overlapping mellom EMBASE og Medline, men det er mye som finnes i den ene som ikke finnes i den andre og omvendt. For å gjøre et mest mulig fullstendig søk, bør du bruke både Medline og EMBASE.

Cinahl dekker sykepleie og helsefag i vid forstand (7). Den registrerer artikler fra drøyt 2000 tidsskrifter. Cinahl er ikke lenger tilgjengelig via Helsebiblioteket, men har du tilgang til et fagbibliotek bør du sjekke om de abonnerer på Cinahl.

British Nursing Index er en spesialbase for sykepleie og jordmorfag. Den registrerer artikler fra mer enn 200 engelskspråklige sykepleietidsskrifter (7).

SveMed+ er en svensk base som registrerer innholdet i skandinaviske helsefaglige tidsskrifter (8). Det er den beste kilden vi har til informasjon om skandinaviske forhold på skandinaviske språk.

> HVORDAN SØKE I BASENE?

Dessverre er det slik at man må søke på forskjellige måter i forskjellige databaser. Det finnes likevel noen generelle prinsipper som ble omtalt i Sykepleien Forskning 4/07 (1). Mange bibliotek tilbyr skriftlige søkeveiledninger som kan være til god hjelp, søkeveiledningene som er oppgitt i referanselisten (2;5-8) er gratis tilgjengelige på www.ulleval.no/medbib. Det kan også være smart å be om hjelp fra en bibliotekar når du skal søke. Nedenfor nevnes noen av de viktigste særtrekkene ved basene som omtales i denne artikkelen. Et godt råd som passer på de fleste databaser: Finnes det både enkel og avansert søkefunksjon; bruk den avanserte!

I **The Cochrane Library** kan du søke i alle delbaser samtidig. Her er det svært viktig å huske å søke på alle synonymer (5). Dersom du glemmer et synonym, kan du gå glipp av viktig informasjon! Eksempel: Leter du etter informasjon om trykksår må du søke på: pressure sore, pressure ulcer, decubitus, bedsore og bed sore. Synonymer kombineres med OR.

Clinical Evidence er mer et oppslagsverk enn en database. Det er mulig å søke i den, men det er bedre å lete seg frem i de ulike temaene. Klikker du på «Sections» får du opp en liste over alle de ulike delene Clinical Evidence dekker, akkurat som innholdsfortegnelsen i et trykt oppslagsverk. Fra innholdsfortegnelsen kan du klikke videre til aktuelle tema.

Joanna Briggs Institute (JBI) er heller ikke en database, men på hjemmesiden deres finnes oversikt over hva de har publisert. Fra menyen «EBP Resources & Services» finner du «The JBI Library of Systematic Reviews» som inneholder systematiske oversikter, og «Best Practice Information Sheet Database» som har kortversjoner av systematiske oversikter. Søkefunksjonen er ikke så god, det er derfor bedre å se igjennom de listene som kommer frem når man går via menyen nevnt over. «Best Practice Information Sheets» kan lastes ned gratis. Tilgang til fulltekst av hele systematiske oversikter krever abonnement. Nå har imidlertid disse blitt tilgjengelige i ProQuest som er gratis i Helsebiblioteket. Når du har funnet tittelen på en systematisk oversikt i JBI kan du gå til ProQuest via Helsebiblioteket og søke på tittelen til den systematiske oversikten for å få tilgang til fulltekst.

I **PEDro** kan du søke i tittel og sammendrag, men du kan også velge ulike typer av terapi, problem, kroppsdel og så videre fra nedtrekksmenyer.

I **Medline, EMBASE, Cinahl, British Nursing Index og SveMed+** brukes faste emneord fra tesaurus (1). I for eksempel Medline heter trykksår *pressure ulcer*. Søker du på dette i Medline får du automatisk med alle synonymer for trykksår. Hvis du søker i en av disse basene (unntatt SveMed+) via Ovid-systemet (7) bør du velge *Advanced Ovid Search*, da får du god hjelp til å finne det rette emneordet. Hvis du søker i en av disse basene via EBSCO-systemet, bør du velge *Thesaurus* for å få hjelp til å finne det rette emneordet.

SveMed+ bruker de samme emneordene som Medline (MeSH). Et tips her er å først finne det rette emneordet i Medline og så gå til *Avancerad sökning* og velge *Sök på ämnesord (MeSH)* og søke på MeSH-ordet du fant i Medline. Eventuelt kan du gjøre et «quick and dirty» søk i SveMed+ med det norske ordet du ville brukt. Hvis du får treff, kan du gå inn på en referanse og se på hvilket MeSH-ord som er brukt, notere dette og så søke på det som beskrevet over (8).

I basene Cinahl og British Nursing Index er det lurt å

søke på tekstord (1) i tillegg til de faste emneordene. Det er fordi Cinahl ikke alltid har konsekvent indeksering, og fordi British Nursing Index bruker svært få emneord. Emneordene i British Nursing Index er dessuten ikke alltid spesifikke nok. Husk alle relevante synonymer når du søker på tekstord!

Hvis du trenger å finne *alt* om et emne, for eksempel i forbindelse med forskning, bør du søke på både faste emneord og tekstord også i Medline (9).

> FOR MANGE TREFF?

I en del baser vil du oppleve at du får for mange treff og dermed behov for å begrense. I baser som Medline/PubMed, EMBASE og Cinahl finnes en funksjon som heter Clinical Queries (6;7). Denne hjelper deg med å skille ut klinisk relevant informasjon, og bør være den første begrensningen du bruker. I de fleste baser finnes det også muligheter for å begrense på utgivelsesår, språk, alder, type artikkel m.m. Begrensning må alltid veies opp mot hvor mye du risikerer å miste (1). I en del tilfeller kan det lønne seg å bruke tid på å se igjennom forholdsvis lange trefflister. Husk at i evidensbasert praksis skal man basere seg på *den til enhver tid beste tilgjengelige kunnskap* (10). Kanskje den beste tilgjengelige kunnskap ble publisert for ti år siden? Den finner du ikke dersom du begrenser til de siste fem år!

REFERANSER

(1) Strømme, H. Litteratursøking i evidensbasert praksis og forskning. Sykepleien Forskning 2007;(4):264-5.

(2) Medisinsk bibliotek Ullevål universitetssykehus. Jakten på informasjon : en guide i informasjonsjungelen. 2008.

(3) Fernandez R, Griffiths R, Ussia C. Effectiveness of solutions, techniques and pressure in wound cleansing. International Journal of Evidence Based Healthcare 2004;2(7):147-67.

(4) Haraldstad AM, Christophersen E. Litteratursøk og personlige referansedatabaser. I: Benestad HB, Laake P, red. Forskningsmetode i medisin og biofag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004. s. 115-51.

(5) Medisinsk bibliotek Ullevål universitetssykehus. The Cochrane Library : En veiledning fra Medisinsk bibliotek. 2007.

(6) Medisinsk bibliotek Ullevål universitetssykehus. PubMed: En veiledning fra Medisinsk bibliotek. 2007.

(7) Medisinsk bibliotek Ullevål universitetssykehus. Ovidbaser: En veiledning fra Medisinsk bibliotek. 2008.

(8) Medisinsk bibliotek Ullevål universitetssykehus. SveMed+: En veiledning fra Medisinsk bibliotek. 2006.

(9) Jenuwine ES, Floyd JA. Comparison of Medical Subject Headings and text-word searches in MEDLINE to retrieve studies on sleep in healthy individuals. Journal of the Medical Library Association 92(3):349-53, 2004 Jul.

(10) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996 Jan; 13;312(7023):71-2.

DOKTORAVHANDLINGER

MARIT HELENE HEM
Mature care? An empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses
Disputas 4.4.2008
Veileder: Professor Kristin Heggen
Utgår fra Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo

KARI GRAN BØE
Verdige møter mellom helsearbeider og pasient i livets sluttfase – Profesjonsetisk tolkning av en kvalitativ empirisk studie
Disputas: 26 januar 2008
Veileder: Professor Trygve Wyller, Det teologiske fakultet, Universitet i Oslo

Omsetting av forskning til praksis

Av Anne Guttormsen Vinsnes
e-mail anne.g.vinsnes@hist.no

Anne G. Vinsnes er professor ved Avdeling for sykepleie ved Høgskolen i Sør-Trøndelag og leder satsningsområdet Klinisk sykehjemsarbeid. Har også en bistilling ved Universitetet i Stavanger.

Kunnskapsbasert praksis forutsetter at vi omsetter forskning til praksis. Sykepleiere har en faglig forpliktelse til å yte pasientene de kvalitativt beste tjenester (beste praksis). Våre prioriteringer og handlinger bør begrunnes ut fra den beste kunnskapen vi har på området. Kunnskapsbasert praksis bygger både på forskning og på de ansattes og pasientenes erfaringer. Det en faglig utfordring og etisk forpliktelse å bringe den kunnskap vi utvikler gjennom forskning og erfaring ut til den praktiske hverdagen. Forskning knyttet til arbeidet med å omsette forskning til praksis kalles translasjonsforskning eller implementeringsforskning, og er en av framtidens forskningsmessige nøkkelutfordringer. Arbeidet involverer endringsprosesser både på et organisatorisk og individuelt nivå. Det er derfor viktig at vi i dette arbeidet identifiserer de faktorer som fremmer endring eller (og kanskje enda viktigere) hindrer endringer. Vi vet ikke hva som er de største barrierene, men man kan tenke seg at de er knyttet til faktorer som lav bemanning, lavt utdanningsnivå, manglende støtte fra ledelsen, høy turnover og så videre. Barrierer kan også være at ansatte ikke tror på den foreslåtte endringen, at endringen er for omfattende eller at ansatte ikke har tillit til forskning og ikke vil ta innover seg ny kunnskap.

Endringsarbeid krever komplekse strategier, og teoretiske modeller er derfor viktige redskap i endringsprosesser. Det er viktig å teste ut ulike teoretiske modeller som for eksempel pedagogiske teorier, teori om sosial påvirkning, organisasjonsteori, markedsteori og så videre, for å komme fram til den/de mest hensiktsmessige strategiene. Overordnede mål for det videre arbeidet kan for eksempel være:

- Å hjelpe fram/befordre arbeidet med å overføre forskning til praksis
- Å identifisere barrierer som eksisterer mot implementeringsstrategier
- Å utvikle en/flere implementeringsmodeller

Eksempler på viktige forskningsområder:

- Identifisere faktorer som hindrer/fremmer overføring av forskning til praksis
- Teste ut (utvikle/videreutvikle) hensiktsmessige strategiske modeller
- Måle effekt av ulike tiltak definert i forhold til pasientutkomme
- Undersøke forholdet mellom hva pasienter ønsker og hva ansatte tror de ønsker
- Studere veilederes rolle som endringsagenter
- Sammenligne ulike kliniske settinger
- Delta i internasjonalt forskningssamarbeid for å komme fram til effektive strategier

Forsker på fotsår

› Lis Ribu begynte å forske på fotsår fordi ingen andre gjorde det.

LIS RIBU
f. 1953
Utdanning: Sykepleieier, PhD, Førsteamanuensis
Arbeidssted: Sykepleierutdanningen, Høgskolen i Oslo
Aktuell med: Disputerte i august 2007 med doktorgradsavhandlingen *Health-related quality of life in patients with diabetes and foot ulcers.*

Tekst: **Susanne Dietrichson**
Foto: **Erik Sundt**

– Det var tilfeldig at jeg begynte å forske på sår, forteller Lis Ribu.

– I utgangspunktet var jeg opptatt av flerkulturell problematikk, men da jeg begynte på Høgskolen i Oslo for tolv år siden, ble jeg satt til å undervise i sårsykepleie.

LITE FORSKET PÅ

Mitt inntrykk var at dette var et upopulært tema å undervise i blant mine kolleger. Det viste seg at det heller ikke – den gang – var gjort noe forskning på sår i Norge. Sammen med Ruth Haram og Tone Rustøen gikk jeg i gang med en stor kartlegging i Oslo kommune. Vi undersøkte sykepleieres kompetanse på og behandling av sår i kommunehelsetjenesten. Den viste seg å være både mangelfull og dårlig. Mens vi holdt på med dette oppdaget jeg at mange med diabetes var plaget av sårproblematikk, forteller Ribu.

– Hvorfor er diabetespasienter mer plaget av sår enn andre?

– Vanligvis er det et resultat av nevropati, som er en senkomplikasjon av diabetes, og som blant annet kan føre til redusert følsomhet i bena. Det kan begynne med en bagatell som å tråkke på en legokloss til et av barna. Fra å være et lite sår vokser det til et kjempeproblem. Derfor er det viktig å drive forebyggende behandling tidlig, slik at man unngår senkomplikasjoner. Da er opplæring og undervisning sentralt, påpeker hun.

Ribu ble overrasket over å se hvor ille disse pasientene i virkeligheten har det.

– I løpet av en uke kommer det gjerne mange forskjellige sykepleiere hjem til denne pasientgruppen. Mange av dem vet ikke engang hvordan de skal stelle sårene, forteller hun.

– Dette prosjektet resulterte i åtte artikler, legger hun til og ser nesten litt forbauset ut.

I doktorgradsarbeidet, som ble avsluttet i august 2007, så hun på helserelatert livskvalitet hos pasienter med diabetes og fotsår. Personer som lever med diabetes og uten fotsår viste seg å ha signifikant dårligere livskvalitet enn friske personer, og diabetespasienter med fotsår viste seg igjen å ha mye dårligere livskvalitet enn personer med diabetes og uten fotsår.

DÅRLIG LIVSKVALITET

De hadde for eksempel mye dårligere livskvalitet enn pasienter med alvorlig kreftsykdom. Ribu ble selv forbauset over dette funnet:

– Jeg tenkte at man var kommet så langt innenfor behandling av personer med diabetes at jeg gikk ut fra at disse ikke ville rapportere såpass dårlig helserelatert livskvalitet. Det viste seg ikke å være tilfelle. Diabetes er en krevende sykdom, det er mye å passe på og det er viktig med god egenomsorg og et regulert liv.

Ribu undersøkte pasienter

> Det viste seg at pasientene i det lengste unngikk å bruke hjemmesykepleien fordi de ikke stolte på behandlingen de fikk der.

ved seks poliklinikker, ortopediske og medisinske, de fleste tilknyttet store universitetssykehus. Alle pasientene fikk med seg spørreskjemaer hjem hvor de selv skulle rapportere sin livskvalitet i tilknytning til sårproblematikken. Til sammen 145 spørreskjemaer ble delt ut. Av disse var det 127 som ble med i studien. 99 av disse igjen deltok hele veien. Målet med denne kvantitative undersøkelsen var å finne ut hvilke variabler som i størst grad forklarte den dårlige livskvaliteten.

MYE SMERTE

– Hva fant du ut?

– Pasientene rapporterte generelt mye smerte. Det overrasket meg litt fordi de i utgangspunktet har redusert følsomhet i bena. De har ofte lite smerter under sårstell, men vi visste jo egentlig ingenting om hvordan de har det når de er ute og går eller sitter hjemme foran tv'n. Og så fant jeg at de med store sår har dårligere livskvalitet enn de med mindre sår. Og at de med redusert blodsirkulasjon i bena og de med forhøyet CRP hadde dårligere livskvalitet enn dem som ikke hadde disse problemene.

Ribu kan også fortelle at 72 prosent av de som har fotsår er menn. Dette tror hun skyldes at menn generelt sjeldnere – og senere, når problemene er mer akutte – oppsøker legehjelp.

– Dessuten er vel vi kvinner jevnt over flinkere til å stelle med føttene våre, tror hun.

I kvalitative dybdeintervjuer Ribu hadde gjort med pasienter med diabetes og fotsår tidligere, beskriver pasientene smerter. Disse beskrivelsene var gode å ha som en bekreftelse på smertefunnene i avhandlingsarbeidet.

SAVNER KLINIKKEN

Ribu forteller at hun i utgangspunktet hadde tenkt til å gjøre en intervensjonsstudie rettet mot sårstell i hjemmesykepleien, men at dette rett og slett ikke lot seg gjennomføre:

– Det viste seg at pasientene i det lengste unngikk å bruke hjemmesykepleien fordi de ikke stolte på behandlingen de fikk der. Kun 40 prosent benyttet hjemmesykepleien, og det var de eldste og sykeste som ikke klarte å behandle sårene sine selv. De fryktet for egne sår og amputasjon som følge av dårlig eller manglende behandling. Men dette er en stund siden, det har nok blitt litt bedre, tror hun.

Lis Ribu trives med å forske, men innrømmer at hun savner å jobbe i klinikken.

– Av og til får jeg lyst til å slutte på dagen og begynne å jobbe på sykehus. Heldigvis jobber jeg mye med studentene i praksis. På den måten holder jeg kontakt med det feltet jeg forsker i, noe som er svært viktig. Sykepleieforskning skal være klinisk relevant og da må man ha kjennskap til praksisfeltet.

Lis Ribu mener at sykepleiere må få bedre tid og anledning til å forske. Ofte er det ikke forskningsmidlene det står på, men det at tiden ikke strekker til på grunn av dårlig bemanning.

– Her må noe gjøres, påpeker hun.