INNHOLD

Leder 183
Innspill: Jan Grund 184
Artikkel: Forekomst av hull i operasjons-hansker i nevrokirurgi 186
Praksiskommentar 195
Artikkel: Kartlegging av urininkontinens-problematikk på sykehjem 196
Praksiskommentar 203
Artikkel: Mer trivsel og mindre arbeidsbelastning for hjemmehjelpere som leder arbeidstrening 204
Praksiskommentar 211
Sekundærartikkel: Pasientopplevelser av måltids-fellesskap i sykehjem 212
Praksiskommentar 220
Forskning i praksis 222
Kronikk: Metodetriangulering 224
Innspill: Lars Mathisen 227
EBN 228
Forskningsnytt 234
Cochrane 236
Nyttestoff 239

REDAKSJONEN

Redaksjonskomité: **Inger Schou** Førsteamanuensis II ved Universitetet i Oslo og forsker ved Ullevål universitetssykehus

Redaksjonskomité: **Per Nortvedt** Professor ved Universitetet i Oslo

Redaksjonskomité: **Lars Mathisen** Seksjonsoversykepleier ved thoraxkirurgisk sengepost ved Rikshospitalet i Oslo

Redaksjonskomité: **Monica Nortvedt,** Professor og leder ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen

Redaksjonskomité: **Liv Wergeland Sørbye** Førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo

Redaksjonskomité: **Marit Kirkevold** Professor ved Universitetet i Oslo

Redaksjonskomité: **Bård Nylund** Bachelorstudent i sykepleie ved Høgskolen i Oslo

Redaksjonskomité: **Tone Rustøen** Professor ved Høgskolen i Oslo

Redaksjonskomité: **Liv Merete Reinar** Seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Sykepleien Forskning skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, for høgskoler og for studenter. Sykepleien Forskning er et bilag til Sykepleien og utøver uavhengig og kritisk forskningsformidling.

KOLOFON

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

Fungerende ansvarlig redaktør:
Bjørn Arild Østby
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Redaktør: **Anners Lerdal**
anners.lerdal@hibu.no

Assisterende redaktør: **Liv Merte Reinar**
livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no

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

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

Layout: **Gazette as**
Grafisk produksjon: **Sykepleien**
Repro og trykk: **Stibo Graphic AS**

Utgivelsesplan 2009:
nr. 26/3, 18/6, 1/10, 10/12
Abonnementspris: **Kr. 280,- per år**
ISSN 1890-2936

Gjør sykepleie-forskning en forskjell?

Helseforetakenes forskningsaktivitet skal legge grunnlaget for bedre forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering av pasienten. Dette uttalte direktør for forskning og utvikling i Helse Sør-Øst RHF, Erlend B. Smeland, på Helse Sør-Østs forskningskonferanse i mars i år. Smedland etterspør med andre ord matnyttig sykepleie- og helsefaglig forskning, forskning som frembringer kunnskap som gjør en forskjell for pasientene.

Med knapphet på økonomiske ressurser og forskningskompetanse, bør man ifølge Smedland sørge for at det forskes på tema som er viktige for pasientene. En slik prioritering kan synes å stå i motsetning til tesen om «frihet i forskning» som ofte tolkes som at forskeren ut fra egne interesser og nysgjerrighet avgjør hva det skal forskes på. Helseforetakene søker samtidig å sikre seg pasientnær forskning ved å kreve at prosjektledere som leder foretaksfinansierte prosjekter skal være ansatt i foretaket. Men etter som de fleste med forskningskompetanse innen sykepleie og helsefag er ansatt utenfor foretakene, kan dette medføre at viktige forskningsprosjekter ikke ser dagens lys.

Så langt har det vært et problem å vinne aksept for at master- og doktorgradsutdannede sykepleiere har en naturlig og viktig plass i primær- og kommunehelsetjenesten. Det skal bli interessant å se om Smedlands utspill vil munne ut i konkrete utspill for å tiltrekke seg personer med forskningskompetanse innen helsefag – personer med kompetanse til å utvikle pasientnære forskningsprosjekter.

Siden denne type forskningskompetanse i dag primært finnes i høgskolene, vil det kreve et langt mer aktivt samarbeid mellom klinikere og forskere for å sette fart på den pasientnære forskningen. Spørsmålet er hvordan slik samhandling bør organiseres for å gi best mulig resultater. Er for eksempel løsningen tematiske tverrfaglige forskningsnettverk på tvers av institusjonene? Eller skal man utvide praksis med bistillinger i helseforetakene for forskere med hovedstilling ved udanningsinstitusjonene? En mulighet for å styrke den pasientnære forskningen er at eiere av helsetjeneste- og utdanningsinstitusjonene oppmuntrer til samarbeid ved å øremerke stimuleringsmidler. I dag beregnes stimuleringsmidler til høgskolene ut fra studentproduksjon og publisering. Men hva om høgskolene også ble premiert for hver forsker med hovedstilling på høgskole/universitet som har bistilling i praksis? Mens forskerne i høgskolene har kunnskaper om forskningsmetoder og hvordan forskning oppsummeres, har klinikerne kunnskap om praksis og hva som er viktige kliniske problemstillinger. Forskningen må være relevant. Kunnskapen finnes allerede i stor grad i systemet. Men hvordan utnytte den og skape synergier på en mest mulig effektiv måte?

Redaktør
Anners Lerdal
anners.lerdal@hibu.no

Dr. Philos fra Det medisinske fakultetet ved universitetet i Oslo. Jobber som førsteamanuensis ved Institutt for Helsefag, Høgskolen i Buskerud, og forsker ved Aker Universitetssykehus.

INNSPILL

Av JAN GRUND
f. 1946

Rektor og professor i helseledelse ved Høgskolen i Akershus

Politikk, økonomi og fag

– KAN DET SPILLES PÅ LAG?

> Formålet med denne kommentaren er å belyse noen hovedtrekk ved organiseringen av helsevesenet? Er det mulig å få politikk, økonomi og fag til å spille på lag?

Prøver du å følge med i debatten om hvordan helse- og sykehusvesenet bør organiseres kan du bli forvirret. Den ene dagen får du høre at Norge er verdens rikeste land med verdens beste helsetjeneste og et sykehusbudsjett og personellforbruk på verdenstoppen. Neste dag kommer melding om pasienter som ikke får hjelp, senger og avdelinger som må stenge på grunn av personellmangel og innstramminger.

I praksis finner helsepolitikken sin form gjennom et *spill* mellom mange aktører – politikere, byråkrater, fagfolk og fagforeninger, pasienter, brukerorganisasjoner, leverandører og medier. Styringsoppgaven er å utforme spilleregler – budsjetter, finansieringsordninger, lover, forskrifter og ledelsestiltak – slik at politiske mål implementeres. I praksis er det verken ressurser eller kunnskaper nok til å innfri alle krav om kvalitet, likebehandling, forutsigbarhet, kostnadskontroll og gi pasienter og profesjoner frihet. Politikernes utfordring er å avveie målkonflikter og gjennomføre reformer på en god måte. Som maktforsker og tidligere helseminister Gudmund Hernes en gang sa det: «*Selv vår Herre har problemer i implementeringsfasen*». Kjernen i dagens sykehuspolitikk er statlig eierskap og organisering i fire statlige regionale foretak. Styringen skjer gjennom et system med en krevende maktfordeling mellom politikk, fag, ledelse og butikk. Siden staten både er sykehuseier, bevilgende myndighet og kontrollerende instans, har helseministeren et klart politisk ansvar for at sykehusene skal gi pasientene det best mulige tilbud. Det som utløste sykehusreformen var ideen om å samle eierskapet på en hånd slik at en unngikk svartperspillet mellom 20 sykehuseiere og stadige krav om ekstrabevilgninger. Evalueringer viser at mye er blitt bedre. Det behandles flere pasienter og styringssystemet er blitt mindre byråkratisk, men vi sliter fremdeles med uklare ansvars- og rollefordelinger mellom sykehuspolitikkens ulike aktører.

Helsepolitikken er underlagt politikkens lover og luner og når regjeringer skifter endres også de nasjonale spilleregler. Stadig endringer i utformingen av finansieringsordninger skaper uforutsigbarhet for sykehusene. Gradvis har det vokst fram en erkjennelse om at det bør sentraliseres mer og at ikke alle kan gjøre alt. Strukturutfordringene er spesielt store i den nye storregionen Helse Sør-Øst. Ved å slå sammen de tre sykehusene Aker, Ullevål og Rikshospitalet til ett stort universitetssykehus kan man høste både faglige og økonomiske gevinster ved sykehusdriften i hovedstatsområdet. Det nye sykehuset blir det største i Norden og nettopp i størrelsen ligger det drifts- og ledelsesutfordringer. Våren 2009 skal helseministeren legge fram en *samhandlings-*

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

Foto: Høgskolen i Akershus

> Sykepleiefagets identitet er styrket gjennom økt forskning.

reform som skal *rive ned* skillet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og endre finansieringsordningene slik at det blir lønnsomt for kommunene å forebygge, behandle og rehabilitere i lokalsamfunnet.

Norge bruker mer penger på helse per innbygger enn nesten alle andre land fordi:

- vi har råd til det
- vi har mange helsearbeidere
- våre politikere har store ambisjoner om å spre spesialisert helsetjeneste utover i landet og vi har derfor en sykehusstruktur med mange små sykehus

Helsepolitikkens *grunnleggende* økonomiske utfordring er å *prioritere*. Vi vil ikke bruke «priser» for å få balanse mellom etterspørsel og tilbud. Verken politikere eller fagfolk liker å prioritere. Det er ingen som vinner velgere på å være eksplisitte på å si at bestemte pasienter skal komme bak i køen. Og fagfolk slåss for sine spesialiteter og sine pasientgrupper. Til tross for debatter og utredninger sliter vi med å utvikle prioriteringsprinsipper. Norges største realøkonomiske utfordring er at vi vil mangle arbeidskraft. Dersom antall ansatte i helse- og sosialsektoren skal øke like raskt i årene fremover som de siste 15 år, må cirka 44 prosent av arbeidsstyrken de kommende årene gå til denne sektoren. Vi har begynt å forberede oss på at helsetjenestens viktigste «kunde» – de over 65 år – vil øke dramatisk. Samtidig blir pasientene mer kravstore, rettighetstankegangen vinner mer frem og den medisinske teknologien stormer fremover og gjør det mulig å behandle flere for stadig mer. Mens det tidligere var en utbredt oppfatning blant kirurger at det var umulig å operere på hjertet, er hjertekirurgien i dag blitt en omfattende medisinsk industri.

Helsetjenesten er *arbeidsintensiv* og kvaliteten på den fagutdannete arbeidskraft er den kritiske suksessfaktor. Fordelingen av arbeidsoppgaver bestemmes gjennom kunnskapsutviklingen og reguleres av lover, regler, tradisjoner og utdanningssystemet. Det å få profesjoner som arbeider med liv og død, håp og fortvilelse, smerte og angst, og med egne faglige ambisjoner til å være med på helhetlige prioriteringer, er en av de *vanskeligste lederoppgaver i* et samfunn. Myndighetsområdet mellom yrkesgruppene er ikke statiske, men gjenstand for stadig forhandling og reforhandling. Sykehusene er dominert av to yrkesgrupper, leger og sykepleiere, som ofte har større lojalitet til egne fag enn til de organisasjoner de jobber i. Å si at en lege er lojal mot pasienten, er bare en delvis sannhet. Legene er lojale mot et gen, mot lungene, mot blodårene, mot den enkelte delen av viruset og så videre. Bare leger, om noen, klarer egentlig å kontrollere legenes faglige virksomhet. Sykepleierne har ikke samme vitenskapelige status som legene, men har gradvis utviklet en sterk bevissthet om eget fag, og selvtilliten i forhold til legene er økt. Sykepleiefagets identitet er styrket gjennom økt forskning som har gitt kunnskap om:

- menneskers reaksjoner og tolkning av helse, sykdom og lidelse
- forholdet mellom behandling og økonomi
- hvordan det skal gjøres prioriteringer i det kliniske felt

Fremtidens komplekse sykdomsbilde vil gi sykepleierne en stadig viktigere rolle.

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

HULL I OPERASJONSHANSKER

Foto: Erik M. Sundt

NOE FOR DEG?

Hva vet vi om dette temaet fra før?
Hullfrekvens i operasjonshansker er undersøkt innenfor mange spesialiteter, men ikke innenfor nevrokirurgi. Perforasjonsfrekvensen kan være helt opp til 48 prosent.

Hva tilfører denne artikkelen?
Artikkelen tilfører kunnskap om hullfrekvens innen nevrokirurgi og om at hullfrekvensen er stor, særlig ved bruk av lateksfrie hansker. En stor del av hullene blir ikke oppdaget. Hullene ble lettest avslørt ved anvendelse av doble hansker med farget innerhanske. Operasjonsvarigheten påvirket ikke hullfrekvensen.

SAMMENDRAG

Operasjonshansken er en barriere mellom pasienten og operasjonsteamet som skal hindre overføring av mikrober mellom begge parter. Studier viser at perforasjonsfrekvensen i operasjonshansken kan være opp til 48 prosent. Ved kraniotomier er hanskene i kontakt med benkanter og skarpe instrumenter, altså er perforasjonsrisikoen stor.
Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge forekomsten av hull i operasjonshansken i forbindelse med kraniotomier.
Studien var prospektiv. Operasjonshanskene ble samlet inn fra kirurg, assistentlege og operasjonssykepleier. Hanskene ble kontrollert med vanntest etter europeisk standard (EN 455-1). Det ble skilt mellom oppdagede og uoppdagede hull.
91 kraniotomier resulterte i 1014 hansker: 721 ytterhansker og 293 innerhansker. Hull forekom i 16,5 prosent av ytterhanskene. Av disse hullene ble 65,5 prosent ikke oppdaget. Signifikant flere hull ble oppdaget ved bruk av doble hansker med fargeindikator-systemet (p=0.006). Hullfrekvens var avhengig av yrkesgruppe; kirurg 21,7 prosent, operasjonssykepleier 17,1 prosent og assistent 7,8 prosent. Kirurg og assistent hadde hyppigst hull på ikke-dominant hånd (p=0.045). Operasjonssykepleier hadde like mye på begge hender. Hullene forekom oftest på tommel og pekefinger hos alle yrkesgrupper.

ENGLISH SUMMARY

Incidence of glove perforation in neurosurgery
The surgical glove is a protective barrier for both patient and the operating team against micro-organism contamination. Gloves are often perforated during surgery. Studies report perforation frequency up to 48%. The most common cause of glove perforation is perforation by sharp objects, bone edges, wires and instruments.
The purpose of this study was to investigate the perforation frequency of surgical gloves in neurosurgery.
We conducted a prospective study. Surgical gloves from surgeons, assistants and operatingroom nurses (OR nurses) were collected after craniotomies. The gloves were tested according to the standardized water-leak test method approved by European Committee for Standardization.
A total of 1014 gloves from 91 craniotomies were examined, 721 outer gloves and 293 inner gloves. Glove perforation occurred in 16.5 % of outer gloves, where by 65.5 % of holes were undetected. The use of indicator gloves significantly increased the detection of perforations during surgery (p=0.006).The perforation rate varies among the team members; surgeons 21.7 %, OR nurses 17.1% and assistants 7.8%. Surgeons and assistants had significantly more perforation detected in the non-dominant hand (p=0.045). There was no difference between the hands for OR nurses. The most common sites for the perforation were the index finger and the thumb.

Nøkkelord
- Nevrokirurgi
- Kraniotomi
- Operasjonshansker
- Perforasjon

Om forfatterne
Malene Reinholdt, operasjonssykepleier; Anne Ranheim, operasjonssykepleier; Jorunn Hommelstad, fagutviklings- og forskningssykepleier, Nevrokirurgisk operasjonsavdeling, Nevroklinikken, Rikshospitalet. Kontaktperson: anita.malene.reinholdt@rikshospitalet.no

Forekomst av hull i operasjonshansker i nevrokirurgi

Tekst: **Malene Reinholdt, Anne Ranheim og Jorunn Hommelstad**
Foto: **Erik M. Sundt**

INTRODUKSJON

Den sterile hansken er en barriere mellom pasienten og operasjonsteamet og skal hindre overføring av mikrober mellom begge parter. Hull i hansken skaper brudd i denne barrieren og medfører en smitterisiko for både pasienten og personalet. Forskjellige studier viser at perforasjonsfrekvensen kan være opp til 48 prosent (1-4). Ved Nevrokirurgisk operasjonsavdeling, Rikshospitalet HF, utføres cirka 500 kraniotomier per år. Under disse operasjonene er hanskene i kontakt med benkanter og skarpe instrumenter, noe som skulle tilsi at sjansen for å perforere hansken er stor (5, 6). Det finnes ingen retningslinjer for bruk av doble hansker i avdelingen og rutinemessig hanskeskift praktiseres ikke. Enkelte i operasjonsteamet bruker alltid doble, noen bruker enkle og andre gjør vurderinger i forhold til situasjonen. Et av operasjonssykepleierens ansvarsområder er å forebygge infeksjon. Det er derfor ønskelig å undersøke hvor ofte hanskeperforasjoner forekommer under kraniotomier.

Flere studier viser at hullfrekvensen i operasjonshansker varierer alt etter kirurgiske spesialiteter. I forbindelse med litteratursøk i Cochrane Library, Medline, Cinahl og Embase var det ingen studier som omhandlet nevrokirurgi og hanskeperforasjon.

Tanner med fleres systematiske oversiktsartikkel (7) viser at doble hansker med farget innerhanske (indikatorsystem) avslører hull lettere og reduserer antall hull i innerhansken. Studien viser ikke at hull i hansken fører til infeksjon, men det antas at hull kan øke risikoen for overføring av mikrober fra operasjonspersonalet til pasient og omvendt. Dette funnet understøttes av andre studier (3, 5).

Laines prospektive, randomiserte studie (5) undersøker hullfrekvensen ved flere typer kirurgi. Han sammenlikner enkle hansker med doble, og studerer om hanskeperforasjon påvirker forekomsten av sårinfeksjon. Grunnlaget for studien er 2462 enkle/ytterhansker fra 885 operasjoner. Resultatet viser en perforasjonsfrekvens fra 3,9 prosent til 9,5 prosent avhengig av spesialitet, med et gjennomsnitt på 7,8 prosent. Andre studier viser perforasjonsrate fra 8,4 prosent til 48 prosent, høyest innen maxillofacial kirurgi (1-4, 6, 8, 9). Hullfrekvensen i innerhansken ved doble hansker varierer fra 1 prosent til 7 prosent når det også er hull i ytterhansken. En stor andel av hullene, opptil 83 prosent, blir ikke oppdaget under operasjonen (1, 5-7, 10, 11). Frekvensen er høyest blant de enkle hanskene, og lavest ved bruk av doble indikatorhansker (opp til 22 prosent).

Studier viser at kirurg og sterilt utøvende operasjonssykepleier oftere får hull enn kirurgisk assistent (heretter benevnt som assistent), kirurg på ikke-dominant hånd og operasjonssykepleier like mye på begge hender (6, 10, 12). Flere studier viser at hansken på ikke-dominant hånd får flest hull, spesielt tommel og pekefinger (1, 2, 6, 8, 12, 13). Operasjonsvarigheten påvirker hullfrekvensen med jo lenger varighet desto flere hull (3, 6, 8, 9, 12-15), og akuttoperasjoner har en høyere perforasjonsrate enn elektive inngrep (12). Studiene viser at kirurgi som innbefatter ben, langvarige operasjoner, samt skarpe instrumenter øker risikoen for hanskeperforasjon (6, 12).

Hensikten med denne studien var å kartlegge forekomsten av hull i sterile operasjonshansker i forbindelse med kraniotomier.

METODE

Dette var en prospektiv observasjonsstudie av hansker fra kraniotomier. Utvalget bestod av alle sterile hansker fra kirurger, assistenter og operasjonssykepleiere (N= 1014) fra kraniotomier utført ved Rikshospitalet HF i perioden september til november 2006, 11 uker. Hanskene ble samlet inn over hele døgnet. Hansker fra operasjoner med kjent smitte ble ekskludert, for å hindre spredning av smittestoffet. Operasjonsteamet var tilfeldig sammensatt av kirurg, operasjonssykepleier og eventuelt assistent (N=65). Studien inkluderte lateks og lateksfrie hansker, både enkle (et par sterile hansker) og doble hansker (to par sterile hansker utenpå hverandre) med eller uten fargeindikator. Fargeindikator betyr at innerste hanske har en mørk kontrastfarge og ytterste hanske har en transparent farge. Ved hull i ytterhansken synes en skarp mørk flekk, som skyldes væske, som trenger gjennom hullet.

Koordinerende operasjonssykepleier registrerte opplysninger som dato, personalgruppe, operasjonstid (start–slutt), operasjonstype, hansketype, enkel/ytterhanske og innerhanske, tid på døgnet, elektivt/akutt, hanskebytte og oppdagede hull i et observasjonsskjema i løpet av operasjonen. Hun/han registrerte i perioden fra snittføring til og med bandasjering. Operasjonsteamet tok av hanskene umiddelbart etter at bandasjen var lagt på, og la dem i pose sammen med observasjonsskjemaet. Koordinerende operasjonssykepleier registrerte også hansker som ble byttet på grunn av visuelt oppdagede hull eller kontaminering.

Alle hanskene, inkludert de med visuelt oppdagede hull, ble kontrollert for hull ved hjelp av en vanntest utført etter europeisk standard (EN 455-1) (16). Den ble utført snarest mulig, men av praktiske grunner ble tidsfristen satt til 72 timer. Dette skulle ikke påvirke hanskene og testresultatet ifølge hanskeprodusenten Regent Medical. Vanntesten bestod i at hanskene ble hengt opp i et stativ som var designet etter den europeiske standarden (16). Hanskene ble fylt med 1 liter +/- 50 ml vann og observert visuelt for hull og lokalisasjon av hull, med en gang og etter to–tre minutter. Temperaturen på væsken var godt innefor grensen på 15–35 °C. Det ble skilt mellom oppdagede og uoppdagede hull. De tre prosjektdeltakerne gjennomførte testene for mest mulig ensartet utføring.

Data fra observasjonsskjemaene og vanntesten ble analysert i SPSS versjon 13.0 (SPSS Inc., Chigaco, Illinois). Det ble foretatt frekvensanalyse for å beskrive hullforekomst, logistisk regresjonsanalyse for å se om hullforekomsten økte med operasjonsvarigheten og krysstabell med kji-kvadrattest for å under-

søke om det var forskjeller mellom for eksempel yrkesgrupper, hansketyper og fingre. Signifikansnivået ble satt til 5 prosent på alle tester. I de tilfeller hvor det var flere hull i samme hanske (n=16) ble disse lagt til de respektive fingre for å få totalt antall hull per finger.

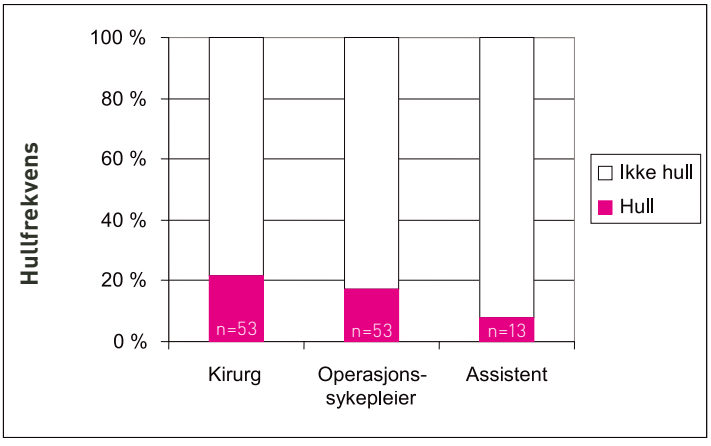
RESULTATER

Av totalt 91 kraniotomier ble det utført 75 elektive og 16 akutte kraniotomier. Totalt 1014 hansker var fordelt på 721 ytterhansker og 293 innerhansker. Antall ytterhansker var større på grunn av hanskebytte ved hull eller kontaminering, samtidig som de inkluderer enkle hansker. Fordelingen sett i forhold til elektive versus akutte operasjoner var henholdsvis 850 og 164 hansker.

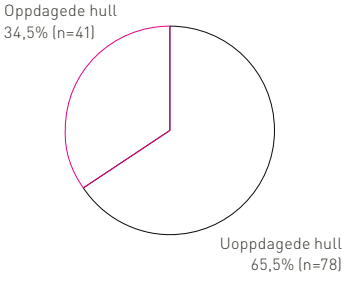
Av personalgruppen deltok alle som var på jobb i prosjektperioden. I alt var det 16 forskjellige kirurger, 23 assistenter og 26 operasjonssykepleiere.

Hull forekom i 119 av 721 ytterhansker (16,5 prosent). Av disse 119 var det 78 hull (65,5 prosent) som ikke ble oppdaget.

FIGUR 2: Andel hull fordelt på yrkesgruppe.



FIGUR 1: Antall hull i ytterhansker fordelt på oppdagede og uoppdagede hull.



TABELL 1: Oversiktstabell over hullfrekvens i ytter- og innerhansker i forhold til bruk og materiale.

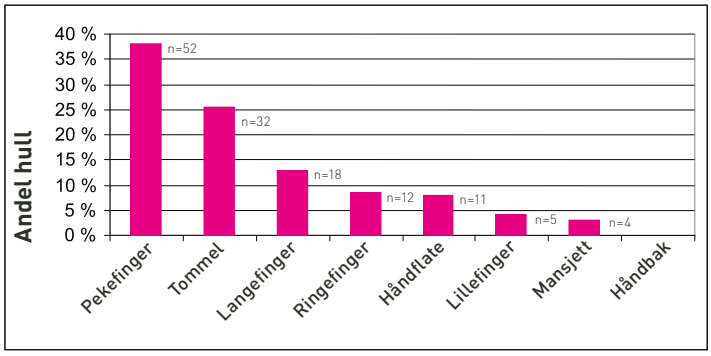
	Ytterhansker (antall hansker med hull/totalt antall hansker)	Innerhansker (antall hansker med hull/totalt antall hansker)
Gruppering mht. bruk:		
Enkle hansker	66 / 359 (18,4%)	
Doble hansker u/indikator	10 / 54 (18,5%)	2 / 50 (4%)
Doble hansker m/indikator	43 / 308 (14%)	7 / 243 (2,8%)
Totalt	119 / 721 (16,5%)	9 / 293 (3,1%)
Gruppering mht. materiale:		
Lateks hansker	60 / 439 (13,7%)	8 / 248 (3,2%)
Syntetiske hansker	59 / 282 (20,9%)	1 / 45 (2,2%)

Ser en på yrkesgruppene atskilt hadde kirurgene hyppigere hull (21,7 prosent) enn operasjonssykepleierne (17,1 prosent) og assistentene (7,8 prosent).

Det var signifikant forskjell mellom hullforekomst på høyre og venstre hanske når en ser yrkesgruppene under ett (p =0,045), med flest hull på venstre hanske. Ser vi yrkesgruppene separat, er det ingen signifikant forskjell hos operasjonssykepleierne (p=0,956); de hadde like ofte hull på begge hansker. Kirurgene hadde tendens til oftere hull på ikke-dominant hånd (p=0,069), mens assistentene hadde signifikant hyppigere forekomst av hull på venstre hanske (p=0,035). Hull forekom hyppigst på pekefinger (38 prosent) og tommel (25,5 prosent) hos alle yrkesgrupper. Kirurgene og assistentene hadde en tendens til hull på venstre pekefinger, men dette var ikke signifikant (p=0,08). Alle deltakerne i studien var høyrehendte.

Sammenlikning av to forskjellige typer latekshansker viste ingen signifikant forskjell i hullfrekvens (p=0,801). Sammenliknes derimot latekshansker (inkludert indikatorsystem) med syntetiske hansker var det signifikant forskjell i hull-

FIGUR 3: Lokalisasjon i ytterhansken i prosent. Gjelder alle yrkesgrupper.



frekvens (p=0,009). Syntetiske hansker hadde hyppigere hull enn latekshansker.

Ved sammenlikning av doble hansker med indikatorsystem med doble hansker uten indikator, var det signifikant forskjell i forhold til å oppdage hull (p =0,006). I hanskene med indikatorsystem oppdages hull i 67,4 prosent (29 av 43) av tilfellene mot 20 prosent (to av ti) hvis det ble brukt doble uten fargeindikator. Sammenliknes doble hansker med fargeindikator i forhold til enkle hansker, var det en signifikant forskjell (p < 0,001) i forhold til å oppdage hull. Bare 15,2 prosent (10 av 66) av hullene i enkle hansker ble oppdaget.

Av 293 innerhansker var 243 farget indikatorhanske. Ni av 293 hansker hadde hull (3,1 prosent). Tre av de ni innerhanskene var doble hansker med hull igjennom begge hanskene (1 prosent). I to av disse tilfellene ble hullene ikke oppdaget. Disse var indikatorhansker.

Tiden på hvor lenge ytterhanskene var brukt varierte fra fem til 370 minutter (gjennomsnitt 137 og SD 80). Hullfrekvensen økte ikke med varigheten av operasjonstiden (p=0,892). Det var heller ingen signifikant forskjell mellom elektiv og akutt kirurgi (p=0,692) i forhold til hullfrekvens. Det er derfor ikke skilt mellom disse i resultatene.

TABELL 2: Andel oppdagede hull i ytterhansker ved bruk av henholdsvis enkle hansker, doble hansker med eller uten indikator.

	Ytterhansker (antall hansker med oppdagede hull/ antall hansker med hull totalt)
Enkle hansker	10 / 66 (15,2%)
Doble hansker u/indikator	2 / 10 (20%)
Doble hansker m/indikator	29 / 43 (67,4%)
Totalt	119 /721 (16,5%)

DISKUSJON

Barrieren i ytterhansken/enkelthansken ble brutt i 16,5 prosent av tilfellene og 65,5 prosent av hullene ble ikke oppdaget. På operasjonsstuen kan en aldri være helt sikker på om pasienten og/eller personalet har smitte eller ikke. I samfunnet vet en at forekomsten av hiv er økende, mens insidensen på hepatitt C er ukjent fordi sykdommen oftest er symptomfri (17). I mars 2008 har tidsskriftet Sykepleien (18) kommentert et tilfelle i Tromsø, hvor en kirurg hadde smittet pasienter med hepatitt C. Kirurgen visste ikke selv at han var smittet, og det antas at smitten kan ha blitt overført under operasjonene. Ut fra denne artikkelen og andre studier (1, 5-7, 10, 11) vet en at det kan være hull i den sterile hansken som en ikke ser med det blotte øye. I praksis bruker mange enkle hansker, noe som tilsier at smitterisikoen kan være undervurdert. Ingen av studiene viste at hull i hansken gir en postoperativ sårinfeksjon, men det kan skje en overføring av mikrober mellom operasjonspersonalet og pasienten (3, 5, 7). Den store andel av uoppdagede hull kan reduseres gjennom bruk av doble hansker med farget innerhanske, som øker sjansen for å se hullene. Den oppdagede perforerte hansken skiftes, og smitterisikoen minsker. Dette gir pasientene og operasjonsteamet bedre beskyttelse.

Enkle hansker gir dårlig beskyttelse fordi hullene er vanskelige å oppdage. Doble hansker med farget innerhanske avslører hullene lettere og er en bedre barriere, noe som bekreftes av andre studier (5, 7, 9, 19). Denne studien viste at doble hansker ga en beskyttelse på cirka 99 prosent. I de tilfeller hvor hull ikke ble oppdaget, til tross for

bruk av indikatorsystemet, kan det skyldes for liten fuktighet på hanskene. Noe som bidrar til å oppdage hullene lettere er å fukte operasjonshanskene med regelmessige intervaller (9,10). Væsken trenger gjennom hullet og gjør hullet synlig, og ytterhansken som beskytter innerhansken kan lett byttes. Brukervennligheten er av stor betydning for valget av hanske. Med kunnskap og vilje antas det at brukeren raskt kan venne seg til doble hansker (19). Når ytterhansken må skiftes kan en være bevisst på å velge tynne hansker slik at sensibiliteten bevares.

Til tross for at ytterhansken ikke hadde hull var det perforasjon i 2 prosent av innerhanskene. Dette kan skyldes skifte av ytterhanske på grunn av hull eller brudd på sterilitet før registreringstidspunktet eller at det var en fabrikasjonsfeil. Jamal (20) og Thomas (11) påviste i sine studier at det var hull i 1–3,75 prosent av ubrukte hansker.

Hagen og Arntzens studie fra 2007 (19) undersøkte doble hansker med indikatorsystem i fem forskjellige kirurgiske spesialiteter. De gjorde en kartlegging av synlige hull. Denne studien bruker vanntesten som også avslører uoppdagede hull. En annen forskjell mellom disse to studiene er at Hagen og Arntzen så på hull i forhold til antall operasjoner, mens denne studien undersøkte hull i forhold til antall hansker. Begge studiene konkluderer med at det er lettere å oppdage hull ved bruk av doble hansker med farget innerhanske, men for øvrig er det vanskelig å sammenlikne de to studiene fordi metoden er forskjellig.

Sammenliknet med andre spesialiteter har nevrokirurgi en høyere hullfrekvens enn ortopedi (6, 8), men lavere enn maxillofacial kirurgi (1), som også er i kontakt med benkanter og skarpe instrumenter. Hullene kan mest sannsynlig oppstå i åpnings- og lukningsfasen ved overlevering og bruk av skarpe og spisse instrumenter, for eksempel kniv, beninstrumenter, dissektorer, drill og sag. Bruk av kraft kan være årsak til hull i tillegg til skarpe benkanter. Fingrene brukes også som støtte for vev og nål i disse fasene. Det er mindre sannsynlig at det oppstår hull mens kirurgen arbeider i hjernevev under mikroskop. Da bruker han/hun kontrollerte og rolige bevegelser med til dels skarpe mikroinstrumenter. Driever med flere (2) anbefaler «nøytral-sone» for å eliminere overleveringen av skarpe instrumenter fra hånd til hånd. I åpnings- og lukningsfasen kan en eventuelt innføre det, men i den fase hvor kirurgen opererer i hjernevevet under mikroskop er han/hun avhengig av å få levert instrumentet i hånden.

Hos kirurg og assistent oppstod hullene hyppigst på ikke-dominant hånd. Hos operasjonssykepleier fordelte hullene seg likt på høyre og venstre hånd. Hullene oppstod oftest på pekefinger og tommel hos alle yrkesgruppene, som tilsvarer funn i andre studier (2, 5, 6, 10, 12). Assistenten hadde lavest hullfrekvens, hvilket kan skyldes en mindre aktiv rolle. Både kirurg og operasjonssykepleier hadde høy hullfrekvens. Dette samsvarer med funn i andre studier (2, 6, 10, 12). Antakelig oppstår hullene hos operasjonssykepleier ved instrumentering og ved avtørking av instrumenter under operasjonen.

Det var ingen signifikant forskjell mellom elektiv og akutt kirurgi i forhold til hullfrekvens. Dette avviker fra funn i litteraturen som viser at akutte operasjoner gir høyere perforasjonsrate enn elektive inngrep (5, 12, 14). Nevrokirurgiske akuttpasienter til kraniotomi ved Rikshospitalet HF avviker lite fra de elektive, antakelig fordi avdelingen ikke mottar traumepasienter.

Studien viste heller ikke signifikans i forhold til jo lengre operasjonsvarighet desto flere hull. Tilsvarende funn har Thomas (11), mens de fleste andre studier (3, 5, 6, 8, 9,12-14) har funnet at hullfrekvensen økte med operasjonstiden. Forklaringen på resultatet kan være at hullene oppstår i åpnings- og lukningsfasen, og i mindre grad under arbeid i hjernevev, som kan variere mye i tid. Et tiltak som kan vurderes, er å skifte ytterhansken etter åpningsfasen for å redusere risikoen for å jobbe med perforert hanske. Noen studier foreslår å bytte hansker regelmessig, for eksempel etter to timer (4, 6, 8, 14, 21).

I studien ble det testet hansker med og uten lateks fra forskjellige hanskeprodusenter. Når det gjelder latekshansker var det ikke forskjell i hullfrekvens mellom de forskjellige fabrikatene. Ser en på lateksfrie hansker mot latekshansker var det signifikant flere hull i de lateksfrie. Forskjellen forklares antakelig med lateksens elastiske egenskaper. Elastisiteten styrker barrieren mot infeksjon og smitteoverføring (22). Lateksallergi er en aktuell problemstilling og noen tenker forebyggelse ved å bruke lateksfrie hansker. En ser problematikken med hyppigere hull i lateksfrie hansker, og derfor må en vurdere smitterisiko opp mot utvikling av allergi. Et alternativ kan være å ha lateksfritt innerst og lateks ytterst, men igjen bør innerhansken være fargeindikert.

Valget av den europeiske vanntesten (EN 455-1), som er en etablert metode og et standardisert måleverktøy, styrker resultatene. Mange andre studier har brukt samme test, og det er derfor mulig å sammenlikne funnene (2,3,5,9,10,21). Studien involverte alle ansatte i innsamlingsperioden. Dette kan være en svakhet i forhold til for eksempel nøyaktigheten for tidspunktet når hansken ble tatt av. Det var imidlertid bare de prosjektansvarlige som gjennomførte vanntesten for mest mulig ensartet utføring. Dette styrker resultatene.

KONKLUSJON

Studien avslørte at det var mange uoppdagede hull. Resultatene i denne studien understøttes av funn fra randomiserte kontrollerte studier som sier at bruk av doble hansker med farget innerhanske avslører hullene lettere. Studien viste at det sjelden var hull i både inner- og ytterhansken samtidig, uansett om det var doble hansker med eller uten indikatorsystem. Ved bruk av enkle hansker var det vanskelig å oppdage hull. Av hensyn til både pasienten og personalet må en vurdere om det er forsvarlig praksis å bruke enkle hansker ved kraniotomier.

Økonomisk støtte: Stipend fra Regent Medical til studietur for å lære om vanntesten.

REFERANSER

1. **Avery CME, Taylor J, Johnson PA.** Double gloving and a system for identifying glove perforations in maxillofacial trauma surgery. Br J of Oral and Maxillofacial Surg 1999; 37: 316-9.
2. **Driever R, Beie M, Schmitz E, Holland M, Knapp M, Reifschneider HJ, med flere.** Surgical glove perforation in cardiac surgery. Thorac Cardiov Surg 2001; 49: 328-30.
3. **Eklund, AM, Ojajärvi J, Laitinen K, Valtonen M, Werkkala KA.** Glove punctures and postoperative skin flora of hands in cardiac surgery. Ann Thorac Surg 2002; 74: 149-53.
4. **Kojima Y, Ohasi M.** Unnoticed Glove Perforation during Thorascopic and Open Thoracic Surgery. The Society of Thoracic Surgeons, 2005; 80:1078-80.
5. **Laine T.** Glove Perforation in Surgery: The Importance of Double Gloving and The Effect on Surgical Site Infections (dissertation). Turun Yliopiston Julkaisuja Annales Universitatis Turkuensis, Turku. 2004.
6. **Yinusa W, Li YH, Chow W, Ho WY, Leong JCY.** Glove punctures in orthopaedic surgery. Int Orthop. 2004; 28: 36-9.
7. **Tanner J, Parkinson H.** Double gloving to reduce surgical cross-infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3.
8. **Al-Habdan I, Sadat-Ali M.** Glove perforation in pediatric orthopedic practice. J of Pediatr Orthop., 2003; 23(6): 791-3.
9. **Caillot J, Paparel P, Arnal E, Schreiber V, Voiglio EJ.** Anticipated Detection of Imminent Surgeon-Patient Barrier Breaches. A Prospective Randomized Controlled Trial Using an Indicator Underglove System. World J of Surgery, 2006; 30:134-8.
10. **Naver LPS, Gottrup F.** Incidence of glove perforations in gastrointestinal surgery and the protective effect of double gloves: a prospective, randomised controlled study. Eur J Surg 2000; 166: 293-5.
11. **Thomas S, Agarwal M, Mehta G.** Intraoperative glove perforation-single versus double gloving in protection against skin contamination. Postgrad Med J 2001; 77: 458-60
12. **Laine T, Aarnio P.** How often does glove perforation occur in surgery? Comparison between single gloves and a double – gloving system. The American J of Surgery 2001 181: 564-6.
13. **Murta EFC, Silva CS, Júnior ORA.** Frequency of glove perforation and the protective effect of double gloves in gynaecological surgery. Arch Gynecol Obstet 2003; 268: 82-4.
14. **Malhotra M, Sharma JB, Wadhwa L, Arora R.** Prospective study of glove perforation in obstetrical and gynaecological operations: Are we safe enough? J of obstetrics and Gynecological Research 2004; 30 (4): 319-22.
15. **Barbosa MVJ, Nahas FX, Ferreira LM, Farah AB, Ayaviri NAM, Bariani RL.** Risk of Glove Perforation in Minor and Major Plastic Surgery Procedures. Aesth Plast Surg, 2004; 27: 481-4.
16. **Norges standardiseringsforbund.** Engangshansker til medisinsk bruk. Del 1: Krav til og prøving på fravær av hull. EN 455-1: 2001.
17. **Fokehelseinstituttet.** Årsrapport 2006 og utviklingstrekk for Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og infeksjoner i helseinstitusjoner. Folkehelseinstituttet, Divisjon for smittevern, avdeling for infeksjonsovervåkning, Oslo. 2006.
18. **Fonn M.** Enda flere kan ha fått hepatitt C. Tidsskriftet sykepleien 2008; 5: 6-7.
19. **Hagen GØ, Arntzen H.** Risiko for perforasjon av operasjonshansker. Tidsskrift for Norsk Lægeforening 2007; 127: 856-8.
20. **Jamal A, Wilkinson S.** The mechanical and microbiological integrity of surgical gloves. ANZ Journal of Surgery 2003; 73 (3), 140.
21. **Al-Maiyah M, Bajwa A, Finn P, Mackenney P, Hill D, Port A, Gregg PJ.** Glove perforation and contamination in primary total hip arthroplasty. The J of bone & joint surgery, 2005; 87-B: 556-9.
22. **Hammersten, R, Hammersten J, Jörbeck H.** Handsk-rekommendation inom hälso- och sjukvården. Studentlitteratur, Lund. 2002.

Fokus på operasjonshansker

› Det har alltid vært viktig for operasjonsteamet å beskytte både seg selv og pasienten mot smitte.

Av Elin Kjeldberg
Fagutviklingssykepleier
ved operasjonsenheten
Sykehuset Telemark HF

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELTET

Les artikkelen på side 186 »

› På bakgrunn av diverse forskningsartikler og økt fokus, både i Norge og i utlandet, har operasjonspersonell på alle sykehus fått økt kunnskap om viktigheten av å beskytte seg selv og pasienten mot krysskontaminering i form av bruk av doble indikatorhansker. Ofte kan det gå hull på hanskene uten at man er klar over det. Bruker man doble hansker med indikatorsystem vil hull fortere vises, og man kan bytte hansker med en gang.

I vår operasjonsavdeling bruker alltid hele operasjonsteamet doble indikatorhansker på ortopediske inngrep. I tillegg bruker enkelte kirurger og operasjonssykepleiere doble indikatorhansker på laparatomier, og i forbindelse med operasjoner hvor man legger implantater (for å beskytte pasienten).

Vi har ingen standard som sikrer lik bruk av doble indikatorhansker. Det hele blir litt tilfeldig og basert på «synsing» og følelser. Enkelte kirurger vegrer seg også for å bruke doble indikatorhansker, da de mener at følsomheten i fingertuppene blir nedsatt.

Vi har derfor en målsetting om å få nedfelt en standard på indikatorhanskebruk innen uoverskuelig fremtid.

Ut fra et sikkerhetsperspektiv i arbeidsmiljøsammenheng for de ansatte, bør arbeidsgiver (sykehusledelsen) legge til rette for at doble indikatorhansker blir brukt ved enhver operasjon. Pasientens smittestatus er vanligvis ikke kjent før innleggelse og man vet at Hepatitt A, B og C, i tillegg til HIV, utgjør en stor smitterisiko.

Doble indikatorhansker til alle operasjoner vil bety økte kostnader for sykehuset. Disse hanskene er vesentlig dyrere enn enkelthansker, og utgjør dermed en betydelig merutgift, noe som derfor bør legges inn i budsjettet. På en annen side er det dyrt å påføre pasienten infeksjoner fordi det går hull på hanskene ved enkelt hanskebruk. Dette vil fort kunne resultere i økte liggedøgn, merutgifter til antibiotika og så videre, foruten at det er en stor fysisk og psykisk belastning for pasienten.

Større konkurranse blant flere produsenter av hansker med dobbelt indikatorsystem kan være en fordel. Det vil presse ned prisene på hansker og man unngår en monopolsituasjon. En forutsetning er selvfølgelig at alle hansker oppfyller kravene til godkjent EU-standard og at firmaene er leveringsdyktige.

Jeg tror større kunnskap om og økt fokus på hanskebruk med indikatorsystem i operasjonsavdelingene, både hos ansatte og arbeidsgivere, vil bidra til økt evne og vilje til å benytte dette under alle operasjoner, av hensyn til pasientens og egen sikkerhet.

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

NOE FOR DEG?

Hva vet vi om dette temaet fra før?
Urininkontinensproblematikk er et vanlig problem blant pasienter på sykehjem. Kvaliteten på det arbeidet sykepleiere gjør er avhengig av god sykepleiefaglig utredning og behandling av problemet.

Hva tilfører denne artikkelen?
Manuskriptet bygger på en studie gjennomført på fire sykehjem i Trondheim hvor inkontinensproblematikk ble kartlagt.

Nøkkelord
- Urininkontinens
- Eldre
- Sykehjem
- Kartleggingsstudie

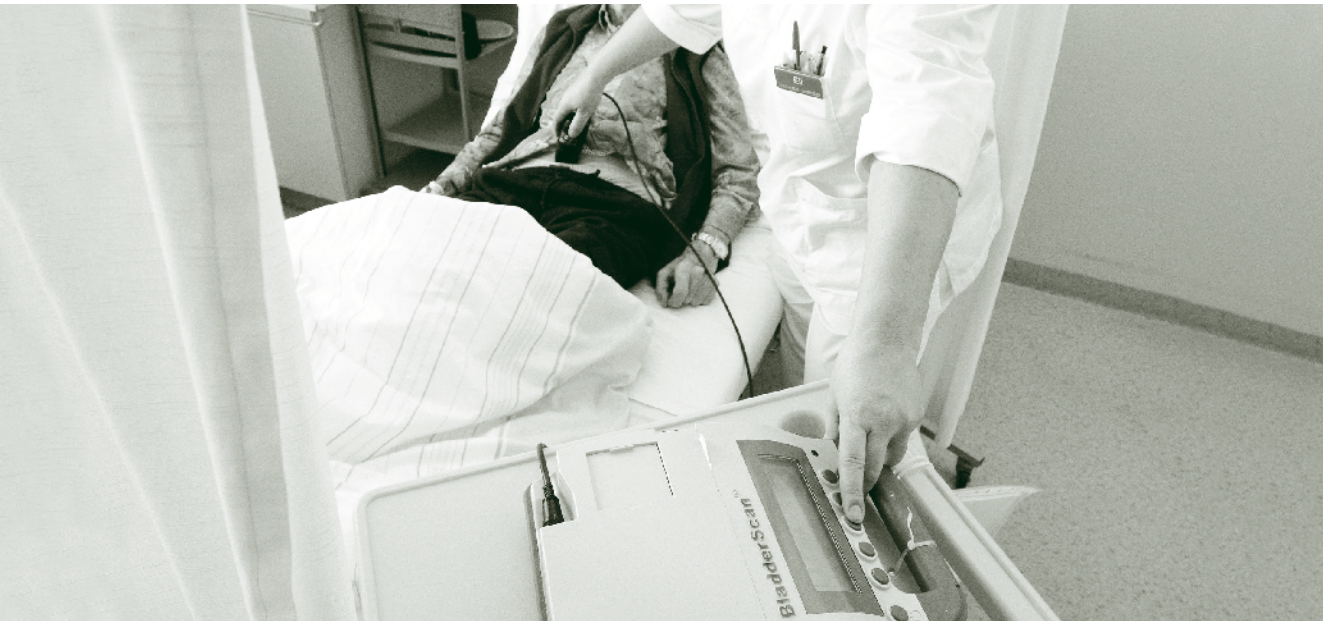
SAMMENDRAG

Bakgrunn: Urininkontinens er vanlig blant sykehjemspasienter, og problematikken er sammensatt. Dette skyldes at eldre ofte har nedsatt mobilitet og at de kan ha flere diagnoser og medisiner som påvirker inkontinensen. I arbeidet med å tilby sykehjemspasientene en god inkontinensomsorg, trenger vi mer kunnskap om inkontinensproblematikken på sykehjem.
Hensikt: Å kartlegge urininkontinensproblematikk på sykehjem, og se dette i relasjon til pasientenes hjelpebehov.
Materiale og metode: Studien omfattet pasienter fra fire norske, ordinære kommunale sykehjem. Dataanalysen inkluderte 98 pasienter (svarprosent 81,7 prosent). Opplysninger om grad og frekvens av lekkasje samt miksjon og drikke, ble samlet inn ved hjelp av en drikke- og miksjonsliste og bleieveiingstest. Det ble foretatt anamneseopptak som ga opplysning om diagnose, hjelpemidler, medikamenter og grad av hjelpebehov i forhold til toalettfunksjon.
Resultater: Forekomsten av urininkontinens var 80,6 prosent (79 personer). I alt benyttet 90 (91,8 prosent) av pasientene hjelpemidler. Urininkontinens var ikke registrert som en medisinsk diagnose, men som et pleieproblem. Totalt hadde 80 (82,5 prosent) av pasientene behov for assistanse i forbindelse med toalettsituasjonen. Pasienter med urininkontinens hadde større døgndiurese, men lavere miksjonsfrekvens enn kontinente pasienter.
Konklusjon: Urininkontinens påvirker sykehjemspasientenes hverdag. Det er behov for gode rutiner, kunnskap og faglige ferdigheter på området.

ENGLISH SUMMARY

Urinary incontinence in nursing homes – a survey
Urinary incontinence (UI) is common among patients in nursing homes. These patients are less physical active than people living in the community, and may have several diagnoses and medications that impact the bladder functioning. High level of knowledge about UI is needed in order to offer patients the best incontinence care.
The purpose of this study was to survey problems associated with UI among patients in nursing homes and relate this to patients need of help.
Study sites were four general public nursing homes in Norway, where 98 patients (response rate 81,7 %) were included. Drinking and urinary lists along with pad-weighing tests were used to collect information about degree and frequency of leakage, fluid intake, and urination. The anamnesis gave information about diagnoses, incontinence aids, medications and needs related to toileting.
The prevalence of UI was 80,6 % (79 patients). A total of 90 (91,8%) of the patients made use of incontinence aids. UI was not medically registered, but regarded as a nursing care concern. A total of 80 (82,5%) patients, needed help with toileting. Patients with UI had higher daily amount of urination, but lower urination frequency, than patients who were continent.
Adequate routines, knowledge and skilled practitioners are needed in order to achieve best practice.

Mer om forfatterne:
Signe Nyrønning, fagutviklingssykepleier
Søbstad helsehus, Undervisningssykehjemmet i Midt-Norge og Avd. for sykepleierutdanning, HiST.
Anne G. Vinsnes, professor
Avd. for sykepleierutdanning, HiST. Bistilling ved UiS, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for helse.
Arnfinn Seim, førsteamanuensis
NTNU, Det medisinske fakultet, Institutt for Samfunnsmedisin.
Kontaktperson: signe.nyronning@trondheim.kommune.no



Kartlegging av urininkontinens-problematikk på sykehjem

Tekst: **Signe Nyrønning, Anne G. Vinsnes, Arnfinn Seim**
Foto: Erik M. Sundt

BAKGRUNN

Urininkontinens (UI) er blant annet definert som «… the complaint of any involuntary leakage of urine» [1]. Sykepleiere møter ofte pasienter med UI i sitt daglige virke. UI øker med stigende alder. Spesielt vanlig er UI blant eldre på sykehjem, hvor det er dokumentert en forekomst på 50–70 prosent blant sykehjemspasientene [2-9]. Selv om UI øker med alderen ser man ikke på tilstanden som en normal aldersforandring. Inkontinensproblematikk hos eldre på sykehjem er ofte mer kompleks med hensyn til utredning og behandling, enn hos yngre med UI. Dette skyldes at sykehjemspasienten ofte har et sammensatt sykdomsbilde med flere aktive diagnoser, og dette er med på å forverre UI. Det er viktig at helsepersonell foretar en nøye utredning av pasientens inkontinensproblematikk for å kunne sette i verk adekvate behandlings- eller pleietilbud. Det er imidlertid dokumentert at helsepersonell har manglende kunnskaper om UI, og at det foreligger manglende rutiner på kartlegging og oppfølging av pasienter med UI [10]. Det kan synes som om UI på sykehjem blir ansett som et pleieproblem hvor skifte av bleier, klær og sengetøy er de viktigste tiltakene [10-13]. Studier viser at pasienter på sykehjem ikke alltid tar opp problemet med sykepleiere eller lege. Årsaken til dette kan være at de ikke har noen forventning eller tro på at lekkasjen kan behandles [6, 13-15]. Det er også dokumentert at pasientene opplever UI som svært nedverdigende,

og at de derfor velger alternative strategier, som for eksempel hyppige toalettbesøk, nedsatt fysisk aktivitet eller redusert væskeinntak, for å tilpasse seg og leve med problemet [6, 10, 12, 14].

Systematisk kunnskapsoppsummering av effektive tiltak

Den tredje internasjonale rådslagning om inkontinens ble holdt i Paris 2004 [1]. Et fagråd sammensatt av mer enn 200 personer fra ulike forsknings- og fagmiljø deltok. Fagrådet ble delt inn i en rekke underkomiteer, hvor inkontinens blant skrøpelige eldre, utgjorde en underkomité [16]. Hver komité benyttet «the Oxford System» for å oppsummere forskning og gi råd for blant annet behandling av UI og anbefalinger om videre forskning [1]. Komiteen fant ingen studier som dokumenterte effekt av endringer i livsstil, men de anbefaler allikevel at sykehjemspasienter får tilstrekkelig drikke, at man bør være oppmerksom på mengde kaffeinntak og at det er viktig å behandle obstipasjon [16].

På bakgrunn av manglende dokumentasjon av effekt av adferdsmessige intervensjoner som for eksempel systematisk påminnelse (prompted voiding), toalettrening, vanetrening, vannlating til faste tider og fysisk trening, kunne ikke komiteen si noe om behandlingseffekt. Den eneste effekten de kunne fastslå var korttidseffekt på dagtid av prompted voiding [16], under forutsetning av at omsorgspersonene overholdt protokollene. Komiteen ga anbefalinger om å tilby sykehjemspasienter prompted voiding og en individualisert UI-omsorg om natten [16].

Hensikt

Hensikten med studien har vært å kartlegge pasientenes UI-problematikk på sykehjem relatert til pasientenes behov for hjelp.

MATERIALE OG METODE

Tilknytning til annen studie

Det ble inngått et samarbeid med den nordiske multisenterstudien «Fysisk funksjon og daglig aktivitet for beboere i sykehjem», som var en randomisert, klinisk kontrollert studie. Målet for multisenterstudien var å se på effekten av et tre måneders individuelt tilpasset intervensjonsprogram i forhold til fysisk kapasitet, grad av avhengighet i forhold til dagliglivets aktiviteter (ADL), deltakelse i fysisk aktivitet og ADL over tid, samt selvrapportert velvære [17, 18]. I Trondheim ble 120 pasienter inkludert, hvor 60 pasienter ble randomisert til å motta et individuelt tilpasset treningsprogram gjennomført av erfarne fysio- og ergoterapeuter. Kontrollgruppen mottok tradisjonell behandling og omsorg. Videre så vi i Trondheim på fall og fallrelaterte skader samt endringer i pasientenes UI-problematikk [17, 18]. Det ble opprettet en egen database for det foreliggende inkontinensprosjektet. Vi inkluderte de samme 120 pasientene, de fikk tildelt det samme nummer som i hovedstudien og de ble fulgt i den samme tre måneders perioden. Det er derfor mulig å knytte databasene sammen. Imidlertid er analysene i den foreliggende studien kun basert på inkontinensdatabasen.

Pasienter

Denne studien omfattet pasienter fra fire kommunale sykehjem. Sykehjemmene var ordinære sykehjem med alle pasientkategorier, og pasientenes grad av hjelpebehov var lik ved alle sykehjemmene. Inklusjonskriteriene var at pasienten skulle være over 65 år, ha behov for hjelp i minst en personlig ADL aktivitet, og ha en forventet lengde på sykehjemsoppholdet på mer enn tre måneder. Pasientene i terminal fase og med forventet levetid under seks måneder ble ekskludert. Pasientene ble fortløpende inkludert fra avdelingene, inntil man nådde antall pasienter i studien.

Gjennomføring

Personalet på de respektive sykehjemmene gjennomførte blant annet registreringene knyttet til kartlegging av UI hos pasientene. For å avdekke og kvantifisere pasientenes grad av inkontinens ble det brukt en kombinert miksjons- og bleieveiingstest. Personalet fikk i forkant en grundig opplæring i gjennomføringen og utfyllingen av denne. Registreringene foregikk over ett døgn. Studiens prosjektmedarbeidere hentet allerede eksisterende opplysninger om diagnose, inkontinensstatus, hjelpemidler, funksjonsstatus og medikamenter fra Gerica, som er kommunens dokumentasjonsverktøy. Opplysningene i Gerica var av ulik kvalitet, og det var derfor i tillegg nødvendig å hente opplysninger i pasientenes journaler og få informasjon direkte fra personalet. Grad av hjelpebehov knyttet til toalettfunksjon og inkontinensproblematikk ble klassifisert etter en firedelt gruppering som gikk fra «Totalt hjelpeavhengig», «Påminnes», «Hjelp til toalettet til faste tider» til «Selvhjulpen».

Etikk

Studien ble vurdert og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i helseregion Midt-Norge. Det ble ikke opprettet noen personidentifiserbare elektroniske registre.

Statistiske analyser

Beregningene ble foretatt med hjelp av SPSS versjon 15.0. Data

ble analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk der vi har sett på frekvenser, fordelinger, samt Mann-Whitney U test ved sammenligning av gjennomsnitt.

RESULTATER

Totalt ble 120 pasienter i utgangspunktet inkludert i studien. Av disse ble 15 ekskludert da det ikke var mulig for personalet å foreta tilfredsstillende observasjoner. To pasienter ble ekskludert på grunn av manglende data på sentrale punkter. Det ble i tillegg levert et ikke tolkbart skjema, og fire valgte å trekke seg fra studien. Analysene inkluderte derfor 98 pasienter, henholdsvis 33, 24, 21 og 20 på de ulike sykehjemmene. Det var 74 (75,5 prosent) kvinner og 24 (24,5 prosent) menn som deltok. Gjennomsnittsalderen totalt var 86 år, 87 år for kvinner og 81 år for menn.

Av de 98 pasientene, hadde 79 (80,6 prosent) UI; 59 kvinner og 20 menn. Hjelpmidler ble benyttet av 90 pasienter, mens sju pasienter ikke hadde behov for dette. Totalt brukte 14 av disse pasientene ulike former for kateterbehandling, hvorav ni hadde permanent blærekateter, mens fem benyttet intermitterende kateterisering (RIK). Pasienter med kateter ble klassifisert med UI. Selv om mange med kateter har en retensjonsproblematikk er den ofte ikke total, og disse pasientene har da allikevel UI-problematikk

Tabell. 1 viser gruppering av funksjonsstatus blant pasienter med og uten UI. Tabellen viser at 80 pasienter var avhengig av en eller annen form for hjelp i forbindelse med toalettsituasjonen. Dataanalysen viste ingen statistisk signifikant forskjell mellom sykehjemmene med hensyn til pasientenes hjelpebehov.

Pasientene hadde i gjennomsnitt 2,1 diagnoser. De vanligste diagnosene var demens, nevrologiske lidelser, hjertelidelser og lårhalsbrudd. Dette er alle diagnoser som vil være av betydning for UI. De mest vanlige medikamentene var hjertemedikamenter og medikamenter med antikolinerg effekt. Disse medikamentene vil også kunne ha betydning for pasientens UI. Dataanalysen viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom sykehjemmene med hensyn til diagnoser og medikamenter.

TABELL 1: Andel med ulike hjelpebehov blant kontinente og inkontinente (n=97, mangler opplysninger om én pasient).

	Urininkontinens status		
	Antall kontinente 19 (%)	Antall inkontinente 78 (%)	Antall totalt 97 (%)
Selvhjulpen	11 (57,9)	6 (7,7)	17 (17,5)
Hjelp til toalettet til faste tider	5 (26,3)	23 (29,5)	28 (28,9)
Påminnes med veiledning		5 (6,4)	5 (5,2)
Totalt hjelpeavhengig	3 (15,8)	44 (56,4)	47 (48,5)

Tabell 2 viser en oversikt over resultatene fra miksjons- og bleieveiingstestene. Dataanalysen viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom pasienter med UI og de som var kontinente med hensyn til drikkemengde eller drikkefrekvens. Pasientene med UI hadde en signifikant høyere gjennomsnittlig døgndiurese, men en signifikant lavere miksjonsfrekvens enn de som var kontinente. Dette var gjennomgående over hele døgnet.

DISKUSJON

Forekomsten av UI var i vår studie på over 80 prosent. Dette er høyere enn andre studier viser [4, 5, 7, 8, 19]. Årsaken til dette kan skyldes flere forhold. Ett av forholdene kan være våre inklusjonskriterier. Pasientene i vår studie skulle ha behov for hjelp i minst en ADL-aktivitet, det vil si at de friskeste pasientene ble ekskludert. Er det slik at de pasientene som ble ekskludert var mer kontinente enn resten av pasientgruppen, har vi fått en overrapportering i vår studie. På den annen side, ble de aller dårligste pasientene også ekskludert. Hadde disse vært med ville forekomsten sannsynligvis vært høyere. Ved at vi har ekskludert både de friskeste og sykeste, tror vi allikevel at vi har et representativt utvalg av sykehjemspasienter.

Den høye forekomsten av UI kan også skyldes at gjennomsnittsalderen i vår studie var høyere enn andre studier vi har sammenlignet oss med [8, 9]. Selv om alder i seg selv ikke er en årsak til UI, øker forekomsten av UI med alderen og dette kan delvis være med på å forklare forskjellen mellom vår studie og andre studier. Den høye prevalensen kan også ha sammenheng med at sykehjemspasientene i norske sykehjem har et dårligere funksjonsnivå enn studier vi har sammenlignet oss med [8, 9, 20].

Ingen av pasientene hadde fått en medisinsk UI-diagnose i Gerica, som for eksempel stress-, urge-, eller overflowinkontinens. Vi fikk opplysninger om UI i pleieplanen i Gerica. Det vil si at UI ikke ble kartlagt i medisinsk øyemed, men behandlet som et pleiemessig anliggende.

TABELL 2: Kontinent versus inkontinent: Gjennomsnittlig drikkemengde, lekkasjemengde og miksjonsmengde (inklusive lekkasje) i ml, drikkefrekvens, skiftfrekvens og miksjonsfrekvens i antall per tidsintervall.

	Kontinent / inkontinent (n=19/79)							
	Hele døgnet	p	Dag 0730-1500	p	Kveld 1500-2200	p	Natt 22-0730	p
Drikke (ml)	1137/1307	0,10	613/728	0,08	516/559	0,71	7/20	0,28
Lekkasje (g)	0/496	-	0/187	-	0/117	-	0/193	-
Diurese (miksjon+lekkasje)	684/922	0,04*	270/366	0,19	217/264	0,68	197/292	0,09
Drikkefrekvens	5,1/5,2	0,10	2,9/3,0	0,8	2,1/2,1	0,71	0,1/0,2	0,28
Skiftfrekvens	0,3/3,1	-	0,1/1,2	-	0,2/1,0	-	0,1/0,8	-
Miksjonsfrekvens	4,0/2,4	0,01*	1,8/1,2	0,02*	1,4/0,8	0,01*	0,8/0,5	0,03*

Også andre studier viser at sykehjemspasienter ikke får nødvendig hjelp med hensyn til utredning og behandling av sin UI [10, 11, 21]. Manglende systematisk utredning av pasientenes UI gir et lite nyansert bilde av de behov pasienter har. Et individualisert behandlingsopplegg ville sannsynligvis ha bedret pasientens UI-plager, og dermed ville også forekomsten av UI blitt redusert.

UI, er det dokumentert at helsepersonell ikke prioriteter dette [10]. For å heve kvaliteten på tjenestetilbudet overfor pasienter med UI, er det viktig å legge opp strategier for å øke ansattes kompetanse på området. Spesielt er det viktig å øke ansattes kompetanse på sykehjem, fordi vi her finner flest ansatte med lav utdanning og flest pasienter med UI.

> Inkontinensproblematikk på sykehjem er et viktig område med et stort forbedringspotensial.

I arbeidet med å bedre omsorgen for pasienter med UI, er det viktig å fokusere på personalets kunnskap på området. Tiltak overfor pasienter med UI handler om mer enn å håndtere våte bleier og vond lukt [21]. Lavt kunnskapsnivå blant ansatte vedrørende utredning og behandling av UI hos helsepersonell, kan føre til at mange blir klassifisert med UI uten at dette blir tilstrekkelig dokumentert eller at adekvate tiltak blir iverksatt [10]. Selv om det i dag finnes mange tilbud om oppdatering av kunnskap om

Med hensyn til bruk av hjelpemidler, benyttet 90 (91,8 prosent) av pasientene ulike former for hjelpemidler. Det vil si at det var flere som brukte hjelpemidler enn de som hadde UI, og dette funnet var likt for alle sykehjem. I Gerica fant vi manglende systematiske opplysninger om pasientenes hjelpemiddelbruk. Men, ut fra miksjonslistene, hvor bleienes vekt ble systematisk registrert, så vi at pasientene i stor grad benyttet bleier som er egnet til å fange opp store lekkasjer. Det fenomenet, at det var flere pasienter som benyttet hjelpemidler i form av bleier, enn de som hadde UI, kan sannsynligvis ha sammenheng med at hjelpemidler blir benyttet «for sikkerhets skyld». Om det er pasientene eller ansatte som definerer behovet for denne sikkerhetsforanstaltningen, vet vi ikke for sikkert. Men, vi antar at det kan være begge deler. For skrøpelige pasienter som ikke har mulighet for å bli fullstendig kontinent, kan gode og individuelt tilpassede bleier være et godt tilbud [5, 19]. Det er imidlertid viktig at hjelpemidler ikke blir benyttet som et alternativ til toalettbesøk, eller som erstatning for behandling som pasientene kunne ha nytte av. Hjelpemidler bør kun være et supplement til annen behandling [5, 19]. Det er rapportert om en sammenheng mellom manglende dialog mellom pasienter og personalet, og overforbruk av hjelpemidler [6, 22]. Det er derfor viktig at personalet snakker med pasientene og aktivt støtter opp under pasientenes mestringsstrategier, slik at inkontinensomsorgen blir mer effektiv [6, 23-25]. En systematisk oversiktsartikkel [22] viser at det er få studier som benytter utkommevariabler knyttet til bleier. Bleieskift og bleievekt er eksempler på slike

utkommevariabler. Vinsnes og medarbeidere dokumenterte at bedre UI-omsorg bedrer pasientenes grad av lekkasje [26].

Pasientene ble vurdert i forhold til hjelpebehov i toalettsituasjonen (tabell.1). Resultatene viser at 80 (82,5 prosent) av pasientene hadde behov for en eller annen form for assistanse. Kun 17 (17,5 prosent) var helt selvhjulpne. Dette viser at hjelpebehovet er stort, og at man kan gå ut ifra at det å hjelpe pasientene i forbindelse med toalettsituasjoner er en økt arbeidsbelastning for ansatte. I videre forskning vil det være viktig å kartlegge omfanget av arbeidet personalet bruker på å hjelpe pasientene i toalettfunksjonen. Man kan tenke seg at tiden man bruker på et nøye planlagt behandlingstilbud som for eksempel toalettrening, blæretrening, adferdsmodifisering og så videre, vil være mer kostnadseffektivt enn den tiden man i dag bruker til å håndtere UI.

Pasientenes funksjonsnivå og grad av hjelpeavhengighet er et viktig utgangspunkt når man skal vurdere tiltak til pasientene. ICS [27] foreslår at man klassifiserer pasientenes funksjonsstatus i forhold til grad av hjelpeavhengighet i toalettsituasjonen. Ulike tiltak vurdert i forhold til grad av mobilitet vil kunne sikre en mer adekvat omsorg. Hva som er realistiske mål for den enkelte pasient, vil også være avhengig av hva pasienten selv føler og oppfatter som problematisk. Gode tiltak og resultater dyrkes fram gjennom samhandling og dialog, hvor gjensidig tillit mellom partene er et viktig grunnlag.

De vanligste diagnosene pasientenes hadde vil man kunne forvente påvirker pasientenes UI fordi de ulike sykdommene kan føre til at både blærefunksjonen påvirkes og/eller at funksjonsevnen eller orienteringsevnen reduseres [5, 9, 28, 29]. Det er derfor nødvendig at sykepleieren og annet helsepersonell har kunnskap om de ulike diagnosenes påvirkning på blærefunksjonen.

Ulike medikamenter kan også påvirke blærefunksjonen. Bivirkninger av medikamenter er en av de mest vanlige årsakene til UI hos eldre [5]. For eksempel kan medikamenter med antikolinerg effekt føre til dårligere tømming av blæren. Vanndrivende medikamenter vil føre til økt diurese og en raskere fylling av blæren. Resultatet blir at pasienten oftere må på toalettet. Avslappende og beroligende medikamenter kan forstyrre balansen og føre til fall [30].

Resultatene fra miksjons- og bleieveietesten viste at pasientene fikk i gjennomsnitt noe mindre drikke enn den faglige anbefalingen på 1500 ml i døgnet. Behovet for drikke vil være avhengig av aktivitet og må sees i forhold til diurese og svette. Pasientene i vår studie hadde et redusert aktivitetsnivå, og det er mulig at drikkenivået derfor er tilfredsstillende. Allikevel er det grunn til å merke seg at pasientene som var kontinente fikk mindre drikke enn de med UI. Selv om resultatene ikke var signifikante er det viktig å være oppmerksom på dette funnet, fordi man skulle forvente at nettopp disse pasientene var mer aktive og dermed hadde behov for mer drikke. Pasientene fikk i gjennomsnitt drikke fem ganger i døgnet. Det kan se ut som om pasientene blir tilbudt drikke til faste rutinemessige tider. Mye av pleien til pasienter på sykehjem er knyttet til rutiner også når det gjelder måltider. For å sikre et tilstrekkelig væskeinntak er det derfor viktig å ha rutiner som sikrer dokumentasjon av pasientens inntak av drikke.

Pasientene med UI hadde en signifikant større døgndiurese enn kontinente pasienter. Det vil si at det er sammenheng mellom diurese og lekkasje, men det betyr ikke at vi ønsker å redusere pasientenes diurese for å unngå UI. Pasienter med UI hadde en signifikant lavere miksjonsfrekvens enn kontinente pasienter. Dette kan indikere at pasientene blir fulgt sjeldnere til toalettet enn det de har behov for, og at noe av miksjonen blir fanget opp i bleiene. Dersom dette er tilfelle er det viktig at personalet aktivt kartlegger pasientenes behov på området.

Pasientene med UI fikk i gjennomsnitt skiftet bleie cirka én gang per morgen-, ettermiddags, og nattskiftet, totalt tre ganger per døgn. Det kan synes som om pasientene fikk skiftet bleie i forbindelse med at de ble rutinemessig fulgt til toalettet. Dette understreker at UI-omsorgen var preget av rutinemessige tiltak og ikke individuell tilpasning.

Det var en klar sammenheng mellom pasientenes funksjonsnivå og UI, blant de som trengte mest hjelp var det også flest med UI. Det er viktig å fange opp de pasientene som bare har behov for moderat hjelp, som for eksempel tilrettelegging og veiledning, fordi det er dokumentert at nettopp disse pasientene har et størst potensial for bedring [5]. Det vil si at de har en transient UI, men dersom de ikke får adekvat hjelp kan ende opp med en permanent UI.

Oppsummering, konklusjon og anbefaling for videre studier

Over 80 prosent av pasientene vi undersøkte hadde en eller annen form for inkontinensproblematikk. Det er grunn til å tro at dette er representativt for kommunale sykehjem i Norge. Forekomsten er høyere enn internasjonale studier

som har undersøkt det samme. Pasientene hadde ikke fått en medisinsk utredning for sine plager, og inkontinensomsorgen handlet om pleiemessige tiltak som følge til toalett og skifte av vått tøy. Det var flere pasienter som benyttet hjelpemidler enn de som var inkontinente, noe som kan tyde på at hjelpemidler blir brukt som en sikkerhetsforanstaltning. De aller fleste hadde behov for hjelp eller assistanse i toalettsituasjonen, noe som innebærer at urininkontinens er et stort pleiemessig anliggende. Pasientene hadde flere aktive diagnoser som man kan forvente påvirker blærefunksjonen og dermed utvikling av inkontinens. Det samme var tilfelle med hensyn til medikamenter. Når vi analyserte forskjeller mellom pasienter med og uten inkontinens hadde pasienter med urininkontinens en signifikant større døgndiurese enn de som var kontinente, men de hadde en signifikant lavere miksjonsfrekvens. Dette innebærer at mye av miksjonen ble fanget opp i bleien.

Inkontinensproblematikk på sykehjem er et viktig område med et stort forbedringspotensial både når det gjelder utredning og behandling av lidelsen. Det er behov for å fokusere på ansattes kunnskap i arbeidet med å bedre omsorgen for pasienter med urininkontinens. Studien understreker behovet for videre kartlegging av pasientenes behov for hjelp.

Videre studier er viktig for å bestemme langtidseffekt av ulike konservative behandlingstiltak og effekt av ulike kompetansehevingsstrategier blant helsepersonell.

Takk

Prosjektet ble støttet med stipendmidler fra Norsk Sykepleierforbund.

REFERANSER:

1. **Management2005 ed.** Paris: 3rd International consultation on incontinence June 26-29,2004 2005.

2. **Coppola L, Caserta F, Grassia A, Mastrolorenzo L, Altrui L, Tondi G, et al.** Urinary incontinence in the elderly: relation to cognitive and motor function. Arch Gerontol Geriatr. 2002 Jul-Aug;35(1):27-34.

3. **DuBeau CE. The continuum of urinary incontinence in an aging population**. Geriatrics. 2002 May;57 (1):12-7.

4. **Conner EL, Lind L. Urinary Incontinence in Nursing Homes:** Epidemiology and Managment Guidelines. Primary care update. 2001;8(6):248-52.

5. **Fonda D, Benvenuti F, Cottenden A, DuBeau CE, Kirshner-Hermann, Miller K, et al.** Urinary Incontinence and Bladder Dysfunction in Older Persons. Incontinence2nd Consultation on Incontinence. United Kingdom: Health Publication 2002:629-700.

6. **MacDonald CD, Butler L. Silent no more:** elderly women's stories of living with urinary incontinence in long-term care. J Gerontol Nurs. 2007 Jan;33(1):14-20.

7. **Ouslander GJ. Quality Improvement Initiatives for Urinary Incontinence in Nursing Homes.** American Medical Directors Association. 2007;8(53):56 - 7.

8. **Saxer S, Halfens RJ, Muller M, Dassen T.** Risk factors for urinary incontinence in nursing home residents. Swiss Med Wkly. 2005 Aug 20;135(33-34):495-502.

9. **Landi F, Cesari M, Russo A, Onder G, Lattanzio F, Bernabei R**. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. Age Ageing. 2003 Mar;32(2):194-9.

10. **Mangnall J, Taylor P, Thomas S, Watterson L.** Continence problems in care homes: auditing assessment and treatment. Nurs Older People. 2006 Mar;18(2):20-2.

11. **Norheim A. Rapport:** Inkontinensomsorg - fra holdning til handling. Stavanger: Høgskolen i Stavanger 2002.

12. **Vinsnes AG, Harkless GE, Haltbakk J, Bohm J, Hunskaar S.** Healthcare personnel's attitudes towards patients with urinary incontinence. J Clin Nurs. 2001 Jul;10(4):455-62.

13. **Taunton RL, Swagerty DL, Lasseter JA, Lee RH.** Continent or incontinent? That is the question. J Gerontol Nurs. 2005 Sep;31(9):36-44.

14. **Teunissen D, Van Den Bosch W, Van Weel C, Lagro-Janssen T.** «It can always happen»: the impact of urinary incontinence on elderly men and women. Scand J Prim Health Care. 2006 Sep;24(3):166-73.

15. **Vinsnes AG.** Konsekvenser av urininkontinens sett i et folkehelseperspektiv Gøteborg, Sverige; 2000.

16. **Fonda D, DuBeau CE, Harari D, Auslander JG, Palmer M, Roe B.** Incontinence in the Frail Elderly. In: Abrams P, Cardozo L, khoury S, Wein A, eds. Incontinence. 2005 ed. Paris: 3rd International Consultation on Incontinence June 26-29, 2004 2005:1163-239.

17. **Helbostad JL.** [Physical training for nursing home residents--has it any effect?]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 May 4;125(9):1195-7.

18. **Helbostad JL, Sletvold O, Granbo R.** Fysisk Funksjon og daglig aktivitet for beboere i sykehjem. Trondheimsstudien, en del av en nordisk multisenterstudie. Trondheim: St.Olavs Hospital, NTNU,HiST 2006:37.

19. **Durrant J, Snape J.** Urinary incontinence in nursing homes for older people. Age Ageing. 2003 Jan;32(1):12-8.

20. **Bates-Jensen BM, Alessi CA, Al-Samarrai NR, Schnelle JF.** The Effects of an Exercise and Incontinence Intervention on Skin Health Outcomes in Nursing Home Residents. J Am Geriatr Soc. 2003 Mar;51(3):348-55.

21. **Vinsnes AG.** Urininkontinens. 1. ed. Oslo: Akribe as 2005.

22. **Ostaszkiewicz J, Chestney T, Roe B.** Habit retraining for the managment of urinary incontinence in adults (Review) THe Cochrane Collaboration. 2008(2):1 - 37.

23. **Palmer MH.** Nurses' knowledge and beliefs about continence interventions in long-term care. J Adv Nurs. 1995 Jun;21(6):1065-72.

24. **Palmer MH.** Interdisciplinary appraches to the treatment of urinary incontinence in older adults. Geriatric Rehabilitation. 2000 Sep;16(1):1-9.

25. **Thompson DL.** Geriatric incontinence: the long-term care challenge. Urol Nurs. 2004 Aug;24(4):305-13, 56; quiz 14.

26. **Vinsnes AG, Harkless GE, Nyrønning S.** Unit - based intervention to improve urinary incontinence in frail elderly. Vård i Norden, Nordic journal of nursing research and clinical studies. 2007;27(3):53-6.

27. **Abrams P.** Incontinence 2nd International Consultation on Incontinence, Paris, July 1-3, 2001. 2nd ed. Plymouth: Plybridge Distributors 2002.

28. **Zarowitz BJ, Ouslander JG.** The application of evidence-based principles of care in older persons (issue 6): urinary incontinence. J Am Med Dir Assoc. 2007 Jan;8(1):35-45.

29. **Miller KL.** Urinary ncontinence in elderly woman. Primary Care Update. 2003;10(5):242-6.

30. **Asplund R.** Hip fractures, nocturia, and nocturnal polyuria in the elderly. Arch Gerontol Geriatr. 2006 Nov-Dec;43(3):319-26.

Lidelse eller pleieproblem?

› Artikkelen om urininkontinensproblematikk gjenspeiler hverdagen i en vanlig norsk sykehjemsavdeling.

Av Rønnaug Finnøy Bråten
Sykepleier,
Bråset Bo- og omsorgssenter,
Røyken

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELTET !

Les artikkelen på side 196 »

› Ingen av pasientene som studien omfattet, hadde fått medisinsk utredning for sine plager. Det er et tankekors at det som regnes for en lidelse med behandlingspotensial, og som man naturlig blir utredet for tidligere i livet, blir regnet som noe «normalt» – og blir et pleieproblem – som sykehjemspasient.

Man kan da spørre seg om eldre pasienters plager blir tatt på alvor på lik linje med pasienter i en tidligere livsfase? Handler dette om våre holdninger til de eldre? Når går en lidelse over til å bli et pleieproblem? Hva er kriteriene for det? Har det med alder å gjøre?

I artikkelen står det at tiden man bruker på planlagte, systematisk intervensjoner i avdelingene, kan være mer kostnadseffektiv enn tiden man bruker på å håndtere urininkontinens. Ved å oppmuntre til, og legge til rette for regelmessige toalettbesøk, kan man hjelpe pasienten til å ha mer kontroll og oppleve økt mestring. Jeg jobber selv i en skjermet langtidsavdeling for pasienter med demens og utfordrende atferd. Hos oss har vi erfart at med systematisk oppfølging har noen av pasientene stort sett greid å kontrollere vannlatingen på dagtid. Det sparer pasienten for mye ubehag, og personalet for en god del ekstra jobb i en allerede presset arbeidshverdag.

Skal man få dette til å fungere, krever det at hele personalgruppen samarbeider og følger opp. På sykehjem kan det være en god del ufaglært arbeidskraft og vikarer, særlig på kvelder og i helger. Da er det viktig med tilstrekkelig opplæring og informasjon.

Innen fagmiljøet er det mangel på kunnskap om denne problematikken som artikkelen påpeker, så her er det klart et stort forbedringspotensial. Det er viktig at det blir satt fokus på dette temaet.

Det er dessverre ofte et stykke mellom idealer og den virkelige verden, på en travel sykehjemsavdeling med begrensede personalressurser. Tiden strekker ikke alltid til i den grad man skulle ønske, selv om viljen i høyeste grad er til stede. De fleste ønsker det aller beste for pasientene, og vil strekke seg til smertegrensen for å få det til. Som artikkelen sier, hender det dessverre at hjelpemidler blir brukt i stedet for at pasienten får behandling og oppfølging av problemet sitt.

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

NOE FOR DEG?

Hva vet vi om dette temaet fra før?
Det er et erkjent problem at pleie- og omsorgsarbeid er belastende og forbundet med høy sykelighet og uførhet. Videre vet vi at inaktivitet utgjør en betydelig risiko for eldres helse og at trening reduserer risikoen.

Hva tilfører denne artikkelen?
Artikkelen beskriver en toårig studie der hjemmehjelpere leder trening for eldre i trygdeboliger. Resultatene viser at hjemme-

SAMMENDRAG

Arbeidet som hjemmehjelper innebærer tungt fysisk arbeid og stort tidspress. Redusert arbeidsbelastning vil kunne redusere risiko for sykdom og uførhet.
Denne studien utforsker hvordan et egnet treningsopplegg for eldre kan utvikles og gjennomføres innen kommunehelsetjenesten, og hvordan hjemmehjelpere kan ha utbytte av å lede eldretreningen. I to år ledet to hjemmehjelpere fire innendørs treningsgrupper for eldre i trygdebolig. Studien ble gjennomførte som et aksjonsforskningsprosjekt. Aktørenes fortløpende notater, notater fra deltakende observasjon i treningsgruppene samt utskrift av individuelle intervju med trenerne utgjorde de kvalitative dataene. Datamaterialet ble analysert ved en systematisk tekstkondensering inspirert av Giorgi.
Hjemmehjelperne trivdes med arbeid som trener en dag per uke, de mestret trenerjobben og verdsatte samværet med deltakerne. Videre opplevde de å få en mye lettere arbeidssituasjon.
Arbeid som trener en dag per uke kan være et egnet tiltak for å redusere arbeidsbelastningen i pleie- og omsorgsyrkene. Treningsopplegget bør tilpasses målgruppen av kompetent fagperson.

ENGLISH SUMMARY

Imroved work satisfaction for community employed domestic assistats that manage exercise programmes for the elderly

The work as a community employed domestic assistant implies heavy work and time pressure. This article describes a two year project where the assistants led four groups for physical training of the elderly in a sheltered home. The study was carried out as an action research project. Our qualitative data consisted of a running commentary written down as the study progressed, notes on participating observation in the exercise groups, and a printout of individual interviews or the group leaders at the end of the project. The data material was analysed by systematic text condensation inspired by Giorgi.
The assistants experienced improved work satisfaction as trainers once a week, they managed the role as a trainer, and they praised being in the company or the participants. Further more they experienced a lightened work situation.
Working as an instructor one day a week can improve the working conditions for personnel in nursing and health care services. The training program should be adjusted to the target group by a competent specialist.

hjelperne trives med trenerjobben og at de opplever å få en lettere arbeidssituasjon.

Nøkkelord
- Hjemmehjelp
- Kommunehelsetjeneste
- Arbeidsmiljø
- Fysisk aktivitet

Om forfatteren
Sissel Steihaug, Dr.med.
SINTEF Helse og Helse Sør-Øst kompetansesenter i helsetjenesteforskning (HØKH), Akershus universitetssykehus.
Kontakt: sissel@steihaug.net

Mer trivsel og mindre arbeidsbelastning for hjemmehjelpere som leder eldretrening

Tekst: **Sissel Steihaug**
Foto: Erik M. Sundt

Å ARBEIDE SOM HJEMMEHJELPER

Hjemmehjelperne yter praktisk bistand i hjemmet til mennesker med ulike sykdommer og funksjonshemninger. Yrket innebærer både fysisk tungt og emosjonelt belastende arbeid. De kommunale pleie- og omsorgstjenestene, inkludert hjemmehjelpstjenesten, får stadig nye oppgaver og nye brukergrupper. Samtidig øker kravet til effektiv drift og omstilling i kommunene. Ansatte i hjemmetjenesten opplever endringene i form av økt tidspress, større arbeidsbelastning, mer kompliserte arbeidsoppgaver, mer usikkerhet i arbeidssituasjonen, mindre kollegial støtte og mindre oppmerksomhet mot omsorgs-

aspektet i pleie- og omsorgstjenesten (1-3). Hjemmehjelperne erfarer også at deres faglighet og vurderingskompetanse i mindre grad etterspørres (2). Tidspress, dårlige ergonomiske forhold, manglende kompetanse og lite medbestemmelse er viktige faktorer for sykelighet og uførhet i hjemmetjenesten (4-6).

ELDRETRENING I BYDEL STOVNER

Fra 1990 har Bydel Stovner i Oslo arbeidet aktivt med å forebygge fallulykker (7). Forfatteren har arbeidet 30 år i Bydel Stovner, 20 år som allmennlege og ti år med dagrehabilitering og var i den anledning involvert i bydelens fallforebyggende arbeid. Som et ledd i dette arbeidet ble det etablert pensjonistmosjonsgrupper i bydelen, tre ute i bydelen, to i trygdeboliger (8). Trenere var frivillige og gratisarbeidende. I motsetning til gruppene ute i bydelen, var gruppene i trygdeboligene vanskelige å drive for ufaglærte. Oppslutningen var dårlig. Deltakerne var nokså skrøpelige, og det var vanskelig å tilrettelegge treningen individuelt slik at alle fikk utbytte av den.

«ELDRETRENING FOR BEDRE HELSE»

«Eldretrening for bedre helse» var et toårig prosjekt som ble utviklet på bakgrunn av erfaringene med eldretrening i Bydel Stovner. Prosjektet ble ledet av forfatteren og gjennomført i bydelen i 2004–2005. Vi ville systematisere erfaringer fra gjennomføringen av et gruppebasert treningsopplegg for eldre i trygdebolig. Treningsprogrammet ble utviklet av fysioterapeut og ledet av hjemmehjelpere. Formålet med prosjektet var todelt: I. Med bakgrunn i helseproblemer knyttet til eldres fysiske inaktivitet, ville vi studere hvordan man kan øke fysisk aktivitet hos eldre (9). II. Med bakgrunn i belastninger i yrket som hjemmehjelper, ville vi studere hvorvidt arbeidssituasjonen kan gjøres lettere med arbeidsoppgaver som trener en dag per uke. Denne artikkelen omhandler delprosjekt II.

HJEMMEHJELPERE LEDER ELDRETRENING

To hjemmehjelpere som arbeider i bydelen, ble kjøpt fri fra sitt ordinære arbeid og engasjert som trenene en dag per uke med lønn fra prosjektet. De var begge over 60 år og hadde arbeidet mer enn 30 år med pleie og omsorg. De ble valgt ut av leder for hjemmetjenesten etter søknad, og alder og lang og stabil tjeneste har trolig vært viktig ved valget. En av hjemmehjelperne var fysisk aktiv og trente jevnlig, den andre trente ikke. De to har ulike interesser og fritidsaktiviteter. De jobbet i ulike geografiske distrikter og hadde ikke hatt spesielt mye kontakt med hverandre. Hjemmehjelperne tilrettela for og ledet innendørs trening til musikk i bydelens tre trygdeboliger en gang per uke for boligens beboere og eldre i nabolaget. Videre tilbød de kaffe og sosialt samvær etter treningen. Ved prosjektstart ble det opprettet tre treningsgrupper, og i begynnelsen av 2005 ble det, på grunn av erfart behov, opprettet ytterligere en gruppe som ble spesielt tilrettelagt for mennesker med aldersdemens. Mange av deltakerne i gruppene ble rekruttert via hjemmehjelperne og var deres eller kollegers klienter. Hjemmehjelperne ledet to treningsgrupper hver, de samme gruppene hele tiden. Treningstilbudet ble bekjentgjort for befolkningen og ansatte i helsetjenesten i bydelen.

Treningsopplegg

Bydelsfysioterapeut utarbeidet egnet treningsprogram og hadde ansvaret for opplæring og videre oppfølging av trenerne. Hjemmehjelperne ble i utgangspunktet bedt om å komme med ønsker og ideer, og de fikk kommentere og påvirke progammet. Treningsopplegget ble utviklet spesielt for eldre med ulike funksjonsvansker. Programmet består av øvelser for å trene balanse, koordinasjon, bevegelighet, utholdenhet og i noen grad styrke. Treningen er organisert i sirkel og foregår hovedsakelig i sittende utgangsstilling. Det ble utarbeidet ett øvelsesprogram til bruk i alle gruppene, og ett opplegg med ball til slutt, alt innen en tidsramme på 40–45 minutter. Øvelsene er beskrevet og illustrert med tegninger slik at det skal være lett å følge for uerfarne trenere. Fysioterapeuten valgte ti melodier til treningsprogrammet, og de enkelte melodiene danner tidsramme for de enkelte øvelsene.

Fysioterapeuten gjennomførte opplæring for hjemmehjelperne tre timer ukentlig i tre uker før treningen startet. Videre fulgte hun opp med besøk og individuell veiledning i gruppene og et oppfølgingskurs med gjennomgang av programmet.

Deltakere og deltakelse

I de tre opprinnelige gruppene var oppmøtet det første halvåret, henholdsvis 15, ti og syv, synkende gjennom prosjektperioden til åtte, fem og fire deltakere i gjennomsnitt det siste halvåret. I gruppen spesielt tilrettelagt for mennesker med aldersdemens deltok gjennomsnittlig seks deltakere med stabil deltakelse til prosjektslutt. Vi kjenner ikke alle deltakernes alder nøyaktig, men vet at de var fra midten av 50-årene til eldste kvinne på 96

år. Mange hadde ulike funksjonsvansker som gangvansker, synssvekkelse og svimmelhet. Til sammen tre menn deltok. Fire kvinner og to menn kom utenfra, ellers bodde alle deltakerne i trygdeboligene.

En del deltakere falt fra i løpet av prosjektperioden, nesten alle fordi de ble syke og /eller døde. I en trygdebolig falt åtte fra hvorav tre døde og fem flyttet på sykehjem. I alle gruppene var nyrekrutteringen liten.

Trygdebolig

Ett av kriteriene for å få tildelt trygdebolig på Stovner var tidligere at man var over 60 år. En kommunal forskrift fra 1.1.2004 førte til at de gamle tildelingskriteriene falt bort, og de tidligere trygdeboligene ble derved vanlige kommunale boliger og ikke lenger forbeholdt eldre. I artikkelen brukes betegnelsen trygdebolig.

MÅLSETNING

Denne studien utforsker hjemmehjelpernes erfaringer med å lede eldretrening, og oppmerksomhet rettes mot hvilken betydning trenerjobben har for hjemmehjelpernes trivsel og arbeidssituasjon.

FORSKNINGSMETODE

Studien ble gjennomført som et aksjonsforskningsprosjekt. Innenfor dette designet er det rom for å endre opplegget i løpet av prosjektperioden. Aksjonsforskning innebærer at vi som forskere selv utfører konkrete handlinger i den hensikt å forandre, samtidig som vi vil bruke prosessen til å utvikle ny kunnskap (10). Aksjonsforskning er egnet for å utforske det gjensidige forholdet mellom handling, kunnskapsutvikling, implementering av ny kunnskap og endret praksis. I dette prosjektet påvirket hjemmehjelpernes erfaringer fra treningen videreutvikling av treningsopplegget. For eksempel viste det seg at trenerne syntes det var vanskelig å lære seg øvelsesprogrammet, og fysioterapeuten gjennomførte derfor et oppfølgingskurs der hele programmet ble gjennomgått. Videre besluttet hun å holde programmet uendret og med samme musikk gjennom hele prosjektperioden.

DATA

Vi valgte datatriangulering, og feltnotater og intervjuutskrifter utgjør våre kvalitative data.

Feltnotater:

- Hjemmehjelperne førte loggbok og skrev ned fortløpende notater fra planlegging, forberedelser og hver gjennomført trening gjennom hele prosjektet. I treningsperioden skrev de en halv til en og en halv side om oppmøte, inkludert eventuelt nye deltakere eller frafall, om gjennomføring av treningen og av det sosiale samværet. Spesielle hendelser og eventuelle problemer ble nedtegnet.
- Fysioterapeuten skrev ned fortløpende notater fra utarbeiding av treningsopplegg, opplæring og oppfølging av trenere.
- Prosjektleder skrev fortløpende notater fra planleggingsvirksomhet og fra fem oppfølgingsmøter med fysioterapeut og trenere i prosjektperioden.
- Observasjonsdata ble nedskrevet etter at prosjektleder deltok i en gruppetrening og påfølgende sosialt samvær i alle de fire treningsgruppene i sluttfasen av prosjektet. Oppmerksomhet ble rettet både mot de eldres deltakelse, hjemmehjelperne som trenere og samhandling mellom trener og deltakere i gruppene.

Intervjudata

- Begge trenere ble intervjuet individuelt ved prosjektslutt.
- Prosjektleder gjennomførte semistrukturerte intervjuer etter en intervjuguide som omhandlet erfaringer som trener, både med selve treningen og det sosiale samværet og betydning av trenerjobben. Intervjuene vare cirka én time, ble tatt opp på minidisc og skrevet ut tilnærmet orddrett.

Dataanalyse

Dataanalyse ble gjennomført etter en strukturert fenomenologisk analysemetode som gjennomføres i fire trinn (10,11). Analysen ble gjennomført datastyrt uten forhåndsbestemte kategorier. Som første trinn ble hele datamaterialet lest flere ganger for å oppnå et helhetsinntrykk. I andre analysetrinn ble meningsbærende enheter identifiserte og videreutviklet, og i tredje trinn ble innholdet i disse meningsbærende enhetene abstrahert. Feltnotater nedtegnet i løpet av prosjektperioden ble lest kronologisk og analysert både fra et tematisk perspektiv og i et utviklingsperspektiv. I fjerde og siste trinn i analysen ble betydningen av innholdet i hver meningsbærende enhet sammenfattet, og det ble utarbeidet en overskrift for hver enhet. Slik framkom kategoriene: 1. «Lettere og morsommere jobb», 2. «Det er viktig at deltakerne har godt av det», 3. «Treningen går fint», 4. «Ingen kolleger er interessert» og 5. «Det er trist når deltakere faller fra». Forfatteren gjennomførte dataanalysen, men alle resultater ble fortløpende diskutert med fysioterapeuten.

RESULTAT

Lettere og morsommere jobb

Hjemmehjelperne trivdes svært godt med arbeidet som trener en

dag per uke. Av prosjektleders feltnotater fra planleggings- og oppfølgingsmøter fremgikk at de gjentatte ganger uoppfordret, og ofte uten at dette var tema, fortalte at de likte denne måten å jobbe på. De formidlet begeistring på møtene og fortalte episoder fra treningen som tydeliggjorde at de trivdes med den.

I intervju fortalte begge med engasjement og entusiasme at de syntes trenerjobben var morsom, at samværet med deltakerne var veldig hyggelig, og at de gledet seg til denne ukedagen. Begge understreket at de hadde fått en mye bedre arbeidssituasjon og at de følte seg mindre slitne. Den enes uttalelse kan oppsummere begges erfaringer: «Jeg føler at jeg har fått en mye lettere hverdag. Jeg gleder meg til tirsdagene og synes at arbeidsuka er blitt mye kortere – jeg har nesten fått en ny jobb!»

Hjemmehjelperne beskrev en travel arbeidshverdag og sa at det var godt med alternative arbeidsoppgaver: «Det er blitt stadig mer travelt i vår tjeneste, det er godt å slippe å løpe rundt med vaskebøtta den ene dagen i uka».

Hjemmehjelperne tydeliggjorde at tirsdagen var «deres» dag. De syntes det var fint selv å bestemme over denne dagen, til forskjell fra hjemmehjelpshverdagen med strukturerte arbeidslister med nøyaktig angivelse av arbeidsoppdrag. Dette til tross for at programmet for treningsdagene var det samme fra uke til uke. En av dem beskrev det slik: «Tirsdagen er 'min' dag. Jeg våkner og føler at jeg kan bestemme over meg selv denne dagen».

Viktig at deltakerne har godt av det

Begge trenerne fremhevet i intervju at de var svært tilfredse med at deltakerne syntes å ha både glede og nytte av treningen. De fortalte at deltakerne likte øvelsene og at de syntes ballspill var moro. Dette fremgikk også tydelig av både hjemmehjelpernes og prosjektleders feltnotater. Det var mye latter og moro under ballspill i gruppene der kvinner på over 90 år slapp seg løs. Dette bidro til å gjøre tirsdagene til annerledes og morsomme dager for trenerne.

Hjemmehjelperne understreket at mange deltakere var blitt sprekere, de deltok ivrigere i treningen og beveget seg mer også ellers. En av trenerne var spesielt opptatt av og overrasket over at treningen så ut til å ha like stor betydning for den psykiske helsen som den fysiske: «Jeg ser at treningen gjør godt for både den psykiske og fysiske helsen». Hun nevnte som eksempel en deprimert dame som tidligere hadde isolert seg fullstendig i leiligheten, men som nå hadde begynt å møte opp på treningen hver uke og var blitt mindre deprimert. Begge trenerne understreket at deltakernes utbytte betydde at de gjorde en nyttig jobb, også på treningsdagene.

Trenerne trivdes med det sosiale samværet etter treningen og gjorde alt for å legge til rette for at det skulle bli hyggelig. For eksempel la de vekt på å unngå negative tema i kaffepraten. En trener beskrev sine strategier slik: «Jeg tar gjerne fram spørreboka eller begynner å leke «Mitt skip er lastet med» hvis det blir for mye sykdomsprat, hissige diskusjoner eller de blir for opptatt av tragiske ting som har hendt ute i verden».

Av prosjektleders feltnotater fremgikk at deltakerne opplevde hjemmebakte kaker og lys på bordet som omsorg fra trenerne, og at trenerne opplevde deltakernes verdsetting som viktig anerkjennelse av sitt arbeid. I intervju sa en av hjemmehjelperne: «De setter så pris på det vi gjør for dem, og da er det moro å kunne gjøre det litt ekstra hyggelig».

Av alle datakilder fremkom at når deltakerne er fornøyde, blir trenerjobben triveligere for hjemmehjelperne. En sa i intervjuet: «Folk trives og er fornøyde, det smitter over på meg.»

Treningen går fint

Begge trenerne sa, både i oppfølgingsmøter og intervju, at øvelsesprogrammet fungerte godt, at de likte programmet og at det egnet seg godt for målgruppen. De syntes det hadde vært vanskelig å lære hele programmet, men mente opplæringen hadde vært god, både grunnopplæring og oppfølging av fysioterapeut. Begge syntes det var hyggelig å få fysioterapeuten på besøk i gruppene. De anså det som gunstig med musikk til øvelsesprogrammet, de likte fysioterapeutens musikk og ønsket den ikke fornyet. «Jeg synes øvelsene er fine, og nå som jeg kan programmet, greier jeg bedre å følge opp hver deltaker.» Ingen ønsket skifte i øvelsesprogrammet fordi det hadde tatt lang tid for dem og deltakerne å lære det. En av trenerne fortalte at hun fulgte fysioterapeutens øvelsesprogram, mens den andre treneren sa hun tilpasset programmet etter deltakerne som var til stede til enhver tid. Av fysioterapeutens feltnotater fremkom at en trener fulgte programmet nøye, og at en improviserte en del, blant annet øvelsesrekkefølgen, uten at musikken ble endret tilsvarende.

Ingen kolleger er interessert

Intervjudata og feltnotater viste at trenerne var skuffet over at andre var lite interessert i det de holdt på med. Med to unntak var det ingen kolleger eller ledere som spurte hvordan det gikk med treningen. I

et oppfølgingsmøte sa en av hjemmehjelperne: «Jeg hadde trodd at de (kollegene) skulle stikke innom når vi holder på, men de gjør ikke det. De kommer ikke med nye deltakere til gruppa heller».

Nyrekruttering til gruppene var dårlig, og trenerne mente det dels skyldtes at trygdeboligene ikke lenger var forbeholdt eldre, og at nesten ingen eldre flyttet inn når leiligheter ble ledige. At ansatte i helse- og sosialtjenesten ikke rekrutterte deltakere til gruppene ble også angitt som medvirkende årsak til dårlig nyrekruttering, og trenerne formidlet skuffelse over at ingen kolleger henviste nye deltakere.

Trist når deltakere faller fra

Mange deltakere falt fra på grunn av sykdom eller død. I intervjuene snakket hjemmehjelperne mye om at dette var trist. De var blitt godt kjent med deltakerne over tid, og de opplevde det nesten som å miste venner. Et dødsfall preget også de andre deltakerne i gruppene. En trener sa: «Det går jo inn på de andre i gruppa når noen dør. Noen er blitt gode venner, og så er de jo gamle selv også». Begge hjemmehjelperne fortalte i intervjuet at et dødsfall i gruppa som regel måtte gjøres til tema i samtalen ved kaffen, og de følte seg forpliktet til å bringe det på bane. En sa: «Vi kan jo ikke bare late som ingenting når noen i gruppa er døde».

DISKUSJON

Hjemmehjelpernes arbeidssituasjon

Å arbeide som hjemmehjelper er belastende, sykefraværet i yrket er stort og andelen uførepensjonerte høy. Fra politisk hold signaliseres en målsetning om å redusere sykefravær og uførepensjonering, å få flere til å arbeide lenger og å inkludere eldre arbeidstakere. For å kunne sette i gang virksomme tiltak, trengs kunnskap om hva som kan gjøre omsorgsarbeid lettere for arbeidstakere som er eldre eller har sviktende helse. Bortsett fra trening i arbeidstiden har ikke noe enkelttiltak dokumentert effekt på tidlig utgang fra yrkeslivet (12).

De to hjemmehjelperne trivdes svært godt med treningen og understreket at de hadde fått en vesentlig bedret arbeidssituasjon. Begge har passert 60 år og jobbet mer enn 30 år i omsorgsarbeid. Hvordan kan eldretrening en dag per uke tenkes å redusere belastningen i arbeidet som hjemmehjelper? Opplevelse av å kunne påvirke egen arbeidssituasjon er viktig (6). Kanskje kan det ha vært av betydning for hjemmehjelperne å være sin egen sjef en dag per uke. Trening i arbeidstiden har vist seg nyttig for helse og arbeidsevne (12,13). Eldretreningen i seg selv gir moderat fysisk aktivitet, men arbeid med treningsopplegget og oppmerksomhet mot fysisk aktivitet kan tenkes å ha økt hjemmehjelpernes eget fysiske aktivitetsnivå. Det er vist at reduksjon av tidspress og fysisk belastning i arbeidet kan gjøre at ansatte opprettholder arbeidsevnen lenger (6,14), og dette kan ha hatt betydning for disse to hjemmehjelperne. Denne studien kan ikke si noe om redusert sykefravær; de to trenerne hadde ikke sykefravær i prosjektperioden, men det hadde de ikke hatt tidligere heller. Trivelig sosialt samvær og anerkjennelse fra deltakerne er sannsynligvis også viktig for hjemmehjelpernes opplevelse av å ha fått en lettere arbeidshverdag.

Hjemmehjelpere som trenere

Hjemmehjelperne likte trenerjobben. De var enige om at det er viktig med god opplæring og oppfølging av fysioterapeut, og at øvelsesprogrammet skal være lett å gjennomføre. Vi erfarte at det krevde mange gjentakelser å lære den enkelte øvelse så godt at treningen kan gjennomføres som et sammenhengende øvelsesprogram, og programmet bør derfor beholdes uendret over tid. Studien tyder på at hjemmehjelpere kan lede eldretrening under forutsetning av at det påses at programmet følges og at øvelsene gjennomføres godt nok til at deltakerne har nytte av dem. Resultatene samsvarer med andres funn (15). Hjemmehjelperne så at deltakerne hadde glede og nytte av treningen, og dette ga dem en følelse av å gjøre en nyttig jobb, også på treningsdagene.

Ved prosjektstart var det lett å rekruttere deltakere til gruppene. Oppmøtet var godt i begynnelsen, og frafallet skyldtes deltakernes sviktende helse. Som trenere kunne hjemmehjelperne lett legge til rette for treningen og det sosiale samværet, fordi de kjenner målgruppen fra sitt øvrige arbeid. Deltakerne følte trygghet ved at hjemmehjelperne kjente dem og deres helseplager, og kunne ta individuelle hensyn (9). I sitt daglige arbeid har hjemmehjelpere gode muligheter for å oppfordre eldre til mer bevegelse, også utenom gruppetreningen.

Overføringsverdi

Studien ble gjennomført som et aksjonsforskningsprosjekt. Det innebærer at man kan utføre handlinger i den hensikt å forandre og samtidig utvikle ny kunnskap (10). Bydelsfysioterapeut og prosjektleder kunne samarbeide med hjemmehjelperne om å utarbeide et opplegg for eldretrening og samtidig utforske erfaringene. Vi valgte feltnotater og individuelle intervju som datakilder, og resultatene av dataanalysen viser

at det er godt samsvar mellom de to datakildene. Forfatterens posisjon som både forsker og prosjektleder er krevende, og det er derfor tilstrebet nøkternhet og kritisk refleksjon. At det er godt samsvar mellom fysioterapeutens og prosjektleders feltnotater styrker resultatenes troverdighet.

Studien viser at hjemmehjelperne trivdes svært godt med eldretrening en dag per uke. De syntes treningen ga glede og overskudd og opplevde en tydelig redusert arbeidsbelastning. Til tross for ulike interesser og ulik egen treningserfaring gjorde de sammenfallende erfaringer. Studien omfatter kun to hjemmehjelpere og kan ikke si noe om hjemmehjelpere generelt. Kjennskap til hjemmehjelperes arbeidssituasjon i sin alminnelighet gjør det imidlertid sannsynlig at alternative og lettere arbeidsoppgaver en dag i uka vil lette arbeidssituasjonen, også for andre hjemmehjelpere. Erfaringer trenerne gjorde i prosjektet kan være nyttig å vurdere, også for andre som ønsker å starte tilsvarende trening, for eksempel at det krever mye å lære seg et sammenhengende treningsprogram.

IMPLIKASJONER

Resultatene i denne studien tyder på at arbeid som eldretrener en dag per uke kan gi avlastning i arbeid som hjemmehjelper. Seniortiltak i pleie- og omsorgsyrker er et viktig tema i den helsepolitiske debatten, og tiltak for å få folk til å stå lenger i arbeid bidrar til å redusere omsorgstjenestenes rekrutteringsvansker. Det finnes liten kunnskap om virksomme seniortiltak, men det understrekes at det er behov for ulike tiltak (12,16). Alternativt arbeid som eldretrener kan utgjøre ett slikt tiltak.

Disse treningsgruppene inngår i en rekke treningsgrupper for ulike målgrupper i Bydel Stovner. Den forskningsbaserte evalueringen anses derved som kvalitetsutvikling av tjenestetilbudene og ikke som et selvstendig forskningsprosjekt som trenger vurdering fra REK.

Prosjektet er støttet økonomisk med Extramidler fra Helse- og Rehabilitering gjennom Norges mosjons- og bedriftsidrettsforbund.

REFERANSER:

1. **Astvik W**. Svåra möten i omsorgsarbete. Arbetslivsinstitutet, Arbete och hälsa, vetenskaplig skriftserie, Nr. 2002:17.
2. **Vabø M.** Forbrukermakt i omsorgstjenesten – til hjelp for de svakeste? I: Isaksen LW (red.) Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003. S. 102-61.
3. **Andersen RK, Eidset I.** Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten: Nullpunktundersøkelse i forbindelse med kampanjen Rett Hjem. Oppdragsgiver: Direktoratet for Arbeidstilsynet. Oslo: Opinion, 5. mars 2003.
4. **Denton M, Zeytinoglu IU, Davies S et al.** Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring. Int J Health Serv 2002; 32 (2): 327-57.
5. **Dellve L, Lagerstrom M, Hagberg M.** Work-system risk factors for permanent work disability among home-care workers: a case-control study. Int Arch Occup Environ Health 2003; 76 (3): 216-24.
6. **Sollund M.** Tøff hverdag - god arbeidsplass. Rehabiliteringsmagasinet Bris 2/2005: 79-83.
7. **Steihaug S, Nafstad P, Vikse R et al.** Forebygging av lårhalsbrudd i Oslo, Stovner bydel. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 37-9.
8. **Steihaug S, Ahlsen B, Eide W et al**. Bydel Stovner – 14 år med grønn resept. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 310-1.
9. **Steihaug S, Kjær B.** Eldretrening i kommunehelsetjenesten – for helse og trivsel. Utposten 2007, nr. 6: 24-7.
10. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
11. **Giorgi A.** Sketch of a psychological phenomenological method. In: Goirgi A ed Phenomenology and psychological research. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985. S 1-22.
12. **Midtsundstad T.** Fra utstøting til inkludering? En kartlegging av norske virksomheters arbeidskraftstrategier overfor eldre arbeidstakere. Fafo-rapport 2007:37.
13. **Pohjonen T, Ranta R**. Effects of worksite physical exercise intervention on physical fitness, perceived health status, and work ability among home care workers: Five-year follow-up. Prev Med 2001; 32: 465-75.
14. **Dellve L, Lagerstrom M, Hagberg M.** Rehabilitation of home care workers: supportive factors and obstacles prior to disability pension due to musculoskeletal disorders. J Occup Rehabil 2002; 12 (2): 55-64.
15. **Lazowski DA, Ecclestone NA, Myers AM et al.** A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term institutions. J Gerontol A Biol Sci Med Soc 1999; 54 (12): M621-8.
16. **Steinum T.** Hva kan vi lære av gode eksempler på seniorpolitikk? Arbeidsforskningsinstituttet, mai 2008.

Ny giv for hjemmehjelpere

› Positivt at ledelse av treningsgrupper for eldre ga hjemmehjelpere fornyet arbeidslyst og økt selvfølelse.

Av Anne Ragnhild Nes

Hjemmehjelpsleder,
Surnadal kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELTET

Les artikkelen på side 204 »

› Min bakgrunn for å skrive denne kommentaren er 13 års praksis som hjemmehjelp og senere ti år som hjemmehjelpsleder i Surnadal kommune. Selv om vi er en forholdsvis liten kommune, høres det ut som om forholdene er de samme når det gjelder arbeidsbelastning og følelsen av manglende etterspørsel, og respekt for hjemmehjelpernes kompetanse og viktighet i det felles kommunale tilbudet.

Å delta i prosjektet som beskrives i Steihaugs artikkel, viste seg å lette arbeidssituasjonen for hjemmehjelperne som var med på det. Men det har også en tilleggseffekt; det øker selvfølelsen å bli spurt om å være leder for en treningsgruppe og se at man mestrer det. Og, som hjelpepleierne i artikkelen selv sa, gir det et avbrekk fra den vanlige rutinen med pålagt praktisk arbeid etter en fastsatt arbeidsliste. De kunne planlegge dagen selv med utgangspunkt i treningsprogrammet.

Det virker som det tverrfaglige samarbeidet fungerer bra. Fysioterapeut har ansvaret for opplæring og oppfølging av trenerne, men hjemmehjelperne fikk også komme med ønsker og ideer som påvirket programmet. Den fysiske effekten av å delta i treningen som instruktører kan man heller ikke se bort fra.

At trenerne trives med arbeidet og har det morsomt sammen i gruppene gjør at hele arbeidssituasjonen blir en annen, de «har nesten fått ny jobb». Den ene dagen i uka får konsekvenser for hele arbeidsforholdet.

De positive tilbakemeldingene fra deltakerne i gruppene og den åpenbart gode effekten av treningen var også viktig for trenernes motivasjon for og glede av prosjektet.

Det var nedslående at kollegene ikke viste større interesse for arbeidet. Men det betyr kanskje bare at ting tar tid. Hadde prosjektet blitt en fast del av det kommunale tilbudet, ville det kommet med når aktuelle tiltak for brukerne ble vurdert.

At det er de eldste medarbeiderne som får tilbudet er god seniorpolitikk som kan bidra til at de orker å stå lenger i arbeid. Det viste seg at denne ene dagen i uka påvirker arbeidslyst og arbeidsevne i så stor grad at det oppleves som å ha fått en lettere arbeidshverdag totalt sett.

Dette må jeg si er et prosjekt jeg har stor sans for! Det viser at de positive effektene både på kort og lengre sikt er så store!

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

NOE FOR DEG?

Hva vet vi om dette temaet fra før?
Tidligere studier viser at fysisk trivelige spisemiljøer virker positivt inn på både næringsinntak og sosialt samvær.

Hva tilfører denne artikkelen?
Funnet i artikkelen indikerer at måltidene spiller en viktig rolle for pasientenes sosiale liv med hverandre sammen med nytelse av maten.

Nøkkelord
- Eldre
- Måltid
- Sykehjem
- Sosial interaksjon

SAMMENDRAG

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive eldre pasienters erfaringer med måltidene i sykehjem. For å kunne forbedre sykepleiepraksis er det viktig å ha kunnskap om måltidenes muligheter for sosial interaksjon. Kvalitativt forskningsintervju ble anvendt som metode, der syv eldre pasienter mellom 82–96 år ble intervjuet. Data ble analysert slik Kvale skisserer en kvalitativ innholdsanalyse. Funnene indikerer at måltidene spiller en viktig rolle for pasientenes sosiale liv med hverandre sammen med matens nytelse. Måltidene ble for pasientene en kilde for velvære alene eller i samvær med andre, selv med reduserte kommunikasjonsevner og begrenset sosial interaksjon. Pasientene roste personalets bidrag til samtale, selv om de som regel var travelt opptatt med å servere. Måltidet gav dem en mulighet til å sitte sammen med noen på tross av mangelen på konversasjonspartnere. Få foretrakk å spise alene på eget rom.

Om forfatteren
Bente Gunn Melheim, Sykepleier, cand.san og høyskolelektor i sykepleie.

Avdeling for helsefag,
Høgskolen i Sogn og Fjordane
E-postadresse:
bente.gunn.melheim@hisf.no

Dobbeltpublisering
Artikkelen er tidligere publisert i Klinisk Sygepleje; 21:2,26–34.

Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem

Tekst: **Bente Gunn Melheim**
Illustrasjonsfoto: **Colourbox.com**

Artikkelens hensikt er å formidle hvordan det kan oppleves for pasienter å være delaktige i et institusjonalisert måltidsfellesskap i sykehjem. Hvilke forhold pasientene vektlegger som sentrale, vil kunne få konsekvenser for organisering og utøvelse av sykepleie i ulike måltidssituasjoner. Et måltid i sykehjem foregår i en sosial kontekst noe forskjellig fra hva de fleste vil ha erfaring med fra tidligere. Pasienter vil i ulik grad være avhengige av hjelp til å ivareta egne behov. Det vises ikke bare i hvordan eller hvor mye man spiser, men også i hvordan man deltar i det sosiale fellesskapet rundt maten. Pasientenes opplevelser fokuseres gjennom personlige intervjuer for å gi innblikk og forståelse for måltidsfellesskapet. Artikkelen bygger på min hovedfagsstudie med temaet eldre pasienters opplevelser av måltid i ett sykehjem (1).

Et måltid rommer noe av det mest sentrale i et menneskes liv. Teologen Brunstad ser måltidet som en kilde og en opprettholdelse av fellesskapet vi mennesker er avhengige av. Måltidet skal være et rytmisk og rituelt avbrekk i hverdagen, hvor man blir sett, hørt og lyttet til. Maten deles i fellesskap med andre. Måltidet gir næring og øvelse i sosial kompetanse, der bordskikk legger grunnlaget for samhandling med andre mennesker. Måltidsfellesskapet forsterker identitet og selvaktelse ved at vi gir hverandre anerkjennelse. Ved å bli husket på av andre, innlemmes man i fellesskapet. Når man spiser sammen, blir man synlige for hverandre. Et anerkjennende blikk fastholder det forpliktende i relasjonen. Blir man derimot oversett, blir man usynlig for den andre (2).

I sykepleielitteraturen er måltidet sentralt plassert i sykepleier, hovedsaklig sett fra en ernæringsmessig synsvinkel, men også ut fra den miljømessige tilretteleggingen. Florence Nightingale gir råd om hvordan man på best mulig måte kan fremme et godt miljø rundt måltidet (3). I Rikke Nissens lærebok vektlegges viktigheten av rommets beskaffenhet som et godt sted å være når man spiser (4). Virginia Henderson ser det å hjelpe pasienten med mat og drikke som ett av flere gjøremål, der sykepleierne har et spesielt ansvar for å opprettholde et helsefremmende miljø rundt pasienten, «pleasent environment» (5, 6). Karniala på sin side hevder at flere lærebøker i sykepleie hovedsakelig presenterer spising som en fysiologisk prosess og et fysiologisk behov, fremfor å trekke veksler på de psykologiske, sosiologiske og kulturelle dimensjonene ved spisingen (7).

Også mye av tidligere forskning rundt dette fenomenet er fra et ernæringsmessig perspektiv, men flere av studiene har fått frem ulike aspekter knyttet til miljø og fellesskap ved måltider (8-14). Disse studiene viser at det kan være avgjørende om man spiser sammen med mennesker man trives sammen med (8-10), eller om man opplever atmosfæren rundt måltidet som god (8). Personalets tilstedeværelse kan være avgjørende for en positiv og trygg opplevelse (11, 15). Fysisk trivelige spisemiljøer har tidligere vist seg å virke positivt inn på både næringsinntak og sosialt samvær (16-18).

I 1995 ble det i retningslinjer

for kosthold i helseinstitusjoner fokusert mer på måltidenes organisering enn tidligere, primært for å avhjelpe problemet med underernæring (19). I kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene fra 1997 skulle måltidene i større grad tilpasses den enkelte gjennom et variert og helsefremmende kosthold. Større fleksibilitet skulle utøves i valg av tid og sted for måltidene, der de sosiale sidene ble særlig vektlagt (20). I høstens stortingsmelding blir det påpekt at sykehjemmene har vanskelig for å oppfylle alle måltidets funksjoner, deriblant det sosiale fellesskapet. En rapport vedrørende klinisk ernæring skal i nær fremtid ferdigstilles, der retningslinjene fra 1995 skal revideres og gjøres tjenlige som kvalitetsverktøy, også med tanke på måltidene (21).

Disse signalene aktualiserer artikkelens problemstilling. Til forskjell fra de ovenfor refererte studiene fokuserer denne studien på måltidsfellesskapet som fenomen alene i lys av opplevelsene til en liten gruppe pasienter ved ett sykehjem. Ved å presentere funnene i lys av andre studier og forskningslitteratur (1), ønsker jeg å belyse og drøfte følgende problemstilling i denne artikkelen: Hvordan opplever eldre pasienter det sosiale fellesskapet rundt måltider i sykehjem?

TEORETISK REFERANSERAMME

Sosiologisk sett knyttes måltidene opp mot fellesskapet rundt maten, bordet og samtalen. Simmel karakteriserer det å spise som en fysiologisk primitiv individuell handling, som gjennom måltidsfellesskapet og dets regler fremstår mer estetisk gjennom samværet (22). Mat er ikke bare livsviktig, men er også et livsnødvendig sosialt bindemiddel (23). Mäkelä kategoriserer fenomenet i en strukturell eller materiell-teknisk dimensjon, samt i en sosial og i en formell dimensjon. Den sosiale dimensjonen kommer til uttrykk gjennom de ulike forordningene for hvordan man sitter, hvordan det serveres og spises under måltidet. Å spise blir slik en sosial hendelse i en ritualisert interaksjon, som organiserer og sier noe om sosiale fellesskap i sosiale grupper og samfunn. Den formelle dimensjonen vil med ulike typer av regler virke inn på den strukturelle og sosiale organiseringen av måltidet gjennom graden av formalitet i ulike matsituasjoner (24).

Måltidene vil være mer eller mindre formelle og intime, der man gjennom kommunikasjon markerer nærhet og distanse (24). Måltidene gjør oss sosiale, der mennesker uten felles interesse kan finne sammen (22). Har man ikke interesse for dette fellesskapet, mener Thorsen at måltidet lett reduseres til et rent matinntak (23). Simmel eksemplifiserer dette med relasjonene rundt et pensjonatbord, der man kun møtes for å spise uten interesse for de andre rundt bordet. Men spiser man alene, deler man likevel måltidet som en kulturell idé. Et skikkelig måltid liknes i mange sammenhenger med sosiale hendelser i familien (22). Et godt måltid henger ikke bare sammen med det kjente og vante, både sosiale og psykologiske faktorer spiller inn. Til mat og måltider knyttes minner som kan støtte opp om den enkeltes identitet og integritet (25). Thorsen hevder at de sterkeste minnene om livet er knyttet til mat, der smaksopplevelser, dufter og ulike stemninger kan fremkalles (23).

METODE

Siden informantenes opplevelser ble fokusert i studien, ble kvalitativt forskningsintervju valgt som metode. I slike personlige intervjuer retter forskeren oppmerksomheten mot informanten, der intervjueren er styrt av intervjuguiden og det informanten forteller. Gjennom samtalen fokuseres det som eksisterer naturlig for den enkelte, der formålet er å fange informantens perspektiv på egne opplevelser relatert til samtalens tema (26). Intervjuguiden skal inneholde aktuelle tema i den rekkefølge de er tenkt brukt under samtalen. I halvstrukturerte intervjuer kan guiden inneholde forslag til spørsmål, som skal gi retning og dynamikk til samtalen (27). I denne studien ble intervjuguiden utformet i tråd med teoretisk referanseramme og tidligere studier etter mønster av Hougs intervjuguide (12). Spørsmålene ble knyttet opp mot fem ulike tema: fysisk miljø, måltidsorganisering, psykososialt fellesskap, omsorg og respekt, samt egen funksjonsevne og helse. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk under intervjuene, men ble anvendt som kognitiv ramme, og sett raskt over mot slutten av hvert intervju (26).

Intervjuene fant sted på pasientenes enerom med varighet fra en halv til halvannen time. Å intervjue eldre pasienter som sjelden sitter i lengre samtaler, og langt mindre i nærheten av en båndopptaker, gav ulike utfordringer underveis. Mange hadde større behov for en uformell samtale om egen familie og sitt levde liv, enn å fortelle om måltidets karakter i sykehjemmet. Utfordringen ble å knytte tråden i samtalen til studiens tema. De ble fort slitne, og seks av disse syv ble intervjuet to

ganger. Samtlige intervjuer ble tatt opp på bånd og fortløpende transkribert. Siden det viste seg vanskelig å holde tråden under intervjuene, ble irrelevante utsagn ikke transkribert. Utsagn med usikker relevans ble transkribert, da såkalt utenomsnakk også kan gi viktige data (26). Etter endt transkripsjon hørte jeg gjennom lydbåndene på nytt, og sentrale utsagn ble markert. Hvert av intervjuene ble vurdert i forhold til intervjuguiden. Spørsmål som manglet svar, ble isolert. Disse gav retning til oppfølgingsintervjuene, som også ble transkribert fortløpende.

Analysen pågår under hele intervjuprosessen. Under intervjuet er det informantenes utsagn og selvforståelse som fokuseres. Senere, i dialog med utskriftene, er utfordringen å være tro mot det som ligger der av dypere mening. Siden utskriftene da alene skal legge føringen for analysen (26), ble intervjuguiden lagt bort etter avsluttet oppfølgingsintervju. Samtlige utskrifter ble i sin helhet lest flere ganger, slik Kvale skisserer. Ved å markere sentrale utsagn og gruppere disse etter tekstens tilbakevendende tema på tvers av intervjuene, ble teksten meningsfortettet. Meningsenhetene ble lest flere ganger før endelig gruppering. Disse ble analysert i tre ulike kontekster; selvforståelse, allmenn forståelse og teoretisk forståelse. Tolkningen av utsagnenes innhold foregår da i en annen forståelsesramme enn informantens (27). I denne artikkelen kommer pasientens selvforståelse til uttrykk i siterte utsagn og sammenfatninger under presentasjonen av funnene. I diskusjonsdelen blir disse funnene relatert til allmenn og teoretisk forståelse som her representerer andre studier og teoretisk referanseramme.

Denne analysen bygger på relativt få og personavhengige utsagn. Skal analysen fremstå troverdig, må det argumenteres for fremstillingen på systematisk og rasjonelt vis. Gjennom hele forskningsprosessen ligger metodiske, empiriske og teoretiske føringer (26). Problemstilling og intervjuguide er profilert ved hjelp av teori og tidligere studier. Under intervjuene var jeg åpen for hva pasientene fortalte, og var bevisst egen forforståelse. Transkripsjon og analyse fordrer systematikk og trofasthet mot føringene i utsagnene som følges videre i diskusjonen, der de sammenholdes med annen kunnskap og viten.

UTVALGSKRITERIER OG ETISKE OVERVEIELSER

Lederen av helse- og sosialtjenesten i en kommune ble kontaktet og informert om innholdet i studien. Vedkommende ba avdelingssykepleierne ved ett sykehjem om å velge aktuelle informanter etter gitte inklusjonskriterier. Følgende kriterier lå til grunn: informanten må være orientert for tid, sted og situasjon; må kunne uttrykke seg greit muntlig og forstå det som blir formidlet; gi informert samtykke; være over 70 år; kunne innta mat og drikke med eller uten hjelp; og hatt permanent opphold ved sykehjemmet i minimum en måned. Det krevdes ikke deltakelse på alle fellesmåltider under prosjektperioden, men at de hadde egne pasienterfaringer fra dette måltidsfellesskapet (1).

De som falt innenfor kriteriene, ble forespurt og informert skriftlig og muntlig om studien av avdelingssykepleier. Samtlige signerte skjema for informert samtykke. De bekreftet da at dette var frivillig fra deres side, og at de var informert om hva det innebar å være med i studien (27). Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Region Vest, hadde på forhånd gitt klarsignal til prosjektet, og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste hadde etter melding til Datatilsynet gitt konsesjonsfritak for personregister. Registrering, oppbevaring og bruk av data under prosjektperioden ble gjort etter gjeldende regler, der forskningsetiske retningslinjer gitt i Helsinki-deklarasjonen ble fulgt. Ved blant annet ikke å presentere detaljerte opplysninger om institusjon eller informanter, skal anonymiteten ivaretas. Sykehjemmet er i norsk målestokk heller lite, og muligheten for å kjenne igjen personene bak fortellingene lokalt ville ha vært til stede. Her finnes ingen fremmedkulturelle pasienter. Begge kjønn kunne delta på lik linje, men kun en av de intervjuede var mann. Kjønnsrelaterte forskjeller ble ikke fokusert i studien, til det var utvalget for lite. Funnene publiseres derfor kjønnsnøytralt, der samtlige informanter omtales som kvinner. De enkelte utsagnene blir ikke personifisert.

PRESENTASJON AV FUNN

Studien ble utført ved et sykehjem i et lite lokalsamfunn i Norge. Her er to avdelinger med tilbud om opphold av både lengre og kortere varighet, og med egne skjermede lokaler for mennesker med demenstilstander. Maten ble vanligvis tilberedt ved eget kjøkken og kjørt til avdelingene i store vogner. Spisestuene var innredet med anretningskjøkken lokalisert

nært opp til fire–fem avlange spisebord av ulik lengde med plass til flere rundt hvert bord. Samtlige informanter tok seg frem på egen hånd. De fleste ved hjelp av rullator og en ved hjelp av rullestol. En av disse inntok måltidene alene på eget rom etter eget ønske, mens de resterende fordelte seg på to ulike spisestuer. I det følgende presenteres deler av studiens funn som kunne relateres til artikkelens problemstilling sammen med noen sentrale pasientutsagn (1).

Å bli servert

Måltidene var tilrettelagt slik at de fleste langt på vei var selvhjulpne, selv med ulike sykdomsbilder og reduserte evner til å hjelpe seg selv. De uttrykte mangel på krefter til å engasjere seg i måltidet utover det å spise maten. Få hadde tanker om hvordan serveringen faktisk foregikk. Samtlige var fornøyde med ferdigporsjonert mat servert på tallerken: *«Jeg liker å streve med tingene selv, men nå er jeg så dårlig, at jeg liker å få det ferdig. Jeg kan ikke noe annet heller.»*

Bordets beskaffenhet

Rommenes og bordenes beskaffenhet oppfattes som greie nok. En uttrykte at det viktigste var stillhet og fred under måltidet. Dekketøyet var de ikke så opptatt av, men mer av at det var fint dekket på, at orden og hygiene ble ivaretatt: *«Under ettermiddagskaffen sitter vi i stolene våre ved noen småbord med duker på. De dekker pent på. Ja, det har vært stelt til med blomster på bordene, og det liker jeg.»*

Flere satte pris på blomster til oppmuntring og inspirasjon for samtale, og til fremkalling av minner om egen have og eget hjem. Noen fremhevet bildene som prydet veggene, der motiv hentet fra hjemtraktene var med å bringe frem minner. Vevde tepper ble også trukket frem som gode å se på, og som kilde for samtale. Likevel var det viktigst å spise maten, fremfor å se på hvordan det forholdt seg rundt en.

Bordfellesskapet

«Det er fint å sitte der inne, helt supert! Det ser ut til at noen setter pris på å komme seg ut igjen fort, men jeg for min del sitter der gjerne. Men en kan ikke ta seg all verden av tid heller, for personalet skal jo gjøre jobben sin. En kan ikke bruke dette som oppholdsrom slik.»

De fleste uttrykte at de trivdes i selskap med de andre pasientene rundt bordet. De ville heller det enn å sitte på eget rom og spise alene. Noen fremhevet spesielt tryggheten det representerte. De fleste mente at redusert hørsel kunne gjøre mange samtaler vanskelige, der stillheten ofte dominerte. Flere fortalte om givende og humørfylte samtaler, som gav gode følelser etter endt måltid. For noen var måltidene noe å se frem til. Damen som tilbrakte store deler av dagen på eget rom, mente hun ikke var så avhengig av selskap. Under måltidene derimot kunne hun snakke mye med damen ved siden av seg. Flere var der ikke å snakke med.

En annen mente hun opplevde et ekstra samhold, men savnet rammen rundt måltidet som opplesningen av en bordbønn ville gitt. Måltidene hadde for henne en rolig atmosfære. Innimellom hadde hun noen ved siden som gjorde det utrivelig, men det forsøkte hun å ta som det kom. Den av de syv som inntok alle måltidene på eget rom, opplevde fellesskapet ubehagelig. Da hun var ny i avdelingen, hadde hun sittet sammen med de andre under måltidet. Det ble for tungt å se unge som gamle i all deres elendighet, samtidig som hun selv skulle håndtere egne begrensninger: *«Jeg tvinger meg ikke til noe jeg ikke greier. Det gikk så innpå meg! … Ingen vet hvordan dette kjennes, før de er kommet så langt selv at de må ha hjelp og slik. … Det betyr mye at jeg får sitte alene å spise. Ja, det liker jeg best.»*

En annen sa rett ut at det var for mange «tutlete» der. Hun mente det var lite samhold rundt måltidet: *«Når jeg kommer inn til bordet, så sier jeg ikke noe til noen. Jeg sitter der og får maten min. Men hun ved siden av meg, hun liker ikke at jeg kommer inn på henne på en måte… Jeg sitter rett og slett for meg selv. Jeg kan ikke akkurat rope overalt heller!»*

Denne damen var veldig tunghørt. Hun hadde andre å snakke med utenom måltidene, men kjente seg lett isolert ved matbordet. En annen med redusert hørsel opplevde det ikke slik. Hun hadde to samtalepartnere ved bordet, og syntes det var tryggere og kjekkere å sitte sammen med noen når hun spiste. Hun hørte ikke alltid hva som ble sagt, men ville de hun skulle høre, tok de hensyn til det.

Forholdet til personalet

Pasientene viste stor forståelse for personalets travelhet. De fleste trakk frem at travelheten hindret personalet i å sette seg ned under måltidene. Noen mente at de knapt vekslet ord med dem da, og noen mente sågar at dette var helt i orden: *«Personalet går rundt her under*

måltidet. Og innimellom prater de nå litt med oss. … Det er greit nok at de går der slik, og ikke setter seg ned under måltidet.»

Ingen ytret direkte ønske om at de burde sette seg ned ved bordet, men flere opplevde det positivt når de gjorde det. Ettermiddagskaffen ble av flere fremhevet som spesiell i så måte. Da satt de ved små runde bord som gav mer rom for samtale. Personalet var mer selskapelige enn ellers, og flere fikk noen å samtale med. Å ha flere mentalt klare til stede var et uttalt savn for noen: *«Det er nok ikke mye tid for dem til å slappe av på den måten. Men det kunne kanskje ha vært en fordel at det var noen som var klare. Når de kjenner stedet og bygden her, de som lever og har levd her, så kan det være et kontaktpunkt. … Gammelt folk har lett for å prate mye, og får de ikke det, øker ensomheten, og det knekker dem til slutt.»*

DISKUSJON

Disse opplevelsene skriver seg fra syv pasienter i ett sykehjem, og kan slik ikke generaliseres til å være allmenngyldige. Hvert av temaene er imidlertid sammenfallende med Mäkeläs sosiale dimensjon (24). Pasientene har fortalt om ulike opplevelser knyttet til måltidene, som generelt bør være viktige å ta hensyn til. Man kan ikke se bort fra at de kan ha uttalt seg med forsiktighet for ikke å støte noen.

Daglige sosiale samlings-punkter

De eldre forteller at de setter pris på å sitte sammen med andre pasienter under måltidene. Det foretrekkes fremfor å sitte alene på rommet og kjenne på ensomheten. Flere av pasientene trekker frem et fellesskap med positiv atmosfære. Den sosiale dimensjonen fremheves av Simmel som noe av det sentrale ved måltidet. Man søker samværet primært for å være sosial, ha det hyggelig sammen og vise hverandre respekt (22). Slike samværsformer er funnet i sykehus, der måltidene ble et avbrekk i seg selv (28). For sykehjemspasientene representerer måltidene også noe å se frem til i kontrast til hvordan de ellers ventende tilbringer dagene. Måltidene kan gi dem samtalepartnere uten forpliktelser utover øyeblikkets samtale som en kjærkommen avveksling i hverdagen.

Et skikkelig måltid lignes ofte med måltidet i familiære sammenhenger (22, 23). Måltidet i sykehjem har ingen privat karakter som hjemme. De vil gjerne slippe å sitte alene, men uten frihet til å velge hvem de inntar måltidet sammen med, kan fellesskapet få et tvungent preg (29). Det tvungne blir gjerne underordnet for dem som har innfunnet seg med situasjonen, og «prøver å gjøre det beste utav det» som noen uttrykte det. Det ubehagelige kan ligge i å møte opp bare for å spise, men ikke for å delta i samværet rundt bordet (22). En av de intervjuede valgte å spise på eget rom. For henne ble pasientfellesskapet, eller mangelen på dette, ødeleggende for eget velvære under måltidet. Dersom fellesskapet ikke representerer den trygghet, hygge, forståelse eller tillit som en forventer, oppsøkes det heller ikke. Hauge hevder at i institusjoner for mennesker med store omsorgsbehov, vil mange ikke ha ressurser til å delta i slike krevende fellesskap (30). Pasientene ved sykehjemmet gir uttrykk for dette ved å vise til mangelen på krefter til å engasjere seg i noe utover det mest nødvendige. Mange kjenner på en skrantende helse med lite overskudd til mer enn å klare seg selv under måltidet, forflytte seg mellom rommene og fremstå mest mulig selvhjulpen.

Ulike studier viser at pasienter i varierende grad selv avgjør hvor de skal spise (10, 11, 13, 14). I denne studien lot det til at de fleste søkte samværet rundt matbordet. Få spiste alene på eget rom. Noe de formidlet var opp til dem selv. Karniala hevder at det ikke trenger være behovene eller ønskene pasientene har som styrer organiseringen av måltidene (7). I mange sykehjem kan det være et uttalt ønske fra personalets side å samle pasientene til et felles måltid. Begrunnelsen kan ligge i en effektiv avvikling av måltidene, eller nettopp i et ønske om måltidene som sosiale samlingspunkter (22, 24).

Ved dette sykehjemmet representerer måltidene daglige, tilbakevendende og regulerte treffpunkter (28, 29). Måltidene oppfattes som sosialt samlende, og for noen som berikende. De intervjuede formidler at de kjenner på samholdet seg imellom under måltidene. De er gjerne de mest ressurssterke ved sykehjemmet, og kan i større grad enn mange av de andre pasientene trekke veksler på fellesskapet. På tross av dette finnes der en viss innebygd skjørhet, slik Hauge påpeker i sin studie. Pasientene makter ikke å være aktive i hverandres selskap, når bordet deles med mennesker som ikke angår dem. Hennes funn indikerer at fellesskapet først blir meningsfullt for pasientene når personalet er til stede (30). Selv om pasientene sjelden søkte hverandres selskap utenom

måltidene, vektla flere samværet med de andre som positivt.

Få samtalepartnere

Under måltidet utfordres nærhet og distanse gjennom hvordan vi kommuniserer med hverandre (24). Reduserte kommunikasjonsevner kompliserer måltidsfellesskapet ved sykehjemmet. Pasientene forklarer mangelen på samtalepartnere hovedsaklig med redusert hørsel. Få fokuserer på mentale forandringer hos seg selv eller andre. De forteller om både samtaler og stillhet under måltidene. Noen hadde opplevd humørfylte samtaler som gav kvalitet til samværet, og som var medvirkende til at de sammen kjente seg vel. Hauge beskriver samtalene mellom pasientene i dagligstuen som svært personalavhengige. Siden mange av disse ofte har reduserte mentale ressurser, mener hun det oppstår en kommunikativ kollaps (30). I denne studien gav noen av de intervjuede uttrykk for at de selv kunne ta initiativ til samtaler som gav samværet kvalitet. Det vitner om trygghet og interesse for å delta i fellesskapet fra deres side. Reduserte kommunikasjonsforutsetninger og lite overskudd til samtale, var likevel en reell utfordring for samtlige.

Selv om Simmel ser måltidet som en anledning for ukjente til å bli kjent med hverandre (22), er det ikke for enhver gitt å finne sammen i sykehjem. For når mentale forandringer og reduserte sanser gjør det vanskelig både å se og huske den andre, vil fellesskapet lett kunne bli skadelidende (2). Det stiller krav til personalets tilstedeværelse, og til hvordan og med hvem pasientene sitter under måltidet. Bordplasseringen legger føringer for både samtaler og fellesskap ved bordene (15). Siden dette sykehjemmet er lokalisert i et lite lokalsamfunn, kjenner mange av pasientene hverandre fra tidligere. Disse finner gjerne lettere sammen ved bordet enn andre. Har man ikke interesse for dem som sitter nært opptil, vil det vanskeliggjøre enhver relasjon (2, 30). Pasientene sier de som oftest samtaler med dem som sitter nærmest. Store bord kan slik være til hinder, mens små bord kan fremme kommunikasjon (15). Pasientene trekker frem kaffemåltidet med sine småbord som noe eget. Gjennom bordets beskaffenhet kommer de nærmere hverandre. Duker og blomster gjør omgivelsene triveligere. Personalet fremstår mindre travle, og gir rom for samtale ved sin tilstedeværelse under måltidet, slik også Hauge beskriver i sin analyse (30).

For å kunne dele noe sammen med andre må det skapes meningsfulle måter å være sammen på. Det krever at man forholder seg til hverandre som enkeltindivider. Ved å gjøre den ene synlig for den andre, knyttes og opprettholdes ulike relasjoner (2, 25), og slik fremmes fellesskapet gjennom samtalen. Personalets kunnskaper om pasientene, deres historie og nærmiljø vil kunne fremme pasient- og personalinitiert samtale, og følgelig matens og samtalens nytelse. Måltidene representerer noe felles gjennom maten og menneskene, der den sosiale rammen skapes av dem som er til stede. Heri ligger utfordringen til personalet; å fremme pasientenes velvære og egeninteresse ved å bygge på den enkeltes iboende krefter, kunnskaper og vilje (5).

Personalets tilstedeværelse

Som ved flere andre sykehjem er måltidene også her preget av et personale i travelhet (8-11, 13, 14, 29, 30). Pasientene viser stor forståelse, men etterlyser indirekte personalets selskapelighet. Kaffemåltidet fremheves som noe eget, delvis grunnet personalets tilstedeværelse. Studier viser også at pasienter setter pris på personalets samvær under måltidene både som samtalepartnere og som en trygghetsfaktor. Når mangelen på samtalepartnere viser seg å være et problem for mange pasienter i sykehjem (9, 11, 30), har personalet en stor utfordring i å kompensere for dette. De kan på ulike måter være behjelpelige med å sette samtaler i gang ved å dvele rundt tidligere hendelser, minner og dagens begivenheter sammen med pasientene (25). Noen av pasientene fremhevet spesielt slike øyeblikk med personalet. Til forskjell fra mange av pasientene er personalet delaktige i samfunnslivet utenfor sykehjemmet gjennom eget arbeid og sosialt liv. De kan dermed gjennom samtaler med pasientene formidle biter av livet utenfor institusjonen.

KONKLUSJON

Artikkelen har fått frem ulike sider ved sosiale fellesskap rundt måltider i sykehjem i lys av syv pasienters opplevelser. Måltidene er viktige samlingspunkt i en monoton hverdag. Pasientene får en kjærkommen aktivitet å gå opp i, og gjerne en samtalepartner, men reduserte kommunikasjonsevner kompliserer det hele. Noen kan likevel ha glede av å være til stede under et måltid uten selv å delta i samtalen. Det sosiale fellesskapet kan ta ulike former i kraft av hva pasientene selv evner og ønsker å bidra med. Det er ikke gitt for alle å finne glede i ethvert felles måltid. Mange har mer enn

nok med maten, men den sosiale dimensjonen er like fullt sentral, selv om det sosiale fellesskapet fremstår som krevende. Ved å fokusere på disse utfordringene knyttet til måltidene i sykehjem, kan personalet utnytte måltidene til å styrke dette fellesskapet med de forutsetninger som ligger der. Personalet kan gjøre samværet rundt maten mer meningsfullt for pasientene ved selv å delta under måltidene som samtalepartnere. Slik kan de kompensere der pasientene selv ikke strekker til. Ved å se måltidene som en mulighet for sosialt samvær og hygge, og ikke som et matinntak alene, kan velvære og fellesskap skapes til tross for utfordringene.

Artikkelen problematiserer ikke hvordan pasientene opplever å være hjelpeavhengige i slike relasjoner, og hvordan de opplever å bli ivaretatt av personalet. r ønskelig å komme tilbake til dette forholdet basert på funn fra min studie i en senere artikkel (1).

REFERANSER:

1. **Melheim BG**. Å gå til duk og dekka bord – Eldre og matkultur i sjukeheim. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag; 2004
2. **Brunstad PO.** Måltidet – menneskets «fødested». I: Brunstad PO. Seierens melankoli - et kulturanalytisk essay. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
3. **Nightingale F.** Notes on nursing: What it is, and what it is not. Boston: William Carter 5thWater Street; 1860.
4. **Nissen R.** Lærebog i sygepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2000.
5. **Harmer B, Henderson V.** Textbook of the principles and practice of nursing. New York: The Macmillan Company; 1939.
6. **Kirkevold M.** Sykepleieteorier – analyse og evaluering. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1998.
7. **Karniala A.** Spisning som et spejlbilde af sygeplejens fokus. Klin Sygepl 1993; 7 (5): 2-8.
8. **Sørensen BA.** Sykehjem – velferdsstatens bakgård? Noen resultater fra en undersøkelse blant beboere, pårørende og ansatte ved et sykehjem i Oslo. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet. AFI-notat 10/95; 1995.
9. **Pedersen B, Jensen TØ.** Vi skal ikke vente oss noe ekstra heller, når vi er så gamle. Brukererfaringer fra bergenske sykehjem. Bergen: SEFOS-notat 110; 1995.
10. **Sletvold O, Solbu H, Hofstad T.** Kvalitet i sykehjem. Bergen: Nasjonalt geriatriprogram 1994-99. Rapport nr.2; 1999.
11. **Gjerberg E.** Kvalitet i sykehjem? En analyse av virksomheten slik avdelingssykepleierne ser det. Oslo: Statens institutt for Folkehelse. Arbeidsrapport nr.2; 1995.
12. **Houg T.** Takk bare bra ...? Flytteprosessen og hverdagen på sykehjem. Oslo: FAFO-rapport 2000; 1996.
13. **Egeland L, Gjerberg E.** God kvalitet på sykehjem? Hva mener pårørende? En studie blant pårørende ved 28 sykehjem i Norge. Oslo: Statens institutt for Folkehelse. Utredningsrapport nr. U1; 1996.
14. **Slagsvold B.** Velferd og levekår for sterkt hjelpeavhengige eldre tjenestebrukere. En datadokumentasjon med kommentarer. Oslo: Norsk institutt for oppvekst og aldring; 2000.
15. **Elvbakken KT.** Mat, alderdom og eldreomsorg. Oslo: Kommuneforlaget; 1993.
16. **Steen B.** Måltidens betydelse inom geriatriken. I Telegin ML, ed. Måltiden och måltidsordningen. Uppsala: Forskningsrådsnämden, 1991.
17. **Elmståhl S, Blabobil V, Fex G, Küller R, Steen B.** Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine. Effects of a changed meal environment. Compr Gerontol A 1987; 1 (1): 29-33.
18. **Thomasson J.** Trevligare måltider nyckeln til förbättringar. Vårdfacket 1993; 17 (3):18-19.
19. **Statens ernæringsråd.** Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner. Oslo: Universitetsforlaget; 1995.
20. **Sosial- og helsedepartementet.** Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Oslo; 1997.
21. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stmeld/bn.html Besøkt 13.oktober 2006
22. **Simmel G.** Måltidets sosiologi. Sosiologi i dag 1993; 23 (1): 3-9
23. **Thorsen K.** Maten i livet – Matens psykologi i et livsløpsperspektiv. Oslo: Norsk Gerontologisk Institutt; 1993.
24. **Mäkelä J.** Defining a meal. I: Fürst EL, Prättälä R, Ekström M, Kjærnes U, eds. Palatable worlds. Sociocultural food studies. Oslo: Solum Forlag; 1991.
25. **Heap K.** Samtalen i eldreomsorgen – Kommunikasjon – minner – kriser – sorg. Oslo: Kommuneforlaget; 2002.
26. **Fog J.** Med samtalen som udgangspunkt – Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.
27. **Kvale S**. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.
28. **Album D.** Nære fremmede – pasientkulturen i sykehus. Oslo: TANO; 1996.
29. **Røssland A.** Behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og tilfredshet med sykehjemmet. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag; 2001.
30. **Hauge S.** Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? – ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag; 2004.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELTET

Hvordan dekke individuelle behov ved måltider i sykehjem?

› Artikkelen viser hvor viktig det er å organisere måltidene på sykehjemmet med fokus på det sosiale samværet.

Erik M. Sundt

Av SIOBHAN BRAZILL
Fagutviklingssykepleier,
Svelvik Sykehjem

Les artikkelen på side 212 »

På Svelvik sykehjem har vi en stor somatisk avdeling med 32 senger, og pasientene som ønsker å spise ett eller flere måltider i fellesskap, får mulighet til det. Pasientene kommer seg fram til bordet på egen hånd eller ved hjelp fra personale. Forfatteren nevner ikke om studien hovedsakelig har tatt for seg middagsmåltidet, eller om deltagere har sagt noe om frokost og kveldsmat i tillegg. Vi ser at middagsmåltidet stort sett er preget av rutiner, relatert til servering og mating, og ofte foregår i et altfor raskt tempo. Personalet sitter, hovedsakelig med de pasientene som har behov for hjelp, men det ligger likevel en vurdering bak plassering ved bordene med hensyn til ulike behov og ønsker.

Frokost og kveldsmåltider er roligere og vi merker at disse måltidene har et mer sosialt preg enn middagen. Vi kjenner igjen pasientens uttalelser om ansattes travelhet og tilstedeværelse under ettermiddagskaffen. Mange pasienter har vanskeligheter med å følge med på og delta i samtaler. Dersom personalet ikke er til stede og hjelper til med å styre og bidra til samtale kan det lett oppstå uro.

Ved Svelvik sykehjem er mange av pasientene på arbeidsstua fram til kl 12.45 sammen med en aktivitør. Her er fokuset nettopp på det sosiale samværet, og at pasientene får en positiv opplevelse av delaktighet. Det er derfor viktig at personalet kan bidra til å lede og styre samtalen, slik at pasienter kan følge med på samtalen selv om de ikke bidrar aktivt. På samme måte som i studien, ligger Svelvik sykehjem i et lite samfunn, og samtaler er ofte preget av nærmiljøet og lokale nyheter.

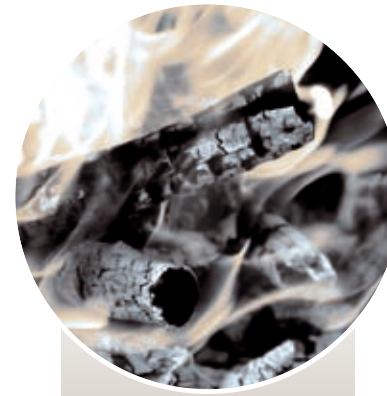
Pasientene gir ofte uttrykk for at maten og borddekorasjoner skaper en trivelig atmosfære, vekker appetitten og ikke minst stimulerer til samtale. Vi har ikke rutiner som tar spesielle hensyn til de sosiale aspektene ved måltidene, men vi kan stille spørsmål ved hvilke organiserings- og opplæringstiltak som kunne forbedre det sosiale fellesskapet, for eksempel samtaleteknikker.

På skjermet og rehabiliterings-/korttidsavdelinger sitter personalet ved bordet og spiser med pasientene. Dette gjør individuell tilrettelegging mulig og, som Melheim påpeker i denne artikkelen, fordi personalet ser på måltidene som et sosialt samlingspunkt i tillegg til kartlegging av spisevaner og ernæringsstatus. Samtidig er det viktig og huske at ikke alle trives med å spise i fellesskapet. Utfordringen for personale er å kunne legge til rette for at de som ønsker å spise på rommet sitt får mulighet til det, men likevel slipper å spise i ensomhet.

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

nucleus.no

ungdomskilde



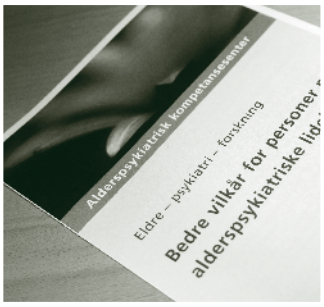
varmekilde

næringskilde

kunnskapskilde

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

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



LEDENDE INNEN ALDERSPSYKIATRI

– Ved å bygge opp senteret – stein for stein – legger vi forholdene til rette for at sykepleiere i større grad skal kunne forske, sier leder Birger Lillesveen ved Alderspsykiatrisk kompetansesenter SI på Hamar.

Tekst: **Trine-Lise Gjesdal**
Foto: **Trine Gjesdal/Colourbox.com**

Eldre mennesker med psykiske plager utgjør en stadig større del av helsevesenet. I særlig grad er demens hos eldre en gruppe i sterk vekst. Likevel har det foregått lite forskning innenfor dette området, utenfor universitetssykehusene. Det var med dette i tankene Sykehuset Innlandet HF (SIHF), divisjon psykisk helsevern, i 2004 besluttet å opprette et alderspsykiatrisk kompetansesenter. I løpet av fire år har kompetansesenteret etablert seg som en betydelig aktør innen alderpsykiatrisk forskning.

VELVILJE OG GODT SAMARBEID

Senterets overordnede mål er å bedre vilkår for personer med alderspsykiatriske lidelser. Studier som er gjennomført ved Alderspsykiatrisk kompetansesenter har bidratt til å sette fokus på de faktiske forholdene i norske sykehjem.

– Vi har produsert kunnskap som har vesentlig betydning for planleggingen av omsorg for personer med demens i norske kommuner. For eksempel har én kommune endret sine byggeplaner – og tilrettelagt plasser for personer med demens – etter at vi kartla andelen med personer med demens på sykehjemmet, forteller Birger Lillesveen.

– Dette har vært mulig å få til på grunn av velvilje hos ledelsen i psykiatrisk divisjon ved Sykehuset Innlandet HF, i tillegg til utstrakt samarbeid med sentrale kompetansemiljøer.

SYKEPLEIERE I FELTET

Alderspsykiatrisk kompetansesenter trekker frem prosjektet «Forskning og fagutvikling i sykehjem» som et eksempel på praksisnær forsking. Dette er et samhandlingsprosjekt mellom Alderspsykiatrisk kompetansesenter, SIHF og syv kommunale sykehjem.

– Den alderspsykiatriske pasienten finnes i hovedsak i kommunehelsetjenesten og spesielt på sykehjem. Mange har demenssykdom med psykiatriske og atferdsmessige tilleggssymptomer (APSD) som svekker pasientens livskvalitet og øker belastningen for omsorgspersonene. Disse menneskene er sårbare og flytting medfører ofte komplikasjoner. Derfor bør utredning og kartlegging foregå i sykehjemmene, forklarer prosjektkoordinator, og mastergradsstudent, Irene Røen ved Alderspsykiatrisk kompetansesenter.

> Senterets overordnede mål er å bedre vilkår for personer med alderspsykiatriske lidelser.

PRAKSISNÆR FORSKNING

Hovedprosjektet «Forskning og fagutvikling i sykehjem» ble igangsatt januar 2007 og strekker seg over en periode på tre år. En til tre sykepleiere fra hvert sykehjem er engasjert som pro-

› **FRA VENSTRE:** prosjektkoordinator Irene Røen, enhetsleder Birger Lillesveen, spesialkonsulent Lisbeth Dyrendal Høgset ved Alderspsykiatrisk kompetansesenter.

sjektmedarbeidere og gjennomgår felles opplæring. Kompetansesenteret bistår med utforming av fagutviklingsprosjekter, veiledning og undervisning.

– Sykepleierne involveres direkte ved at de arbeider ved de ulike sykehjemmene. Det er her de utfører selve kartleggingen og innhenter data til bruk i prosjektet. Sykepleierne gjør dette i nært samarbeid med øvrig personale ved sykehjemmene, forteller Røen.

BORT FRA SYNSING

Ved å gjennomføre en slik kartlegging setter man kunnskap personalet har om pasienten i system. Opplysninger innhentes også fra pårørende og journal, og i denne prosessen skjer det samtidig en faglig utvikling hos personalet.

– På denne måten unngås den klassiske «synsingen» vi ofte er så flinke til. Kartleggingen gir altså et bedre bilde av hvordan pasienten har det, hvilke problemer og hvilke ressurser vedkommende har og hvordan pasienten selv opplever sin tilværelse. Det gjøres en faglig vurdering av ferdigheter, adferd og symptomuttrykk som antas å medføre en bedre tilrettelagt behandling og omsorg overfor pasienten, forteller prosjektkoordinatoren.

NYTT PROSJEKT

Alderspsykiatrisk kompetansesenter SI har i samarbeid med Nasjonalt kompetanseseter for aldring og helse og NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus blitt tildelt tilskudd fra Helsedirektoratet til å gjennomføre et utviklingsprogram for miljøbehandling innen demensomsorgen. Programmet skal sette søkelys på fysiske og psykososiale rammebetingelser, relasjoner, kommunikasjon og miljøterapeutiske modeller. Til dette arbeidet deltar to av sykehjemmene som deltar i prosjektet «Forskning og fagutvikling i sykehjem». Programmet startet 1. oktober og vil ha en varighet på tre år.

UNIK STUDIE

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Alderpsykiatrisk kompetansesenter også fått i oppdrag å gjennomføre utviklingsprosjektet «Validering av individbasert pleie og omsorgsstatistikk (IPLOS) data i forhold tilpersoner med kognitiv svikt som bor hjemme». Mastergradsstudent Lisbeth Dyrendal Høgset ved Alderspsykiatrisk kompetansesenter er prosjektkoordinator.

– Denne studien startet opp i høst og vi kartlegger nå demens, funksjonsnivå, APSD og medikamentbruk hos 650 tjenestemottagere i et representativt utvalg av kommuner, forteller Dyrendal Høgset. Dette er også en forekomststudie og noe som tidligere ikke har vært gjort i Norge, avslutter hun.

«

FAKTA !

Pågående forskningsprosjekter ved Alderspsykiatrisk kompetansesenter:

- Psykisk helse i sykehjem
- Oxcarbazepins effekt på aggresjon og agitasjon
- Seponering av antipsykotika og antidepressiva hos personer med demens og APSD i sykehjem
- Den eldre pasient i medisinsk avdeling, forekomst av underliggende depresjon

Pågående utviklingsprosjekter ved Alderspsykiatrisk kompetansesenter

- Validering av IPLOS
- Forskning og utvikling i sykehjem
- Alderspsykiatrisk kompetansenettverk
- Utviklingsprogram for miljøbehandling innen

Av Kari Røykenes f. 1961
kari.roykenes@betanien.no
Høgskolelektor ved Betanien Diakonale Høgskole, Bergen

Metodetriangulering – et metodisk minefelt eller en beri

Flere fagområder, deriblant profesjonsforskningen, har tatt i bruk ulike metodiske tilnærminger for å få en mer helhetlig forståelse av fenomenene det forskes på.

Metodetriangulering innebærer at bestemte fenomener studeres fra ulike synsvinkler og synspunkter, og at problemstillingen belyses ved hjelp av forskjellige metoder (1). Selve ordet triangulering stammer fra landmåling og navigasjon, og er en prosess hvor en benytter to punkter for å finne den ukjente avstanden til et tredje punkt. Innen forskning er triangulering ikke bare blitt brukt om triangulering av metode. Men også triangulering av data hvor en anvender ulike datakilder, forskertriangulering som involverer flere ulike forskere samt teoritriangulering hvor flere teoretiske perspektiv blir brukt for å belyse et fenomen. I denne kronikken vil jeg forsøke å belyse triangulering av metode. Intensjonen er å vise at metodetriangulering utfordrer forskeren mer enn hva andre metoder ville ha gjort, og at en ved å triangulere har muligheten til en bedre og utvidet forståelse av fenomenet det forskes på.

ULIKE KUNNSKAPSSYN

Sammenlignet med rene kvalitative eller kvantitative metoder, er metodetriangulering en forholdsvis ny tilnærming og utformingen av denne er fremdeles under utvikling. Det er ulike måter å triangulere metoder på (2). Én måte som blir eksemplifisert i kronikken, er å anvende kvantitative metoder (for eksempel spørreskjema) for å kartlegge utbredelsen av et fenomen blant mange personer, for så ved hjelp av kvalitative metoder (for eksempel intervju) å få dybdekunnskap om fenomenet. En annen vanlig måte å triangulere metoder på er først å bruke kvalitative metoder for å få mer kunnskap om et område som ikke er klart definert av forskeren, for deretter å utarbeide spørreskjema som blir distribuert til flere personer.

En utfordring ved metodetriangulering er i følge Dootson (3) at metodevalget ikke er tilstrekkelig veloverveid hos alle forskere som velger å triangulere metoder. Han hevder at mange forskere ikke forstår kompleksiteten ved å blande metoder, som tradisjonelt har representert ulike forskningstradisjoner, fullt ut. McEnroy og Richards (4) hevder at en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder representerer et metodisk «minefelt» fordi de representerer ulike kunnskapssyn, virkelighetsoppfatninger, forskningsstrategier og tolkning av funnene. Kvantitative metoder har vært knyttet opp mot et positivistisk grunnsyn hvor målet har vært å finne objektive fakta på bakgrunn av empiriske observasjoner. Forskningsprosessen har derfor vært preget av klare strukturer (4). Kvalitative tilnærminger har derimot hatt fokus på det subjektive og vært mer fleksible. Et kjennetegn ved kvalitative metoder er blant annet at trinnene i forskningsprosessen i stor grad går over i hverandre (5), og kvalitative metoder har gjerne vært knyttet til fortolkningstradisjon (4).

Howe (6) sier at selv om forskning og forskningsmetoder tradisjonelt har vært knyttet opp mot ulike grunnsyn og paradigmer så er ikke denne tilknytningen nødvendig. Andre igjen (6) hevder det er en tendens til at mange forskere setter likhetstegn mellom metode og kunnskapssyn, men at det er sjelden kunnskapssynet fastsetter metoden. Man bør derfor ikke

kelse av fenomener?

fokusere på konflikter mellom ulike syn, men i stedet på hvilke metoder som er hensiktsmessige i forhold til å belyse fenomenet det forskes på.

EN NØDVENDIGHET INNEN PROFESJONSFORSKNING?

Hovedargumentet for å triangulere metoder innen profesjonsforskning synes å ligge i det som kjennetegner forskningsområdet. Profesjoner innen helse- og sosialfag blir gjerne definert inn under profesjoner som skal fungere som statens og kommunenes serviceorgan til befolkningen (7). Forskning her vil derfor innbefatte utviklingsarbeid og forskning som produserer kunnskap om profesjonsfeltet, kunnskap om utdanningen til personer som skal arbeid i profesjonsfeltet, og kunnskap om sammenhenger mellom utdanning og arbeide i profesjonsfeltet (8).

Områdene for profesjonsforskning indikerer at det er en nær og direkte relasjon til publikum (9), noe som skiller seg fra andre forskningsarena. Konteksten for utøvelse av profesjonen er derfor spesiell, og profesjonsutøveren skal formidle og bruke vitenskapsbasert kunnskap innen et praksisfelt som er preget av «relasjonar, moralske dilemma og såkalt taus kunnskap»(9). For å imøtegå denne kompleksiteten, og forsøke å belyse den, kan metodetriangulering være et verktøy som kan bidra til å utvide forståelsen.

HELHETLIG FORSTÅELSE ELLER BEKREFTELSE AV FUNN?

Som tidligere nevnt er det en del utfordringer knyttet til rammene for fortolkning og forståelse av de ulike typer data som de ulike metoder gir. Komplette data («completeness») er fremstilt som en av retningene innenfor metodetriangulering (10). Tilhengere av denne retningen hevder at målet ved metodetriangulering vil være å få mer fullstendige data om fenomenet, noe en kan oppnå fordi metodene videreutvikler og utfyller hverandre. Vi får en vekselvirkning som kan bidra til rikere og mer detaljert kunnskap om fenomenet. Dette er kunnskap man ikke i samme grad får ved å anvende bare en metode (10,1). Representanter for denne retningen vil hevde at en ikke kan forvente å se identiske funn ved å triangulere metoder. De fraråder triangulering som et mål for å øke funnenes validitet (11,12).

Bekreftelse («confirmation») er en annen retning innenfor metodetrianguleringen (10), og blir trukket frem som en av de mest kontroversielle. Tilhengere av denne retningen hevder at ulike metoder kan støtte hverandre ved at eventuelle svakheter ved en metode vil kunne motvirkes av styrken ved en annen. Følgelig er da triangulering det som skal til for å kunne produsere mer reliable og bekreftede resultater (10). Det foreligger ingen konsensus på dette feltet og ikke alle er enige i at metodetriangulering gir denne muligheten. Williamson (13) hevder at triangulering av metoder ikke utrydder problemene som ligger i datainnsamlingen de enkelte metodene representerer. Metoder som har oppstått via ulike tradisjoner gir ikke større nøyaktighet, men kan bidra til å utvide analysen, hevder han.

ET EKSEMPEL

For å synliggjøre kompleksiteten i metodetriangulering kan følgende prosjekt fungere som et eksempel. Prosjektet kan defineres inn under området relatert til utdanning for arbeid i et profesjonsfelt (8). Hensikten med prosjektet er å øke troen på egen mestring hos sykepleierstudenter i forhold til matematikkunnskaper og legemiddelregning. I

dette prosjektet vil metodetriangulering bli benyttet for å få et så komplett bilde (completeness) som mulig av studentenes kunnskaper innen matematikk, deres forhold til matematikk og legemiddelregning samt deres progresjon underveis i prosjektet. For å kartlegge hvilke studenter dette gjelder vil kvantitativ metode i form av spørreskjema bli benyttet. På bakgrunn av resultat av kartleggingen vil aktuelle kandidater få tilbud om å delta i eget undervisningsopplegg. I oppstart, underveis og i avslutning av undervisningsopplegget vil både kvalitative og kvantitative metoder for innsamling av data bli benyttet. Eksempelvis vil kvalitative metoder i form av fortelling og kvantitative metoder i form av rene matematikktester bli brukt. Ved å bruke fortelling vil en ha mulighet til å få et mer nyansert bilde av studentenes tidligere mestringsopplevelser eller nederlag innen matematikk, noe som har stor betydning for hvordan undervisningen legges opp. På en annen side har også matematikktester som gir informasjon om studentenes kunnskapsnivå stor betydning.

AVSLUTNING

Grad av validitet synes å avhenge av hvilke metoder som brukes og hvor langt fra hverandre de står med henhold til kunnskaps- og virkelighetssyn. Selv om skillet tradisjonelt har gått mellom kvalitative og kvantitative metoder, kan også variasjonen innenfor disse være store. Ryen (14) hevder at det råder større ulikheter innad i den kvalitative forskningen enn mellom kvantitativ og kvalitativ forskning. På denne bakgrunnen kan en se for seg en mulighet til å metodetriangulere med den hensikt å bekrefte funn.

Uavhengig av hvilket av disse forklaringsparadigmene en legger til grunn, vil det å anvende metoder som tradisjonelt har representert ulike paradigmer, kunne utfordre forskere som velger å triangulere metoder. Til tross for at metodetriangulering vil kunne være mer utfordrende enn andre «renere» metoder, er metodetriangulering innen profesjonsforskning et godt redskap til å studere flere og ulike sider ved et fenomen. Dette kan være med på å bidra til en mer ydmyk holdning i forhold til fenomenenes kompleksitet. «Paradoxically, we know more and doubt what we know. Ingeniously, we know there is always more to know» (15 s. 934).

REFERANSER:

1. Grønmo S. Samfunnsvitenskaplige metoder. Bergen: Fagbokforlaget, 2004,
2. Creswell JW. Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. Thousand Oaks, CA: SAGE Publication, Inc. 2003.
3. Halcomb E, Andrew S. Triangulation as a method for contemporary nursing research. Nurse Researcher, 2005;13:71–82
4. McEvoy P, Richards D. A critical realist rationale for using a combination of quantitative and qualitative methods. Journal of Research in Nursing, 2006;11:66–78.
5. Grimen H. Samfunnsvitenskapelige tenkemåter. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
6. Johnson R.B, Onwuegbuzie A.J. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. Educational Researcher, 2004;33:14–26.
7. Nygren P. Handlingskompetanse – Om profesjonelle personer. Oslo: Gyldendal akademiske, 2003.
8. Wilhelmsen B.U. http://gammel.uhr.no/nasjonale-rad/nrhs/dokumenter/april2005/wilhelmsen-filer/frame.htm
9. Hoel TL. KUPP-programmet og behov for profesjonsforskning. Norsk Pedagogisk Tidsskrift, 2005:304–401.
10. Risjord MW, Dunbar SB, Moloney MF. A new foundation for methodoligical triangulation. Journal of Nursing Scholarship, 2002;34:269–272.
11. Morse JM, Field PA. Qualitative Research Methods Health Professionals. Thousand Oaks. 1995
12. Denzin NK, Lincoln YS. Introduction. The Disipline and Practice og Qualitative Research. I: Denzin NK, Lincoln YS. (red). Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publication, Inc. 2000.
1**3. Williamson GR**. Illustrating triangulation in mixed-methods nursing research. Nurse Researcher, 2005;12:7–18.
14. Ryen A. Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid. Bergen: Fagbokforlaget, 2002.
1**5. Richardson L**. Writing. A Method og Inquiry. I: Denzin NK, Lincoln YS. (red). Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publication, Inc. 2000.

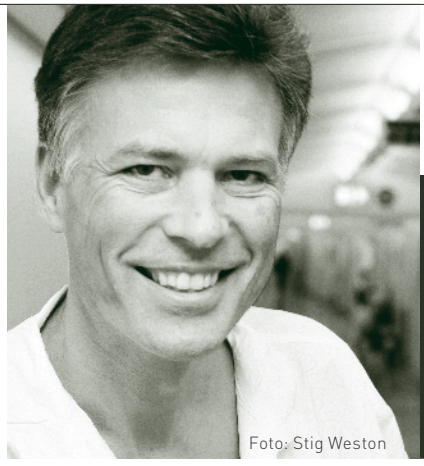


Foto: Stig Weston

Av Lars Mathisen

lars.mathisen@studmed.uio.no
Seksjonsoversykepleier,
Thoraxkirurgisk sengepost,
Rikshospitalet HF

INNSPILL !

ET 20-ÅRS JUBILEUM

> I år er det tyve år siden sykepleieren Karen Zander skrev pionérartikler om pasientforløp, pasientresultater og koordinering av innsats (1). Hennes utgangspunkt var tidsklemmen som helsepersonell stod overfor ved innføring av DRG-finansiering: Hvordan forene kortere liggetider i sykehus med kvalitet i pasientbehandlingen?

Samme år beskrev legen Paul Ellwood visjonen om Outcomes management – resultatstyrte helsetjenester. Evalueringen omfatter både pasienterfaringer og faglige og økonomiske kriterier for kvalitet. Et mål er å gjøre disse resultatene tilgjengelige for alle; pasienter, helsepersonell, skattebetalere og politikere (2). I løpet av de årene som har gått, har datateknologien revolusjonert kunnskapsformidling, tallbearbeiding og interaktiv kommunikasjon. Utviklingen gjør oss både i stand til å realisere visjonen om resultatstyrte helsetjenester og aktualiserer noen valg for veien videre.

I 2008 arbeider våre regionale helseforetak for å oppnå helhetlige pasientforløp og god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. Et verktøy i prosessen er utarbeiding av behandlingslinjer, det vil si forventet pasientforløp for spesifikke diagnosegrupper, forankret i faglig evidens og koplet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater (3). Mitt poeng er å peke på en fantastisk mulighet og to utfordringer i arbeidet med behandlingslinjer.

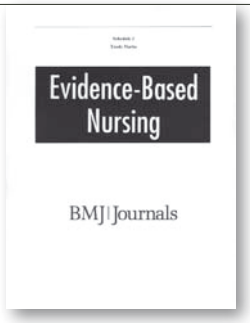
Innføringen av helhetlige pasientforløp gjør at sykepleiere kan samarbeide om pasientbehandlingen på tvers av avdelinger, institusjoner, og første- og andrelinjetjenesten. Det betyr for eksempel at veiledning til pasienter med koronar hjertesykdom om kosthold, mosjon og røyking kan skje gradvis, koordinert og målrettet. Uansett om pasienten er i utredningsfase, i tiden rundt hjerteoperasjon, eller i hjerterehabilitering. Systematisk veiledning gjennom hele behandlingslinjen øker sannsynligheten for en bedring – effektstørrelse – som er så stor at den kan måles og dermed oppfattes som verdiskapning.

Men mulighetene følges av nye utfordringer. Den første er å velge tidspunktet for når man skal avslutte en behandlingslinje. Når er målet for rehabilitering nådd? En rød tråd i pasientbehandlingen må være like tydelig for hjertepasienter som kontinuiteten en mor opplever fra svangerskap, føde/barsel og til helsestasjonen. Lengre behandlingslinjer vil stimulere til samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker en virksomhet som i sin essens er helsefremmende i tillegg til å behandle diagnoser.

Den andre utfordringen handler om å definere resultatmål. Det vi setter som resultatmål styrer hva behandlingslinjen skal bestå av. Her er det viktig å sikre at pasientopplevd, faglig, og økonomisk kvalitet integreres i pasientforløpene. Sykepleiere bør bidra til at pasientens opplevelse av sin sykdom og behandlingen av den settes på kartet. Noe som igjen vil være styrende for kompetansekrav i framtidens behandlingslinjer. Sykepleiere, klinikere og forskere, vil oppleve at arbeidet med behandlingslinjer får sterk innflytelse på hva som ansees som relevant og hva som blir finansiert innen forskning – kanskje i de neste tyve år.

1. **Zander K.** Nursing case management. Resolving the DRG paradox. Nurs Clin North Am 1988;23:503.
2. **Ellwood PM.** Shattuck lecture--outcomes management. A technology of patient experience. N Engl J Med 1988;318:1549.
3. http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?C=89&I=1032&D=2&mids=a24a160a

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



Noen tiltak kan redusere infeksjoner ved sentralt venekateter

Utvalg og oversettelse ved
Liv MereteReinar

Illustrasjonsfoto: **Colourbox .com**

Hva er effekten av forskjellige tiltak som skal redusere kateterrelaterte blodstrømsinfeksjoner (CRBSI's) og kolonisering på intensivavdelinger (ICU)?

SYSTEMATISK OVERSIKT

Studiene som ble selektert evaluerte korttids (< 21 dager) «non-tunnelled»- kateter og rapporterte insidensen av CRBSI hos pasienter ≥ 18 år innlagt i intensivavdeling. Eksklusjonskriteriene var studier som evaluerte helt implanterte, perifere sentrale venekateter eller hemodialyse-kateter, «arterial venous catheters» og de som ble gitt i diverse andre settinger. *Utfallsmål* var CRBSI og kolonisering.

METODE

Medline, CINAHL, EMBASE/experta Medica, Current Contents, Cochrane Library, Health Services Technology, Centre for Disease Control guideline and reports, og åtte andre databaser ble søkt (fra 1985 til februar 2007) for observasjonsstudier eller randomiserte, kontrollerte studier (RCTer) publisert på engelsk. 14 RCTer (n=2235, mean gjennomsnittlig alder 59 år, basert på 10 RCTer), én ikke-RCT og åtte observasjonsstudier møtte seleksjonskriteriene. Sju RCTer rapporterte randomiseringsmetode, én rapporterte skjult allokering og fire hadde blinding av utfallsmål.

HOVEDRESULTATER

Enkelte RCTer viste at desinfiserbare nålfrie overganger reduserte risikoen for CRBSI sammenliknet med treveisoverganger (tabell): desinfeksjon av hud med klorhexidin glukonat 2 prosent eller povdone iodine (PI) 5 prosent pluss etanol 70 prosent var mer effektivt enn PI 10 prosent alene. Og bruk av Vitacuff var mer effektivt enn ingen «cuff» for å redusere kolonisering. Femoralt innstikk var mer utsatt for kolonisering enn subklavia-innstikk (tabell).

KONKLUSJON

Noen tiltak reduserer risikoen for kateterrelatert blodstrømsinfeksjoner og kolonisering på intensivavdeling.

Sammendrag fra: Ramritu P, Halton K, Cook D et al. Catheter-related bloodstream infections in intensive care units: a systematic review with meta-analysis. J Adv Nurs 2008;62:3-21.

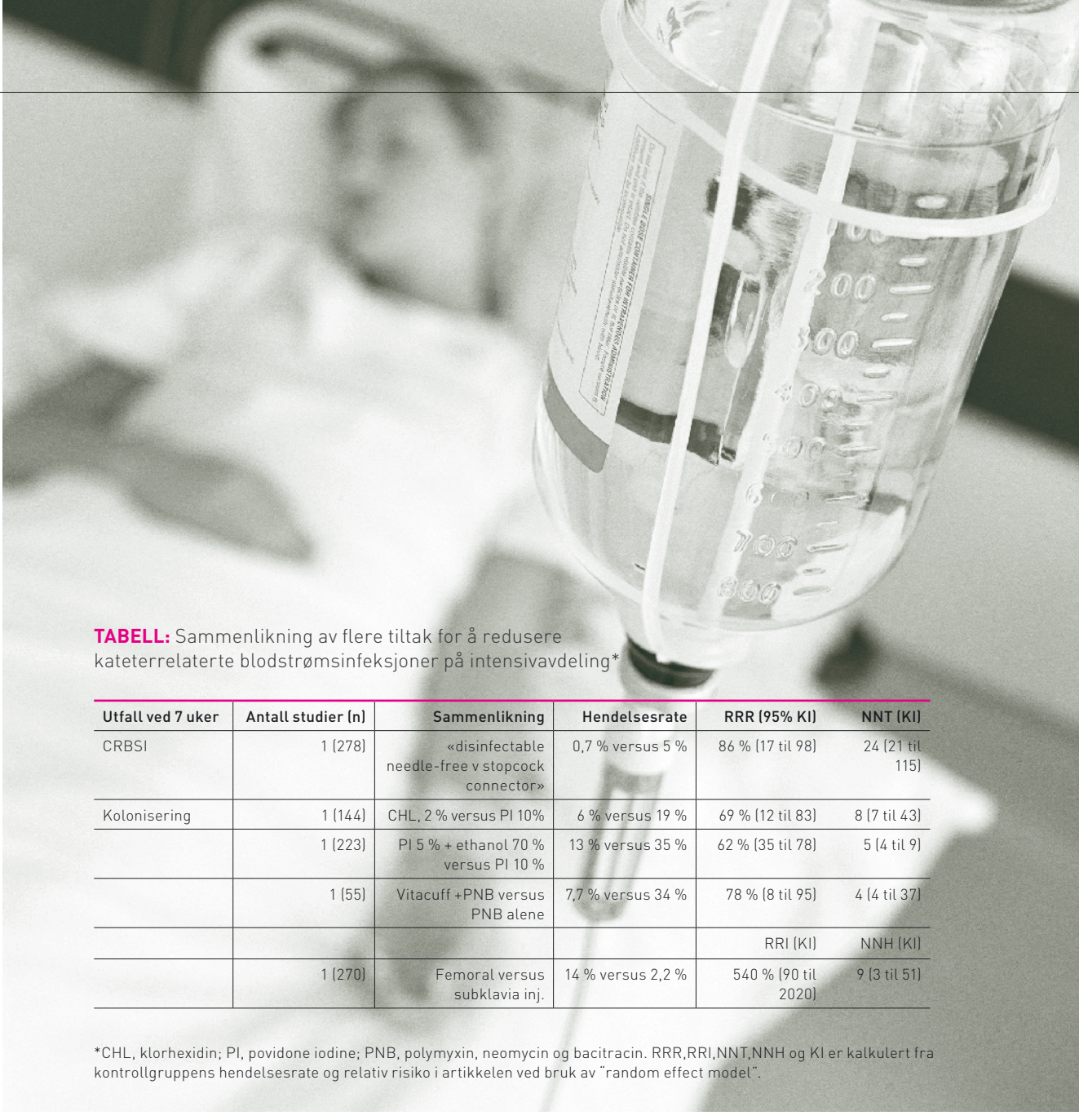
Korrespondanse: Dr N Graves, Queensland University of Technology, Brisbane, Queensland, Australia; n.graves@qut.edu.au

Finansiering: National Health and Medical Research Council of Australia «Clinical impact rating»: critical care 6/7; infectious disease 6/7.

! KOMMENTAR

Denne systematiske oversikten fra Ramus og medarbeidere gir godt grunnlag for å kunne redusere den risikoen for infeksjon som er assosiert med innleggelse og ivaretakelse av sentrale venekateter. Oversikten støtter bruk av andre strategier enn den økte bruk av dyre antimikrobiske katetre. Den viser at enkle, spesifikke tiltak, i tillegg til mer generelle strategier som opplæring av personell, infeksjonskontroll og feedback, er effektive.

Den eksplisitte hensikten med oversikten var å sammenlikne tiltak, andre enn antimikrobiske katetre, for å redusere CRBSI. Forfatterne tar for gitt at antimikrobiske katetre er dyrere enn andre tiltak, selv om kostnadene ved tiltakene ikke ble tatt med. Kostnadene er derfor uklare. Forfatterne konkluderer med at «tiltak utenom antimikrobiske kateter kan være brukbare for å redusere risiko». Det som er uklart er i hvilken grad antimikrobiske kateter i tillegg til andre tiltak bedrer utfall for pasientene. Dette var ikke fokus for oversikten og begrenser der-



TABELL: Sammenlikning av flere tiltak for å redusere kateterrelaterte blodstrømsinfeksjoner på intensivavdeling*

Utfall ved 7 uker	Antall studier (n)	Sammenlikning	Hendelsesrate	RRR (95% KI)	NNT (KI)
CRBSI	1 (278)	«disinfectable needle-free v stopcock connector»	0,7 % versus 5 %	86 % (17 til 98)	24 (21 til 115)
Kolonisering	1 (144)	CHL, 2 % versus PI 10%	6 % versus 19 %	69 % (12 til 83)	8 (7 til 43)
	1 (223)	PI 5 % + ethanol 70 % versus PI 10 %	13 % versus 35 %	62 % (35 til 78)	5 (4 til 9)
	1 (55)	Vitacuff +PNB versus PNB alene	7,7 % versus 34 %	78 % (8 til 95)	4 (4 til 37)
				RRI (KI)	NNH (KI)
	1 (270)	Femoral versus subklavia inj.	14 % versus 2,2 %	540 % (90 til 2020)	9 (3 til 51)

*CHL, klorhexidin; PI, povidone iodine; PNB, polymyxin, neomycin og bacitracin. RRR,RRI,NNT,NNH og KI er kalkulert fra kontrollgruppens hendelsesrate og relativ risiko i artikkelen ved bruk av "random effect model".

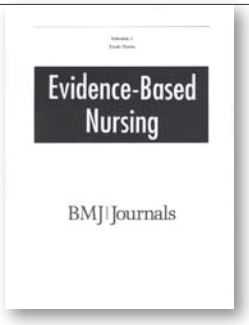
ved anvendelsen av resultatene i klinisk praksis.

Funnene fra oversikten har klare implikasjoner for sykepleiere som arbeider på intensivavdelinger. Spesifikke tiltak inkluderer hvor kateteret injiseres, hvilken type huddesinfeksjon som brukes, bytte av kateter på nytt injeksjonssted eller bruk av samme injeksjonssted, overganger og «hub»-typer, «attachabel cuffs», antall kateterlumen og opplæringsstrategier. Noen intensivsykepleiere vil påstå at funnene er vel kjente og iverksatt. Men denne oversikten gir en samlet vurdering, i stedet for mange informasjonskilder, og bringer tiltak og strategier fra ideer og teorier fram til en systematisk tilnærming for praksis.

Likevel, flere spørsmål reiser seg om hva som er den beste tilnærmingen.

Sammenlikning av flere tiltak for å redusere kateterrelaterte blodstrømsinfeksjoner på intensivavdeling*

Stephen D Krau, PhD, RN, CNE, CT.
Vanderbit University School of nursing, Nashville, Tennesee, USA.



Terminal sykdom og formidling av sannheten

Utvalg og oversettelse ved
Liv Merete Reinar
Illustrasjonsfoto: **Colourbox**

Hva er holdingen til formidling av sannheten hos pasienter med terminal sykdom og deres omsorgspersoner? Hva er antatte barrierer for full informasjonssutveksling?

DESIGN
Kvalitativ pilotstudie.

SETTING
Fire palliative sentre som tilbyr hjemmeomsorg i Belgia.

DELTAKERE
17 pasienter > 18 år som hadde alvorlig sykdom (kreft), antatt levetid på cirka tre måneder, og hadde blitt informert om sin diagnose og prognose; åtte slektninger; og 29 helepersonell (14 fastleger, ti sykepleiere, fire spesialister og en psykolog).

METODE
Pasientene (og deres pårørende) var med i individuelle intervjuer; Elleve andregangsintervjuer ble holdt. Helsepersonell deltok i tre fokusgrupper, som fokuserte på lege–sykepleierrelasjoner, lege–spesialistrelasjoner og tverrfaglig samarbeid. Intervjuene og fokusgruppene ble tatt opp på bånd og transkribert. Det ble brukt «grounded theory»-analyse som inkluderte en interaktiv prosess for koding av tema og konstant sammenlikning.

HOVEDFUNN
Pasienters holdinger til å bli fortalt sannheten. Pasientenes preferanser varierte for når og hvordan de ønsket å bli informert. Mange pasienter foretrakk at informasjon ble gitt gradvis, i sakte tempo, og var skreddersydd deres emosjonelle respons. Mange tolererte ikke dårlige nyheter og detaljert informasjon. Forestående død var det mest truende emnet. Noen få pasienter ønsket all tilgjengelig informasjon om sin medisinske tilstand og prognose, men selv disse pasientene diskuterte ikke hvordan de ville dø eller «end-of-life»-avgjørelser. Noen pasienter aksepterte at leger valgte å holde tilbake informasjon «i pasientens interesse». Alle pasienter ønsket at omsorgspersoner skulle være ærlige, men noen var ambivalente til om de ville vite «hele sannheten»: «… jeg vet at jeg skal dø. Men å bli fortalt at jeg skal dø innen to uker er noe annet. Jeg vet at jeg kan dø hvilken dag som helst, men jeg vil helst ikke vite at det kan skje i morgen … Likevel, jeg ønsker sannheten. Det er litt paradoksalt, er det ikke, å ville det

! KOMMENTAR

Fokuset i denne viktige studien fra Descheper og medarbeidere er på å fortelle sannheten i livets siste fase. Hovedfunnene viser utfordringene som møter pasienter og profesjonelle, særlig når usikkerhet, ambivalens og motsetninger kommer fram. Slike problemer er vanlige og kan forventes når personer møter dødens realitet. Det finnes mye litteratur som viser til måter å møte problemer ved kurativ, palliativ og terminal omsorg (1,2).

Denne studien fra Descheper og medarbeidere identifiserer et paradoks for dagens «end-of-life»-praksis. I Storbritannia, for eksempel, finnes «End of life Care Strategy» (3) som kjemper for avansert planlegging ved livets slutt gjennom flere tiltak basert på pasientenes preferanser og valg. Som ved andre europeiske initiativ så er prinsippet om å bedre omsorg ikke bare basert på at pasienten er villig til å delta i diskusjoner rundt komplekse valg ved livets slutt. Men impliserer også at relasjonene mellom pasient og omsorgsgiver og videre sosiale og kulturelle interaksjoner bidrar til denne tilnærmingen. Drought og medarbeidere (4) antyder at forestillingen om pasientens egne valg ofte befordrer at pasientene direkte konfronteres med døden og må dokumentere særlige preferanser for medisinske behandlingsformer. De fleste pasienter foretrekker å legge

ene og så det andre?» Noen pasienter ville ikke bare ha sannheten, men ønsket også å bli gitt håp.

Holdingene til helsepersonell
Det sentrale tema som kom fram i fokusgruppene var at å fortelle sannheten var en «dosert og gradvis» prosess heller enn en engangshendelse. (Det vil si å avdekke hele sannheten én gang uten planer for oppfølging). De fleste lot pasientene bestemme tempo, men noen ønsket selv å bestemme tempo. Alle var enige om at det var uakseptabelt å lyve, men de følte samtidig at det å gi informasjon om alle mulige komplikasjoner ville være en for stor byrde for pasienten.

Barrierer for kommunikasjon
Antatte barrierer for å fortelle sannheten, som ble identifisert av både pasienter og omsorgsgivere, var legenes mangel på tid og begrensinger i medisinsk kunnskap når det gjaldt å forutsi tid og forhold rundt døden. Omsorgspersoner følte også at «teknologien» rundt en del av informasjonen var for mye i forhold til enkelte pasienters forståelse.

KONKLUSJON

Pasienter med terminal sykdom og deres omsorgspersoner foretrakk en dosert og gradvis prosess for å formidle sannheten. Barrierer for å fortelle sannheten var legenes mangel på tid, Medisinske og kunnskapsmessige begrensinger for å kunne fortelle når døden inntreffer, samt pasientenes kapasitet når det gjaldt evnen til å forstå teknisk informasjon.

Sammendrag av: Deschepper R, Bernheim JL, Stichele RV, et al. Truth-telling at the end of life: a pilot study on the perspective of patients and professioanl caregivers. Patient Educ Couns 2008;71:52-6.

Korrespondanse: Dr R Descheper, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, Belgium: Reginald.deschepper@vub.ac.be; rdeschep@vub.ac.be

Finansiering: Belgian Science Policy and Research Council of Vrije Universiteit Brussel.

KOMMENTAR

fram sine ønsker i mer generelle former, som overordnede ønsker om omsorg (vanligvis i tillegg til, eller i stedet for, spesifikke krav) og de vil åpne for at andre deltar når bestemmelser skal tas. Deschepper og medarbeidere bifaller dette når de sier at «... pasienter synes ikke å være foreberedt på autonomi og en ny åpenhet fra omsorgspersoners side» (5). De foreslår at det er behov for at omsorgsgivere er mer involvert i beslutninger. Mer utdyping av dette aspektet vil være nyttig, særlig i lys av kunnskapen om at omsorgsgivere ofte ikke skiller mellom pasientens behov for informasjon, håp for omsorg og vilje til å ta ansvar når valg og beslutninger skal tas.

Helen Roberts, RGN, MSc, University of York, York, Storbritannia

1. Ngo-Metzer Q. August KJ, Srinivasan M, et al. Am Fam Physician 2008;77:167-74.

2. Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, et al. J Med Ethics 2007;33:51-7.

3. Departement of Health. End of care strategy – promoting high quality care for all adults at the end of life. July 2008. http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/eolc (lest 22 jul 2008)

4. Drought TS, Koenig BA. Gerontologist 2002;42 Spec No 3:114-28.

5. Seymour J, Witherspoon R, Gott M, et al. End-of-life care: promoting comfort, choice, and well being for older people. Bristol, UK: The Policy Press, 2005.

Refleksologi kan bedre urinveissymptomer hos pasienter med multippel sklerose

Utvalg og oversettelse ved
Liv Merete Reinar
Illustrasjonsfoto: **Colourbox**

Hva er effekten av og sikkerheten ved å tilby refleksologi til pasienter med hvilken som helst tilstand?

SYSTEMATISK OVERSIKT

Studier som ble valgt sammenliknet refleksologi med ingen eller annen terapi til pasienter med hvilken som helst tilstand. Studiene skulle rapportere symptomer, psykologisk velvære, livskvalitet eller opplevelsen av å motta refleksologi. Studiene skulle også være av minimum moderat metodisk kvalitet i henhold til krav satt av «US Preventive Services Task Force». Ekskluderte studier evaluerte kombinasjonsterapier med refleksologi og andre terapier, yngre deltakere (< 18 år), < ti deltakere per gruppe, eller at forfatteren ga for lite informasjon om effektmål. *Utfallsmål* var urinveissymptomer, paraesthesia, muskestyrke, spastisitet, lungefunksjon, menopausesymptomer, angst, depresjon, livskvalitet, symptombedring ved irritabel tarm, leggomkrets og bivirkninger.

METODE

Søk i medline, Cochrane Library, ProQuest Medcal Bundle, Evidence Based Medicine Reviews SCOPUS, Chinese electronical periodical services, og Wangfane fra 1996 til 2007 for kontrollerte studier publisert på engelsk og kinesisk. Fem randomiserte, kontrollerte studier (RCT) (n=251) møtte inklusjonskriteriene. De sammenliknet refleksologi med leggmassasje, ikke-spesifikk fotmassasje, avslappende refleksologi eller hvile.

HOVEDRESULTATER

Én enkelt studie (n=39) fant at refleksologi bedret urinveissymptomer mer enn leggmassasje hos pasienter med multippel sklerose (effektstørrelse -0,9, 95 prosent KI -1,6 til -0,2). Andre

! KOMMENTAR

Resultatene fra denne systematiske oversikten fra Wang og medarbeider vil være skuffende lesing for sykepleiere som allerede bruker refleksologi i sin kliniske praksis, særlig i lys av ønsket om å praktisere kunnskapsbasert. Likevel stimulerer dypere analyse av konklusjonene til kritisk refleksjon. Selv om rutinemessig tilbud ikke blir anbefalt er det ikke nødvendigvis kontraindisert å tilby refleksologi til den individuelle pasient. Men det må være basert på vurdering av klinisk behov og pasientens preferanser. Sykepleiere må sikre at tilbud om refleksologi er i tråd med lokale retningslinjer for organisasjonen de praktiserer i. Disse bør tydeliggjøre om refleksologi er et behandlingstilbud eller en del av sykepleien. Bruk av refleksologi kan være en del av sykepleien hvis det møter et sykepleiebehov, særlig behov som er vanskelig å møte med effektiv behandling.

Oversikten til Wang og medarbeidere fant at refleksologi ikke var effektivt for velvære eller emosjonelt stress, men andre har funnet at det er effektivt mot stress (støttet av fysiologiske endringer) (1). Selv om refleksologi har begrenset effekt kan det være en mulighet for sykepleiere til å bruke spesifikk tid i ro sammen med pasientene. Slik «kvalitetstid» kan fremme kommunikasjon, ett viktig aspekt i et terapeutisk forhold.

Skeptikere vil med rette stille spørsmål om refleksologi har samme effekt som «caring touch» sammen med fotmassasje. Selv om oversikten til Wang antyder at det er noe spesielt og annerledes med refleksologi så bør sykepleiere være tilbakeholdende.

1. **Hodgson N, Andersen S.** The clinical efficacy of reflexology in nursing home residents with dementia. J Altern Complement Med 2008;14:269-75.
2. **Angela Avis,** MBE, RGN, MA
Oxford Brookes University, Oxford, UK

studier fant ingen forskjell mellom grupper på paraesthesia, muskelstyrke eller spastisitet på pasienter med multippel sklerose; lungefunksjon på pasienter med bronkial astma; hetetokter, nattesvette, angst, depresjon eller livskvalitet hos kvinner i menopausen; eller på leggomkrets hos gravide med fotødemer. Ingen studier rapporterte bivirkninger.

KONKLUSJON

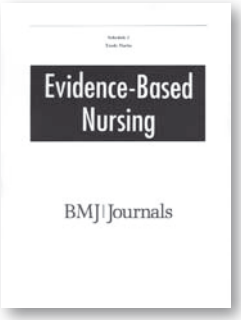
Refleksologi bedret urinveissymptomer hos pasienter med multippel sklerose, men var ikke effektivt for andre utfall for en rekke tilstander.

Sammendrag fra: Wang MY, Tsai PS, Lee PH, et al. The efficacy of reflexology: systematic review. J Adv Nurs 2008;62:512-20.

Korrespondanse: Dr P-S Tsai, Taipei Medical Universitu\y, Taipei, Taiwan; ptsai@tmu.edu.tw

Finansiering: Departement of Health, Executive Yuan, Taiwan

«Clinical impact rating»: komplementær behandling 4/7; allmennpraksis 6/7.



Forskningsnytt

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

Smerter hos pasienter på norske sykehjem

Mellom 30–40 prosent av pasientene som hadde smerter fikk ikke smertestillende medisin. Dette går frem av funnene i en studie som beskriver forekomst av smerter blant sykehjemspasienter og deres bruk av smertestillende medikamenter.

I denne tverrsnittsstudien ble data samlet inn ved intervjuveiledet utfylling av spørreskjema og ved at pasientenes primærsykepleiere vurderte deres smerteatferd på en standardisert måte. Innlagte pasienter over 65 år ved syv norske sykehjem i Midt-Norge ble forespurt om å delta i studien i perioden 2005 og 2006.

KOMMENTAR !

Studien viser at smertevurdering og -lindring av eldre pasienter i sykehjem bør gis større oppmerksomhet. Kan årsaken til at pasienter med redusert kognitiv funksjon rapporterte mindre smerter enn dem med normal kognitiv funksjon skyldes at de har en annerledes smerteopplevelse?

Selvrapportert smerteintensitet ble kartlagt ved hjelp av en firepunkts graderingsskala. For pasienter med redusert kognitiv funksjon, ble pasientenes smerter vurdert av primærsykepleierne gjennom registrering av deres smerterelaterte atferd (Dopolus-2). Ved bruk av denne metoden vurderes ti atferdsområder bestående av tre kategorier: somatisk, psykomotorisk og psykososial atferd. Vurderingen skåres på en skala fra null til tre som summeres til en samleskala fra null til 30. Pasienter med en skår høyere enn fem ble vurdert til å ha smerter. I tillegg ble det samlet inn opplysninger om sosiodemografiske forhold, funksjonsnivå, bruk av smertestillende medikamenter og smerterelaterte diagnoser.

Blant de 307 pasientene som var innlagt ved sykehjemmene, deltok 70 prosent i studien. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 86 år og over to tredjedeler var kvinner. Seksti prosent av smertedataene var selvrapportert smerte.

I gruppen med selvrapportert smerte oppga 51 prosent at de hadde smerter, hvorav fjorten prosent hadde sterke smerter og 31 prosent moderate. I gruppen hvor smerter ble vurdert, hadde 67,5 prosent av pasientene smerter. De oftest forekommende smerterelaterte diagnosene var hjerneslag (34 prosent) og benbrudd (24 prosent). Blant gruppen med selvrapportert smerte, fikk 28 prosent ingen medikamentell smertebehandling, mens denne andelen var 38 prosent i gruppen med vurdert smerte. Studien fant at pasienter med dårligere kognitiv funksjon hadde en tendens til å rapportere mindre smerter.

En relativt høy andel av pasientene i sykehjemmene som hadde smerter fikk ingen medikamentell smertebehandling.

REFERANSE

Torvik K, Kaasa S, Kirkevold O, Rustøen T. Pain in patients living in Norwegian nursing homes. Palliat Med 2008 doi:10.1177/0269216308098800.

Smerter hos pasienter med beinmetastaser

Eldre kreftpasienter innlagt i sykehus hadde sterkere smerter, men fikk mindre sterke smertestillende medikamenter enn dem som var yngre. Dette var ett av funnene i en studie som kartla forskjeller i smerteintensitet, medikamentell smertebehandling og tilfredshet med smertebehandling mellom eldre og yngre kreftpasienter med beinmetastaser.

Forskningsspørsmålene ble besvart ved hjelp av en tverrsnittsstudie hvor alle sykehus i Norge ble bedt om å kartlegge smerter og smertebehandling én bestemt dag i mai 2004. Den norske kortversjonen av Brief Pain Inventory (BPI) ble brukt til smerteregistrering. Spørreskjemaet består av to dimensjoner. Smerteintensitet som handler om smerteopplevelse de siste 24 timer. I hvilken grad smertene påvirket pasientenes generelle aktivitet, søvn og tilfredshet med livet anga smertens innvirkning på fungering. Disse opplysningene ble registrert på en skala fra 0–10. Den medikamentelle smertebehandlingen pasientene fikk ble kartlagt og inndelt i tre styrkegrader.

Av 138 pasienter med kreft og beinmetastaser, deltok 57 prosent i undersøkelsen. I gruppen eldre over 65 år (n=39), varierte alderen fra 66–88 år og gjennomsnittsalderen var 76 år. I den resterende delen av utvalget (n=40) varierte

> **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

Urininkontinens hos eldre med hjemmesykepleie

Hele 45 prosent av mennene og 47 prosent av kvinnene som fikk hjemmesykepleie hadde urininkontinens. Hensikten med studien var blant annet å kartlegge forekomst av urininkontinens hos pasienter som fikk hjemmesykepleie i elleve europeiske land, samt hvilke forhold som samvarierte med forekomst av urininkontinens.

En tverrsnittsstudie med retrospektiv innsamling av data ble brukt for å besvare studiens problemstillinger. Studien ble gjennomført parallelt i alle landene i perioden 2001–02. Et tilfeldig utvalg av 4010 personer over 65 år som mottok hjelp i hjemmet ble vurdert ved hjelp av datainnsamlingsverktøyet «Ressident Assessment Instrument» (RAI-HC). RAI-HC kartlegger blant annet om pasientene er inkontinente for urin. I tillegg ble blant annet opplysninger om kognitiv funksjon, overvekt, polyfarmasi (bruk av seks eller flere medikamenter) og evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet (ADL) samlet inn. Medisinsk- og sykepleiefaglige opplysninger ble innhentet fra pasientenes journaler. Gjennomsnittsalderen til pasientene var 82,3 år og kvinneandelen utgjorde 74 prosent av utvalget.

Forekomsten av urininkontinens i hele utvalget var 47 prosent, og 39 prosent brukte en form for innlegg eller bleie. Blant pasienter i hjemmesykepleien i Norge var tilsvarende tall 37 og 29 prosent. Pasienter som måtte ha hjelp for å komme på toalettet, var sterkt overvektige, hadde redusert kognitiv funksjon og mindre evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet. De hadde også en høyere tendens til urininkontinens og til å bruke innlegg eller bleie enn de som ikke var overvektige, hadde normal kognitiv funksjon og høy grad av evne til å gjennomføre ADL.

Studien viser at urininkontinens forekommer relativt hyppig hos pasienter i hjemmesykepleien. Det er derfor nødvendig at helsearbeiderne er oppmerksomme på dette problemet.

REFERANSE

Sørbye LW, Finne-Soveri H, Ljunggren G, Topinkova E, Garms-Homolova V, Jensdottir AB, Bernabei R. Urinary incontinence and use of pads - clinical features and need for help in home care at 11 sites in Europe. Scand J Caring Sci 2008; doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00588.x

KOMMENTAR !

Studien beskriver en rekke faktorer som viste samvariasjon med forekomst av urininkontinens. Ifølge artikkelen ble det trukket ut 4010 tilfeldige pasienter som ble forespurt om å delta i studien. Det ble innhentet informert samtykke fra disse. Samtidig er data fra alle 4010 brukt i analysene hvilket tilsier 100 prosent deltakelse.

---

alderen fra 43–64 år med et gjennomsnitt på 57 år.

Pasientene over 65 år skårte høyere på smerte og smerteintensitet enn pasientene under 65 år. Blant pasientene under 65 år, brukte 90 prosent sterke opiater mens denne andelen var 69 prosent (P=0.024) blant de eldste pasientene. Pasientenes alder viste ingen sammenheng med verken pasientenes tilfredshet med smertebehandling eller med smertens innvirkning på deres fungering.

Helsearbeidere bør rette større oppmerksomhet mot vurdering og behandling av eldres smerter.

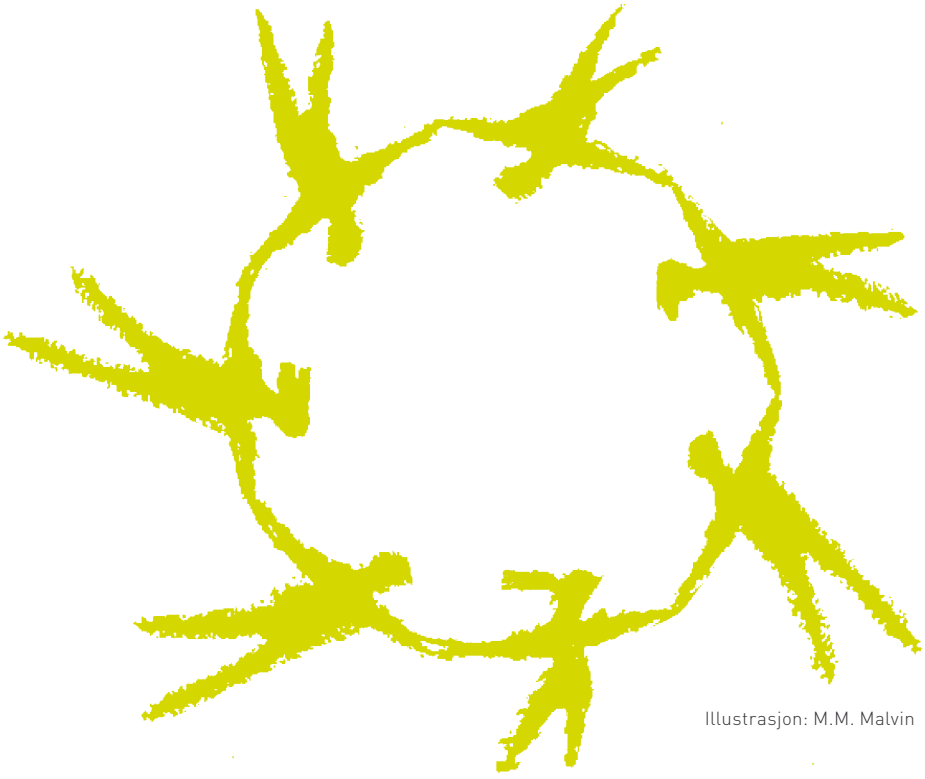
REFERANSE

Torvik T, Hølen J, Kaasa S, Kirkevold Ø, Holtan A, Kongsgaard U, Rustøen T. Pain in elderly hospitalized cancer patients with bone metastases in Norway. Int J Palliat Nurs 2008; 14:238–45.

KOMMENTAR !

Utvalget i denne studien var relativt lite. Samtidig samsvarer flere av funnene med funn i tilsvarende studier. Blant pasienter som ikke deltok i studien, var det flere eldre over 65 år enn yngre. Hvis andelen som fikk sterke opiater var høyere blant eldre som ikke deltok enn eldre som deltok, kan dette ha påvirket resultatene i undersøkelsen.

Berøring gir noe smertelindring



Illustrasjon: M.M. Malvin

Forfatterne stilte følgende spørsmål: Hva er effekten av berøringsterapi for å lindre både akutte og kroniske smerter? Har berøringsterapi noen bivirkninger?

Smerte er et globalt og vanlig helseproblem som rammer mange pasienter og deres familier. Noen sykehus, i for eksempel USA, tilbyr berøringsterapi som en del av behandlingen til pasienter med smerter.

Resultatene fra forskningen er ikke entydig, men det finnes noe støtte for at berøringsterapier hjelper. Berøringsterapier («Healing Touch», «Theraputic Touch» og «Reiki») kan redusere smerter hos barn og voksne. Studiene hvor terapeutene var mest erfarne viste best effekt. Det er også mulig at terapeuter som brukte Reiki ga best effekt. Om mer erfarne terapeuter og spesiell type berøringsterapi gir bedre smertelindrende effekt må likevel utdypes mer.

Studiene var små og det trengs mer forskning, særlig når det gjelder effekten på barn. Det ble ikke dokumentert noen bivirkninger.

Resultatene baserer seg på 24 studier med totalt 1153 pasienter. Forfatterne søkte etter studier fram til juni 2008.

Kilde

So PS et al. Touch therapies for pain relief in adults. Cochrane Database of Systeamtic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD006535. DOI: 10.1002/14651858. CD006535.pub2.

Skrevet av **Liv Merete Reinar**, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Avslapningsøvelser kan redusere depressive symptomer

Forfatterne stilte følgende spørsmål: Er avslapningsøvelser effektive for å redusere depressive symptomer og gi færre tilbakefall?

Mange personer med depresjon får ingen behandling eller de utsetter behandling. En grunn kan være at de ikke ønsker å bruke antidepressiva. En annen grunn er at det er begrenset tilgang på psykologiske tiltak, som for eksempel kognitiv atferdsterapi. Avslapningsøvelser er et enkelt tiltak som kan tilbys etter kort opplæring.

Denne systematiske oversikten viser at avslapningsøvelser var mer effektivt enn ingen behandling, men ikke så effektivt som for eksempel kognitiv adferdsterapi. Avslapningsøvelser kan være førstevalget i behandling av depresjon. De som ikke viser bedring kan så tilbys mer kompleks psykologisk behandling som for eksempel kognitiv adferdsterapi.

Avslapningsøvelser kan være «progressive muscle relaxation», autogen trening eller stressmestring.

Resultatene baserte seg på 15 studier med totalt 791 pasienter. Effekten av musikkterapi, meditasjon og yoga blir vurdert i andre systematiske oversikter. Forfatterne søkte etter studier fram til februar 2008.

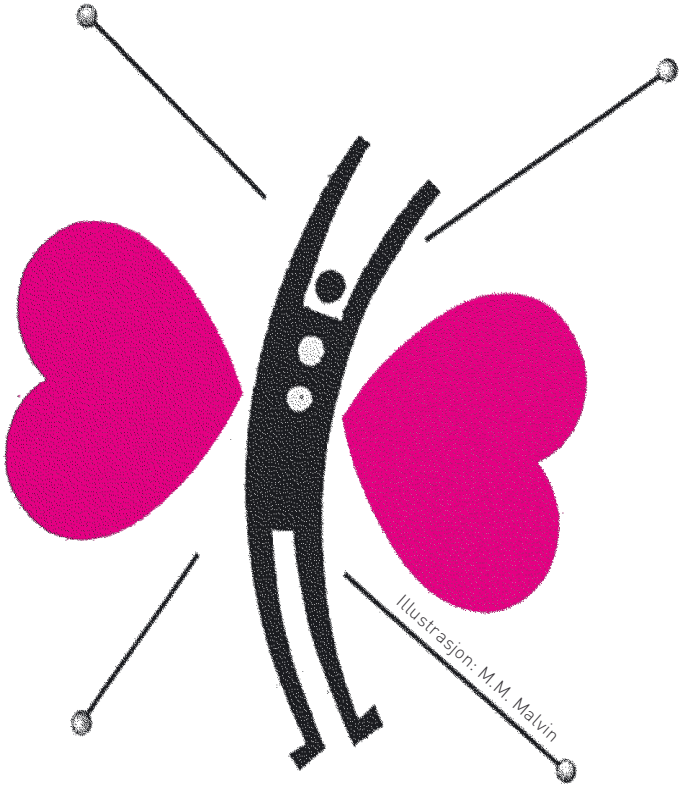
Illustrasjon: M.M. Malvin

Kilde

Jorm AF, et al. Relaxation for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art No.: CD007142. DOI: 10.1002/14651858.CD007142.pub2.

Skrevet av **Liv Merete Reinar**, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Akupunktur kan være gunstig ved assistert befruktning



Forfatterne stilte følgende spørsmål: Hva er effekten av akupunktur gitt i forbindelse med assistert befruktning?

Akupunktur kan bedre fertilitetsraten ved in vitro fertilitsering (IVF). Når akupunktur gis den dagen befruktet egg implanteres slår det positivt ut på raten av levende fødte barn (OR 1,89, 95 prosent KI 1,29 til 2,77). Effekten er ikke til stede når akupunktur gis to til tre dager etter implantasjonen (OR 1,79, 95 prosent KI 0,93 til 3,44). Det er ingen dokumentasjon for at akupunktur har effekt når det gis i tiden egg hentes ut.

Ett av sju til ti par i høyinntekstland kan være subfertile. Mange søker hjelp i helsevesenet for assistert befruktning og de tilbys blant annet stimulering av ovarier, intrauterin inseminasjon og IVF. Akupunktur er gjerne et tilbud innen smertebehandling. Men blir også brukt innen reproduktiv helse, selv om det nødvendigvis ikke er en del av det offentlige helsetilbudet.

Antakelsen om at akupunktur er ufarlig kan bidra til at pasienter og klinikere søker og tilbyr akupunktur som tilleggsterapi i forbindelse med IVF. Basert på studiene i denne systematiske oversikten bør akupunktur kun tilbys når befruktet egg implanteres. Det bør ikke oppmuntres til akupunktur i lutealfasen, før vi har mer kunnskap fra randomiserte studier som har undersøkt en mulig assosiasjon mellom akupunktur i lutealfasen og spontanaborter.

Resultatene baserer seg på 13 studier med vel 2300 pasienter. Forfatterne søkte etter studier fram til august 2007.

Kilde

Cheong YC et al. Acupuncture and assisted conception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD006920. DOI: 10.1002/14651858. CD006920.pub2.

Skrevet av **Liv Merete Reinar**, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

NYTT OG NYTTIG

240: LÆR MER OM LEGEMIDDELINTERAKSJONER

242: HVORDAN LAGE EN GOD TITTEL?

243: SYKEPLEIE PÅ NETT

FÅ FART PÅ KUNNSKAPEN OM LEGEMIDDELINTERAKSJO

Tekst: **Ingrid Moen Rotvik,** nettredaktør i Helsebiblioteket.no

Å slå opp interaksjoner kan være tidkrevende. I tillegg er det ikke alltid like lett å finne ut hvorvidt interaksjonene er klinisk relevante eller ikke. På nettet finnes snarveier til hurtig, oppdatert, pålitelig og ikke minst gratis, informasjon om legemidlers innbyrdes påvirkning.

En middelaldrende kvinne er inne til kontroll i forbindelse med lungeemboli. Den siste uken har hun følt seg trøtt og uopplagt og har begynt å ta ginseng. Under samtalen med sykepleieren kommer hun i tanke om å ha lest at kosttilskudd kan ha innvirkning på legemidlers effekt. «Er det trygt å bruke ginseng sammen med Marevan?», spør hun bekymret.

Anslagsvis 10–25 prosent av alle resepter der mer enn ett legemiddel forskrives, inneholder kombinasjoner som kan føre til interaksjoner. I en klinisk situasjon der sykepleieren står overfor en pasient som bruker flere legemidler, og kanskje også naturmidler, vil det derfor ofte være grunn til mistanke om at medikamentene kan ha uheldige innbyrdes reaksjoner. Når telefonen kimer og den fra før av overfylte pasientlisten toppes med to hastetilfeller, er det liten tid til å grave i skuffen etter god dokumentasjon.

> HELSEPERSONELLETS «AUTOBAHN»

I løpet av sommerferien har mang en familie navigert seg gjennom Europa etter NAFs veibok for å finne frem til alt fra pittoreske småveier til firefelts motorveier når hylingen i baksetet har nådd sitt høydepunkt. Vel overstått ferie og tilbake i pasientsituasjonen er det databasene som er helsepersonellets «Autobahn». En av flere motorveier til informasjon om interaksjoner er Drug Information Database (DRUID), tilgjengelig direkte via www.interaksjoner.no eller emnebibibliotekene Psykisk helse, Forgiftninger eller Legemidler i Helsebiblioteket. Interaksjonsdatabasen er basert på samme dokumentasjon som interaksjonskapitlene i Felleskatalogen og Norsk legemiddelhåndbok, også disse tilgjengelige på www.helsebiblioteket.no. Redaktør for databasen er Dr. Olav Spigset, forfatter av interaksjonskapitlene i nyere utgaver av Legemiddelhåndboken og Felleskatalogen.
I DRUID kan legen skrive inn to legemiddelnavn i et felt, hvoretter eventuell interaksjon kommer opp. Felleskataloglisten er sortert etter ATC-systemet. Fordelen er at nært beslektede legemidler kommer nær hverandre og gjør det lett å sammenlikne. Ulempen er at sykepleieren må kjenne ATC-koden, eller slå den opp, for å finne det legemidlet vedkommende er på jakt etter.

Norsk legemiddelhåndbok (NLH) er en alfabetisk sortert liste. Det gjør det lett å finne frem, men en hake er at nærbeslektede legemidler (som gjerne begynner på forskjellig forbokstav) finnes på forskjellige steder i boka. DRUID og NLH har dessuten den lille fordelen at de også omtaler noen legemidler som ikke er godkjente i Norge av Statens legemiddelverk, men som leger kan bruke etter å ha søkt om spesialtillatelse fra Legemiddelverket.

> ROUTE 66

Å få motorstopp på den amerikanske «highway»-en kan være livsfarlig. Clinical Pharmacology, et amerikansk nettsted med rask, enkel og brukervennlig legemiddelinformasjon, skrevet av og for helsepersonell, må sies å være et lavrisikotilbud med få eller ingen bivirkninger. Det spesielle med akkurat disse sidene er at sykepleieren kan søke på rapporter om interaksjoner som inkluderer livsstilsfaktorer. Tjenesten finnes også i en egen pasientversjon.

Etter å ha hastet av sted gjennom ulike landskap og fra by til by, er det kjekt å slå seg til ro et sted med nok fasiliteter og tilstrekkelige lave priser til at det går an å bli noen dager. Amerikanske Medscape skulle romme rikelig for den som har tid til å fordype seg, med 10.000 treff på søkeordet «interaksjoner» og et bredt utvalg artikler, er det nok å ta av. Gratistjenesten, som krever registrering, gir mulighet for å søke på inntil 20 legemidler fra pasientens legemiddelregime.

> OPPDAGELSESFERD TIL UKJENTE STEDER

Bilferier inviterer til å oppleve også de små stedene som ikke er nevnt i reisebøkene. Å utforske ukjente steder ekskluderer til gjengjeld de

NER!

gode tipsene om fallgruver og gullgruver. Bruk av naturmidler er klinisk relevant med hensyn til interaksjoner selv om det er mangelfull dokumentasjon på området. Det vil ikke alltid i et pasientmøte være enkelt å raskt finne frem til pålitelige interaksjonsopplysninger i så henseende. En vei å gå kan være å søke etter «spørsmål og svar», en tjeneste som blant annet finnes på den omfattende britiske helseweben Netdoctor UK.

Et liknende tilbud finnes hos Regional legemiddelinformasjon (RELIS) i Norge, der det blant de 115 artiklene om interaksjoner finnes flere som inkluderer naturmidler. Svarene er i hovedregelen basert på henvendelser fra annet helsepersonell. RELIS er tilgjengelig på emnebibliotek Forgiftninger og emnebibliotek Legemidler i Helsebiblioteket. Som helsepersonell kan du selv skrive til RELIS og be om svar.

Når bilen er pakket og neste reisemål valgt, er det alltid lurt å ta en dobbeltkontroll på at alle ting er med. Nettstedet DoubleCheckMD har satt opp et hurtigsøk der legen kan taste inn pasientens symptomer og finne ut hvilke eventuelle interaksjoner de samsvarer med, basert på pasientens medisinliste.

> BORTE BRA, MEN HJEMME BEST

Det er rart med det, men om ferien har vært aldri så spennende, så er det ofte nesten like fint å komme hjem igjen. For å finne frem til interaksjoner som er mest mulig relevante for den norske befolkning, kan det være lurt å søke i et nært geografisk område. Hemmere og induserere av CYP-enzymer kan endre eksponering av mange legemidler og følgelig påvirke effekt/bivirkninger. Disse representerer den vanligste årsaken til klinisk viktige interaksjoner. På det norske nettstedet www.cyp450.no kan sykepleiere og annet helsepersonell finne tabeller for mulige CYP-interaksjoner.

Ved behov for større interaksjonsdatabaser kan man foruten DRUID benytte seg av den svenske gratistjenesten Janusinfo (krever registrering) eller FASS. Det kan være smart å søke på virkestoff for å få treff, også i de tilfellene der preparatnavnet er forskjellig i Sverige og Norge.

Som kjent er det deilig å være norsk i Danmark og den danske Lægemiddelstyrelsen har en interaksjonsdatabase med både særdeles god funksjonalitet og tydelig symbolbruk. Den er tilrettelagt for å søke på samtidig bruk av legemidler, naturlegemidler, sterke vitaminer, mineraler og grapefruktjuice.

På Helsebiblioteket.no, Emnebibliotek legemidler, er det laget en veibok til informasjon om interaksjoner, kalt Interaksjoner hurtigverktøy. Verktøyet inneholder alle kildene nevnt over og finnes under «Legemiddeleffekter»: http://www.helsebiblioteket.no/Legemidler/Legemiddeleffekter/Interaksjoner+hurtigverktøy.

LENKER

http://interaksjoner.no/
http://www.helsebiblioteket.no/
http://www.clinicalpharmacology.com/
http://www.netdoctor.co.uk/
http://relis.no/
http://doublecheckmd.com/DTHome.do;jsessionid=5E145A8D88460B44B9E21B85EA17EA0A
http://www.cyp450.no/menu.htm
http://www.janusinfo.se/imcms/servlet/StartDoc
http://www.fass.se/LIF/home/index.jsp?UserTypeID=0
http://www.interaktionsdatabasen.dk/

TITTEL OG NØKKELORD I VITENSKAPELIGE ARTIKLER

Når vi er på jakt etter en artikkel er tittelen det første vi leser.

Tekst: **Anners Lerdal**

Begrepene og formuleringen i tittelen kan derfor være avgjørende for om leseren stopper opp og velger å lese videre. Overskriften bør derfor vekke interesse og gjøre leseren så nysgjerrig at vedkommende velger å lese mer.

> SELVFORKLARENDE TITLER

Det finnes i hovedsak tre typer overskrifter i vitenskapelige artikler. Den tradisjonelle typen er ofte lang, beskrivende og selvforklarende. I slike titler angis både temaet som er studert, deltakerne i studien og forskningsopplegget (designet). Eksempel på tittel er: Hvilke variabler predikerer fatigue på kort og lang sikt hos pasienter med hjerneslag? – En longitudinell studie over to år av pasienter med førstegangs hjerneslag. Mens tittelen kan virke noe kjedelig, inneholder den mange opplysninger i en kortfattet form som gir leseren klar informasjon om innholdet. Tittelen inneholder også flere fagbegrep som det er naturlig å bruke når man gjør elektroniske artikkelsøk på ord i tittel i nordiske databaser som SveMed+ og Norart. Bruk av kjente selvforklarende fagbegreper gjør det lettere for andre å finne artikkelen.

> LITTERÆRE TITLER

Den andre typen har en mer litterær karakter og er gjerne et ordspill eller et utsagn fra noen av deltakerne. «Så lenge det er liv er det håp» eller «Alt er som det kan, men ikke som det skal» er eksempler slike typer titler. Titlene er spennende og kan på den måten vekke leserens interesse og gjøre dem nysgjerrig på innholdet. At temaet i den første artikkelen kan handle om kvinners erfaringer i tiden etter å ha fått en dødelig diagnose eller at den andre kan handle om fedres erfaringer etter skilsmisse forstår man ikke ut fra tittelen. Ved databasesøk på ord i tittelen er sjansen liten for at man vil finne disse artiklene. Hvis man søker ut fra en interesse for temaene de handler om, er «håp» det eneste fagbegrepet i tittelen som er et naturlig søkebegrep.

> PÅSTANDSTITLER

«Bruk av pedometer bidrar til økt fysisk aktivitet hos eldre som får hjemmesykepleie – en longitudinell studie» er eksempel på en type overskrift hvor man beskriver et sentralt funn i studien allerede i tittelen. Slike titler er i stor grad selvforklarende, egner seg til å vekke interesse og kan oppfattes som mer spennende enn den tradisjonelle og beskrivende tittelen. I tillegg inneholder den også en del fagbegreper som er naturlige søkeord hvis man er interessert i temaet. På den andre siden kan den gi inntrykk av at funnet er en ubetinget sannhet uten de reservasjoner som er vanlig innen forskning. Av denne grunn vil noen fraråde bruk av denne typen tittel.

> NØKKELORD

Nøkkelord er til for å kategorisere artiklene tematisk ut fra innhold. Vanligvis ber tidsskriftene forfatterne om å oppgi mellom fem til ti nøkkelord som beskriver innholdet i artikkelen. Angivelse av nøkkelord for de enkelte artiklene gjør det mulig for andre å finne dem ved målrettede søk på disse begrepene i elektroniske søkedatabaser. Flere tidsskrift og databaser har utviklet standardiserte lister med nøkkelord som forfatterne og de som søker velger mellom. For å gjøre det enklest mulig å få treff på artiklene ved databasesøk, er det et poeng å finne de nøkkelordene som sammen best beskriver innholdet og forskningsmetodene som er anvendt. Mens en del nordiske tidsskrift har utarbeidet egne standardiserte nøkkelordlister på de nordiske språk, brukes ofte en engelskspråklig nøkkelordliste i databasen PubMed/Medline for å finne engelske nøkkeord. Denne listen kalles Medical Subject Headings som forkortes og ofte omtales som «MeSH-databasen». En tilsvarende liste finnes også i Cinahl, men denne databasen er ikke fritt tilgjenglig. Dette er begrepssamlinger som er ordnet hierarkisk og brukes av svært mange internasjonalt.

REFERANSER

1. Nylenna M. Publisere & presentere, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008. **2. Polit DF, Beck CT**. 2008 Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8. ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.

SYKEPLEIE PÅ NETT

Nå skal det bli enda enklere for sykepleiere å oppdatere seg faglig.

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

Den 22. oktober lanserte Helsebiblioteket sine nye spesialsider for sykepleiere: www.helsebiblioteket.no/sykepleie. Helsebiblioteket er et offentlig nettsted for helsepersonell, betalt av de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Her kan du finne tidsskrifter, databaser, online verktøy, retningslinjer og mye mer samlet på ett sted. Dessuten er nettstedet gratis tilgjengelig for alle norske helsearbeidere. Mye av stoffet er også tilgjengelig for alle, blant annet de største internasjonale medisinske tidsskriftene og en del sykepleiefaglige.

FORSKNINGSBASERT

Mannen bak spesialsidene for sykepleiere heter Trond Bjørnerud. Han er utdannet intensivsykepleier og har også jobbet som journalist. Sammen med forskningsbibliotekar Irene Wiik Langengen ved Helsebiblioteket og med innspill fra førstelektor Solrun G. Holm ved institutt for sykepleie og helsefag, Høgskolen i Bodø, har han utviklet nettsidene som skal gjøre det enda enklere for sykepleiere å oppdatere seg faglig.

– Målet er at disse sidene skal være tilpasset sykepleiernes kliniske hverdag; informasjonen må være lett tilgjengelig og forskningsbasert og det skal være mulig å sette seg inn i stoffet på kort tid, poengterer Bjørnerud.

> FORELØPIG UTKAST

Han presiserer at sidene, slik de blir lagt ut i første omgang, er å betrakte som et foreløpig utkast:

– Vi er opptatt av å få tilbakemeldinger fra relevante brukere. Meningen er at sidene skal oppdateres i henhold til disse tilbakemeldingene, slik at de skal ha maksimal relevans for sykepleiere ute i praksis.

På sidene ligger det lenker til sykepleiefaglige tidsskrifter, databaser, retningslinjer for sykepleiere og andre relevante ressurser. Fokuset er at dette verktøyet skal være evidensbasert eller kunnskapsbasert, men Bjørnerud understreker at det er lite kunnskapsbasert sykepleie på norsk så langt. Det meste av den oppsummerte forskningen som er lagt ut på sidene er på engelsk.

Om ikke lenge vil de nye nettsidene til Sykepleien Forskning, som for tiden er under oppgradering, også være tilgjengelige via helsebiblioteket.no.

> **BAK SIDENE**: Trond Bjørnerud og Irene Wiik Langengen har samarbeidet om utviklingen av Helsebibliotekets nye spesialsider for sykepleiere.

> Sidene skal være tilpasset sykepleiernes kliniske hverdag.

SÅNN GJØR DU:
Dette må du ha: E-postadresse og autorisasjonsnummer i helsepersonellregisteret.

1. Finn ditt autorisasjonsnummer i helsepersonellregisteret: Logg deg inn på www.safh.no (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell sin hjemmeside). Velg HPR-nummer autorisasjonsstatus til venstre på siden. Oppgi fødselsnummer. Er du autorisert helsepersonell i Norge, får du oppgitt sjusifrede autorisasjonsnummer. Skriv det ned.
2. Logg deg inn på www.helsebiblioteket.no. Velg logg inn øverst til høyre. Så blir du bedt om å oppgi e-postadresse og passord. Oppgi din e-postadresse og som passord oppgir du ditt autorisasjonsnummer.
3. Lag ditt eget passord som er lett å huske.
4. Velg og vrak.

DOKTORAVHANDLINGER

KANDIDAT: GEIR V. BERG

Tittel: Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av folkehelse – og et holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv

Arbeidssted: Høgskolen i Gjøvik, seksjon for sykepleie og senter for omsorgsforskning og Sykehuset Innlandet HF divisjon Lillehammer

Disputas: 18. desember 2007 i Gøteborg, Sverige

E-post: geir.berg@hig.no

I de neste ti årene vil antallet eldre stige, noe som også vil føre til flere eldre sykehuspasienter. Det er store variasjoner i helsestatus og sykelighet hos eldre. Avhandlingens hensikt var å beskrive helse og det å fremme helse sett fra sykepleiere og eldre sykehuspasienters ståsted. Avhandlingen har en kvalitativ tilnærming og består av fire delstudier.

Eldre sykehuspasienter vektlegger at deres helse fremmes gjennom å bli sett som mennesker, få informasjon og kunnskap, å bli motivert og ha håp. Forståelsen av å fremme helse er ulik og delvis uklar både hos sykepleiere og den eldre sykehuspasienten. Diskusjon og dialog klargjør hva den enkelte legger i å fremme helse. Kunnskap er makt, og er dermed en viktig faktor i utviklingen av sykepleie og helsefremmende arbeid. Empowerment kan være en relevant strategi fordi både sykepleiere og den eldre pasienten ønsker innflytelse og kontroll over sin situasjon. Refleksjon i fokusgruppeintervjuer kan øke den faglige bevisstheten hos sykepleierne, bidra til å ta i bruk forskningsresultater og til å fremme den eldre sykehuspasientens helse.

Avhandlingen foreslår en definisjon av helsefremmende sykepleie. Definisjonen støttes av fem nødvendige forutsetninger. Til sammen kan definisjonen og forutsetningene vise en retning og en tilnærming for en helsefremmende sykepleie. Hvordan helse og helsefremming forstås, er avhengig av vitenskapelig og faglig bakgrunn, pasientens situasjon, og den enkelte persons opplevelse. I følge de eldre sykehuspasientene i denne studien fremmes deres helse gjennom at de sees som en person, ved å få god og riktig informasjon/kunnskap om sin aktuelle situasjon og når de motiveres av sykepleierne eller andre helsearbeidere. Både sykepleieres og eldre sykehuspasienters forståelse av å fremme helse var delvis vag og uklar, men dialoger og diskusjoner fremmer forståelsen.

KANDIDAT: MARIT HELENE HEM, Seksjon for helsefag, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag (ISH), Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Tittel: Mature care? An empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses

Disputas: 4. april 2008
Arbeidssted: Seksjon for helsefag, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag (ISH), Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

E-post: m.h.hem@medisin.uio.no

Akuttpsykiatri har blitt kritisert for mangelfull omsorg. Samtidig ser det ut til at omsorgsfilosofien i feltet er uklar. Hensikten med avhandlingen er – gjennom studier av psykotiske pasienter og psykiatriske sykepleieres erfaringer fra samhandling – å undersøke hvordan forståelse av omsorg får betydning for omsorgsutøvelse. Avhandlingen sikter mot å være et kritisk bidrag til diskusjoner om omsorg og sykepleie i akuttpsykiatri.

Data ble samlet inn ved hjelp av deltagende observasjon i hverdagslivet på lukket akuttavdeling, det vil si systematiske og langvarige studier

av samhandling mellom pasienter og sykepleiere; og kvalitative intervjuer av pasienter og sykepleiere. Datamaterialet diskuteres opp mot tradisjonell forståelse av sykepleie: idealet om sykepleie som uegennyttig omsorg til det beste for syke og lidende. Gjennom delstudier utforskes prinsipper for god sykepleie, for eksempel tillit og profesjonalitet.

Sykepleiens tradisjonelle omsorgsidealer passer dårlig inn i hverdagen i akuttpsykiatri. Tenkning om sykepleiearbeidet er idealistisk og idylliserende. Idealet om sykepleie som nestekjærlighet, uten hensyntagen til sykepleieres egne interesser og behov, står i kontrast til virkeligheten. Den faglige selvforståelsen tilslører at omsorg også er makt og kontroll. Dermed oppstår et misforhold mellom idealer og realiteter. For å skape et bedre samsvar med hverdagspraksis bør yrkesidealer i psykiatrisk sykepleie diskuteres kritisk.

Omsorg bør være kjernen i sykepleie, men omsorgsforståelsen bør nyanseres. Moden omsorg tilbyr en alternativ forståelse av omsorgsarbeid som gir mulighet for å inkludere hensynet til både pasienters og sykepleieres interesser, samt forståelsen av at omsorg er og bør være legitim makt og kontrollutøvelse.

KANDIDAT: ANNE KARI HERSVIK AARSTAD

Tittel: Psychosocial factors and health-related quality of life in former head and neck cancer patients.

Disputas: 23.oktober 2008

Arbeidssted: Høgskolen i Bergen, Institutt for sykepleie og Helse Bergen, klinikk for hode/hals

E-mail: anne.aarstad@hib.no

Tidligere studier har vist at mye eller lite kreftsykdom ved diagnose har forholdsvis liten sammenheng med rapportert livskvalitet etter fullført behandling for de pasientene som blir helbredet.

Målet med avhandlingen var å få kunnskap om hvorvidt ulik bruk av mestringsstrategier, personlighet og grad av opplevd sosial støtte har sammenheng med rapportert livskvalitet hos pasienter som har hatt kreft i munnhule, svelg eller strupe. Det ble anvendt standardiserte spørreskjema. Alle vestnorske pasienter diagnostisert mellom 1992 og 1997 (N=96; 90 prosent svarte) og alle medlemmer av «Norsk forening for laryngectomerte (strupefjernede)» (NFL) per 1.juli 1999 (N=105; minimum 50 prosent svarprosent) deltok i undersøkelsen. For de vestnorske pasientene skulle det være gått minst ett år siden det var tegn til alvorlig sykdom; og disse pasientene ble inkludert ved personlig strukturert intervju i løpet av år 1999, mens 55 av 58 aktuelle pasienter også besvarte spørsmål om livskvalitet fire år senere.

Studien viste at pasienter oppga forholdsvis god livskvalitet. Pasienter med lav skår på nevrotisisme hadde en tendens til å rapportere bedre livskvalitet enn dem med høyere skår. Videre fant vi at bruk av unngåelsesmestring var assosiert med lavere livskvalitet. Emosjonsfokusert mestring var relatert til oppgitt livskvalitet på en kompleks måte avhengig av type behandling pasientene hadde mottatt. Rapportert bruk av alkohol som mestring (drinking to cope) var assosiert med nedsatt oppgitt livskvalitet. Pasienter som rapporterte lavt stemningsleie rapporterte også lavere livskvalitet. Aktive medlemmer av NFL rapporterte høyere livskvalitet enn dem som ikke var aktive medlemmer.

Psykososiale forhold har betydning for opplevd livskvalitet hos pasienter som har hatt kreft i munnhule, svelg eller strupe.

Mestring av MS

› Kirsten Lode forsker på mestring hos pasienter som nettopp har fått diagnosen multippel sklerose (MS).

KIRSTEN LODE
f. 1958

Utdanning: Offentlig godkjent sykepleier 1981. Cand.san 2004

Arbeidssted: Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser

Tekst: **Susanne Dietrichson**
Foto: **Arnliot Bringedal**

Lode har halv stilling som daglig leder ved Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser og halv stilling som stipendiat ved Stavanger Universitetssjukehus. Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser (NKB) ble opprettet av Sosial- og helsedepartementet i 2003 og holder til på Stavanger Universitetssjukehus. NKB har kontorer i forskningsfellesskapet Senter for klinisk nevroforskning, noe Lode er svært fornøyd med:

– Her kan vi dra veksler på hverandres fagkunnskap, fastslår hun.

På veggen utenfor møterommet hvor vi sitter henger portretter av alle ved senteret som har doktorert:

– Skrytebilder, sier Lode med et smil.

Under hovedfagsstudie i helsefag ved Universitetet i Oslo jobbet Lode en periode på en nevrologisk avdeling. Her merket hun fort at de som fikk diagnosen MS manglet en oppfølging etter at de hadde fått diagnosen.

– MS rammer for eksempel svært mange unge kvinner og menn. Etter at diagnosen er stilt står de alene tilbake med livet snudd på hodet og tusenvis av ubesvarte spørsmål. Mange av pasientene har gitt uttrykk for at de føler seg ivaretatt og interessante for helsevesenet så lenge de er under utredning, men når diagnosen er stilt blir de overlatt til seg selv. Etter dette har de fleste ikke noe tilbud utover en konsultativ samtale med lege én gang i året. Her diskuterer de sykdommens symptomer, utvikling og behandling.

> – Mange med MS holder diagnosen skjult for omverdenen.

Et viktig spørsmål for Lode ble: Hva får denne mangelfulle oppfølgingen i tidlig fase av sykdommen konsekvenser for? Svaret var at de får mindre hjelp til mestring, og hvordan de håndterer situasjonen kan bli mer tilfeldig.

Lode bestemte seg for å bruke kvantitativ metode, blant annet fordi det var den forskningsmetoden de hadde lang erfaring med på nevrologisk avdeling. I tillegg var det et aktivt forskningsmiljø på Universitetet i Stavanger som hadde erfaring med å forske kvantitativt på mestring. Hun har blant annet gjort en bred undersøkelse av mestring hos nydiagnostiserte pasienter med MS. Disse pasientene undersøkte hun igjen etter fem år med sykdommen. Hun intervjuet også deres pårørende. Arbeidet ble gjort i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for MS i Bergen.

I undersøkelsen benyttet hun en mestringsskala som er utviklet av psykologer.

– Spørsmålene bærer preg av psykologenes forhold til begrepet mestring og er nokså komplekse,

men denne skalaen er velutprøvd og resulterte i gode data.

I den første artikkelen publiserer hun en undersøkelse av hvordan MS-pasientene opplevde kvaliteten av informasjonen de fikk når de hadde fått diagnosen. Undersøkelsen viste at de som var fornøyde i større grad tok sykdommen inn over seg. Men at de fleste holder sykdommen på avstand i dens tidlige fase, mens de ennå ikke er så sterkt preget fysisk. Hovedfunnet bekreftet Lodes hypotese som også var utgangspunktet for at hun valgte å forske på området: Informasjon betyr noe for hvordan MS-pasienter takler å leve med sykdommen.

I dag er det ansatt en MS-sykepleier ved sykehuset i Stavanger som ivaretar pasientene etter de har fått diagnosen. Hun gir utvidete konsultasjoner og snakker med dem om hvordan livet vil arte seg med MS og hjelper dem med praktisk tilrettelegging og planlegging av tilværelsen som MS-pasient.

– Mange med MS holder diagnosen skjult for omverdenen fordi de synes det er så vanskelig å snakke om, forteller Lode.

Lode hevder det verserer mange myter om sykdommen. Man hører gjerne mest om de verste tilfellene hvor pasienten havner i rullestol fra den ene dagen til den andre. I virkeligheten er det svært individuelle forløp og mange kan leve med sykdommen i mange år før den blir invalidiserende. Men sykdommen er kronisk og progredierende, og krever en betydelig omstilling både for pasienten og omgivelsene.

Selv reiser hun rundt og holder foredrag om forskningen sin for MS-pasienter.

– Jeg forsøker å appellere til brukerne om at de må stille krav. MS-pasienter kan selv bidra til at tilbudet blir forbedret, mener hun. Selv om alle forstår at behovet er der kan tilbudet treneres på grunn av byråkrati og mangel på penger. Derfor må brukerne komme på banen. Alle blir fornøyde når de erfarer at pasientene får det bedre og da blir også den økonomiske delen mer underordnet.

– Opplever du at forskningen din får konsekvenser for praksis?

– Prosessen fra teori til praksis er treg. Det tar vanligvis lang tid før forskning får konsekvenser for praksis. Men jeg føler meg trygg på at den jobben jeg gjør er viktig. Fordi jeg selv reiser rundt og snakker om de resultatene jeg er kommet frem til, får jeg både bekreftet at de stemmer av dem det gjelder samtidig som jeg sørger for at arbeidet mitt blir kjent. I den forstand kan du jo si at det får betydning for praksis.

FAKTA !

Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser (NKB) er lokalisert ved Stavanger Universitetssjukehus i Klinikk for spesialmedisin og har ansvar for sykdomsgruppene Parkinsons sykdom, parkinsonisme, dystoni og tremor. Hovedoppgavene for kompetansesenteret er:

- forskning
- utarbeiding av behandlingsstandarder
- informasjonsarbeid
- registerfunksjoner