INNHOLD

Leder 115
Innspill: Preben Aavitsland 116
Artikkel: Å treffe andre som virkelig forstår 118
Artikkel: Hvorfor velger pasienten legevakten fremfor fastlegen? 128
Praksiskommentar 135
Artikkel: Akkurat som høy feber 136
Sekundærartikkel: Når smerte blir lidelse 144
Forskning i praksis 152
Evidence Based Nursing 154
Forskningsnytt 162
Cochrane 164
Innspill: Inger Schou 167
Forskning i praksis 168
Nyttestoff 171

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,** Førsteamanuensis 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: **Tone Moan** Bachelorstudent i sykepleie ved Høgskolen i Bergen

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

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

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

Redaksjon: **Torhild Apall Dybvik**
torhild.apall@sykepleien.no

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

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

Utgivelsesplan 2008: **nr.4/12**
Abonnementspris: **Kr. 280,- per år**
ISSN 1890-2936

Sykepleieforskning, hvem, hva, hvor?

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.

De fleste sykepleiere med doktorgrad er ansatt på høgskoler og universiteter. Hvis vi ønsker at forskningsaktiviteten skal ha et klinisk fokus, er dette godt nok?

I Norge ble sykepleie universitetsfag tidlig på 80-tallet og vi har nå flere master- og doktorgradsprogram innen sykepleie og helsefag. De mange utdanningsmulighetene bidrar til at mange sykepleiere nå får høy akademisk kompetanse. Hvilke arbeidsgivere er så interessert i denne kompetansen? Etterspørres kompetansen i utlysningstekster og i stillinger? I stor grad er sykepleiere med doktorgrad ansatt i høgskolene og ved universitetene. Dette er nødvendig for at utdanningstilbudene skal bli akkreditert av NOKUT.

Det etableres nå alternative forskningsenheter med forankring i klinikken og med sykepleieforskere som pådrivere. Et godt eksempel på dette er Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning på Rikshospitalet. Siden å gi pleie og omsorg til brukere/pasienter utgjør det sosiale mandat for sykepleieyrket, er det naturlig at dette også gjenspeiles i hva det forskes på. For å sikre problemstillinger som er pasientnære og har stor relevans, er det viktig med en nær forbindelse mellom sykepleieutøver og sykepleieforsker. Det tette forholdet mellom klinikeren og forskeren kan skje gjennom et godt og tett samarbeid.

Bør det også vurderes en tredje modell hvor sykepleiere med forskingskompetanse og doktorgradskvalifikasjoner arbeider med direkte utøvelse av sykepleie, men hvor også forskningsplikt er tillagt stillingen? Dette er en kombinasjon som legene har praktisert i mange år. Ville en slik kombinasjon av sykepleie- og forskningspraksis influert hva det blir forsket på? En sykepleier som hadde arbeidet på operasjonsavdelingen i mange år mente å ha observert at kvinner som tok keisersnitt var betydelig plaget av skjelvinger etter operasjonen. Skjelvingen ble behandlet med medikamenter. Erfaringene hennes var også at disse pasientene ikke ble tildekket like godt under operasjonen som andre pasienter. Hun hadde flere hypoteser rundt dette. Etter gjennomgang av forskningen på området ønsket hun å teste ut om innpakking i varme tepper, før og under operasjonen, førte til mindre skjelvinger og medikamentbruk enn vanlig. Hvem andre enn forskende klinikker hadde fremmet denne problemstillingen?

Anners Lerdal

KOMMENTAR

Av Preben Aavitsland
Født: 1963

Forfatteren er lege og arbeider som epidemiolog ved Folkehelseinstituttet og som medisinsk redaktør i Tidsskrift for den norske legeforening.

Publisering av forskning:

POPULÆR PUBLISERING OG OMTALE

› Populær publisering av helseforskning er viktig og når ut til et bredt publikkum.

Med populær publisering og omtale mener vi en skriftlig eller muntlig publisering der fremstillingsmåte, språk og kanal gjenspeiler at det allmenne publikum er målgruppa.

Populær publisering kan ha flere formål:

- Opplysning: Ny kunnskap bidrar til folkeopplysningen. I noen tilfeller kan kunnskapen også ha betydning for folks atferd med tanke på å forebygge sykdom.
- Oppmerksomhet: Omtalen kan bidra til å bygge omdømmet og tilliten til forskningsmiljøet og forskeren selv. Dette kan øke muligheten for å få flere forskningsoppdrag og forskningsmidler senere.
- Innflytelse: Omtalen bidrar til å sette temaet på dagsorden og kanskje påvirke beslutningstakere.
- Tillit: Omtalen i massemediene kan gi publikum økt tillit til selve forskningsprosessen.

Aviser og kringkasting er de vanlige kanalene for populær publisering. Det kan være egne innlegg i avisene, gjerne i form av litt lengre kronikker, eller det kan være intervjuer for avis eller kringkasting. I tillegg har mange sykehus og forskningsinstitutter egne populærvitenskapelige magasiner.

Forskere flest er dessverre tilbakeholdne med slik forskningsformidling. Noen er redde for å bli misbrukt av massemediene, andre er redde for hva kollegene vil si, og noen mener de ikke har tid. Det er synd, for massemediene og publikum er jo interessert i forskningsstoff, særlig om helse, og formålene over er viktige. Mange sykehus og forskningsinstitutter har kommunikasjonsrådgivere som kan bistå forskerne. Husk bare et par viktige poenger:

- Varsomhet: I populær publisering må formen, språk og innhold tilpasses målgruppa, som er «folk flest». Det betyr vanligvis en betydelig forenkling både av språket og budskapet. Journalisten tenker primært på sine lesere og vil derfor gjerne ha budskapet så enkelt og oppsiktsvekkende som mulig. Det oppstår derfor lett en konflikt

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

Foto: Nasjonalt Folkehelseinstitutt

> I populær publisering må formen, språk og innhold tilpasses målgruppa.

med forskeren som gjerne er opplært til å uttrykke seg forsiktig og ta forbehold. Det kan noen ganger være fristende å gi etter for journalistene og overdrive sine egne funn. Det kan man tape troverdighet på i lengden. Forenkling er bra, men overdrivelser er farlig.

- Rekkefølge: De fleste vitenskapelige tidsskrifter krever nå at forskeren ikke skal publisere kronikker eller intervjuer om forskningen før den vitenskapelige artikkelen er publisert. Det er to grunner til dette. For det første er også tidsskriftene nyhetsmedier som konkurrerer med hverandre. De vil gjerne selv bringe nye forskningsresultater først. For det andre må de interesserte leserne kunne gå til kilden for avisoppslaget, nemlig den vitenskapelige artikkelen, for å lære mer og for å studere forskningen kritisk. Også for forskeren selv er denne rekkefølgen fornuftig. Det kan jo være at den vitenskapelige artikkelen blir endret i prosessen frem mot publisering. Da er det fint at man ikke har gitt et annet og for optimistisk budskap i massemediene allerede.
- Oppsummert: Forskeren skal publisere sin forskning vitenskapelig. Populær publisering er også fint, men først etterpå den vitenskapelige publiseringen. I begge sammenhenger må man være varsom og ikke overdrive konklusjonene.

MØTES I SORGGRUPPER

Foto: Montebello-Senteret

NOE FOR DEG?

Hva vet vi fra før?
Man vet at alvorlige tapsopplevelser hos barn og unge kan gi økt risiko for psykiske lidelser, posttraumatiske stressymptomer, rusproblemer, selvmordsatferd, skolevansker, sårbarhet og negativt selvbilde, og kan føre til sosial isolasjon dersom de ikke får nødvendig hjelp og omsorg.

Hva tilfører artikkelen?
Med basis i generell krise- og sorgteori har forfatterne gjort en studie for å belyse situasjonen for norske barn og ungdommer som lever med kreft i familien.

SAMMENDRAG

Barn og unge med kreftsyke foreldre er utsatt for et høyt nivå av psykososialt stress. Foreldrene strever ofte med hvordan de skal ivareta egen sykdom i tillegg til at de skal ivareta behov og reaksjoner hos barna. Et pilotprosjekt ble igangsatt i 2005 for å dokumentere barn og unges reaksjoner på kreftsykdom eller død hos mor/far, samt evaluere familierehabiliteringskurs på Montebello-Senteret (MBS), alt med utgangspunkt i barn og unges erfaringer.
Undersøkelsen ble foretatt ved hjelp av spørreskjema og fokusgruppeintervju i 2005. Syttiåtte barn og unge i alderen 6 til 18 år deltok.
MBS-kursene har som mål å oppfylle barn og unges behov for å uttrykke tanker og følelser, informasjon, omsorg, følelsesfelleskap, «likemannsstøtte», nær dialog med familien, og lystbetont aktivitet i trygge omgivelser. De unge informantene er takknemlige for og begeistret over kurstilbudet.
Barn og unge evaluerer utbyttet av rehabiliteringskurs som svært positivt i en hverdag preget av mange uforutsigbarheter. Samspillet mellom samtalegrupper, aktivitetsgrupper og fellesskap med «likesinnede» og nye venner, ser ut til å være verdifulle tilnærminger for å hjelpe barn og unge der mor eller far har kreft eller dør av kreft.

ENGLISH SUMMARY

– To meet someone who really understands

Children and adolescents are exposed to high levels of psychosocial stress when a parent has cancer. Parents often struggle, both with their own illness and their children's reactions. A pilot project was initiated in 2005 to gain insight into children's and adolescents' reactions to parents' cancer and death. The Project also aimed to evaluate The Family Rehabilitation Course at The Montebello Centre, Mesnali. The Project was based on children's and adolescents' experiences.
The Project used a questionnaire and a focus group interview. 78 children and adolescents between the ages of 6–18 participated. All either had a parent with advanced cancer or had lost a parent due to cancer.
The Course aims at meeting children's and adolescents' needs to express thoughts and feelings; for information; for care; to experience fellowship and peer support; for intimate family dialogue and for activities in a supportive environment. The young informants are grateful for, and enthusiastic about The Course.
In a daily life marked by constant uncertainty, the children and adolescents' evaluated The Course as supportive. A variation between discussion, activity groups and opportunities to share can be interpreted as meaningful for children and adolescents when a parent has advanced cancer or has died from cancer.

Nøkkelord:
- Barn
- Ungdom
- Pårørende
- Kreft

Mer om forfatterne
Torill Ensby, senterleder og leder for fagavdelingen ved Montebello-Senteret, Kari Dyregrov, dr.philos., Senter for Krisepsykologi/Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Bjørg Landmark, Forsknings- og fagutviklingsleder, Drammen kommune. Kontaktperson: torill.ensby@Montebello-Senteret.no

Foto: MontebelloSenteret

Foto: Erik Sundt

» Å TREFFE ANDRE SOM VIRKELIG FORSTÅR

Forfattere: **Torill Ensby, Kari Dyregrov, Bjørg Landmark**

INTRODUKSJON

Hvert år rammes 18.000 barnefamilier i Norge av kreft, mellom 3.000 og 4.000 barn og ungdommer opplever at mor eller far får kreftdiagnosen, og cirka 15.000 under 18 år lever med kreftsykdom i nær familie eller sørger etter kreftdødsfall. Barn og ungdommer som lever med, eller har mistet foreldre i kreft, er utsatt for et høyt nivå av psykososialt stress. Familiens hverdag kan bli totalt forandret, og preget av engstelse og bekymringer. Foreldrene strever ofte med hvordan de skal ivareta egen sykdom i tillegg til at de skal ivareta barn og ungdommers behov og reaksjoner (1). Montebello-Senteret (MBS) har utviklet familierehabiliteringskurs for denne målgruppen, hvor intensjonene er å redusere stressnivået, og å gi deltakerne gode mestringsstrategier og følelsen av kontroll. Kursene går over en hel uke der voksne og barn er sammen i et psykopedagogisk opplegg, samt opplever fritid og hygge. Hvilket utbytte barn og ungdom har av oppholdet og om målene blir nådd, har ikke vært systematisk evaluert. I 2005 initierte man et pilotprosjekt hvor hensikten var å øke kunnskap om barn og ungdommers reaksjoner på kreft og død hos mor eller far. Samtidig ønsket man å beskrive barnas erfaringer med å delta på familierehabiliteringskurs ved MBS (2), og kartlegge hvilken hjelp og støtte de opplevde behov for.

Dette var mangelfullt dokumentert i Norge (3, 4).

Internasjonale studier har i stor grad dokumentert foreldrenes psykososiale belastning med å leve med eller miste barn som følge av kreft, mens færre studier har undersøkt den omvendte situasjonen; når kreften rammer foreldrene (5). Generelt vet man at alvorlige tapsopplevelser hos barn og unge kan gi økt risiko for psykiske lidelser, posttraumatiske stressymptomer, rusproblemer, selvmordsatferd, skolevansker, sårbarhet og negativt selvbilde, og kan føre til sosial isolasjon dersom de ikke får nødvendig hjelp og omsorg (2, 6, 7, 8). Noen utenlandske studier har også vist at barn og ungdommer som mister, eller lever med kreftsyke foreldre blir sterkt berørt (5, 9, 10). Compas og medarbeidere (9) dokumenterte at barn opplever betydelig psykososialt stress som følge av angst for å miste foreldre, brudd i familierutiner og endrede foreldreroller. For å ivareta de unges behov var det nødvendig med støtte i form av informasjon, hjelp til å forstå og forutse utfallet av sykdommen, styrking av fysisk kapasitet, mestringsevne og problemfokuserte hjelpetiltak (9). Barnes' sin forskergruppe (11) fant at kreftsyke foreldre har behov for råd fra fagfolk for å kunne gi alderstilpasset informasjon om kreften gjennom kreftens ulike stadier, samt tilpasset barnets modningsnivå.

Andre har påpekt at kreftsykdom kan påføre familien belastninger som på sikt kan være en risiko for barn og ungdommers psykososiale helse (12, 13, 14). En dansk undersøkelse konkluderte med at kreftsyke foreldre vurderer sin sykdom som mindre traumatisk for sine barn, enn det barna selv gjør (1).

Med basis i generell krise- og sorgteori ønsket man å foreta en beskrivende og utforskende studie for å belyse situasjonen for norske barn og ungdommer som lever med kreft i familien. Studien benyttet et kombinert kvantitativt og kvalitativt design, der spørreskjema og fokusgruppeintervju ble anvendt som metoder for datainnsamling.

UTVALG OG METODE

Utvalg: Rekrutteringen til studien tok utgangspunkt i 107 barn som deltok på rehabiliteringskurs på MBS sommeren 2005. De som takket ja til deltakelse bestod av 78 barn og ungdommer i aldersgruppen 6 til 18 år. Gjennomsnittsalder var 11 år (SD=3.42). Det var 58 barn; 32 jenter og 26 gutter fra kurs hvor mor eller far var kreftsyk (pårørendegrupper). Disse utgjorde tre fjerdedeler. De resterende 20 var barn og ungdommer som hadde mistet en av foreldrene i kreft (etterlattegrupper). Disse fordelte seg likt på begge kjønn. Kjønnsfordelingen totalt i begge grupper var 42 jenter og 36 gutter, og de representerte alle landets helseregioner.

> De som hadde mistet mor eller far verdsatte samtalegruppene noe høyere enn de som levde med syke foreldre.

Spørreskjema: Spørreskjemaet inneholdt 15 spørsmål med åpne og faste svaralternativer for å evaluere innhold og trivsel på familiekursene. Graderingsskalaen for spørsmålene var «svært bra», «meget bra», «bra», «noe bra», «ikke bra».

Intervju: Nesten samtlige som deltok i spørreskjemaundersøkelsen ønsket også å delta i fokusgruppeintervju, hvor et underutvalg ble intervjuet. Teoretisk utvelgelse der bredde og variasjon i forhold til kjønn, bosted, alder, erfaringsbakgrunn, krefttype og varighet av sykdom ble derfor lagt til grunn for utvelgelse. For de som ble intervjuet som etterlatte ønsket man også bredde i tid etter dødsfallet. Dette resulterte i fire fokusgrupper; to pårørendegrupper og to etterlattegrupper. Hver fokusgruppe besto av to til tre barn/ungdommer. Intervjuutvalget besto av 11 barn og ungdommer i aldersgruppen ti til 18 år (fem gutter og seks jenter), og gjennomsnittsalderen var 13 år. Fem barn hadde mødre som var alvorlig kreftsyke, mens seks hadde mistet en av foreldrene (to mødre og fire fedre).

To grupper ble intervjuet umiddelbart etter kursavslutning, de resterende innen to måneder. To intervju ble gjort på familiekurset, et i barnas hjem, og et i Kreftforeningens lokaler. En temaguide ble brukt for å sikre at visse tema ble utdypet i fokusgruppene. Intervjuene varte fra halvannen til tre timer (gjennomsnittlig to timer), og ble tatt opp på lydbånd.

Intervjuene ble analysert etter fortolkende fenomenologisk metode (IPA; Interpretative Phenomenological Analysis) (15). Dette innebar at intervjuene først ble transkribert og deretter gjennomlest med sikte på å få et helhetsinntrykk av materialet. Uttrykk eller setninger som angikk problemstillingen ble identifisert, og meningsinnholdet innen de kategorier som avtegnet seg i materialet ble analysert med vekt på likheter og forskjeller. Tidligere forskning på temaom-

rådet ble benyttet i fortolkningen av materialet.

Deskriptive analyser ble gjort på spørreskjemadataene ved hjelp av dataanalyseprogrammet Statistica 7 (Stat Soft).

Svarene på de ti åpne spørsmålene ble skrevet inn i et kondenseringsskjema for dokumentanalyse og også analysert etter IPA-metoden.

Ettersom studien skulle gjøres med barn og ungdommer i en svært sårbar situasjon, ble det vektlagt en nennsom, empatisk tilnærming med intervju i små grupper. Videre vektla man at dette skulle gjøres i trygge omgivelser med andre som informantene kjente og var trygge på. Lett servering med drikke skulle også gjøre rammen løsere for dem. Prosjektleder Ensby, som kjente de unge fra MBS-kursene, tok førstekontakten. Man sikret informert samtykke gjennom informasjonsskriv tilpasset barnas alder og modningsnivå, samt skriftlig informert samtykke fra deres omsorgsperson(er). Informasjonen omtalte prosjektets mål og hensikt, vektla deltakernes rett til å trekke seg fra undersøkelsen på hvilket som helst tidspunkt, og ga opplysninger om anonymitets- og konfidensialitetskrav til forskningen. Pilotprosjektet ble anbefalt av Personvernombudet for forskning og Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

RESULTATER

Resultatene fra pilotstudien viste at barn og ungdommer i stor grad opplevde skolevansker, mye tristhet, angst og usikkerhet. De uttrykte også et stort behov for hjelp og støtte. Så vel intervjudeltakere som levde med eller hadde mistet foreldre hadde store vansker med å kommunisere sine vonde og vanskelige tanker til voksenverdenen, både hjemme og på skolen. De opplevde i liten grad å motta den støtten de ønsket. Et hovedfunn var at barna var begeistret over og takknemlige for kurstilbudet. Familierehabiliteringskursene oppfylte barna og ungdommenes behov for å uttrykke tanker og følelser, og for informasjon og omsorg fra fagfolk. Videre verdsatte de støtten gjennom å møte andre i samme situasjon, nær dialog med familien og lystbetont aktivitet, i trygge omgivelser. Gjennom spørreskjemaet ga de aller fleste karakteren «meget bra» eller «bra» i sin evaluering av aktivitetsgruppen (99 prosent), den sosiale aktiviteten om kvelden (91 prosent), samtalegruppen (86 prosent), og av maten (87 prosent) (2) (fig.1).

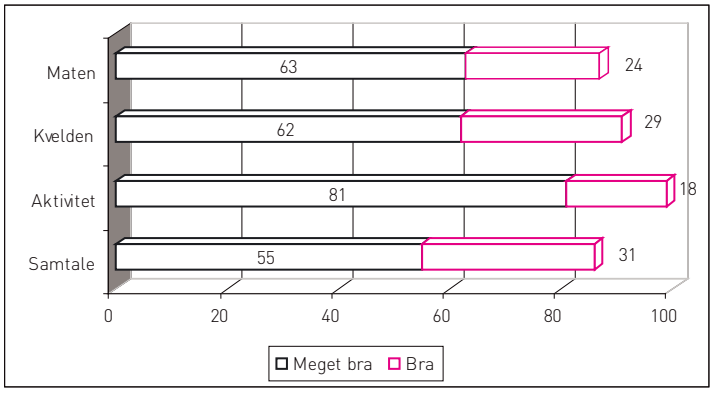
SAMTALEGRUPPENE

De som hadde mistet mor eller far verdsatte samtalegruppene noe høyere enn de som levde med syke foreldre. Henholdsvis 65 prosent som hadde mistet og 52 prosent som levde med syk mor eller far, vurderte samtalegruppen som «meget bra». Samtlige barn som hadde mistet sine fordelte seg på de to høyeste «verdiene» på skalaen, mens deltakerne i pårørendegruppene fordelte seg over fire verdier.

Bare to personer hadde hatt en «meget dårlig» opplevelse av samtalegruppene. Dette gjaldt de to yngste barna, som begge hadde en syk forelder. Resultatene viste også at guttene likte seg noe bedre i samtalegruppen enn jentene, og gutter som hadde mistet en forelder, var aller mest tilfreds med samtaletilbudet (tabell 1). Deltakerne opplevde at de fikk økt kunnskap om kreftsykdommen gjennom samtalene, og en større forståelse for hva som hadde snudd opp ned på familiens hverdag. En gutt på 13 år uttrykte seg slik: «Jeg er her for å prøve å få støtte eller få mer informasjon eller få hjelp gjennom den tiden vi er her liksom. Det er ikke så lenge siden min mor døde, så da er det mange tanker og spørsmål, de sitter inni deg, så du kan få svar her.»

Barna og ungdommene verdsatte muligheten til å snakke om personen som var syk eller som de hadde mistet. Mange uttrykte verdien av å være åpen rundt kreftsykdommen, og at de hadde snakket mer om kreften på Montebello-Senteret enn de gjorde hjemme, noe som opplev-

FIGUR 1. Samlet vurdering av tilbud ved Montebello-Senteret (%) (N=78)



des godt. Om betydningen av å bryte tausheten og tabuene rundt kreften sa en 16-årig jente: «Jeg prøver å fornekte det for meg selv på en måte, og det har jeg gjort veldig masse fra jeg fikk vite det. Men da jeg var oppe på Montebello, har jeg liksom begynt å slippe litt og litt frem, da. Og jeg har hele tiden fortrengt at det er så galt som det er. Nå har jeg snakket en god del med mamma, og hvis hun skulle dø, for eksempel, så har jeg snakket med henne om ting.» Noen formidlet også at de hadde snakket med foreldre om den mulige død for første gang. Og selv om dette gjorde fryktelig vondt, ble det opplevd som en lettelse. De som ble intervjuet etter hjemkomst kunne fortelle at den økte åpenheten også fortsatte etter at de kom hjem.

Få barn og ungdommer ga uttrykk for at de opplevde samtalegruppene som *for* vonde eller *for* alvorlige. Gjenkjennelsen de fikk ved å møte andre i samme situasjon og høre deres tanker og følelser, opplevdes godt. Gjennom å møte andre unge «som virkelig forstår», opplevde de at de torde å møte egne tanker og følelser annerledes. En gutt på 14 år sa det slik: «Jeg føler at jeg ikke vil utgi hele meg for noen som ikke har opplevd det selv, som bare sitter og hører på og som ikke engang svarer med personlig svar, for de har ikke opplevd det liksom. En annen som ikke har opplevd, kan ikke føle den følelsen.»

AKTIVITETSTILBUDET

Informantene var fornøyde med aktivitetstilbudene. De aller fleste (99 prosent) evaluerte aktivitetsgruppen og den sosiale aktiviteten om kvelden (91 prosent) som «meget bra» eller «bra». Jevnt over trivdes guttene bedre i aktivitetsgruppene enn jentene, og guttene som levde med syk forelder ga best skårer (tabell 1).

Barna og ungdommene uttrykte stor begeistring for aktivitetstilbudet gjennom intervjuene. Mange uttrykte det omtrent slik: «Alle aktivitetene og tingene vi har gjort har vært kjempemorsomt. Kjekt at det var så stort utvalg i aktiviteter». At miljøarbeiderne visste noe om deres situasjon og hørte på dem ved behov, bidro til at aktivitetene opplevdes meningsfulle. At aktivitetene var alderstilpasset i trygge omgivelser der «likesinnede» forstod hvordan de hadde det, ble også vurdert som viktig. Følgende utsagn fra en tolvårig gutt illustrerer dette: «Vi gjør noe helt annet enn de små gjør, og det er veldig bra. Det hadde vært verre hvis vi bare hadde blitt slengt inn i en gruppe med fem–seksåringer». Også de yngste barna verdsatte tryggheten og forståelsen de møtte i aktiviteten ved MBS. En tiåring sa: «Det er veldig annerledes her enn på skolen. Der vet ingen hvordan jeg har det, for alle bare overser. Men her når jeg liksom får møtt andre, og de vet hvordan jeg har det, da klarer jeg å leke og ha det gøy».

NYE VENNER

De fleste fikk nye venner under oppholdet, uavhengig av alder, kjønn, om de hadde mistet eller levde med syk forelder. Men det synes som om guttene i større grad enn jentene opplevde å få nye venner. De fire som ikke hadde fått nye venner, var de samme som i spørreskjemaene svarte at de ikke trivdes i samtale eller aktivitetsgrupper (tabell 2).

I fokusgruppene utdypet deltakerne kvaliteten på sine nye vennskap. De poengterte at dette var helt spesielle vennskap, fordi de møtte andre i samme situasjon som dem selv, og at de ble godt kjent ved å være sammen gjennom kursuken. Barna og ungdommene uttrykte at de fikk en helt spesiell nærhet ved å høre om hverandres vanskelige opplevelser. Det ble naturlig å snakke om vanskelige ting ved måltidene, i de ulike aktivitetene, i samtalegruppene eller når de møttes til kos om kvelden. En jente på 17 år formulerte dette slik: «Det hjelper litt å komme seg helt vekk og ha det sånn som nå. Vi spiser frokost sammen, vi våkner opp sammen, og du er liksom sammen.»

DISKUSJON

Behovet for økt kunnskap og forståelse for hva som skjer i familien når kreft rammer, fremheves som spesielt viktig. Disse funnene er i tråd med resultater rapportert fra Barne- og familiedepartementet. Barn i ulike krisesituasjoner beskriver sin hverdag, og uttrykker ønske om at de voksne lytter til dem og gir informasjon om hva som skjer (16). At barn og ungdommer har behov for å vite, må sees i sammenheng med behovet for å skape forutsigbarhet i eget liv. Ifølge psykolog Atle Dyregrov (17) er det mulig å hjelpe kriserammede ved å stimulere til konstruktiv tenkning, som hjelp til å mestre utfordringer i hverdagen. Hvordan barna og ungdommene klarer å gi mening til det meningsløse er av stor betydning for hvordan livet oppleves, ikke bare for dem selv, men også for familien.

I MBS's kurskonsept generelt, og i gruppesamtalene spesielt, legges det vekt på en forståelsesramme og en metodisk tilnærming som kan hjelpe barn og ungdommer til å sette ord på hvordan de har det når mor eller far er syk, eller når de har mistet en av foreldrene. Identifisering med andre i samme situasjon gir muligheter for følelsesmessig støtte. Christ (18) peker imidlertid på at det ikke

er noen automatikk i at de unge klarer å nyttiggjøre seg denne muligheten. Fellesskapet må tilrettelegges på en slik måte at den følelsesmessige støtten fremmes. Dette er i samsvar med hvordan samtalegruppene og aktivitetene er tilrettelagt. At barn og ungdommer oppgir at de har fått nye venner kan også være et uttrykk for at de evner å støtte hverandre. Foreldrene deltar også i samtalegrupper hvor de deler erfaringer både i forhold til egen situasjonsforståelse, og i forhold til hvordan de kan være gode omsorgspersoner for sine barn og unge. Ved at foreldre og barn deltar i separate samtalegrupper med likesinnede, gis det enkelte familiemedlem en mulighet til å forstå egen reaksjon gjennom dialog og refleksjon. Andre studier viser at vekstmulighetene blir tydeligere for den enkelte når de presenteres for andre i samme alder. På denne måten styrkes egen mestring (19).

Familiemedlemmene kan slik få en ny og utvidet forståelse for hverandre, og for familien som system. Dette kan underbygges ved at barna og ungdommene, som deltok på familierehabiliteringskurs, ga uttrykk for at de opplevde en ærligere og mer direkte kommunikasjon i familien etter kurset. Å bryte tabuer og taushet vurderes av deltakerne i denne undersøkelsen som særlig viktig. Mange foreldre er imidlertid usikre på når og hvor mye informasjon de skal gi sine barn. Noen mener at de beskytter barna ved å unnlate å gi informasjon. En studie av kommunikasjonen mellom foreldre og barn ved foreldres kreftsykdom, viste sammenheng mellom problematisk kommunikasjon mellom foreldrene og økte posttraumatiske stressymptomer hos de unge (20).

Erfaringer fra MBS viser at barn er vare på hva som skjer i omgivelsene. Om de ikke får adekvat informasjon, kan fantasier skapes som er verre enn virkeligheten. Ifølge Keeley (21) kan barn og ungdommer bli dypt såret av å bli holdt utenfor viktige forhold som angår familien og seg selv. De kan miste tilliten til foreldrene som de er avhengig av å kunne stole på. Videre tilsier erfaringene at noen foreldre vurderer behovet for informasjon ulikt fra hva de unge gjør. Det kan være ulike grunner til at foreldrene velger å ikke informere eller begrense informasjon til barna. Barnes et al. (11) hevder at den hyppigste årsaken er at foreldrene ønsker å unngå spørsmål, og da særlig spørsmål om død. Den samme studien hevder at foreldrene ønsket hjelp fra profesjonelle om hvordan de best kunne informere barna. Dette samsvarer med erfaringer fra MBS, hvor foreldrene ønsker hjelp og råd til å inkludere barn og ungdommer i familiens situasjon. Imidlertid har de erfart lite hjelp og forståelse fra helsevesenet for dette.

> Identifisering med andre i samme situasjon gir muligheter for følelsesmessig støtte.

GENERALISERBARHET OG VALIDITET

Kan man anta at resultatene er generaliserbare og valide (overførbare og gyldige) til andre som står i samme situasjon som studiens informanter? Noen metodiske svake og sterke sider ved undersøkelsen vil diskuteres.

Det er en svakhet at materialet er lite i forhold til totalpopulasjon av barn eller unge som lever med, eller har mistet kreftsyk forelder. Mulighetene til generalisering av resultatene fra forskningsspørsmålene om hvordan barna har det og hvilken hjelp de ønsker seg, er derfor usikre. Det er også en mulighet for at utvalget kan være skjevt, fordi undersøkelsen etterfulgte ukekurs der barna og deres familier traff andre i samme situasjon. Man kan således ha rekruttert familier der foreldrene er mer opptatt av studiens problemstilling fordi de sliter, bekymrer seg mer for sine barn, eller som i større grad er bevisst sine reaksjoner. Det er også en mulighet for at deltakerne kan være mer ressurssterke eller mer konfronterende enn andre barn og ungdommer i samme situasjon. Generaliseringsmulighetene fra de kvantitative dataene som gjelder opplevelsene av MBS-kurset er sannsynligvis bedre. Utvalget er landsdekkende og disse resultatene viser lite sprik i barnas og ungdommenes erfaringer.

Validiteten ved de kvalitative funnene må ses i lys av konteksten som intervjuene ble gjennomført i. Selv om det er vanskelig å tenke seg at informantene konstruerte nye opplevelser og erfaringer ut fra å høre andres beskrivelser, er det sannsynlig at gruppeintervjuene, samlingene og den forutgående spørreskjemabesvarelsen kan ha preget intervjuene ved at de unge har fått økte assosiasjoner til egne opplevelser og tanker. På den annen side er økt tilgang til egne opplevelser gjennom assosiasjoner fra å høre andres erfaringer nettopp en ønsket gevinst ved fokusgruppeintervju (22). Det kvalitative materialets gyldighet og generaliserbarhet, teoretisk og analytisk, vil være knyttet til i hvilken grad det er plausibelt og bekreftes gjennom gjenkjennelse

TABELL 1. De unges trivsel i aktivitetsgruppe
Etter kjønn, og om de har mistet/lever med syk forelder (%)

Trivsel i aktivitetsgruppe	Alle (N=78)	Jenter (n=32/10)		Gutter (n=26/10)	
		Pårør.gr.	Etterl.gr	Pårør.gr	Etterl.gr.
Meget bra	81	70	80	92	80
Bra	18	27	20	8	20
Middels bra	-	-	-	-	-
Dårlig	-	-	-	-	-
Meget dårlig	1	3	-	-	-
Totalt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

TABELL 2. Om de unge har fått nye venner på MontebelloSenteret
Etter kjønn, og om de har mistet/lever med syk forelder (%)

Fått nye venner på MBS?	Alle (N=78)	Jenter (n=32/10)		Gutter (n=26/10)	
		Pårør.gr.	Etterl.gr.	Pårør.gr.	Etterl.gr.
Ja	96	93	90	100	100
Nei	4	7	10	-	-
Totalt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

blant de som er i samme situasjon, i teori og hos klinikere (23). Selv om det var svært sammenfallende opplevelser som fremkom i intervjuene, ville det vært en ytterligere styrke dersom det kvalitative materialet hadde vært enda mer omfattende. Trolig oppnådde man ikke «metning» i informasjonen på de ulike aldersgruppene, og i mistet versus etterlattegruppene. To av de eldste informantene gjennomleste og «validerte» den ferdige rapporten uten innsigelser mot fremstillingene, og fagfolk som arbeider med kursene gjenkjente de unges tilfredshet med MBS-kursene, noe som styrker studiens validitet.

IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING

Mange interessante funn er fremkommet som kunne gi implikasjoner for videre forskning. Dersom man etterprøvde resultatene på et større utvalg, burde man se nærmere på hva som kjennetegner de unge som ikke verdsatte kursene. Man kunne også utforske tendensen til at barna verdsatte samtalegrupper høyere når de allerede hadde mistet versus de som levde med syk forelder. Dessuten ville det være nyttig å få mer kunnskap om hvilke psykopedagogiske hensyn som bør tas på kursene ved forskjeller i alder, kjønn, hvem de mister/som er syk, og så videre. Dersom Pilotprosjektets resultat viser seg å være generaliserbare, burde man også undersøke om det ville være mulig å ivareta barnas behov for støtte i lokalmiljøet, eller om det vil være best å samle dem til felleskurs.

KONKLUSJON

Pilotprosjektets hovedfunn er at barn og ungdommer evaluerer rehabiliteringskursene som svært positive i en hverdag preget av mange uforutsigbarheter. Kurskonseptet som baserer seg på et samspill mellom samtalegrupper, aktiviteter og fellesskap med «likesinnede» og nye

venner, synes å være en verdifull tilnærming for å hjelpe barn og ungdom der mor eller far har kreft eller har dødd av kreft. Noen av resultatene vil utdypes i et allerede igangsatt prosjekt, der foreldrenes hjelpbehov og omsorgskapasitet vil studeres i tillegg til et hovedfokus på barnas situasjon.

LITTERATUR

1. Smedegaard Rosbjerg R, Thastum M. Psykologisk trivsel hos børn af foreldre med kræft. En oversikt over forskning. Omsorg. 2005;4:7–12.

2. Dyregrov K. «På tynn is». Barn og unges situasjon når foreldre rammes av kreft. Resultat fra et Pilotprosjekt. Rapport. Senter for Krisepsykologi, Bergen. 2005.

3. Værholm R. Informasjon til barn og unge i sorg relatert til foreldres kreftdiagnose. Omsorg. 2005;4:49–52.

4. Bugge KE, Bergh I, Aamotsmo T. Støtte til barn og ungdom som pårørende og etterlatte til kreftpasienter ved Ullevål universitetssykehus. En samarbeidsmodell. Omsorg. 2005; 4:53–57.

5. Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ, Van der Graaf WTA, Klip EC, Pras E, Hoekstra-Weebers JEHM. Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: A cross-informant perspective. Psycho-Oncology. 2005;14:746–758.

6. Bugge KE. Også ungdom trenger støtte i sorgen. Tidsskriftet Sykepleien. 1998; 19:58–61.

7. Davies B. Shadows in the sun: The experience of sibling bereavement in childhood. Brunner/Mazel, Philadelfia. 1998.

8.Dyregrov A. Educational consequences of loss and trauma. Educational and Child Psychology. 2004; 21:77–84.

9. Compas BE. Worsham, NL, Ey S, Howell DC. When Mom or Dad has cancer: II. Coping, Cognitive appraisals, and psychological distress in children of cancer patients. Health Psychology.1996; 15:167–175.

10. Lewis FM. Strengthening family supports. Cancer and the family. Cancer. 1990; 65:752–759.

11. Barnes J, Kroll L, Lee J, Burke O, Jones A, Stein A. Factors predicting communication about the diagnosis of maternal breast cancer to children. Journal of Psychosomatic research. 2002; 52:209–214.

12. Gudbergsson SB, Fosså SD. Foreldre med kreft – bekymringer relatert til familiens levekår. Nordisk Sosialt Arbeid. 2002; 2:95–101.

13. Pfeffer CR, Martins P, Mann J, Sunkenberg M, Ice A, Damore JP Jr, Gallo C, Karpenos I, Jiang H. Child survivors of suicide: psychosocial characteristics. Journal of American the Acad of Child and Adolesc Psych. 1997; 36:65–74.

14. Ryel AL. Barns behov når kreften rammer. Tidsskr Nor Psykologforen. 2005; 42:526–527.

15. Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis. In: Smith JA. (ed.). Qualitative psychology. A practical guide to research methods. Sage Publications, London. 2003.

16. Barne- og familiedepartementet. Livet under 18. Rapport. Oslo. 2003.

17. Dyregrov A. Hjelp etter traumatiske hendelser – å skape mening i det meningsløse. Tilgjengelig fra: http://www.krisepsyk.no (Nedlastet 23.02.2008).

18. Christ H, Healing G. Children's Grief, Surviving a parent's Death from Cancer. Oxford University Press, Oxford. 2000.

19. Juel-Blicher U, Kasten B. Grupper for børn og unge med kræftsyg forælder. Omsorg. 2005;4:45–48.

20. Huizinga GA, Visser A, van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. The quality of communication between parents and adolescent children in the case of parental cancer. Annals of Oncology. 2005;16:1956–1961.

21. Keeley D. Telling children about a parent's cancer. BMJ. 2000; 321:462–463.

22. Bloom M, Frankland J, Thomas M, Robson K. Focus groups in social research. Sage Publications, London. 2001.

23. Kvale S. InterViews. An introduction to qualitative research interviewing. Sage Publications, London. 1996.

NOE FOR DEG?

Hva tilfører denne artikkelen?
Artikkelforfatterne har undersøkt hvorfor pasientene velger legevakten fremfor fastlegen i en studie ved Legevakten i Arendal, som dekker ti kommuner med til sammen 86000 innbyggere.

Hva vet vi fra før?
Sykepleiere utgjør i dag den største personellgruppen på legevakt i Norge. Legevakten er organisert svært forskjellig fra kommune til kommune. I legevaktsentralen og i mottaket på legevakt er det primært sykepleiere som møter pasientene og foretar de første vurderingene.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Legevakten i Arendal har vel 24 000 konsultasjoner i året. Vi ønsket å beskrive årsaker pasientene oppga for å velge legevakten fremfor fastlegen.
Metode: Et spørreskjema ble delt ut til 761 av de 1776 pasientene som oppsøkte Legevakten i Arendal i perioden 1.–31. mars 2007. Av disse var det 736 (92 prosent) som besvarte skjemaet. Data presenteres deskriptivt med prosentandeler.
Resultater: De tre vanligste årsakene pasientene oppga til å oppsøke legevakten fremfor fastlegen var at fastlegekontoret var stengt, pasienten ble syk utenom vanlig kontortid, og at det var raskere å få hjelp på legevakten. Over halvparten av pasientene vurderte sin sykdom eller skade som alvorlig eller meget alvorlig. Vel 40 prosent mente det vanligvis ikke spilte noen rolle om det var fastlegen eller legevakten som ytte den hjelpen som trengtes. Nesten hver tredje konsultasjon gjaldt barn og unge under 15 år. Bruken av legevakten avtok med økende avstand fra pasientens fastlegekontor. Pasienter fra noen legekontor oppsøkte legevakten i større grad enn pasienter fra liknende legekontor, med tilnærmet lik listelengde og lik avstand til legevakten.
Konklusjon: Pasientenes bosted og fastlegekontor har stor betydning for legevaktsøkning. Mange pasienter som oppsøker legevakten ønsker ikke å vente til time hos fastlegen neste dag. Svært mange pasienter vurderer sine plager som alvorlige.

ENGLISH SUMMARY

Why do patients choose to attend the casualty clinic rather than their regular general practitioner?

Background: There are more than 24,000 consultations a year in the casualty clinic in Arendal, Norway. We wanted to study the patients reasons why they choose to attend the casualty clinic rather than their regular general practitioner (RGP).
Methods: Out of 1776 patients who attended the casualty clinic in Arendal in March 2007, 761 received a questionnaire, which was filled in by 736 patients (92 %).
Results: The three most common reasons the patients reported for attending the casualty clinic were that the RGPs office was closed, the patient became ill after regular office hours, and patients could receive help sooner at the casualty clinic. More than half of the patients considered their illness or injury as serious or very serious. More than 40% stated that it does not matter whether it is the casualty clinic or the RGP that gives the medical help needed. Nearly every third consultation was given to children below 15 years. Attendance at the casualty clinic decreased with increasing distance from the location of the RGPs office. We did however observe a substantial variation in attendance from patients belonging to RGP offices with comparable number of listpatients and similar distance to the casualty clinic.
Conclusion: The location of the patient's residence and RGPs office was of great importance for the consultation rate at the casualty clinic. Many patients did not want to wait for the RGP office to open the following day. A large number of patients considered their medical problem as serious.

Nøkkelord
- Fastlege
- Legevakt

Mer om forfatterne:
Eva Moe er utdannet sykepleier og har vært ansatt ved Legevakten i Arendal siden 1995, de siste årene som enhetsleder. Gunnar Tschudi Bondevik er førsteamanuensis dr.med. ved Institutt for allmennmedisinske fag, Universitetet i Bergen, og arbeider som forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Kontaktperson: evamoe@hotmail.com

» Hvorfor velger pasienten legevakten fremfor fastlegen?

Tekst: **Eva Moe**
og Gunnar Tschudi Bondevik
Foto: **Erik Sundt**

INTRODUKSJON

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet skal kommunene sørge for at nødvendige legeressurser er tilgjengelige på dagtid og at det er organisert legevakt hele døgnet. Ved akutt sykdom eller skade som oppstår kveld eller natt, kan legevakten kontaktes. Legevakten skal i hvert enkelt tilfelle vurdere om tiltak er nødvendig umiddelbart eller om behandling kan vente til neste dag slik at vedkommende kan oppsøke sin fastlege (1).

Mange kommunale legevakter sliter med å tilby sine innbyggere et faglig godt tilbud kveld og natt (2). Sosial- og helsedepartementet har siden 1999 oppfordret kommunene – og gitt økonomisk støtte – til etablering av interkommunale legevaktordninger (3). Hovedårsaken var å sikre rekruttering og stabilitet av leger i kommunehelsetjenesten slik at innbyggerne skulle få et forsvarlig legevakttilbud av god kvalitet. Denne utviklingen har vært svært forskjellig i de ulike kommunene.

Legevakten i Arendal etablerte tidlig en interkommunal legevaktordning. Allerede 1. mars 2000 var det et legevaktsamarbeid mellom sju kommuner i Aust-Agder. Legevakten i Arendal er i dag en interkommunal legevakt for ti kommuner, åtte kommuner i Aust-Agder og to i Telemark. I legevaktdistriktet bor det 86 000 mennesker, vel 72 000 i fire byer langs kysten og knappe 14 000

i seks innlandskommuner. Legevakten er lokalisert på Sørlandet Sykehus i Arendal. To fjerntliggende, små kommuner har opptil to og en halv times kjøring til legevakten (15 mil lengste avstand). Legevakten hadde i 2007 i underkant av 24 000 konsultasjoner. De fleste pasientene ringer og får tildelt et klokkeslett for oppmøte på legevakten. Pasienter som ikke er hjemmehørende i legevaktdistriktet, møter oftest direkte på legevakten uten å ha ringt på forhånd.

Ventetiden avhenger av alvorlighetsgraden. Alvorlighetsgrad deles inn i rød, gul og grønn respons etter Norsk index for medisinsk nødhjelp. Rød hastegrad (akutt) defineres som livstruende eller potensielt livstruende. Gul hastegrad (haster) defineres som en mulig alvorlig tilstand der vitale organer kan bli truet og det er behov for rask situasjonsvurdering av lege. Grønn hastegrad (vanlig) defineres som tilstander som ikke haster mer enn at det kan vente til første passende anledning (4).

Det kan være mange grunner til at pasientene velger legevakten fremfor fastlegen, og det var ønskelig å finne noen av disse årsakene. En undersøkelse fra Telemark viste at tre av ti barn under seks år hadde fått hjelp fra legevakten i løpet av ett år (5). En tredel av disse hadde ikke forsøkt å oppsøke fastlegen først. En av årsakene kunne være at foreldrene hadde etablert en vane med å benytte legevakten som sitt faste legekontor.

Pasientenes bruk av legevakt er bare delvis en følge av tilgjengeligheten hos fastlegen. I en leder i Tidsskrift for Den norske legeforening fastslår Hasvold at ventetiden på uprioriterte konsultasjoner ikke ser ut til å ha gått ned og at tilgangen på akuttimer hos fastlegen ikke er blitt bedre etter at fastlegeordningen ble innført (6).

Man kan også tenke seg at innføringen av fastlegeordningen ville ført til en reduksjon i pågangen på legevakt. Imidlertid viste en undersøkelse fra 2001 at legevakten i Tromsø (med fastlegeordning) ble hyppigere benyttet enn legevakten i Fredrikstad, som da var uten fastlegeordning (7). På den annen side fant Jøsendal og Aase at antall legevakthenvendelser ble redusert med 30 prosent etter innføring av fastlegeordningen og interkommunal legevakt i Radøy kommune (8).

Hensikten med denne studien var å finne ut hvorfor pasienten velger legevakten fremfor fastlegen. Vi har undersøkt ulike faktorer som kan tenkes å påvirke pasientenes valg av legevakt fremfor fastlege i distriktet tilhørende Legevakten i Arendal.

METODE

I perioden 1.–31. mars 2007 delte sykepleierne ut et spørreskjema til pasienter som kom til legekonsultasjon ved Legevakten i Arendal. Spørreskjemaet ble utformet på grunnlag av andre brukerundersøkelser, og hadde egen forside med informasjon om studien til pasienten. Det var totalt 14 spørsmål med ulike svaralternativ og

TABELL 1: Årsaker til at pasienten valgte å oppsøke legevakten fremfor fastlegen akkurat den dagen. N=717 (mulighet for å krysse av på flere alternativ)

Årsaker	Ja	%
Stengt fastlegekontor	508	71
Ble syk utenom vanlig kontortid	272	38
Raskere å få hjelp på legevakten	85	12
Praktisk vanskelig å gå til fastlegen på dagtid	56	8
Fikk ikke time fort nok hos fastlegen	44	6
Tror ikke fastlegen yter den hjelpen som trengs akkurat nå	37	5
Har fastlege i annet distrikt	21	3
Kom ikke gjennom på telefon til fastlegen	18	3
Fastlegekontoret ba meg oppsøke legevakten	16	2
Vil selv bestemme når jeg skal gå til lege	12	2
Dårlig erfaring fra tidligere med å få tak i fastlegen	8	1
Har ikke fastlege	6	1

mulighet for fritekstbesvarelse.

Vi ønsket informasjon om pasientens alder (år), kjønn og bostedskommune, samt ukedag, klokkeslett, navn på fastlegekontoret og hvilke grunner pasienten hadde for å oppsøke legevakten den aktuelle dagen (se tabell 1). Videre registrerte vi hvordan pasienten selv vurderte alvorlighetsgraden av den aktuelle sykdommen eller skaden (meget alvorlig, alvorlig, mindre alvorlig og vet ikke), om pasienten ville ha oppsøkt legevakten dersom han var sikret time hos fastlegen innen kort tid (ja, nei og vet ikke), og hvilken lege pasienten mente vanligvis var best til å gi nødvendig hjelp (fastlege, legevaktslege, fastlege eller legevaktslege – spiller ingen rolle, spesialist, andre og vet ikke). Spørsmålene skulle besvares mens pasienten ventet på å komme inn til legen. Små legekontor er her definert som legekontor med under 2000 listepasienter og store legekontor er definert som legekontor med over 4000 listepasienter.

Pasienter som ikke behersket norsk, som kom i følge med politi, som trengte hjelp umiddelbart eller som ikke kunne gjøre rede for seg ble ekskludert fra undersøkelsen. Før undersøkelsen ble det sendt ut et informasjonsbrev til alle legevaktleger og fastleger i distriktet. Alle sykepleierne ved legevakten ble informert om studien på et personalmøte samt i eget skriv. Etisk komité ble kontaktet, men siden prosjektet var en kartleggingsstudie av forekomst, var konklusjonen at studien ikke trengte behandling i komiteen.

Legevakten i Arendal er en av sju legevakter som deltar i Vakttårnundersøkelsen i regi av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (9). Her registreres blant annet alder, kjønn, ukedag, bostedskommune og hastegrad. Våre tall er sammenlignet med tilsvarende tall fra Vakttårnundersøkelsen (egne data).

Data ble analysert i statistikkprogrammet SPSS, versjon 14.0, og presenteres deskriptivt med frekvenser og prosentandeler.

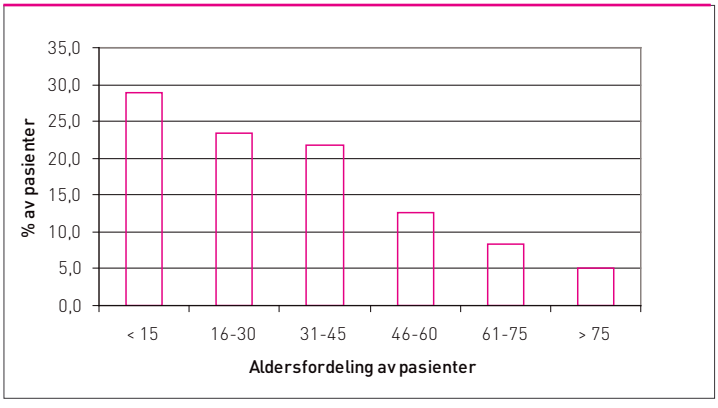
RESULTATER

I mars 2007 ble det registrert 1776 legekonsultasjoner ved Legevakten i Arendal. Skjemaet ble delt ut til 761 pasienter (43 prosent). Av disse var det 736 (92 prosent) som svarte. Pasienter som kom i følge med politiet (n=18) eller var kategoriserte som rød (n=9) eller gul (n=111) respons var blant dem som ikke fikk utdelt spørreskjema.

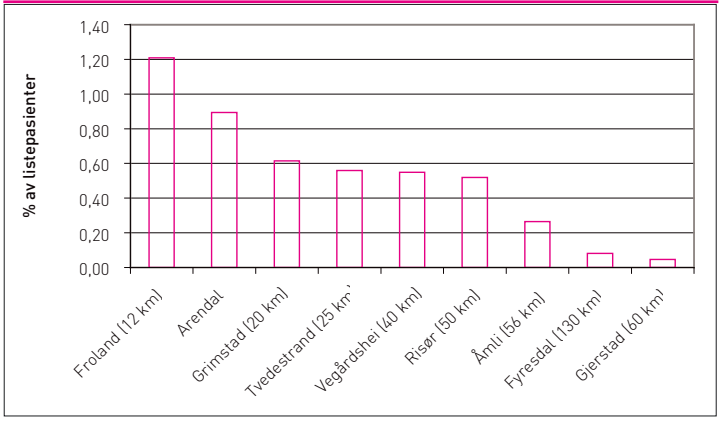
Knappe to tredeler av pasientene fylte ut spørreskjemaet på egen hånd, mens vel en tredel av skjemaene ble fylt ut av pårørende.

Aldersfordelingen blant pasientene er vist i Figur 1. Seksten prosent av pasientene var under fire år og 29 prosent var under 15 år. Kvinner utgjorde 54 prosent. I aldersgruppen under 15 år var det

FIGUR 1: Aldersfordeling ved henvendelse til Legevakten i Arendal mars 2007. n=761



FIGUR 2: % av listepasienter i ulike kommuner som oppsøkte LV i Arendal i mars 2007. n= 616



53 prosent gutter og i aldersgruppen 61–75 år var det 52 prosent menn. I de øvrige aldersgruppene var det flertall av kvinner.

Det var færrest pasienter som kom på onsdager (6 prosent) og mandager (9 prosent) og flest på lørdager (27 prosent) og søndager (20 prosent). Tretti prosent møtte mellom kl.08 og 15 og 62 prosent mellom kl.15 og 23.

> Over halvparten av pasientene vurderte sin tilstand da de kom til legevakten som alvorlig eller meget alvorlig.

54 prosent av pasientene som oppsøkte legevakten, hadde bostedsadresse i Arendal, 18 prosent kom fra Grimstad, 8 prosent fra Froland, 6 prosent fra Risør og 5 prosent fra Tvedestrand. Nesten alle pasientene, 724 av 760 (95 prosent), oppgav at de hadde fastlege.

Den vanligste grunnen pasienten oppga til å oppsøke legevakten fremfor fastlegen den aktuelle dagen var at fastlegekontoret var stengt (71 prosent). Dernest svarte 38 prosent at de oppsøkte legevakten fordi de var blitt syke utenom vanlig kontortid, mens 12 prosent mente det var raskere å få hjelp på legevakten og 8 prosent svarte at det var praktisk vanskelig å gå til fastlege på dagtid (tabell 1).

Av 705 pasienter vurderte 310 (44 prosent) sykdommen eller skaden de kom med på legevakten som alvorlig, mens 65 pasienter (9 prosent) vurderte den som meget alvorlig. Det var 137 pasienter (19 prosent) som vurderte tilstanden som mindre alvorlig, mens 193 pasienter (27 prosent) oppga at de ikke visste hvor alvorlig det var. Femtifem prosent av kvinnene og 51 prosent av mennene oppfattet sin sykdom eller skade som alvorlig eller meget alvorlig. Av de som vurderte sykdommen eller skaden som mindre alvorlig, svarte 40 prosent at de likevel ikke var villige til å vente til neste dag, selv om de hadde vært sikret time hos fastlegen da. Her var det ingen forskjell mellom kvinner og menn. I hele materialet (n=706) svarte 442 pasienter (58 prosent) at de ville ha oppsøkt legevakten samme dag selv om de var sikret time hos fastlegen neste dag. Kun 157 pasienter (21 prosent) var villige til å vente til neste dag, mens 107 pasienter (14 prosent) ikke visste om de ville vente til neste dag.

Av 753 pasienter mente 288 (38 prosent) at fastlegen vanligvis best gir den hjelpen pasienten trenger. Kun 60 pasienter (8 prosent) mente legevakten best gir den hjelpen pasienten trenger, mens hele 319 (42 prosent) mente det ikke spiller noen rolle om det er fastlegen eller legevakten som yter hjelpen. Knappe to tredeler mente det er viktig å gå til en lege som kjenner pasienten.

Det var totalt 29 praksiser i distriktet tilhørende Legevakten i Arendal. Elleve praksiser var små legekontor med under 2000 listepasienter fordelt på en- og to-legepraksiser (10). Det var stor variasjon i andelen listepasienter fra de ulike legekontor som oppsøkte legevakten. I forhold til listelengde kom det flest pasienter fra små legekontor i Arendal kommune. Også sammenliknbare legekontor, med tilnærmet likt antall listepasienter og lik avstand til legevakten, hadde ulik søkning til legevakten. For eksempel kom det 39 pasienter fra et kontor i Arendal med vel 5000 listepasienter, mens 67 pasienter kom fra et annet kontor i Arendal med like mange listepasienter. Pasienter tilhørende legekontor i og nær Arendal kommune oppsøkte legevakten oftest (antall pasienter på legevakten per 1000 innbyggere i kommunen). Bruken av legevakten avtok med økende avstand fra fastlegekontoret til legevakten (avstand målt til kommunesentrene). De som brukte legevakten sjeldnest (en gang per 1000 innbyggere i kommunen), var pasienter tilhørende fastlegekontor i kommunene med lengst avstand til legevakten (figur 2).

DISKUSJON

De to vanligste grunnene pasientene oppgav for å oppsøke legevakten i Arendal fremfor fastlegen, var at fastlegekontoret var stengt og at pasienten ble syk utenom vanlig kontortid. Disse svaralternativene er naturligvis ikke gjensidig utelukkende. Over halvparten av pasientene vurderte sin tilstand da de kom til legevakten som alvorlig eller meget alvorlig.

Nittifem prosent av pasientene svarte at de hadde fastlege. Dette er noe lavere enn andelen for hele landet (99 prosent) (11). Det er sannsynlig at pasienter uten fastlege i større grad benytter seg av legevakt enn pasienter med fastlege. Videre er det mulig noen pasienter ikke visste hvem fastlegen var siden de aldri har brukt eller hatt behov for å bruke vedkommende og derfor har oppgitt at de ikke hadde fastlege.

Stengt fastlegekontor og at pasienten ble syk utenom vanlig kontortid er naturlige grunner til å oppsøke legevakten. For mange pasienter var begge forklaringene aktuelle. Når 12 prosent svarte det var raskere å få hjelp på legevakten enn hos fastlegen, sier det muligens noe om manglende kapasitet hos

fastlegene for det som pasientene opplever som øyeblikkelig hjelp. I de tilfellene det ble oppgitt å være praktisk vanskelig å gå til fastlegen på dagtid, kan det neppe være stor grad av øyeblikkelig hjelp. I Werners undersøkelse i Arendal 2001 oppga hele fire femdeler av pasientene at akutt oppstått sykdom var årsak til at de oppsøkte legevakten fremfor fastlegen på dagtid (12).

De aller sykeste (rød respons og omtrent halvparten av gul respons, n=120) var dessuten ikke inkludert i undersøkelsen. Vi synes derfor det er tankevekkende at over halvparten av pasientene oppfatter seg selv som alvorlig syke. Det kan tenkes at noen pasienter oppgav en høyere alvorlighetsgrad for å rettferdiggjøre at de valgte legevakten fremfor fastlegen. Vi synes det er påfallende at så mange pasienter mente de trengte legehjelp innen svært kort tid, også blant dem som tilhørte grønn responsgruppe. Vi mener mange pasienter burde ventet med å oppsøke legevakten og heller kontaktet fastlegen, men det er kanskje mange som ikke vet at legevakten bare skal brukes ved øyeblikkelig hjelp. Her kan det være stor forskjell på hvordan pasienter og helsepersonell definerer begrepet «øyeblikkelig hjelp». Pasienter vil kanskje mene at øreverk med smerter hos barn er øyeblikkelig hjelp, mens helsepersonell vil kategorisere dette som en pasient som kan vente (vanlig/grønn respons). Vi mener funnene fra denne undersøkelsen avdekker at det er viktig med informasjon til befolkningen om hvilket tilbud fastlegekontorene og legevaktene gir. En bør derfor i større grad informere om hvilke medisinske problemstillinger som hører hjemme på legevakten, og hvilke som kan vente til fastlegekontoret åpner. Seks prosent av pasientene i vår undersøkelse svarte at de ikke trodde fastlegen kunne gi den hjelpen de trengte. Det kan tyde på at flere pasienter ikke vet at fastlegen også yter hjelp ved for eksempel skader/kutt, og at det er et behov for bedre informasjon om hvilket helsetilbud fastleger kan gi.

En undersøkelse fra Nord-Norge i 1987 viste at flertallet av pasientene ønsket å oppsøke sin faste primærlege, selv om dette medførte venting (13). I undersøkelsen til Steen og Hunskår fra Bergen i 2003 var omlag halvparten av pasientene villige til å vente dersom de var sikret time hos fastlegen neste dag (14). I vår undersøkelse ville kun en femdel av pasientene ha utsatt legevaktbesøket til neste dag selv om de var sikret time hos fastlegen da. Selv blant dem som oppgav å være mindre alvorlig syke, var det over 40 prosent som ikke syntes time hos fastlegen neste dag var noe godt alternativ. Muligens er befolkningens krav og forventninger til å få legehjelp akkurat når det måtte passe dem større nå enn tidligere. Førtifire personer (8 prosent) i vår undersøkelse svarte at det var praktisk vanskelig å gå til fastlege på dagtid. Mulige årsaker kan være at arbeidsgivere misliker at ansatte går til lege i arbeidstiden og at svært mange mennesker i dag er i arbeid. I tillegg kan det hende at noen yrkesaktive foreldre synes det er enklere å ta barn med til lege på ettermiddag, kveld og helg enn å måtte ta fri fra jobb. Det kan også hende at mennesker i dag er mer engstelige for egen helse enn de var for noen år siden.

Førtito prosent svarte at det ikke spiller noen rolle om det er legevaktlegen eller fastlegen som gir den hjelpen som trengs. Kanskje skyldes det at svært mange problemstillinger på legevakt er relativt ukompliserte og at det dermed ikke er så viktig hvem som undersøker pasienten. Trettiåtte prosent svarte at fastlegen vanligvis er den som gir best hjelp. Det kan tenkes at pasienter med kroniske og sammensatte sykdommer foretrekker å gå til fastlegen hvor de kjenner både legen og medhjelperne, også når de har akutt sykdom.

Fra enkelte legekontor var den relative pasientsøkningen til legevakt spesielt høy. Undersøkelsen til Nyen og Lindbæk i Skien i 2002 (15) viser også stor spredning i legevaktsøkningen mellom de ulike legekontorenes pasientpopulasjoner. Ett legekontor i vår undersøkelse skilte seg ut med svært mange kontakter, sannsynligvis fordi kontoret var uten lege i deler av perioden studien pågikk. Kontoret hadde dessuten svært få listepasienter, så det var et begrenset antall pasienter som gjorde det store utslaget i undersøkelsen. Pasienter fra små legekontor med mindre enn 2000 listepasienter, beliggende nær Legevakten i Arendal, oppsøkte legevakten langt oftere enn pasienter fra tilsvarende praksiser beliggende langt vekk fra legevakten. Noen solopraksiser har stengt når fastlegen har offentlige oppgaver og da velger kanskje pasienter nær legevakten å gå dit samme ettermiddag eller kveld i stedet for å gå til fastlegen neste dag. Hvis pasienten bor langt unna legevakten, foretrekker han kanskje hel-

> Det er kanskje mange som ikke vet at legevakten bare skal brukes ved øyeblikkelig hjelp.

ler å gå til fastlegen dagen etter. Pasienter tilhørende legekontor med omtrent lik avstand til legevakten, lik listelengde og samme antall leger i praksis kunne ha svært forskjellig legevaktsøkning. Dette gjaldt praksiser både i og utenfor Arendal kommune. Ut fra denne undersøkelsen er det ikke mulig å si noe om årsakene til dette, men det kan være ulike rutiner ved legekontorene for hvor syke pasientene må være for å tilby dem time samme eller neste dag.

Sykepleierne er i praksis de som vurderer om pasienten skal vurderes ved legevakten. Det tilstrebes en enhetlig praksis ved at medisinske prosedyrer etableres og gjennomgås i fellesskap i intern undervisning.

I vår undersøkelse fikk 43 prosent av pasientene som kom til konsultasjon ved legevakten utdelt spørreskjemaet. Sannsynligvis er hovedforklaringen til den lave utdelingsprosenten at noen sykepleiere glemte å dele ut skjemaet, uavhengig av sykdommens alvorlighet. Pasienter som trengte hjelp umiddelbart var ekskludert fra undersøkelsen. Sykepleierne fortalte at de som trengte hjelp umiddelbart var både rød respons og anslagsvis opp mot halvparten av gul respons (selv om en tilstand ikke er livstruende, kan pasienten likevel trenge hjelp umiddelbart). I Vakttårnundersøkelsen for mars 2007 (n=1425) (egne data) er det registrert 1 prosent rød respons og 16 prosent gul respons (rundt 8 prosent som trengte hjelp umiddelbart). Dette betyr at en svært stor andel av pasientene som ikke fikk utdelt skjema hadde en sykdom med liten hastegrad. I tillegg var det en del henvendelser innen grønn respons-gruppen som ikke fikk skjema utdelt de gangene det var så kort ventetid at pasienten gikk direkte inn til legen.

Det styrker vår antakelse om studiepopulasjonens representativitet at fordelingen av alder, kjønn og ukedag er sammenfallende med resultatene fra Vakttårnundersøkelsen, hvor det ble registrert data fra nesten dobbelt så mange konsultasjoner. Ifølge denne undersøkelsen var antall konsultasjoner ved Legevakten i Arendal lavest på onsdager (8 prosent) og mandager (9 prosent) og høyest på lørdager (25 prosent) og søndager (22 prosent). Dette tilsvarer funnene fra undersøkelsen vår hvor det også var færrest pasienter onsdager (6 prosent) og mandager (9 prosent) og flest lørdager (27 prosent) og søndager (20 prosent).

Nesten hver tredje konsultasjon ved legevakten gjaldt barn under 15 år. Dette er i tråd med tallene fra NAV 2006 (11). Totalt sett var det noe flere kvinner enn menn som oppsøkte Legevakten i Arendal.

Det relativt høye antallet pasienter som deltok i studien, og den høye svarprosenten (92 prosent) blant dem som fikk utdelt spørreskjemaet, er en styrke ved studien. Vi mener derfor at undersøkelsen peker på en del viktige faktorer som påvirker pasienters valg mellom fastlege og legevakt.

KONKLUSJON

Stengt fastlegekontor og akutt sykdom utenom vanlig kontortid var de to vanligste årsakene til at pasientene oppsøkte legevakten fremfor fastlegen. Legevaktsøkningen varierte mye etter hvilket fastlegekontor og hvilken kommune pasienten tilhørte. Over halvparten av pasientene vurderte sin medisinske tilstand som alvorlig eller meget alvorlig. Kun 20 prosent av pasientene mente de kunne vente til neste dag.

En stor takk til sykepleierne ved Legevakten i Arendal som delte ut og tok i mot alle spørreskjemaene.

LITTERATUR

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Legevakt og akuttmedisin.http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/Legevakt-og- akuttmedisin.html?id=441858 (1.9.2008).

2. Den norske lægeforening. Interkommunal legevakt (7/2005). Gode legevaktsordninger gir trygghet for befolkningen. http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=90578&subid=0 (1.9.2008).

3. Helse- og sosialdirektoratet. Veileder for etablering og drift av interkommunale legevaktordninger. Sosial- og helsedirektoratet, 9/2003.

4. Norsk index for medisinsk nødhjelp. Utgave 2.1 2005. Stavanger: Åsmund S. Lærdal A/S.

5. Høie I. Fornøyd med fastlegen men oppsøker legevakten. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3348.

6. Hasvold T. Fastlegeordningen – bare en strukturreform? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 475.

7. Tollefsen LH, Amundsen A, Kolstrup N. Fastlegeordningens betydning for legevaktsøkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1327-9.

8. Jøsendal O, Aase S. Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 506-7.

9. Vakttårnprosjektet. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2007. http://www.unifobhelse.uib.no/index.php?Gruppe=15&Lang=nor&ID=Prosjekter&counter=123 (1.9.2008).

10.NAV Min Fastlege. https://tjenester.nav.no/minfastlege/innbygger/fastlegesok.do (1.6.2007).

11.NAV rapport nr. 4/2007. Hva foregår på legekontorene? Arbeids- og velferdsdirektoratet. Statistikk og utredning. Oktober 2007. http://www.nav.no/binary/805363647/file (1.9.2008).

12. Werner EL. Legevakten i Arendal – en ny modell for interkommunal legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1704-6.

13. Straume B, Forsdahl A. Tilgjengelighet og ventetid hos primærlegen. Pasientundersøkelsen i Nord-Norge 1987. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3484 - 8.

14. Steen K, Hunskaar S. Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 365-6.

15. Nyen B, Lindbæk M. Legevaktsøkning og fastlegeordning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 508-9.

Når oppsøker pasienten legevakten?

› Det er viktig at pasienten kommer på rett plass til rett tid.

Av Helga Kramvik
Sykepleier og enhetsleder for Legevakta og Allmennlegetjenesten i Tromsø.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELTET !

Les artikkelen på side 129 »

› For oss som jobber på legevakt er spørsmålet om hvorfor så mange pasienter oppsøker legevakten i stedet for egen fastlege når de er syke, et stadig tilbakevendende tema. Og det var derfor med stor interesse jeg leste artikkelen til Eva Moe og Gunnar Tschudi Bondevik.

Begrunnelsene for å oppsøke legevakten i Arendal, som beskrives i artikkelen, gjelder også for legevakten i Tromsø.

I Arendal er den vanligste årsaken til å oppsøke legevakten et stengt fastlegekontor. Denne begrunnelsen er kanskje ikke like aktuell i Tromsø, som er en kommune uten solopraksiser og med en kollegial fraværsordning som ser ut til å fungere godt.

Man kan likevel spørre seg om tilgjengeligheten på fastlegekontoret er god nok her i Tromsø, siden så mange velger bort sin fastlege når de trenger legehjelp. En annen årsak som ikke kom frem i artikkelen, og som sikkert kan være vanskelig for pasienten å fortelle om, er at legevakten også benyttes for å få en ny vurdering av en annen lege.

Det at mange av pasientene opplever seg som alvorlig syke og derfor trenger hjelp fort gjelder også i Tromsø. Kanskje er det sånn at medias mange «skrekkoppslag» om ulike sykdommer skremmer oss mer enn det gagner? Eller at stadig flere sitter med sine helseproblemer uten å ha noen kloke og erfarne foreldre eller besteforeldre å spørre til råds? Kanskje ville et lett tilgjengelig tilbud med sykepleierrådgivning vært et vel så interessant tilbud for pasienten som å oppsøke legen på legevakta?

Artikkelforfatterne påpeker viktigheten av å informere om hvilke tilbud fastlegene og legevakten gir. Helt enig! Hvis man i tillegg fikk gitt en samlet informasjon om tjenestene, ville kanskje flere forstått at legevakt og fastlege i mange tilfeller er samme sak.

Hadde legevakten hatt mulighet til å gi time hos fastlegen neste dag ville det kanskje, i tillegg til en samtale med en sykepleier, vært et viktig bidrag i det å få pasienten på rett plass og til rett tid.

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

NOE FOR DEG?

Hva tilfører denne artikkelen?
Dette er en kvalitativ studie som beskriver hvordan helsearbeidere i et ambulerende team (AAT) gjør sine faglige overveielser.

Fakta:
AAT er et tjenestetilbud til voksne over 18 år som trenger akutt hjelp i en psykisk krise. Tilbudet er under oppbygging ved alle landets distriktspsykiatriske sentre. Teamene er tverrfaglig sammensatt og har som hovedoppgave å forhindre innleggelse i akutts-psykiatriske avdelinger og utvikle tilbud i pasientens lokalmiljø som ivaretar personens opplevelser av integritet og verdighet.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Ambulante akuttpsykiatriske team (AAT) har voksne over 18 år som opplever en akutt psykisk krise som primær målgruppe. Det utvikles behandlingstilbud som søker å ivareta pasienters opplevelse av integritet og selvfølelse. Dette skjer gjennom nye samarbeidsformer i pasienters lokalmiljø i form av hjemmebehandling.
Hensikt: Studien beskriver teammedlemmenes forståelser av hva en psykisk krise er og hvilke implikasjoner forståelsene har for det kliniske arbeidet.
Teoretisk perspektiv: Det teoretiske perspektivet baseres i sosialpsykologiske aspekter ved en psykisk krise, med vekt på å forstå krise både som en individuell, relasjonell og kontekstuell erfaring.
Metodologi: Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med et kvalitativt, eksplorativt og deskriptivt design. Flerstegsfokusgruppeintervjuer er benyttet som dataskapingsmetode, og en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming er benyttet i dataanalysen.
Resultater: To hovedtemaer identifiseres: Forståelser av kriser og forhandlinger om kriser. Det empiriske materialet beskriver ulike former for psykisk krise; langvarige og akutte kriser samt individuelle og sosiale. Å være hjelper i andres hjem innebærer å stå i ulike samarbeidsforhold knyttet til forhandlinger, forståelser og løsninger.
Konklusjon: Studiens funn innbyr til en annen profesjonalitet der verdifull kompetanse er å møte det uventede og å tåle det ukjente, der valg- og forhandlingsmuligheter for pasient og nettverk vektlegges og der den psykiske krisen oppfattes sosial så vel som individuell. Hjemmebehandling krever et faglig skjønn som retter seg mot pasientens hverdagsliv.

ENGLISH SUMMARY

Background: The primary users of the crisis resolution and home treatment teams (CHHT) are persons over 18 years experiencing a mental health crisis. The teams' objectives are to develop services attending the individual's integrity and self-esteem through community based home treatment teams.
Objective: The objective of this study is to outline the team members understanding of mental health crisis and how these understandings are reflected into clinical work.
Theoretical perspective: Social psychological theories on crisis are used in expanding the theoretical perspective on mental health crisis, with emphasis on understanding crisis both as individual relational and contextual experience.
Methodology: The study has a hermeneutic- phenomenological approach with a qualitative, explorative and descriptive design. Multistage focus group interviews are used as a method for generating data, followed by phenomenological-hermeneutic approach in analysing data.
Results: Two themes are identified: Understanding crisis and negotiations about crisis. The empirical data reveal various forms of mental health crisis; long-term and acute, individual and social. Working in people's homes means being involved in a variety of collaborative situations related to negotiations, understanding and solutions.
Conclusion: The results of the study invites to a new professionalism where valid competence is to encounter the unknown and unexpected, where choices and negotiations are welcomed for the patient as well as the network, and where the mental health crisis is understood social as much as individual. Home treatment requires the professional's understanding of the patients everyday life situation.

Nøkkelord:
- Akutt psykisk helsearbeid
- Ambulante akutteam
- Hjemmebehandling
- Psykisk krise

Mer om forfatterne
Bengt Karlsson, psykiatriske sykepleier og dr.polit, Marit Borg, cand san og PhD og Hege Sjølie, cand. polit og stipendiat.

Alle er ansatt ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag.
Kontakt: bengt.karlsson@hibu.no.

OM KRISEHÅNDTERING OG HJEMMEBEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN

Akkurat som høy feber

Tekst: **Bengt Karlsson, Marit Borg og Hege Sjølie**
Foto: Erik M. Sundt

I de senere år har modeller for ambulante tjenester blitt etablert i psykisk helsevern, der hensikten er å tilby lokalbasert hjelp i folks nærmiljø. Dette gjelder krisehåndtering, rehabilitering og langtidsoppfølging. Ambulante akuttpsykiatriske team (AAT) er et slikt tilbud. Stortinget har vedtatt at alle landets distriktspsykiatriske sentre (DPS) skal opprette slike team innen utgangen av 2008 (1,2). Teamenes primære målgruppe er voksne personer over 18 år som opplever en akutt psykisk krise og ber om hjelp fra teamet. Det kan være

mennesker i akutte kriser som opplever suicidalitet, psykisk kaos og familie- og sosiale problemer (3). Teamene skal skape et mer helhetlig og tilgjengelig behandlingstilbud som ivaretar pasienters opplevelser av integritet og selvfølelse (4,5). Det skal utvikles nye samarbeidsformer i pasienters lokalmiljø med særlig vekt på en kontekstuell forståelse av psykisk krise og hjemmebehandling. For utdypende lesning om arbeidsformer i AAT, se (1,4,6). Artikkelforfatterne arbeider i forskningsprosjektet «Krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalbasert psykisk helsearbeid». Prosjektets hovedmål er å utforske forståelser og arbeidsmetoder i et nyetablert team, samt pasienterfaringer med teamets tjenester (6). Gjennom tre delstudier utvikles forskningsbasert kunnskap om kriseerfaringer, kriseintervensjon og hjemmebehandling. Denne artikkelen bygger på delstudie 1. Hensikten er å belyse hvilke forståelser de ansatte i et tverrfaglig ambulant akutteam har av psykisk krise og hvilke implikasjoner forståelsene har for arbeidet i teamet.

TEORETISK PERSPEKTIV

Etymologisk stammer ordet krise fra det greske 'krisis' og betyr avgjørende vending eller plutselig forandring (7). Krise beskrives særlig i forhold til opplevelser av sorg, tap/trussel om tap, store utfordringer, krenkelser og katastrofer (8). Vår studie fokuserer på fenomenet psykisk krise. Det kan innebære at tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til å forstå og beherske livssituasjonen man befinner seg i. Cullberg (7,8) peker på fire psykososiale aspekter ved en psykisk krise; 1) den utløsende situasjon, 2) personens biografi og utviklingshistorie, 3) den aktuelle livsperiode og 4) personens sosiale situasjon. Caplan (9) skiller mellom traumatisk krise og utviklingskrise. Traumatisk krise viser til situasjoner preget av dramatiske hendelser og opplevelser og kan dreie seg om ytre og indre forhold.

> Når en person ikke greier å ta vare på seg selv, verken fysisk eller psykisk, da er det en akutt krise.

Utviklingskrisen representerer en mulighet for personlig vekst og utvikling. Den kan også være en potensiell fare og trussel for personer som er i en sårbar situasjon.

Utviklingen av de medisinskdiagnostiske klassifikasjonssystemene ICD og DSM har gjort forståelsen av psykisk krise gradvis mer medikalisert og patologisert (8). Opplevelse av psykologiske kriser og traumer er samlet i en felleskategori (PSTD); posttraumatisk stressyndrom i DSM-IV og posttraumatisk stresslidelse i ICD-10 (10). Mezzina & Vidoni (11) belyser hvordan den psykiatriske forståelsen av krise hovedsakelig knyttes til adferdsproblemer og særlig til hva som oppfattes som sosial trussel eller fare. Å knytte sammen sosial kontroll og psykisk krise, kan redusere en omfattende menneskelig lidelse og fremstille den gjennom en forenklet symptomatologi.

Studier av klinisk praksis viser begrensninger ved rådende kriseteorier, særlig i forhold til mennesker som opplever alvorlige psykiske lidelser (12,13). Klinisk erfaring viser at krisen er nært knyttet til den psykiske lidelsen og de situasjoner hvor individet opplever en forverring. Hobbs (13) gjennomgang av forskningsartikler relatert til kriseintervensjon, viser at kriser hos personer med alvorlige psykiske lidelser ofte oppstår uten forvarsel og uten spesielle hendelser i forkant. Videre søkte ikke alle hjelp selv. Andre gjorde det på deres vegne eller krisen løste seg på ulike vis eller gikk over ved hjelp av personenes egne mestringsstrategier. I helsepolitiske føringer for AAT er det gitt liten plass til kriseforståelse. Helsedirektoratet beskriver målgruppen for de ambulante akutteam som «personer i akutte psykiske kriser av et omfang som medfører at personens, familiens og nettverkets vanlige mestringsstrategier ikke strekker til. Dette kan være personer med førstegangspsykoser, psykotiske sammenbrudd hos allerede kjent pasient, personer i en akutt suicidal krise, personer i rusrelaterte psykiske kriser eller andre i akutt krise» (1, s.10). I den videre utvikling av ambulante akuttpsykiatriske tjenester er det nødvendig å utforske krisebegrepet og særlig belyse fagpersoners ulike forståelser og tilnærminger.

HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER

Artikkelen har følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskriver medlemmene i et AAT en psykisk krise?
2. Hvilke implikasjoner har forståelsen for arbeidet i teamet?

METODOLOGI

Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med et kvalitativt, utforskende

og beskrivende design.

Deltakerne var de tolv medlemmene av teamet; tre menn og ni kvinner. Teamet består av en psykolog, to vernepleiere og ni sykepleiere. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer våren 2008, hvor det ble benyttet flerstegsfokusgruppeintervjuer som dataskapingsmetode, og en fenomenologisk-hermeneutisk dataanalyse (14,17). Intervjuene tilrettelegger en semistrukturert gruppediskusjon hvor hensikten er å utforske den personlige erfaring, oppfatning, ønskemål eller vanskelighet i relasjon til et fenomen eller en situasjon (15,16). Grunnlaget for intervjuene var en semistrukturert intervjuguide basert på forskningsspørsmålene. Intervjuene ble dokumentert gjennom lydbåndopptak, og ordrett transkribert umiddelbart etter intervjuene. Intervjuene ble gjort av artikkelforfatterne.

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør- Øst og meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

ANALYSEPROSESSEN

Etter det første og andre fokusgruppeintervjuet ble det gjort en foreløpig analyse av forskerne. Analysen av det første intervjuet ble presentert for teamet innledningsvis i det andre intervjuet. Tilsvarende ble den foreløpige analysen av det andre intervjuet presentert ved innledningen av det tredje. Analysene ble gjort i relasjon til forskningsspørsmålene og ble fremstilt skriftlig. Etter det tredje intervjuet gjennomførte forskerne en fenomenologisk-hermeneutisk analyse av hele datamaterialet (17,18). Hvert intervju ble analysert i fire trinn; 1. Naiv lesning, 2. Strukturert analyse, 3. Helhetlig forståelse og 4. Formulering av resultater. Resultatene fra hvert intervju ble samlet i temaområder som uttrykker en sammenfattende forståelse av analysen. Deretter ble alle tre intervjuene analysert på tilsvarende måte og relatert til hverandre for å kunne gi en helhetlig fremstilling av data. Resultatene ble validert gjennom samtale på to måter; mellom forskerne og intervjupersonene og mellom de tre forskerne (19). Den følgende presentasjon av resultater er basert i analyseprosessen. De uttrykker sentrale aspekter ved teammedlemmenes forståelser av hva en psykisk krise kan være og hvilke implikasjoner ulike forståelser har i det kliniske arbeidet.

RESULTATER

Resultatene fremstilles i to hovedtemaer: A. Forståelser av kriser og B. Forhandlinger om kriser. I fremstillingen gjøres det en veksling mellom sitater fra intervjupersonene (kursivert) og forskernes tolkninger av funnene. Sitatene tydeliggjør hvordan tolkningene er fundamentert i teammedlemmenes utsagn.

FORSTÅELSER AV KRISER

Teammedlemmene differensierer mellom fire forståelser av psykisk krise: 1. Den langvarige, 2. Den akutte, 3. Den individuell 4. Den sosiale. Den langvarige krisen beskriver et menneske som er mer eller mindre i konstant krise som topper seg med jevne mellomrom: «Vi kommer bort i mennesker med en krise som har oppstått etter et langvarig forløp, men akkurat da er det såpass akutt at det står mellom liv og død.» Den langvarige krisen er en slags krise på krise som kan utløses slik: «Den vanlige mestringsstrategien fungerer ikke. Veldig ofte kan det handle om økonomi, samlivsbrudd eller ensomhet.» En vedvarende og belastende menneskelig livssituasjon beskrives, der indre så vel som ytre forhold kan forverre kriseopplevelsen hos pasienten.

Den akutte krisen kan forstås slik: «Pasienten var veldig hjelpeløs, veldig syk. Akkurat som å ha høy feber, er urolig, sparker med beina, ligger under dyna, sukker og stønner litt. Bryr seg ikke noe særlig om oss egentlig.» En annen sier: «Når en person ikke greier å ta vare på seg selv, verken fysisk eller psykisk, da er det en akutt krise». En tredje fremholder: «For meg virker det som den akutte krise ofte handler om å dø. Enten gjøre det selv eller be andre gjøre det. Essensen er personens ønske om å bli borte, ønsker ikke livet, ganske enkelt». Situasjonen oppfattes som dramatisk og pasienten som hjelpeløs. Det er vanskelig å få kontakt og umiddelbart vite hvordan man som hjelper skal opptre overfor et lidende menneske.

Den individuelle krise beskrives som subjektiv og høyst personlig. Den personlige lidelsen uttykker en hjelpeløshet, en overgivelse overfor den aktuelle livssituasjonen. Personen kan ha opplevd en langvarig periode av psykisk og fysisk ensomhet hvor indre stemmer og lammende redsel for andre mennesker har tatt overhånd: «Pasienten var sammensunket. Han så ikke på oss. Han visste ikke hvordan han kunne eller skulle holde ut, eller hva som kunne være til hjelp. Hjelpeløsheten var total.» En annen sier: «Det er jo pasientens opplevelse av krise. Vi drar hjem og forsøker å nøste, men de vet kanskje ikke selv hva det er. De bare kjenner en bunnløs fortvilelse og ensomhet. De bare er i følelsene og alle de vanlige tingene har ramlet sammen. De greier ikke å ta vare på seg selv.»

Den individuelle krisen vektlegger den subjektive lidelsen og de smertefulle følelsesmessige erfaringer.

Den sosiale krisen synliggjør hvordan andre mennesker berøres av krisen. Situasjonen kan oppfattes like mye som en familie – eller nettverkskrise. Andre er delaktige i utviklingen, forståelsen og arbeidet med pasientens krise. Det kan være familie, pårørende, fagfolk, venner eller arbeidskollegaer. Den sosiale krisen kan være både interpersonlig og samfunnsmessig, og ha tre sentrale dimensjoner: 1) Personen selv opplever krisens sosiale konsekvenser, 2) Familie og nettverk er direkte involvert i personens krise og 3) Helsepersonell opplever at personen er i krise. En person kan oppleve en dimensjon så vel som flere samtidig. Den første dimensjonen omtales slik: «Han så på oss og kona og sa: Jeg vil det ikke. jeg vil ikke ta livet mitt, men jeg orker ikke ha det slik».

Den andre dimensjonen viser til at det er flere enn pasienten som berøres av krisen: «Det er jo veldig få som er i en krise alene. Når man har det sånn er det jo gjerne flere til stede.» En annen beskriver: «Jeg tenker ofte på familien som har gått så lenge. Det kan være forløsende å vite at vi kan bistå med samtaler. De kan få lettet seg litt og pustet litt.» Familiens belastninger over tid blir synlige når fagpersonen drar hjem til pasientene. Samværsformer, språk, det talte og uutalte, stemningen og omgivelsene bidrar til utvidet syn og forståelse av hva som kan røre seg i et hjem. Den tredje dimensjonen knyttes til at helsepersonell kontakter teamet: «Av og til føler jeg at det er hjelpeapparatet som er i krise – ikke pasienten. Når de opplever at de ikke strekker til eller at det har raknet litt. Da henvender de seg her på vegne av pasienten.» Ulike deler av helsetjenesten rammes av andres kriser. Krisen minner oss på de mellommenneskelige aspekter ved profesjonalitet; som hjelpere berøres vi av andres lidelse. Krisens innhold og uttrykk kan fremstå med en emosjonell intensitet og fortvilelse som både kan gi faglig handlingstvang og passivitet.

FORHANDLINGER OM KRISER

Forståelser av psykiske kriser får implikasjoner for hvordan man som hjelper trer inn i situasjoner og hvordan tillit kan utvikles. Teammedlemmene beskriver hvordan møtet mellom teammedlemmene, pasient og deres sosiale nettverk skaper et rom hvor de sammen undersøker krisen. Dette rommet blir en arena for samtaler og forhandlinger om videre kontakt og tiltak. Teammedlemmene beskriver to typer av forhandlinger. Den første er en indre forhandling hvor fagpersonen selv reflekterer over sin forståelse av krisen og situasjonen. Den andre formen for forhandling foregår mellom de tilstedeværende; kollegaer, pasient, familie og andre. Denne formen synliggjør de ulike parters forståelser av situasjonen. Teammedlemmene omtaler begge typene av forhandlinger gjennom noen sentrale fellesfaktorer i vurderingen av den psykiske krisesituasjonen; 1) Omgivelser, 2) Fysiske uttrykk og 3) Psykiske uttrykk. Faktorene kan uttrykkes slik: «Jeg ser først. Jeg ser etter omgivelsene, legger merke til ting, og så legger jeg merke til det andre som er rundt. Så begynner jeg å se pasienten. Så lytter man og hører, og etterspør hva som har skjedd.» Den samlede situasjonsvurderingen uttrykker seg ofte i det teammedlemmene refererer til som klinisk skjønn. Dette blir bestemmende for tolkningen av situasjonen og oppfattelsen av alvorlighetsgrad i pasientens situasjon. Det kliniske skjønnet har sin basis i behandlerens erfaringskunnskap: «Det man har sett, har erfart, det man har med seg.»

> Det å vurdere en persons psykiske tilstand i hjemmet innebærer å stille seg åpen.

Teammedlemmene beskriver at det å vurdere en persons psykiske tilstand i hjemmet innebærer å stille seg åpen. Både med hensyn til ulike forståelser av situasjonen og å kunne forhandle om disse. Det krever å legge fra seg endimensjonale forståelser begrunnet i medisinske sykdomskategorier og institusjonspreget tenkning og rutiner. Åpenheten innebærer å fokusere situasjonen med breddekunnskap og bruke hele sin personlige, mellommenneskelig og faglige erfaringskunnskap. Allerede i døråpningen settes åpenheten på prøve. Noen ganger er situasjonen tydelig – pasienten får ikke til å formidle noe og det er kaos i leiligheten. Andre ganger er huset helt strøkent, men gir likevel en følelse av uro. Hva befinner seg bak inngangdøren: «Det kan være kaos, det kan være skittent og pasienten kan være ustelt. I dette tilfellet var alt på stell. Så det er veldig forskjell på hva som skjuler seg.» Teammedlemmene vektlegger dialogen og pasientens kroppsspråk som avgjørende i sin vurdering: «Vi tok pasienten på alvor når han sa han ikke ville ta

livet av seg. Dialogen var avgjørende for oss. Kroppsspråket og holdningen hans forandret seg. Han så oss i øynene når han sa det.» I møtet med pasienten og nettverket kan det fysiske hjemmemiljøet også være et uttrykk for pasientens mestring av hverdagen. Orden eller kaos kan forstås som en gjenspeiling av personens helhetlige situasjon: «Når ting er ryddig, ordentlig, blir vi roligere.» Betydningen av orden eller kaos kan oppfattes høyst forskjellig av fagpersonene. Orden kan formidle et positivt uttrykk for å mestre livet. Samtidig kan det også være et uttrykk for at pasienten kamuflerer sitt indre kaos gjennom ytre orden: «Det gjør noe med dem å ha det så kaotisk, så de ikke vet hvor de skal begynne å rydde. Da spør vi, om hvordan er det for deg å bo i dette?»

Krisehåndtering i pasienters hjem gir fagpersonene mulighet til å få overblikk over omgivelsene pasienten lever i. Informantene formidler at de først tar inn omgivelsene og deretter henvender seg til pasienten for å undersøke de fysiske og psykiske uttrykk som formidles: «De er der hjemme. Det er fullstendig krise og han har 40 i feber. Personen er syk, rett og slett». En annen beskriver: «Det vi ser når vi kommer inn, er at damen er veldig hjelpeløs. Hun hadde ikke omgangssyke, men hun er syk». Uttrykkene omfatter et stort spekter av kroppslige tegn, blikkontakt, stemmebruk, holdning, mimikk, men også elementer som det å stå opp av sengen, stelle seg, tilstedeværelse, taushet og hvorvidt pasienten oppleves som bekvem eller ubekvem.

Forhandlingene mellom behandlere, pasient og nettverk viser til ulike forståelser som alle parter legger på bordet. Dette har betydning for hvordan og om teamet fortsetter samarbeidet: «Jeg lurer på hva som gjør at jeg skal bite på. Det er suicidalitet selvfølgelig, det er psykoseproblematikk, det er omsorg for barn, og at man kan være redd for omsorgssvikt. Det ser man vel kanskje først i møtet, men det er fraværet av håp. Det er ikke nødvendigvis knyttet opp mot suicidalitet, men fraværet av håp er jo noe som kan utvikles også. Men kanskje mest er det uttrykket som man ser.» Det kliniske skjønnet bygger på en rekke enkeltfaktorer som vurderes fortløpende i situasjonen. Pasienten har sin forståelse av hva som kan være til hjelp. Teammedlemmene kan ha en annen, som er begrunnet i det faglige mandat så vel som i sin forståelse av alvorligheten i krisen. Slik skapes dilemma og utfordringer både for pasienten, nettverket og fagpersonene knyttet til hvem som har definisjonsrett over hvordan situasjonen skal forstås og hva som skal gjøres videre.

DISKUSJON

Nye akuttpsykiatriske tilbud vokser fram i kontekster borte fra tradisjonelle, lukkede akuttavdelinger ved psykiatriske sykehus. Teoripresentasjon så vel som empirien viser en bredde i forståelsene av psykisk krise. Fokus kan være på psykososiale aspekter (7,8), skille mellom traumatisk og utviklingskrise (9), til diagnostiske kriterier og sosial kontroll(10). Det empiriske materialet beskriver langvarige og akutte kriser samt individuelle og sosiale. Det vises ikke til en type psykisk krise. Det er ulike former for kriser som har uensartede uttrykk, og som fremstår ulikt i forskjellige kontekster. Informantene beskriver, som faglitteraturen, det mangfold av situasjoner som fagpersoner i et ambulant akutteam møter (1,4,5). Et viktig funn i studien er at psykisk krise blir forstått mer som kontekstuell enn individuell, og at det medisinske paradigme alene ikke er tilstrekkelig for å vurdere pasientens lidelse og situasjon.

Studien tydeliggjør videre sammenhengen mellom forståelsene av psykisk krise hos de involverte parter *og* forhandlingene om denne forståelsen. Sentralt er hvordan partene kan komme fram til en samstemmighet om hva krisen dreier seg om og hva som først skal gjøres. For teamet er hjemmet den kontekstuelle innramming, noe som har betydning for forståelse så vel som hjelpetiltak. Det å samarbeide i hjemmet til personer som opplever en psykisk krise utvider og utfordrer den faglige forståelsen av hva en krise er. Hjemmet gir grunnlag for en åpen og vid kriseforståelse gjennom alt det fagpersonen møter og ser. Hjemmets omgivelser, så vel som pasientens uttrykk blir styrende for fagpersonenes forståelse.

Krisehåndtering i pasienters hjem bidrar til utvikling av en annen type hjelp enn den som har vært utført i psykiatriske sykehus. Her påvirker institusjonskultur og rammebetingelser situasjonsopplevelsene, og den medisinsk forståelsen og medikamentell behandling er dominerende (4). Det er sentralt for AAT å utvikle og tydeliggjøre en annen type hjelp. Teammedlemmene må i større grad rette fokus mot pasientens og nettverkets livsverden(er), forståelser og kompetanse (1). Dette krever at fagutøvelsen til fagpersoner i AAT utfordres. Fagpersonene er gjester i andres hjem, budne så vel som ubudne. Når problemene

utforskes og diskuteres i folks hjem, åpnes det for nye løsninger og muligheter. De involverte parter kan enes om at det er best for pasienten å være hjemme, på et kjent og trygt sted, sammen med kjente. Eller de kan enes om at innleggelse i kriseenhet eller på psykiatrisk akuttavdeling er nødvendig. Partene kan reflektere høyt sammen og diskutere ulike alternativer og prøve ut ulike løsninger. Det oppleves som positivt både å gi og få slik tillit. Hjelperne viser dermed konkret at de har tro på pasientens og familiens muligheter til å finne egne løsninger. En forutsetning for utvikling av denne type hjelp, slik vi ser det, er at fagpersonene i langt større grad inviteres og inspireres til å se og forstå pasientens og nettverkspersonenes hverdagsliv. De må gi seg tid til,

> Krisehåndtering i pasienters hjem gir fagpersonene mulighet til å få overblikk over omgivelsene pasienten lever i.

og øve seg på, å samarbeide med alle de involverte parter og ikke bli fanget i forventninger om raske intervensjoner. På denne måten kan ny kunnskap utvikles om hva som hjelper og hvordan gi god hjelp i akutt psykisk helsearbeid. Informantene beskriver at i møter og samtaler i pasientens hjem blir hverdagsspråket det sentrale. Dette er et språk som undersøker muligheter for mestring og bedring i de eksisterende livsbetingelser.

Det å være hjelper i andres hjem, gå åpent inn, stå i ulike forhandlinger, forståelser og løsninger, innbyr til en annen form for profesjonalitet. Dette er selvsagt ikke noe nytt, vil mange påpeke. Relatert til mennesker med akutte psykiske kriser er det ikke selvsagt at det oppfattes som faglig forsvarlig å gi akuttpsykiatrisk behandling hjemme. I mange fagmiljøer vil det være tradisjon for å se psykisk krise som en individuell sykdom, som best løses medisinsk, ved innleggelse og medisinering (4,6). Hjemmet som arena stiller store krav til fagpersonene. Det kreves anvendelse av andre og flere grunnlagsforståelser enn den medisinske. Det kreves psykososial kunnskap, forståelse av lokalmiljø og lokal kultur og et faglig skjønn som retter seg mot menneskers hverdagsliv. Fagpersonen må tåle å stå i utfordrende situasjoner uten trygge institusjonsrammer og en stor kollegagruppe, der mot til å møte det uventede er en viktig fagkompetanse. Samtidig må fagpersonen fylle en tvetydig rolle i det å være gjest, kanskje en ubuden sådan, og gi faglig forsvarlig hjelp i kraft av å være det offentliges representant. Hjemmet som kontekst for forståelser og forhandlinger av kriser fremmer den personlige og situasjonelle fagkunnskapen. Krisehåndtering i hjemmet utfordrer fagkunnskap forstått som standardiserte retningslinjer og prosedyrer i møtet med mennesker i psykisk krise.

KONKLUSJON

Vi stilte spørsmålene: Hvordan beskriver medlemmene i et AAT en psykisk krise og hvilke implikasjoner har forståelsen for arbeidet i teamet? En vid forståelse av psykisk krise fremstår både empirisk og teoretisk. Ulike former for psykiske kriser beskrives med ulike uttrykk i forskjellige kontekster. Empirisk forstås psykisk krise i stor grad som kontekstuell ved at det ofte ikke bare er pasienten som rammes, men hele familien. Informantene fremhever at medisinsk forståelse er begrensende for å forstå situasjonen og lidelsen som de møter hos pasienten og nettverket. Studien tydeliggjør de ulike forhandlinger om forståelser og hjelpetiltak som forgår dels hos den enkelte fagperson, og dels mellom de involverte parter.

Studier viser til at ulike forståelser av psykisk krise kan bidra til den åpenhet og fleksibilitet i hjelpetiltak som pasienter og deres familier ofte etterlyser (3,4,6). Ambulante akutteam har nytte av å ta i bruk ulike tilnærmingsmåter, hvor konkret samarbeid mellom pasient, nettverk og fagpersoner er sentralt. En annen profesjonalitet utvikler seg. Fagpersonene vektlegger en lyttende og bekreftende holdning i møtet, øver seg på å tåle og å bidra til å skape trygghet. Denne fagkompetansen øker mulighetene for valg og forhandlinger, i tillegg til å se den sosiale så vel som den individuelle psykiske krisen.

Studien avdekker behov for videre forskning på hva det innebærer klinisk å arbeide i et ambulant akutteam. Et forskningsområde som bør prioriteres er beskrivelser og evaluering av ulike kliniske implikasjoner av en utvidet forståelse av psykisk krise og hvordan den uttrykker seg. Særlig gjelder dette å se krisens helhetlige lidelsesuttrykk som fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell. Det andre området bør fokusere beskrivelser og evaluering av arbeidsmåter i pasientens lokalmiljø med særlig vekt på hjemmebehandling. Sentralt er å utforske hvilke praktiske, faglige og etiske problemstillinger som aksentueres i samarbeidet i pasientens hjem.

REFERANSER

1. Sosial- og helsedirektoratet (2006). «Du er kommet til rett sted ...». Ambulante akuttjenester ved distriktspsykiatriske sentre. Rapport 03/2006, IS-1358, Oslo.

2. Sosial- og helsedirektoratet (2006). «Distriktspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen». Veileder IS-1388, Oslo.

3. Hultberg, KB. og Karlsson, B. Faglige samarbeidspartneres erfaringer med et ambulant akuttpsykiatrisk team. Nordisk Tidsskrift for Helsetjenesteforskning, 2007;1:2-14.

4. Hultberg, KB, Haugen, AR. Ambulerende akutteam – en ny mulighet i lokalbasert psykisk helsearbeid? Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2004;2:48-55.

5. Johnson, S. Crisis resolution and intensive home treatment teams. Psychiatry, 6;8:339-342.

6. Karlsson, B, Borg, M, Kim HS. From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. Nursing Inquri, In Press.

7. Cullberg, J. Mennesker i krise og utvikling. Aschehoug, Oslo, 1978.

8. Cullberg, J. Dynamisk psykiatri. Tano Aschehoug, Oslo, 1999. Intervention and Continuity of Care in Trieste. A Four Year Follow-up Study in a Community Mental Health Centre. International Journal of Social Psychiatry,1995;41:1-20.

9. Caplan, G. Principles of Primary Prevention. Basic Books, New York, 1964.

10. Statens helsetilsyn. ICD-10. Psykiske lidelse og atferdsforstyrrelse. Kliniske beskrivelser og diagnostiske forstyrrelser. Gyldendal Akademisk. Oslo 2000..

11. Mezzina, R & Vidoni, D. Beyond the Mental Hospital: Crisis

12. Ball, JS, Links, PS, Strike, C. & Boydell, KM. «It's overwhelming..Everything seems to be too much». A Theory of Crisis for Individuals with Severe Persistent Mental Illness. Psychiatric Rehabilitation Journal,2005;29:10-17.

13. Hobbs, M. Crisis Intervention in Theory and Practice: A selective review. British Journal of Medical Psychology,1984;57:23-34.

14. Hummelvoll, JK. The multistage focus group interview: A relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning, 2008;1:3-15.

15. Krueger, RA. Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. Sage Publications Inc., London, 1994.

16. Madriz, E. Focus Groups in Feminist Research. I: NK Denzin og YS Lincoln (red.). The Handbook of Qualitative Research. Sage Publications, Inc., London,2000.

17. Lindseth, A, Norberg, A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2004;18:145-153.

18. Barbosa da Silva, A. Analys av texter. I: Svensson,P-G,Starrin, B. (red). Kvalitativa studier i teori och praktikk. Studentlitteratur, Lund, 1996.

19. Kvale, S. InterView – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzels Forlag, København, 1997.

NOE FOR DEG?

Hva tilfører artikkelen?
Artikkelen tilfører ny kunnskap om fenomenet fantomsmerte og hvordan det er å leve med fantomsmerter etter traumatiske amputasjoner og/eller ryggmargskade. Denne kunnskapen er viktig for sykepleieren når hun skal yte kvalifisert omsorg til pasienter med slike smerter.

Nøkkelord:
- Fantomsmerte
- Lidelse
- Fenomenologi
- Kropp og metaforer

SAMMENDRAG

Artikkelen presenter subjektive og personlige erfaringer i forhold til å leve med fantomsmerter. Ved å anvende eksempler fra et empirisk materiale fra en doktoravhandling som omhandler hvordan en gruppe menn erfarer livet med fantomsmerte etter traumatiske ulykker, avdekkes den tette forbindelsen mellom smerte og lidelse.
Fantomsmerte har en betydelig innflytelse på personers liv og eksistens. Relasjonen til andre og til det å leve kroppslig i verden, endres gjennom erfaringen av fantomsmertene. Gjennom smerteerfaringen blir personen hele tiden minnet på sin tidligere opplevelse av å leve med en intakt og funksjonell kropp. Dette minnet og den smertefulle erfaringen av den tapte og/eller lamme kroppsdelen innebærer en splittelse som det er vanskelig for personene både å forstå og leve med.
Fantomsmertene blir også uttrykt via språklige metaforer. Disse metaforene er sterke og brutale beskrivelser av smerte og avdekker stor lidelse. Materialet gir indikasjoner på at kvalifisert og kyndig omsorg fra helsepersonell kan redusere splittelsen og den lidelsen det er å leve med uutholdelige smerter som et resultat av sykdom/og eller skade.

Mer om forfatteren
Finn Nortvedt, førsteamanuensis dr. philos, Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning.
Falbes gt 5. Pb. 4. St Olavs plass
N - 0130 Oslo
finn.nortvedt@su.hio.no

Dobbeltpublisering:
Artikkelen er tidligere publisert i Klinisk Sygepleje, vol. 21, nr 3-2007

Når smerte blir lidelse

Tekst: **Finn Nortvedt**
Illustrasjonsfoto: **Dag Thorenfeldt**

Smerte har alltid eksistert og er opphav til mye lidelse. Dette gjelder særlig på områder der den erfares som uutholdelig, livstruende og uforståelig. Smerte er et grunnvilkår ved vår tilværelse som kan verne, men noen ganger også true personers liv. Akutt smerte kan være livreddende ved at personen oppsøker medisinsk behandling som et tidlig varsel på sykdom. Kronisk smerte derimot, kan ødelegge og true et liv i verdighet (1). Smerte har dermed et janusansikt eller en dobbelthet som berører vesentlige sider ved menneskers eksistens som subjekter i verden, og som også viser til en lidelsesdimensjon. Den norske filosofen Arne Johan Vetlesen uttrykker denne dobbeltheten ved smerte når han framhever at:

«Uten smerte er livet vårt ikke til å leve. Med smerte er livet knapt til å holde ut» (2. s, 7). Det er først og fremst gjennom å få et innblikk i pasienters konkrete erfaringer med smerte at den også kan forstås og lindres av helsepersonell. Et viktig poeng for meg å formidle i denne artikkelen er derfor at smerte erfares av personer som forsøker å gi mening til sine opplevelser. For å anskueliggjøre dette perspektivet vil jeg anvende og vise til resultater fra min doktorgradsavhandling, som er en fenomenologisk studie av fantomsmerter etter amputasjoner og etter tverssnittslesjon hos ryggmargskadde (3). Ved å aktualisere forbindelsen mellom det kroppslige og det mentale er fantomsmerte en form for smerte som har fascinert smerteforskere og helsearbeidere opp gjennom århundrene. Min hensikt med prosjektet var å utvikle ny kunnskap både om fantomsmerte som fenomen, samt hvordan det er å leve med denne formen for smerte. Jeg vil her presentere kort det teoretiske grunnlaget for studien, samt hovedtrekk ved resultatene fra undersøkelsen. Til slutt i artikkelen vil jeg reise noen problemstillinger og spørsmål med relevans for klinisk sykepleie og videre forskning.

STUDIENS TEORETISKE FORANKRING

I motsetning til de biomedisinske smerteteoriene er det ikke fenomenologiens ambisjon å avdekke smertens bakgrunn og årsaksmekanismer. Det fenomenologiske perspektivets primære mål er å beskrive hva det er å erfare smerte. Utgangspunktet for å forstå smerte fenomenologisk er at smertene må forstås som en eksistensiell og kroppslig erfaring. Smerte er menneskelig væren (4). Samtidig er smerte også en tilstand hvor subjektet er oppmerksomt (situert) og kroppslig til stede i verden (4-7). Smerte er dermed selve den subjektive erfaringen av å ha vondt, som ikke må forveksles med de underliggende biologiske prosessene som leder fram til selve erfaringen.

Fenomenologiens ambisjon, ifølge dens grunnlegger Edmund Husserl (1859–1938) og senere formulert av den tyske filosofen Martin Heidegger (1889–1976), var å studere fenomener slik de viser seg ved *seg selv* (8). Når et fenomen som her smerte viser seg som *noe,* betyr det at fenomenet også har en intensjonalitet. Intensjonalitet betyr innenfor fenomenologien at vår bevissthet alltid er gjenstandsrettet. Det innebærer i denne sammenheng at smerte er kroppslig, og det gjør smerte til en kroppslig erfaring selv om kroppsdelene er tapt eller lammet. Samtidig som vår bevissthet er intensjonal (gjenstandsrettet) er den også meningsfortolkende. Da er kroppen ikke å forstå som et passivt objekt, men er handlende og meningsbærende. Det innebærer at det som viser seg som *noe*

(her smerte) viser seg for *noen* (for et subjekt) og det viser seg også for subjektet (personen) i en sammenheng, en kontekst. Det at smerte, i denne forbindelse fantomsmerte, er kontekstualisert, gjør at den kroppslige erfaringen har en meningsdimensjon som er preget av personens livshistorie, hans tidligere erindringer, minner og opplevelser.

SMERTE OG LIDELSE

Gjennom presentasjonen av resultater fra studien vil jeg vise at fantomsmerte er en lidelse som truer menneskers liv og verdighet. Her utfordres helt grunnleggende spørsmål av eksistensiell karakter som knytter seg til forholdet mellom liv og død og hva som er et leveverdig liv. Det framkommer at som et uttrykk for kronisk smerte er fantomsmerte det destruktive og splittende som ikke bare kan forhindre at vi som mennesker deler en felles verden, men også kan ødelegge den felles verden vi skal dele. Kronisk og vedvarende smerte er dermed en tilstand av lidelse som fanger inn hele individets tilværelse og kan bli en «eksistensform» som preger livsituasjonen på et grunnleggende sett. Lidelse defineres av Cassel som: «Suffering can be defined as the state of severe distress associated with events that threatens the intactness of persons» (9. s, 33).

Definisjonen vektlegger lidelse som en tilstand av alvorlig ubehag som er knyttet til hendelser som truer personers selvidentitet. Cassel framhever for øvrig at identitet er å stå i en relasjon til seg selv. Identitet er en måte å forstå seg selv på og utgjør implikasjonen av et selv. Det er dermed også kun personen selv som kan avgjøre hvorvidt han lider. Smerte kan true personens selv eller «intactness», og dermed evne til selvopprettholdelse, når den blir så intens at den får subjektet til å miste kontrollen over tilværelsen. En lidelse som desintegrerer og virker oppløsende på subjektets selvoppfatning og kontroll, synes å ligge nær opp til den beskrivelsen personer gir når de forteller om hvordan fantomsmertene kan dominere og ta kontroll over tilværelsen (3).

Thomassen (10) kommer nærmere inn på forholdet mellom smerte og lidelse i menneskets tilværelse. Inspirert av Kierkegaard ser Thomassen på smerte og lidelse som former for ulykke, men framhever at de samtidig også er kroneksempler på nærvær. Når noe innebærer et nærvær så medfølger det også et sannsynlig fravær, og smerten påtvinger individet begge deler. Dermed utlegger han forholdet mellom nærvær og fravær i relasjon til smerte på denne måten: «Smerte er fravær fra den normale kropsbevidsthed. Det er ikke fraværet, der skaber smerten, for smerten har en fysisk årsak. Det er heller ikke smerten, der skaber fraværet. Men i smerten ligger fraværet så at sige som baggrund for den figur, som smerten udgør. Smerten er uvirkelig i sin radikale anderledeshed. Den er et sort hul i normaliteten. Sagt på en anden måde, som foregriber noget af det følgende: det nærvær, som er en komponent i den lykkelige tilværelse, omfatter altid et kroppslig nærvær, selv om det for det meste ikke er personen bevidst. I smerten distanceres personen fra denne kropsbevidsthed. Smerte er fravær fra det normalt fungerende legeme eller legemsdel. Den er skrig i intethed». (10 s, 47-48)

> Fantomsmerter er smerter som er lokalisert til områder hvor kroppsdeler er fjernet.

Men smerte kan også sees som en samlende kraft som er et forsøk på å forene de splittende kreftene i eksistensen. Kreftene som Thomassen her i lys av Kierkegaard symboliserer ved å bruke begreper som nærvær og fravær. Innenfor eksistensfilosofien betrakter Heidegger (4) smerte som en slik kraft som forener de splittende kreftene, og som smerte et fundamentalt trekk ved menneskets eksistens. Smerte er selve livsprinsippet hvor sjelen søker sin havn: «Pain recalls us to the origin of our being and to the source of being itself». (11. s, 189).

I lys av personers beskrivelse av kronisk smerte som oppløsende og destruktiv, kan det være lett å stille seg kritisk til en forståelse som framhever lidelse som en positiv og identitetskapende kraft i tilværelsen. Martinsen (12) ser lidelse som noe som hører livet til. Lidelse er noe vi som mennesker ikke kan spares for eller komme utenom. Derfor hevder hun også at den må aksepteres: «Lidelsen hører livet til. Å leve et helt liv som menneske er å integrere lidelsen som en del av tilværelsens grunnvilkår. Et ja til livet er et ja til lidelsen. Å akseptere lidelsen er å akseptere at vår tilværelse er endelig.» (12 s, 138).

Lidelse innebærer også en bekreftelse på at et liv med skade og sykdom likevel er et helt liv. Det er bare ved å unnlate å stille betingelser til livet at vi også kan ha kjærlighet til livet (12). Med det forbehold at Martinsen her ikke eksplisitt tematiserer smerte eller forbindelsen mellom lidelse og smerte, kan hennes posisjon synes å ha visse likhetstrekk med

Heidegger (4). Lidelse vektlegges som et grunnvilkår og som noe som også kan sies å innebære en positiv side ved livet, samtidig som hun hevder at lidelsen også er noe individet ikke blindt må underkaste seg.

Hvordan skal det tolkes, det tilsynelatende motsetningsfylte i Martinsens forståelse av lidelse? På hvilken måte kan lidelse være livsbekreftende og et kjennetegn ved det å leve et «helt» liv, når et liv med sterke kroniske smerter tvert imot kan erfares som så destruktivt at smertene truer med å ødelegge tilværelsen og til og med får personer til å ønske å avslutte sine liv? Skal lidelse som et av tilværelsens vilkår aksepteres uansett? For mange personer med sterke kroniske smerter er ikke underkastelse en farbar vei eller noe de søker. Det føres snarere en intens og forbitret kamp mot smertene. Samtidig er den kroppslige erfaringen av lidelse og smerte så sterk at den tvinger fram tanker om overgivelse og håpløshet. (3)

Scarrys (13) beskriver i sin berømte studie om smerte under tortur og krig hvordan den fører til isolasjon og oppsplitting fra fellesskapet med andre. Samtidig kan personer som lever med sterke smerter likevel utrykke håp og framtidstro. Kanskje er det den måten smerten aktualiserer nye sider ved livet at den også gir en positiv mulighet til å gripe tak i det gode, det som det er mulig å bygge videre på i en ny tilværelse? Martinsen (12) henter inspirasjon fra den danske etikeren og teologen Løgstrups (1905–1981) skapelsesfilosofi når hun fremhever at: «Å velge livet helt er å akseptere lidelsen i det vi ser og fatter, i livet som skapt. Det er nettopp i det vi ser og fatter – og ikke i det hinsidige og ufattelige – at vi kan se livsmotet eller livsmulighetene i lidelsen» (12, s.139).

Livsmot innebærer en aksept av lidelsen som igjen aldri kan stå alene, men som forutsetter livsmotet. Det er et paradoks at livsmotet også først kommer til uttrykk gjennom det at lidelsen blir fattbar. Det er først da livet også åpner seg med nye muligheter, selv om man har sterke og kroniske smerter. Dermed kan smerte i tråd med Heidegger (4) være en dimensjon ved tilværelsen som fungerer samlende ved at betydningen av felleskap og det livet som er levd blir synliggjort. Samtidig kan smerte være den splittende og destruktive kraften som truer med å ødelegge livet slik det nå er blitt. (3)

FANTOMSMERTE – HVA DET ER!

Fantomsmerter er smerter som er lokalisert til områder hvor kroppsdeler er fjernet. Det er dermed smerter i en «tapt» kroppsdel. Det kan være en fot som er amputert, eller et bryst som er fjernet, men kan også erfares i munnhulen etter tannekstraksjoner, eller etter fjerning av indre organer. Dette betyr at fantomsmerter kan forekomme etter amputasjon eller tap av enhver kroppslig og anatomisk struktur. (15) Smerter som kan kjennes i den lamme kroppsdelen etter tverrsnittslesjon og komplett ryggmargskade, blir også definert som fantomsmerte (16).

Fantomsmerte er alltid forbundet med en fantomopplevelse, noe som innebærer erfaringen av den tapte eller lamme kroppsdelen som original, inntakt og forbundet med kroppen for øvrig. Studier viser at fantomopplevelser er mer hyppig enn fantomsmerter og kan forekomme hos nesten alle ved komplett ryggmargskade eller etter amputasjon (17-18). Studier viser også at barn født uten en inntakt kropp kan erfare både fantomfornemmelser og smerter i en kroppsdel de aldri har hatt (19).

TEORIER OM FANTOMSMERTE

En sentral teori om fantomsmerter er utviklet på 1990-tallet av den kjente smerteforskeren og psykologen Ronald Melzack (20-21). Med bakgrunn i mangeårige studier av fenomenet og av barn som er født uten lemmer, men likevel rapporterer om fantomopplevelser og fantomsmerter, utvikler han en teori som forklarer fenomenet via en cerebral og nedarvet nettverkstruktur (nevromatrise) som representerer kroppen. Hjernen kan selv generere enhver sanseopplevelse som normalt er utløst av sensorisk input, noe som innebærer at man ikke trenger å ha en kropp for å føle eller oppleve en kropp; «you don't need a body to feel a body» (20). Fordelen med en slik teori er at den forutsetter et aktivt subjekt som tolker (hjernen), og at hjernen ikke bare er en passiv mottaker fra en aktiv og sansende kropp. Ulempen er at teorien kan understøtte en ny form for reduksjonisme, der hjernen inntar en rolle som overordnet informasjons- og styringssentral uavhengig av kroppen for øvrig.

> Smertene har hele tiden forrang i bevisstheten og gjør det til og med vanskelig å lese en bok.

Den franske filosofen og fenomenologen Maurice Merleau-Ponty (1908–1961) er en av de få som innenfor filosofien etter Descartes (1644) diskuterer erfaringen av fantomopplevelser og

smerte spesielt. I sitt hovedverk Phenomenology of Perception (6) omtaler han fenomenet fantomlem og argumenterer for at fenomenet, snarere enn å være et nevrofysiologisk produkt som er biologisk konstituert, er en erfaring som framtrer i her og nå-situasjoner ut fra tidligere og tilvente forestillinger om å leve med en inntakt og hel kropp. Den tidligere kroppen med sine innlærte ferdigheter og vaner utgjør fremdeles en horisont at muligheter for den nåværende og aktuelle kroppen. Dette er dermed en teori eller tenkning som aktualiserer hvordan den tidligere kroppen aldri blir tapt, men kan vende tilbake via en smertefull fantomopplevelse. Det er som om kroppen fortsatt søker sin realisering som en hel og funksjonell kropp. Men det er samtidig, og som resultatene i studien (3) også viser, ikke den tidligere gode og vante kroppen, men det er et vrengebilde av den tidligere kroppen som en smertefull og lidende kropp. Det peker mot denne smertens eksistensielle dimensjon, som en av informantene i studien også beskriver det. Han forteller om tapet av sitt høyre ben; en sorg han sammenligner med tapet av et familiemedlem eller en god venn, og som han kommer på hver gang ved erfaringen av fantomsmertene. (3)

Det er interessant at en slik forbindelse av eksistensiell karakter, mellom erfaringen av en tidligere tapt og en nåværende aktuell kropp, også er tematisert i skjønnlitterære skildringer. Den norske forfatteren Roy Jacobsen sier det på sin treffende måte i novellen Den høyre armen: «Dø kan man bare en gang, men miste armen, det gjør man hver gang man griper etter noe». (22. s, 150)

Det er fra en novelle som handler om hvordan en mongolsk stammehøvding reiste rundt og stilte beboerne i hver landsby overfor valget mellom amputasjon av en høyre arm på landsbyhøvdingens eldste sønn, eller at høvdingen selv skulle miste livet.

STUDIENS ANTAGELSER, FORSKNINGSPØRSMÅL OG METODE

I en kvalitativ og fenomenologisk studie av denne type arbeider forskeren alltid ut fra en egen forforståelse. Det er vesentlig at denne forforståelsen artikuleres og tematiseres eksplisitt gjennom forskningens ulike faser. Forforståelsen er blitt bearbeidet bevisst gjennom hele prosjektet via studier knyttet til fenomenologisk og biomedisinsk smerteteori. Spesielt har studier i tilknytning til Merleau-Pontys persepsjons- og kroppsfenomenologi vært betydningsfulle i viktige faser av arbeidet. I avhandlingen formulerer jeg innledningsvis fire grunnleggende antagelser som har vært sentrale for studien og analysene av informantmaterialet. Disse er formulert som følger:

- Ved at fantomsmerter er smerter som erfares kroppslig selv om kroppsdelen er tapt eller lammet, er de tvetydige og har en eksistensiell dimensjon.
- Personen er fremdeles forankret i verden med en «hel» kropp, men det er en smertefull og plaget kropp.
- Den smertefulle kroppsdelen er en kontinuerlig påminnelse om den tidligere kroppen.
- Fantomsmertene er dermed ikke kun smerter i en tapt og lammet kroppsdel, men det kan også være smertene over tapet av den tidligere kroppen, (den doble smerten).

Med bakgrunn i disse antagelsene ble følgende forskningsspørsmål utviklet som ble retningsgivende for studien:

- Hva forteller personene om sine erfaringer med smerte i en tapt kroppsdel og/eller i en kropp som er lam?
- Hvordan kommer fantomsmertene til uttrykk som kroppslig erfaring?
- Hvordan beskrives forholdet mellom fantomsmertene og tapet av kroppsdelen eller lammelsen?
- Hvordan beskrives det at fantomsmertene preger erfaringen av verden og forholdet til andre mennesker?

Utvalget av informanter i studien var alle menn med traumatiske kroppslige skader. Fem var ryggmargskadde og tre hadde gjennomgått traumatiske amputasjoner med bakgrunn i trafikkulykker eller arbeidsulykker. I tillegg ble tre helsepersonell intervjuet; en sykepleier, en ergoterapeut og en sykepleier. Alle pasientene var eller hadde nylig vært pasienter ved et stort rehabiliteringssenter. Studien er både et intervju og en observasjonsstudie. Intervjuene var åpne og samtalepregede. Informantene ble bedt om å beskrive sine smerter og hvordan de virket inn på livet med egne ord. Det å snakke med og lyttet til personers erfaringer var viktig når jeg skulle legge et innhold på fantomsmerte som subjektiv og kroppslig erfaring. Jeg fulgte også noen av informantene i en periode i det daglige livet på avdelingen. Det var nødvendig fordi jeg da fikk være sammen med dem i en mer uformell sammenheng og hadde samtaler som ble en naturlig forberedelse til det endelige dybdeintervjuet.

Innfor rammen av det den danske fenomenologen Dan Zahavi (23) definerer som tre dimensjoner av intersubjektivitet, som er subjektets relasjon til selvet (her tematisert i forhold til kropp og språk), til de andre og til verden,

er analysen bygget opp i forhold til Kvales (24) tre ulike fortolkningskontekster: selvforståelse, kritisk forståelse og teoretisk forståelse. I avhandlingen fremkommer disse fortokningskontekstene på en dialektisk måte, i en runddans mellom pasientutsagn, egen fortolkning og teoretisk belysning undervis i behandlingen av materialet.

I det følgende vil det bli gjort en kortfattet sammenfatning og presentasjon av hovedresultatene i undersøkelsen.

FANTOMSMERTENE OG FORHOLDET TIL KROPP OG SPRÅK

Gjennom erfaringen av fantomsmertene gjenkjennes også de kroppslige strukturene i den tapte kroppsdelen eller den lamme kroppen. Det er som om smerten selv blir kropp og på nytt

> Hvordan kan jeg ha vondt i noe jeg ikke har?

gjenoppretter den kroppslige forankringen. Opplevelsen beskrives av informantene som at smertene skyter ut og ned i fantomfoten, helt ut i tærne. Slik beskrives smertene av personen med en komplett ryggmargskade som våkner av følelsen av at neglene på tærne i den lamme foten gror inn i hverandre, eller at knoklene i seteregionen vokser ut og vil presse seg gjennom huden.

De sterke smertene beskrives visuelt i et ladet og uttrykksfullt språk; i metaforer. Det er beskrivelser som vitner om sterke plager og stor lidelse. Det er som om kroppen har vendt seg mot personen og dermed blitt sin egen fiende. Samtidig er det beskrivelser som gir smertene en ytterside, som noe vi alle kan relatere oss til og ha en gjenkjennbarhet i forhold til. Det er beskrivelser fra et hverdagsliv vi alle er en del av. En person beskriver smertene som å falle i en maurtuve under en skogstur. Maurene kryper på ham, samtidig som de også er trengt inn i kroppen, inn i blodårene hvor det stikker og biter hele tiden. Det er slik det føles, og det er en lidelse som det nesten ikke er til å leve med.

Samtidig som smertene har sin kroppslige evidens, personene opplever smertene konkret og presist i de lamme eller tapte kroppsdelene, tviler de på hvordan dette er mulig. Hvordan kan jeg ha vondt i noe jeg ikke har? er spørsmål som stilles. Er det bare i hodet, noe jeg konstruerer selv i mitt sinn, noe jeg innbiller meg? Det er en plagsom tvil, og pasientene leter etter svar, svar som de ikke får fra helsevesenet eller helsepersonell.

FORHOLDET TIL DE ANDRE

Når smertene er så vanskelige å forstå for personene selv, gjør dette at de også lukkes inne med sin tvil og sine plager. Det blir en ensom tilværelse hvor de splittes fra fellesskapet med andre. Smertene er også usynlige for andre. Når de i tillegg er så vanskelige å forstå for personene selv, så velger mange å lide i stillhet. De velger i stor grad å ikke vise sin smerte fram for omgivelsene, men er opptatt av å fungere tilsynelatende upåvirket i det daglige livet, i trening og i sosialt felleskap for øvrig. Men dette er en kostbar og krevende kamp som er utmattende. For det er som det uttrykkes, ikke det som andre kan se, det fysiske handikappet og avhengigheten av rullestol, som er det verste. Men det er det andre ikke kan se, de kroniske smertene som er det vanskeligste å leve med.

Forholdet til helsepersonellet uttrykkes også spontant av noen av informantene som helt vesentlig i forhold til det å beholde livsmot og håp når de hadde det som verst etter skaden. Møtet med personer som formidlet trygghet og omsorg i denne fasen var avgjørende for rehabilitering og livet videre. Det er som en av informantene, en ung mann med amputert både venstre arm og ben, formidler det: «En sykepleier kan ikke ha en dårlig dag!»

Opplevelsen av å bli møtt med mistro og unnlatelser i en situasjon med sterke smerter og lidelse kunne, slik denne personen formildet det, få ham til å gi helt opp og forsterke et ønske om bare å få en slutt på det hele.

FORHOLDET TIL VERDEN

Det er tydelig at fantomsmertene ved sin karakter, det at de er så spesielle og vanskelige å forstå, fører til at personene konfronteres med eksistensielle dilemmaer. Spørsmålet blir hvordan man kan leve videre med slike smerter når det oppleves som en evig plage: «som å ha en vorte på hodet som aldri går bort», som en av informantene beskriver det. Det er en pine som gjør det vanskelig å konsentrere seg om noe annet. Smertene har hele tiden forrang i bevisstheten og gjør det til og med vanskelig å lese en bok. Det blir en dobbelt konsentrasjon; en konsentrasjon om å konsentrere seg om noe annet. Et liv med slike smerter er et liv i sterk lidelse, og flere av informantene kommer under intervjuene inn på selvmordstanker, og at livet med smertene er ulevelig. Det er noen ganger når de har det som verst at tankene kommer om å gjøre det slutt.

Men likevel, selv om smertene er så sterke at de gjør livet vanskelig og noen ganger truer livsviljen,

så er det fortsatt en sterk trang til å se framover og til et ønske om et normalt og vanlig liv. Et håp om smertefrihet og lindring tvinger dem til å rette blikket mot framtiden. Tanker og utsagn som signaliserte livsmot og framtidstro var sterke og tankevekkende for meg som forsker å være vitne til. Det var uttrykk som; «det går alltid an å ha det verre» eller «det gjelder å se framover, se muligheten og ikke problemene». Livsmotet fikk for flere av informantene sitt konkrete uttrykk i håpet om å få barn eller det å få muligheten til å se egne barn vokse opp, eller bare det å kunne kjøre motorsykkel igjen. Det kom hos flere dermed til uttrykk en kontinuitet i forhold til tidligere livsførsel og livsvalg som nå også skulle videreføres, selv med en sterkt skadet og smerteplaget kropp.

STUDIENS KONSEKVENSER FOR VIDERE SMERTEFORSKNING OG KLINIKK

Det er min oppfatning at flere studier av denne typen, som utforsker smerte som subjektiv erfaring, og som er knyttet til kjønn i ulike kontekster og smertetilstander, må utvikles og gjennomføres. På denne måten kan kvalitativ og fenomenologisk smerteforskning være et nødvendig supplement til biomedisinsk forskning, ved at den bringer subjektet med sine opplevelser fram i lyset. Når smerte er subjektivt blir det nødvendig å utvikle en forskning som utforsker selve den personlige erfaringen av lidelse og smerte, lytter til den og tar den på alvor.

Det er et paradoks, som denne undersøkelsen og viser, at selv om vi ikke kan bli den andre, så lever og uttrykker vi oss like fullt i en intersubjektiv verden. Materialet i avhandlingen formidler en viktig innsikt til helsepersonell generelt og sykepleiere spesielt, at man gjør noe bare ved å være der, ved det å være tilstede på en måte som formidler åpenhet, trygghet og respekt. Når ingenting annet hjelper blir det å lytte til og stille seg åpen for pasienters erfaringer noen ganger kanskje både den eneste og beste smertelindring.

Dette blir også synlig ved hvordan sykepleieren i undersøkelsen omtaler sin rolle i forhold til disse pasientene. For sykepleiere, i et yrke som innebærer daglige møter med pasienter med sterke smerter i en traumatisert kropp, stilles man overfor inntrykk og følelsesmessige påkjenninger som også skal takles og som man må leve videre med i sitt yrkesliv. Pasientenes skjebne går inn på sykepleieren i materialet, og oppmerksomheten er ikke utelukkende knyttet til smerte som en isolert kroppslig erfaring, men kan også sees i relasjon til hvordan hun erfarer at pasientene lever med sin reaksjon og utvikler sin identitet i tilknytning til en skadet kropp (3).

Hun forteller om hvordan hun har fått en økt bevissthet på de kroppslige endringene som pasientene erfarer, og på hvordan de skal takles. Hun er opptatt av at pasientene ikke må neglisjere sin skadede kropp. De må se på den og kjenne på den for å bli kjent og fortrolig med den på ny. Dette er viktig for å utvikle en identitet til den «nye» kroppen, og sykepleieren har en viktig rolle for å hjelpe til i en slik nyorientering. Det formidles også hvordan det ser ut til at noen pasienter forsøker å skape seg en avstand til tilværelsen ved å trekke seg tilbake, inn i seg selv, og hvor de da befinner seg i en slags drømmeliknende tilstand. En ung pasient hun hadde ansvar for gjorde tilsynelatende ikke så mye annet enn å ligge og sove. Slik det fortolkes av denne sykepleieren handler det om et forsøk på å skape distanse gjennom tilbaketrekking. Man slipper å forholde seg til det som foregår og forsøker å unngå hele tiden å konfronteres med sin egen situasjon og hjelpeløshet (3).

Elstad (25) poengterer hvor viktig det er at kyndig og kvalifisert sykepleie kan redusere den splittelsen og tilbaketrekking som kan være resultat av sykdom eller skade. Gjenopprettelse av forbindelsen til en kropp som igjen gjøres akseptabel kan dermed bli et ønsket resultat: «Det sjølvsagte og daglegdagse i handlaget hos kyndige pleiarar kan være med å overvinne distansen til det sjuke og tendensen til splitting i sjukdomserfaringa. Slik kan god pleie være ei uuttala eller stillteiande anerkjenning av at sjukdomserfaringane er meiningsfulle. Den praktiske omsorgen kan være med og gjere det avvikande allmennmenneskelig, slik at ein kan utvikle ei tilhørighet nettopp gjennom avvika» (25 s, 144).

Kanskje ligger det en viktig utfordring til den kliniske sykepleieren i at hun i tillegg til å være en omsorgsfull og kyndig praktiker, som Elstad påpeker det, også bør være en utforskende lytter. Spørsmålet jeg dermed vil la stå åpent til slutt er om ikke klinikeren noen ganger både skal og bør ta seg tid til å lytte som en forsker, og innse at denne forstående medtolkning selv kan være viktig lindring og terapi?

REFERANSER

1. Nortvedt F Nortvedt P. Smerte – fenomen og forståelse. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2001.

2.Vetlesen A J. Smerte. Dinamo Forlag, Oslo. 2004.

3. Nortvedt F. Innelukket i smerte og utestengt fra verden. En studie av fantomsmerte etter amputasjoner og etter tverrsnittslesjon hos ryggmargskadde. Avhandling til Dr. Philos. Det Medisinske Fakultet. Universitetet i Oslo. Unipub, Oslo. 2006.

4. Heidegger M. The Question of Being. Twayne Publishers, New York. 1958.

5. Zahavi D. Selfawareness and Alterity. North Western University Press, Evanston, Illinois. 1999.

6. Merleau-Ponty M. Phenomenology and Perception. Routledge&Keagan Paul Ltd, London. 1960/2000.

7. Bengtsson J. Sammenfletningar. Daidalos, Uddevalla. 2001.

8. Moran D, Mooney T. The Phenomenology Reader. Routledge, London and New York. 2002.

9. Cassel E,J. The nature of suffering. Oxford University Press, Oxford. 1991.

10. Thomassen N. Ulykke og Lykke. Gyldendal, Københavns. 2001.

11. Clark O. Pain and Being: An essay in Heideggerian Ontology. The South Western Journal of Philosophy 1973; IV (3): 188ff.

12. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. Tano Forlag, Oslo. 1993.

13. Scarry E. The body in pain. Oxford University Press, New York and Oxford. 1985.

14. Løgstrup K E: Den Etiske Fordring: Gyldendal, København. 1989.

15. Marbach JJ, Raphael KG. Phantom tooth pain: A new look at an old dilemma. Pain Medicine 2000; 1 (1): 68-72.

16. Melzack R. Wall P. The challenge of pain. Penguin Books, London. 1996.

17. Nicolajsen L. Jenssen T. S. Phantom limb. In: Wall P, Melzack R. Textbook of pain 5th edition. Mc Mahon SB, Koltzenburg M. eds. Elsevier Churchill Livingston, London. 2006.

18. Siddal PJ. Pain following spinal cord injury. In: Wall P, Melzack R. Textbook of pain 5th edition. Mc Mahon SB. Koltzenburg M. eds. Elsevier Churchill Livingston, London. 2006.

19. Melzack R, Israel R, Lacroix R, Scultz G. Phantom limbs in people with congenital limb deficiency or amputation in early childhood. Brain 1997 120: 1603-1620.

20. Melzack R. Pain: Past, present and future. Canadian Journal of Experimental Psychology 1993: 47 (4); 615-629.

21. Melzack R: From the gate to the neuromatrix. Pain Suplplement 1999; 6: 121-127.

22. Jacobsen R: Den høyre armen: Cappelen, Oslo. 1994.

23. Zahavi D. Beyond empathy: Phenomenological approaches to Intersubjectivity. Journal of Consciousness Studies 2001; (5-7): 151-167

24. Kvale S: Det Kvalitative Forskningsintervju. Ad Notam Gyldendal, Oslo. 1997.

25. Elstad I. Stø opp om naturprosessane ein filosofisk framstilling av gangen frå sjukdom til pleie og omsorgsansvar. Institutt for samfunnsvitenskap, Tromsø. 1987.

SAMMEN OM OMSORGEN

Senter for omsorgsforskning – Sør er lagt til Universitetet i Agder og Høgskolen i Telemark.

Tekst og foto: **Trine-Lise Gjesdal**

I sommer ble det klart at Universitetet i Agder og Høgskolen i Telemark er tildelt status som Senter for omsorgsforskning – Sør. Begge institusjonene er optimistiske og samstemte:

– Vi gleder oss over tildelingen og er godt forberedt for oppgavene!

Det nye senteret er det siste tilskuddet av i alt fem regionale sentre for omsorgsforskning. Universitet i Agder (UiA), fakultet for helse- og idrettsfag og Høgskolen i Telemark (HiT), avdeling for helse- og sosialfag har inngått en samarbeidsavtale om å drive senteret i fellesskap.

– Begge institusjonene har fag- og forskningsmiljøer og en forskningsportefølje som gjensidig utfyller og forsterker hverandre innen helse- og sosialfeltet, forteller professor i sykepleievitenskap Olle Søderhamn ved UiA, fakultet for helse- og idrettsfag. Søderhamn er utpekt som forskningsansvarlig for Senter for omsorgsforskning – Sør.

MOT BRUKERE I KOMMUNEN

Senteret er foreløpig uten administrativ leder, men stillingen lyses ut innen kort tid. I mellomtiden er partene i full gang med de praktiske gjøremål som skal få senteret opp å stå. De er i ferd med å nedsette en styringsgruppe og referansegruppe og det planlegges i tillegg et felles FoU-seminar før jul.

– Vår visjon er at senteret skal bidra til å øke og fornye kunnskap relatert til utfordringene i kommunehelsetjenesten. På sikt er vårt ønske at forskningen skal bidra til å øke statusen i henhold til det omsorgsarbeidet som utføres i kommunene, forteller dekan Aud Findal Dahl ved Fakultetet for helse- og idrettsfag ved UiA.

JOMFRUELIG MARK

– Vi har å gjøre med jomfruelig mark, påpeker Søderhamn. Han mener det foreligger en rekke fenomener knyttet til pleie og omsorg som ennå ikke er avdekket. Men professoren forsikrer at de har kompetanse til å gå løs på oppgavene som venter. Fakultetet for helse- og idrettsfag ved universitetet har 98 ansatte i vitenskapelige stillinger. Avdeling for helse- og sosialfag ved høgskolen har 57.

– Det utføres allerede en rekke FoU-prosjekter innenfor omsorgssektoren ved universitetet og høgskolen. I tillegg til dette driver begge institusjonene en rekke utviklingsprosjekter rettet mot helseforetak og omsorgssektoren i kommunene ved bruk av statlige tildelte samarbeidsmidler. Målet er å utvikle praksisfeltet som gode læringsarenaer for ansatte og studenter, forteller Findal Dahl.

SATSINGSOMRÅDER

Senter for omsorgsforskning – Sør har planlagt sine tematiske satsinger innenfor de områder hvor UiA og HiT sammen anser å ha sin styrke. Videre tas det utgangspunkt i de sentralt tildelte oppgaver som er knyttet til hovedundervisningssykehjemmet, politiske føringer samt kommunale og regionale behov. HiT peker på sine fortrinn når det gjelder forskning og utvikling innenfor samfunns- og kultur-

NY STATUS: Professor Olle Søderhamn og dekamn Aud Findal Dahl er godt forberedt.

nivået. UiA er, på sin side, gode innen personnivået og klinisk omsorgsforskning.

– For å kunne møte de langsiktige utfordringer må et senter for omsorgsforskning videreutvikle praksisnær forskningsbasert kunnskap om omsorgstjenesten. Dette innebærer å utvikle kunnskap om kjente og nye brukergrupper og hvordan helsetjenestene prioriteres, styres og ledes. Men også om organisering av tjenestetilbudene og samhandling mellom de ulike nivåene innen helse- og omsorgstjenesten, sier Findal Dahl.

> Vår visjon er at senteret skal bidra til å øke og fornye kunnskap relatert til utfordringene i kommunehelsetjenesten.

Hun forteller at fokuset for senteret i sør vil rette seg mot demensomsorg, psykisk helse, palliativ omsorg, IKT-omsorg, aktiv omsorg – frivillighet, rekruttering og kompetanseutvikling. Samt ledelse, organisering og samhandling.

– Målet er at kommunene i større grad enn i dag skal bli oppdragsgivere for forskningsog utviklingsprosjekter, legger hun til.

VIKTIGE SATELLITTER

Universitetet og høgskolen har et forpliktende samarbeid med det regionale hovedundervisningssykehjemmet Songdalstunet bo- og aktivitetssenter i Vest-Agder og alle dets satellitter (Feviktun i Grimstad kommune, St. Hansåsen sykehjem i Porsgrunn kommune, Nygård bo- og omsorgssenter i Sandefjord kommune og Ål bo- og omsorgssenter i Ål kommune).

– Dette samarbeidet gir oss et godt grunnlag for å kunne utvikle ny og praksisnær forskning og gjør at vi kan samhandle, også med andre kommuner i nettverk. Satellittene kan gjøre det enklere for oss å drive forsknings- og kunnskapsformidling overfor region, kommune og utdanningssektor. I tillegg vil det være andre muligheter for å samhandle med kommunene, avslutter Findal

FAKTA !

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Norges forskningsråds program for Helse- og omsorgstjenester fått i oppdrag å etablere regionale sentre for hvert av de fem helseregionene i landet innen 2010. Etableringen av sentrene er ledd i oppfølging av Omsorgsplan 2015 og styringen av den kommunale helse- og omsorgsforskning. Målet med sentrene er å videreutvikle forskningsbasert kunnskap om omsorgstjenestene med den hensikt å bedre helse- og omsorgstjenester. Universitetet i Agder og Høyskolen i Telemark ble tildelt status som Senter for omsorgsforskning for region Sør i våres. De øvrige fagmiljøene som har fått tildelt midler for opprettelse av omsorgssentre er: Høyskolen i Bergen (region Vest), Høgskolen i Nord-Trøndelag (region Midt-Norge), Høgskolen i Tromsø (region Nord) og Høgskolen i Gjøvik (region Øst).

Honningimpregnert bandasje eller vanlig behandling på leggsår

Illustrasjonsfoto: **Colourbox.no**

Er honning effektivt i behandling av venøse leggsår?

METODE
Design: randomisert, kontrollert studie
Fordeling: skjult
Blinding: utfallsmål er blindet
Oppfølgingstid: 12 uker
Setting: Fire hjemmesykepleiedistrikt (Auckland, South Auckland, Waikato og Christchurch, New Zealand).
Deltakere: 368 pasienter (gjennomsnittsalder 68 år, 51 prosent kvinner) som hadde venøse leggsår eller blanding av venøse og arterielle sår og som tålte kompresjon. Eksklusjonskriterier var sykehistorie med diabetes, revmatoid artritt eller perifer arteriell sykdom, allergi mot kalsium alginat eller honning, samt nåværende bruk av honning.
Intervensjon: Kalsiumalginat bandasje impregnert med honning (n=187) eller konvensjonell behandling (omfattet ulike bandasjer)(n=181). Alle pasienter fikk kompresjonsbandasje. Honningomslaget ble byttet hver gang kompresjonsbandasjen ble skiftet.
Utfall: Fullstendig heling av sår etter 12 uker (definert som helt epitel uten skorpe), tid det tok for sår å gro, endringer i sårstørrelse, helserelatert livskvalitet (SF-36, Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire, og EuroQol 5D), infeksjoner og bivirkninger. Studien hadde 90 prosent styrke for å vise 30 prosent relativ økning i proposjonen av helede sår i honninggruppen (55 prosent til 71 prosent) etter tolv uker.
Pasientoppfølging: 98 prosent.

HOVEDRESULTAT
Behandling med honning eller vanlig behandling utgjorde ingen forskjell når det gjaldt fullstendig tilheling av sår (tabell), tid for sårtilheling (gjennomsnittsforskjell (MD) – 1,8 dager, 95 prosent KI -7,7 til 4,1), reduksjon i sårstørrelse (MD 8,6 prosent, KI -4,7 til 24), SF-36 skår på fysiske ufall (MD 1,1, KI -0,8 til 3,0) eller mentale utfall (MD 0,7, KI -1,1 til 2,4), total CXVUQ skår (MD -1,6, KI -4,2 til 0,9), EQ-5D VAS skala (MD 1,6, KI -1,5 til 4,7), eller på infeksjoner (tabell). Flere pasienter i gruppen som fikk behandling med honning rapporterte ≥ 1 bivirkninger og smerter enn gruppen som fikk vanlig behandling (tabell).

! KOMMENTAR

Kompresjonsbehandling er viktigste og beste behandling for leggsår (1). Det finnes ingen dokumentasjon for at ulike bandasjer fremmer heling av denne type sår (2). Og Royal College of Nursing (3) anbefaler enkle «low-adherence» bandasjer i kombinasjon med kompresjonsbehandling. Denne studien til Jull og medarbeidere evaluerte sikkerheten og effekten av honning for venøse leggsår. Dette er en av de største leggsårstudiene og den har flere sterke sider. Pasientene ble fordelt til behandlingsgruppene ved randomisering gjennom telefon, noe som eliminerte seleksjonsbias. I tillegg ble honningbandasjer sammenliknet med vanlig behandling. Vanlig behandling var tilpasset den enkelte pasient og sammenlikningen ble derfor rettferdig. Blinding av utfallsmåler ble sikret ved foto av sårene som ble vurdert av en person som ikke kjente til gruppefordelingen. Resultatene viste at honningbandasjer ikke økte heling av venøse leggsår etter 12 uker. Selv om disse funnene sammenfaller med funn fra tidligere forskning så er det flere ting som må vurderes. Styrkebergningen var basert på en forventing om 30 prosent relativ økning i heling av sår i intervensjonsstudien, noe som ble kalkulert fra studier hvor honning var prøvd ut på brannsår. Likevel sier Jull at man ikke direkte kan sammenlikne akutte og kroniske sår. Nesten 50 prosent av ukompliserte leggsår vil hele i løpet av 12 uker (4). Det er

KONKLUSJON

Det var ikke forskjell mellom honningimpregnerte bandasjer og vanlig behandling når det gjaldt heling av venøse leggsår.

Sammendrag fra: Jull A, Walker N, Parag V, et al. Randomized clinical trial of honey-impregnated dressings for venous leg ulcers. Br J Surg 2008;95:175-82.

Korrespondanse: Dr A Jull, University of Auckland, Auckland, New Zealand; a.jull@ctru.auckland.ac.nz .

Finansieringskilde: Health Research Council of New Zealand; Comvita New Zealand bidro med et lite stipend og supplerte med honningbandasjer; US Medical bidro med «wound tracing grids».

TABELL: Honningimpregnerte bandasjer versus vanlig behandling for venøse leggsår

Utfall etter 12 uker	Honning	Vanlig behandling	RBI** (95 % KI)	NNT*
Komplett heling	56 %	50 %	12 % (-8 til 36)	Ikke signifikant
			RRR**(KI)	
Infeksjoner	17 %	22 %.	23 % (-17 til 49)	Ikke signifikant
			RRI** (KI)	NNH*(KI)
≥ 1 bivirkning	59 %	46 %	30 % (10 til 60)	8 (4 til 22)
Sårsmerter	25 %	10 %	150 % (50 til 320)	7 (4 til 21)

*"Numbers needed to treat"
**Ordforklaringer i ordlista til Evidence Based Nursing online (http://ebn.bmj.com/current.dtl)

KOMMENTAR

de siste 50 prosent som er den største utfordringen, og derfor er det vanskelig å rettferdiggjøre forventingen om at ett omslag vil øke heling fra 55 til 71 prosent. Jull og medarbeidere rapporterte mer smerter i honninggruppen, men det er uklart hvordan dette ble målt. Klinisk er det ingen ny kunnskap om at omslag fører til raskere heling av sår, noe som manifisterer viktigheten av at kompresjonsbehandling er gullstandarden når det gjelder behandling av denne type sår.

1. Cullum N et al. Compression for venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001;(2): CD000265.

2. Palfreyman S, Nelson EA, Michaels JA. Dressings for venous leg ulcers: systematic review and meta-analysis. BMJ 2007;335:244.

3. Royal College of Nursing. Clinical practice guidelines. The nursing management of patients with venous ulcers. London: Royal College of Nursing, September 2006. http://www.rcn.org.uk

4. Cullum N, Fletcher A, Sheldon TA. Compression therapy for venous leg ulcers. Qual Health Care 1997;6:226-31.

© Evidence Based Nursing (EBN) vol 11, nr 3, 2008

Zena Moore, RGN, MSc, FFNMRCSI. Royal College of Sutgons in Ireland, Dublin, Ireland

Venepunksjon mindre smertefullt enn hælprikking for blodprøver av nyfødte

Illustrasjonsfoto: **Colourbox.com**

Er venepunksjon mindre smertefullt enn hælprikking ved blodprøvetaking av nyfødte?

SYSTEMATISK OVERSIKT

Studier som ble inkludert sammenliknet venepunksjon med hælprikking for blodprøvetaking av friske barn født til termin. Utfallene var neonatal smerterespons (vurdert ved hjelp av validerte målemetoder), mors angst, tid blodprøvetakingen tok og behov for å gjenta prøvetaking.

METODE

Medline, CINAHL, and EMBASE/Excerpta Medica (til juni 2007); Cochrane Central Register of Controlled Trials (Issue 2, 2007); samt referanselister ble gjennomsøkt for å finne randomiserte kontrollerte studier (RCT) eller kvasi-randomiserte studier. Fem studier (n=317, 47 til 59 prosent gutter) møtte seleksjonskravene. Alle studiene hadde tilfredsstillende skjult allokeringsprosedyre, ingen av studiene hadde blindet deltakere eller utøver, men utfallsmåler var blindet i to RCT-er.

HOVEDRESULTATER

Flere metoder for å måle smerter ble brukt; alle viste at neonatal smerterespons var lavere ved venepunksjon enn ved hælprikking (tabell). Èn RCT (n=27) viste at mors angst før prosedyren var høyere i venepunksjonsgruppen, men maternell rangering av smerte var lavere. Tid det tok for prøvetakingen var 58 sekunder lengre for venepunksjon enn for prøver tatt i hælen i én RCT og 65 sekunder kortere i en annen RCT (2 RCT-er, n=110; wighted mean difference -36 sekunder, 95 prosent KI -76 til 3). Nyfødte i venepunksjonsgruppen var mindre utsatt for gjentatt prøvetaking (4 RCT, n=254; relativ risiko 0,30, KI 0,13 til 0,49).

KONKLUSJON

Venepunksjon er mindre smertefullt en hælprikking ved blodprøvetaking av nyfødte.

Sammendrag fra: Shah V, Ohlson A. Venepuncture versus heel lance for blood sampling in term neonates. Cochrane Database Syst Rev 2007;(4):CD001452.

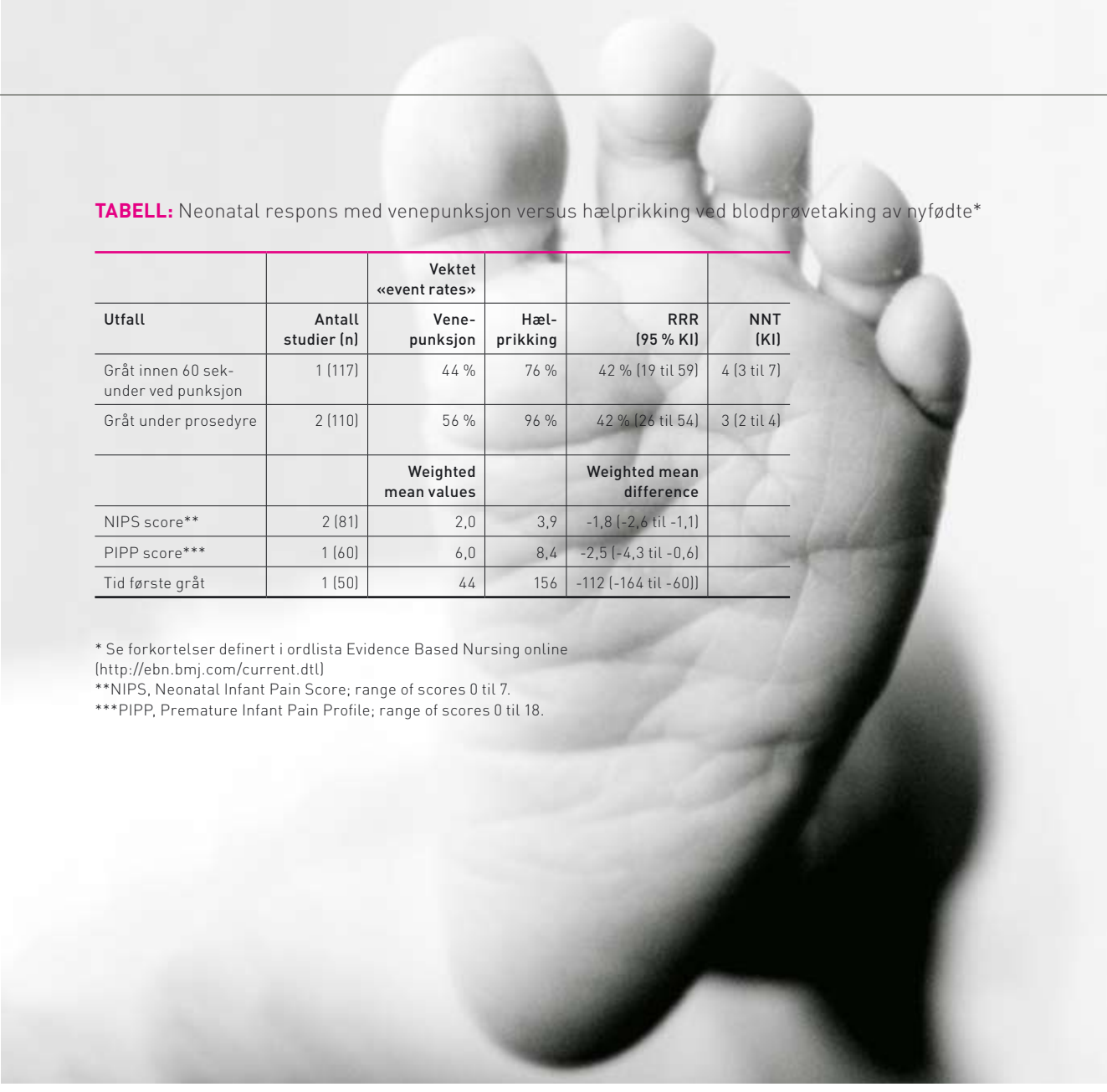
Korrespondanse: Dr V Shah, Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario, Canada; vshah@mtsinai.on.ca. Finansieringskilde: ingen ekstern finansiering.

KOMMENTAR

Å ta blodprøver av nyfødte ved prikking i hælen er en smertefull prosedyre til tross for bruk av smertereduserende teknikker. Venepunksjon kan være et mindre smertefullt alternativ. Denne systematiske oversikten av Shah og Ohlsson viste at venepunksjon er mindre smertefullt en hælprikking. Likevel, de inkluderte studiene rapporterte flere måter å måle smerte på, ulike størrelse på lansettene og nålene og det var opp til sju forksjellig personer som utførte prosedyrene.

Ett viktig poeng er at tre validerte målemetoder ble brukt for å måle smerterespons. «State of arousal» før stimuli er inkludert, både i Neonatal Infant Pain Scale og Premature Infant Pain Profile, og det er en styrke ved disse instrumentene. Én studie som ikke ble inkludert i oversikten, viste at den mest stressende komponent ved hælprikking var klemming av hælen og ikke å stikke i huden (1). Likevel, denne smerten bidrar til total smerterespons ved hælprikking når man sammenlikner de to intervensjonene.

En subjektiv måling av mors angst (en trepunkts skala som ikke er validert) viste høyere angstnivå ved venepunksjon. Likevel, dette funnet kan være feil og trengs å utdypes mer. Kyndigheten til den som tar blodprøver vil helt sikkert påvirke antall hælprikk og



TABELL: Neonatal respons med venepunksjon versus hælprikking ved blodprøvetaking av nyfødte*

		Vektet «event rates»			
Utfall	**Antall studier (n)**	**Vene-punksjon**	**Hæl-prikking**	**RRR (95 % KI)**	**NNT (KI)**
Gråt innen 60 sek-under ved punksjon	1 (117)	44 %	76 %	42 % (19 til 59)	4 (3 til 7)
Gråt under prosedyre	2 (110)	56 %	96 %	42 % (26 til 54)	3 (2 til 4)
		Weighted mean values		**Weighted mean difference**	
NIPS score**	2 (81)	2,0	3,9	-1,8 (-2,6 til -1,1)	
PIPP score***	1 (60)	6,0	8,4	-2,5 (-4,3 til -0,6)	
Tid første gråt	1 (50)	44	156	-112 (-164 til -60))	

* Se forkortelser definert i ordlista Evidence Based Nursing online (http://ebn.bmj.com/current.dtl)
**NIPS, Neonatal Infant Pain Score; range of scores 0 til 7.
***PIPP, Premature Infant Pain Profile; range of scores 0 til 18.

venepunksjoner som utføres vil også påvirke prøvetakingstiden. Mer forskning er nødvendig for å vurdere effekten av opplæring av sykepleiere og andre involvert i prøvetaking og hvordan dette påvirker smerte.

Shah og Ohlsson gir sykepleiere grunnlag for å støtte bruk av venepunksjon framfor hælprikking for å redusere smerter ved rutinemessig blodprøvetaking av nyfødte. Det var konsistent fra alle studier at venepunksjon førte til at barna gråt kortere tid, begynte å gråte seinere og proporsjonen av barn som gråt var mindre. Forfatternes analyser antyder at ved å bruke venepunksjon i stedet for hælprikking, vil det for hver tredje prosedyre være behov for én mindre hælpunksjon, noe som ikke bare reduserer smerte, men også traumer.

1. Lindh V, Wiklund U, Håkansson S. Heel lancing in term newborn infants: an evaluation of pain by frequency domain analysis of heart rate variability. Pain 1999;80:143-8.

© Evidence Based Nursing (EBN) vol 11, nr 3 , 2008

Rosalie Mainous, ARNP, PhD, NNP-BC. University of Louisville, School of Nursing, Louisville, Kentucky, USA.

KOMMENTAR

Bruk av pedometer øker fysisk aktivitet blant voksne

Foto: **Rubrico**

Vil bruk av pedometer øke fysisk aktivitet blant voksne som ikke er innlagt ved institusjon?

SYSTEMATISK OVERSIKT

Studier som ble inkludert hadde vurdert bruk av pedometer på > fem voksne. Studier ble ekskludert dersom deltakerne ble innlagt på sykehus eller var bundet til et forskningssenter, dersom pedometer var «skjult» for brukeren slik at deltakerne i intervensjonsgruppen ikke kunne se antall skritt. Eller dersom pedometer ble brukt for å teste effekten av medikamenter på fysisk aktivitet. Utfall var endringer i antall skritt en person gikk daglig.

METODE

Medline (til februar 2007); EMBASE/Excerpta Medica, Sport Discus, PsycINFO, Cochrane Library, Thompson Scientific, and ERIC (til mai 2006); referanselister; og konferansesammendrag ble søkt for å finne engelskspråklige studier. Eksperter på treningsfysiologi ble kontaktet. Åtte randomiserte kontrollerte studier (RCT) (n=305) og 18 observasjonsstudier (n=2462) ble inkludert (gjennomsnittsalder 49 år, 85 prosent kvinner). Studiene var utført i USA eller Canada (20), Japan (2), Europa (2) eller Australia (2). Intervensjonene for å øke fysisk aktivitet varte fra tre til 104 uker (gjennomsnitt 18 uker).

RESULTATER

I 8 RCT-er førte bruk av pedometer til økning i antall skritt per dag; det var statistisk heterogeni-

KOMMENTAR

Overvekt har nådd epidemiske proposjoner i mange land. I Canada var det nesten halvparten av befolkningen over 12 år som rapporterte at de ikke drev med fysisk aktivitet på fritiden (1). Andre forfattere rapporterte en økning fra 14 prosent til 23 prosent for overvekt blant kanadiske voksne fra 1978 til 2004 (2). Liknende funn sees blant voksne amerikanere (3). I en metaanalyse med psykologiske atferdstiltak mot overvekt var det over halvparten som også omhandlet tiltak for å øke fysisk aktivitet (4).

Overvekt er sterkt assosiert med kroniske lidelser som inkluderer, men ikke er begrenset til diabetes mellitus, hjertesykdom, hypertensjon og depresjon. Derfor kan det virke som om tiltak som reduserer overvekt ved å øke fysisk aktivitet vil bedre helsen til mange mennesker. Bravata og medarbeidere vurderte forskning for å undersøke effekten av en trygg og billig intervensjon (pedometer) for å øke fysisk aktivitet. Bruken av disse synes å motivere til å fortsette – mangel på motivasjon er en potensiell barriere mot økt fysisk aktivitet blant overvektige voksne.

Sykepleiere kan bruke denne oversikten til å motivere seg selv og andre i forebygging og kontroll av overvekt; som rollemodeller med kolleger, familie og venner. Og de kan foreslå pedometer som et tiltak for pasienter i ulike situasjoner. Selv om det trengs mer forskning for å vurdere langtidseffekten kan foreliggende resultater brukes for å inspirere og påvirke pasienters liv og fremme en sunnere livsstil.

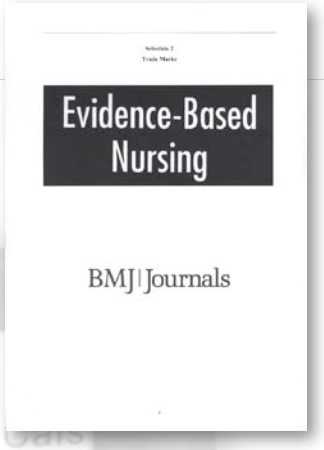
1. Statistics Canada. Study: physically active Canadians. The Daily, Aug 22, 2007. www.statcan.ca/Daily/English/070822/d070822b.htm (lest 20 Feb 2008).

2. Orpana HM, Tremblay MS, Finés P. Trends in weight change among Canadian adults. Health Rep 2007;18:9-16.

3. Caban-Martinez AJ, Lee DJ, Fleming LE, et al. Leisure-time physical activity levels of the US workforce. Prev Med 2007;44:432-6.

4. Seo DC, Sa J. A meta-analysis of psycho-behavioral obesity interventions among US multiethnic and minority adults. Prev Med (in press).

© Evidence Based Nursing (EBN) vol 11, nr 3, 2008



> EVIDENCE BASED NURSING 11/2008

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

tet, men effekten varte ved selv etter at én studie ble fjernet fra analysen (den viste til betydelig mer økning i aktivitet) (tabell).

KONKLUSJON

Blant voksne fører bruk av pedometer til økning i fysisk aktivitet.

Sammendrag fra: Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. JAMA;2007;298:2296-304.

Korrespondanse: Dr DM Bravat, Primary Care and Outcomes Research, Stanford, CA, USA; dbravata@stanford.edu.

Finansieringskilde: National Institute on Aging og ,delvis, Natioanl Science Foundation.

Lynnette Leeseberg Stamler, RN, PhD, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan, Canada.

TABELL: Bruk av pedometer pluss rådgiving om å dokumentere antall skritt versus ingen pedometer eller skjult pedometer hos voksne*

Utfall etter gjennomsnittlig 13 uker	Antall RCT	Forskjell i gjennomsnittlig endring fra baseline (95 % KI)
Antall skritt per dag	8 (255)	2491 (1098 til 3885
	7 (231)**	2004 (878 til 3129)

*Randomiserte, kontrollerte studier
**En studie ble tatt ut på grunn av statistisk heterogenitet

Pasienter med framskreden kreft brukte fire selvmestringsstrategier for å takle spiseproblemer

Illustrasjonsfoto: **Colourbox.com**

Hvordan takler personer med framskreden kreft endringer i sine spisevaner?

Design: kvalitativ studie, flere metoder, «exploratory case study».
Setting: Storbritannia
Deltakere: Et selektert utvalg av 30 pasienter > 18 år (43 til 85, 53 prosent menn) som hadde framskreden kreft og fikk palliativ omsorg hjemme. Ingen fikk aktiv behandling eller parenteral- eller sondeernæring på intervjutidspunktet.

METODE

Individuelle, semistrukturerte intervjuer ble tatt opp på bånd (20 til 60 minutter). Pasientene ble spurt om sine erfaringer med endringer av matvaner og hva som hadde hjulpet dem å takle endringene. Datainnsamlingen og analysene ble gjort ved hjelp av hermeneutisk fenomenologi. Data ble analysert ved å bruke «mixed strategy for cross-case» som inkluderte innholds- og tematiske kategorier.

HOVEDFUNN

Deltakerne opplevde ofte endringer i matvaner. Spising ble en plikt, og endringer i lukt, smak og struktur av mat påvirket lysten på og evnen til å spise. En foreslått teori om selvmestring innbefatter egenaktivitet (de som er initiert av pasienten heller enn andre), som kan komme fra endrede individuelle og kontekstuelle faktorer. De fleste deltakerne følte de hadde noe påvirkning over endrede spisevaner. Og kunne begrense negative konsekvenser gjennom egne handlinger – som å forklare andre om sine endrede behov (individuelle faktorer). Ett eksempel på kontekstuell påvirkning var antakelsen om at andre personer og omstendigheter kunne fremme (for eksempel å ha et variert utvalg av mat tilgjengelig) eller hindre (for eksempel å tilby for mye mat per måltid) egen aktivitet/mestring.

Deltakerne beskrev 141 egenaktiviteter, som alle var komponenter i fire strategier, brukt alene eller i kombinasjon, for å mestre endringer i spisevaner og assosierte negative følelser som sinne og skyld.

1. Ta kontroll. Pasienter erfarte generelt at tap av lyst og evne til å spise mat som de tidligere likte, var tap av kontroll eller konsekvens av mangel på viljestyrke. Noen handlet målrettet for å få tilbake kontroll (for eksempel å

KOMMENTAR

Fysiske, sosiale og psykologiske konsekvenser av endrede matvaner påvirker livskvaliteten til pasienter med framskreden kreft (1). I sin studie beskriver Hopkins og medarbeidere hvordan endrede matvaner påvirker flere aspekter i pasientenes liv og hvilke selvmestringsstrategier som brukes for å tilpasse seg endringene. Strategiene: «ta kontroll», «fremme selvfølelse», «arbeid med relasjoner» og «distraksjon» gir lite føringer for pleie utover generell støttende sykepleie. Likevel, de kaster lys på at situasjonsspesifikke tiltak er viktig (for eksempel å tilby enteral ernæring eller støtte egeninitierte tiltak (empowerment) innen sosiale og psykiske kontekster i pasientenes liv. Helsepersonell har ofte konsentrert seg om å behandle fysiske symptomer som er assosiert med ernæringsproblemer hos pasienter med framskreden kreft (2). Denne tilnærmingen har ofte ikke lykkes i å bedre symptomer eller øke livskvalitet (3). Basert på det de fant foreslår Hopkins og medarbeidere å støtte pasientens selvmestringsstrategier gjennom å tilpasse personlige og kontekstuelle ressurser som en tilnærming ved endrede matvaner. Sykepleie rettet mot å støtte pasientens ressurser har et potensiale for å øke livskvalitet. Ikke bare for å bedre ernæringstilstand, men også for å støtte opp under andre aspekter relatert til pasientens helse.
Forfatterne foreslår en teori om selvmestring for endrede matva-

ha noe næringsrikt tilgjengelig i tilfelle de skulle føle sult).

2. *Fremme selvfølelse*. Pasienter fornemmet mat som bra (for eksempel frukt) eller dårlig (for eksempel kake) for helse og velvære; å finne mat som både var bra og som ble tolerert kunne være vanskelig. Noen pasienter overvant følelsen av skyld eller skam for mat de ikke kunne spise, ved å fokusere på mat de hadde spist (for eksempel spiste bra i går som kompensasjon for manglende evne til å spise i dag). Eller ved å fokusere på verdien av endringer i matvaner som rammet andre familiemedlemmer (for eksempel førte til ønsket vektreduksjon hos andre).

3. *Arbeid med relasjoner*. Endrede matvaner kunne føre til spenninger i familien når pasienten ikke kunne spise mat som andre familiemedlemmer hadde laget. Dette førte ofte til skyld hos pasienten og til at pasienten bare spiste for å glede andre. Likevel, én pasient beskrev at det bedret forholdet til mannen når hun lærte bort matlaging og delte sine kokekunster med ham.

4. *Distraksjon*. Pasienter nevnte ofte at de brukte humor som distraksjon. Dette gjorde det mulig for dem å være positive og unngå å tenke på de endrede matvanene. Noen erindret og var glade for tidligere opplevelser i matveien (for eksempel effekten av sunt kosthold og evnen til å være fysisk aktiv).

KONKLUSJON

Pasienter med kreft trakk fram fire selvmestringsstrategier for å takle endrede matvaner: ta kontroll, fremme selvfølelse, arbeid med relasjoner og distraksjon.

Sammendrag fra: Hopkinson JB. How people with advanced cancer manage changing eating habits. J Adv Nurs 2007;59:454-62.

For korrespondanse: Dr JB Hopkins, University of Southampton, Southampton, UK; jbh@soton.ac.uk.

Finansieringskilde: Macmillan Cancer Support.

KOMMENTAR

ner. Denne teorien gir et nyttig rammeverk for viktige aspekter ved selvmestring. Likevel, det er behov for å undersøke nærmere, teste og spisse teorien ved hjelp av videre forskning. I tillegg vil generering av spesifikke strategier, for å håndtere endrede matvaner som er overensstemmende med generelle strategier identifisert i denne forskningen, gi praktiske ressurser som sykepleiere kan anvende.

1. Marin Caro MM, Laviano A, Pichard C. Impcat of nutrition on quality of life during cancer. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2007;10:480-7.

2. Holder H. Nursing management of nutrition in cancer and palliative care. Br J Nurs 2003;12:667-8, 670, 672-4.

3. Brown JK. A systematic review of the evidence on symptom management of cancer-related anorexia and cachexia. Oncol Nurs Forum 2002;29:517-32.

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

A Fuchsia Howard, RN, MN, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada

Forskningsnytt

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

Klarhet i stellsituasjonen

Mens pasientene oppfattet sykepleierne som stresset og lite villige til å hjelpe, vurderte sykepleierne at pasientene hadde lite initiativ til å gjøre ting på egenhånd. Dette går frem av en studie som undersøkte gjensidige forventninger, mål og hjelpestrategier hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og deres sykepleiere.

Grounded theory ble brukt som forskningsdesign, hvor tolv pasienter og fire av deres sykepleiere ved tre lungeavdelinger ved Århus universitetssykehus i Danmark deltok.

Data ble samlet inn ved hjelp av deltakende observasjon og lydbåndopptak av stellsituasjoner. Disse varte fra 35 til 80 minutter. På bakgrunn av forskerens gjennomgang av opptaket og feltnotater under og like etter stellet ble en på forhånd laget semi-strukturert intervjuguide justert. Pasienter og sykepleiere ble så intervjuet hver for seg etter hvert stell. Følgende tema ble belyst i pasientintervjuene: erfaringer med å leve med KOLS, erfaring med å være pasient og motta sykepleie. I tillegg skårte pasientene alvorlighetsgraden av sine pusteproblemer på en ti-punkt skala (den modifiserte Borg skala). Informantene kommenterte disse skåringene i intervjuene. Alle pasientene som deltok var stekt rammet av KOLS, fikk oksygenbehandling, hadde vært innlagt på sykehus i mellom to og 84 dager, var over 30 år og trengte hjelp til personlig stell. Sykepleierne ble dybdeintervjuet med utgangspunkt i forskerens observasjoner i stellesituasjonen.

Dataprogrammet Nvivo ble brukt som hjelpemiddel i den kvalitative analysen av data og utvikling av tematiske kategorier.

Blant forskernes funn var at sykepleierne var usikre og hadde vag forståelse av alvorlighetsgraden av pasientenes pusteproblemer. For det andre mislyktes sykepleiernes intensjoner om å bygge opp pasientens funksjonskapasitet fordi hensikten med tiltakene var uklar for pasientene. Og fordi det i noen situasjoner skjedde for mye under stellet til at pasientene oppfattet sykepleiernes informasjon. For det tredje kunne rolleforventningen pasientene og sykepleierne hadde til hverandre være uklare. I situasjonene hvor det ikke var en gjensidig forståelse mellom aktørene bidro dette til at partene forklarte og tilla hverandre ulike motiver. Som for eksempel at sykepleierne er stresset og uvillige til å hjelpe og at pasienten er uvillig og mangler initiativ.

KOMMENTAR !

Studien beskriver eksempler på situasjoner hvor sykepleiere mangler forståelse av pasientens situasjon og hvor begge parter mangler gjensidig forståelse av intensjonene for hverandres handlinger. Eksemplene understreker viktigheten av at pasienter og sykepleiere samtaler om pasientens situasjon samt sykepleieitiltak og mål.

REFERANSE

(Lomborg K., Kirkevold M. L., J Clin Nurs; 2008;17:2155–63)

Måling av postoperative smerter

Den norske versjonen av spørreskjemaet til den amerikanske smerteorganisasjonen (the American Pain Society's Patient Outcome Questionnaire – APS-POQ-N), tilfredsstilte kriterier til gyldighet og nøyaktighet for måling av smerteopplevelse og forestillinger om smerter og smertelindring.

Spørreskjemaet består av tre underdimensjoner a) smerteopplevelse, b) tilfredshet og c) forestillinger om smerter og smertelindring. Samt seks enkeltspørsmål som ikke vurderes i artikkelen. Spørreskjemaet ble oversatt fra engelsk til norsk etter internasjonale anerkjente prosedyrer. Deretter testet forskerne om skjemaet målte underdimensjonene som det er laget for å gjøre. Pasienter innlagt for ortopediske operasjoner ved et lokalsykehus i Oslo, ble forespurt om å delta i studien. Deltakere ble fortløpende rekruttert til utvalget. Det endelige utvalget besto av 135 pasienter, hvilket utgjorde 64.9 prosent av den aktuelle studiepopulasjonen (N=208).

Smerteopplevelse ble målt med åtte spørsmål. Tre omhandlet smerteintensitet og fem gjaldt i hvilken grad smertene påvirket aktivitetsnivået, humøret, gangfunksjonen, søvn og samvær med andre. Pasientene ble bedt om å rangere smerteintensiteten på en skala fra 0 til 10. Den andre dimensjonen, tilfredshet, består av tre spørsmål

> 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

RETTELSE

I nr. 2, 2008 hadde følgende referanse til artikkelen «Tidlig utskriving fra sykehus etter hjerteinfarkt» falt ut: (Hildingh C, Fridlund B, Baigi A. J Clin.Nurs; 2008:17, 1303–11)

Dokumentering og håndtering postoperative smerter

Sykepleiernes vurdering av smerteintensitet var en viktigere faktor enn pasientenes egenvurdering for å få smertestillende postoperativt. Det går frem av en todelt tverrsnittsstudie som sammenliknet sykepleiere og pasienters vurdering av postoperative smerter og smertebehandling på urologiske avdelinger. Kartleggingen ble gjennomført både i 2000 og 2003 ved et Universitetssykehus i Sverige. Seks uker før den andre målingen deltok leger og sykepleiere på et smertekurs. Pasienter som gjennomgikk større urologiske inngrep og var innlagt minst tre dager i sykehus ble fortløpende forespurt om å delta i studien. Ved første måling deltok 77 pasienter og 19 sykepleiere, mens 141 pasienter og 22 sykepleiere deltok ved andre måling. Data ble innsamlet dagen etter inngrepet. Pasientene ble bedt om å angi den sterkeste smerte de hadde opplevd etter inngrepet på en 0–100 millimeter visuell analog skala (VAS). Pasientenes skåringer ble sammenliknet med tilsvarende skåringer sykepleierne hadde nedtegnet i sykepleiedokumentasjon, samt det de hadde fått av smertestillende. Den gjennomsnittlige dosen av opioider per pasient var høyere i 2000 (7,5 mg) enn i 2003 (4,5, p<0.001). Ved den første målingen, hadde sykepleierne skåret smertenivået ved hjelp av VAS hos alle pasientene mellom 1–16 ganger per pasient (gjennomsnittlig 7,3 ganger, SD=3.3). Tilsvarende skåringer to år senere var gjennomsnittlig 3,2 ganger, SD=2,2, og manglet helt hos 13 pasienter (9 prosent). Samsvaret mellom pasientenes og sykepleiernes skåringer var større ved andregangsmåling enn ved førstegangsmåling. Sykepleiernes vurdering av smerten hadde sterkere sammenheng med opioidebehandlingen enn pasientens vurdering. Studien konkluderer med at manglende bruk av smertevurderingsverktøy og dokumentasjon av smertehandlingen, gjør det vanskelig å utvikle høy kvalitet på smertebehandling.

REFERANSE

(Ene KW, Nordberg G, Bergh I, Johansson FG, Sjöström B. J Clin Nurs; 2008;17:2042–50)

KOMMENTAR

Det er usikkert i hvilken grad endring i smertelindringsmetoder mellom de to måletidspunktene har hatt innvirkning på resultatene. Siden antallet sykepleiere i utvalget var relativt lavt og alle arbeidet ved samme sykehus, bør man være varsom med å generalisere funnene.

vedrørende smertebehandlingen generelt, samt sykepleiernes og legenes smertebehandling. I hvilken grad man er fornøyd skåres på en sekspunkts skala. Den tredje dimensjonen måles med syv spørsmål som kartlegger pasientenes forestillinger om problemer og muligheter knyttet til smerter og smertelindring. Pasientene svarer på en sekspunkts skala fra 0 til 5.

Testingen av egenskapene ved spørreskjemaet viste at dimensjonen a) smerteopplevelse og c) forestillinger om smerter og smertelindring, viste tilfresstillende gyldighet og nøyaktighet, men ikke b) tilfredshet.

REFERANSE

(Dihle A, Helseth S, Christoffersen KA. J Clin Nurs; 2008;17:2070–8)

KOMMENTAR

For å sammenlikne forskningsresultater internasjonalt er det nødvendig å utarbeide norske versjoner av utenlandske spørreskjemaer på en systematisk og grundig måte. Denne studien er således et eksempel til etterfølgelse. Innholdet i skjemaet kan gi klinikere ideer om områder som bør vurderes i smertebehandling.

Illustrasjon: **M. M. Malvin**

TENS for smerter hos kreftpasienter

Kreftrelaterte smerter er komplekse og har flere dimensjoner. De fleste pasienter tilbys medikamentell smertelindring. Det er økt interesse og behov for andre og alternative metoder som kan lindre smerter og TENS (transkutan elektronisk nervestimulering) kan være et alternativ eller supplement.

En systematisk oversikt har vurdert effekten av TENS på smerter hos kreftpasienter. TENS er en ikke-invasiv terapeutisk intervensjon som er brukt i mange år ved både akutte (for eksempel ved fødsel) og kroniske smerter (for eksempel korsryggsmerter). TENS benyttes av flere profesjonsgrupper og har mange fordeler: Utstyret er lett å transportere, lett å bruke, har få bivirkninger eller kontraindikasjoner og det gir brukeren autonomi i forhold til egen smertekontroll.

Generelt konkluderte forfatterne med at resultatene fra denne systematiske oversikten ikke er sikre og at det mangler gode randomiserte forsøk. Det trengs større, gjerne mulitsenterstudier som er egnet for å evaluere verdien av TENS som et tilbud til kreftpasienter.

Forfatterne inkluderte to studier. Én var gjort på personer som hadde brystkreft (survivors) og som hadde smerter etter behandling (n=49). Forskerne vurderte flere ting i den studien, blant annet smerte, angst, depresjon og fysisk funksjon samt om TENS egnet seg i hjemmebehandling. Den andre studien undersøkte akupunkturliknende TENS på 15 kreftpasienter i terminalfasen. I denne minste studien ble effekten av TENS vurdert på utfall som smerte, kvalme og oppkast.

I studien hvor kvinner som hadde overlevd brystkreft fikk TENS var det ingen signifikante forskjeller mellom TENS og placebo på kroniske sekundære smerter relatert til brystkreftbehandling. I den andre studien var det heller ingen signifikante forskjeller mellom akupunkturlignende TENS og «sham» (narre-TENS) i palliativ behandling, men denne studien var svært liten (mangler statistisk styrke).

Kilde

Robb KA, Bennett MI, Johnson MI, Simpson KJ, Oxberry SG. Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) for cancer pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD006276.

Les artiklene i Cochrane Library (gratis tilgang via www.cochrane.no

Lenke til artikkelen: www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006276/frame.html (lest 20. august 2008)

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

Oksygenbehandling ved dyspne

Illustrasjon: M. M. Malvin

Dyspne eller pustebesvær er ofte et alvorlig subjektivt symptom hos pasienter med terminal sykdom. Det kan være krevende å lindre og behandle. Oksygenterapi er en av behandlingene som tilbys.

En systematisk oversikt har vurdert effekten av oksygenterapi i en ikke-akutt situasjon. Forfatterne ville undersøke om oksygen gir lindring til pasienter i terminalfase av kronisk sykdom.

Generelt konkluderte forfatterne med at det ikke var noen generell bedring i symptomer på dyspne blant kreftpasienter når oksygenbehandling ble sammenliknet med luft. Likevel, enkelte pasienter følte seg bedre med tilførsel av oksygen. Oksygen ga noe mindre andpustenhet i to av tre studier hvor pasientene hadde hjertesvikt.

Åtte randomiserte, kontrollerte studier ble tatt med i oversikten. Totalt var det 144 pasienter (kreft; n = 97, hjertesvikt; n = 35, kyphoscoliose; n = 12) med i studiene. Studiene ble utført på ulike måter i ulike settinger.

Forfatterne konkluderte med at når det ikke lyktes å påvise positiv effekt av å puste inn ekstra oksygen for kreftpasienter og pasienter med hjertesvikt så kan det skyldes begrensninger i forskningen som ble funnet. Det var blant annet mangel på studier, få deltakere og begrensninger i forskningsmetodene som ble brukt.

Kilde

Cranston JM, Crockett A, Currow D. Oxygen therapy for dyspnoea in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD004769.

Les artiklene i Cochrane Library (gratis tilgang via www.cochrane.no)

Lenke til artikkelen: www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004769/frame.html (lest 20. august 2008)

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

Av Inger Schou Bredal

Inger Schou Bredal er førsteamanuensis II ved Universitetet i Oslo og forsker ved Ullevål Universitetssykehus.

SKAL IMPACT FACTOR STYRE VÅR FORSKNING?

Foto: Marit Fonn

› Impact factor (IF) ble oppfunnet i 1960 av Eugene Garfield, grunnleggeren for Institute for Scientific Information (ISI) i Philadelphia, et privat kanadisk selskap. IF blir beregnet hvert år på bakgrunn av siteringsdata produsert av ISI og omarbeidet i en database Science Citation Index (SCI), som teller siteringene til de individuelle artiklene som er indeksert i databasen. IF er beregnet ut fra antall siteringer i løpet av et år som artiklene i de to forutgående årene har fått (Gjennomsnittlige siteringsraten).

Slik beregnes IF for 2008 for et tidsskrift:

$$\frac{\text{(antall siteringer i 2007) + (antall siteringer i 2006)}}{\text{(antall publiserte artikler i 2007) + (antall publiserte artikler i 2006)}} = \text{IF}$$

Dersom IF er 2.8 betyr dette at en artikkel fra tidsskriftet i gjennomsnitt er sitert to–tre ganger i løpet av 2008. I realiteten er det imidlertid slik at noen av artiklene er sitert langt oftere og andre kanskje ikke i det hele tatt.

Opprinnelig var IF tenkt som et verktøy for å sammenlikne tidsskrifter, og ikke av de enkelte artikler som er publisert. IF har etter hvert fått en utrolig stor makt. Forskningsartiklers kvalitet blir oftest vurdert på grunnlag av IF til det tidsskriftet de publiseres i. Forskerne blir vurdert på grunnlag av tidsskriftet de publiserer i. Universiteter rangeres etter IF. Forskningsbevilgninger og ansettelser i akademiske stillinger blir i flere land basert på denne faktoren. Gjennom slik bruk oppnås en selvforsterkende effekt.

Det er flere problemer forbundet med bruk av IF for å evaluere forskningskvalitet. I stor grad bestemmes IF av formelens utforming. Telleren i brøken er det totale antall siteringer, mens nevneren bare er antall artikler. Det vil si at mange kontroversielle «Editors» og «Letters» vil øke tidsskriftes IF. Det blir ikke korrigert for antall selvsiteringer. Databasen er dominert av amerikanske tidsskrifter. Siteringstradisjoner er forskjellig innenfor ulike fagområder. Forskningsområder som raskt blir foreldet blir favorisert. Små forskningsområder mangler tidsskrifter med høy IF. Rask publisering og oversiktsartikler øker IF. Nyere forskningsfelt blir mindre sitert enn etablerte.

Spørsmålet er om det er riktig at et privat kanadisk selskap, ISI, skal dominere og prege utviklingen i forskningen. Den første som reiste kritikk mot systemet med IF var Per Seglen i 1997. Siden har flere uttalt at dette systemet er en katastrofe for mange ikke-amerikanske tidsskrifter og for klinisk forskning, særlig for de «små» fagene. Til tross for at flere er klar over at IF er en veldig usikker indikator for kvalitet, føler mange forskere seg bundet av denne faktoren for å kunne fremme sin karriere.

Det er et paradoks at et system som de fleste i dag erkjenner har store feil, mangler og ikke er en gyldig målestokk for kvalitet, fortsatt benyttes av de fleste innen forskningssektoren. For å sitere Steven Lock Editor BMJ: «It is remarkable that scientists may rely upon such a non-scientific method for the evaluation of the scientific quality of a paper as the IF of the journal in which it is published.»

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

HELSEINFORMASJON PÅ NETT:

Venn eller fiende?

De fleste av oss har brukt Internett som oppslagsverk for å finne informasjon om ulike helseproblemer. Men hva skjer når sykepleieren møter pasienter som forventer at du skal ha oppdatert kunnskap om aktuell forskning?

Tekst: **Camilla Leinebø**
Foto: **Bjørn Erik Larsen og Erik Sundt**

Sykepleieren skal vite hvilken informasjon som er relevant – og ikke – for den problemstillingen pasienten står overfor

– Det er utopisk å forvente at sykepleieren skal holde seg oppdatert på alt. Men samfunnet vil i økende grad stille krav om at tiltak som iverksettes, gjøres ut fra forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, samt brukerkunnskap, sier sykepleier og høgskolelektor, Birgitte Graverholt, ved Senter for kunnskapsbasert praksis.

Senter for kunnskapsbasert praksis er tilknyttet Høgskolen i Bergen, og jobber for å styrke beslutningsgrunnlaget til ansatte innen helse- og sosialsektoren. De har fokus på kunnskapsutfordringer som blant annet sykepleiere står ovenfor i klinisk praksis.

– Kunnskapsbasert praksis er å benytte forskjellige kunnskapskilder. For å kunne møte pasientene på en god måte, må en ha innsikt selv, poengterer Graverholt.

KRITISK BLIKK

Sammen med bibliotekar og høgskolelektor Lena Nordheim, hevder hun at sykepleiere i dag stilles overfor store utfordringer når det gjelder å møte pasienter som har brukt Internett som kilde for å lære mer om sine helseproblemer.

– Hvordan vet sykepleieren at informasjonen pasienten har innhentet er korrekt? Og hvordan møter sykepleierne pasientene i en slik situasjon?, spør Nordheim.

Hun mener at sykepleieren har en viktig arbeidsoppgave i å bruke sin kliniske ekspertise til å veilede pasientene.

– Sykepleieren skal hjelpe dem til å vurdere hvilken informasjon som er god og mindre god. Det er ikke holdbart å kun vurdere hvem som står bak informasjonen, og om den er skrevet av fageksperter. Et vel så viktigs spørsmål er: samsvarer informasjonen på Internett med god, oppdatert forskning?, sier Nordheim.

Manglende kompetanse i å søke etter og vurdere forskning har vist seg å være en av barrierene sykepleiere står ovenfor. Nordheim synes sykepleiere som jobber på sykehus med egne bibliotek, bør henvende seg til disse for hjelp til søk og opplæring.

– For mange sykepleiere virker forskning lite tilgjengelig og ikke minst tidkrevende å bruke. Grunner til dette kan være at mye er skrevet på engelsk, det finnes mange studier på samme tema, og resultatene fra disse er vanskelig å tolke. Det finnes imidlertid databaser hvor studier er kvalitetsvurdert og oppsummert i større oversikter.

HVORDAN MØTE PASIENTEN?

Nordheim og Grimen påpeker også nødvendigheten av at sykepleieren stiller seg kritisk til det som står skrevet. De råder sykepleiere til å bruke tilgjengelige sjekklister for kritisk å vurdere studier og oversiktsartikler ut fra spørsmål som: Kan vi stole på resultatene? Hva forteller resultatene? Og kan resultatene være til hjelp i praksis?

– Sykepleieren skal vite hvilken informasjon som er relevant – og ikke – for den problemstillingen pasienten står overfor, sier Nordheim og Graverholt.

Bibliotekar Lena Nordheim (f.v.) og høgskolelektor Birigtte Graverholt på nett.

En oversiktsartikkel publisert i 2006*, viser at helsearbeidere ofte faller inn under tre typer reaksjonsmønstre når de møter pasienter som har søkt etter informasjon på Internett: En gruppe føler seg truet og inntar en ekspertrolle overfor pasienten. En annen gruppe vurderer informasjon sammen med pasienten, og hjelper med å finne ny informasjon om nødvendig. Mens den tredje gruppen anbefaler nettsteder som de vurderer som pålitelige til pasienten. Graverholt og Nordheim anbefaler en kombinasjon av de to siste for å imøtekomme pasientens behov best mulig.

> Hvordan vet sykepleieren at informasjonen pasienten har innhentet er korrekt?

BRUK DEM

Etter kvalitetsreformen i høyere utdanning, er det blitt mer fokus på å trekke inn forskning i sykepleierutdanningene.

– Helsevesenet må bli flinkere til å benytte kunnskapen til studenter og nyutdannede på dette området. Og høgskolene må bli flinkere til å få frem at kunnskapen studentene opparbeider seg, i for eksempel litteratursøk og kildekritikk, ikke bare er et verktøy som skal benyttes til å levere inn et sluttprodukt i form av en bacheloroppgave. Men først og fremst et redskap du som sykepleier skal kunne bruke i praksis etter endt utdanning, sier Graverholt.

UTDANNINGSTILBUD

Videreutdanningen i kunnskapsbasert praksis ble opprettet ved senteret i 2004. Hittil har de vært alene om å tilby etterutdanning innen feltet, men nylig startet Høgskolen i Akershus opp med et tilsvarende opplegg. Utdanningen startet i utgangspunktet som et tilbud til høgskolelærere, der de skulle lære å implementere kunnskapsbasert praksis i sin undervisning.

– I dag er det flest klinikere som tar etterutdanningen for å integrere kunnskapsbasert praksis i sitt daglige arbeid. Neste uke starter første kull i en ny mastergrad i kunnskapsbasert praksis. Der er det kun klinikere som blir studenter. Dette illustrerer at kunnskapsbasert praksis sees på som et viktig arbeidsverktøy i en travel klinisk hverdag. Det er rett og slett nødvendig basiskunnskap for å kunne holde seg faglig oppdatert, sier Graverholt.

– I disse dager lanseres også et nettsted hvor klinikere, lærere og studenter kan lære å finne, vurdere og bruke helseinformasjon på nett. Nettstedet er utviklet av Senter for kunnskapsbasert praksis, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Mer informasjon finner du på www.kunnskapsbasertpraksis.no.

* Referansen til oversiktsartikkelen er:

McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. Patient Educ Couns, 2006;63(1-2):24-8.

På utkikk etter dyktige sykepleiere?

Sykepleiere bruker sjelden andre medier enn Sykepleien når de jakter på ledige stillinger. Faktisk nås 9 av 10 jobbjaktende sykepleiere gjennom Sykepleiens blad og nettside.

UTGIVELSESPLAN 2008

Nummer		Materiellfrist	Utgivelse
1	Sykepleien	3. januar	10. januar
2	Sykepleien	16. januar	24. januar
3	Sykepleien	30. januar	7. februar
4	Sykepleien	13. februar	21. februar
5	Sykepleien	27. februar	6. mars
6	Sykepleien	26. mars	3. april
7	Sykepleien	16. april	24. april
8	Sykepleien	30. april	8. mai
9	Sykepleien	14. mai	22. mai

Nummer		Materiellfrist	Utgivelse
10	Sykepleien	9. juni	17. juni
11	Sykepleien	6. august	14. august
12	Sykepleien	20. august	28. august
13	Sykepleien	10. september	18. september
14	Sykepleien	24. september	2. oktober
15	Sykepleien	8. oktober	16. oktober
16	Sykepleien	22. oktober	30. oktober
17	Sykepleien	5. november	13. november
18	Sykepleien	26. november	4. desember

PRISER STILLINGSANNONSER

Blad og nett – én pris: Når du bestiller en annonse i bladet, får du automatisk en nettannonse – som er inkludert i prisen.

Tekst fra papirannonsen legges på sykepleien.no umiddelbart etter at vi har mottatt annonsemateriell. Pris: kr 54,- per spaltemillimeter.

Én spalte har en bredde på 90 mm, to spalter er på bredde 184 mm. En annonse som er 100 mm høy og én spalte bred koster eksempelvis kr 5.400,-

Kun nett: Annonsering på nett alene koster kr 4.500,- per stilling. Annonsen ligger til søknadsfristen utløper (maks 50 dager).

Såfremt annonsetekst leveres før kl 10.00, legges den på sykepleien.no samme dag. Annonsen kommer så på trykk i påfølgende utgave av Sykepleien.

Både bladet og nettet leses uavhengig av om man er på jobbjakt eller ikke. Hos oss når du med andre ord også de passive jobbsøkerne.

Hvis du selv ønsker å legge ut dine stillinger på sykepleien.no, gir vi deg gjerne tilgang til verktøyet, slik at du kan publisere materiell på egen hånd.

På den måten kan du enkelt få du oversikt over dine annonser og statistikk over visninger m.m. Kontakt oss i dag - vi gleder oss til å høre fra deg!

Hele 9 av 10 sykepleiere på jobbjakt nås via vårt blad og nettsider

Spesifikasjoner
Format: 230 x 297 mm
Satsflate: 184 x 269 mm
Antall spalter: 2
1 spalte: bredde 90mm
2 spalter: bredde 184mm
Raster omslag: #80
Raster innmat: #60
Utfallende trykk: Ja
Papir omslag: 200g Glittet
Papir innmat: 65g Nova Press

Levering av materiell
Ved levering av elektronisk materiell, ønskes EPS eller PFD-fil (arkivert for trykk). Husk oppdatering av bilder; cmyk-farger og tilpasset oppløsning. Fonter må inkluderes. Send på e-post til finn.simonsen@sykepleien.no
Merk annonsen med utgivelsesnummer og kundenavn.

Betalingsinformasjon
Fakturering etter utgivelse.
Betalingsbetingelse: 15 dager.
Alle priser er ekskl. mva.
Byråprovisjon: 3,5%

Rett på nett
Vi legger stillinger daglig på sykepleien.no.
Nettannonsen ligger ute til søknadsfristen går ut (maks 50 dager).
Ønsker du selv å legge inn stillingene på våre nettsider, gi oss beskjed, så tilbyr vi deg et enkelt verktøy for det.

Blad
+ sykepleien.no
= stilling besatt

sykepleien

NYTT OG NYTTIG

172: **HVA ER FOKUSGRUPPEINTERVJU?**

179: **HVORDAN LAGE ET SAMMENDRAG?**

NYTTESTOFF

BRUK AV FOKUSGRUPPEINTERVJU

Fokusgruppeintervju brukes i økende grad i kliniske forskningsstudier innen helsefag.

Tekst: **Anners Lerdal** og **Bengt Karlsson**. Begge forfatterne er førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud.

Hensikten er å samle kvalitative data fra en mindre gruppe personer om et angitt tema. Gjennom gruppediskusjon beskriver og reflektere deltakerne over subjektive opplevelser, erfaringer, synspunkter eller holdninger i forhold til et fenomen eller en spesifikk situasjon (1). Temaet blir gitt av forskeren og kan være knyttet til en spesiell situasjon, et problem, en erfaring, et helsetjenestetilbud eller et annet avgrenset fenomen. Metoden egner seg godt til å innhente data som kan brukes til å utvike praksis. Målet med denne artikkelen er å gi en kort innføring i hva som kjennetegner et fokusgruppeintervju og noen praktiske råd knyttet til gjennomføringen. Til inspirasjon vil vi også gi noen eksempler på hvordan denne metoden har vært brukt samt noen referanser til videre lesning.

> INNLEDNING

Tradisjonelt er metoden kjent fra studier av psykologiske og sosiale effekter av propaganda innen mediaforskning, blant annet under andre verdenskrig. Fokusgruppeintervju ble også anvendt ved utvikling av ulike kommersielle produkter og innen markedsføring (1). Potensielle kjøpere ble samlet i fokusgrupper for å beskrive og diskutere erfaringer knyttet til fabrikatet. Ved at produsentene fikk innblikk i gruppemedlemmenes tanker og følelser for produktet, fikk de kunnskaper som kunne brukes i videreutvikling av varen og strategier for markedsføring.

Med det sterke fokuset vi har i dag på brukermedvirkning, kan fokusgruppeintervju egne seg til å få innsikt i hvordan ulike pasientgrupper erfarer dagliglivet med helseproblemer, samt deres behov og ønsker om helsetjenester. På denne måten kan brukere gis innflytelse og få en mer aktiv rolle i utforming av helsetilbud i samsvar med idealer fra empowermentteorien (2). Hummelvoll m.fl. (3) viser dessuten til at fokusgruppeintervjuet er en metode som harmonerer med designet for et handlingsorientert forskningssamarbeid (aksjonsforskning) og kan bidra til læring ved refleksjoner over egen klinisk praksis. Noe som igjen kan bidra til ny innsikt i fremtidig handling.

Tillgren og Wallin (1) fremholder at fokusgrupper ikke handler om å beskrive generelle betraktninger. Man forsøker derfor gjerne å begrense generelle vurderinger og utsagn. Og heller stimulere til fyldigere beskrivelser av deltakernes oppfatninger, ønskemål eller opplevelse av problemer i relasjon til det fenomenet eller den situasjonen som tematiseres. Madriz (4) fremholder at fokusgrupper er velegnet når man ønsker å utvikle kunnskap som gir en dypere forståelse av meningsdannelse i en gruppe.

> FOKUSGRUPPEINTERVJU OG GRUPPEINTERVJU

Fokusgruppeintervjuet brukt i forskningssammenheng skiller seg fra et tradisjonelt gruppeintervju. I fokusgruppeintervjuet legges det til rette for dataskaping gjennom at deltakerne samtaler med hverandre, mens dialogen i et gruppeintervju i større grad skjer mellom forskeren og de ulike deltakerne (5). Morgan (6) og Krueger (7) påpeker at til forskjell fra individuelle intervjuer fremskaffer fokusgrupper informasjon fra en gruppedynamisk interaksjonsprosess. Denne kan brukes bevisst i forhold til det å skape data eller innsikt som vanskelig ville latt seg produsere uten dynamikken i gruppen. Ved en større frihet i samtalen mellom gruppedeltakerne gis deltakerne mulighet til en friere uttrykksform, for eksempel ved å fortelle gode og/eller humoristiske historier relatert til temaet som er i fokus. Slik kan forskeren få tilgang til forhold som kan være vanskeligere å få frem ved gruppeintervju, hvor forskeren stiller spørsmål til de ulike medlemmene i gruppen som så avgir svar til forskeren (2). Madriz (4) argumenterer for bruken av fokusgruppeintervjuer i studier der man særlig er opptatt av holdninger, erfaringer og hvordan kunnskap produseres og brukes i en bestemt kulturell kontekst. Dette gjør fokusgruppeintervjuet spesielt egnet til å beskrive dominerende verdier i spesielle kulturer og subkulturer. Som for eksempel en arbeidskultur eller personalets holdninger til minoriteter (2). Brataas (8) doktorgradsarbeid, hvor hun viser hvordan bruk av fokusgruppeintervju ga informasjon om tankeprosesser hos sykepleiere i en gitt fagkultur, er et eksempel på dette. Studien viste at det gruppemedlemmene forsto som god sykepleiefaglig kommunikasjon, var basert i felles verdier og fag-

kultur. Fokusgruppeintervjuer kan brukes til å samle data til en selvstendig studie, og de kan gjennomføres Eller som en forstudie til en intervensjonsstudie.Som første trinn i å utvikle et spørreskjema eller inngå i en kombinasjon med flere datainnsamlingsmetoder (5;9).

> PLANLEGGING AV FOKUSGRUPPE-INTERVJUER

Fokusgruppeintervju er en ressursbesparende metode å samle data på fra flere personer. Brataas (8) viser til at fokusgrupper er semistrukturerte gruppediskusjoner med et mindre utvalg fra en populasjon. Et trygt gruppemiljø og åpenhet i gruppen er vesentlig for å skape en fri diskusjon mellom medlemmene. Dataskapingen skjer konsentrert ved at flere personer sammenlikner erfaringer og tolkninger under intervjuet. På den andre siden kan det være praktisk vanskelig å finne tidspunkt hvor alle gruppemedlemmer kan møtes. Som et ledd i å skape en trygg og god atmosfære for intervjuene, kan man velge et trivelig rom med gode stoler og eventuelt noe å drikke og spise. Viktige spørsmål er å avklare hvor fokusgruppeintervjuene skal foregå og om de skal arrangeres på dagtid eller kveldstid. Antall grupper og hvor mange møter man skal ha med de ulike gruppene bør bestemmes ut fra studiens problemstilling og på bakgrunn av tilgjengelige ressurser. Antall grupper i store studier kan variere fra seks til 50 (2). Man kan også velge å følge gruppene over lengre tid gjennom såkalte flerstegsfokusgruppeintervju. Alle disse spørsmålene er eksempler på forhold som er viktige å avklare i en tidlig fase av prosjektet (10).

> REKRUTTERING AV DELTAKERE

Studiens problemstilling gir naturligvis føringer for hvem man ønsker å rekruttere. Selv om det er mulig å rekruttere gruppemedlemmer tilfeldig (sannsynlighetsutvelging) er det vanligst å benytte en form for hensiktsmessig utvelgelse (11). Noen anbefaler homogene grupper med personer som har mest mulig lik bakgrunn og erfaringer. Men det kan i noen tilfeller også argumenteres for at gruppen settes sammen mer heterogent (2). I en del tilfeller kan hierarkisk rangordning mellom gruppemedlemmene hemme diskusjonen i gruppen ved å skape en for sterk usymmetri. Antall deltakere i gruppen bør være hensiktsmessig. Mens nyere litteratur ofte anbefaler at en fokusgruppe består av mellom fire til seks personer, anbefaler ofte eldre litteratur noen flere deltakere (1;2).

> ROLLEN SOM MODERATOR

Fokusgruppeintervjuene ledes av en moderator som ofte er en forsker. I tillegg deltar ofte en person som har funksjon som assisterende moderator. Moderators oppgave er å lede og holde fokus i intervjuet og oppmuntre til diskusjon mellom deltakerne. Assisterende moderator skal observere gruppedynamikken, oppsummere innholdet med jevne mellomrom og hjelpe til å sentrere diskusjonen omkring de vesentlige temaene i samtalen (12). Fokusgruppemøtet varer vanligvis en til to timer. Moderatorens introduksjon til den første gruppesamtalen er svært viktig (13). Etter å ha ønsket velkommen blir temaet for samtalen introdusert for å klargjøre hensikten med fokusgruppeintervjuet. Før man presenterer åpningsspørsmålet til gruppen anbefales det å presentere «kjøreregelene» for hvordan gruppediskusjonen bør foregå (13). Det er viktig å oppfordre deltakerne til å snakke med og til hverandre fremfor til moderatoren. Gjennomføring av et fokusgruppeintervju er svært sammensatt. Man skal styre og forholde seg til både innholdet i diskusjonene og selve gruppedynamikken. Fokuset for samtalen er gitt ved temaet som gruppesamtalen skal handle om. Hvordan moderator forklarer hensikten med fokusgruppen og introduserer temaet, vil styre innholdet i hva deltakerne samtaler om. Å fremme en gruppedynamikk hvor de ulike medlemmene får slippe til er viktig og fordrer at moderator har innsikt i håndtering av gruppeprosesser. Gruppedynamikken bør bidra til at deltakerne får mulighet til å utdype og klargjøre sitt syn på saken som diskuteres (1). Eventuelle uenigheter mellom gruppemedlemmene kan føre til at de gir fyldigere beskrivelser av sine standpunkter og klargjør begrunnelsene for disse.

> TO STRATEGIER

En vanlig nybegynnerfeil er å tro at man uten videre forstår hva de ulike gruppemedlemmene mener med sine beskrivelser. Etter intervjuet sitter man igjen med mange utsagn som intuitivt ble forstått og tolket av moderator. Men man mangler en fyldig beskrivelse av hva gruppedeltakerne egentlig la i utsagnet. For å unngå dette er det viktig at moderator gjentar sentrale begreper eller utsagn som blir brukt. Og oppfordrer deltakerne til å utdype hva han/hun egentlig legger i det. Mens samhandlingen mellom deltakerne under intervjuet på den ene siden kan begrenses ved at moderator styrer for mye, kan det også begrenses ved at en eller noen få er svært dominerende og at moderator er for tilbakeholden. Ved en sterk styring fra moderatorens side kan man få fyldige data på temaet som studeres. Dette kan igjen være en svakhet og gjøre den spontane samhandlingen og diskusjonen mellom deltakerne mindre (5). På bakgrunn av problemstillingen man ønsker å besvare i studien kan man bevisst velge

en av disse to moderatorstrategiene. Hvis hensikten er å forstå deltakernes tenkning på deres premisser, kan man velge en løs struktur. Her er det deltakernes interesser som dominerer og samtalen karakteriseres av dialog mellom disse (14). Hvis hensikten derimot er å få svar på mer spesifikke spørsmål, vil forskerens interesse i større grad dominere gjennom spørsmål og styring av innholdsdiskusjonen. Dialogen vi da i større grad skje mellom moderatoren og de enkelte deltakerne (14). Det er vanlig å gjøre opptak av samtalene. Opptaket skrives ut i tekst (verbatim) som i neste omgang er gjenstand for analyse. I tillegg kan den assisterende moderatoren gjøre notater av for eksempel observasjoner, eller fra uttalelser hvor deltakerne snakker med lav stemme og det er fare for dårlig opptak.

> FLERSTEGSFOKUSGRUPPEINTERVJU

Innen psykisk helsevern i Norge har det kommet et relativt nytt tilbud med opprettelse av ambulante akutteam ved Distriktspsykiatriske sentre. Teamene skal være et supplement i spesialisthelsetjenesten og integreres i det akutte tjenestetilbudet. Teamet følger opp enkeltpersoner, familier og andre fagpersoner i forbindelse med ulike psykiske kriser i personens lokale miljø. Follo akutteam er et slikt team. Dette teamet har arbeidet med systematisk kunnskapsutvikling av sin kliniske praksis over flere år (15). Den lokale oppfølgingen av personer som er i psykisk krise er i liten grad systematisk beskrevet og evaluert. På bakgrunn av teammedlemmenes ønske om å beskrive egne kliniske erfaringer og metoder «nedenfra», bestemte man seg for å bruke flerstegsfokusgruppeintervjuer (FGI) som metode. Dette er en metode hvor man gjennomfører en serie fokusgrupper over tid. I denne studien valgte man å ta utgangspunkt i beskrivelser av samhandlingssituasjoner med de kriserammede og oppfølgingstilbudet fra teamet. Disse metodebeskrivelsene ble systematisk skriftliggjort for senere å kunne evalueres. Vi vil nå beskrive hvordan flerstegsfokusgruppeintervjuet ble brukt som metode for dataskaping og hvordan data ble analysert.

Gjennomføringen av de enkelte fokusgruppeintervjuene foregikk i tre trinn; planlegging, intervju og analyse. I planleggingsfasen ble det gjort en foreløpig analyse av situasjonen og temaet som skulle være i fokus under intervjuet. Fokusgruppeintervjuet ble ledet av en moderator som var forsker og som styrte både innhold og prosess under intervjuene. Samme person ledet hele prosessen. Under selve intervjuet forsøkte moderator å få data om den personlige erfaringsbaserte fagkunnskapen. Det ble stilt spørsmål om deltakernes subjektive opplevelser omkring det angitte temaet. Et eksempel på et tema var; «Hva er en psykisk krise?». Man ønsket å få frem flest mulige og detaljerte beskrivelser, særlig i de første intervjuene. Mot slutten av intervjuene var hensikten med spørsmålene å få nøkkelinformasjon om temaet samt å tydeliggjøre likheter og forskjeller blant teammedlemmene. Fra og med det andre intervjuet startet hvert intervju med en gjennomlesning av en foreløpig, syntetisert og skriftlig analyse av det forutgående intervjuet. Hvert intervju gjennomgikk en fase hvor målsettingen var å lage en fremstilling av arbeidsmetoden(e) i Follo akutteam på et gitt tidspunkt. En klinisk arbeidsmetode som kunne gjøres til gjenstand for en systematisk evaluering. Spørsmålene i de faseorganiserte fokusgruppeintervjuene ble følgelig mer og mer spisset og rettet mot beskrivelsene av en klinisk arbeidsmetode.

Syv fokusgruppeintervjuer á tre timer utgjorde datagrunnlaget for analysen. Hvert intervju ble gjort til gjenstand for en hermeneutisk innholdsanalyse i fire trinn. De fire trinnene i analysemetoden fokuserte på: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter og 4) å sammenfatte betydningen av dette. I hver analyse gjorde forskeren en tematisering av meningsdannende enheter. Disse temaene ble ytterligere utdypet og presisert ved at de ble brakt inn i neste fokusgruppeintervju. Dette ble gjort ved først å la teammedlemmene lese den syntetisert analysen fra forrige intervju for deretter la analysen være intervjuguide i det påfølgende intervjuet (16;17).

> TILPASNING AV HELSETJENESTETILBUD

I forbindelse med en forskningsstudie i Nord-Irland planla stipendiat David Chaney ved University of Ulster å teste ut et lærings- og mestringsopplegg for tenåringer med diabetes type I. I Tyskland var det allerede utviklet et slikt undervisningsprogram for voksne som bestod av syv timers undervising over en uke. Opplegget var utprøvd i en studie med gode resultater (18). For å få kunnskap om hvordan gjennomføringen av dette undervisningsopplegget ville passe inn i hverdagen til tenåringer i Nord Irland, gjennomførte Chaney fem fokusgruppeintervjuer med 21 tenåringer med diabetes type I. Tenåringer ble rekruttert fra tre akuttsykehus i Nord Irland. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av en tematisk innholdsanalyse. Det var stor interesse blant deltakerne for et undervisningsopplegg. Mange av ungdommene fortalte om frustrasjon og skyldfølelse over vanskeligheter og komplekse problemstilinger som diabetessykdommen skapte i hverdagen deres. Flere følte seg isolert og alene med sine problemer. Ungdommene ga imidlertid klart uttykk for at de ikke kunne tenke seg å delta på et undervisningsopplegg som gikk over en hel uke. I stedet var de villige til å delta på en tretimers samling en kveld i uken over maksimalt fire uker. Eksemplet viser hvordan fokus-

grupper kan brukes til å skreddersy et lærings- og mestringstilbud for målgruppen som gjør det realistisk for deltakerne å delta på undervisningsopplegget og møte opp flest mulig ganger. Det nye tilpassede læringstilbudet testes nå ut i en randomisert kontrollert studie ved fire akuttsykehus i Nord-Irland under navnet CHOICE (Carbohydrate, Insulin, Collaborative Eduation).

Eksemplene vi har beskrevet illustrerer hvordan fokusgruppeintervjuer kan brukes til å beskrive og utvikle praksisnær fag- og brukerkunnskap. Vårt håp er at eksemplene kan inspirere leserne til å benytte ulike former av fokusgruppeintervjuer i arbeidet med systematisk kunnskapsutvikling i klinisk praksis. Referanselisten gir også muligheter for videre og mer utdypende lesning om fokusgruppeintervju.

REFERANSER

(1) Tillgren P, Wallin E. Fokusgrupper – historikk, struktur och tilämpning. Soc Med Tidskr 1999:312–21.

(2) Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ 1995;29:299–302.

(3) Hummelvoll JK, Sunde AS, Severinsson E. Om å møte mennesker med manisk lidelse – en intervensjonsstudie fra akuttpsykiatrien. Høgskolen i Hedemark: 3/2001.

(4) Madriz E. Focus Groups in Feminist Research. I: Denzin NK, Lincoln YS, (red) Handbook of Qualitative Research. 2. ed. London: Sage Publications, Inc. 2000. s.835–50.

(5) Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2. utg.. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications. 1997.

(6) Morgan DL. Focus Groups as Qualitative Research. London: Sage Publications, Inc.. 1990.

(7) Krueger RA. Focus groups – a practical guide for applied research. 2. utg. Thousand Oaks, Calif: Sage. 1994.

(8) Brataas HV. Helse i hvert møte? Kreftpasienters oppfatninger og sykepleieres kulturelt forankra meninger om kommunikasjon og helse. Doktorgradsavhandling, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse: NTNU, Trondheim. 2001.

(9) Halkier B. Fokusgrupper. Frederiksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag. 2002.

(10) Morgan DL. Planning Focus Groups. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.. 1998.

(11) Wibeck V. Fokusgrupper – om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Lund: Studentlitteratur. 2000.

(12) Krueger RA. Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. London: Sage Publications, Inc. 1994.

(13) Krueger RA. Moderating Focus Groups. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.. 1998.

(14) Morgan DL. Focus Group Interviewing. I: Gubrium JF, Holstein JA, (red). Handbook of Interview Research: Context & Method. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.; 2002. s.141–59.

(15) Karlsson B. Nye historier – om kunnskapsutviklingen i Follo akutteam. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2006;3:142–53.

(16) Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget. 2003.

(17) Kvale S. Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag. 1997.

(18) Jorgens V, Grusser M, Bott U, Muhlhauser I, Berger M. Effective and safe translation of intensified insulin therapy to general internal medicine departments. Diabetologia 1993;36:99–105.

NYTTESTOFF

HVORDAN LAGE ET SAMMENDRAG?

Sammendraget er gjerne det første som blir lest og vurdert i en vitenskapelig tekst.

Tekst: **Anners Lerdal**

De vanligste grunnene til at man lager et vitenskapelig sammendrag, ofte kalt abstrakt, er at man ønsker å presentere en forskningsstudie på en konferanse eller i form av en artikkel i et vitenskapelig tidsskrift. Sammendraget er noe av det første som blir lest og vurdert. Rammene er ofte satt til kun 150–300 ord, derfor bør teksten være godt gjennomarbeidet for at budskapet skal nå frem og at man skal lykkes. Hvis konferansebidraget eller artikkelen blir antatt, er naturligvis sammendragets innhold svært viktig for leseren. Hvis leseren blir fenget av tittelen, er sammendraget det neste som blir lest. Noen nøyer seg kanskje med det. Teksten bør derfor pirre leserens nysgjerrighet etter å vite mer om prosjektet eller lese mer av artikkelen. Videre bør sammendraget ha et konkret innhold og et klart språk.

For å bli antatt er det selvfølgelig viktig at innholdet er i samsvar med tema for konferansen eller tidsskriftets formål. I utforming av sammendraget er både oppbyggingen (strukturen) og innholdet viktig. Ofte har konferansearrangøren eller tidsskriftet laget retningslinjer for utformingen. Disse følger stort sett denne strukturen: bakgrunn, hensikt, metode, resultat og konklusjon.

> BAKGRUNN

Dette avsnittet består ofte av en til tre setninger hvor studiens problemstilling settes inn i en større sammenheng. Man kan for eksempel angi hva som er spesielt nytt med studien, at fenomenet ikke er beskrevet tidligere, at fenomenet ikke har vært studert i denne populasjonen, at utvalget er spesielt (for eksempel svært representativt) eller at designet (forskningsopplegget) som er brukt er godt egnet til å besvare studiens problemstilling, forskningsspørsmål eller til å teste hypotesene.

> HENSIKT

I dette avsnittet presenteres studiens problemstilling, forskningsspørsmål eller hypoteser på en kortfattet måte, ofte kun i én eller to setninger. Gjennom formuleringen av studiens hensikt angir man også indirekte sentrale deler av forskningsopplegget, for eksempel gjennom å bruke begrepene «beskrive» eller «utforske». I kvalitative studier brukes «beskrive» om fyldige beskrivelser av hvordan et fenomen oppleves. I kvantitative beskrivende studier innebærer «beskrive» at man undersøker forekomster av en eller flere tilstander eller egenskaper. Studier av utforskende karakter rapporterer gjerne sammenhenger mellom fenomener og tilstander som studeres.

> METODE

I metodeavsnittet oppgis vanligvis designet (for eksempel et kvalitativt forskningsopplegg, en tverrsnittsstudie, en kohortstudie) og metodene som er brukt (for eksempel fokusgruppeintervju eller bestemte spørreskjema). Videre beskrives hvordan deltakere til utvalget er rekruttert og eventuelt andre kilder man har hentet data fra. Hvis studien har et kvalitativt forskningsopplegg, velger noen forfattere også å oppgi hvordan data er analysert. I oversiktsartikler oppgir man ofte hva som er grunnlagsmaterialet og hvordan dette er innhentet (for eksempel ved bruk av særskilte søkeord i SveMed+, Cinahl, PubMed osv).

> RESULTAT

Siden sammendraget har en klart avgrenset lengde har man bare plass til å presentere de mest sentrale resultatene.

> KONKLUSJON

Det siste avsnittet angir «Hva så?» Altså, hvilke konsekvenser har kunnskapen som er fremkommet i studien samt resultater av annen forskning for klinisk praksis, videre forskning og/eller teoriutvikling. Konsekvensene man oppgir må være fullt ut underbygget av studiens funn. Selv om studien viser til klare funn, kan disse muligens skyldes tilfeldigheter eller svakheter i forskningsopplegget. Av den grunn kan det

Illustrasjon: M.M. Malvin

være nødvendig å anbefale gjennomføringen av samme studieopplegg (replikasjonsstudie) eller å undersøke forskningsspørsmålene ved hjelp av andre metoder for å avkrefte eller finne støtte for sammenhenger man har funnet. Noen tidsskrift ønsker ingen egen «konklusjon», men kun avrunding av «funn-avsnittet» hvor man gir en fortolkning av funnene.

LITTERATUR

Nylenna M. Publisere & presentere, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008.

Polit DF. Beck CT. 2008 Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8. ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.

Forsker i frontlinjen

› Forskningssjef Cornelia Ruland satser på forskning og forskningsbasert praksis.

CORNELIA RULAND
f. 1954

Utdanning: Sykepleier, Videreutdanning i pediatrisk sykepleie, hovedfag i sykepleievitenskap og fordypning administrasjon og ledelse, Doktorgrad i sykepleie med fordypning i Helseinformatikk

Arbeidssted: Rikshospitalet HF

Tekst: **Eva Rief**
Foto: **Rikshospitalet HF**

Professor og Forskningssjef Cornelia Ruland leder et stort klinisk rettet forskningssenter med fokus på pasientmedvirkning, kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell, livskvalitet og kunnskapsbasert praksis. Siden 2002 har hun og hennes medarbeidere ved Senter for sykepleieforskning ved Rikshospitalet i Oslo gjennomført mange prosjekter på internasjonalt toppnivå.

– Kunnskap og praksisnærhet er avgjørende faktorer for fruktbar sykepleieforskning, mener Ruland.

Fra sitt luftige kontor i toppetasjen ved Rikshospitalets lokaler i Oslo leder Ruland 36 medarbeidere i jobben for å bedre pasientenes hverdag. Forskningssenteret samarbeider tett med klinikken og det er kort vei å gå for forskningssamarbeid, innhenting av data og forskertalenter, og resultatene i den andre enden av prosessen har like kort vei tilbake til klinikken.

EN SAMLET BUKETT

– Vi ønsker å styrke klinisk forskning og forskningsbasert praksis, gjøre den praksisnær. Våre tilbud handler om kurs i forskningsmetoder, trekke folk i praksis aktivt med i forskningen, finne forskertalenter blant sykepleiere og andre helsefag og oppfordre dem til videreutdanning. Senteret tar i dag hånd om ni doktorgradsstudenter og syv studenter på mastergradsnivå.

> Jeg har større tro på å samle forskere i et fellesskap fremfor å dyrke frem 1000 ulike blomster.

– Jeg har større tro på å samle forskere i et fellesskap fremfor å dyrke frem 1000 ulike blomster, forklarer forskningssjefen.

Ruland mener at den største utfordringen for implementering av forskningsresultatene er den hektiske hverdagen for avdelingene. Forskerne søker å vise hvordan resultatene raskt kan bedre hverdagen for pasienter og ansatte, og samtidig vise sykehusledelsen og myndighetene at de praksisnære forskningsresultatene gir god helseøkonomisk gevinst.

KORTE KOMMUNIKASJONSLINJER

Forskningssjefen leder et omfattende forskningsprogram på it-basert støtteverktøy for pasientmedvirkning, kommunikasjon og samhandling mellom pasienter og helsepersonell, med god støtte av syv utviklere ved senterets it-seksjon. Programmet er et gjennombrudd i moderne pasientbehandling. Verktøyene styrker pasientenes innflytelse, kunnskap og eierskap over egen behandling og hjelper helsepersonell å skreddersy behandlingen til hver enkelt pasient. Forskning viser at pasientene får mindre symptomer og plager gjennom behandlings- og rehabiliteringsforløpet, bedre sykdomsmestring og redusert behov for hjelp.

Før pasientene møter til behandling, registrerer de symptomer og helseproblemer på nettet og denne informasjonen blir en del av dialogen med pasienten. I tillegg til å ha tilgang til en kvalitetssikret database med råd om behandling av symptomer, kan

de rapportere sine plager til helsepersonell og få tilpasset, kvalitetssikret veiledning. De kan også stille spørsmål til helsepersonell og utveksle erfaringer med andre pasienter uavhengig av hvor de bor og når de trenger det. Det er også utviklet et interaktivt verktøy med et grafisk grensesnitt for barn. Alle verktøyene er utviklet i samarbeid med pasientforeninger og er velegnet for de fleste grupper pasienter med kroniske/langvarige helse- eller sosialproblemer.

SAMMENSLÅING OG NEDSKJÆRINGER

Forskningen ved Senteret er forankret i klinikken og forskerne ønsker seg et forpliktende samarbeid med Rikshospitalet.

– Hverdagen er ofte hektisk på postene. Vi samarbeider tett med klinikken slik at vårt arbeid raskt kan føres tilbake til feltet, understreker Ruland. Forskningssjefen mener også det er vanskelig å drive toppforskning gjennom individuelle enkeltprosjekter og legger stor vekt på nettverksbygging og samarbeid.

– Heller enn å konkurrere om forskningsmidlene, bør flere grupper forskere trekke sammen. Tradisjonelt har forskningen vært forbeholdt medisinerne, men sykepleieforskningen er i en rivende utvikling og vi har et utmerket samarbeid med det medisinske miljøet på Rikshospitalet. Vi ser en ny holdning til sykepleieforskning, det har blitt en viktig læringsarena, mener Ruland.

– Sykepleieforskning er i utvikling, men står også foran store utfordringer nå som Rikshospitalet er pålagt å kutte budsjettet med 400 millioner kroner. Vi jobber hver dag for å vise at forskningen vil føre til en bedre hverdag for pasienter og ansatte som igjen vil gi helseøkonomisk gevinst, forteller Ruland.

> Vi samarbeider tett med klinikken slik at vårt arbeid raskt kan føres tilbake til feltet.

Sammenslåingen til Helse Sør-Øst gir en ny samarbeidsarena som vil gi et likeverdig tilbud til flere pasienter. Helse Sør-Øst uttaler i sin handlingsplan at helsefaglig forskning skal løftes frem og at kliniske miljøer skal prioriteres. Dette vil åpne nye dører, tror Ruland:

– Rikshospitalet er en spydspiss på sykepleiefaglig forskning som kan skape ringvirkninger for sykehusene i hele helseregionen. Nettopp ved å inkludere flere vil vi kunne nå vår målsetting om å gi bedre helsetjenester til pasientene gjennom sykepleieforskning, tror forskningssjefen.

FAKTA

Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning

- Tilknyttet Rikshospitalet HF
- Oppstart 2002
- 36 ansatte i tillegg til fagutviklingsstillinger
- 60 prosent eksterne forskningsmidler
- Hovedområder: Pasientmedvirkning, symptomlindring og livskvalitet, kunnskapsbasert praksis og informasjonsteknologi