

SYKEPLEIERNES  
SAMARBEID  
I NORDEN  
SSN

# vård I NORDEN

NORDIC JOURNAL OF NURSING RESEARCH

Sett ord på sykepleien  
Nordisk konferanse  
Om konferansen  
Se side 29

Nå online!

3. 2010

**Ansvarlig redaktør**

Guðrún Kristjánsdóttir, PhD

**Redaksjonsansvarlig**

Marit Helgerud

**Redaksjonskomité**

Lise Hounsgaard, Danmark PhD  
 Lisbeth Fagerström, Finland, PhD  
 Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Island PhD  
 Ida Torunn Bjørk, Norge Dr. polit  
 Ole Söderhamn, Sverige PhD

**Vård i Norden**

Vård i Norden er et nordisk tidsskrift som utgis av Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN).

**Mål**

Vård i Norden formidler et bredt spekter av sykepleievitenskap og utvikling for å høyne standarden på sykepleien.

**Målgruppe**

Vård i Norden tilbyr sykepleiere fra de nordiske land å publisere vitenskapelige artikler og andre typer artikler på dansk, norsk, svensk og engelsk.

Vård i Nordens målgruppe er både forskere og sykepleiere i klinisk praksis så vel som lærere og studenter i sykepleierutdanning på alle nivå.

**Innhold**

Vård i Norden publiserer i første rekke artikler som omhandler klinisk sykepleie/omvårdnad, sykepleiepraksis og utdanning. Andre typer artikler kan være pilotstudier, metodeartikler og artikler om evidensbasert sykepleie/vård.

Også forfattere med annen bakgrunn er velkomne til å sende inn artikler for publisering dersom artiklene bidrar til kunnskapsutvikling innen sykepleie/omvårdnad.

**Artikler**

Alle artikler referebedømmes. Vitenskapelige artikler referebedømmes av to referees. Short papers referebedømmes av én referee.

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 5.000 ord alt inklusive. Short papers skal ikke overskride 2.500 ord. Komplette manuskriptveiledning, sjekkliste og forfatterskapsklæring finnes på [www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org).

Refereegruppen består av 391 nordiske sykepleiere. Gruppens sammensetning er under konstant vurdering for å sikre at den til enhver tid representerer den nødvendige og ønskede kompetanse

Også forfattere med annen bakgrunn enn sykepleie er velkomne til å sende inn artikler for publisering dersom artiklene bidrar til kunnskapsutvikling innen sykepleie/omvårdnad.

**Abonnement**

Vård i Norden utgis kvartalsvis. Abonnement tegnes på [www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org). Det kan abonneres på printversjon med onlinetilgang eller bare online. Studenter på alle nivå får 50% rabatt på abonnementsprisen. Dette innebærer at et online-abonnement for studenter koster kr. 75 årlig

Abonentene logger seg på med abonnentnummer. Universitet og høyskoler er registrert med IP-adresser.

**Redaksjon**

Vård i Norden  
 Postboks 456 Sentrum  
 Besøksadresse:  
 Tollbugt. 22  
 0104 Oslo, Norge  
 Telefon +47 22 04 33 04  
 +47 22 41 08 29  
 Marit Helgerud  
 Telefax +47 22 04 32 80  
 e-mail: [marit.helgerud@sykepleierforbundet.no](mailto:marit.helgerud@sykepleierforbundet.no)

Alle artikler skal innsendes til redaksjonen elektronisk

**Vård i Nordens hjemmeside**

[www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org)  
[www.vardinorden.no](http://www.vardinorden.no)

**Abonnementskontor**

Vård i Norden  
 Postboks 456 Sentrum  
 NO-0104 Oslo, Norge

Tlf.: +47 22 04 33 04  
 mail: [medlemstjenester@sykepleierforbundet.no](mailto:medlemstjenester@sykepleierforbundet.no)  
 Birgitte K. Nyberg  
 Faks: +47 22 04 31 10

Vård i Norden utkommer 4 ganger årlig.

**Abonnement**

Abonnementskategorier og abonnementspriser for 2010:

Universitetsbibliotek	kr. 5.000
Høgskolebibliotek	kr. 2.500
Sykehusbibliotek/ Sykehus	kr. 1.000
Enkeltabonnet online & papir	kr. 300
Enkeltabonnet bare online	kr. 150
Studenter	50% rabatt

De tre første kategorier innebærer registrering av IP-adresser.

Abonnement tegnes via hjemmesiden eller byrå.

**Konti for innbetaling av abonnementsavgift:**

**Danmark:**  
 BG Bank 9541-0007499841

**Finland:**  
 SAMPO 800019-70732641

**Norge:**  
 Den norske Bank/postgiro  
 7877.08.56808

**Sverige:**  
 PostGiro 47 88 87-3

*vård*  
 I NORDEN

*Nordic Journal of  
 Nursing Research*

Enkeltabonnement skal tegnes gjennom hjemmesiden

For å få tilgang til Vård i Norden online brukes bare abonnementsnummer.

**Indeksering**

ASSIA, CINAHL/EBSCO, Swemed+, Artikelsøk, ProQuest

**Opplag**

1.400 print & online  
 Bare online 120

**Layout**

Allservice AS, N-4017 Stavanger

**Trykk**

Bryne Stavanger Offset

ISSN: 0107-4083

Fotografisk, mekanisk eller annen form for gjengivelse eller mangfoldiggjørelse av dette tidsskrift eller deler av dette er ikke tillatt ifølge gjeldende lov om opphavsrett

Redaksjonen  
 avsluttet 15.09.10

# Editorial:

## *Putting nursing into words – Quality indicators and terminology in Nordic nursing care*

Guðrún Kristjánsdóttir, redaktør

Dear readers!

*“Embedding nursing language within informatics structures is essential to make the work of nurses visible and articulate evidence about the quality and value of nursing in the care of patients, groups and populations”* Norma Lang 2004

SSN (Sykepleiernes Samarbeid i Norden – The Nordic Nurses Federation) in collaboration with Vård i Norden, announces an open forum on Quality indicators and terminology in nursing. The conference will be held in Stockholm, November 23.–24. 2010, and will feature general discussions on quality indicators, the development of terminology and a common professional language, as well as more specific discussions on

- Terminology
- Pain
- Nutrition
- Falls
- Staffing
- Pressure ulcers

We welcome you all to join us in Stockholm in November.

Quality indicators concern patient safety in health care. The theme quote for the conference is: *“If you can’t name it, you can’t control it, finance it, research it, teach it, or put it into public policy”*–

Norma Lang 1992. The goals of the conference are to:

- Further knowledge on quality indicators and terminology in nursing within a Nordic context
- Promote the development of nursing sensitive quality indicators and terminology
- Emphasize links between quality development, patient safety, quality indicators and terminology

- Establish a common base for research and development of nursing sensitive quality indicators and terminology among nurses in the Nordic countries by providing a forum for nursing researchers within specific areas to present their research within these areas of nursing and health care
- Promote networking among nurses and nursing researchers on this matter
- Advance health policy discussions concerning safety and quality indicators in the Nordic political context.

The conference hosts hope to attract both practitioners of nursing and related health practitioners as well as researchers and politicians. A concurrent dialogue between research and practice is never too much emphasized when considering the quality and appropriateness of the knowledge to be developed and applied in nursing care. Meaningful terminology and attractive structures for the documentation of indicators are helpful in facilitating this dialogue. We need to keep in mind the limitations of any standardized documentation in the dynamic context and relationship between the client/patient and his or her practitioner. Standardized protocols, measures and indicators do not replace a sound clinical judgment and a critical application of evidence in the particular context and situation of the patient.

Looking forward seeing you in Stockholm in November of 2010.

Program og påmelding: <http://www.ssn-nnf.no>

*Dr. Gudrun Kristjánsdóttir, Editor*

# Tranbär, ett alternativ till antibiotika? En litteraturstudie om tranbär som prevention mot urinvägsinfektion

Cecilia Windefors, RN, BSN – Joanna Seibold, RN, BSN – Pernilla Garmy, RN, MMS

CRANBERRY, AN ALTERNATIVE TO ANTIBIOTICS? USE OF CRANBERRY FOR PREVENTING URINARY TRACT INFECTIONS. A LITERATURE REVIEW.

## ABSTRACT

Urinary tract infections, which are often recurrent, can be painful and cause much suffering. The low-dose antibiotics used today to prevent them contribute, however to the development of resistance to the antibiotics, to the need of more extended care and to an increase in health care costs. The present paper is a review of literature on the effects of cranberry in preventing urinary tract infections. The literature reviewed provides support for cranberry's preventive effects, also in the case of antibiotic-resistant bacteria. The effects were found to be dose-dependent and to be strongest four to six hours after consumption. The physiological effects can be explained on the basis of efficacy mechanisms which have an inhibitory effect on the ability of uropathogenic bacteria to attach to the uroepithelial cells, preventing infection from occurring. Cranberry use can be recommended primarily for women with recurrent urinary tract infections. Research on effects of cranberry use in other subpopulations appears called for.

**KEYWORDS:** Cranberry, urinary tract infection, review

## Inledning

Urinvägsinfektioner (UVI) är en vanlig infektion världen över och orsakas främst av *Escherichia coli* bakterier (E-colibakterier). Antibiotika, även i preventivt syfte, är en väl beprövad metod, men i takt med att antibiotikaresistens har blivit ett allvarligt problem, är det angeläget att forskning om alternativa behandlingsformer bedrivs (1). Symptom som tyder på UVI står varje år för över en miljon besök i hälso- och sjukvården i Sverige (2). Uppskattningsvis tio procent av svenska kvinnor över 18 år får antibiotikabehandling för minst en UVI per år. Av dessa får 30–40 procent behandling för ytterligare en eller flera infektioner under det följande året. Antibiotika används som behandling av UVI men kan även i lågdos användas som profylax mot recidiverande UVI (3). Tranbäret är känt hos allmänheten som folkmedicin för prevention och behandling av UVI. På senare tid har det gjorts flera studier om tranbärets verkningsmekanismer (4). Intressanta behandlingsmetoder med tranbär i preventivt syfte mot UVI har granskats i en Cochranereview av Jepson och Craig (5) som ger visst stöd för att konsumtion av tranbär kan ge skydd mot UVI.

## Tranbär

Tranbär är små, mörkröda bär som oftast används i form av juice och kapslar. Det svenska tranbäret är utbrett över nästan hela landet och trivs bäst i vitmossa på fuktiga marker, kärr och myrar (6). Tranbär innehåller cirka 80 procent vatten och tio procent kolhydrater. Dessutom finns flavonoider, antocyaner, catechin, triterpenoider, askorbinsyra och organiska syror i tranbären. Råsaften från tranbär är sur med ett pH under 2,5 (1). Att använda tranbär för att förebygga UVI blev populärt under 1920-talet då amerikanska forskare visade att urinen blev surare efter konsumtion av stora mängder tranbär. På 1990-talet identifierades pro-antocyanidiner, en substans i tranbäret som binder till e-colibakteriers p-fimbrier, vilket försvårar vidhäftandet vid urinblåsepitelet (7).

En del sidoeffekter har rapporterats och dokumenterats vid konsumtion av tranbär, däribland dålig smak, laxerande effekt, halsbränna hos gravida och påverkan av Warfarin (8). En ökad incidens av njursten har också uppmärksamats men då efter ett intag på över en liter tranbärjuice per dygn under en längre period. Denna biverkning tros bero på tranbärets höga innehåll av oxalat, vilken är en riskkomponent för njursten (9). Det finns idag inget godkänt läkemedel eller naturläke-

medel som innehåller tranbär, eftersom det inte finns tillräckliga bevis för att kunna rekommendera dessa produkter (1). Dock har tranbär använts som folkmedicin i decennier både i förebyggande och behandlande syfte mot urinvägsinfektion (7).

## Tidigare forskning

Jepson och Craigs (5) systematiska litteraturstudie publicerad i Cochranes databas innefattade 10 studier publicerade mellan 1994–2005 med sammanlagt 1049 deltagare. Där granskades studier gällande tranbärets preventiva inverkan på UVI och ett samband mellan tranbärjuice och en minskning av antalet symtomatiska UVI hos kvinnor med recidiverande UVI påvisades (10–11). Det saknas dock evidens för att tranbär kunde användas som behandling av UVI då en infektion redan brutit ut, eller hos patienter med blåsneuropati och hos äldre patienter. Även dos och metod för administration som juice eller tabletter var oklar. Flera studier hade ett stort bortfall (12–15) vilket tolkades bero på att tranbärjuicekonsumtion är svår att tolerera under längre perioder p g a av den beska smaken. Cochranereview:n (5) gav inget entydigt svar. Det föreligger därför ett behov av granskning av studier publicerade under de senaste fem åren.

## Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka tranbärets effekt som prevention mot urinvägsinfektion.

## Metod

### Sökstrategi

I februari 2010 genomfördes litteratursökningar i databaserna Cinahl, Cochrane Central Register of Controlled Trials och PubMed över kliniska studier publicerade 2005–2009. Goodmans steg användes för att uppnå syftet och få ett stöd i kvalitetsbedömningen av materialet (16).

## Forskningsproblemet preciseras

UVI är en vanligt förekommande infektion som ofta är återkommande. Behandlingen består av antibiotika vilket utgör en riskfaktor för resistensbildning. Sökningar har gjorts efter vetenskaplig litteratur inom detta område gällande alternativ till antibiotika för prevention av

UVI. Då många sökningar resulterade i studier av tranbär blev syftet med denna litteraturstudie att undersöka tranbärs effektivitet som prevention mot UVI.

### Inklusionskriterier / exklusionskriterier

Inklusionskriterier för artiklarna var att de skulle vara av kvantitativ metod, bygga på insamlade mätdata samt beröra områden som åter speglar litteraturstudiens syfte och frågeställningar. Vidare skulle de vara godkända av etisk kommitté, vetenskapligt bedömda, publicerade, skrivna på engelska eller svenska. Eftersom föreliggande litteraturstudie bygger på tidigare forskning; *Cranberries for preventing urinary tract infections*, en Cochrandereview skriven av Jepson och Craig (5) som innehållande studier t o m 2005, exkluderades studier publicerade innan 2005. För att begränsa studien innefattas endast studier där det forskats om E-colibakterien. Därmed exkluderas andra bakterier såsom exempelvis heliobakter.

### Plan för litteratursökning

Enligt Goodman ska en litteratursökningsplan utgöras av fyra steg; *identifiera tillgängliga resurser, identifiera relevanta källor, avgränsa forskningsproblemet och fastställa huvuddragen i sökningen samt utveckla en sökväg för varje söksystem* (16).

För att finna relevanta studier valdes databaserna Cinahl, PubMed och Cochrane Library då de är inriktade på forskning kring hälso- och sjukvård. Även funna artiklars referenslistor granskades för att finna fler studier som är relevanta till syftet. Enligt Willman m fl (16) ska forskningsproblemet begränsas. Detta kan göras genom att använda relevanta sökord för litteraturstudiens syfte. För att veta att rätt termer användes kontrollerades de med hjälp av databasernas uppslagsverk Thesaurus.

### Litteratursökning och datainsamling

Eftersom föreliggande litteraturstudie bygger vidare på en tidigare Cochranereview av Jepson och Craig (5), inkluderades enbart studier som publicerats senare än de som behandlats i denna. Studier om andra bakterier än e-colibakterier exkluderades. För att få en hög evidensstyrka inkluderades endast studier med kontrollgrupp. Forskningsproblemet begränsades genom användandet av relevanta sökord (16). Sökningarna utgick från sökorden cranberry, vaccinium macrocarpon och urinary tract infection, se tabell 1. Under de olika kombi-

nationerna av sökorden som utfördes i databaserna samt i granskningen av funna artiklars referenslistor, återkom flera studier. Sökningarna resulterade i totalt 14 studier men av dessa uteslöts fem eftersom de inte svarade till litteraturstudiens syfte. Åtta studier återfanns genom databassökning, och en studie (Howell 1995) återfanns genom granskning av referenslistor. Det innebar att slutligen återfanns nio artiklar som matchade problemområdet och passerade inklusions- och exklusionskriterierna.

### Analys och kvalitetsbedömning

Artiklarna kvalitetsbedömdes med hjälp av ett granskningsprotokoll (16) i en tregradig skala: hög, medel och låg kvalitet, se tabell II. Kriterier för kvalitetsbedömningen var studiens storlek, reliabilitet och validitet samt noggrannhet i metod- och urvalsbeskrivningen. Författarna till litteraturstudien granskade artiklarna var för sig för att sedan jämföra kvalitetsbedömningen, detta för att minimera risk för subjektivitet.

### Resultat

I de granskade studierna undersöktes tranbärets eventuella effekt på e-colibakterier (n=4), ryggmärgsskadade patienter med blåsneuropati (n=2), äldre människor på särskilt boende (n=1), återkommande UVI (n=1) samt gravida kvinnor (n=1). I tabell II ges en översikt av de granskade artiklarna.

### Tranbärets effekt på E-colibakterier

I fyra studier (18-21) undersöktes tranbärets effekt på E-colibakteriens vidhäftningsförmåga på urinvägsslemhinnans epitelceller genom att mikroskopiskt räkna antalet bakterier som fästs till epitelcellen. Effekt uppmättes i samtliga fall där tranbär konsumerats ( $p < 0,05$ ). RCT-studierna av Di Martino (18) och Lavigne (20) från Frankrike och CCT-studien från Tjeckien av Valentova (21) påvisade att den uppnåbara effekten var dosberoende. I Valentova's studie (21) med 65 deltagare konsumeras 400 mg respektive 1200 mg torkad tranbärsjuice dagligen under åtta veckor. Vid studiens slut sågs en signifikant hämning av E-colibakteriens vidhäftningsförmåga till cellerna i urinen från deltagare som konsumerat den högre dosen ( $p < 0,05$ ). I urinen hos dem som enbart konsumerat 400 mg kunde ingen hämmande effekt uppmätas. I Lavignes (20) och Di Martinos (18) studier fick deltagare i två olika grupper engångsdoser av olika halt tranbär i form av kapslar (36 alternativt 108 mg) eller juice (250 alternativt 750 ml). Efter tio till tolv timmar insamlades urin för analys av E-colibakteriens vidhäftningsförmåga. Av de sex E-colistammarna som användes i Di Martinos (18) studie var fyra av stammarna resistenta mot minst ett slags antibiotika. I CCT-studien från USA av Howell (19) kan hämningen av vidhäftningsförmågan ses under åtta timmar där den största effekten av tranbär pågår fyra till sex timmar efter konsumtion.

### Patienter med ryggmärgsskada

Patienter med ryggmärgsskada har högre risk att drabbas av recidiverande UVI p g a blåsneuropati. Två studier ger motstridiga resultat av effekten av tranbär som prevention mot UVI i denna patientgrupp. I en australiensisk RCT-studie av Lee (22) med 305 patienter uppmättes ingen signifikant skillnad i tid fri från UVI mellan dem som fått tranbärskapslar jämfört med placebo. Däremot uppmättes positiva resultat för tranbär i en RCT-studie från USA av Hess (23) med 57 patienter. I Hess' studie reducerades såväl förekomst av UVI som symptomen i den grupp som fått tranbärskapslar jämfört med placebo ( $p < 0,05$ ).

### Äldre människor på särskilt boende

I en svensk studie av Hägglund m fl (24) undersöktes om förekomsten av UVI hos äldre människor på särskilda boenden kunde minskas med tranbärsjuice och/eller med

**Tabell 1. Sökordtabell och antal träffar i Cinahl, Cochrane Central Register of Controlled Trials och PubMed med begränsningarna clinical trials publicerade 2005–2009.**

Databas	Sökord	Antal inkluderade artiklar/antal träffar	Inkluderade artiklar, Första författarens namn, årtal
Cinahl	Cranberry AND Urinary Tract Infection (Cinahl Headings)	2/3	Hess (2008), Hägglund (2009)
Cochrane library	Vaccinium Macrocarpon AND Urinary Tract Infections (MeSH-termer)	7/12	DiMartino (2006) Hess (2008) Lavigne (2008) Lee (2007) McMurdo (2009) Valentova (2007) Wing (2008)
PubMed	Vaccinium macrocarpon AND Urinary tract infections (MeSH-termer)	7/13	DiMartino (2006) Hess (2008) Lavigne (2008) Lee (2007) McMurdo (2009) Valentova (2007) Wing (2008)

Tabell II. Studier som ligger till grund för litteraturgranskningen

Första författaren (ref., år, land, design)	Syfte	Population	Metod, interventions- och kontrollgrupper	Behandlings-/ uppföljnings-tid	Antal deltagare/ bortfall	Resultat av tranbär	Bedömning av vetenskaplig kvalitet
Di Martino (18), 2006, Frankrike, RCT	Att undersöka e-colibakteriers vidhäftningsförmåga vid intag av tranbärsjuice jämfört med placebo	Friska frivilliga försökspersoner	I(1):tranbärsjuice, I(2): tranbärsjuice och mineralvatten, K(1):placebo, K(2): placebo och mineralvatten	6 dagar	20 / 0	Reduktion av vidhäftningsförmåga hos e-colibakterier* Större effekt med högre dos tranbär*	Hög
Hess (23), 2008, USA, RCT	Att utvärdera tranbärstabletter som prevention mot UVI hos ryggmärgsskadade patienter	Ryggmärgsskadade män med blåsneuropati	I: tranbärskapslar 1g/dag, K: sedvanlig vård	6 månader	57 / 10	Lägre prevalens av UVI*	Hög
Howell (19), 2005, USA, CCT	Att jämföra hämning av vidhäftningsförmågan hos e-colibakterier in-vitro	Friska frivilliga försökspersoner	I: tranbärsjuice, K(1): grape, K(2): äppeljuice, K(3): mörk choklad, K(4): grönt the	8 timmar	6 / 0	Hämning av vidhäftningsförmågan hos e-colibakterier vid intag av tranbärsjuice*, ej i kontrollgrupperna	Medel
Hägglund (24), 2009, Sverige, CCT	Att undersöka om tranbärsjuice och personalutbildning i vårdhygien kunde förebygga symptomatiska UVI hos äldre vårdtagare i särskilt boende	Äldre människor >65 år på särskilda boende	I(1): tranbärsjuice, I(2): tranbärsjuice och personalutbildning i vårdhygien, I(3): personalutbildning i vårdhygien, K: sedvanlig vård	6 månader	257 / 40	Ingen signifikant skillnad i förekomst av UVI i de olika grupperna	Medel
Lavigne (20), 2008, Frankrike, RCT	Att utvärdera tranbärskapslars antibakteriella effekt jämfört med placebo	Friska frivilliga sjuksköterskor, kvinnor	I(1): 3st tranbärskapslar (108mg), I(2) 1st tranbärskapsel (36mg) och 2st placebokapslar, K: 3st placebokapslar	12 timmar	8 / 0	Reduktion av e-kolibakterier* Bättre effekt med högre dos*	Hög
Lee 2007 (22), Australien, RCT	Att undersöka om tranbärskapslar och/eller Hiprex förebygger UVI hos ryggmärgsskadade patienter.	Ryggmärgsskadade patienter med blåsneuropati	I(1): tranbär (1,6g) och Hiprex (2g), I(2): tranbär och Hiprex-placebo, K(1): Hiprex och tranbärs-placebo, K(2): tranbärs-placebo och Hiprex-placebo	6 månader	543 / 238	Ingen skillnad i tid fri från UVI mellan grupperna	Hög
McMurdo (25) 2009, Storbritannien, RCT	Att jämföra effekten av tranbärsextrakt med Trimetoprim i lågdos som prevention mot UVI	Kvinnor > 45 år med minst 2 antibiotikabehandlade UVI senaste året	I: tranbärskapslar (0,5g), K: trimetoprim (100mg)	6 månader	137 / 17	Tranbär gav ett nästan lika bra förebyggande skydd mot UVI som antibiotika*	Hög
Valentova (21) 2007, Tjeckien, CCT	Att mäta effekten av torkad tranbärsjuice	Friska frivilliga försökspersoner, kvinnor	I(1): tranbär 1,2g, I(2): tranbär 0,4g, K: placebo	8 veckor	65 / 8	Reduktion av vidhäftningsförmåga hos e-colibakterier i I(1)*	Hög
Wing (26) 2008, USA, RCT	Att jämföra effekten av dagligt intag av tranbärsjuice med placebo gällande asymptomatisk bakterieuri och symptomatisk UVI.	Gravida kvinnor	I(1) tranbärsjuice, I(2): Tranbärsjuice och placebo, K: placebo	5 – 8 månader	188 / 73	Minskad förekomst av UVI i I(1), NS	Medel

\* =Statistisk signifikant skillnad ( $p < 0,05$ ) mellan interventions- och kontrollgrupp; NS= ingen statistiskt signifikant skillnad (non-signifikant).  
K=kontrollgrupp; I=interventionsgrupp.

ökad personalutbildning om vårdhygien. I studien inkluderades 257 vårdtagare men ingen skillnad i förekomst av symptomatiska urinvägsinfektioner kunde påvisas i de grupper som fått tranbärsjuice jämfört med kontrollgruppen. Inte heller ökad utbildning i vårdhygien gav någon skillnad. Svagheten med studien var att vårdtagarna inte var matchade mot varandra. Indelningen i olika interventionsgrupper och kontrollgrupp gjordes utifrån avdelningsplacering.

### Recidiverande UVI hos kvinnor

UVI är en vanlig bakteriell infektion hos äldre människor och recidiverande UVI är speciellt vanligt bland kvinnor. I en randomiserad, kontrollerad studie i Storbritannien av McMurdo (25) undersöktes den förebyggande effekten av tranbärsextrakt jämfört med lågdos-trimethoprim i preventivt syfte mot recidiverande UVI. De 137 kvinnorna som deltog i studien var 45 år eller äldre och hade under de senaste 12 månaderna genomgått minst två antibiotikabehandlade UVIs. Deltagarna randomiserades till två grupper där de intog 100 mg trimethoprim respektive 500 mg tranbärsextrakt, båda i kapselform. Skillnaden mellan grupperna var inte signifikant, det vill säga att det var nästan lika stor risk att drabbas av UVI om trimethoprim eller tranbär konsumerades. Under de sex månader som studien pågick drabbades 39 kvinnor av en symptomatisk UVI, varav 25 som fått tranbärskapslar, och 14 som fått trimethoprim. Tiden för att drabbas av UVI första gången skilde sig inte åt i de olika grupperna. Det innebär att effekten av tranbär var jämförbar med antibiotika.

### UVI under graviditeten

Asymtomatisk UVI under graviditeten är förenat med en rad olika risker såsom för tidig födsel och låg födelsevikt. I Wings RCT-studie (26) från USA jämfördes dagligt intag av tranbärsjuice med placebo för att utvärdera dess inverkan på UVI hos gravida. Gravida kvinnor randomiserades för att under sin graviditet dagligen inta 240 ml, 480 ml tranbärsjuice eller 480 ml placebo. Deltagarna följdes upp genom telefonsamtal var sjätte vecka där det frågades om symtom och biverkningar. De gick även på kliniska besök en gång per månad i samband med den prenatala vården där urinprov för UVI togs. Effekten av att inta tranbärsjuice utvärderades genom att räkna antalet asymtomatiska UVIs: kvinnorna haft under graviditeten i respektive grupp. Ett dagligt intag av tranbärsjuice på 480 ml visade sig minska risken för att drabbas av en asymtomatisk UVI med 57 procent respektive 41 procent när det gäller samtliga UVI under graviditet ( $p=0.71$ ). Av de 188 deltagarna som medverkade bestämde sig 73 (38,8 %) för att inte fullfölja studien, de flesta på grund av sura uppstötningar.

### Diskussion

Artikelsökning utfördes i Cinahl, PubMed och Cochrane Library samt granskning av referenslistor och resulterade i nio artiklar som inkluderades i litteraturoversikten. Sökningarna i databaserna resulterade i stort i samma artiklar och visar enligt Willman och Stoltz (16) på en systematik och noggrannhet i sökningen vilket lett till en mättad sökning. För att ytterligare öka bredden på sökningen kunde fler databaser ha använts, dock förmodades de endast resultera i samma artiklar då de som redan använts är stora och erkända databaser, inriktade på medicin och omvårdnad (16).

De inklusions- och exklusionskriterier som använts tog hänsyn till tidigare forskning och studiens syfte. Genomförandet av denna litteraturstudie är inspirerad av *Cranberries for preventing urinary tract infections* (5) som är en systematisk undersökning av studier publicerade mellan 1994–2005. Därför exkluderades studier publicerade innan 2005, samt studier som ingår i denna review.

Tre av in vitro studierna (18, 20, 21) bedömdes ha en hög vetenskaplig kvalitet, och en (19) bedömdes ha medelhög vetenskaplig kvalitet. Sammantaget ger det ett starkt vetenskapligt underlag för att tranbär har en förmåga att minska vidhäftningsförmågan till urinblåsans epitel för p-fimbrielförsedda E-colibakterier. Detta motsvarar evidensstyrka 1. I studien av Liu m fl (4) visades även att tranbäret inte bara hämmar E-coliebakteriens receptorer utan också påverkar dess ytstruktur genom att förminska dess fimbrier. Då p-fimbrien är en avgörande

faktor för att bakterien skall kunna fästa till epitelet och orsaka infektion, skulle detta kunna ha en stor klinisk betydelse. Ifall denna påverkan av p-fimriens ytstruktur även gäller när denna redan fäst vid epitelet, skulle detta kunna innebära att tranbär även skulle kunna fungera i behandlande syfte.

Gällande tranbärets förebyggande effekt mot UVI bland patienter med blåsneuropati finns ett otillräckligt vetenskapligt underlag eftersom resultaten delvis skiljer sig åt, även om båda studierna (22, 23) bedömdes ha hög vetenskaplig kvalitet. I studien av Lee m fl (22) påvisas att tranbärskonsumtion (800 mg två gånger om dagen) inte har någon profylaktisk effekt mot UVI hos patienter med blåsneuropati till följd av ryggmärgsskada. Detta resultat stödjer de tre studier om blåsneuropati som innefattas i Cochraneöversikten (5). Dock har Hess m fl (23) i en senare studie kommit fram till en signifikant reduktion av UVI vid konsumtion av 500 mg tranbärsextrakt i kapslar två gånger om dagen. Att resultaten skiljer sig åt skulle kunna bero på de olika tillvägagångssätten i studierna, då främst uppföljningsmetod men även kriterier för UVI samt utvärdering skiljer sig åt.

I studien av Hägglund m fl (24) på äldreboenden uppmättes inga signifikanta skillnader i antalet symptomatiska UVI mellan dem som fått tranbärsjuice och kontrollgruppen. Inte heller ökad personalutbildning i vårdhygien sänkte förekomsten av UVI. Svagheten i studien är att individerna inte är randomiserade för de olika interventionsgrupper och kontrollgrupp, utan grupptillhörigheten fördelades avdelningsvis. Detta kan innebära stora skillnader hos såväl vårdtagarnas hälsostatus som utbildningsgrad hos personalen vilket kan ha påverkat resultatet, och gör att studien bedömts ha medelhög vetenskaplig kvalitet. I Cochraneöversikten av Jepson & Craig (5) återfinns tre studier (13, 15, 17) som innefattar äldre människor och inte heller i dessa studier kan det påvisas att tranbär ger något preventivt skydd mot symptomatisk UVI. Det finns således ett otillräckligt vetenskapligt underlag effekten av tranbär och förekomst av UVI hos äldre människor.

McMurdo (25) visar i sin studie med hög vetenskaplig kvalitet, att tranbär skulle kunna användas som profylax istället för lågdosantibiotikan trimetoprim hos kvinnor med återkommande UVI. Även Di Martino (18) har hög vetenskaplig kvalitet i sin studie, och talar för att tranbär kan vara ett föredra då den har samma effekt oavsett om bakterierna är antibiotikaresistenta eller inte. I de fall där tranbär skulle kunna användas istället för antibiotika och i de fall där resistens föreligger, borde tranbär övervägas då antibiotikaresistenta urinvägs patogener ökar (27). Detta ger ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att kvinnor med återkommande UVI kan använda tranbär som profylax istället för antibiotika.

Jepson & Craig (5) kommenterar inte tranbärets effekt hos gravida då den inte innefattar någon studie med gravida deltagare. Wings studie (26) med medelhög vetenskaplig kvalitet, talar dock för att det skulle kunna finnas en preventiv effekt med tranbärsjuice mot UVI hos gravida. Studien påvisar en klinisk effekt men uppnår dock inte signifikans. Detta skulle kunna bero på det höga bortfallet (38,8 %). Däremot kan fördelar ses vid användandet av kapslar jämfört med tranbärsjuice, då användandet av kapslar kan leda till ett minskat bortfall. I Wings (26) studie som är utförd på gravida kvinnor beror bortfallet av deltagare främst på illamående, kräkningar, diarré och smak. Gällande smak och diarré så är tranbärsjuicens beska smak och laxerande effekt redan kända dokumenterade sideeffekter. Det är dock ovisst om illamående och kräkningar är en biverkan av tranbärsjuicen då dessa åkommor är vanliga vid en normal graviditet. Även halsbränna är en vanlig åkomma hos gravida kvinnor. Det höga bortfallet skulle möjligtvis kunna härledas hit. Ökade kunskaper om tranbärets biverkningar är en nödvändighet för en framtida användning av tranbär inom sjukvården. Det finns således ett begränsat vetenskapligt underlag för att använda tranbärsjuice som prevention mot UVI hos gravida.

Det finns inga resultat som ger vägledning om hur stor dos, beredningsform, hur ofta eller under hur lång tid tranbär bör konsumeras för att uppnå maximal effekt. I resultatets redovisade studier har doser från 36 till 1600 mg använts och beredningsformerna har varit i juice eller kapslar. Det dagliga intaget har varierat från en till tre gånger om dagen. Av detta går det inte att dra några generella slutsatser angående

optimal dos eftersom inga mönster går att urskilja i dessa studier. Både populationer och beredningsformer visar på en betydande variation. Det stora bortfall som ses vid konsumtion av tranbärsjuice under en längre period i förhållande till de studier där kapslar använts stödjer dock Jepson & Craigs (5) teori om bortfall på grund av smak och surhet. Då det gäller administrationen av tranbär borde möjligtvis minst två doser per dag vara att föredra. Detta eftersom Howell (19) såg att E-colibakteriens vidhäftningsförmåga minskade kontinuerligt för att vara som lägst 4–6 timmar efter tranbärskonsumtionen för att sedan avta och efter 8 timmar vara obefintligt. Då effekten varar som längst 8 timmar skulle det därför kunna antas att ett potentiellt skydd mot vidhäftningsförmågan faktiskt endast föreligger under dessa timmar.

### Framtida forskning

För att kunna rekommendera tranbär i preventivt syfte mot UVI bör framtida forskning inom området fokusera på dos, koncentration och administration av tranbär. Därför rekommenderas specifika studier med detta syfte. Samtliga studier med syftet att mäta tranbärs effekt bör ha ett stort urval, samt vara randomiserade och placebokontrollerade för att erhålla säkrare resultat. Ett stort antal deltagare är särskilt viktigt i studier där tranbärsjuice används istället för kapslar och ett stort bortfall kan förväntas. För att motverka det bortfall som kan tänkas bero på juicens smak är kapslar ett bra alternativ. Forskning inom området skulle även kunna underlättas genom att kommande studier använder sig av liknande kriterier för definition av UVI eftersom det då blir lättare att jämföra resultaten. När det gäller gravida bör tranbärsjuicens biverkningar tas i beaktande.

### Slutsats

Det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att tranbärets proanticyanidiner hämmar E-colibakteriens vidhäftningsförmåga till urinslemhinnans epitel genom att blockera dess receptorer. Tranbär kan även ha effekt på resistenta bakterier. Den preventiva effekten av tranbär är dosberoende, effekten antas vara som bäst fyra till sex timmar efter konsumtion för att sedan avta. Fler studier behövs för att fastställa optimal dos.

Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att tranbär kan rekommenderas till kvinnor med recidiverande UVI som prevention istället för antibiotika. Det vetenskapliga underlaget för användning av tranbär hos gravida är begränsat. Rekommenderas tranbär till gravida, bör de upplysas om tranbärets biverkningar, och beredningsformer då kapslar är att föredra. Effekten är ännu osäker i andra grupper som hos äldre människor och även patienter med blåsneuropati där resultaten skiljer sig åt, och det vetenskapliga underlaget är därför otillräckligt.

Att ersätta antibiotika med tranbär som profylax för kvinnor med återkommande UVI skulle kunna bidra till minskad antibiotikaresistens och lägre kostnader för sjukvården.

Godkjent for publisering 20.08.2010

Cecilia Windefors RN, BSN, Joanna Seibold RN, BSN, Pernilla Garmy RN, MMS

Korrespondens: Pernilla Garmy, Skolhälsovården Klostergårdskolan, Nordanväg 13, SE – 222 28 Lund, Pernilla.Garmy@lund.se

### Referenser

- Brännström, I (2007) Alternativa behandlingsmetoder. I: Brounéus m fl (2007) *Information från läkemedelsverket*, s 32–38.
- Ericson, E & Ericson, T (2002) *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur
- Sandberg, T (2007) Behandling av okomplicerad cystit hos kvinnor. I: Brounéus m fl (2007) *Information från läkemedelsverket*, s 31–32.
- Liu Y, Black MA, Caron L, Camesano TA. (2006) Role of cranberry juice on molecular-scale surface characteristics and adhesion behavior of *Escherichia coli*, *Biotechnol Bioeng*. 2006 Feb 5;93(2):297–305.
- Jepson, RG, Craig, JC (2008) Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1.
- Mossberg B, Stenberg L, Ericsson S (1992) Den nordiska floran. Stockholm: Wahlström & Widstrand
- Bailey, D m fl (2006) Can a concentrated cranberry extract prevent recurrent urinary tract infections in women? A pilot study. *Phytomedicine* 237–241.
- Grant P. (2004) Warfarin and cranberry juice: an interaction? *J Heart Valve Dis*. 2004 Jan;13 (1): 25–6.
- Nergård, C & Solhuag, V (2009) Tranbär til forebygging av residiverende urinveisinfeksjoner, *Tidsskr Nor Legeforen* nr4, 2009;129, s.303–304.
- Kontiokari T, Sundqvist K, Nuutinen M, Pokka T, Koskela M, Uhar (2001) Randomised trial of cranberry-lingonberry juice and *Lactobacillus GG* drink for the prevention of urinary tract infections in women. *BMJ*. 2001 Jun 30;322(7302):1571.
- Stothers L. (2002) A randomized trial to evaluate effectiveness and cost effectiveness of naturopathic cranberry products as prophylaxis against urinary tract infection in women. *Can J Urol*. 2002 Jun;9(3):1558–6
- Foda MM, Middlebrook PF, Gatfield CT, Potvin G, Wells G, Schillinger JF. (1995) Efficacy of cranberry in prevention of urinary tract infection in a susceptible pediatric population. *Can J Urol*. 1995 Jan;2(1):98–102.
- Haverkorn MJ, Mandigers J. (1994) Reduction of bacteria and pyuria using cranberry juice. *JAMA*. 1994 Aug 24–31;272(8):590.
- Walker EB, Barney DP, Mickelsen JN, Walton RJ, Mickelsen RA Jr. Cranberry concentrate: UTI prophylaxis. *J Fam Pract*. 1997 Aug;45(2):167–8.
- Avorn J, Monane M, Gurwitz JH, Glynn RJ, Choodnovskiy I, Lipsitz LA. Reduction of bacteriuria and pyuria after ingestion of cranberry juice. *JAMA*. 1994 Mar 9;271(10):751–4.
- Willman & Stoltz (2006) *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur
- McMurdo ME, Bissett LY, Price RJ, Phillips G, Crombie IK. (2005) Does ingestion of cranberry juice reduce symptomatic urinary tract infections in older people in hospital? A double-blind, placebo-controlled trial. *Age Ageing*. 2005 May;34(3):256–61.
- Di Martino P, Agnier R, David K, Templer C, Gaillard JL, Denys P, Botto H. (2006) Reduction of *Escherichia coli* adherence to uroepithelial bladder cells after consumption of cranberry juice: a double blind randomized placebo-controlled cross-over trial. *World J Urol*, s 21–27.
- Howell, AB (2005) A-Type cranberry proanthocyanidins and uropathogenic bacterial anti-adhesion activity. *Phytochemistry*, 2005 Sep;66(18):2281–91.
- Lavigne JP, Bourg G, Combescure C, Botto H, Sotto A. (2007) In-vitro in-vivo evidence of dose-dependent decrease of uropathogenic *Escherichia coli* virulence after consumption of commercial *Vaccinium macrocarpon* (cranberry) capsules. *European society of clinical microbiology and infectious diseases*, 2007 350–355.
- Valentova K, Stejskal D, Bednar P, Vostalova J, Cihálek C, Vecerova R, Koukalova D, Kolar M, Reichenbach R, Sknouril L, Ulrichova J, Simanek V. (2007) Biosafety, antioxidant status, and metabolites in urine after consumption of dried cranberry juice in healthy women: a pilot double-blind placebo-controlled trial. *Trinec: Journal of agricultural and food chemistry*, 2007 Apr 18;55(8):3217–24.
- Lee BB, Haran MJ, Hunt LM, Simpson JM, Marial O, Rutkowski SB, Middleton JW, Kotsiou G, Tudehope M, Cameron ID. (2007) Spinal-injured neuropathic bladder antiseptics (SINBA) trial. *Spinal cord*, 2007 Aug;45(8):542–50.
- Hess MJ, Hess PE, Sullivan MR, Nee M, Yalla SV (2008) Evolution of cranberry tablets for the prevention of urinary tract infections in spinal cord injured patients with neurogenic bladder. *Spinal cord*, 2008, Sep;46(9):622–6.
- Hägglund D, Wadensten B, Andersson C, Aflarenko M (2009) Effekten av tranbärsjuice och personalutbildning i vårdhygien för att förebygga urinvägsinfektioner inom särskilt boende. *Vård i Norden* 2: 28–32
- McMurdo ME, Argo I, Phillips G, Daly F, Davey P. (2009) Cranberry or trimethoprim for the prevention of recurrent urinary tract infections? A randomized controlled trial in older women. *Journal of antimicrobial chemotherapy*, 2009 Feb;63(2):389–95.
- Wing DA, Rumney PJ, Preslicka CW, Chung JH. (2008) Daily cranberry juice for the prevention of asymptomatic bacteriuria in pregnancy: A randomized, controlled pilot study. *Long beach: The journal of urology*, J Urol. 2008 Oct;180(4):1367–72.
- Kahlmeter, G (2007) Antibiotikaresistens hos urinvägspatogener. I: Brounéus m fl (2007) *Information från läkemedelsverket*, s 26–27.

# Å stå utenfor i endringsprosesser på egen arbeidsplass

Rita Jakobsen, 1.lektor og Phd-student – Venke Sørli, Professor – Thorbjørg Guttormsen, 1.lektor – Helga Helland Finstad, Dosent

## BEING AT A MARGIN DURING CHANGING PROCESSES IN THE WORK PLACE

### ABSTRACT

The **aim** of this study was to describe employees' experiences of not being involved in organizational changes in the work place.

Qualitative focus group interview was chosen as a method for collecting data, which was analyzed by using a phenomenological hermeneutic method based on Ricoeur's philosophy.

The **results** were categorized into three themes: **To be at a margin, to be vulnerable and to be insecure.**

The results were discussed in the light of Habermas' philosophy of the modern society.

The **conclusion** is that being at a margin in changing processes which affect the workplace, led to a feeling of insecurity, reduced control and threat to the professional identity. The informants experiences confirm the theory that changes in complex organizations are difficult and that experiences of insecurity, lack of prediction and hidden values in the culture, affect the change, both concerning the process and the result.

**KEY WORDS:** Change process, involvement, phenomenological hermeneutic method, life world, system world

### Innledning

I Norge og internasjonalt kan en vise til omfattende forskning omkring omorganiseringsprosesser i helsetjenesten (1, 2, 3, 4, 5). Felles for disse er en ide om at involvering, aktiv deltagelse og opplevelse av innflytelse skaper eierforhold til prosess og resultat, og er et sentralt bidrag til at planlagt endring lykkes (3, 4, 5). Nielsen et al studie viser at involvering er assosiert med tilfredshet i jobben (6, 7, 8). Nielsen et al (6) trekker frem tre faktorer som har betydning i endringsprosesser: Disse er *innflytelse, involvering og meningsfullt arbeid*. I omtalte studie dokumenteres en sammenheng mellom opplevelse av meningsfullt arbeid og tilfredshet på den ene side, og innflytelse og involvering på den andre (6).

Denne studien er en av flere delstudier som er gjort for å dokumentere en omorganisering gjennomført ved et mindre sykehus i Norge (9, 10). Målet med endringsarbeidet var å skape et bedre og mer effektivt sykehus med pasientene som hoved fokus. For å nå målet ble det benyttet en anerkjent metode anvendt i tilsvarende omorganiseringsprosesser (9, 10, 11). Metoden er basert på de ansattes medvirkning og involvering i endringsarbeidet. Alle ansatte ved det aktuelle sykehuset ble, i det aktuelle prosjektet, invitert til aktiv deltakelse gjennom ide-dugnad. Valgt metode har klare berøringspunkter til aksjonsforskning og handlingsorientert forskningssamarbeid (12, 13, 14). Sykehusets valgte metode var således organisasjonsendring gjennom involvering. Utgangspunkt var at iverksetting av endringsprosesser avhenger av tillit mellom aktørene, vilje til dialog, fravær av overstyring, og en ide om at åpenhet og delaktighet kan bidra til ny praksis.

I følge Saksvik et al (15) er det viktigere å ta rede på hvordan arbeidstakerne reagerer på endringer enn å få innsikt i ulike typer endringsprosesser, dersom en skal forstå hvorfor omstillinger lykkes eller mislykkes. Flere studier viser at omstilling genererer økt usikkerhet blant de ansatte (15, 16, 17, 18). Usikkerheten kan skyldes tap av kontroll og forutsigbarhet og uavklarte roller i prosess og resultat (15, 17, 19, 20, 21). Kivimaki et al (21) hevder at endringer i relasjoner mellom ansatte, utrygghet ved omplasseringer eller oppsigelser, rokkeringer ved veletablerte nettverk, skaper uro og usikkerhet. Virtanen et al (22) argumenterer for at opplevelse av usikkerhet kan gi seg utslag i utbrenthet og resignasjon. I alle endringsprosesser må man, i følge Scott et al (23), være oppmerksomme på mulige faktorer som kan bidra til å hindre eller svekke endringsprosessen. *Manglende eierskap* til prosessen er en slik faktor. Forandringer utløser gjerne en følelse av tap, av posisjon, av arbeidsoppgaver eller forutsigbarhet (24). Scott et al (23) hevder at selv om personer som ikke føler seg

involvert er få i antall, kan de ha store implikasjoner i forhold til om endringen skal lykkes. Videre hevder han at organisasjonens *kompleksitet* gjør endringsprosessen vanskelig. Sykehuset kan defineres som en kompleks organisasjon. Scott et al (23) hevder at det å endre alle ledd i en slik kompleks organisasjon i samme prosess, sjelden er vellykket. Snuoperasjoner i slike organisasjoner fordrer en gradvis implementering.

Å ikke være deltager i en omfattende endringsprosess som gjelder ens eget arbeid, er altså dokumentert som negativt, både for den ansatte og selve endringsprosessen (23, 24, 25, 26).

### Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å undersøke og beskrive ansattes erfaringer med ikke å være involvert i omfattende organisasjonsendring på egen arbeidsplass.

### Forsknings spørsmål

- Hvordan erfares det ikke å være aktiv deltaker i en omfattende organisasjonsendring på egen arbeidsplass?

### Metode

Studien bygger på et kvalitativt design og innsamling av data om ansattes erfaringer med ikke å være aktiv deltaker i forbedringsarbeidet ved sykehuset, ble gjort i et kvalitativt fokusgruppeintervju (27, 28).

Fokus for intervjuet var å få kunnskaper om fokusgruppens erfaringer knyttet til en definert omstillingsprosess i det sykehuset de har sitt arbeide.

Fokusgruppe som metode egner seg godt for å tilegne seg kunnskap om erfaringer, holdninger eller synspunkt fra institusjoner der mange mennesker samhandler. Kamberelis et al (27) hevder at fokusgrupper inviterer informantene til diskusjon omkring personlige og kulturelle erfaringer, og skaper, i sin form, et godt grunnlag for kritisk refleksjon. I fokusgruppen utfordres den kollektive hukommelse og kunnskapsmasse på en måte man ikke ville fått til i f.eks. individuelle intervju. Deltakerne har gjerne et felles utgangspunkt, og vil gjennom deltagelse i gruppen, utfordres av hverandres meninger og utsagn. Dynamikken i gruppen vil således være et pre i forhold til det datamateriale som fremkommer (27, 29, 30). Fokusgruppeintervju er en datainnsamlingsmetode hvor det er mulig å ta rede på dybde og kompleksitet i forhold til et fenomen (30, 31). Det er en anvendt og velegnet metode innen kvalitativ helseforskning brukt for å frembringe erfaringer fra et virksomhetsområde (27, 28, 29, 30). Det kvalitative forskningsdesign kritiseres for manglende objektivitet og kontroll i forhold til de kunn-

skaper som genereres. Det er imidlertid flere forskere som argumenterer for nettopp valg av kvalitativ tilnærming når menneskers erfaringer er fenomenet det forskes på (32). Bryman (33) hevder at i kvalitative forskningsmetoder er det et mål «å se fenomenet gjennom de berørte, de det forskes på, sine øyne». Kvalitative forskningsstudier forholder seg således til fenomener i deres naturlige sammenheng, forsøker å forstå og tolke disse på bakgrunn av den erfaring mennesker forteller eller beskriver (38).

#### Utvalg

Fokusgruppen ble valgt ut fra følgende kriterier:

- At deltakerne ikke hadde vært aktive i endringsprosessen
- At de frivillig valgte å stille opp i studien

Gruppen ble valgt ut av lederne som ønsket å få frem også denne erfaringen i omorganiseringsprosessen. Den besto av 4 deltakere fra fire ulike yrker i sykehuset. Det kan stilles spørsmålsteget ved størrelsen på utvalget. Normalt anbefales minimum seks deltagere (30). Krueger (34) anbefaler fra fire til 10 deltakere. På den andre siden representere denne gruppen, fire ulike yrker som alle var direkte berørt av prosessen. Man kan argumentere for at dette gir en type kunnskap, som ikke kan generaliseres, men likevel være nyttig i omorganiseringsarbeid. Det ble gjennomført et gruppemøte. Av anonymitetshensyn vil alle resultater knyttes til fokusgruppen som helhet. Dette innebærer at det ikke vil refereres til enkeltpersoner eller yrke. Deltagernes interaksjon og dialog skiller fokusgruppen fra andre gruppeintervju (34, 35). Lederens rolle var derfor primært å lytte, observere og ta inn dynamikken og interaksjonen i gruppen. Det ble også gitt oppfølgingsspørsmål der dette var interessant, eller påkrevet for å komme videre i samtalen (34, 35).

#### Validitet og begrensninger ved fokusgrupper

Fokusgruppe har, i følge Nyamathi et al (36) høy umiddelbar verdi, fordi forskeren får gruppedeltakernes uttalelser og kommentarer fra de andre, der og da. Diskusjon som form, belyser fenomenet fra flere sider (34). På den andre siden er det også mulig at den enkelte gruppedeltaker kan hemmes av sammensetningen i gruppen, og slik holder igjen vesentlig informasjon (37). Det er også en svakhet ved utvalget, at det er gjort av institusjonens ledelse, ut fra gitte kriterier. Det er også klart at et intervju med fire deltakere gir begrenset data, som ikke kan generaliseres til alle som ikke deltok aktivt i omorganiseringen. Det er imidlertid gjort noen interessante funn, som kan være vesentlig å ta hensyn til i tilsvarende omorganiseringsprosesser.

#### Analyse av data

Målet med analysen er å forstå informantenes erfaringer. Intervjumaterialet ble analysert ved hjelp av Fenomenologisk hermeneutisk metode (38) basert på Ricoeurs filosofi (39, 40). Denne metoden egner seg godt for analyse av tekster, eksempelvis intervju, og har den fordel at den beveger seg dialektisk mellom forståelse og forklaring. Den fenomenologisk hermeneutiske metoden egner seg særlig godt for å ta rede på livserfaringer (38). Lindseth (38) hevder at fortellingene gir oss kunnskaper om ekte erfaringer fra den opplevde omsorgsverden. Det sentrale her er å forstå med tanke på finne den grunnleggende mening i fortalte historier. Det handler om å forstå meningsinnhold ut over det fortelleren hadde intensjon om. Det dreier seg om en mening «foran» selve teksten, en mening som finnes i fortolkningen av teksten ut over fortellerens fortelling (38). Det å forstå en situasjon fortalt som fortelling, handler om å sette parentes rundt egen forforståelse og ta fortellingen imot med åpenhet uten innvendinger og la seg bevege av den. Forståelsen dannes i det som sanses og oppfattes (38, 39). Metoden består av tre faser. I første fase, som kalles *naiv lesing*, gjøres den første tolkning etter flere gjennomlesinger av intervjuene. Her får forfatterne et inntrykk av hva teksten handler om. I denne fasen er det, i følge Ricoeur (39, 40), viktig at leseren lar teksten tale til seg, slik at kjernen i teksten fanges opp. I neste fase, som kalles *strukturnalyse* (resultater), deles teksten inn i meningsenheter. Meningsenheter fremkommer i setninger, avsnitt eller hele sider. Meningsenheter kondenseres og tema eller subtema fremkommer. I siste fase av analy-

sen, som kalles *tolket helhet eller diskusjon*, brukes forfatterens forforståelse, den første tolkingen, resultatene og relevante teorier for ytterligere å forstå de funn som fremkom.

#### Etikk

Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, og om anonymisering av data. De fikk informasjon om at deltakelsen var frivillig og at de kunne trekke seg fra studien om de ønsket det. Deltakerne ga skriftlig informerte samtykke i henhold til Helsinkideklarasjonen og Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora (26). Samtalen ble tatt opp på bånd som ble destruert etter transkribering.

#### Resultater – struktur analyse

**Tabell 1. Oversikt over subtema og tema fremkommet i strukturanalysen**

Subtema	Tema
– Manglende informasjon	Å stå utenfor
– Manglende åpenhet fra ledelsen	
– Å ikke personlig bli oppfordret til deltakelse	Å være sårbar
– Å ikke velge å delta	
– Manglende tillit	
– Manglende forutsigbarhet	Å være usikker
– Utrygg for konsekvenser for pasientgruppen og egen yrkesrolle	
– Manglende kontroll	

Resultatene presenteres under følgende tema som ble identifisert gjennom dataanalysen: *Å stå utenfor*, *Å være sårbar* og *Å være usikker*. Sitater fra intervjuene er integrert i teksten i kursiv for å illustrere subtemaene og temaene.

#### Å stå utenfor

Alle ansatte fikk tilbud om å delta i endringsarbeidet. Det fortelles om brainstorming og at det fremkom mange ideer. Over 1500 gule lapper med innspill til forandringer ble klistret opp på en tavle. Gruppen hadde deltatt i brainstormingsprosessen, men følte seg likevel ikke involvert. De forklarer sin manglende involvering bl.a. med egne posisjoner. Eksempel på dette er halve stillinger, utdanningsposisjon, spesialkompetanse. *En føler seg litt på utsiden av det som foregår*. Et gjennomgående tema er mangelfull informasjon og informasjonsflyt. *Ja, hvor mye vet vi egentlig om integreringsprosjektet? «(...)vi har jo fått referat, skriftlige referat som vi kunne ha lest for å bli oppdatert. Jo, jeg tror nok at lederne våre har vært på en del møter. Men hva som kommer ut av det...». Det er vel ikke godt å se i praksis*. Informantene sier at de forstår at hensikten med endringsarbeidet bl.a. er å se på hverdagens aktiviteter og hvordan disse fungerer, men beskriver egen arbeidshverdag uberørt av det som skjer. *Vi jobber på samme viset*. De gir imidlertid inntrykk av at endringsprosessen i verste fall kan true kvaliteten på tjenesten. De etterlyser informasjon om konsekvenser for rutiner og drift. *Vi sitter jo på vent, altså*. Gruppen uttrykker manglende oversikt over prosess og konsekvens. De uttrykker at informasjonsflyten er manglende, hvilket berører deres opplevelse av involvering, negativt. De hevder at de jobber på samme vis som tidligere, men uttrykker likevel bekymring for egen rolle og egen pasientgruppe i fremtidig organisasjon. Manglende åpenhet fra ledelsen knyttet til konsekvenser for den enkelte, skaper uro og opplevelse av å stå utenfor i prosessen.

#### Å være sårbar

Det kom fram i gruppen at valg av medlemmer til prosessgruppene var basert på å melde seg på lister og/eller at avdelingslederen oppfordret

enkelte til å skrive seg på. Gruppen sier de fikk en kollektiv invitasjon til deltagelse, men ble ikke direkte oppmuntret til å delta. Det at disse ikke ble oppfordret direkte til å delta, betyr jo at noen faktisk ble direkte oppfordret. .. *det var ikke alle som var like populære, vet du.* Det kan synes som om informantene opplever at de ikke var ønskede medlemmer i arbeidsgruppen, at lederne hadde preferanser for hvem som burde være deltagere, og at informantene ikke var blant disse. Dette oppfattes som sårt. De ser at de hadde en valgmulighet, men av ulike grunner valgte de ikke å være aktiv. *Kanskje er jeg for lite interessert. Kanskje er det min egen skyld, jeg vet ikke.* Informantene uttrykker at de ble invitert til å delta i prosessen, slik alle ble, men at dette ikke å bli direkte oppmuntret var en av flere grunner til at de avsto. Dette kan oppfattes som manglende opplevelse av tillit fra ledelsens side, manglende bekreftelse i forhold til den rollen informantene har og det arbeidet de utfører.

#### Å være usikker

Informantene opplever at det gis utydelige signaler knyttet de ulike yrkesgruppens ansvar, oppgaver og posisjon. Informantene mener at prosessgruppene ikke arbeidet med rutiner og systemer på det laveste ledd. Gruppen er opptatt av konsekvenser for egen pasientgruppe og egen yrkesutøvelse. Gruppen har også fått signaler om at stillinger skal legges ned, uten at dette er informert om eksplisitt. Signalene er utydelige, hvilket gjør dem utrygge med tanke på fremtidige roller og oppgaver. *Jeg tror jo faktisk at man er mer redd det ukjente.* Deltakerne i gruppen har en funksjon som de tror ikke berøres av sammenlånningen i den form funksjonen er ivaretatt i dag, samtidig som de uttrykker bekymring for at de egentlig ikke har oversikt over konsekvenser for den enkelte fremover. Mye av diskusjonen rundt rutiner er knyttet opp mot organisering. Gruppen sier at de ikke opplever forbedringer, men i den grad det oppleves endringer er disse ofte negativ. De får ikke gjort jobben sin, og forteller om mangelfull kvalitetssikring av prosedyrer. Manglende kommunikasjon og manglende fellesforståelse av hvordan resultatet skal være, fører, i følge informantene, til usikkerhet både hos pasientene og hos de ansatte. *Ja, tidligere var det jo litt mer kontroll over, i hvert fall hvem som skulle ha tilbakemelding.* Gruppen antyder at man ikke vet om de negative endringene henger sammen med prosjektet. De bruker ordet *skremt*, når de beskriver den utrygghet som de opplever i organisasjonen. Gruppen uttrykker manglende forutsigbarhet og manglende kontroll.

#### Diskusjon

Informasjonsflyt er en sentral faktor i alt endringsarbeid. Informantene ga uttrykk for manglende informasjon knyttet til egen rolle og yrkesutøvelse. Mangelfull involvering og informasjon i endringsprosesser aktiverer utrygghet og stress i organisasjonen (6, 15, 42). De mest uttalte tegn på en usunn prosess er i følge Argyris (42) lite fleksibilitet, manglende tillit mellom ledelse og de ansatte, manglende informasjonsflyt og dårlig kommunikasjon i organisasjonen. For det enkelte individ kan det å bli holdt utenfor ha betydelige negative konsekvenser, både kognitivt, følelsesmessig og atferdsmessig (43). Inkludering er ofte knyttet til *tillit*, og ekskludering til *mistillit*. Tvedt Johansen (44) viser til den usikkerheten som er knyttet til endringsprosesser, og beskriver hvordan eksponering av risiko i slike prosesser påvirker tillit i et arbeidsforhold. Tillit er essensielt for organisasjonens resultat, og en hjørnestein for gode endringsprosesser. Å beholde tilliten blant de ansatte i endringsprosesser kan være særlig utfordrende nettopp på grunn av den usikkerheten selve endringsprosessen medfører (15, 45). Det er en klar sammenheng mellom det inkluderende lederskap i endringsprosesser og kongruens i arbeidskulturen når det gjelder tillit og verdier (8). Ledere som viser stor toleranse for den usikkerhet som følger med en organisasjonsendring, oppnår også tillit hos de ansatte og har større sjanse for å oppnå positive resultater i selve omstillingsprosessen (46, 47).

Denne studiens informanternes reaksjoner er knyttet til egen yrkesutøvelse, mangelfull informasjon og manglende tillit. Et sentralt funn i Saksviks (15) studie er at mellomlederens rolle er av avgjørende betydning for hvordan de ansatte takler omstillinger. Flere studier

viser at mellomledere i endringsprosesser ofte trekker seg unna og blir opplevd som usynlige for mange av de ansatte (48, 49). Informantene opplever at lederne er på møter men deler ikke den informasjonen de sitter med i tilstrekkelig grad med dem. Å holde de ansatte fortløpende informert handler om åpenhet i endringsprosessen. Ledere som deler informasjon med ansatte viser at han/hun bryr seg og skaper ved dette et godt grunnlag for tillit og åpen kommunikasjon (15). Manglende åpenhet fra mellomlederen i prosessen er således en trussel på den tillit lederen er avhengig av at de ansatte har til vedkommende (44, 45, 46).

Saksvik (15) hevder at den mest verdifulle informasjonsutvekslingen skjer uformelt. Uformell informasjonsutveksling er tilfeldig og kjennetegnes av ryktespredning som form. Rykter som informasjon er i utgangspunktet en uheldig informasjonsform fordi den ikke alltid forholder seg til sannheter. Dette kan man kjenne igjen i denne studien. En leders tilstedeværelse og åpenhet øker muligheten for å forstå hvordan ansatte opplever endringsprosessen og kan gjennom denne forståelsen og tillit, forebygge uformell informasjonsutveksling (50, 51). Det synes som om den enkelte i fokusgruppen har behov for en rolleavklaring i forhold til egen yrkesutøvelse, og at frustrasjonen i forhold til det å stå utenfor er knyttet en opplevelse av manglende forutsigbarhet.

Informantene i denne studien opplever seg ikke bare utenfor, de føler seg i tillegg ekskludert, de ble ikke oppfordret til å være deltakere i prosessgruppene. Opplevelsen av indirekte å være ekskludert berører den innerste følelsen av aksept og anerkjennelse.

Dikotomien inkludering – ekskludering er aktuell i denne sammenheng. Inklusjon dreier seg om aksept og innflytelse. Ekskludering handler derimot om ikke å være definert inn i bestemte sosiale grupper i et samfunn eller i et arbeidsfellesskap (43). Denne dikotomien inviterer til å foreta en grensdragning mellom å være inkludert eller ekskludert fra en sosial setting. Dette er ikke en udelt enkel grense, blant annet fordi man ofte er litt innenfor eller i perioder utenfor avhengig av hvilket sosialt system det dreier seg om. Det finnes, i følge Halvorsen (52) ingen universell standard for hva som menes med å være inkludert sett fra individets ståsted. På hvilket tidspunkt et individ krysser grensen fra en inkludert posisjon til en ekskludert, vil således ikke være tydelig. Å være partiell inkludert er for de fleste mennesker en normalt tilstand (52, 53). Inkludering er ofte knyttet til *tillit*, og ekskludering til *mistillit*. En følelse av å bli holdt utenfor kan gripe inn i personens selvforståelse, både som menneske og som yrkesutøver. Den handler om å signalisere manglende tillit, og det kan skape en fundamental usikkerhet som går langt ut over det å stå utenfor (43). Her skiller informantene mellom en kollektiv invitasjon om aktiv deltagelse og dette å bli direkte bedt om å være medlem i en bestemt gruppe. Å føle seg ekskludert uten å kjenne til verken inklusjons- eller eksklusjonskriteriene, slik disse informantene oppfatter det, kan skape opplevelse av sårbarhet; ikke å bli sett eller anerkjent som den fagpersonen de er.

Alle kulturer har regler for hva som gir deg rett til medlemskap i kulturen og hva som ikke gjør det (55). Dette er normative regler som gjerne ikke er skrevet eller snakket om. Slike normer er særlig kontekstavhengig, og styrer ansattes holdninger og handlinger (15, 38). Kulturens normer er ofte representativ for organisasjonens underliggende verdier, og er således noe man aksepterer og lever med, uavhengig om de er i tråd med organisasjonens uttalte verdier eller ikke (38). På denne bakgrunn kan man forstå informantenes uttrykk for ikke å være de utvalgte. De er kanskje ikke funnet dyktig nok. De er kanskje ikke blant de man normalt etterspør meninger hos eller kanskje er deres meninger en trussel i den etablerte kulturen.

Informantene sier de er, sammen med alle andre, invitert til å delta i endringsprosessen. Halvorsen (52) hevder at ikke all inkludering er ensbetydende med noe bra. Han lanserer begrepet *Påtvunget inkludering*, hvor både initiativ til og kriteriene for inkluderingen er bestemt av andre. Informantene ble invitert inn, men ikke forespurt individuelt. Inklusjonskriteriene i invitasjonen er definert av andre hvilket skaper usikkerhet om hvorvidt egen deltakelse er av betydning i det hele tatt. Informantene begrunner at de sa nei til å være med, med eksterne forhold som posisjon og eksisterende rolle. Ikke å bli spurt handler om

noe helt annet. Det å bli spurt eller oppfordret er en direkte anerkjennelse som person og yrkesutøvelse. Eksklusjons- og inklusjonskriteriene er i denne situasjonen uklare og inviterer til spekulasjoner, hvilket skaper rom for usikkerhet og sårbarhet.

Informantene følte seg nærmest utenfor hele prosessen, både i forhold til medvirkning og i forhold til å følge med underveis. De oppfattet at mye skjedde utenfor deres innflytelse og var derfor usikker på hva som faktisk skjedde. I intervjuet uttrykkes bekymringer for hvordan arbeidet skal utføres i den «nye» organisasjonen. Alle endringsprosesser fører med seg en opplevelse av tap, tap av trygge rutiner og rammer, tap av kjente samarbeidsformer og kanskje kollegaer, tap av forutsigbarhet i situasjonen (24). I endringsprosesser der bekymring og usikkerhet aktiveres, kan prosessen i seg selv bidra til stress og således bidra til at endringen ikke lykkes (5, 15). Personens yrkesidentitet er knyttet til vedkommendes muligheter til yrkesutøvelse og bekreftelse i systemet for dette. Helt naturlig vil de være opptatt av egen funksjon og rolle. Rutiner og system som påvirker dette blir således ofte fokus for både forsvar og bekymring. Gode rutiner for kvalitet og arbeidsflyt er det som betyr noe for den enkelte arbeidstaker. Det handler om hverdagens virkelighet, en virkelighet preget av orden. De fenomener som forekommer i denne virkeligheten er på forhånd preget av mønstre. Disse mønstre handler om handlinger og samhandling, det handler om rutiner og relasjoner. I hverdagens virkelighet bekreftes det enkelte menneske av de andre, og slik utvikles identitet og yrkesidentitet i arbeidsfellesskapet (13, 45, 46). Manglende involvering kan slik sett oppleves som en indirekte trussel mot en persons yrkesidentitet.

Informantenes erfaringer; **Å stå utenfor, Å å være sårbarhet, og Å være usikker**, kan ses i lys av Habermas teorier om det moderne samfunn, hvor begrepene livsverden og systemverden er sentrale (55). Livsverden er bærer av kulturell, sosial og personlig tradisjon. Livsverden er i hovedsak subjektiv men utvikles gjennom påvirkning både sosialt og objektivt. Det er tre ressurser alle samfunnsmedlemmer må ha for å kunne handle sosialt med hverandre; mening, solidaritet og identitet. Mening oppleves gjennom et felles kulturelt verdissystem, solidaritet handler om trygghet, fellesskap og tilhørighet. Identitet handler om oppdragelse, anerkjennelse og kunnskaper i handling og samhandling (13, 23, 56). Menneskets behov for trygghet, tilhørighet, anerkjennelse og forutsigbarhet er således av avgjørende betydning for dets identitet, også yrkesidentitet. Det er derfor mulig å forstå informantenes erfaringer i denne studien ut fra et slikt perspektiv.

Samfunnet som system er kontrasten til livsverden, en systemverden. Habermas hevder at samfunnet består av formelt organiserte handlingssystemer, subsystemer, som ivaretar bestemte oppgaver. Sykehuset kan oppfattes som et slikt subsystem (6, 23, 55).

I det vestlige samfunn ser man at systemverdens styringsinstrumenter som penger og makt, er aktive, også i sykehuset (13). Disse instrumentene er primært konstruert for å løse samfunnets materielle reproduksjon. I vårt samfunn brukes disse instrumentene også i reproduksjon av livsverden, hvilket kan medføre at mennesker føler seg fremmedgjort. Det ikke å bli sett eller hørt i forhold til egen yrkesutøvelse, handler om dette. Habermas kaller denne prosessen for kolonisering av livsverden (56). Penger, makt, effektivitet og andre ord fra systemverden dominerer etter hvert også den symbolske livsverden og skaper uro og forstyrrelser. Begrepene mening, solidaritet og identitet får ikke nok næring, hvilket fører til utrygghet og frustrasjoner.

I spenningsfeltet mellom systemverden og livsverden befinner medarbeiderne seg i hverdagen. I den enkelte medarbeiders livsverden ligger det et moralsett som både styrer personens tankesett, refleksjoner og handlingsvalg. Informantene i denne studien uttrykker bekymring i forhold til pasientgruppen. Behov for å sikre kvaliteten på tilbudet gjentas flere ganger i intervjuet, og samtalen preges av at gruppen ønsker å ta ansvar i institusjonen. Informantene har fått antydning om at stillinger skal legges ned, hvilket både aktiverer ansvar for pasientgruppene og frustrasjoner hos de berørte. Gruppen er bekymret for hvordan denne omorganiseringen viser seg i rutinene og venter på informasjon om hvordan dette vil arte seg for den enkelte og deres yrkesutøvelse. Finstad et al (48, 57) hevder at mesonivået en samhandlingsarena mellom mikronivå (den enkelte) og makronivå (systemet).

Det betyr at dersom en skal utvikle og fornye en organisasjon, må en bygge samhandlingsarenaer som bidrar til dialoger for konsensusutvikling. Dette er tråd med Habermas tanke om den kommunikative handling, diskursen, hvor målet er konsensus og hvor frigjøring fra systemverdens kolonisering er resultatet (12, 55). Å involvere, handler om å gi makt til medarbeiderne.

Dialoger om en felles forståelse og endringer i praksis handler om et reflektert deltagerperspektiv (48). Det å være deltaker innebærer at personer i relasjoner uttrykker tillit og åpenhet. Å være involvert handler om å ta valg og uttrykke valgene (17, 49). Informantene føler seg oversett og utenfor, og i denne tilstanden vender de seg mot seg selv. Å være i dialogen dreier seg om å bli mottatt i respekt av den andre. Å rette skyld mot seg selv i egen usikkerhet kan forstås som manglende respekt for seg selv og egen sårbarhet. Det kan oppfattes som en forklaring på en mekanisme, en reaksjon, som kanskje egentlig ikke kan forklares. Å skyldte på seg selv kan handle om ubevisst å bevare anerkjennelse i forhold til fagidentitet og plass i organisasjonen.

## Konklusjon

Sykehusene som organisasjon er stadig utsatt for endringsprosesser. utfordringene er mange. Det er således viktig å dokumentere disse prosessene gjennom forskning. Denne studien er knyttet til et omorganiseringssjektiv ved et mindre sykehus i Norge. Involvering av alle ansatte var et overordnet og ønsket mål i endringsprosessen. Sykehuset har lagt til rette for involvering, deltagelse og dialog i prosessen. Dette er sentrale elementer knyttet til frigjøring fra system og etablering av makt og ansvar til medarbeiderne. Det motsatte handler om ikke å bli involvert, mangelfull opplevelse av anerkjennelse og fagidentitet med utrygghet og manglende tillit som resultat.

Flere studier viser at omstilling generelt genererer økt usikkerhet blant ansatte, særlig knyttet til eget arbeid, redusert rolleklarhet og tap av kontroll. Erfaringene fra en gruppe som av ulike grunner ikke var aktive deltakere i prosessen, bekrefter således viktigheten av involvering, deltagelse, dialog og anerkjennelse. Deres erfaringer viser også kompleksitet når det gjelder endringsprosesser i arbeidskulturer; en kompleksitet hvor usikkerhet, utrygghet og skjulte verdier utfordrer omstillingen, både på prosess og resultat.

Kunnskaper om erfaringer med å stå utenfor er således vesentlig i planlegging og gjennomføring av endringer dersom endringsprosesser skal lykkes. Denne studien er basert på et begrenset utvalg, og videre forskning på erfaringer med å stå utenfor i endringsprosesser på eget arbeidssted, anbefales.

Godkjent for publisering 8.07.2010

Kontaktperson: Rita Jakobsen, Lovisenberg diakonale høyskole, Lovisenberggt. 15b, NO – 1165 Oslo, e-mail: rita.jakobsen@ldh.no, tlf. +47 95032166

Øvrige forfattere: Professor Venke Sørli, Høgskolen i Bodø, e-mail: venke.sorlie@ldh.no

1. lektor Thorbjørg Guttormsen, Universitetet I Tromsø,

e-mail: thorbjorg.guttormsen@uit.no,

Dosent Helga Finstad, Høgskolen I Bodø,

e-mail: helga.finstad@hibo.no

## Referanseliste

1. Finstad N (2005) Organisering og styring av helseforetakene. Helse Nord som et case. *Nordlandsforskning – Arbeidsnotat* nr. 1009
2. Rolland A (2006) Brukertilfredshet som mål for offentlig velferd. *Nordisk Administrativ Tidsskrift* Nr. 2
3. Kramer M, Maguire P, Schmalenberg C, Brewer B, Burke R, Chimielewski L, Cox K, Kishner J, Krugman M, Meeks-Sjøstrøm D, Waldo M (2007) Nurse manager Support: What Is It? Structures and Practice that promote it. *Nursing Administration Quarterly*, vol 31 (3) 2007, s 325 – 340
4. Kramer M, Schmalenberg C, Mcguire P (2004a) Essentials of Magnetic work environment. Nurse Manager support and adequate staffing. *Nursing vol 34 (8) s 44 – 47*

5. Kramer M, Schmalenberg C, Mcguire P (2004b) Culture: the unifying essential of magnetism. *Nursing vol 34 (9) s 44 – 48*
6. Nielsen K, Yarker J, Brenner SO, Randall R, Borg V (2008) The importance of transformational leadership style for the wellbeing of employees working with older people. *Journal of Advanced Nursing vol 63 (5) s 465–474*
7. Avolio B, Zhu W, Koh W, Bhatia P (2004) Transformational leadership and organizational commitment: mediating role of psychological empowerment role and role of structural distance. *Journal of Organizational Behaviour, nr 25, s 951 – 968*
8. Jung DI, Avolio BJ (2000) Opening the black box: an experimental investigation of the mediating effects of trust and value congruence on transformational and transactional leadership. *Journal of Organizational Behaviour 21, s 949 – 964.*
9. Guttormsen T, Finstad H, Sørli V (2008) Vilje til forbedring – Erfaring med å delta i organisatorisk endringsarbeid ved Nordlandssykehuset, Lofoten. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. Vol 4, nr 2, s 45–54
10. Minipulsen v/ Nordlandssykehuset (2005) *Integreringsprosjektet – forbedring gjennom involvering*. Minipulsen er et supplement til Pulsen nett – Ekstraavgave juni
11. Ringerike sykehus (2004) *Pasientfokuset Redesign – en metode for forbedringsarbeid ved Ringerike Sykehus HF*. Ringerike sykehus, Side 8–12
12. Jakobsen R (1995) *Det handlar om å leve..en beskrivende studie av planlegging, oppstart og drift av en sykehjemsavdeling*. Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap. Publikasjonsserie 1/95
13. Jakobsen R (2005) *Klar for fremtiden*. Oslo: Gyldendal Akademiske
14. Hummelvold JK (2004) Handlingsorientert forskningssamarbeid eksemplifisert ved Prosjekt undervisningsavdeling. *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatri*, s. 20–48. Hummelvold J.K (red).Oslo: Universitetsforlaget
15. Saksvik PØ, Nytrø K, Tvedt SD (2008) Sunn endring i organisasjoner. *Tidsskrift for Psykologforeningen, vol 45, nr 3, s 295 – 300*
16. Blau G (2003) Testing for a four-dimensional structure of occupational commitment. *Journal of Occupational Psychology, 76, 469 – 488*
17. Bordia P, Hunt E, Paulsen N, Tourish D, Difonzo N (2004) Uncertainty during organizational change: is it all about control? *European Journal of Work and Organizational Psychology, 13, 345 – 365*
18. Nguyen H, Kleiner BH (2003) The effective management of mergers. *Leadership & Organizational Development Journal, 24, 447 – 454*
19. Proctor T, Dukakis I (2003) Change management: The role of internal communication and employee development. *Corporate Communications, 8, 268 – 276*
20. Korunka C, Scharitzer D, Caratons P, Sainfort F (2003) Employee strain and job satisfaction related to an implementation of quality in public service organization: a longitudinal study. *Work and stress, 17, 52 – 72*
21. Kivimaki M, Vathera J, Elovainio M, Pentti J, Virtanen M (2003) Human cost of organizational downsizing. Comparing health trends between leavers and stayers. *American Journal of Community Psychology, 32, 57 – 67*
22. Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elvainio M, Vahtera J (2005) Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology, 34, 610 – 622*
23. Scott T, Mannion R, Davies HTO, Marshall MN (2003) Implementing culture change in health care: theory and practice. *International journal of quality on Health Care, (15), 2, s 111 – 118*
24. Marris P (1986) *Loss and change*. London : Routledge & Kegan Paul
25. Child J, Faulkner D (1998) *Strategies of Co-operation: Managing Alliances, Networks and Joint Ventures*. Oxford : Oxford University Press
26. Harris LC, Ogbonna E (2002) The unintended consequences of culture interventions: a study of unexpected outcomes. *British Journal of Management, 13, s 31 – 49*
27. Kamberelis G, Dimitradeis G (2006) Focus Groups. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3rd ed. Denzin N.K. & Lincoln Y.S. (editors). London: SAGE Publications
28. Sørfonden W, Finstad H (2003). «Forskerliv og hverdagsliv i samme båt – et tilbakeblikk på erfaringer med fokusgruppe intervju». *Vård i Norden, 3 (20)*
29. Mishler E G (1986) *Research Interviewing – Context and Narrative*. Harvard university press. Cambridge, Massachusetts and London
30. Webb B (2002) Using focus groups as research method: A personal experience. *Journal of Nursing Management, 10, 27 – 35*
31. Burns N, Grove S (1997) *The Practice of Nursing research; Conduct, Critique and Utilisation*. London: WB Saunders Company
32. Crombie JK, Davies HTO (1996) *Research in Health Care Design: Conduct and Interpretation of Health Services Research*. Chichester : John Wiley and Sons, s 73 – 86
33. Bryman A (1984) The debate about quantitative and qualitative research; a question of method or epistemology. *The Journal of Sociology, 35, 75 – 92*
34. Kreuger RA (1994) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. London: Sage Publications
35. Agar M, Macdonald J (1995) Focus groups and ethnography. *Human Organization, 54, 78 – 89*
36. Nuamathi A, Shuler P (1990) Focus group interview: a research technique for informed nursing practice. *Journal of Advances Nursing, 15, 1281 – 1288*
37. Crawford M, Acorn S (1997) Focus Groups: Their use in administrative research. *Journal of Nursing Administration, 27, 15 – 18*
38. Lindseth A, Norberg A (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18 (2), 145–153*
39. Ricoeur P (1976) *Interpretation Theory: Discourse and the surplus of Meaning*. Texas university press, Fort Worth, s 71 – 88
40. Sørli V (2001) *Beeing in ethical difficult care situations*. Umeå University Medical Dissertations New series 727
41. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH (2000) *Medisinsk etikk – en problematisert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademiske
42. Argyris C (1990) *Overcoming Organizational Defences*. New Jersey: Prentice Hall
43. Hills J, Grand JL, Piachaud D (2002) *Understanding Social Exclusion*. Oxford: Oxford University Press
44. Johansen ST (2007) Disputas: Tidlig tillit i arbeidsrelasjoner. [http://paraplyen.nhh.no/paraplyen/aktiv/2007/juni/disputas\\_/](http://paraplyen.nhh.no/paraplyen/aktiv/2007/juni/disputas_/)
45. Statens arbeidsmiljøinstitutt, STAMI (2009) *Tillit en forutsetning for bedre psykososialt arbeidsmiljø*. <http://arbeidstilynet.no/c26964/nyheter/vis.html?tid=47439>
46. Saksvik PØ, Tvedt SD, Nytrø K, Buvik MP, Andersen GR, Andersen TK, Torvatn H (2007) Developing criteria for healthy organizational change. *Work and stress, 21, s 243 – 263*
47. Øyum L, Andersen TH, Saksvik PØ (2006) Good leadership in healthy change process – case studies on how managers have made the change process positive experiences for the employees. *Paper presented at the EAOHP Annual Conference, Dublin, Ireland*
48. Finstad N, Løvland J (2006) Organisasjonsretorikk; dialog og endring. *Scandinavian Journal of Business Research 2*
49. Hammer TH, Saksvik PØ, Nytrø K, Torvatn H, Bayazit M (2004) Expanding the Psychosocial Work Environment: Workplace norms and Work-family conflict as correlates of stress and health. *Journal of Occupational Health Psychology, 9, s 83 – 97*
50. Clair JA, Dufresne RL (2004) Playing the grim reaper: How employees experience carrying out downsizing. *Human Relations, 57, s 1597 – 1625*
51. Kets de Vries MFR, Balazs K (1997) The downside of downsizing. *Human Relations, 50, s 11 – 50*
52. Halvorsen K (2002) *Sosiale problemer*. Bergen: Fagbokforlaget
53. Halvorsen K (2003) Sosial inkludering – på egne eller samfunnets premisser? *Artikkelbidrag til Helse og sosialdirektoratet, Annus Socialis*. <http://hio.no/content/view/full/14866>
54. Schein E (1995) *Organizational culture and leadership: A Dynamic View*. California: Jossey-Bass.
55. Habermas J (1999) *Kommunikativ handling, moral og rett*. Oslo: Tano Aschehoug
56. Gill R (2003) Change management – or change leadership? *Journal of Change management, 3, s 307 – 323*
57. Finstad N (2007) Mesonivået som utviklingsarena – Et tverrfaglig studie-felt. Nyseth et.al. *Artikkel I: I disiplinens grenseland. Tverrfaglighet i teori og praksis*. . Bergen : Fagbokforlaget Side 230–245

# Nursing students' knowledge about HIV/AIDS: An international comparison between Finland, Estonia and Lithuania

Tarja Suominen, PhD, Professor – Maj-Lis Vänskä, MScN, Lecturer – Niina Koponen, MScN, Lecturer – Vida Staniulienė, MScN, Dean – Natalja Istomina, PhD-student – Ilme Aro, PhD student, Lecturer – Ima-Riina Kisper-Hint, MScN, Lecturer – Maritta Välimäki, PhD, Professor

## ABSTRACT

**Aim.** This paper reports an exploration of Finnish, Estonian and Lithuanian nursing students' knowledge of HIV/AIDS.

**Background.** Preparing nursing students to care for persons with HIV/AIDS safely and effectively is a complex process. One of the first steps is to assess their knowledge of HIV/AIDS.

**Methods.** The data were collected by means of a questionnaire containing 17 demographic and other background items and 33 questions to measure nursing students' knowledge of HIV/AIDS. The data were collected in 2005 to 2006. A total of 569 questionnaires were distributed in Finland (N=213), Estonia (N=146) and Lithuania (N=210).

**Findings.** The nursing students demonstrated an average level of knowledge about HIV/AIDS. The mean number of correct answers for all three datasets was 21.74 out of 33 (minimum 9, maximum 31, MD 22.00, SD 3.83). Knowledge levels differed between the three countries ( $p < 0.001$ ). In addition, several background variables were found to influence nursing students' level of knowledge

*Our findings have important implications for EU harmonization of nursing education.*

**KEYWORDS:** nursing students, HIV/AIDS, knowledge, Finland, Estonia and Lithuania

## Introduction

The global HIV/AIDS epidemic is continuing to spread and intensify. Today, it is estimated that between 38 and 42 million people are infected, and that about half of these people are children under 15. Every year, AIDS claims 3.1 million lives; the number of deaths in the age group under 15 is 570,000. HIV is now the fourth leading cause of death worldwide (1).

The HIV/AIDS epidemic is growing the fastest in East Asia and Eastern Europe (1). In Estonia (a country with only 1.3 million inhabitants), the numbers infected have climbed to nearly 6,500 and in Lithuania to 1,200 (with a population of 3.5 million). In Finland, the figure currently stands at almost 2,200 (with a population of 5.4 million). Most of these people have been infected through intravenous drug use, but both Finland and Estonia have seen a sharp rise in the number of sexually transmitted HIV infections. (2-4). In each country and society, there are specific groups within the population who are less able than others to take the steps necessary to protect themselves. Women make up the largest portion of these at-risk groups, along with men who have sex with men and intravenous drug users (1).

Preparing nursing students to care for persons with HIV/AIDS safely and effectively is a complex process that involves more than the acquisition of scientific knowledge and the mastery of psychomotor skills (4-8). Previous studies have shown that nursing students' knowledge of HIV/AIDS is deficient: their scores have ranged from 22.2 (SD 3.27) (9) and 24.0 (SD 2.99) (10) through to 25.54 (SD 3.15) (11) out of 33 statements. This low level of knowledge is one of the reasons for their fears of occupational transmission of HIV (5, 6, 12).

Previous studies have revealed some areas where nursing students have a strong knowledge of HIV/AIDS. For example, nursing students are more knowledgeable than medical students about universal

precautions, but on the other hand they are misinformed about the handling of used needles and HIV transmission. Nursing students are most knowledgeable about HIV/AIDS risk groups, and least knowledgeable about HIV transmission (5-7, 12-17).

Several background factors have been found to correlate with nursing students' HIV/AIDS knowledge level; these include age, sex, marital status and knowing someone with AIDS. Single students have a higher knowledge level than married or widowed/divorced students (10, 11, 18, 19). Male and older students tend to be more knowledgeable than female and younger students. In addition, age and grade have a positive correlation with knowledge (13, 19), meaning that as age and grades increased, the knowledge score rose significantly. Previous experience in caring for an AIDS patient has been found to increase knowledge levels and to reduce fears of contagion (10, 20). Knowing someone with AIDS correlates with a higher knowledge level and less fear of HIV/AIDS (21).

## Purpose and research questions

The purpose of this study was to describe Finnish, Estonian and Lithuanian nursing, midwifery and public health nurse students' (hereafter referred to as «nursing students») knowledge level about HIV/AIDS. This was done in order to recognize the possible knowledge gaps and to offer more information to develop the nursing curriculum.

The research questions were as follows:

1. What is the level of HIV/AIDS knowledge among nursing students in Finland, Estonia and Lithuania?
2. Are there differences in the level of HIV/AIDS knowledge between the student groups from these three countries?
3. What associations are found between nursing students' background factors and level of knowledge about HIV/AIDS?

## Methods

### Instrument

The nursing students' knowledge levels were tested using a modified version of the *State University of New York at Buffalo School of Nursing AIDS Study Questionnaire* by Held (22). The instrument was modified and its validity checked together with its author and medical experts in 2005. The first author of the present article has received permission in her capacity as project leader to use this instrument.

The instrument contains 17 demographic and other background items based on previous literature and 33 questions concerning nursing students' knowledge of HIV/AIDS. Among the demographic and background items, nursing students were asked to indicate their age, gender, marital status, whether they had children and how long they had been studying for their present degree; whether they knew a family member or anyone else who had HIV/AIDS; whether they had ever been asked to care for a person with HIV/AIDS; whether they had ever refused to care for a person with HIV/AIDS; whether they had ever cared for a person diagnosed with HIV/AIDS; and whether they would be willing to care for a person with HIV/AIDS. The HIV/AIDS knowledge items included questions under the headings of HIV/AIDS immunopathology, modes of transmission, disease aetiology, risk groups, and universal precautions. Possible responses were 1 = True, 2 = False, and 3 = Don't know.

For this study, the instrument was translated into Finnish, Estonian, Russian and Lithuanian using the back-translation technique (23).

### Procedure and ethical issues

Before data collection, the questionnaire was pilot-tested ( $n=82$ ) in Estonia and ( $n=32$ ) in Lithuania; in Finland the instrument had already been piloted earlier (10). Only minor adjustments were needed on the basis of the pilots.

The study population consisted of a convenience sample of nursing students; a total of 569 questionnaires were distributed to students in Finland ( $N=213$ ), Estonia ( $N=146$ ) and Lithuania ( $N=210$ ). The response rate in Finland was 79% ( $n=169$ ), in Estonia 90% ( $n=132$ ) and in Lithuania 81% ( $n=170$ ).

The study was carried out in autumn 2005 and spring 2006. Permission to conduct the study was obtained from the principals of the respective institutions. All students in their last year of study were handed a questionnaire during regular classroom hours or immediately after class. In Finland the questionnaires were distributed by the researcher at one polytechnic. In Estonia and Lithuania, data collection was organized by a specially appointed contact person at two polytechnics and at one college and one university, respectively. In each country the institutions were located in a geographical area where the prevalence of HIV/AIDS is significantly high.

It was stressed to the students, both before they completed the questionnaire and in the cover letter, that their responses would be treated confidentially and anonymously, and that participation was voluntary. Completion the questionnaire was considered to imply informed consent. All students were given the right answers to the knowledge test after data collection.

### Data analysis

The data were analysed using SPSS for Windows version 14.0. The demographic variables were analysed using descriptive statistics. Between-country comparisons were conducted by means of cross-tabulation and the chi-square test.

Knowledge about HIV/AIDS was first examined using descriptive analysis and compared between countries by cross-tabulation and the chi-square test. For the purpose of tabulating the students' level of knowledge about HIV/AIDS, all correct answers were recoded as equal to one and all incorrect and «don't know» answers recoded as zero. Data from the 33 HIV/AIDS questions were totalled, giving an individual knowledge score from 0 to 33.

Various tests were used to evaluate the significance of the association between the nursing students' background variables and knowledge scores. The relationship between dichotomous background vari-

ables and knowledge scores was tested using Student's t-test, while the association between categorical background variables and knowledge scores was tested using one-way Anova with Bonferroni corrections. Associations between numerical background variables and knowledge scores were tested with the Spearman test. One-way Anova and Student's t-test were used to identify differences between the three countries. In all tests, p-values less than 0.05 were interpreted as statistically significant. (23.) In what follows, all statistically significant results are reported.

## Results

### Study participants

Responses were obtained from 471 nursing students in Finland ( $n=169$ ), Estonia ( $n=132$ ) and Lithuania ( $n=170$ ). The nursing, midwifery and public health nurse students ranged in age from 19 to 59 years (mean 29.9 years, SD 8.8). The great majority of the students were female (96.8%), with male students accounting for 4% in Finland, 2% in Estonia and 3% in Lithuania. Over half or 53.6% were married, 40.6% were single, and 5.7% were widowed or divorced. In Estonia the majority of the respondents were single (65.6%), whereas in Finland (57.4%) and Lithuania (65.3%) the majority reported being married or cohabiting ( $p<0.001$ ). Less than half (41.7%) of the respondents had children. These results differed significantly between the three groups: in Lithuania 68.0% of the nursing students had children, in Finland the figure was 32.0% and in Estonia 20.5% ( $p<0.001$ ). 81.5% of the participants were studying to be nurses, 12.3% midwives and 5.1% public health nurses. The mean duration of studies at the time of the survey was 4 years, ranging from 0 to 10 years (SD 3.0).

Nearly 20 per cent of the students (19.5% in Finland, 16.0% in Estonia and 22.9% in Lithuania) knew someone who had HIV/AIDS. One-third (34.4%) had been asked to care for somebody with HIV or AIDS; this ranged from 49.1% in Finland through 36.4% in Estonia to 18.2% in Lithuania ( $p<0.001$ ). The vast majority or 98.5% had never refused to do so. In the whole dataset 63.6% had never cared for an HIV or AIDS patient, although this varied between the three countries. In Finland 53.5% and in Estonia 38.2% of the nursing students had provided care for an HIV/AIDS patient, compared to only 18.3% in Lithuania ( $p<0.001$ ). Significant group differences emerged when the students were asked about their willingness to care for an HIV/AIDS patient: 79.3% of the Finnish, 82.3% of the Estonian and only 18.1% of the Lithuanian nursing students expressed their willingness to do so ( $p<0.001$ ).

### Nursing students' level of knowledge about HIV/AIDS

The nursing students showed an average level of knowledge about HIV/AIDS. The mean number of correct answers for all datasets was 21.74 out of the 33 items (minimum 9, maximum 31, MD 22.00, SD 3.83). Significant group differences in the knowledge scores were found between Finland and Estonia ( $p<0.001$ ), between Finland and Lithuania ( $p<0.001$ ) and between Estonia and Lithuania ( $p<0.001$ ). For the mean knowledge scores, see Table 1.

**Table 1. Nursing students' knowledge scores about HIV/AIDS**

Variable	Knowledge score				
	Min	Mean	MD	SD	Max
<b>Whole data (n=385)</b>	9.00	21.74	22.00	3.83	31.00
<b>Finland (n=153)</b>	15.00	23.89	24.00	2.98	31.00
<b>Estonia (n=107)</b>	11.00	21.80	22.00	3.72	30.00
<b>Lithuania (n=125)</b>	9.00	19.05	19.00	3.11	26.00

Tests used: Mean (with minimum and maximum scores, median and standard deviation)

Group differences were also examined at the item level. Statistically significant differences are presented in Table 2. Among the items concerning HIV/AIDS immunopathology, most of the students knew correctly that AIDS is a disease that attacks the human immune system. Significant group differences emerged in responses to the statement that a positive HIV antibody test meant that the person has AIDS. Estonian and Finnish students knew the correct answer far more often than Lithuanian students. Among all students only 23.9% knew that the first symptoms of HIV appeared within 6 months of infection (37.3% correct answers in Finland, 24.2% in Estonia and 10.1% in Lithuania). Only 61.9% of the Finnish as compared to 85.2% of the Estonian and 78.7% of the Lithuanian students knew that the AIDS virus was not similar to those responsible for other venereal diseases ( $p < 0.001$ ). The statement that saliva, tears and urine have high HIV concentrations was correctly answered by 53.8% of Finnish, 66.4% of Estonian and 15.6% of Lithuanian students ( $p < 0.001$ ).

Among the items related to nursing procedures and practices, Finnish, Estonian and Lithuanian students differed in their views concerning the AIDS disease itself: the majority of Finnish (92.9%) and Estonian (93.9%) students were well aware that there is no cure for AIDS, but in Lithuania only 27.7% of the students knew the correct answer ( $p < 0.001$ ). Over half or 58.8% of all respondents knew that isolation depended on the patient's present specific infection (Finland 77.4%, Estonia 62.6% and Lithuania 37.3%;  $p < 0.001$ ). Correct answers to the statement concerning the use of facial protection were received from 89.9% of Finnish, 63.6% of Estonian and 58.0% of Lithuanian students ( $p < 0.001$ ). The use of full protective clothing was known to be unnecessary by 88.7% of Finnish, 55.0% of Estonian and 38.7% of Lithuanian nursing students ( $p < 0.001$ ).

Nursing students in the three countries were quite well aware of the risk groups and risk factors for HIV/AIDS. Knowledge about the associations between HIV/AIDS and sexuality differed between the three groups: in Finland 96.4%, in Lithuania 82.7% and in Estonia 61.9% of the nursing students agreed with the statement that

**Table 2. Statistically significant differences at item level**

	Finland		Estonia		Lithuania		Chi2(df)	p
	n	%	n	%	n	%		
There is no cure for AIDS. *	168		132		166		219,376(4)	<0.001
true		92,9		93,9		27,7		
false		4,2		3,8		36,1		
don't know		3,0		2,3		36,1		
A positive HIV antibody test means that person has AIDS.	169		132		170		86,441(4)	<0.001
true		79,9		81,1		38,8		
false		13,6		17,4		50,0		
don't know		6,5		1,5		11,2		
The HIV is found in high concentration in saliva, tears, and urine.	169		131		167		112,434(4)	<0.001
true		53,8		66,4		15,6		
false		14,2		16,0		53,9		
don't know		32,0		17,6		30,9		
AIDS is caused by a virus similar to that which causes other venereal diseases.	168		128		164		34,325(4)	<0.001
true		61,9		85,2		78,7		
false		3,6		7,0		3,0		
don't know		34,5		7,8		18,3		
All homosexuals have HIV.	169		132		169		34,489(4)	<0.001
true		98,8		91,7		79,9		
false		0		3,0		7,7		
don't know		1,2		5,3		12,4		
Condoms give a person 100% protection against contracting HIV from sexual practices.	166		130		170		60,023(4)	<0.001
true		59,0		72,3		54,1		
false		36,1		18,5		15,9		
don't know		4,8		9,2		30		
Symptoms of AIDS occur within six months following infection with the HIV.	169		132		168		46,993(4)	<0.001
true		37,3		24,2		10,1		
false		25,4		50,0		44,6		
don't know		37,3		25,8		45,2		
Infections (opportunistic) are common complications of AIDS. *	168		129		164		30,637(4)	<0.001
true		56,0		40,3		26,8		
false		0,6		3,1		2,4		
don't know		43,5		56,6		70,7		
HIV Wasting Disease is one of death among people with AIDS in developing countries. *	168		130		169		22,440(4)	<0.001
true		29,8		14,6		35,5		
false		4,8		13,8		10,1		
don't know		65,5		71,5		54,5		
AIDS is more thought of as a disease related to sexual risks behaviour rather than sexual preferences. *	169		126		168		73,596(4)	<0.001
true		96,4		61,9		82,7		
false		1,2		6,3		8,9		
don't know		2,4		31,7		8,3		

	Finland		Estonia		Lithuania		Chi2(df)	p
	n	%	n	%	n	%		
HIV can be transmitted by casual contact with persons who have the disease.	167		132		169		35,934(4)	<0.001
true		89,2		80,3		63,3		
false		8,4		14,4		21,9		
don't know		2,4		5,3		14,8		
The need for isolation required for patients hospitalized with HIV or AIDS depends on the specific infection presents *	168		131		169		57,771(4)	<0.001
true		77,4		62,6		37,3		
false		10,7		21,4		35,5		
don't know		11,9		16,0		27,2		
Masks should be routinely worn when dealing with individuals with HIV or AIDS.	168		132		169		66,177(4)	<0.001
true		89,9		63,6		58,0		
false		3,0		29,5		20,1		
don't know		7,1		6,8		21,9		
Pregnant women, who use proper precautions are still at increased risk of contracting the HIV.	166		126		167		135,329(4)	<0.001
true		81,3		38,9		22,2		
false		4,8		30,2		50,3		
don't know		13,9		31,0		27,5		
There is good evidence that HIV cannot be transmitted to a foetus before birth.	168		130		168		52,380(4)	<0.001
true		41,1		41,5		31,5		
false		22,0		43,1		16,1		
don't know		36,9		15,4		52,4		
It is necessary to wear complete protective coverings (i.e. mask, eyewear, cap, gown, and gloves) while dealing with people who have HIV or AIDS.	168		131		155			
true		88,7		55,0		38,7		
false		7,1		36,6		45,2		
don't know		4,2		8,4		16,1		

\* the statement is right

HIV/AIDS is more closely related to sexual risk behaviour than sexual orientation ( $p < 0.001$ ). In Finland 81.3% agreed that pregnant women who protect themselves are at no greater risk of contracting HIV/AIDS than others. In Estonia only 38.9% of the students and in Lithuania 22.2% agreed with this statement ( $p < 0.001$ ).

In terms of protection from HIV/AIDS, 59.0% of Finnish, 72.3% of Estonian and 54.1% of Lithuanian students knew that condoms do not give 100% protection against HIV ( $p < 0.001$ ).

As for items concerning the stigma of HIV/AIDS, it was found that virtually all (98.8%) Finnish students knew that not all homosexuals have HIV/AIDS; the figures in Estonia and Lithuania were 91.7% and 79.9%, respectively ( $p < 0.001$ ). Daily contact with HIV/AIDS patients was not thought to increase the risk of contracting HIV by 89.2% of Finnish, 80.3% of Estonian and 63.3% of Lithuanian students ( $p < 0.001$ ).

Knowledge of the diseases associated with HIV/AIDS was relatively poor: 56.0% of Finnish, 40.3% of Estonian and 26.8% of Lithuanian students knew that opportunistic infections were commonly associated with AIDS ( $p < 0.001$ ). HIV wasting disease was known to be one of the most common fatal diseases associated with AIDS in the

developing countries by 39.9% of Finnish, 14.6% of Estonian and 35.5% of Lithuanian nursing students ( $p < 0.001$ ).

### Background variables – associated with knowledge level

In the whole dataset, five demographic background variables were found to be associated with nursing students' level of knowledge about HIV/AIDS. Midwifery and public health nurse students had higher knowledge scores than those studying to be nurses (means 24.40 [MD 25.00, SD 2.80] and 24.4 [MD 24.40, SD 3.02] vs. 21.14 [MD 21.00, SD 3.79],  $p < 0.001$ ). Work experience in years was also associated with knowledge level, showing a slightly negative correlation with knowledge score ( $r = -.170$ ,  $p = 0.001$ ), i.e. students with less work experience had a higher knowledge level. The most important factor in this analysis was nursing students' previous experience of providing care for an HIV/AIDS patient. See Table 3 for the HIV/AIDS related variables' associations with knowledge level.

In the Finnish data, two background variables were associated with nursing students' knowledge level. First, the respondent's age correlated slightly positively with knowledge score ( $r = .180$ ,  $p = 0.027$ ), indicating that older students were more knowledgeable about HIV/AIDS. Furthermore, it was found that those who had studied longer achieved a higher knowledge score ( $r = .161$ ,  $p = 0.047$ ).

Among Estonian students, three background variables influenced the mean knowledge score. Midwifery students showed a higher

knowledge level than those studying to be nurses (means 25.17 [MD 25.00, SD 2.44] vs. 21.38 [MD 21.00, SD 3.64],  $p = 0.009$ ). Marital status also correlated with knowledge level: those who said they were married or cohabiting achieved a higher knowledge score than single students (means 23.03 [MD 23.00, SD 3.14] vs. 21.19 [MD 21.00, SD 3.75],  $p = 0.009$ ). At the same time, age was found to correlate positively with knowledge score; older students were more knowledgeable about HIV/AIDS than younger students ( $r = .298$ ,  $p = 0.002$ ).

Among Lithuanian nursing students, two numerical background variables correlated with knowledge score. First, the respondent's age was associated with knowledge ( $r = .197$ ,  $p = 0.028$ ), with older students demonstrating more knowledge about HIV/AIDS than younger students. Years of education in the nursing field also correlated positively with knowledge score ( $r = .199$ ,  $p = 0.029$ ), indicating that more education contributes to greater knowledge about HIV/AIDS.

### Discussion

Our study revealed that nursing students in the three groups participating in our study have an average level of knowledge about HIV/AIDS. However, there is marked variation between the students from the institutions studied: the mean score in Finland was 23.9, in

**Table 3. HIV/AIDS related background variables and their association with nursing students' knowledge level**

Variable	KNOWLEDGE SCORES			
	Whole data	Finland	Estonia	Lithuania
	p-value mean (MD,SD)	p-value mean (SD)	p-value mean (SD)	p-value mean (SD)
<b>Knows a family friend or a close one with HIV/AIDS</b>	<0.001	n.s.	n.s.	n.s.
Yes	21.83 (23.00, 3.65)			
No	21,7 (3,9)			
<b>Has been asked to provide care for an HIV/AIDS patient</b>	<0.001	n.s.	n.s.	n.s.
Yes	22.87 (23.00, 3.39)			
No	21.13 (21.00, 3.91)			
<b>Has provided care for an HIV/AIDS patient</b>	<0.001	n.s.	n.s.	n.s.
Yes	22.96 (23.00, 3.36)			
No	21.03 (21.00, 3.91)			
<b>Is willing to provide care for an HIV/AIDS patient</b>	<0.001	n.s.	n.s.	n.s.
Yes	22.73 (23.00, 3.65)			
No	20.31 (20.00, 3.69)			

Tests used: Mean (with median and standard deviation) and student t-test (p-values less than 0.05 were interpreted as statistically significant)

Estonia 21.8 and in Lithuania 19.1. Previous studies have reported higher means, from 25.5 in Finland (11) through 24.0 in Germany (10) to 22.2 in England (9). The importance of knowledge level stems from its close associations with levels of fear (5).

Nursing students' are poorly informed about the precautions required by HIV/AIDS. This needs to be highlighted most particularly in the case of Estonia where there are almost 6,500 HIV infected people in a population of just 1.3 million. Their knowledge of associated diseases is also poor, as has been reported earlier (see e.g. 9 - 11).

Knowing someone with HIV/AIDS was associated with a higher knowledge level, as reported earlier among others by Gershon et al. (21). Having been asked to provide care, having provided care or being willing to provide care were also positively associated with knowledge level (also e.g. 10, 20). This association has also been shown among nurses (e.g. 24).

There are some limitations in this study that warrant comment. Firstly, in all three countries it focused on major population centres and educational institutions. It therefore sheds no light on the situation in more rural areas. Having said that, the incidence of HIV/AIDS cases is highest precisely in urban areas. Additionally, the instrument used in this study was originally developed in the USA, and question marks will certainly be raised about its applicability in different cultural and health care settings. On the other hand, the instrument has been successfully used in earlier studies in other cultures, including Finland, Germany and the UK (9 - 11).

## Conclusion

This article has presented baseline data on the knowledge levels of final year nursing students in big cities in three countries. These data will be used in developing an intervention programme designed to strengthen nursing students' knowledge and may also offer a valuable basis for supplementary education. In particular, nursing students need to be better informed about proper protection practices. Knowledge about associated diseases is also important so that patients can be immediately referred to appropriate care. Overall, nursing students' knowledge level was around average, although there were some signi-

ficant differences between these three student groups from different countries. Some historical, cultural etc. aspects may explain some differences. However, our findings have important implications for the development of nursing education in neighbouring countries, in their educational institutions, and across the whole of Europe. Also Pickles and colleagues (25) in their recent review concluded that there is reluctance on the part of some nursing students in specific regions to provide care for people with HIV/AIDS. So, educational programmes based on research evidence should be highlighted.

Accepted for publication  
25.05.2010.

Tarja Suominen, PhD, Professor, University of Tampere, Department of Nursing Science Tampere, Finland, tarja.suominen@uta.fi

Maj-Lis Vänskä, MScN, Lecturer, Helsinki Polytechnic Metropolia, Helsinki, Finland  
maj-lis.vanska@metropolia.fi

Niina Koponen, MScN, Lecturer, South Carelia Adult Education Center, Lappeenranta, Finland, nkooponen@gmail.com

Vida Staniuliene, MScN, Dean, Klaipeda College, Klaipeda, Lithuania, vida.s@email.lt

Natalja Istomina, PhD student, Vice Dean, University of Klaipeda, Faculty of Health Sciences, Klaipeda, Lithuania, natalja.istomina@ku.lt

Ilme Aro, PhD student, Lecturer, University of Tartu, Department of Nursing, Tartu, Estonia, ilme.aro@ut.ee

Ima-Riina Kisper-Hint, MScN, Lecturer, Tallinn Health College, Tallinn, Estonia, riina@tk.ee

Maritta Välimäki, PhD, RN Professor, Nursing Director, University of Turku, Department of Nursing Science/Hospital District of Southwest Finland, Turku, Finland, maritta.valimaki@utu.fi

Address for correspondence: Tarja Suominen, PhD, Professor, University of Tampere, Department of Nursing Science, Lääkärikatu 1, 33014 University of Tampere, tarja.suominen@uta.fi

## References

1. UNAIDS. Epidemic update: December 2006. [http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006\\_EpiUpdate\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf). 2006.
2. Estonian Tervisekaitseinspeksiioon: Nakkushaigused ( HIV ja AIDS Nakkushaigused statistics) <http://www.Tervisekaitseinspeksiioon.ee>. 2007.
3. National Public Health Institute: HIV & AIDS tapaustilastot (HIV & AIDS prevalence statistics). <http://www.ktl.fi>. 2007.
4. Lithuanian AIDS center: Epidemiologic situation in Lithuania. [www.aids.lt](http://www.aids.lt). 2007.
5. Durkin A. Comfort levels of Nursing Students regarding clinical assignment to a Patient with AIDS. *Nursing Education Perspectives* 2004; 25:22-25.

6. Juan C-W, Siebers R, Wu F F-S, Wu C-J, Chang Y-J, Chao C. The attitudes, concerns, gloving practices and knowledge of nurses in a Taiwanese hospital regarding AIDS and HIV. *International Journal of Nursing Practice* 2004;10:32-38.
7. Kim K-Mi, Kim M-A, Chung Y-S, Kim N-C. Knowledge and performance of the universal precautions by nursing and medical students in Korea. *AJIC: American Journal of Infection Control* 2001;29:295-300.
8. Uwakwe C. Systematized HIV/AIDS education for student nurses at the University of Ibadan, Nigeria: impact on knowledge, attitudes and compliance with universal precautions. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32:416-424.
9. Peate I, Suominen T, Välimäki T, Lohrmann C, Muinonen U. HIV/AIDS and its impact on student nurses. *Nurse Education Today* 2002;22: 492-501.
10. Lohrmann C, Välimäki M, Suominen T, Muinonen U, Dassen T, Peate I. German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: two decades after the first AIDS cases. *Journal of Advanced Nursing* 2000;31:696-703.
11. Välimäki M, Suominen T, Muinonen U, Lohrmann C, Peate I, Kaurila T. Terveystieteiden opiskelijoiden ja hoitajien tiedot HIV- ja AIDS-sairaudesta ja asennoituminen tähän. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2000;37:318-329.
12. Earl C, Penney P. Rural nursing students' knowledge, attitudes and beliefs about HIV/AIDS: a research brief. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2003;4: 70-73.
13. Bektas HA, Kulakac Ö. Knowledge and attitudes of nursing students toward patients living with HIV / AIDS: A Turkish perspective. *AIDS Care* 2007; 888-894.
14. Ferrer L, Cianelli R, Guzman E, Cabieses B, Irrazabal L, Bernales M, Araya A. Chilean University Students: Knowledge and Concern about HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2007; 18:51-56.
15. Williams AB, Wang H, Burgess J, Wu C, Gong Y, Li Y. Effectiveness of an HIV/AIDS educational programme for Chinese nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2006;53:710-720.
16. Serlo K, Aavarinne H. Attitudes of university students towards HIV/AIDS. *Journal of Advanced Nursing* 1999;29:463-470.
17. Serlo K. University students' attitudes towards HIV/AIDS in Finland and in Kenya. *Acta Univ. Oul. D* 995. 2008.
18. Oermann MH, Gignac D. Knowledge and attitudes about AIDS among Canadian nursing students: educational implications. *Journal of Nursing Education* 1991;30: 217-221.
19. Robb H, Beltran ED, Katz D, Foxman B. Sociodemographic factors associated with AIDS knowledge in a random sample of university students. *Public Health Nursing* 1991;8:113-118.
20. Glad JA., Tan W-N, Erlen. J. Fear of AIDS, Homophobia, and Occupational Risk for HIV A Staff Development Challenge. *Journal of Nursing Staff Development* 1995;11:313-320.
21. Gershon R, Curbow B, Kelen G, Celantano D, Lears K, Vlahov D. Correlates of attitudes concerning human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome among hospital workers. *American Journal of Infection Control* 1994;22:293-299.
22. Held SL. The effect of AIDS education program of the knowledge and attitudes of a physical therapy class. *Physical Therapy* 1993;73:156-164.
23. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization.* 5th edn., WB Saunders, Philadelphia. 2005.
24. Walusimbi M, Okonsky J. Knowledge and attitude of nurses caring for patients with HIV/AIDS in Uganda. *Applied Nursing Research* 2004; 2:92-99.
25. Pickles D, King L, Belan I. Attitudes of nursing students towards caring for people with HIV/AIDS: thematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65:2262-73.

# NY UTGAVE

## Kreftsykepleie – 3 utg.

*Pasient – utfordring – handling*

*Anne Marie Reitan, Tore Kr. Schjølberg (red)*



**REVDERT  
UTGAVE**

I denne tredje utgaven av *Kreftsykepleie* er kapitlene faglig oppdaterte ut fra ny kunnskap og forskning på feltet.

De fleste temaene fra forrige utgave er beholdt, men noen kapitler er nyskrevet av nye forfattere. Andre kapitler er nye i denne utgaven.

ISBN 978-82-7950-144-2

Pris kr 850,- • Bok. ib., 3. utg. 2010 • 720 sider

**Akribe**

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

# The views of students completing continuing education of family health nursing

Tuovi Hakulinen-Viitanen, RN, PhD, Adjunct Professor – Pirjo Havukainen, RN, PhD – Marjaana Pelkonen, RN, PhD, Adjunct Professor

## ABSTRACT

**Aim:** The purpose of the study was to describe the views of post-basic students participating in the continuing education of family health nursing.

**Background:** The research was a part of WHO's family health nursing project, which aimed at deepening the family health nursing skills of registered nurses. In Finland, these studies were realised at two Universities of Applied Sciences in three study groups.

**Methods:** The data was comprised of students' written documents prepared at different stages of the studies. The data was analysed by using content analysis.

**Findings:** Family health nursing was seen as the responsibility of the individual in nursing, the participation of family members in the care, interaction and cooperation with the family and empowering the family. These subcategories were categorised and reviewed in the light of the levels of family health nursing. They were family as a context, as a sum of its parts, as a subsystem and as a client. Students' views changed during the education from one of emphasising the individual to a more expansive view of the family.

**Conclusion:** The continuing education of family health nursing increased students' theoretical knowledge and readiness to encounter the family.

**KEYWORDS:** family health nursing, continuing education, post-basic students

## Introduction

World Health Organisation's (WHO) launched a Family Health Nurse project in its 13 member countries in Europe in 2001. One purpose of the project was to educate nurses for family health nursing, so that they could better promote family health, and, in the early stage, also intervene in cases of health risks to individual people, families and communities. The objective of the education was to support family-centred nursing care (1). In Finland, the continuing education of family health nursing was organised at two Universities of Applied Sciences.

Family health nursing has been studied from the perspectives of clients and families (2; 3; 4; 5) and from the viewpoint of nurses (6; 7; 8; 9). These studies have stated, for example, that responding to the needs of the whole family helps the family to cope, and promotes commitment and satisfaction with the care. An ability to meet the families' needs and positive client feedback also increase nurses' occupational satisfaction (7) though assessment of family health needs requires considerable knowledge and expertise (10). According to studies (8; 11), there is still plenty to be developed in family health nursing, in the field of nursing expertise, for example.

In Finland, family nursing research has focused more on clinical nursing than on nursing education. Therefore, family health nursing education has been studied less in Finland (12; 13) than in internationally (14; 15; 16; 17; 18; 19) from the perspectives of both teachers and students. Above mentioned researchers have shown that nurse education has not sufficiently developed the family health nursing competencies of employees. In addition, there is a need to develop the competencies of teachers in family health nursing, which will then be reflected in the students' i.e. future nurses' skills and ability to support families (12; 13; 16; 18). The need to study the continuing education of family health nursing, especially from the students' viewpoint, still remains.

## Background

### Family health nursing

According to the WHO curriculum (1), family health nursing is composed of many theories, such as system, interaction, development and empowerment theory (3; 20; 21). Defining family health nursing is challenging. The purpose of family health nursing is to promote,

maintain and restore family health (1). Recognition of a family's own resources and the active effort to increase these resources are important in family health nursing. In this task, the nurse plays a significant role (3; 22; 23).

In family health nursing, different emphasis is placed on the family. In nursing, the family can exist in the social context of the client, as a sum of its constituent parts (family members), as a subsystem, as the client itself and as part of the community (20; 21; 24). The family's existence in the background is considered as a minimum demand for family health nursing, in which case actual nursing is targeted at the individual. According to the view family as a sum of its constituent parts, different members of the family are cared for on the basis of their needs and problems. Family as a subsystem means that focus is in assessment and care. The focus shifts to the examination of family dynamics and resources, when the family is the client in nursing. According to the fifth and widest perspective, the family is regarded as part of the community, in which case the reciprocity between the family and community is considered in nursing. (20; 21; 24.)

### Key features of the curriculum

Education of family health nursing lasting for two semesters and 60 credits (ECTS) were offered to three student groups in Finland. These studies were based on an approach, according to which an adult as a learner is self-directed and can utilise his/her own experiences. The teacher's responsibility is to build such circumstances in which the students can recognise their learning needs and the significance of theoretical knowledge (1; 25).

According to competence-based approach, learners are active, goal-oriented, self-directed problem solvers with accumulated life experience that influences what is learned (26). Learning can be described as aiming at a common goal of the student group and working community, problem-solving and the sharing of meanings (27; 28). Critical thinking promotes a change of conceptual thinking, the application and further development of theories, and also raises new questions about the practice (29; 30). The teacher's task is then to guide the students to acquire deeper knowledge by means of different teaching methods and guidance. Because of this, lectures, group discussions, case-method, web-based learning, guidance and written documents (outset essays, reports of practice-based development projects and

final essays) and clinical training were chosen as teaching and learning methods (31).

The curriculum of Group I was based on the WHO curriculum and included six modules: an introductory module – the family health nurse course (3 cr.), family nursing (12 cr.), decision-making in family nursing (6 cr.), research and development in family health nursing (15 cr.), family health nurse – working in communities (12 cr.) and management and research, managing resources, leadership and multidisciplinary working in family health nursing (12 cr.). The module research and development in family health nursing included working life-based development project. The curricula of Groups II and III were modified into four modules still following the WHO curriculum (1). They were health promotion of the family (15 cr.), interaction and counselling of the client (15 cr.), the development of the competence of family health nurse (15 cr.) and learning in clinical practice (15 cr.).

### Aim

The aim of this article is to describe the views of post-basic students (registered nurses) participating in the continuing education of family health nursing by means of written documents connected to different stages of the studies (outset essays, reports of development projects and final essays). The research questions were as follows:

- 1) What kind of views do post-basic students have on family health nursing?
- 2) What kind of changes occurred in the students' views on family health nursing as their education proceeded?

### Methods

#### Participants

Students participating in the continuing education of family health nursing were of different ages (26–57 years) and their work experience varied from 5 to 35 years. There were 7 students in the first student group, 19 in the second and 17 in the third, altogether 43 people. The students in Group I and II were registered nurses and students in Group III were registered nurses and either public health nurses or midwives.

#### Data collection

A total of 45 written documents out of 54 documents were analysed (Table I). The data consisted of written documents completed at different stages of the studies of the three student groups participating in the continuing education of family health nursing: altogether 15 outset essays, 20 reports of practice based development projects and 10 final essays. At the beginning of the education, the students wrote an outset essay about their work, in which they described their tasks for training and working community from the perspective of family health nursing. At the end of the studies, they wrote a final essay on the same topic.

The students had the choice of preparing the practice-based development project alone, in pairs or in small groups. The topics were

**Table II. Examples of the production of the contents of the identified levels of family health nursing**

Examples based on the data	Subcategories describing the students' views on family health nursing	Categories: The identified levels of family health nursing
'The basis of family health nursing is that the client has the final responsibility for settling his/her own life.'	Emphasising the individual's own responsibility	Family as context of individual/patient in nursing
'The starting point of family work is, not only the patient, but also to educate close relatives as part of the holistic care of patients.'	Participation of different family members in patient care	Family in nursing as the sum of its constituent parts
'Child care is planned and realised in cooperation with the parents.'	Interaction and cooperation with the family	Family as a subsystem
'The purpose of family health nursing is to empower the family without forgetting the self-care principle.'	Empowering the family	Family as a client

selected based on family health nursing problems or development targets identified in the practice. In such a case, the aim was to deepen and widen the view of family health nursing in the working community. The working community offered a field for development.

#### Data analysis

The data were analysed qualitatively using both inductive and deductive content analysis (32; 33). The written documents were read thoroughly several times to gain a sense of the whole. The topical themes about family health nursing were identified. A clause was used as the unit of analysis. The number of units of analysis in the outset essays was 293, in the reports of development projects 3,747 and in the final essays 114 (total of 4,155 units of analysis). Based on the data, the students' views on family health nursing were classified into four different subcategories which were named: emphasising the individual's own responsibility, participation of different family members in patient care, interaction and cooperation with the family and empowering the family. These inductively produced subcategories were categorised and reviewed in the light of the levels of family health nursing (20; 21; 24) presented in Table II. This way, the contents of the level of family health nursing were identified, enriched and reinforced (34).

Furthermore, quantitative analysis was used to complete qualitative data to describe students' learning (changes) on the levels of family health nursing. Utterances connected to the levels of family health nursing, which were identified from the written documents, were quantified and their frequencies and percentage shares calculated. Changes in the views on family health nursing as the education proceeded were clarified from all the written documents (outset essays, reports of development projects and final essays) of Group III.

#### Ethical considerations

Student participation in the continuing education of family health nursing and support of the working communities in the development projects was voluntary. All the participants (the students, representatives of working life and teachers) have given written consent to participate the study. They were aware that all the written documents were under evaluation.

#### Findings

##### Students' initial views on family health nursing

Based on the data, four levels of family health nursing were identified.

**Table I: Written documents as study material (\*N= 45)**

Written documents	Group I	Group II	Group III	Total
Outset essays	7		15*	22
Reports of development project	7*	6*	7*	20
Final essays	2		10*	12
Total	16	6	32	54

**Table III. Relational incidence of the different family health nursing views of Groups I, II and III in the reports of development projects\***

Students' view of the levels of family health nursing	Family as a context	Family as a sum of its parts	Family as a subsystem	Family as a client	Number of units of analysis
Group I	++	++	++(+)	++	1863
Group II	++++(+)	+	+(+)	+	631
Group III	+++(+)	++	+	+(+)	1338

\*Relational incidence of the views on family health nursing in the reports of development projects:

1–20 % = +, 21–40 % = ++, 41–60 % = +++, 61–80 % = +++++, 81–100 % = ++++++ (+) = Describes the latter number of the percentage share, e.g. 25 % is marked as ++, but 35 % as ++ (+).

\*\* The following example describes how Table III should be interpreted. Table III clarifies the number of statements concerning the different views of family health nursing in relation to the units of analysis discussing family health nursing. For example, the first study group's view «family as a context» amounted to 21–30 % (++) of the units of analysis and «family as a subsystem» to 31–40 % (++) of the expressed units of analysis.

They were family as a context, as a sum of its parts, as a subsystem and as a client (Table II).

The category emphasising the individual's own responsibility was stressed in the family health nursing views of student groups, especially in the early stages of studies reflecting the level of family as a context.

*'The basis of family health nursing is that the client has the definitive responsibility of clarifying his/her own life.'*

In these descriptions the students used the word 'family' only occasionally and emphasised the family's presence in the background of the individual (client/patient).

Participation of different family members in patient care meant that the situation was still considered from the patient's viewpoint, but also supporting the different family members' participation.

*'The participation of different family members in the care is also justifiable because the discovering of one family member's health problem concerns other family members as well.'*

In these statements, the students emphasised the equality and role of each family member in the care of health problems. This category was connected to the view family as a sum of its constituent parts, and, in their development projects, the students emphasised it less than the previous view.

Statements where the students emphasised an equal interrelationship of individual, family and nurse were classified into the category interaction and cooperation with the family viewing family as a subsystem. These students considered this view to be the essence of family health nursing.

*'Both children and adults in the family are equal experts and they each have something to give. One important role of a nurse operating in family health nursing is to act as an active supporter in the family. The nursing process consists of interaction between the client and employer, and is experienced in different ways depending on the situation. Close cooperation with the child and family forms the basis of family health nursing.'*

The empowering the family category included statements concerning the family's own empowerment and nurse's role in this empowerment, where the entire family is viewed as the client.

*'Each client is different and the interaction has to be built individually with everyone, in which case the goals are compiled based on the client's needs, knowledge and resources.'*

The view family as a context was emphasised the most in the development projects, and the view family as a client least of all (Table III).

The views presented by the three student groups differed in the reports of development projects. Students of Group I had the most diverse view of family health nursing. In their written documents, they examined the family as a context, as a sum of its parts, as a subsystem and as a client in nursing. In the statements, the family was presented as both an object of care and as a collaboration partner. The family health nursing view of Group III was more diverse than that of Group II, because they examined the family as a sum of its parts, as a subsystem and as a client more than Group II did. Students of Group II examined the family in their learning tasks mostly from the viewpoint of the individual, in which case the family was left in the background. In the development projects both groups studied the family mostly as the object of care.

**Changes in students' views of family health nursing during the education**

The students considered their learning to be an increase in theoretic knowledge of family health nursing and in the ability to interact. They also emphasised the development of study skills, for example, group methods and data search.

*'For years I tried to treat the patient as part of the family, but only through increasing my theoretical knowledge could I perceive the comprehensiveness of family health nursing. My skills in dealing with clients developed. Now I am more aware that the viewpoint of family health nursing is part of every client encounter.'*

The learning or changing of family health nursing views during the education was examined from all the written documents of Group III, which were outset essays, reports of development projects and final essays (Table IV).

At the beginning of studies, the students of Group III emphasised in their essays the individual and family as its context. Examination of the reports on the development projects indicated that the views on family health nursing had become more diverse towards the end of the studies. In their written documents, the students also to some extent began to highlight the view family as a sum of its constituent parts and the family as a client. In almost all written documents, the students

**Table IV. Relational incidence of the family health nursing views of Group III in the written documents\***

Written documents	Family as a context	Family as a sum of its parts	Family as a subsystem	Family as a client	Number of units of analysis
Outset essays	++++(+)	+(+)	+	+	99
Reports of development projects	+++(+)	++	+	+(+)	1338
Final essays	++	+++	+	++	114

\* Relational incidence of the different views of family health nursing in the written documents:

1–20 % = +, 21–40 % = ++, 41–60 % = +++, 61–80 % = +++++, 81–100 % = ++++++ (+) = Describes the latter number of the percentage share, e.g. 25 % is marked as ++, but 35 % as ++ (+).

\*\* Is interpreted in the same way as Table III.

examined the family mostly as an object of nursing, not as a collaboration partner. When comparing the learning tasks of Group III, completed at different stages of the studies, it was found that statements concerning the view family as a sum of its parts had increased most in the written documents.

## Discussion

This article has described the views of post-basic students on family health nursing. In addition, the possible changes of these views at different stages of the continuing education were discussed. Post-basic students described family health nursing as the responsibility of the individual in nursing (family as a context), the participation of family members in the care (family as a sum of its parts), interaction and cooperation with the family (family as a subsystem) and empowering the family (family as a client). These descriptions were reviewed in the light of the levels of family health nursing (20; 21; 24). Thus the levels of family health nursing were identified and concretised.

According to study results, most students considered the individual rather than the whole family as a client of nursing. In this case, they emphasised the responsibility of the individual for his/her own health. Consistent to the findings, other nurse researchers (5; 7) have obtained similar results concerning the tendency of nursing to emphasise the individual. Similar findings have also been described concerning health care teachers (13).

Surprisingly, the view family as a part of the community did not come up in the written documents at all. In this respect, nurses' view on families was still traditionally narrow. Social support, networks and empowerment are crucial for family health and wellbeing (3; 23). Therefore, nurses should be aware of the potential of peers and larger community to support families. Research into family nursing science has produced much information on families and family health nursing in Finland (35). Consistent to our findings, support (e.g. continuing education) to translate family health nursing knowledge into clinical practice is needed (15; 36).

The reports of development projects showed that Group I had a more expansive view of family health nursing compared to other Groups II and III. Differences between the three groups can be partially explained by differences in the emphasis of the curricula. The curriculum of Group I followed more the original curriculum of WHO (1). In addition, the views of teachers on family health nursing have an impact on students' learning (11; 13; 37).

The views of Group III on family health nursing were more diverse than those of Group II despite the similarities of the curriculum at the same University of Applied Sciences. The differences between these groups might be the result of the students' previous health care educational background and work experience. Students in Group III had previously been educated as registered nurses and either as public health nurses or midwives. The difference can also be explained by the greater familiarity of teachers with the curriculum than was previously the case, and the implementation of a new family-based ideology (38). After all, they had already completed the corresponding studies of Group II.

The continuing education of family health nursing deepened the students' view on families. Their view changed from one of emphasising the individual to a more expansive view of the family, even though the family was still not considered part of the community in nursing. The increase in theoretical knowledge of family health nursing and interpersonal skills convinced them of the need to attend to the family as a whole more individually than before (39). The students developed both professionally as practitioners and academically as learners as a result of undertaking education. This is consistent result with corresponding WHO's Family Health Nurse Education Program in Scotland (40). In addition, support of the working community proved to be important (36; 40).

## Reliability

In this study, the reliability of the qualitative research was evaluated according to the criteria of credibility, confirmability, reflectivity and

transferability (41). Data and method triangulation (32; 42) and the researchers' insight into family nursing science, the science of education and nursing increased the credibility of the results. In order to increase the confirmability of the categorisation, data-based examples have been presented in this article. Reflectivity was increased by the fact that the researchers were aware of their own pre-understanding and the aim of the study (to point out possible changes), but they were also outsiders in the educational organisations and working communities in question. The results of this study can be transferred to the similar learning environments of family health nursing. Frequencies and percentage shares were quantified from the units of analysis of qualitative data to increase the reliability and validity of the interpretation of possible changes occurring during education.

## Conclusions

This study indicates that family health nursing is a multi-faceted challenge for nursing. In order to see families as clients and to consider them as parts of wider communities nurses should attain more theoretical knowledge and experiences of family health nursing. What this implies is establishing a new nursing culture where nurses work in collaboration with the families.

There is a need for further development of continuing education. Family health nursing education should be tailored to meet the needs of working life and post-basic students. Cooperation between the educators and working life promotes the integration of family health nursing theories, practice and research. Family health nursing should be visible in the curricula, i.e. stated as clear learning goals and contents. It is evident that family health nursing and education still need more research and development. It is advisable to identify the factors hindering family health nursing in nursing practice and in education.

Accepted for publication 2.07.2010

Tuovi Hakulinen-Viitanen, Research Manager, National Institute for Health and Welfare, Finland

Pirjo Havukainen, Principal Lecturer, Laurea University of Applied Sciences, Finland

Marjaana Pelkonen, Senior Officer, Ministry of Social Affairs and Health, Department for Promotion of Welfare and Health, Health Promotion Branch, Finland

Corresponding Address: T. Hakulinen-Viitanen,

E-mail: tuovi.hakulinen-viitanen@thl.fi, Tel. + 358 206107109

## References

1. World Health Organisation. The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum. (Eur/00/5019309/13-00074-27 January 2000). World Health Organisation Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark. 2000.
2. Hakulinen T, Laippala P, Paunonen M, Pelkonen M. Relationships between family dynamics of Finnish childrearing families, factors causing strain and received support. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29:407-415.
3. Falk-Rafael A. Empowerment as a process of evolving consciousness: A model of empowered caring. *Advances in Nursing Science* 2001; 1:1-16.
4. Åstedt-Kurki P, Lehti K, Tarkka M-T, Paavilainen E. Determinants of perceived health in families of patients with heart disease. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48(2): 115-123.
5. Häggman-Laitila A. Families' experiences of support provided by resource-oriented family professionals in Finland. *Journal of Family Nursing* 2005; 11(3):195-224.
6. Benzein E, Johansson P, Årestedt KF, Berg A, Saveman B-I. Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing* 2008; 14(2):162-180.
7. Hutchfield K. Family-centered care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 5:1178-1187.
8. Goudreau J, Duhamel G, Richard N. The impact of a family systems nursing educational program on the practice of psychiatric nurses. A pilot study. *Journal of Family Nursing* 2006; 12(3):292-306.

9. Saveman B-I. Family nursing research for practice: The Swedish Perspective. *Journal of Family Nursing* 2010; 16(1):26–44.
10. Appleton JV, Cowley S. Health visiting assessment processes under scrutiny: A case study of knowledge use during family health needs assessments. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45(5):682–696.
11. Zwelling E, Phillips CR. Family-centered maternity care in the new millennium: Is it real or is it imagined? *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 2001; 23:1–12.
12. Vehviläinen-Julkunen K, Sohlberg T. Teaching family nursing. *Nurse Education Today* 1994; 15(3):204–210.
13. Åstedt-Kurki P, Kaunonen M, Lipponen V. Family-centered nursing: The views of health care teachers. *European Nurse* 1998; 2:12–118.
14. Braun VF, Hyndman K, Foster V. Family nursing for undergraduate nursing students: The Brandon University case model approach. *Journal of Family Nursing* 2010; 16(2):161–176.
15. Duhamel F. Implementing family nursing: How do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The evolution of 20 years of teaching, research, and practice to a Center of Excellence in Family Nursing. *Journal of Family Nursing* 2010; 16(1):8–25.
16. O'Sullivan Burchard DJH, Whyte DA, Jackson K. Supporting families: How are nursing students being prepared this developing role across Scotland. *Nurse Education Today* 2002; 22:481–496.
17. LeGrow K, Rossen BE. Development of professional practice based on a family systems nursing framework: Nurses' and families' experiences. *Journal of Family Nursing* 2005; 1:38–58.
18. Saveman BI, Mahlen CD, Benzein EG. Nursing students' beliefs about families in nursing care. *Nurse Education Today* 2005; 25:480–486.
19. Anderson KH, Friedemann M-L. Strategies to teach family assessment and intervention through an online international curriculum. *Journal of Family Nursing* 2010; 16(2):213–233.
20. Wright LM, Leahey M. Nurses and families. A guide to family assessment and intervention. (4<sup>th</sup> ed.) FA Davis Company, Philadelphia. 2000.
21. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Family nursing: Research, theory and practice. (5<sup>th</sup> ed.) Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ. 2003.
22. Feeley N, Gottlieb CN. Nursing approaches for working with strengths and resources. *Journal of Family Nursing* 2000; 6:9–24.
23. Pelkonen M, Hakulinen T. An empowerment model for family nursing. *Journal of Nursing Science* 2002; 5:202–212. [ IN FINNISH ]
24. Hakulinen T, Paunonen M. Analysis of the concept of family nursing. Related concepts family systems nursing and family centred nursing. *Journal of Nursing Science* 1994; 2:58–65. [ IN FINNISH ]
25. Hewitt-Taylor J. Self-directed learning: views of teachers and students. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 36(4):496–504.
26. Raines DA. A competence-based approach to the nursing research. *Nurse Education in Practice* 2008; 8:373–381.
27. Daley BJ. Learning and professional practice: A study of four professions. *Adult Education Quarterly* 2001; 52(1):39–54.
28. Laursen E, Plos K, Ivarsson B. Yrkeskunnande och kompetensutveckling i arbetet med vuxna individer med utvecklingsstörning – ett vårdarperspektiv. *Vård i Norden* 2009; 29(1):19–23.
29. Ironside P. New pedagogies for teaching thinking: The lived experiences of students and teachers enacting narrative pedagogy. *Journal of Nursing Education* 2003; 42(11):509–516.
30. Worrell JA, Profetto-McGrath J. Critical thinking as an outcome of context-based learning among post RN students: A literature review. *Nurse Education Today* 2007; 27:420–426.
31. Huckstadt A, Hayes K. Evaluation of integrative online courses for advanced practice nurses. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2005; 17(3):85–89.
32. Sandelowski M. Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. *Research in Nursing and Health* 2000; 23:246–255.
33. Foss C, Ellefsen B. The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40(29):242–248.
34. Risjord MW, Dunbar SB, Moloney MF. A new foundation for methodological triangulation. *Journal of Nursing Scholarship* 2002; 34(3):269–275.
35. Åstedt-Kurki P, Paavilainen E, Nieminen H, Paunonen M. Education of family-nursing specialists at the University of Tampere. *Journal of Family Nursing* 1998; 4:350–357.
36. Leahey M, Svavarsdottir EK. Implementing family nursing: How do we translate knowledge into clinical practice? *Journal of Family Nursing* 2009; 15(4):445–460.
37. Murray I. Family health nursing: the education programme for the WHO Europe Scottish pilot. *British Journal of Community Nursing* 2004; 6:245–250.
38. Thomas E, Davies B. Nurse teachers' knowledge in curriculum planning and implementation. *Nurse Education Today* 2006; 26:572–577.
39. Söderström I-M, Benzein E, Saveman B-I. Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003; 17:185–192.
40. Murray I. Family health nurse project an education program of the World Health Organization: The University of Stirling experience. *Journal of Family Nursing* 2008; 14(4):469–485.
41. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 2000; 1:50–52.
42. Kearney MH. Levels and applications of qualitative research evidence. *Research in Nursing & Health* 2001; 24:145–153.

# Miljøterapi som kollektivt eller individrettet fenomen? En etnografisk studie av dagliglivet i et psykiatrisk sykehus i individualismens tidsalder

Christine Øye Phd., Førsteamanuensis – Aina Skorpen Phd., Førsteamanuensis

MILIEU THERAPY AS A COLLECTIVE OR INDIVIDUALISTIC PHENOMENON? AN ETHNOGRAPHIC STUDY OF DAILY LIFE IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL IN THE ERA OF INDIVIDUALISM

## ABSTRACT

The article illuminates milieu therapy as a collective and democratic tradition in the era of individualism. The article is based on a nine months ethnographic field research on daily life and milieu therapy in a psychiatric hospital. Milieu therapy is in its origin a psycho-social therapeutic tool which is based on a collective daily life, while policy documents of today are formulated in an individualistic way. In order to illuminate the tension between the collectivistic milieu therapy and individualistic considerations the article compares the tradition of «The therapeutic community» with milieu therapy of today. Milieu therapy of today can be considered individualistic. Milieu therapy efforts were addressed towards the individual patient, and not addressed towards the ward milieu as a whole. Furthermore, the ward milieu was organized for patients to take choices based on individual wishes and needs, and not for collectivistic purposes. The article discusses how the ward milieu can be organized for the purpose of considering individual patients' wishes and needs, as well as how to facilitate and utilize the possibilities of a larger psycho-social environment.

**KEYWORDS:** Miljøterapi, psykiatrisk sykehus, etnografi, individualisme, fellesskap

## Innledning

Individualistiske tilnærminger i psykiatriske helsetjenester generelt og i psykisk helsevern spesielt gjenpeiles i nåtidens styringsdokumenter med vektlegging av blant annet brukermedvirkning formulert som individuelle rettigheter (1). Det står i Psykisk helsevernloven § 4-2 at det skal så langt det er mulig tas hensyn til enkeltpasientens syn på ulike tiltak mens pasienten er innlagt (2). Et individrettet fokus i psykiatriløstjenestene står i kontrast til fellesskaps- og demokratiske elementer fra det terapeutiske samfunn innført i flere norske psykiatriske sykehus på 1970-tallet (3). Denne formen for fellesskapsideologi og demokrati var inspirert av den engelske psykiateren Maxwell Jones og bygget på den miljøterapeutiske tradisjonen omtalt som det terapeutiske samfunn (4,5,6,7). Det terapeutiske samfunns ideologer var forankret i fellesskapsbegreper som demokrati, medinnflytelse, toleranse, læring og kollektiv (5,7). Det terapeutiske samfunns ideer og teknikker ble utviklet i psykiatriske avdelinger, og av den grunn ble avdelingsdemokratiet tenkt som en kollektiv organisasjons- og behandlingsform og ikke som et miljø med et individrettet fokus.

Denne artikkel vil belyse spenningsfeltet mellom kollektivt fundert miljøterapi og individuelt tilpassede tilretteleggelser av miljøet. Et sentralt spørsmål vil derfor være hvordan og på hvilken måte miljøterapi i et fellesskaps «kollektiv» lar seg forene og implementere i en tid der individualistiske løsninger fremheves. For å belyse en slik problemformulering vil vi sammenligne en miljøterapeutisk modell beskrevet som det terapeutiske samfunn med nåtidens miljøterapi, basert på en etnografisk studie av miljøterapi i et norsk psykiatrisk sykehus.

## Bakgrunn

Til tross for et mangfold av miljøterapeutiske tradisjoner og definisjoner omtales samlet sett miljøterapi ofte som en planlagt tilrettelegging av dagliglivet i en psykiatrisk institusjon, noe som omfatter avdelingens helhetlige fysiske, sosiale og kulturelle miljø (8,9). Det terapeutiske samfunn er en av flere miljøterapeutiske retninger som

vektla de sosiale prosesser og det kollektive miljøets betydning for psykisk helse og innsiktsfull læring (5). Jones & Bonn (10) definerte det terapeutiske samfunn slik:

*«Therapeutic communities are organizational systems for bringing about therapeutic change in interpersonal relationships. The therapeutic community can be defined more specifically by several characteristics: two-way communication; shared- decision making; social values that explicitly reflect the attitudes and beliefs of the system; designation of leaders on the basis of natural abilities and leadership qualities rather than formal education, experience, and status; multiple leadership in a multidisciplinary system; significant roles for nonprofessionals; significant roles for patients; and social interaction» (1973;676).*

Etter den andre verdenskrig ble vektlegging av det sosiale og kulturelle miljøets betydning i behandling av psykiske lidelser fremholdt som betydningsfull i terapi av pasienter med psykiske lidelser etter en tid med betydelig kritikk av institusjonens organisering, behandling og miljø (11,12,13). Denne kritikken er blitt omtalt som antipsykiatribevegelsen, og fikk en viktig posisjon blant psykiatriens fagfolk gjennom kritikker av det rådende medisinske regimets dominans med påfølgende objektivisering og klassifisering av psykiatriske pasienter (14,15,16). Som en motvekt mot tidens kritikk av sykehusenes behandlingsvirksomheter, begynte noen fagpersoner (spesielt i England) å utvikle og etablere en ny miljøterapeutisk modell som var forankret i ideen om demokrati, likeverd, respekt, åpenhet og samarbeid mellom alle aktørene på avdelingen, enten de var innlagte eller ansatte (4). Dette nye terapeutiske miljøet skulle gjennom avdelingens demokratiske plattform, ulike situasjoner, kontekster og samspill mellom pasienter, og mellom pasienter og avdelingens tilsatte, bidra til utvikling og sosial læring hos pasientene (5). Et slikt sosialt fokus førte til at sykehusene ofte tilrettela for utstrakt bruk av grupper; hva Jones (5) kalte «lev-og-lær situasjoner.» Her skulle blant annet medpasienter og personale gi tilbakemelding på hverandres oppførsel i miljøet. Rapports (7) etnografiske studie av sosial rehabilitering på Belmont sykehus regnes som en klassisk studie av det terapeutiske samfunn (17),

der Rapoport og hans team så på ideologi, sosial struktur og prosess, samt pasienters reaksjoner på behandlingen. På bakgrunn av denne studien ble det foreslått fire ulike prinsipper som skulle kjennetegne et terapeutisk samfunn: demokratisering, toleranse, kollektiv samværsform og realitetskonfrontering (7). Noe senere enn Rapoport publiserte Bloor, McKeganey & Fonkert (18) en komparativ studie som bygget på åtte etnografiske studier av ulike terapeutiske samfunn, der to av disse etnografiske studiene var fra psykiatriske sykehus for voksne. De beskrev hvordan de to sykehusene bygget på ideer forankret i det terapeutiske samfunn og demokratiseringsidealer gjennom vektlegging av gruppeaktiviteter, gruppemøter og planlagte og ikke planlagte sosiale aktiviteter i kombinasjon med et psykodynamisk forklaringsgrunnlag. Goffman (13) beskrev et kollektivt miljø der alle pasienter var underordnet ett system, og der institusjonen hadde en iboende indre kollektiv logikk styrt av fellesskapsprinsipper og der mulighetene for å ta individuelle valg ble begrenset.

Den kollektive funderete miljøterapi har blitt beskrevet og forsket på i Norge (19,20,21). Et par av disse studiene påpekte imidlertid hvordan de kollektive og demokratiske hensyn måtte vike når de kom i konflikt med profesjons- eller medisinske interesser (19). Sørhaug (21) beskrev læringsperspektiv i miljøterapien (forankret i det terapeutiske samfunns idealer), der pasientene ble oppdratt til ansvarlighet gjennom å ta mer ansvar for egen og medpasienters terapi. I Norge, som i deler av Europa, fikk den nye demokratiske miljøterapien imidlertid en relativ kort levetid (20). Det utvikles en mer individuell tilpasset miljøterapi med vektlegging av den terapeutiske alliansen og relasjonen mellom sykepleier og pasient (22,23). Det hevdes at den kollektive interessen for organisering av miljøet på psykiatriske sykehus, kan forstås i lys av vår tids nedbygning av de store tunge psykiatriske sykehusene, og en økende interesse for å forstå psykiske lidelser som biologiske (24). Institusjonsbehandlingen og miljøterapien har blitt beskrevet som å bli mer individrettet og følgelig mistet noe av sin kollektive lærende og helende dimensjon (25,26). Dagens fokus på miljøterapi som en-til-en allianser (23), står derfor i kontrast til det terapeutiske samfunns vektlegging av miljøet som sosialt og kollektivt fundert.

### Metodiske og analytiske innfallsvinkler

Det empiriske materialet som presenteres i artikkelen er basert på en etnografisk phd. studie i et psykiatrisk sykehus med tittel: «Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; en analyse av miljøterapeutiske praksiser» (27).

Studien er tverrfaglig og utført av en sosialantropolog (1. forfatter) og en sykepleieviter (2. forfatter). Sykepleieviteren har jobbet på ulike psykiatriske sykehus fra 1970-tallet, og har også personlig erfaring med det terapeutiske samfunns innføring i norsk psykiatri. Feltarbeidet foregikk på to ulike lukkede allmennpsykiatriske avdelinger; en korttidsavdeling og en langtidsavdeling. For denne artikkelen har vi primært hentet det empiriske materialet fra korttidsavdelingen, ispedd med empiriske eksempler fra langtidsavdelingen for å sikre anonymisering. Feltarbeidet pågikk over ni måneder på dag- og kveldstid.

Etnografisk metode er en empirinær metode som betraktes som velegnet i studie av dagligliv (28) og miljøterapi (17,29). Etnografisk metode baserer seg på nærkontakt med de man studere over tid (30). I denne studien utgjør etnografisk metode en kombinasjon av deltagende observasjon, samtaler og intervju (31). Vi har observert, intervjuet og hatt samtaler med innlagte psykiatriske pasienter og personalet. Begge avdelingene hadde 12 senger som stort sett var belagt, og pasientene var av begge kjønn i alder mellom 18 og 65 år med ulike lidelser og diagnoser. 15 pasienter ble intervjuet. Personalet som inngikk i studien var primært sykepleiere (med og uten spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid), aktivitetører, hjelpepleiere (med og uten spesialutdanning i psykiatri) og sekundært psykiatere, leger, psykologer, sosionomer og ufaglærte. Totalt ble 23 medlemmer av personalet intervjuet. Det etnografiske materialet er innsamlet i avdelingenes offentlige rom slik som: røykerommet, vaktrommet og gangen/dagligstuen. I disse rom observerte vi samhandlingsaktiviteter de ulike sosiale aktører imellom, med fokus på aktørenes posisjonering og strategier (13). Vi har i tillegg latt oss inspirere av og anvend-

der Foucaults tanker om subjektivitet og makt i analyse av materialet for denne artikkelen (32,33). Studiens empiriske materiale er basert på en induktiv analyseprosess der vi har benyttet Lofland et als. (34) kodingsprosesser. Inndelingen og kodingen er basert på settingspesifikke kategoriseringer av temaer knyttet til avdelingenes ulike rom. De foreløpige fortolkningene av datamaterialet ble presentert for miljøpersonalet og tidligere psykiatriske pasienter i den hensikt å validere funnene (35).

Studien fikk tilråding av Regional komité for medisinsk forsknings-etikk (REK), og det ble innhentet individuelt informert samtykke til intervju av både personalet og pasientene. Pasientene måtte gi sitt informerte samtykke til å bli observert, og av den grunn ble de pasienter som ikke ga sitt samtykke, ikke fulgt tett opp (36).

### Funn

Avdelingene var tilrettelagt for flere tiår siden for å kunne behandle mange pasienter samtidig, og følgelig verken tilrettelagt for demokratisk fundert miljøterapi eller med tanke på å ta individuelle hensyn og tilpasninger.

### Dagliglivet og miljøorganiseringen

Avdelingene var ikke tegnet og oppført med tanke på miljøterapi, men bygget for overvåkning og kontroll som stengte dører og en delpanoptisk arkitektonisk organisering. En delpanoptisk arkitektonisk organisering er en inspisering av pasienten fra flere steder og rom, uten at personalet selv var synlig for de som ble kontrollert og overvåket (37). Eksempelvis hadde personalets vaktrom en glassvegg vendt ut mot korridoren, dagligstuen og inngangsdøren. På den måten hadde personalet utsynsmuligheter til flere av avdelingens offentlige rom slik at pasientenes oppførsel kunne inspiseres. Dagliglivet var organisert etter et husholdsmønster med dagligdagse rutiner som fast organisering av måltider, fordeling av dagens gjøremål og deltakelse i ulike aktiviteter. Avdelingens måltider var regulert og forhåndsbestemt med en meny hengt opp på oppslagstavlen i avdelingens gang sammen med annet reglement og oversikt over aktivitetstilbud. Det ble rutinemessig servert ettermiddagskaffe eller kveldsmat til pasientene. Det var sjelden planlagt program på kveldstid. Mange pasienter ville samles på røykerommet på kveldstid for å spille kort, høre på musikk, røyke, drikke kaffe og prate sammen, mens andre ville sitte i dagligstuen og se fjernsyn eller holde seg på eget rom. Hver enkelt pasient fikk etter kort tids opphold i avdelingen tildelt en miljøkontakt. Det var en pleier i miljøet som hadde spesielt ansvar for oppfølging av enkeltpasienten, og som pasienten kunne henvende seg til for eventuelle spørsmål, informasjon og hjelp. Miljøkontakten ville ha et spesielt ansvar for å være enkeltpasientens talerør på rapporter, behandlingsmøter og evalueringsmøter. Mye av miljøaktivitetene slik som turer i nærområdet eller til butikken, besøk til shoppingssenteret eller hjemsted, ville ofte foregå sammen med miljøkontakten.

### Fellesmiljøet

Dagligstuen og gangen utgjorde fellesmiljøet. Det var i de rommene pasientene og miljøpersonalet møttes. I disse rommene ville personalet ofte sitte for å følge med på hva pasientene foretok seg av aktiviteter, alene eller sammen med andre av institusjonens aktører. Fellesmiljøet ble organisert for at pasienten kunne velge å delta i ulike aktivitetstilbud. Tilrettelegging av aktivitetstilbud omtalte miljøpersonalet som «å være på tilbudssiden.» Det kunne være husholdsoppgaver (matlaging, dekking av bord, vask av egne rom), ulike sportsaktiviteter, skole for de yngre pasientene og arbeidstrening. Noen aktiviteter var fellesaktiviteter som morgensamling hvor husholdsoppgaver ble fordelt blant pasientene, turer i skog og mark, turer til kjøpesenteret, bading og lignende. Det ble forventet at pasientene skulle benytte seg av institusjonens ulike gjøremål og aktivitetstilbud, og de fleste pasienter ble anmodet til å delta i minst ett av disse aktivitetstilbudene. Aktivitetene på sykehuset var ikke i tidligere tider organisert som tilbud, men inngikk som en del av institusjonens daglige pliktarbeid. Det eldre miljøpersonalet fra tidligere tiders arbeid på sykehuset, kunne fortelle at personalet og pasientene måtte arbeide sammen for å holde

sykehuset i drift. Sykehuset var avhengig av miljøpersonalets og pasientenes arbeidsinnsats for å holde sykehuset økonomisk gående. Hvis ikke husarbeidet ble gjort, ville avdelingen forbli skitten og maten ikke servert. En pleier fortalte at pasienter som ikke ville delta, kunne risikere å bli båret ut i hagen og lagt under et epletre til eplene datt ned i hodet på dem. Hvis ikke pasienten gjorde det arbeidet han eller hun var satt til, ville andre måtte overta arbeidet.

I fellesrommene gjaldt avdelingens husregler der pasientene og personalet måtte innrette seg. Husreglene inngikk som en del av de kollektive bestemmelser og reglement og som bl.a bestod i at mobiltelefoner, barbersaker og andre skarpe gjenstander rutinemessig ble inndratt. Mobiltelefonen ble rutinemessig inndratt med den begrunnelsen at de kunne påvirke sykehusets alarmsystem, fare for mobbing pasientene imellom og ukontrollert ringing til politiet eller andre instanser. En pasient sa etter at hennes mobiltelefon rutinemessig ble inndratt rett etter innleggelse: «Jeg skulle gjerne ha beholdt mobiltelefonen min for å ha kontakt med venner og familie når jeg ønsker det selv. Det er som en del av armen min blir tatt fra meg.» Det var heller ikke lov til å ha besøk av venner, familie og medpasienter fra andre avdelinger inne på avdelingen. Det var heller ikke lov til å se fjernsyn før kl. 12 om formiddagen, da personalet erfarte at pasientene kunne bli sittende inne å se på fjernsyn i stedet for å delta i institusjonens aktivitetstilbud på arbeidsstuen, i gymsalen eller på turer. Å delta i aktivitet inngikk som en sentral del av miljøterapien, og ble betraktet som vesentlig for å komme seg. Det ikke å delta på aktiviteter ble ofte fortolket som tegn på depresjon, samtidig som det å delta i aktiviteter ble forstått å kunne bidra til å bedring av depresjon eller annen psykisk lidelse. Et miljøpersonal kunne si: «Når vi får henne ut av godstolen og ut på tur vet jeg at hun vil føle seg bedre og bli bedre av sin depresjon.» Det hendte at husreglene kom i konflikt med enkeltpasienters interesser. Eksempelvis hadde en pasient behov for å slappe av og ønsket å se fjernsyn før kl. 12. Derfor kunne miljøpersonalet komme i klemme i forhold til om de skulle ta hensyn til denne enkeltpasientens behov og ønsker, eller til pasienter flest som de ikke ville at skulle se fjernsyn hele dagen. Tilsvarende dilemma mellom tilrettelegging av fellesmiljøet og enkeltpasienter kunne oppstå i bruk av et felles bad. Når baderommet og badekaret ble brukt av en pasient, ble det forventet at vedkommende ryddet opp etter seg og vasket badekaret før en ny pasient skulle benytte fasiliteten. Hvis ikke pasienten ryddet og vasket etter seg ville et miljøpersonal overta denne oppgaven, noe som ble begrunnet med at man ikke kunne forvente at medpasienter tok ansvar for andre pasienter.

### Vaktrommet

Personalet hadde et eget rom som miljøpersonalet omtalte som vaktrommet. På vaktrommet ble miljøterapeutiske tiltak diskutert og bestemt på både rapporter og behandlingsmøter basert på observasjoner av enkeltpasienter i miljøet. Pasientene var ikke tilstede mens tilstanden og tiltakene om ham eller henne ble diskutert og bestemt. På rapportene og behandlingsmøtene ble hver enkelt pasient gjennomgått i tur og orden. I disse utlegningene ble det både henvist til hva pasienten hadde foretatt seg i miljøet; hvilke aktiviteter vedkommende hadde deltatt i, samt hvordan han eller hun hadde oppført seg i miljøet. Typiske referanser til enkeltpasienters handlinger kunne være: har gått på tur til butikken, deltatt på arbeidsstuen, vært i samtale med psykolog, deltatt i utformingen av individuell plan, tent på søppelkurven, bestilt mat fra restaurant. Deretter ble pasientens oppførsel og fremferd karakterisert. Det kunne være negative og avvikelige karakteristikk som: «Han skjønner ikke hva som er best å gjøre», «hun tar ingen initiativ og glemmer seg hver gang vi ber henne om å delta i aktiviteter», «han klarer ikke å komme ut av tankekjøret», «hun virker selvhenførende» osv. Det kunne også være karakteristikk i mer positiv forstand som pekte mot positiv endring og utvikling i tråd med ønsket atferd og fremtoning: «Hun viser større grad av selvstendighet gjennom å ta initiativ selv», «han er aktiv og deltar på arbeidsstuen», «hun virker mer moden nå» osv. Deretter ville personalet diskuterte tiltak overfor enkeltpasienter, som for eksempel hvor ofte pasienten kunne få gå ut, hvor mange sigaretter pasienten skulle få utdelt i timen, om pasienten burde være med på kjøkkenet for å lære å lage

vafler, hvordan man burde gå frem slik at man kunne inngå avtaler med pasienten, og hvordan man skulle få pasienten til å være mer sosial.

### Diskusjon

Det terapeutiske samfunn vektla en demokratisk og kollektiv organisering knyttet til psykiatriske avdelingens dagliglivsorganisering (7,6,5,10). Det har blitt beskrevet at i datidens kollektive sykehusmiljø hadde pasientene en viktig rolle og medansvar for avdelingens terapi, gjennom blant annet å gi tilbakemeldinger på medpasienters atferd og tanker under gruppesamlinger (7,5,10). Målet var at pasientene skulle lære å bli selvstendige individer, gjennom å ta mer ansvar for egen og medpasienters terapi (21). I vår studie så vi at miljøterapiens kollektive fenomener i stor grad var begrenset til en fast organisering av dagliglivet, med vektlegging av felles rutiner som faste måltider, en fastsatt døgnrytme og noen felles aktivitetsplaner. Vi observerte ingen terapeutiske gruppesamlinger, og miljøterapi ble sjelden diskutert på vaktrommet som et kollektivt fenomen. Vi så derimot at personalet ofte diskuterte tiltak overfor enkeltpasienter, som for eksempel hvor ofte pasienten kunne få gå ut, hvor mange sigaretter pasienten skulle få utdelt i timen, og hvordan man burde gå frem slik at man kunne inngå avtaler med pasienten. Noen av disse tiltakene kan beskrives som miljøterapeutiske tiltak, som eksempelvis kunne være om pasienten burde være med på kjøkkenet for å lære å lage mat, samt trene pasienten til å være mer sosial ved oppfordring til å delta i fellesaktiviteter.

Med endring av de psykiatriske sykehusenes samfunnsoppgave og ideologiske vektlegging har også miljøterapien og de demokratiske prosesser endret seg (25,26,24), eksempelvis er individuell plan rettet mot enkeltpasienter og ikke mot et kollektivt miljø (2). Det samme gjelder de miljøterapeutiske tiltakene i avdelingen som diskuteres, planlegges og iverettes i stor grad som individrettede tiltak knyttet til enkeltpasienter og ikke mot et større kollektivt dagligliv. Informasjon og kunnskap om enkeltpasientene ble fremskaffet gjennom inspeksjon og observasjoner av enkeltpasienter i miljøet (38). Miljøet ble således anvendt som et sentrum for observasjoner av friskhet og sykdom eller normalitet og avvik i vid forstand. Disse observasjonene ble brakt inn til vaktrommet for fremleggelse, diskusjon og avgjørelser om nye tiltak overfor enkeltpasienten i miljøet. På rapportene og behandlingsmøtene vendes interessen mot individene og deres medisinske forløp og modenhetshistorie gjennom å fremheve den enkeltes egenskaper og karakteristikk. På den måten ble pasienten individualisert og objektivisert, og miljøterapeutiske tiltak ble rettet mot den individuelle pasienten og vedkommendes sykdomsforløp, og ikke mot et større kollektivt miljø. En slik medisinsk diagnose innretning skiller seg fra anti-psykiatrien og det terapeutiske samfunns grunnideologi og paradigme, der pasientene og deres lidelse primært ble forstått som sosialt skapt og påvirket (4,16,15). Et kollektivt miljø med kollektive demokratiske prosesser ser ut til å la seg vanskelig forene med en medisinskpsykiatrisk ideologi og praksis som tar utgangspunkt i enkeltindividets tilstand og tilstandsforløp (38,19). Grovt sett fremstår derfor miljøterapi organisert som en individrettet terapiform, fungerende som en støttefunksjon til det medisinske behandlingssystemet (39). I det hele tatt kan det psykiatriske sykehusets medisinsk funderte hierarkiske organisering forstås forankret i en kunnskaps- og maktform som gjennomsyrrer institusjonens praksiser (40); praksiser som disiplinerer og bygger opp under skillelinjer mellom de som er ansatte og de som er pasienter. Dette er skillelinjer som individualiserer og som bidrar til å opprettholde miljøorganiseringen som et antikollektivistisk prosjekt.

Når miljøtiltakene i avdelingen ble rettet mot enkeltpasienter, ble det naturlig for miljøpersonalet å jobbe med enkeltpasienter. Hver pasient hadde en miljøkontakt, og de fleste aktiviteter var organisert etter dyadisk mønster. En miljøkontakt tok *en* pasient på tur til butikken, på treningskjøkkenet, på tur i skogen osv. En konsekvens av slikt miljøterapeutisk arbeid er at fellesaktiviteter får mindre oppmerksomhet og blir nedprioritert, mens miljøterapeutisk arbeid som rettes mot enkeltpasienter fremheves (22,23). En slik miljøterapeutisk organisering står i kontrast til tidligere tiders miljøorganisering, basert på prin-

slipper fra det terapeutiske samfunn, som i kontrast vektla kollektive demokratiske prosesser der det psykososiale miljøet som en helhet skulle virke terapeutisk (7,5,10). Avdelingenes ulike aktører skulle gi tilbakemelding på hverandres oppførsel, og konflikter skulle anvendes som grunnlag for modning og vekst, der både medpasienter så vel som personalet var sentrale aktører gjennom dagliglivets konfrontasjoner og tilbakemeldinger (18,5,10).

Det ble forventet at pasientene og personalet i det terapeutiske samfunn skulle delta i den kollektive husholdsorganiseringen (18). På dette sykehuset i tidligere tider var det helt sentralt at pasientene deltok i den kollektive husholdsorganiseringen for å opprettholde sykehusets drift. I dag ser vi at rester av den kollektive organiseringen lever videre i form av avdelingens morgenmøte, der noen husholdsoppgaver søkes fordelt til noen av pasientene. Deltakelse på disse morgenmøtene var imidlertid frivillig, og det var varierende oppmøte av pasienter på morgenmøtene. Det innebærer at det ble tatt hensyn til pasientenes ønsker når det gjaldt deltakelse i avdelingens kollektive liv. Det står i motsetning til den kollektive fellesskapsorganiseringen fra tidligere tiders drift, der sykehuset var avhengig av pasienters bidrag for å holde liv i institusjonen. Pasientenes bidrag er i dag ikke nødvendig for sykehusets drift og opprettholdelse. I den grad pasientene i dag deltok i ulike former for aktiviteter var det i form av pasientenes individuelle valg, og ikke av hensyn til sykehusets drift og opprettholdelse. Miljøterapi i form av oppmuntring til aktivitet må i dagens institusjon derfor forstås i lys av aktivitet for egen del og ikke for andres eller kollektivets del. Det vil si at miljøet tilrettelegges gjennom deltakelse i dagliglivets aktiviteter og gjøremål, for at pasienten skal regjere eller oppdra seg selv i den hensikt å transformere seg selv til et liv utenfor institusjon (32). Dagens miljøterapi kan av den grunn betraktes som en individualisert transformering og disiplinering av subjektet (33). Miljøet ble organisert for at enkeltpasientene skulle få realisert seg selv gjennom mål om aktivitet, selvstendighet og eget initiativ. I en individualistisk tidsalder legges presset på den enkelte pasient, der den enkelte skal lære å være selvstendig og selvansvarlig. Dette står i motsetning til å betrakte pasienten som avhengig, uselvstendig, ensom osv. Miljøet i avdelingene organiseres derfor mer som et liberalistisk «tilbuds- og servicetorg» for den enkelte og i mindre grad som et helhetlig kollektivt miljø. Med en slik vektlegging av et individualistisk miljø slipper pasientene å gå i flokk – de slipper monotone dagliglivsrytmer. På den annen side vil man måtte ta hensyn til et større kollektivt miljø når flere pasienter og personalet skal tilbringe flere døgn sammen under samme tak. Det vil derfor i mange tilfeller være institusjonens daglige rutiniserte drift eller institusjonenes iboende logikk som virker bestemmende på den kollektive dagliglivsrytmen (13). Institusjonens dagligliv og miljøterapi vil derfor alltid ligge i skjæringspunktet mellom å tilrettelegge for et individualistisk miljø og et kollektivt miljø.

### Avsluttende betraktninger

Tilretteleggelse av dagliglivet og miljøterapi vil hele tiden ligge i skjæringspunktet mellom å ivareta enkeltpasienters ønsker og behov, og samtidig fasilitere og utnytte de muligheter som ligger i et sosialt miljøfellesskap. Miljøpersonalets rolle vil derfor være ikke bare å ta individuelle hensyn og ivareta individets interesser i individualismens tidsalder, men også tilrettelegge for et sosialt avdelingsmiljø der pasienter kan få tilbakemelding på seg selv som personer av både medpasienter og personalet. Miljøterapi og organiseringen av miljøet fremstår i dag som individrettet, der det tas utgangspunkt i enkeltpasientens tilstand for organisering av planer og aktivitetstilbud rettet mot den enkelte (27). Det å organisere for et helhetlig sosialt fellesskapsmiljø vil være en utfordring i en tid med stadige færre sengeplasser (der mange avdelinger er nede i 5–8 sengeplasser). Miljøterapi i det terapeutiske samfunn har sin opprinnelse i sosialpsykiatrien, og er derfor ikke tilpasset individualistiske trender. Miljøterapi som en sosial terapiform kan derfor sies å ha mistet noe av sin berettigelse, etter et skifte av fokus på individtilpasset tilrettelegging og behandling. Siden 1990-tallet har man særlig innenfor miljøterapi og psykiatrisk sykepleie omfavnet og vektlagt pasientsentrert og en-til-en

behandlingsrelasjoner (22,23). Dette kan på sikt bidra til at gruppeidentiteten og fellesskapsopplevelsen forsvinner. Med denne endringen har selve begrepet *miljøterapi* mistet noe av sin kraft og berettigelse. Å tenke seg individrettet miljøterapi blir paradoksalt i seg selv, da selve begrepet forutsetter et større kollektivt psykososialt miljø (8,10). I den grad man avgrensar miljøterapi å omhandle dyadiske relasjoner mellom pasient og miljøpersonalet, gjør man vold på miljøterapi som opprinnelig en kollektivt psykososial terapiform (8,9). Hvis vi går bort fra å tenke om miljøet som et miljø bestående av flere enn to (miljøpersonal – pasient), kan vi alternativt tenke oss poliklinisk behandling eller å bygge «psykehotell», der pasientene kan være individuelle konsumenter og forbrukere av en helsetjeneste. Med en slik individrettet organisering vil ikke pasientene kunne dra nytte av et større fellesskapsmiljø. En utfordring for miljøpersonalet i institusjon i tiden fremover vil være hvordan en kan tilrettelegge for et sosialt miljø. Legitimeringen for opprettholdelse av institusjons- og miljøterapi må ligge i mulighetene for sosial omgang og fellesskap i en tid der mange pasienter skrives ut til et liv alene i ensomhet.

Godkjent for publisering 1.06.2010

Christine Øye christine.oye@hsh.no & Aina Skorpen  
aina.skorpen@hsh.no

Høgskolen Stord/Haugesund, Postboks 5000, NO – 5409 STORD  
Fra 18.10.10 Klingenbergvn. 8 NO – 5414 STORD

### Referanser

1. St. meld. nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97.html?id=191086](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086)
2. Psykisk helsevernloven. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Lov nr. 1999-07-02-62). Retrieved from [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no).
3. Vaglum, P., Karterud, S. & Jørstad, J. (Eds.). Institusjonsbehandling i moderne psykiatri: Fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn. Oslo: Universitetsforlaget; 1984.
4. Jones, M. Social Psychiatry. A study of the therapeutic communities. London: Tavistock Publications Limited; 1952.
5. Jones, M. Det terapeutiske samfunn – I sykehuset og utenfor. Oslo: Gyldendal; 1971.
6. Jones, M. Therapeutic community as a system for change. In J.G. Gundersen, O.A. Will & L.R. Mosher (Eds.), Principles and practices of milieu therapy (pp. 177–185). New York: Jason Arons; 1983.
7. Rapoport, R.N. Community as doctor. London: Tavistock; 1960.
8. Gundersen, J.G. Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus. *Psychiatry*. 1978; 41, 327–335.
9. Gundersen, J.G. An overview of modern milieu therapy. In J.G. Gundersen, O.A. Wii & L.R. Moster (Eds.), Principles and practices of milieu therapy (pp. 1–14). New York: Jason Arons; 1983.
10. Jones, M. & Bonn, E.M. From the therapeutic community to self-sufficient community. *Hospital & Community Psychiatry*. 1973; 24(10), 675–679.
11. Caudill, W. The psychiatric hospital as a small society. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1958.
12. Strauss, A., Schatzman, L., Bucher, R., Ehrlich, D. & Sabshin, M. *Psychiatric Ideologies and Institutions*. London: Transaction Books; 1964/1981.
13. Goffman, E. *Anstalt og menneske*. Viborg: Paludan; 1967.
14. Stanton, A.H. & Schwartz, M.S. *The mental hospital*. New York: Basic Books; 1954.
15. Laing, R.D. *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Harmondsworth: Penguin Books; 1965.
16. Szasz, T.S. *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row; 1961.
17. Lees, J. Research: The importance of asking questions. In P. Campling & R. Haigh (Eds.), *Therapeutic communities. Past, present and future* (pp. 207–223). London: Jessica Kingsley Publishers; 1999.
18. Bloor, M., McKeganey, N. & Fonkert, D. *One foot in Eden*. London: Routledge; 1988.
19. Løchen, Y. *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitets-

- forlaget; 1976.
20. Waal, H. Psykiatriske sykehus, utviklingsmuligheter og begrensninger. Oslo: Universitetsforlaget; 1978.
  21. Sørhaug, H.C. Ansatte og innsatte på et psykiatrisk sykehus: Makt, gjensidighet og ansvar (Oslo Occasional papers in Social anthropology). University of Oslo, Department of Social Anthropology; 1982.
  22. Delaney, K.R. Milieu therapy: A therapeutic loophole. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1997; 33(2), 19–28.
  23. Vatne S. & Hoem, E. Acknowledging communication: A milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 61(6), 690–698.
  24. Bloom, S.L. & Norton, K. The therapeutic community in the 21<sup>st</sup> century. *Psychiatric Quarterly*, 2004; 75(3), 229–231.
  25. Neuhaus, E.C. Fixed values and a flexible partial hospital program model. *Harvard Review of Psychiatry*. 2006; 14(1), 1–14.
  26. Norton, K. Re-thinking acute psychiatric inpatient care. *International Journal of Social Psychiatry*. 2004; 50(3), 276–284.
  27. Øye, C. & Skorpen, A. Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon. En analyse av miljøterapeutiske praksiser. Dissertation for the degree Philosophiae Doctor (PhD), University of Bergen, Norway; 2009.
  28. Alvesson, M., & Skoldberg, K. Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Lund: Studentlitteratur; 1994.
  29. Liberman, R.P. Research on the psychiatric milieu. In J.G. Gunderson, O.A. Will & L.R. Mosher (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 67–86). New York: Jason Arons; 1983.
  30. Fangen, K. Deltagende Observasjon. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
  31. Delamont, S. Ethnography and participant observation. In C. Seale, G. Gobo, J.F. Gubrium & D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 217–229). London: Sage Publications; 2004.
  32. Foucault, M. Technologies of the self. In L.H. Martin, H. Gutman & P.H. Hutton (Eds.), *Technologies of the self* (pp. 16–50). London: Tavistock Publications; 1982/1988.
  33. Foucault, M. The subject and power, In J.D. Faubion (Ed.), *Power. Essential works of Foucault 1954–1984*, volume three (pp. 326–348). London: Penguin Press, 1982/2001.
  34. Lofland, J., Snow, D., Anderson, L. & Lofland, L.H. *Analyzing social settings – A guide to qualitative observation and analysis*. Belmont, California: Thomson Wadsworth; 2006.
  35. Hummelvoll, J.K & Severinsson, E. Researchers' experience of co-operative inquiry in acute mental health care. *Journal of advanced nursing*. 2005; 52(2):180–188.
  36. Oeye, C., Bjelland, A.K. & Skorpen, A. Doing participant observation in a psychiatric hospital – Research ethics resumed. *Social Science & Medicine*. 2007; 65(11), 2296–2306.
  37. Foucault, M. *Discipline and punish: The birth of the prison*. London: Allen Lane; 1977.
  38. Øye, C. & Skorpen, A. Kjennskapens ritus – Fra Tukes te-selskap til fredagkosen i et psykiatrisk sykehus, *Tidsskrift for samfunnsforskning*. 2009; 50(3), 267–292.
  39. Skorpen, A. Anderssen, N. Øye, C. & Bjelland, A.K. Treatment regimes in a psychiatric hospital apparent contradictions? Report from field work in a locked-up ward illustrated with a constructed case, *International Journal of Mental Health Nursing*. 2009; 18(6), 409–416.
  40. Foucault, M. Power/Knowledge. In S. Seidman & J.C. Alexander (Eds.), *The new social theory reader: Contemporary debates* (pp. 67–76). London: Routledge, 2001.



## Sykepleiernes Samarbeid i Norden

Nordisk konferanse 23. - 24. november 2010 i Stockholm

# ”Sett ord på sykepleien”

- struktur på kvalitet og pasientsikkerhet ved bruk av kvalitetsindikatorer og terminologi

*”If you cannot name it, you cannot practice it, control it, teach it, finance it or put it into public policy” – Norma Lang 1992*

For program og påmelding :  
[www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org)

# Värdighet som det visar sig för vårdare i en kirurgisk praxis

Carina Vendlegård, RN, MNSc – Annelie Hübner, RN – Lillemor Lindwall, PhD, RN

## DIGNITY AS IT EMERGES FOR NURSES IN SURGERY PRACTICE

### ABSTRACT

**Background:** When patients need emergency or planned care at a surgical ward, they expect to be treated with dignity. Studies show that there is unnecessary suffering in care. **Aim:** The aim was to describe how nurses experience preserved dignity versus violated dignity in surgical practice.

**Method:** The study had a hermeneutic design where Flanagan's critical incident technique was used for data collection. Data included 49 written stories about preserved and humiliated dignity and was analyzed using hermeneutic text interpretation.

**Findings:** Human dignity emerges when nurses listen to patients. On the other hand, human dignity is violated when nurses are forced to see what they do not want to see. These are two aspects of dignity, and prerequisites for human dignity to be preserved within care. When a nurse allows the patients to tell their stories, and when nurses want to come close to the patients and are willing to accept the patients' trust, dignity is preserved. When nurses are rude to patients and make the patients invisible, and when nurses see the patients become humiliated at the end-stage of life, dignity may be violated.

**Conclusion:** Dignity may emerge when the will and courage to be there for someone else is allowed to permeate the caring acts.

**KEYWORDS:** dignity, experience, surgical care, patient, hermeneutic

### Introduktion

Vårdare på en kirurgisk avdelning har upplevt att patienten, gammal eller ung, som blir akut sjuk eller skall genomgå en planerad operation, drabbas av cancer eller befinner sig vid livets slut förväntar sig att vårdarna bevarar deras värdighet. Människans värdighet kan finnas inneboende i livets alla skeden (1) samt inbegriper människans fulla värde som människa vilket innebär att vara fri, bli respekterad och bestämma över sitt eget liv (2, 3). Enligt Eriksson (4) är värdigt vårdande och etiken relaterar till det goda som finns i människan själv. Patienter och vårdare kan uppleva värdighet som bevarad men också som kränkt värdighet (5). En professionell vårdarens yrkesansvar innebär att möta patientens önskan att äga ett värde som människa. Vårdens mål borde inbegripa respekt för människans värde (4). Men inom dagens kirurgiska vård med ständiga omorganisationer och ny medicinsk-teknik har siktet mera varit inställt på tekniken och att snabbt avlägsna det sjuka, effektivisera vården och uppfylla vårdgivarens krav på ökad produktivitet framför att bevara patientens värdighet (6). Begrepp som värdighet kan glömmas bort när politiska och ekonomiska beslut kommer i fokus (7). Att mötas med värdighet borde vara en självklarhet, men verkligheten har visat på att vården även kan erfars som icke vård (8). *Vad erfår vårdare som bevarad eller kränkt värdighet i en kirurgisk praxis idag?*

Inom vårdvetenskapen när människan ses som enheten kropp, själ och ande finns en förståelse för människans rätt till bevarad värdighet (9). Människans värdighet har tilldelats i skapelsen, och skall förvaltas inom ramen för det mänskliga ämbetet med plikten att tjäna sin nästa samt att den kan förstås som något absolut och okränkbar (1). Människans värdighet ingriper friheten och rätten att säga nej (10).

I tidigare studier lyfter forskare fram värdet av att människor möts med respekt, blir sedda och lyssnade till (11, 12). Människans behov av att hennes värdighet bevaras, innebär att känna igen det unika i den människa man möter och fordrar uppmärksamhet för situationen (13). Värdig vård innebär att inte enbart utföra kroppslig vård utan också ge tid för samtal (14). Inom palliativ vård upplever patienter att de förlorat sin värdighet när de mist kontrollen över sin kropp (15, 16). Äldre personer som förlorar kontrollen över sin hälsa kan uppleva sig hjälplösa och utan värde (17). En studie (18) visar hur barnmorskor kränkte mödrarnas värdighet när de uppträdde ovärdigt, ignorerade mödrarna och behandla deras kropp på ett ovärdigt sätt eller gav dem ovärdiga blickar. I en annan studie framkom värdet av att bevara patientens värdighet genom att se till patientens andliga behov i samband

med bypass-operation (19). När vårdare blir vittne till att patienter lider av vården, att deras värdighet kränks eller om de etiska idealen inte bevaras hamnar de i etiska dilemman eller värdekonflikter (5). Det har varit svårt att finna studier som belyser vad vårdare erfår som värdighet i en kirurgisk praxis. Rent allmänt visar forskningen att brister i vården skapar vårdlidande när patientens värdighet kränks (20).

### Studiens syfte

Föreliggande studie syftar till att beskriva vad vårdare erfår som bevarad värdighet och kränkt värdighet i en kirurgisk praxis.

### Metod

En hermeneutisk design valdes eftersom strävan var att upptäcka okända eller redan kända sammanhang i praxis, ett närmelsesätt som tar till vara forskarens och deltagarnas professionella förförståelse. Den professionella förförståelsen får inte bli förstådd som endast en existentiell förförståelse utan som en professionell förförståelse som vuxit fram inom vårdaren (21, 22). Gadamer (23) menar att människan är påverkad av den rådande kulturen, sina fördomar och de traditioner de lever i. Forskaren kan aldrig helt frigöra sig från traditionens förståelsehorisont.

### Deltagare

I studie deltog elva sjuksköterskor, tre undersköterskor och en sjukgymnast som här benämns vårdarna. Deltagarna hade mellan 2 till 15 års erfarenhet av kirurgiskt vårdarbete på ett mellansvenskt sjukhus och var mellan 28 – 58 år. Alla hade deltagit i en forskargrupp under 2007 och hade valts ut av vårdenhetschefen. De tillfrågade accepterade inbjudan.

### Datainsamling

Data samlades in med hjälp av 'Critical incident tekniken', en självrapporterande teknik som fokuserar på kritiska händelser som berört deltagarna positivt eller negativt, vilket gav vårdarna möjlighet att beskriva händelser som berört dem (24). De direkta observationerna refererar till händelser som deltagarna varit vittnen till eller varit en del av. Händelserna beskrevs med hjälp av följande frågor: *Hur startade det? Vad hände? Hur slutade det?* Alla vårdare gavs samma information om studiens syfte, genomförande samt om bevarad och kränkt värdighet. Flanagan (24) menar att kritiska händelserna kan ses

som trovärdiga eftersom forskningspersonerna själva har upplevt dem. Det empiriska materialet omfattades av 49 nedskrivna positiva/negativa händelser.

#### *Etiska övervägande*

Etiskt tillstånd erhöles av universitetets forskningsetiska kommittén (Dnr C2005/263). Alla deltog frivilligt och informerades om att deltagandet kunde avbrytas när som helst. Medgivande till studien inhämtades av verksamhets- och vårdenhetschefer för berörda vårdavdelningar. Studien följde forskningsetiska principer i enlighet med Helsingforsdeklarationen (25), en etik som värnar om forskningspersoners anonymitet, integritet och bevarat förtroende. Forskningspersonernas identitet har skyddats genom att varken namn, fördelsedata, eller sjukhus har angivits.

#### *Hermeneutisk texttolkning*

De kritiska händelserna fördes samman till en text som fick vara en röst från verkligheten. För tolkning av texten valdes hermeneutisk texttolkning (21,22) då den strävar efter att förstå textens sak framför att förklara den som talar bakom texten. Gadamer (23) menar att en texts språkliga utformning ger rum åt dess innehållsliga betydelse genom tolkningen. Tolkningen av texten följer: första läsningen – texten integreras med läsaren, andra läsningen – horisontsammansmältning, tredje läsningen – nya frågor till texten, fjärde läsningen – sammanfattning till huvudteman och subteman och femte läsningen – den nya förståelsen.

För att göra läsarna öppna för texten gjorde vi oss medvetna om vår professionella förförståelse hur den främjar seendet eller skymmer seendet dvs. när det som visar sig inte når läsarens medvetande. Den professionella förförståelsen bör förstås som en förförståelse som kommer ur att läsarna har erfarenhet inom den profession som utforskas. Vår professionella förförståelse innefattar vårdvetenskapliga och medicinska kunskaper, vårdandets etik, vår plikt och förpliktelse, engagemang och erfarenheter som sjuksköterskor inom en kirurgisk praxis (22). Gadamer (23) menar att hermeneutikens utgångspunkt är att den som skall förstå har anslutning till den tradition, som kommer till uttryck i texten. Tolkningen av texten inleddes med en granskning av texten som originalkälla och dess relevans för praxis. Texten betraktades som originalkälla eftersom händelserna kom från vår tid och en för oss känd praxis. Språket var ett vårdande språk och relevant för en kirurgisk praxis.

#### **Första läsningen – texten integreras med läsaren**

För att närma oss texten så förutsättningslöst som möjligt lästes, jämfördes eller tolkades inte texten innan datainsamlingen var slutförd (22). Efter att vi gjort oss medvetna om vår professionella förförståelse tilläts texten öppna sig och vi var beredda att stiga in i den. Texten lästes från början till slut därför att den sista slutsatsen kan förändra allt. Texten lästes med nyfikenhet och en undran om vad den hade att säga om bevarad och kränkt värdighet. Den talade till oss som till en sjuksköterska och vi gjorde oss beredda att lyssna. Under läsningens gång ställde vi frågor till texten, texten ställde frågor till oss: *Är det så det är? Är detta verkligheten? Ja det är det.*

#### **Andra läsningen – horisontsammansmältning**

Texten fick presentera sig själv och strävan var att se «annanheten» hos texten som helhet (23). Genom att ställa frågor till texten hölls frågan öppen. Detta innebar två saker. För det första insåg vi vilka kunskapsbrister som fanns och det gällde att skaffa ytterligare kunskaper om värdighet. För det andra gällde det att finna de frågor texten ställde. Gadamer menar att dialogen med texten leder fram till en «horisontsammansmältning», dvs. textens verklighet blir en del av läsaren.

#### **Tredje läsningen – nya frågor ställdes till texten**

Nya frågor ställdes till texten. De frågor som berört mest var; *vad är bevarad värdighet?* och *vad är kränkt värdighet?* I läsningen söktes efter svar på frågan dvs. signifikanta uttryck, citat lyftes ut för närmare tolkning.

#### **Fjärde läsningen – sammanfattning till huvudteman och subteman**

Texten som de signifikanta uttrycken utgjorde lästes för att finna dess meningsinnehåll, dvs. huvudteman, de verkligt gemensamma kvaliteterna för alla signifikanta uttryck. Därefter sökte vi efter de särskiljande kvaliteterna, subteman, de kvaliteter som fångade det meningsbärande mönstret. Läsningen gav två huvudteman med vardera tre subteman. Varje subtema har fått sin gestaltning med hjälp av citat från texten.

#### **Femte läsningen – den nya förståelsen**

Hela texten lästes för att pröva samtliga teman mot texten som helhet. Förståelsen av texten innebar att förstå helheten ur delarna och delarna ur helheten vilket Gadamer (23) beskriver som den hermeneutiska cirkeln. Tolkningen avslutades när huvudteman och subteman bildade en ny förståelse, en sammanhängande helhet som sågs som giltig och fri från inre motsägelser.

#### **Resultat**

I tolkningen av texten stiger värdighet på en kirurgisk vårdavdelning fram som **Bevarad värdighet – när vårdare lyssnar till patienten** och **Kränkt värdighet – när vårdare tvingas att se det de inte vill se**. De två huvudtemana får sin gestaltning med hjälp av subteman, de kvaliteter som fångar det meningsbärande mönstret. Varje huvudtema beskrivas var för sig.

**Bevarad värdighet – när vårdarna lyssnar till patienten** beskrivs som; *Vårdare stannar upp och tillåter patienten berätta sin berättelse; Vårdare tillåter sig komma nära patienten och Vårdare tar emot patientens förtroende*. Varje subtema får sin gestaltning med hjälp av citat från texten.

#### **Vårdare stannar upp och tillåter patienten berätta sin berättelse**

Vårdarna bevarar patientens värdighet när de stannar upp i vårdarbetet och tillåter patienten berätta sin berättelse. De visar med hela sin person att de vill lyssna till det patienten berättar om. Att lyssna kan också vara att tillåta patienten berätta en rolig historia eller att stanna kvar och tala med patienten trots att hon inte direkt bitt om vårdarens uppmärksamhet.

*Jag stannade upp och lyssnade till det som patienten berättade om. Det var som om det låg kvar när jag gick ut från rummet.*

Att lyssna är att våga möta patientens blick även om den är fylld av lidande. En vårdare som lyssnar visar patienten sitt äkta intresse utan att vara nyfiken och stirra.

*Jag såg att kvinnans läppar var helt svarta, nekrotiska, såriga med torra svarta skorpor. Det var svårt att undvika att stirra samtidigt som jag skulle vårda henne. När jag mötte hennes blick och såg in i de ledsna ögonen såg jag en tapper kvinna.*

När vårdaren stannar upp, lyssnar och visar att han/hon vill förstå patienten bevaras värdigheten framför att fördöma patientens aggressiva uppträdande. Den som lyssnar beaktar patientens önskan att få berätta, dela sina tankar om sjukdomen och livet. Lyssna kan förstås som att bjuda in patienten till ett mellanmänniskt möte.

*Jag kände allt eftersom vi samtalar att den lite aggressiva och sarkastiska tonen avtog. Han fick prata, jag lyssnade och han till och med tackade mig för att jag lyssnat på honom.*

Vårdare menar att de upprätthåller patientens värdighet när de lyssnar, stannar upp och tillåter patienten berätta sin berättelse. De visar att de är engagerade, vill lära känna patienten och möta henne/honom där hon/han är. Lyssna kan också innebära att lyssna till vad närstående vill berättade, speciellt i situationer då patienten är oförmögen att berätta sin berättelse och själv uttrycka sina önskningar.

#### **Vårdare tillåter sig komma nära patienten**

Vårdarna bevarar patientens värdighet när de genom att vara lyssnade

tillåter sig att komma nära patienten. Att komma nära kan innebära att vårdaren tillåta sig att ha roligt tillsammans med patienten.

*Jag klippte håret och trimmade skägget på patienten, vi hade väldigt roligt tillsammans.*

I ett lyssnade som bevarar värdighet strävar vårdaren efter att komma nära patienten genom att dela tiden, se förbi de kroppsliga defekterna och göra människan bakom patienten synlig.

*På dessa femton minuter i duschen får jag fram så mycket information om hur hon mår och över saker som oroar henne som jag annars aldrig hade fått veta. Patienten anförtror mig mycket som jag kanske inte skulle ha fått veta när jag går runt med mediciner.*

Att komma nära patienten kan vara att bry sig om närståendes behov och önskningsar i svåra situationer.

*Vi gjorde verkligen allt för att göra det så bra som möjligt för patienten och dottrarna. Vi ansträngde oss för att en svår situation skulle bli värdig. De vågade knappt tro att de själva skulle få bestämma så mycket över hur moderns sista tid skulle bli.*

Vårdare menar att de vill komma nära patienten för att verkligen kunna lyssna till hans/hennes behov. En vårdare som vill bevara patientens värdighet överger inte patienten utan tar sitt ansvar, visar aktning för hans/hennes värdighet. Vårdarna känner glädje i vårdarbetet när de tillåts att komma nära patienten.

#### **Vårdare tar emot patientens förtroende**

Genom att vara lyssnade kan vårdaren ta emot patientens förtroende. Att ta emot förtroende kan vara att lyssna till patientens berättelse, till det de inte talar med vem som helst om. Vårdare tar emot patientens förtroende när de visar vördnad för patientens kropp som utsätts för pinsamma behandlingar och tillåta patienten själv få bestämma när saker och ting skall ske.

*En patient skulle få en kateter inför en operation. När det var dags gick vi in och började med att fråga sänggrannen om det var ok för henne att gå ut i dagrummet under tiden. Vi berättade vad vi gjorde och patienten uppskattade att vi besvarade hennes frågor.*

För att vårdaren skall kunna ta emot patientens förtroende krävs det att de skapar en atmosfär som är tillåtande och hjälper patienten att anförtra sig åt vårdaren, tillåter sig att tala om det som oroar dem. Om patienten skall våga ge sitt förtroende måste vårdaren våga «skoja» om det allvarliga och därigenom hjälpa patienten att öppna sig och berätta sin historia.

*En man som var inne för ett mindre ingrepp var ganska tyst och försynt, ville inte vara till besvär, han sa flera gånger nedvärderande saker om sig själv och hade lite dålig självkänsla... Under samtalet tog han mod till sig och frågade om han fick berätta en rolig händelse apropå något vi talade om just då. Självklart fick han berätta och vi skrattade gott båda två.*

Vårdare menar att ta emot patientens förtroende är ett lyssnade som kan upplevas som en balansgång mellan närhet och distans, mellan hopp och förtvivlan. Den sanna lyssnaren har modet att ta emot patientens förtroende, något patienten inte ger till vem som helst och sedan bevara det som ett förtroende. Patienter förväntar sig att vårdaren är beredd att bevara förtroendet de fått som något bara vi två känner till. Om vårdaren inte tar emot förtroendet sviker de patienten och kränker hans/hennes värdighet. I en vårdande kultur bevarar vårdarna patienternas värdighet genom att ha modet att ta emot patients förtroende och sedan bevara det.

**Kränkt värdighet – när vårdare tvingas att se det de inte vill se** beskrivs som; **Vårdare uppträder ohövligt mot patienten; Vårdare gör patienten osynlig och Vårdare ser att patienten förnedras vid livets slut.** Varje subtema får sin gestaltning med hjälp av citat från texten.

#### **Vårdare uppträder ohövligt mot patienten**

Vårdarna berättade om hur de vid flera tillfällen tvingats se på när

andra vårdare uppträder ohövligt mot patienten och sedan nonchalerar dem när de påtalar att patienten behöver hjälp. När vårdare ser det de inte vill se och inte kan gripa in av rädsla för att situationen kan förvärras känner de sig kränkta.

*Bedrövligt att en patient med en sådan inblick i sin medicinering och i sin sjukdom förvägras att få läkemedel. Hon bagatelliserar hans bekymmer.*

*Jag sa till att patienten ville ha smärtlindring men hon brydde sig inte. Jag fick säga till tre gånger.*

Läkare kan uppträda nonchalant när de står öga mot öga med patienten och ger patienten information och senare talar med läkarkollegerorna utan att beakta att patienten kan höra att de får en annan information än patienten fick.

*Läkaren tog god tid på sig inne hos patienten och förklarar hur allvarligt sjuk han är. Han berättar också om ingreppet och varför det valdes. Utanför rummet säger läkaren högt till de andra läkarna «det var tur att jag inte berättade om det största aneurysmet han har i låret, det som vi inte kan göra något åt». Jag tänkte att nu vet patienten eftersom dörren var öppen.*

Vårdarna kan tvingas se på och höra när läkaren, på ett hänsynslöst sätt kränker patientens värdighet som när han tillrättaviserat en patient som inte följt ordinationen, inför andra patienter. Ett uppträdande som de som vårdare inte kan försvara.

*När operatören fick veta att hon bara varit upp ur sängen vid toalettbesök, inte försökt äta och dricka ordentligt, skällde han ut henne fullständigt. Hon låg i sin säng i en två-sal med en annan patient bredvid. Den medföljande sköterskan instämde i operatörens klagolåt ...*

Vårdare menar att det finns vårdare som inte verkar vara medvetna om att deras uppträdande kan upplevas som ohövligt och hänsynslöst av andra vårdare när patientens liksom vårdares iakttagelser nonchaleras. Vårdare som strävar efter att göra något gott för patienten tar ofta på sig skulden för något andra vårdare gjort. Vårdarnas värdighet kränks när de ser att patientens värdighet kränks.

#### **Vårdare gör patienten osynlig**

Några vårdare har sett hur läkarna gjort patienten osynlig, tillåtit sig att inte se patientens ansikte utan bara intresserat sig för tekniken och tillåtit sig upptas av läkarkollegerornas prat och inte av patientens lidande.

*Överläkaren går in, hälsar inte, stirrar sig blind på bülowdränaget, pratar med övriga läkare och mig. När han är på väg ut säger patienten «är det detta som kallas rond?» «Ja, ha ha» skrattar han fortfarande på väg ut från rummet. Rondan är som en vit vägg, den kommer in men rullar snabbt ut igen.*

Vårdarna menar att det finns läkare som väljer att göra patienten osynlig när de kräver att vårdarna i första hand ska ta hänsyn till läkarens tidsschema och inte till patientens utsatta situation. Läkaren verkar inte vilja förstå att han/hon kränker patientens och vårdarens värdighet när de tvingar vårdaren att blotta för patienten känsliga delar av kroppen.

*Jag förstår att läkaren är tidspressad och vill att det skall vara så mycket förberett som möjligt men man måste förstå patientens situation, tänk att ligga utan byxor på en brits och vänta på att doktorn skall komma.*

Vårdare som ser hur en patients förnedrande situation negligeras av andra vårdare kan känna ett inre krav att inte överge patienten som övergivits av andra vårdare.

*Patienten sitter i sin rullstol, fastspänd, endast i sin korta nattskjorta och nätbyxa. Vårdaren säger att ni får ta över för vi har tröttnat. Vi tänkte att det måste vi bara göra.*

Att som vårdare tvingas utöva våld mot en patient gör att de inte känner sig tillfreds med sina handlingar.

*Kvinnan skulle få en kateter och personalen var tvungna att hålla hennes händer och fötter. Att utföra denna handling kändes inte bra.*

Vårdare mår dåligt när de tvingas se på när andra vårdare kränker patientens värdighet genom att negligera, göra patienten osynlig, utplåna patientens existens eller när de tvingas utföra för patienten kränkande handlingar. En inre konflikt utvecklas inom vårdaren när de ser att patienten utsätts för en vård som kränker patientens värdighet.

#### Vårdare ser hur patienten förnedras vid livets slut

Vårdarna känner sig maktlösa när de blir vittne till att läkaren inte ser att patienten, som befinner sig vid livets slut, lider av behandlingen. De känner sig olyckliga när läkarens makt blir till ett ogripbart hinder som de inte har kraften att ifrågasätta eller stoppa.

*Trots att jag bad att vi skulle stoppa så fortsatte läkaren. Det verkade som han inte såg patienten, och hur hon mådde. När jag dagen efter hörde att hon avlidit kände jag mig bedrövad över att hennes sista tolv timmar i livet blivit så plågsamma.*

Vården blir inte värdig när döende patienter, som behöver lugn och ro samt tid för att avsluta sitt liv, transporteras mellan olika avdelningar, bara för att patienten inte är på rätt plats i vårdorganisationen.

*Patient förflyttades mellan avdelningar iklädd endast nattskjorta och munskydd samt full i avföring.*

Vårdarna känner vanmakt när de ser det de inte vill se, som när vårdare inte tar sitt etiska ansvar för hur de uttrycker sig i en döende patients närvaro. Att som vårdare behöva se på hur patientens värdighet kränks vid livets slut gör att de känner förtvivlan. En förtvivlan som de bär med sig under lång tid och känner skuld för.

*Min kollega berättade för mannen att hans anhöriga hade ringt och hälsade till honom. Då svarade min andra kollega att de anhöriga även ringt vid ett tidigare tillfälle och sagt att de inte ville komma och när mannen dött kunde vi slänga hans saker, för anhöriga vill inte ha något av det. Vi blev chockade.*

Vårdare menar att när de ser att patienten kränks vid livets slut hamnar de i etiska dilemman eftersom de måste se det de inte vill se. De känner skam och skuld för att de inte haft kraft och makt att förhindra att andra vårdare inte tagit sitt etiska ansvar. Den döende patientens värdighet kränks när patienten inte har blivit sedd som en medmänniska som befinner sig vid livets slut utan ett objekt vilket som helst.

#### Den nya förståelsen

Resultatet gör oss medvetna om att vårdare kan bevara patientens värdighet när de stannar upp, lyssnar och tillåter patienten berätta sin berättelse, tillåter sig att komma nära patienten och tar emot patientens förtroende. Men vårdare kan också kränka patientens värdighet när de uppträder ohövligen mot patienten, när patienten görs osynlig och när de tvingas se att patienten förnedras vid livets slut.

I den nya förståelsen, när textens teman prövades mot texten som helhet och vårdandets ethos, det djupast etiska, steg en ny förståelse fram av människans värdighet. Värdighet visar sig som två aspekter av värdighet, dvs. bevarad värdighet – när vårdare har viljan att lyssna till patienten, när vårdare har modet att se det de inte vill se och kränkt värdighet – när vårdare tvingas se det de inte vill se. Vårdare som strävar efter att bevara patientens värdighet tillåter sina inre krafter, viljan att lyssna och modet att se verka i syfte att göra gott för patienten att finnas till. Modet styr deras handlingar så att de vågar se det de inte vill se och viljan så att de vill lyssna till det patienten vill berätta (26). Vårdarnas handlingar styrs av att de inte vill se patientens värdighet kränkas och av att de vill lyssna till det patienten vill berätta. Vårdarnas vilja att lyssna och modet att se väcker liv i vårdarnas

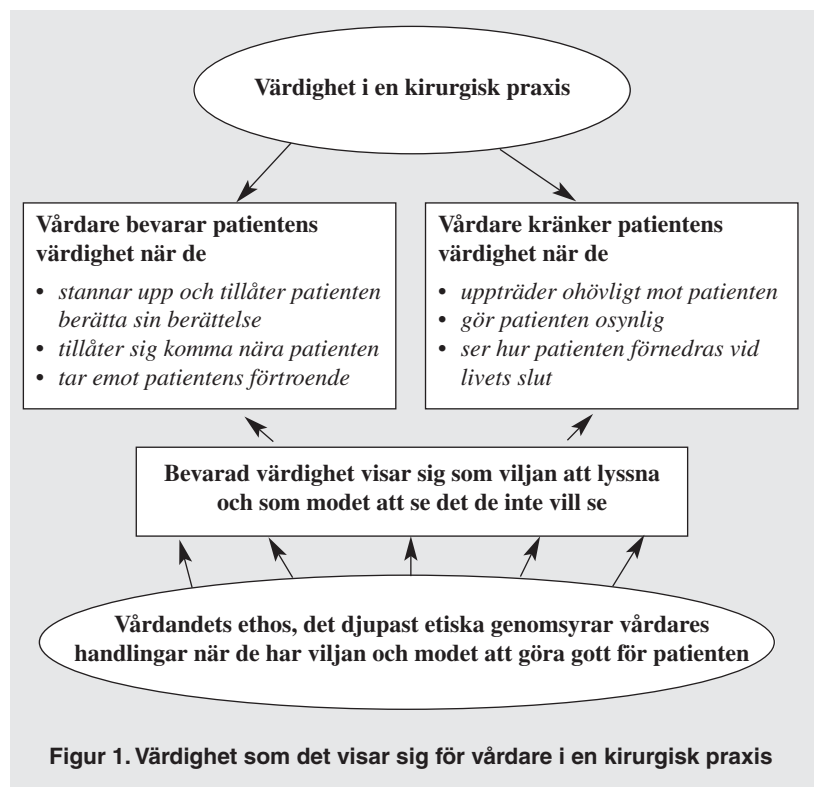
ethos som sätter förmågan att se och lyssna i rörelse och gör dem öppna för det okända (27).

#### Resultatdiskussion

Resultatet beskriver att värdighet visar sig för vårdare i en kirurgisk praxis som bevarad värdighet – när vårdare har viljan att lyssna till patienten och modet att se det de inte vill se och kränkt värdighet – när vårdare tvingas att se det de inte vill se. Om patientens värdighet skall kunna upprätthållas måste det finnas vårdare som har viljan att lyssna till patientens berättelser och har modet att se det de inte vill se (26). Eriksson (9) menar att vårdandets idé bör vara att hjälpa patienten att bevara sin värdighet men också att hjälpa vårdarna att bibehålla sin värdighet. Att kränka människans värdighet innebär att någon tar ifrån henne/honom möjligheten att känna hälsa och välbefinnande (4). Vårdare som valt att kränka patientens värdighet har uteslutit vårdandets ethos, det djupast etiska värdet, vilket leder till att professionell vård upphör att vara professionell (27). Värdighet visar sig i mötet mellan människor där vårdarens moral och attityder avspeglas i hennes handlingar (6,11,13).

Människans värdighet bevaras när vårdare har modet och viljan att lyssna, ta emot patienten genom att stanna upp och tillåta patienten berätta sin berättelse som är en förutsättning för att de skall komma nära patienten och kunna ta emot patientens förtroende. Ett lyssnande som innehåller ett förtroende för varandra växer fram när vårdaren vågar gå utöver det givna och tar patienten på allvar. Vårdarna har modet att stanna upp, vara nära och ta emot patienten som berört dem. Viljan att lyssna kräver uppmärksamhet mot det som finns hos den andre, något som är utanför dem själva. Lyssnandet hänvisar till det mellanmänniska i kraft av att vi är sårbara och utlämnade till varandra (28). Att lyssna är det mest naturliga sättet att komma nära och skapa en atmosfär som gör att vårdaren kan ta emot patientens förtroende, det de inte talar med vem som helst om (5). Värdighet bevaras när vårdarna använder lyssnandet som ett redskap för att se bakom patientens uppträdande och tolka det till patientens fördel (4). Lyssnandet förutsätter en vilja hos vårdarna, att se medmänniska och tar ansvar för att de ser det som visar sig, att vården blir evident.

Men vårdarna bevarar också patientens värdighet när de har modet att se – det de inte vill se som när vårdare uppträder ohövligen mot patienten, patienten görs osynlig och förnedras vid livets slut. Vårdare



Figur 1. Värdighet som det visar sig för vårdare i en kirurgisk praxis

som har modet att se det de inte vill se tillåter sig se det som visat sig för dem. Vårdarna förringar inte det de sett, de blundar inte för det som verkligen visat sig trots att det inte var det de önskade se. Levinas (29) menar att ansiktet har något att säga till mig ett sägande som innebär att jag inte bara står framför ansiktet och begrundar det utan att jag svarar det «Jag ser Dig», det etiska seendet. Vårdarens etiska skyldighet är att se det som visar sig även om det är det de inte vill se.

När vårdare ser att patientens värdighet kränks, det de inte vill se berörs de illa vilket förstås som att de hamnat i en värdekonflikt, en inre konflikt eller i ett etiskt dilemma (5), hur de än gör så kommer det att kännas fel och de känner skuld för det de sett. Vårdare som uppträder ohövligen kränker inte bara patientens värdighet utan även andra vårdare som finns runt patienten. Vårdare som vill göra gott hamnar ofta i en värdekonflikt när vårdkulturen har ett annat fokus än vårdandets ethos (6,30).

Det hermeneutiska närmelsesättet (23) gav möjligheter att förstå vad som visar sig som värdighet i en kirurgisk praxis. Critical incident tekniken (24) gav en varierande och mångfacetterad bild av vården som bevarad och kränkt värdighet. Den hermeneutiska texttolkningen (22) gav det okända och kända i det kirurgiska vårdarbetet ett meningssammanhang och vårdandet fick ett språk. Forskarnas professionella förståelsen gjorde det möjligt för att låta texten tala. Men var också ett hinder då vi var tvungna att komma bakom det självklara och erkänna att vi inte alltid ser och tänker på vad som visar sig.

Godkjent for publisering 12.08.2010

Carina Vendlegård, Centrallasarettet, Västerås SE – 72189 Västerås  
Annelie Hübner, Centrallasarettet, Västerås, SE – 72189 Västerås  
Lillemor Lindwall, Docent, Avdelningen för omvårdnad, Karlstads universitet SE- 651 88 Karlstad, Lillemor.Lindwall@kau.se, Universitetslektor, Sektionen för omvårdnad, Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle, Karolinska Institutet, Alfred Nobels allé 23, SE - 14183 Stockholm, Lillemor.Lindwall@ki.se (Corresponding author).

## Referenser

1. Edlund M. *Människans värdighet*. (Doktorsavhandling) Åbo: Åbo Akademi förlag, 2002.
2. Gallagher A. Dignity and respect for dignity – two key health professional values: implication for nursing practice. *Nurs Ethics* 2004; 11:587–99.
3. Shotton L, Seedhouse D. Practical dignity in caring. *Nurs Ethics* 1998; 5:246–55.
4. Eriksson K. *The suffering human being*. Chicago: Nordic Studies Press, 2006.
5. von Post I. *Professionell naturlig vård ur anestesi- och operationssjuksköterskans perspektiv*. (Doktorsavhandling) Åbo: Åbo Akademi förlag, 1999.
6. Lindwall L. & von Post I. Habits in perioperative nursing culture. *Nurs Ethics* 2008; 15: 670–681.
7. Newbold D. New financial systems and perioperative care: the stimulus for reform *Journal of Advanced Perioperative Care* 2007; 1: 5–9.
8. Halldórsdóttir S. *Caring and Uncaring Encounters in nursing and health care* (Doktorsavhandling) Linköping: Linköpings universitet, 1996.
9. Eriksson K. The Theory of caritative caring: A Vision. *Nurs Sci Q*, 2007; 3: 201–202.
10. Frankl VE. *Gud och det omedvetna; psykoterapi och religion*. Översättning av Margareta Egardh. Stockholm: Natur och Kultur, 1987.
11. Nåden D. & Eriksson K. Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nurs Sci Q* 2004; 17: 86–91.
12. Randers I. & Mattiasson AC. Autonomy and integrity: Upholding older adult patient's dignity. *JAN* 2004; 1: 63–71.
13. Baillie L, Ford P, Gallagher A. & Wainwright P. Nurses views on dignity in care. *Nursing Older people* 2009; 8: 22–29.
14. Lindwall L & Bergbom I. The altered body after breast cancer surgery. *Int J of Qual Studies of Health and Well-being* 2009; 4: 280–87.

15. Enes SPD. An exploration of dignity in palliative care. *Pall Med* 2003; 17: 263–69.
16. Dwyer L-L. *Dignity in the end of life care*. (Doktorsavhandling) Örebro: Örebro Universitet, 2008.
17. Høy B, Wagner L & Hall E. OC. The elderly patient's dignity. The core value of health. *Int J of Qual Studies of Health and Well-being* 2007; 2: 160–168.
18. Eliasson M, Kainz G & von Post I. Uncaring midwives. *Nurs Ethics* 2008; 4: 269–78.
19. Lang SPD, Poon WHE, Kamala D, Ang NKE, & Mordiffi SZ. Patient's experiences of spiritual care. *Singapore Nursing Journal* 2006; 33: 42–7.
20. Kasén A, Nordman T, Lindholm T. & Eriksson K. Då patienten lider av vården. *Vård i Norden* 2008; 2: 4–8.
21. von Post I. & Eriksson K. A hermeneutic textual analysis of suffering and caring in the perioperative context. *JAN*, 1999; 4: 983–89.
22. Lindwall L, von Post I, & Eriksson K. 2010. Clinical research with a hermeneutical design and an element of application. *International Journal of Qualitative Methods*, 2010; 2: 172–86.
23. Gadamer HG. *Truth and method*. London: Sheed & Ward, 1989.
24. Flanagan J. The critical incident technique. *Psychological Bulletin* 1954; 51: 327–58.
25. MFR. *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk human forskning*. Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik. Stockholm, 2002.
26. Aristoteles. *Den nikomachiska etiken*. Göteborg: Daidalos, 1967.
27. Eriksson K. *Ethos*. I: Eriksson K. & Lindström UÅ. (red.) Gryning II. Klinisk vårdvetenskap. Åbo: Åbo Akademi 2003: 21–33.
28. Martinsen K. & Eriksson K. *Å se og Å innse*. Oslo: Akribe, 2009.
29. Lévinas, E. *Etik och oändlighet*. Stockholm: Symposium, 1988.
30. Näsman Y, Lindholm L & Eriksson K. Caritativ vårdetik. *Vård i Norden* 2008; 2: 50–52.

# Acute abdominal pain; pre-hospital evaluation of ketobemidone administration

Andreas Rantala, RN, PEN, BSc – Kjell Ivarsson, MD, PhD – Anders Johansson, RN, CCRN, CRNA, PhD

## ABSTRACT

Abdominal pain is a frequent condition among patients in ambulance care and, each patient should receive optimal doses for pain relief. The aim of this study was to evaluate pain scores at admission to hospital and relationship to age, in pre-hospital patients with treated acute abdominal pain. Pain was scored with a Numeric Rating Scale (NRS) by each patient at the rescue scene (NRSs). Ketobemidone was then administered intravenously in incremental doses to achieve NRS-values of four or less, and then NRS was re-evaluated at admission to hospital (NRSh). The results from 64 patients demonstrated statistical significant differences between median NRSs and NRSh scores; 7.0 and 3.5 respectively ( $p < 0.05$ ). Mean ketobemidone doses were  $3.7 \pm 1.9$  mg. There was a negative correlation between age and pain scores ( $p < 0.01$ ), and NRSs correlated with NRSh which means that patients with high scores for initial pain also scored higher on arrival in the emergency room ( $p < 0.05$ ). This study describes that the general dose of pain-relieving medications with ketobemidone seems to be adequate since the patients' subjective assessments of pain achieve a NRS value less than four at admission to hospital. The study also demonstrate that older the patients, less pain was reported both on the rescue scene and on admission at the hospital.

**KEYWORDS:** prehospital acute abdomen, analgesic, pain

## Introduction

Acute abdominal pain is a frequent condition among pre-hospital patients and according to the American Pain Society's (APS) Guidelines for the Treatment of Pain, each patient should receive individual optimal doses of pharmacological pain relief (1). Furthermore, The Swedish Association of Anaesthesia and Intensive care (SFAI) has set a benchmark that no patients should have to experience acute pain estimated to Numeric Rating Scale (NRS) value of four or more. In the area of current practices it has earlier been concluded that pre-hospital analgesia's were shortcomings according to pain underestimating and underdosing and provision of analgesia is therefore an area where pre-hospital providers can play an important impact for many patients with acute significant pain (2).

Among patients with acute pain elderly patient represent an important proportion and proper assessment and management in these patients is of great importance because of an increased risk of cerebral and cardiovascular negative effects when intravenous boluses of opioids are used (3). Parameters' according to which these bolus doses must be adjusted are still debated but several studies have taking to account that the patients age rather than weight is of great importance due to age-related changes in metabolism and clearance of different opioids (4-6).

The department of Pre-hospital Centre of Region Skane (RSPC) is responsible for ambulance care in the southernmost part of Sweden with a population of 1.2 million. The organization thus issues treatment guidelines including general orders for pre-hospital pharmacological treatment, among which ketobemidone in a maximal dose of five milligram for abdominal pain can be found (2). Ketobemidone is an opioid analgesic which in Scandinavia has been used for pain management for more than 50 years, but to the authors' knowledge not evaluated in a pre-hospital context. The drug is commonly used for acute pain management in both adults and children and is less likely to affect the visceral smooth muscle of urethra and gallbladder (8-10). Since the organization treatment guidelines' including general orders for pre-hospital pharmacological treatment, this provides a standardized setting for analysis of an analgesic drug to patients with acute abdominal pain.

## Aim

The aim of this study was to evaluate pain care-related outcome according to pain scores at admission to hospital and relationship to age, in pre-hospital patients with treated acute abdominal pain.

ding to pain scores at admission to hospital and relationship to age, in pre-hospital patients with treated acute abdominal pain.

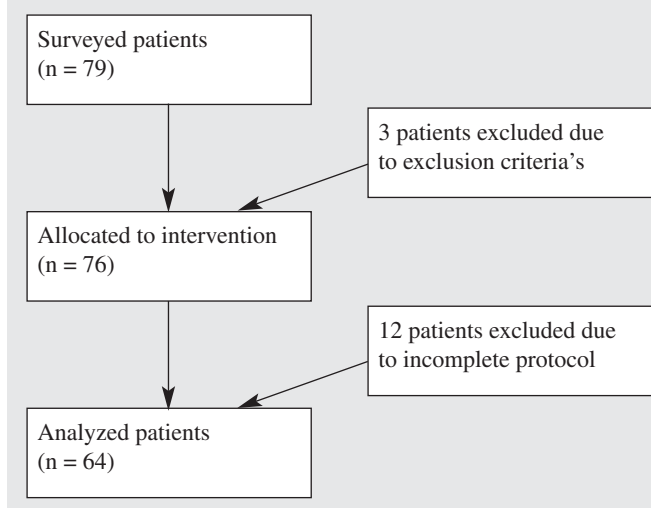
## Method

Ethical considerations and approval was obtained from the Regional Ethical Vetting Board of Lund, Sweden. Study design was a clinical cohort study with consecutive inclusion and the study were performed and analysed during year 2008 and 2009. Included patients were adult (> 18 years), Swedish-speaking (important for collecting medical history and for evaluation), oriented and fully conscious (Glasgow Coma Scale score 15), from ambulance districts serving Community Hospital of Helsingborg or Lund University Hospital, both in the Region of Skane, Sweden. Exclusion criteria were ongoing analgesic treatment regardless of type, known pregnancy and known allergy to opioids.

Demographic data (treatment time, age and weight) of each patient were recorded at the rescue scene. Pulse, blood pressure, plethysmographic haemoglobin oxygen saturation and respiratory rate were then recorded at every five minutes. An electrocardiogram (ECG) was wirelessly transmitted to the nearest cardiology department when applicable. Pain was assessed on arrival to the rescue scene (NRSs), and on admission at the hospital (NRSh) (6). NRS requires the patient to grade his pain verbally on a scale from 1 = no pain/nausea, 10 = worst pain. If NRSs was graded four or more, nurses administered ketobemidone 2.5 mg intravenously. Additional doses of 1 mg were given as necessary every five minutes to achieve an NRS of less than four. And finally, if any patients suffered from any adverse events, this should be recorded and analyzed.

## Statistical analysis

The results are presented as mean and median, standard deviation (SD), and interquartile range. Bivariate correlation was performed to examine relationship between age and NRSs and NRSh (Spearman's rho). A multiple regression analysis (ANOVA) was carried out with NRSh as dependent variable and age, NRSs and ketobemidone as independent variables. Wilcoxon rank Signed test was performed to test the difference between NRSs and NRSh. A power analysis revealed that with a clinically relevant NRS difference for pain at 2 scores with a standard deviation at 1.5 score reach a power of 0.80 at  $p < 0.05$

**Figure 1. Patient flow of the study.**

with included 20 patients. Statistical analysis was performed using SPSS, version 16.0.

## Results

Sixty four patients with acute abdominal pain were included (Figure 1). Descriptive data and studied variables are demonstrated in Table 1. No extreme values of pulse, blood pressure, plethysmographic haemoglobin oxygen saturation and respiratory were recorded and no ECG's were assessed as pathological.

Mean pre-hospital treatment time was  $39 \pm 13$  minutes. Significant differences in both mean/median between NRSs and NRS<sub>h</sub> scores existed; 6.5/7.0 and 3.6/3.5 respectively ( $p < 0.05$ ) (Table 1). Mean ketobemidone dose was  $3.7 \pm 1.9$  mg (Table 1).

There was a negative correlation between age and pain scores, i.e. the older the patients, the less pain was reported both on the rescue scene and on admission at the hospital (Correlation Coefficient  $r = 0.469$ ,  $p < 0.01$ ). The regression analysis revealed that NRSs correlated with NRS<sub>h</sub>, which means that patients with high scores for initial pain also scored higher on arrival in the emergency room ( $p < 0.05$ ). No patients suffered from any adverse events.

## Discussion

Ambulance staffs in Region of Skane administer ketobemidone intravenously according to treatment guidelines for acute abdominal pain. According to SFAI's benchmark that no patients should have to expe-

rience pain estimated of a NRS value of four or more, this study indicates that the general dose of pain-relieving medications with ketobemidone seems to be adequate since the demonstrated median scores of NRS<sub>h</sub> were 3.5.

There was a negative correlation between age and pain scores, i.e. that older the patients; less pain was reported both on the rescue scene and on admission to the hospital. This finding is in accordance with studies that have concluded that elderly patients report lower pain intensity than younger patients (11-12). It has also been demonstrated that pain are scale dependent (13). This could have an impact to our results since it is previously described that different pain assessment instruments can be experienced as abstract for older patients (14). Presented study does not exclude the above possible impact, however, NRS like the Visual Analogue Scale (VAS), is frequently used in different settings for acute pain evaluations, and the validity and reliability of the procedures were found to be reliable (15-16).

Demographic data (Table 1) presents a sample from a supposed normal population. Average age, weight and duration of treatment times seem to be normal from a clinical perspective in Sweden. The method, consecutive inclusion, does not include loss of individuals for analysis at the end of the study and the author's hope is that the described method has produced an unbound random selection by the described method (17). Present study has only a quantitative approach and therefore only investigates statistic values, hence the individual patients' emotional experience is not portrayed. The issue may require future qualitative studies, and our results must be further evaluated since some published studies point out the potential risk of diagnosis accuracy when analgesics for acute abdominal pain are administrated (18-19). On the other hand, several randomized clinical studies on patients with acute abdominal pain in emergency departments do not agree with the above statement since these studies concluded that the clinical assessment improved as the patient was more relaxed and the authors revealed no impact on speed and accuracy of diagnosis (20-21).

There are some other limitations in the present study. First, if the study had been blinded to the ambulance staff it probably could have increased the strength of the results and secondly, this manuscript has probably limited applicability in pain management since we in fact don't know how widely available ketobemidone is outside of Scandinavia. To clarify these limitations mentioned above further studies in this field have to be initiated.

In conclusion, this study indicates that treatment of acute abdominal pain in pre-hospital care, could be satisfactory to pain scores at admission to hospital. The patients' subjective assessments of pain achieved in a NRS value less than four. The study also demonstrate that older the patients, less pain was reported both on the rescue scene and on admission at the hospital.

## Acknowledgements

We wish to express our gratitude to all staff of the ambulance stations in Helsingborg/Hoganas, Angelholm/Forslov/Ostra Ljungby, Landskrona/Svalov, Lund, Eslov and Horby in Sweden for help with collecting the data. Special thanks to Marcus Erlandsson, MD, Helsingborg Hospital, for support and information about the study.

Accepted for publication 19.08.2010

Andreas Rantala<sup>1</sup>, Kjell Ivarsson<sup>2</sup> and Anders Johansson<sup>3</sup>  
Department of Pre-hospital Centre in Region of Skane<sup>1</sup>, Sweden and Department of Emergency Care, Hospital of Helsingborg<sup>2</sup>, Sweden and Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lund University<sup>3</sup>, Sweden.

Corresponding author: Anders Johansson, Health Sciences Center, Faculty of Medicine, Lund University, P.O. Box 157, SE-222 00 Lund, Sweden, E mail: anders.johansson@med.lu.se

**Table 1. Descriptive statistics (mean, median, standard deviation (SD) and interquartile range (IQR) = 25 and 75 percentiles) of variables treatment time, age, weight, pain at arrival at the rescue-scene (NRSs 0-10), pain at admission to hospital (NRS<sub>h</sub> 0-10) and ketobemidone administration in milligrams (mg) in 64 patients with acute abdominal pain.**

	Mean (SD)	Median (IQR)
Treatment time (min)	39.1 (12.6)	39.5 (30-46)
Age (year)	57.9 (18.9)	58.5 (43-74)
Weight (Kg)	78.3 (17.2)	75.0 (65-90)
NRSs	6.5 (2.4)	7.0 (5-8)
NRS <sub>h</sub>	3.6 (2.0)	3.5 (2-5)*
Ketobemidone (mg)	3.7 (1.9)	4.3 (2.5-5)

\* = Significant difference between NRSs and NRS<sub>h</sub>, performed by Wilcoxon's rank test ( $p < 0.05$ ).

## References

1. American Pain Society. *Guidelines for the Treatment of Pain*; 2004 Retrieved May 20, 2009 from <http://www.ampainsoc.org>.
2. Turturro, M. Pain, priorities, and prehospital care. *Prehosp Emerg Care* 2002; 6: 486–488.
3. Berry, HB., Chapman, CR., Covington EC et al. *Pain: current understanding of assessment, management, and treatments*. National Pharmaceutical Council, Inc. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, December 2001.
4. Gagliese, L., Jakson, M., Ritvo, P., Wowk, A., Katz, J. Age is not an impediment to effective use of patient-controlled analgesia by surgical patients. *Anesthesiology* 2000; 93: 601–610.
5. Keita, H., Geachan, N., Dahmani S et al. Comparison between patient-controlled analgesia and subcutaneous morphine in elderly patients after total hip replacement. *Br J Anaesth* 2003; 90: 53–57.
6. Pico, L., Hernot, S., Zlotine, N., Negre, I., Samii, K., Fletcher, D. Preoperative titration of morphine for postoperative analgesia after total hip arthroplasty. *Can J Anesth* 2000; 47: 309–314.
7. Department of pre-hospital care and Disaster Medicine in Region of Skane, KAMBER-Skane. *Treatment Guidelines for the Ambulance Service*. Lund: KAMBER-Skane; 2007.
8. Öhqvist, G., Halldin, R., Gelinder, S., Lang, H & Samuelsson, S. A comparison between morphine, meperidine and ketobemidone in continuous intravenous infusion for postoperative relief. *Acta Anaesth Scand* 1991; 35: 44–48.
9. Jylli, L., Lundberg, S., Languis-Eklöf, A & Olsson, G.L. Comparison of the analgesic efficacy of ketobemidone and morphine for management of postoperative pain in children: a randomized, controlled study. *Acta Anaesth Scand* 2004; 48: 1256–1259.
10. Swedish Medicines Information portal. FASS; 2009. Retrieved May 22, 2009 from <http://www.fass.se>.
11. Kalkman, CJ., Visser, K., Moen, J., Bonsel, GJ., Grobde, DE., Moons, KG. Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain* 2003; 105: 415–423.
12. Bisgaard, T., Klarskov, B., Rosenberg, J., Kehlet, H. Characteristics and prediction of early pain after laparoscopic cholecystectomy. *Pain* 2001; 90: 261–269.
13. Gagliese, L., Katz, J. Age differences in postoperative pain are scale dependent: a comparison of measures of pain intensity and quality in younger and older surgical patients. *Pain* 2003; 103, 11–20.
14. Gagliese, L., Weizblit, N., Ellis, W., & Chan, V. W. The measurement of postoperative pain: a comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain*. 2003; 117(3): 412–20.
15. Williamson, A., & Hoggart, B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J of Clin Nurs* 2005; 14: 798–804.
16. Yakut, E., Baykar, B., Meric, A., Bayar, K., & Yakut, Y. Reliability and validity of reverse visual analog scale (right to left) in different intensity of pain. *The Pain Clinic*. 2003; 15: 1–6.
17. Polit, D. F., & Hungler, B. P. *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott; 1999
18. Thomas, SH., Silen, W., Cheema, F., Reisner, A., Aman, S., Goldstein, JN., Kumar, AM., Stair, TO. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in Emergency Department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *J of American College of Surgeons* 2003; 196: 18–31.
19. Gallagher, J., Esses, D., Lee, C., Lahn, M., Bijour, P. Randomized clinical trial of morphine in acute abdominal pain. *Annals of Emerg Med* 2006; 48: 150–160.
20. Thomas, SH., Silen W. Effect on diagnostic efficiency of analgesia for undifferentiated abdominal pain. *Br J of Surgeons* 2003; 90: 5–9.
21. LoVeccio, F., Oster, N., Sturman, K., Nelson, LS., Flashner, S., Finger, R. The use of analgetics in patients with acute abdominal pain. *J of Emerg Med* 1997; 15: 775–779.

NY UTGAVE

## Intensivsykepleie

Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud (red.)



Alle kapitlene er oppdaterte ut fra ny kunnskap og forskning på feltet.

Det er tre nye kapitler i den reviderte utgaven:

- Akutt pankreatitt
- Sepsis
- Sykepleie til pasienter i akuttmotrak

ISBN 978-82-7950-143-5

Kommer i slutten av oktober 2010

Akribes

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

# Illegale ved sin blotte eksistens

## Om papirløse migranternes helsestatus og behov for helsetjenester.

### En systematisk litteraturstudie

Trine Myhrvold, R.N., M.A., 1. lektor

ILLEGAL IN ONE'S OWN BARE BODY – ON UNDOCUMENTED MIGRANTS' STATE OF HEALTH AND NEED OF HEALTH CARE. A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

#### ABSTRACT

**Background:** Undocumented migrants may find themselves to be extraordinary vulnerable to health problems because of political, economic and social marginalization, language barriers and cultural constraints, fear of police and migration authorities, lack of psychological and social support, losses and discrimination. However our knowledge both nationally and internationally is limited.

**Aim:** The purpose is to gather insight in undocumented migrants' state of health, their need of health care and significant gaps in existing knowledge.

**Method:** A systematic literature review in the databases Cinahl, Medline, PubMed and SveMed.

**Results:** There is a huge protection gap between undocumented migrants' need of health care and access to health care. Restricted access may also be one major factor to the existing gaps in knowledge. Public health, reproductive health and their living difficulties as undocumented migrants have to some extent been studied so far. Less is known of mental health, chronic illness and state of health to the children as well as to elderly people.

**Conclusion:** There is a need to strengthen the efforts to make the ordinary system of health care work to including undocumented migrants, to protect charity – based health – centres, and to increase research and development to contribute to undocumented migrants' access to adequate health care.

**KEYWORDS:** Undocumented migrants, literature review, public health, reproductive health, professional and ethical implications

#### Bakgrunn

Utgangspunktet for denne litteraturstudien er flere rapporter som er samstemte i at papirløse migranter opplever et betydelig misforhold mellom behov for helsetjenester og tilgang til helsetjenester, og at de ulike hindrene for tilgang til helsetjenester i vesentlig grad er knyttet til deres status som illegale (4, 16, 18, 29, 30, 32, 59). Dette kan relateres til betalingssystemer i helsetjenesten og krav til identifikasjon, uklare retningslinjer for hva som kan defineres som nødvendig helsehjelp, diskriminering og språkproblemer, mangelfulle kunnskaper om menneskerettigheter blant helsepersonell, og papirløse migranternes frykt for politi og innvandringsmyndigheter. Faglige og etiske utfordringer og implikasjoner vil derfor diskuteres kort avslutningsvis i artikkelen.

#### Metode

Et første litteratursøk ble gjennomført i oktober - 2008 i databasene Medline og Cinahl, og gav 61 resultater på søkeordene undocumented + migrants + health. Ulike søkeord som illegal, nurs\*, access\* og healthcare\* gav ingen ytterligere resultater. I mai - 2009 gjorde jeg et nytt systematisk søk med de samme søkeordene og inkluderte også databasene PubMed og SveMed. Et siste søk i databasene Medline, Cinahl, PubMed og SveMed med søkeordene undocumented + migrants + health ble gjentatt i februar - 2010. En økning på ca. 30 % i resultater i Medline fra oktober - 2008 til mai - 2009 kunne bære bud om at oppmerksomheten og kunnskapen om papirløse migranternes helse øker, men det var ingen tilsvarende økning frem til februar - 2010.

Totalt ble 96 artikler funnet. Alle tilgjengelige abstrakter ble lest og vurdert i henhold til studiens hensikt, og jeg har lest 45 artikler. Eksklusjonskriteriene var temaer diskutert i tre eller færre artikler, studier mer enn 10 år gamle og på andre språk enn de skandinaviske og engelsk.

#### Inklusjonsvurderinger

Jeg tilstrebet en åpen tilnærming begrunnet i de relativt sett få artiklene om papirløse migranternes helsestatus og behov for helsetjenester. Gjennom analysen av artiklene ble tre områder for helse identifisert som tilstrekkelig undersøkt til å diskuteres her. Disse var folkehelse med vekt på smittsomme sykdommer og levekår, reproduktiv helse og det som her betegnes som hva som kjennetegner tilværelsen som papirløs migrant. Mangel på tilgang til helsetjenester og juridiske og etiske utfordringer og implikasjoner diskuteres i alle tilgjengelige publikasjoner om papirløse migranter, uavhengig av fokus for øvrig. Disse forholdene er derfor vektlagt her. Jeg har inkludert 30 artikler.

#### Begrensninger

Studiene representerer et mangfold av metodiske tilnærminger med vekt på både kvantitativ evidens og kvalitative innsikter og perspektiver. Bruk av egenrapportering er ganske omfattende også knyttet til for eksempel sult, hiv-aids og seksuelt overførbare sykdommer (SOS). Her anbefales å supplere med for eksempel høyde, vekt og screening. Disse forholdene begrenser mulighetene til sammenlikninger og til å trekke konklusjoner. Noen tendenser kan likevel leses av de aktuelle studiene, og de vil presenteres her.

#### Introduksjon

Flyktninger som massefenomen kan defineres som et av de store uløste politiske problemene i vår tid (47, 48). Det kan også se ut til at det er økt spenning mellom restriktive instanser med fokus på nasjonalstatens sikkerhet og suverenitet og ulike hjelpeinstansers arbeid for tilgang til helsetjenester og beskyttelse av universelle menneskerettigheter, herunder beskyttelse av asylinstituttet. Alle land i den vestlige verden har imidlertid undertegnet flyktningkonvensjonen (51), unntatt USA. Men av de 3 prosent av verdens befolkning som ikke lever i fødelandet lever 1 av 5 i USA (56). Økonomiske flyktninger beskyttes ikke av asylinstituttet.

Ulike betegnelser på papirløse migranter reflekterer dette problem-

komplekset. Papirløse migranter omtales som illegale, irregulære, underground people, persona non grata og paria. Betegnelsene på tilværelsen som papirløs som diaspora (42) og som ikke-medborgerskap og anti-borgerskap (29) reflekterer også den vanskelige situasjonen de er i, og dilemmaer knyttet til ulike instansers forhold til dem. I svært mange land kriminaliseres ulovlig/irregulært opphold i seg selv (55). Papirløse migranter kan derfor sies å representere «bare life», «det nakne livet», ulovlige ved sin blotte eksistens (29, 47).

Papirløse migranter er ingen homogen gruppe. Betegnelsen papirløse migranter inkluderer dem som ikke har papirer ved ankomst, ikke har meldt seg ved ankomst, har gått under jorden etter avslag på søknad om asyl eller andre «overstayers», og mennesker som er trafikerte. Papirløse migranter forstås i denne artikkelen som «migrants without a residence permit authorizing them to regularly stay in the country of destination» (21).

Det finnes ingen sikre tall på antall papirløse verken internasjonalt eller nasjonalt i dag. På verdensbasis er det anslått 30 millioner papirløse migranter, hvorav 5–8 millioner papirløse antas å leve i Europa (ibid). I Norge er antall papirløse migranter beregnet til 18 196 per 010106 (18).

### Folkehelse

Folkehelse er omfattende og retter seg bl.a. mot å identifisere helseproblemer i ulike grupper og å prioritere forebyggende, helsefremmende og behandlende tiltak. Betydningen sosial ulikhet har for helse er grunnleggende i forståelsen av folkehelse. Smittsomme sykdommer er et vesentlig anliggende.

### Smittsomme sykdommer

Globalt representerer infeksjonssykdommene tuberkulose og hiv (humant immunsvikt virus) som gir aids (acquired immune deficiency syndrom) hver for seg og sammen betydelige utfordringer både når det gjelder tilgang på undersøkelse, behandling og sykepleie, og som trusler mot folkehelsen. I følge Verdens Helseorganisasjon (50) er tuberkulose en vesentlig årsak til at mennesker med hiv-aids dør og hiv-smitte øker risikoen for tuberkulose.

Papirløse migranter er på bakgrunn av manglende tilgang på helse-tjenester en gruppe det er vanskelig å nå i arbeidet med undersøkelse og behandling av bl.a. tuberkulose. Dette kommer frem i Heldals og hans kollegers studie (6) av forekomsten av tuberkulose blant papirløse migranter. Tilgangen på data varierer, og studien baserer seg både på estimater og tilgjengelige studier i enkeltland. I land med kunnskap om situasjonen ble det rapportert at 5–10 prosent av tuberkuloseforekomsten var funnet blant de papirløse. Heldal og hans kolleger (6) antar at forekomsten kan være høyere enn estimatene indikerer. En ganske omfattende studie i Italia (46) synes å støtte oppunder en slik antagelse i det forekomsten av latent tuberkulose var på 40 prosent.

Forekomsten av tuberkulose og hiv-aids varierer fra land til land og fra gruppe til gruppe. Forekomsten av tuberkulose og hiv-aids i opprinnelseslandet, hvor nylig den enkelte har kommet til sitt nye land og levekårene er viktige faktorer for forekomsten av tuberkulose i ulike grupper migranter (1, 2, 6, 44, 46). I Weiss' med fleres studie (44) er forekomsten av tuberkulose høyere blant andre grupper migranter enn papirløse, men her er antallet papirløse migranter inkludert i studien lavt og resultatene kan mest sannsynlig forklares med opprinnelseslandet. I Wollfs og hans kollegers studie (1) ser kombinasjonen av latinamerikansk bakgrunn og papirløshet ut til å gi en økt risiko sammenliknet med en kontrollgruppe med legal status og uten latinamerikansk opprinnelse.

Dårlige boligforhold og arbeidsforhold samt redusert tilgang på både undersøkelse og behandling er de viktigste forholdene for økt risiko for tuberkulosesmitte. Videre øker risikoen for å utvikle sykdom hvis man er smittet ved mangelfull ernæring og stressfulle leveforhold. Den relativt høyere forekomsten av tuberkulose blant ulike grupper migranter i nordøst – London relateres av Collinson og Ward (2) til ekstraordinært vanskelige levekår og mangelfull tilgang på helsetjenester.

Läkare i Världen (4) oppgir at sult eller utilstrekkelig tilgang på mat rapporteres av flere papirløse migranter enn det å ha levd i et krigsher-

jet land eller å ha vært utsatt for fysisk vold i vertslandet. En usikker matsituasjon og, mer alvorlig, sult, defineres av Hadley og hans kolleger som «uncertain access at all times to culturally appropriate foods» (11) som fant at 28 prosent av informantene sultet i denne studien blant papirløse i USA. Dårligere fysisk og psykisk helse relateres her dels til mangelfull ernæring, dels til anstrengt økonomi forklart bl.a. med en uforutsigbar og usikker arbeidssituasjon og dels til begrenset tilgang på offentlige tjenester.

Det er behov for undersøkelse og behandling av tuberkulose blant papirløse migranter (1, 2, 6, 8, 44, 46). International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (54) anbefaler at alle immigranter har tilgang til undersøkelse og behandling av tuberkulose uten økonomiske eller andre omkostninger (6, 54), og at helsemyndighetene i alle land bidrar til å sikre helsepersonells taushetsplikt. Wolff og hans kolleger (1) understreker imidlertid betydningen av å ikke begrense undersøkelse og evt. behandling av tuberkulose til ankomst til vertslandet, dels fordi risiko for reaktivering av tuberkulose er tilstede i denne befolkningsgruppen og dels fordi hjembesøk til opprinnelseslandene gir økt risiko for smitte, særlig til land med høy forekomst av tuberkulose.

Måltrettede tiltak mot utsatte grupper er også viktig i arbeidet mot hiv-aids. Kissinger og hennes kolleger (7) har studert risikoatferd blant papirløse arbeidssøkende menn i New Orleans, USA, etter Katrina – katastrofen som i denne perioden representerte en unntakstilstand i seg selv. De fleste mennene inkludert i studien (165 av 180 var papirløse) var der uten ektefelle og barn selv om nesten 2/3 var gift og mer enn 2/3 hadde barn.

Av disse rapporterte mange om et høyt alkoholforbruk. Mange opplyste også at de hadde sex med høyrisiko-partnere, og av de vel halvparten som kjøpte seksuelle tjenester opplyste bare 45 prosent at de brukte kondom. Mennene ble ikke testet for hiv, men 10 prosent rapporterte at de var hiv-smittet. En relativt høy andel (nesten 1 av 5) rapporterte også symptomer på andre SOS som de ble testet for. Her var samsvaret mellom egenrapporteringen og tester liten, noe som kan forklares med at de er bevisst sin risikoatferd og av den grunn brakte med seg aktuelle medikamenter.

I lys av kunnskapen om økt risiko for hiv-aids og andre SOS for personer som selger og kjøper seksuelle tjenester er rapporten om fysisk og psykisk helse hos trafikerte kvinner og ungdom i Europa (30) egnet til å vekke bekymring. Nesten halvparten av informantene rapporterer at de har blitt behandlet for SOS, videre er bruk av kondom ikke konsekvent og bare 37 prosent oppgir at de bruker kondom alltid. Som vi skal se i neste kapittel ser det ut til at tilgangen på prevensjonsmidler er dårlig for papirløse migranter. Å øke denne, og spesielt sikre tilgang på kondomer, er derfor et viktig folkehelseanliggende i arbeidet mot hiv-aids.

For dem som blir rammet medfører hiv-aids fortsatt sosiale problemer i form av stigmatisering i store deler av verden. Det kan medføre ekskludering fra arbeidslivet, noe som igjen medfører betydelige økonomiske problemer (14, 25). Studien til Saether og hans kolleger (25) av tilgang på helsetjenester til ulike grupper migranter i Thailand identifiserer meget anstrengt personlig økonomi, frykt for stigmatisering og frykt for å miste arbeidet hvis deres hiv-status blir kjent som vesentlige hindre for tilgang til antiretroviral behandling for hiv-smittede. Det er mulig at frykt for stigmatisering også kan ha betydning for at ikke helsetjenester oppsøkes.

### Levekår

USA har hatt og har en betydelig skjult migrasjon over grensen mellom Mexico og Texas. Mange papirløse migranter har dels tunge, dels farlige og dels meget dårlig betalte jobber i industri eller jordbruk og det sosiale sikkerhetsnettet og helsehjelpen er mangelfull. Holmes (28) knytter en systematisk ulikhet i helsestatus til arbeidsforhold og boligforhold i USA og Mexico. Den hierarkiske oppbygningen av helse og levekår fra best til verst følger etniske skillelinjer og spørsmålet om statsborgerskap/lovlig opphold.

Manglende rettigheter er også knyttet til utnyttelse i et svart arbeidsmarked i Europa (2, 4, 29, 32, 41, 59). Informantene i studien til Collinson og Ward (2) oppsøkte helsetjenester i hovedsak av tre

grunner; alkoholforgiftning, overfall (ofte i forbindelse med rus) og skader i forbindelse med arbeidsulykker. Tilværelsen ble for mange av informantene ytterligere komplisert av at de var hjemløse, var tidligere straffedømte eller hadde psykiske lidelser.

Dårlige arbeidsvilkår gir grunn til bekymring fordi risikoen for arbeidsulykker øker (43) og fordi arbeidsrelatert sykdom øker (36). Både akutte fallskader, brannskader og knusningsskader, samt kroniske belastningslidelser og kroniske smerter, er aktuelle arbeidsrelaterte helseproblemer for denne gruppen. Dette forverres av redusert tilgang på helsetjenester og kan få konsekvenser for fremtidig arbeidsevne (4, 43).

Tilgang til informasjon på et språk man forstår og overskudd til å anvende sikkerhetsutstyr på utsatte arbeidsplasser er derfor viktig for papirløse migranter. Men informasjon alene er ikke nødvendigvis nok til avgjørende atferdsendring, men den enkeltes opplevelse av kontroll over sin situasjon (36). I denne og andre studier utført utenfor Europa, er dessuten informantene gjennomgående ganske unge, opplever språkbarrierer og har lite utdanning (11, 36, 43), forhold av betydning for å gjøre seg nytte av informasjon og ulike tiltak, herunder helsetjenester.

Også studier av reproduktiv helse dokumenterer dårlige levekår og arbeidsforhold. Nivået på utdanning varierer. Det er gjennomgående relativt lavt i studier fra USA (37, 45) mens det er gjennomgående høyt i studier fra Europa (12, 13, 35). Flere studier dokumenterer dårlige levekår og arbeidsforhold uavhengig av utdanningsnivå (12, 13, 35, 37). Sosial ulikhet i helse synes i særlig grad å være relatert til alder, utdanningsnivå og frykt samt til mangel på betalingsevne for nødvendig medisinsk behandling for papirløse migranter (4, 21, 22, 25, 32).

### Reproduktiv helse

Reproduktiv helse inkluderer seksualitet, graviditet, fødsel, abort, prevensjon, seksuelt overførbare sykdommer, kreft og infertilitet (57). Internasjonalt er det imidlertid fortsatt få tilgjengelige studier om papirløse migranternes reproduktive helse, og mange forhold er ikke undersøkt.

#### *Seksualitet, svangerskapsomsorg og fødselsomsorg*

Kvinnenes reproduktive helse er et anliggende i (nesten alle) studiene om papirløse migranternes reproduktive helse. Mannens reproduktive helse er mindre vektlagt. Bekymringer fra helsepersonell om mangelfull tilgang på svangerskapsomsorg for papirløse kvinner er tuftet på kvinnenes og barnas sårbarhet (10, 57).

Studier av og erfaringer med hvilke behov for helsehjelp papirløse migranter har ser ut til å bekrefte at papirløse kvinners behov for omsorg i tilknytning til seksualitet, svangerskap og fødsel representerer en utfordring (4, 5, 10, 32). Erfaringer fra Läkare Utan Gränser (32) viser at 63 prosent av dem som oppsøkte helsesenteret var kvinner, av dem hadde 28 prosent gynekologiske problemer og 12 prosent var gravide og uten tilgang til svangerskapsomsorg. Castanedas studie på et helsesenter for migranter i Tyskland (5) viste at kvinner med behov for omsorg i tilknytning til svangerskap og fødsel representerte en betydelig og økende del av pasientene på senteret.

Videre viser studier av gravide papirløse kvinner et høyere antall uplanlagte graviditeter (12, 35, 45), begrenset eller utsatt svangerskapskontroll (10, 12, 35, 37, 45) samt høyere forekomst av genital Chlamydia trachomatis infeksjon (13) sammenliknet med kvinner i kontrollgruppen(e). Mangel på prevensjonsmidler er hovedårsaken til uplanlagt graviditet (12, 13, 35). I den omfattende retrospektive studien til Reed og hennes kolleger i USA (37) fremkommer det også at gravide papirløse kvinner i mindre grad enn majoritetsbefolkningen røkte og drakk alkohol under svangerskapet, noe som kan forklare lavere antall av barn med lav fødselsvekt og for tidlig fødte. Til tross for dette oppnådde de gravide i mindre grad ønsket vektøkning og hadde høyere grad av anemi.

#### *Kjønn, identitet og familie*

Mennenes forsørgeransvar er et viktig forhold av betydning for reproduktiv helse fordi reproduktiv helse reflekteres i synet på kjønn, sek-

sualitet, identitet og familie, og varierer med kulturell og religiøs tilknytning i større grad enn mange andre helseområder gjør (57). I en situasjon hvor mannen har hele forsørgeransvaret kan dette bli en byrde særlig med tanke på den utnyttelsen papirløse migranter risikerer i et svart arbeidsmarked. Og selv om mange personer i husholdningen er et sosialt gode, kan det gi grunnlag for betydelige økonomiske bekymringer. I Scarincis og hennes kollegers studie (45) fra USA kjennetegnes livssituasjonen av at flesteparten bor med ektefelle (omtrent halvparten) eller nære andre, og av mange personer i husholdningen. Et vesentlig funn er også at de papirløse kvinnene lever på eller under fattigdomsgrensen og at 90 (av 97) av kvinnene var hjemmeværende.

I tillegg kan mennene oppleve mistenkeliggjøring hvis de mister arbeidet. I Walters og hans kollegers studie (43) opplevde enkelte papirløse migranter mistanke om for eksempel alkoholmisbruk fra dem hjemme når det ble mindre muligheter til å sende penger hjem ved redusert eller tapt arbeidsevne. Å mislykkes er en belastning i seg selv (38), men kan også representere en tilleggsbyrde fordi de økonomiske forpliktelser overfor dem i hjemlandet er sterke (11, 25, 43). I Hadleys og hans kollegers studie av sult (11) sendte 85 prosent penger til familie eller venner i hjemlandet, og av denne gruppen rapporterte flere om sult enn blant dem som ikke sendte penger.

På den annen side kan kvinnenes avhengighet gjøre dem sårbare med hensyn til risiko for smitte, og med hensyn til vold og utnyttelse (12, 30, 45). Økonomisk avhengighet av en mann, som i denne sammenheng må sies å leve svært utsatt selv, vil kunne øke en slik risiko. For kvinner som er prisgitt andre kan det se ut til at kunnskap om hvilke muligheter som finnes av helsehjelp er en utfordring (45), og at denne kan henge sammen med utdanningsnivå og alder. Forholdene forsterkes med statusen som illegal og med den frykten for å bli anmeldt til migrasjonsmyndigheter eller politi. Å være uten arbeid (45) eller å arbeide i private hjem (3) ekskluderer dessuten kvinner fra helseforsikringer knyttet til formelle arbeidsforhold, noe også svart arbeid gjør i bygg og anlegg, industri og jordbruk (2). Goldade (3) fremhever i sin diskusjon av kjønn at mannen skammer seg fordi han har bedre rettigheter enn sin kone gjennom arbeidsrelatert forsikring, og at dette elementet faktisk også medfører at han selv ikke bruker sine egne rettigheter.

Castaneda (5) knytter diskusjonen om kjønn og ansvar til det faktum at barn født i Tyskland ikke automatisk har rett til statsborgerskap. Med utgangspunkt i problemstillinger som følger av illegal status, ble Castaneda kjent med det fenomenet hun omtaler som «fast food fathers». Farskapsklæring fra en tysk mann gir barnet automatisk tysk statsborgerskap, og kvinnen økte muligheter for oppholdstillatelse. En farskapsklæring som legaliserer barnets status, og øker morens muligheter til selv å få lovlig opphold, har altså skapt et marked for farskap.

### Tilværelsen som papirløs

Så langt vi har kunnskap er misforholdet mellom behovet for helsetjenester og tilgangen til helsetjenester for papirløse migranter meget stort.

#### *Psykososiale problemstillinger*

Statusen ulovlig, frykt, stor usikkerhet, mangel på psykisk støtte og sosialt nettverk, diskriminering eller opplevd vold og (ny)rasisme er tilleggsfunn i mange studier diskutert her og viktige momenter i diskusjonen av papirløse migranternes helse og livsbetingelser (17, 34, 38, 41, 59). I og med at papirløse migranter risikerer å oppleve så mange av disse forholdene samtidig er det rimelig å anta at deres psykiske helse vil være truet, noe som bekrefte i rapportene om papirløse migranternes livssituasjon (4, 21, 22, 29, 30, 32). Frykten ser først og fremst ut til å være knyttet til risikoen for å bli oppdaget, og er et så vesentlig element i papirløses tilværelse (8, 42) at selve papirløsheten kan være en risikofaktor for psykiske lidelser.

Zimmerman og hennes kolleger (30) dokumenterer at deres informanter i stor grad hadde vært utsatt for multiple traumer. Mange hadde både forut og i traficking - situasjonen opplevd seksuelt misbruk, vold og trusler mot nære andre. Dette øker risikoen for psy-

kiske lidelser som for eksempel posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSF). 56 prosent av informantene hadde symptomer forenlig med PTSD ved første kartlegging, avtagende og redusert til 6 prosent ved den siste. Omfanget av depresjon, angst og fiendtlighet fulgte samme mønster. En trygg tilværelse ser ut til å være avgjørende for reduksjonen av psykiske lidelser i denne studien, men det er vanskelig å vurdere hvorvidt tilgang på behandling uten at tilværelsen i sin helhet oppleves tryggere vil ha samme positive resultater. Dette er en aktuell problemstilling spesielt hvis de psykiske problemene og lidelsene primært er knyttet til tilværelsen som papirløs og ikke for eksempel opplevelser før og under flukt/migrasjon/trafikking.

Historier om overgrep og konsekvenser av overgrep for psykisk helse bekreftes av erfaringer fra Rosengrenska stiftelsen for papirløse migranter i Sverige hvor det ser ut til at papirløse migranter har økt risiko for overgrep (19). Det er alvorlig fordi papirløse ofre for overgrep ikke oppsøker politi og ofte mangler alternative nettverk, noe som øker risikoen for depresjon, angst og søvnproblemer (4, 19, 32).

Men disse forholdene er vanskelige å skille fra hverandre. I flere studier der det har blitt stilt et åpent spørsmål om hva som er den største vanskeligheten i livet, er illegal status fremhevet som en av de største (9, 12, 35, 36).

#### *Tap av livssammenhenger*

Psykiske problemer og lidelser kan også knyttes til mange og samtidige tap av de forholdene som utgjør menneskets livsverden (49); nære andre, arbeid, historie, kultur, natur, livssyn/religion og en naturlig eller selvfølgelig plass i det samfunnet man lever i (31, 34). Hver livssammenheng har betydning i seg selv, i tillegg til å berike de andre. Tap av en eller flere livssammenhenger kan derfor true de gjenværende. Mest alvorlig synes å være atskillelse fra egne barn (4, 35, 42). Halvparten av dem som hadde barn fra før hadde forlatt minst et barn i opprinnelseslandet i følge Wolffs og hans kollegers studie (35).

Manglende sosial støtte kommer frem bl.a. gjennom et høyt antall single gravide; ca 70 prosent (12, 13, 35), og i en av disse studiene (12) var nesten halvparten uten andre familiemedlemmer i samme by og de var mer utsatt for vold under graviditeten sammenliknet med kvinner i kontrollgruppen. Marginal økonomi og manglende sosial støtte kommer også frem i Castanedas (5) studie av papirløse kvinner.

Diskriminering og strukturell (ny)rasisme representerer viktige dimensjoner for denne gruppens opplevelse av tap av livssammenhenger. Språkproblemer og kulturforskjeller gjør tilpasningsprosessen i vertslandet vanskelig (28, 29, 39, 40, 42).

#### **Mangel på kunnskap**

Områdene som i noen grad er studert kan ikke representere noe fullstendig bilde av papirløse migranternes helsestatus og behov for helsetjenester. Resultatene av denne litteraturstudien forteller først og fremst at vi har få erfaringer og relativt liten kunnskap om denne gruppens særegne behov. Andre forhold vedrørende papirløse migranternes helse enn de som reflekteres i denne litteraturstudien kan være like viktige.

Dette er kroniske sykdommer som for eksempel diabetes og epilepsi og kroniske lidelser som for eksempel belastningslidelser, noe mange grupper papirløse migranter risikerer. Derfor bør også eldre vies mer oppmerksomhet fordi de har levd med mangelfulle helsetjenester over tid. Barna, ofte kalt medmigranter, enten de fødes i skjul eller har migrert sammen med foreldre eller andre voksne, bør også vies særskilt oppmerksomhet. Barns behov blir i mange sammenhenger, også utover denne, et slags bekymringsvedheng til de voksnes situasjon. Barn har behov for tilhørighet i stabile relasjoner, trygge lekeplasser med rom for utfoldelse, tilgang på vaksinasjonsprogrammer, tilgang på helsehjelp ved sykdom/skade og tilgang på skolegang, for å nevne noe.

Kartlegging av sosiodemografiske data er mangelfull i flere sentrale studier inkludert her. Slike opplysninger er viktige fordi mulighetene til å få denne gruppen i tale er ganske liten, fordi behovet for helsetjenester er stort og fordi tilgangen til helsetjenester er begrenset, noe som gjør det særlig viktig at de tilbudene som finnes tilpasses gruppens nyanserte behov så godt som mulig.

Flyktninger er utsatt for traumatiske opplevelser før flukten, under flukten og i asylsøkerprosessen og tilpasningsprosessen i vertslandet (17, 29, 39, 40). Traumatiske opplevelser i vertslandet er dels assosiert med en betydelig usikker livssituasjon, lengden på opphold i asylmottak (15, 26) og med internering (27, 39, 40). Disse forholdene sammen med papirløse migranternes vanskelige livssituasjon bør etter mitt skjønn medføre at vi gir økt oppmerksomhet til papirløse migranternes psykiske helse.

#### **Faglige og etiske utfordringer og implikasjoner**

Studiene inkludert her representerer ulike land i ulike deler av verden med forskjellige kulturer og med ulik organisering av helsetjenestene. Sosial ulikhet i helse er et folkehelseanliggende og representerer som vi har sett en betydelig utfordring. Ulike land har ulike utfordringer i arbeidet med å gi papirløse migranter adekvate helsetjenester også når det gjelder økonomiske hindre for tilgang til helsetjenester for papirløse migranter. Mangel på forsikringer er ett vesentlig hinder for hjelp (2, 4, 25, 28, 43, 45). Men økonomiske hindre er ikke et problem begrenset til USA eller den tredje verden. Sverige er, sammen med Østerrike, det landet som kommer dårligst ut i Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUMs) rapport om papirløse migranternes tilgang på helsetjenester (21). Mangel på tilgang til helsetjenester i disse og flere andre land forklares med svært høye priser for helsetjenester for dem uten gyldige papirer (4, 21, 29, 32). Andre forhold av betydning er uklare retningslinjer for hva som betegnes som nødvendig helsehjelp og mangel på tilgang til helsehjelp utover akutt hjelp. Både internering og mangelfulle helsetjenester ser ut til å vurderes som tiltak for å redusere antallet asylsøkere av redsel for «helseturisme» (22, 27). Det er så langt vi vet ikke grunnlag for en slik antagelse (4).

Det ser altså ikke ut til at tilgangen til helsetjenester for papirløse migranter er avhengig av de ulike landenes nasjonaløkonomi slik man kanskje kunne tro. En mulig forklaring kan knyttes til hvorvidt papirløse migranter primært assosieres med flyktning - og asylpolitikken slik vi gjør i Norden, eller med arbeidsinnvandring noe som i større grad er vanlig i USA og Sør-Europa. En annen forklaring kan knyttes til at de nordiske landene er relativt små og gjennomsluktige, noe som kan gjøre utvikling av alternative helsetjenester vanskelig. I Norge åpnet det første helsesenteret for papirløse migranter først høsten 2009 i regi av Kirkens Bymisjon og Røde Kors, mens Sverige har hatt tilbud fra 1995 (19, 20, 32, 59).

I en sammenliknende studie av tilgang til helsetjenester for asylsøkere assosierer Norredam og hennes kolleger (33) kartlegging av asylsøkeres helse til to overordnede hensikter; den ene knyttes til asylsøkeres velbefinnende, den andre til vertslandets befolknings velbefinnende. Kartlegging av asylsøkeres psykiske helse assosieres med hensynet til asylsøkeren selv, og den er mangelfull (23, 33). Undersøkelse og behandling for tuberkulose assosieres med hensynet til befolkningen for øvrig, og her er tilgangen betydelig bedre. Disse hensynene er etter mitt skjønn like viktige og må ikke settes opp mot hverandre. Alvorlige smittsomme sykdommer er en trussel mot folkehelsen.

I Danmark er Utlændingestyrelsen ansvarlig for helsetjenester for dem uten lovlig opphold (24). Rett til helsehjelp gjelder imidlertid bare hvis adressen til den enkelte papirløse migrant gjøres kjent og med et samtidig krav om å formidle adressen til politiet. Videre er tilgangen på helsetjenester begrenset til akutt hjelp.

I ulike land er også helsetjenester til papirløse migranter truet fordi ulike nasjonale lover kriminaliserer de papirløse selv og/eller dem som hjelper dem. European Migration Networks spørreundersøkelse (55) om hvorvidt nasjonal lovgivning kriminaliserte papirløse, og i tilfelle ja til hva slags lovgivning kriminaliseringen var tilknyttet, viser at mange land kriminaliserer papirløshet. Kriminaliseringen er begrunnet i ulike, og viktige, lover knyttet til bl.a. nasjonalstatens sikkerhet, arbeidstageres sikkerhet og trafikking. Kriminaliseringen av papirløshet i seg selv medfører like fullt tap av «retten til å ha rettigheter», noe som reduserer dem til «bare life» (29, 47).

I Tyskland kriminaliseres assistanse til papirløse, også dem som gir helsehjelp og særlig hvis hjelpen ikke kan defineres som akutt hjelp, gjennom The Residence Act (5, 21, 55). Straffen er bøter eller fengsel

inntil fem år. Castaneda (5) kjenner ikke til saker der helsepersonell har blitt straffet, men understreker at loven har medført mange utvisninger.

Ulike nasjonale lover knyttet til migrasjon, arbeid og sikkerhet er på kollisjonskurs med universelle menneskerettigheter, og med yrkesetiske retningslinjer. Dette medfører frykt og usikkerhet blant papirløse og blant helsepersonell, og kan være en medvirkende faktor til at helsepersonell virker som dørlukkere og ikke dørråpnere for denne gruppen (3). Det kan derfor synes nødvendig å minne om at alle de europeiske landene har ratifisert FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (52) som bl.a. understreker retten til helsehjelp (58). Yrkesetiske retningslinjer kan være et verktøy for helsepersonell som ønsker å bidra til at papirløse sikres adekvate helse-tjenester. International Council of Nurses' Code of Ethics (53) bygger på menneskerettighetene og understreker bl.a. kulturelle rettigheter (ibid). For å styrke tilgangen på helsetjenester for papirløse migranter og helsepersonells arbeid for denne gruppen, kan det se ut til at papirløshet bør innarbeides i innledningen som presiserer hvilke forhold sykepleie skal ytes uavhengig av. Dette kan legges til forhold som allerede presiseres her som for eksempel alder, seksuell legning og etnisk bakgrunn.

Å bidra til at papirløse migranter får helsehjelp ved behov uten at de papirløse risikerer anmeldelse til politi eller migrasjonsmyndigheter og uten at helsepersonell risikerer usikkerhet eller straff ved å hjelpe er svært viktig (6, 30, 54). Helsepersonells taushetsplikt er under press og må vernes. Det komplekse samspillet mellom samfunn og individ, og den enkeltes tap av frihet og kontroll, risiko for vold, usikkerhet og frykt er viktige forhold med tanke på å utvikle helsetjenester til denne gruppen.

### Konklusjon

Det er få tilgjengelige studier om hvilke behov for helsehjelp papirløse migranter har både på verdensbasis og i Europa. I Norden er oppmerksomheten denne gruppen har fått til nå marginal. Men det er ikke mulig å overse deres svært sårbare livssituasjon i alle deler av verden. Litteraturstudien bekrefter at papirløse migranternes helsetilstand gjennomgående er dårligere enn andre grupper i befolkningen, også andre grupper migranter, og tilgangen til helsetjenester er begrenset. Selve tilværelsen som papirløs representerer en betydelig stressfaktor med konsekvenser for både fysisk og psykisk helse.

Marginalisering som fenomen og begrep bør anvendes med varsomhet. Papirløse migranter må like fullt sies å være en gruppe som opplever marginalisering i alle dets dimensjoner. Marginalisering knyttet til politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle forhold synes å medføre en helsefaglig og moralsk marginalisering. Dette har konsekvenser for muligheter til forskning og fagutvikling som kan gi verdifulle bidrag til utvikling av adekvate helsetjenester for denne gruppen. Papirløse migranter kan derfor sies å oppleve en dobbelt marginalisering.

I diskusjonen om faglig og moralsk ansvar for dem som ikke er inkludert i etablerte helsetjenester, er spørsmålet om hvordan man kan inkludere den Tredje fortsatt en stor utfordring (60) i diskusjonen og utviklingen av omsorg og omsorgsetikk både innenfor det etablerte helsevesenet og i samfunnet for øvrig. Det aller viktigste er å bidra til å gjøre det normale systemet for helsetjenester tilgjengelig. Men her har vi en lang vei å gå. Å etablere trygge lavterskeltilbud og å beskytte frivillige ideelle tiltak for denne gruppen er derfor viktig. De ulike diskursene om denne gruppen representerer ytterpunkter; fra lovløse uten rettigheter på den ene siden til svært hjelpetrengende personer på den andre siden. Det er en utfordring for helsepersonell på mange måter. Helsepersonell kan likevel bidra til å bygge ned motsetningene ved å holde fast på universelle menneskerettigheter, helsepersonells taushetsplikt og alle menneskers eget verd. Til dette er det nødvendig med helsemyndighetenes støtte.

Godkjent for publisering 18.08.2010

Trine Myhrvold, Avdeling for sykepleierutdanning/ Faculty of Nur-

sing, Høgskolen i Oslo/ Oslo University College, Postboks 4, St. Olavs Plass, NO – 0130 Oslo, E-mail: Trine.Myhrvold@su.hio.no (+47) 22 45 38 47, Fax: (+47) 22 45 39 07

### Litteratur:

1. Wolff, H., Janssens, J.P., Bodenmann, P., Meynard, A., Delhumeau, C., Rochat, T., Sudre, P., Costanza, M.C., Gaspoz, J.M., Morabia, A. *Undocumented migrants in Switzerland: geographical origin versus legal status as risk factor for tuberculosis*. Journal Of Immigrant And Minority Health 2010; 12 (1): 18–23
2. Collinson, S., Ward, R. *A nurse-led response to unmet needs of homeless migrants in inner London*. British Journal Of Nursing 2010; 19 (1): 36–41
3. Goldade, K. «Health Is Hard Here» or «Health for All»? *The politics of blame, gender, and health care for undocumented Nicaraguan migrants in Costa Rica*. Medical Anthropology Quarterly 2009; 23 (4): 483–503
4. Chauvin, P., Parizot, I., Simonnot, N. *Tilgången till Vård för Papperslösa i 11 Europeiska Länder*. Rapport om undersökkelser i 2008 av Läkare I Världen 2009
5. Castaneda, H. *Paternity for sale: anxieties over «demographic theft» and undocumented migrant reproduction in Germany*. Medical Anthropology Quarterly 2008; 22 (4): 340–359.
6. Heldal, E., Kuyvenhoven, J.V. et al. *Diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants in low – or intermediate-incidence countries*. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2008; 12 (8): 878–888
7. Kissinger, P., Liddon, N., Schmith, N., Curtin, E., Salinas, O., Narvaez, A. *HIV/STI Risk behaviors among Latino migrant workers in New Orleans post-Hurricane Katrina disaster*. Sexually Transmitted Diseases 2008; 35 (11): 924–929
8. Rousseau, C., ter Kuile, S. et al. *Health Care Access for Refugees and Immigrants with Precarious Status Public Health and Human Right Challenges*. Canadian Journal of Public Health 2008; 99 (4): 290–292
9. Dias, S.F., Severo, M., Barros, H. *Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal*. BMC Health Services Research 2008; 8: 207–211
10. Ascher, H., Björkman, A. et al. *Diskriminering av papperslösa i vården leder til lidande och död Nytt lagförslag hot mot patienterna, vården och samfunnet*. Läkartidningen 2008; 105 (8): 538–541
11. Hadley C, Galea S, Nandi V, Nandi A, Lopez G, Strongarone S, Ompad D. *Hunger and health among undocumented Mexican migrants in a US urban area*. Public Health Nutrition 2008; 11 (2):151–158
12. Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A., Costanza, M.C., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., Dubuisson, J.B., Gaspoz J.M., Irion, O. *Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention*. BMC Public Health 2008; 8: 93
13. Wolff, H., Lourenco, A., Bodenmann, P., Epiney, M., Uny, M., Andreoli, N., Irion, O., Gaspoz J.M., Dubuisson, J.B. *Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study*. BMC Public Health 2008; 8: 391
14. Suwanvanichkij, V. *Displacement and disease: The Shan exodus and infectious disease implications for Thailand*. Conflict and Health 2008; 2 (4)
15. Nielsen, S.S., Norredam, M., Christiansen, K.L., Obel, C., Hilden, J., Krasnik, A. *Mental health among children seeking asylum in Denmark – the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study*. Public Health 2008; 8
16. Brunovskis, A. og Bjerkan, L. *Learning About Illegals: Issues and Methods*. Utlendingsdirektoratet 2008
17. Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., Priebe, S. *Mental health, health care utilisation of migrants in Europe*. European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists 2008; 23 (1): 14–20
18. Zhang, L.C. *Sizing the irregular residents population in Norway*. Statistisk Sentralbyrå 2008
19. Sjögren, A. *Stiftelsen Rosengrenska nätverket i Göteborg. Erfarenheter från arbete med papperslösa*. Socialmedisinsk tidskrift 2008; (6): 483–491
20. Baghir-Zada, R. *Papperslösa tillgång till hälso – och sjukvård: en jämförande studie mellan olika EU-länder*. Socialmedisinsk tidskrift 2008; (6): 466–473

21. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. 2007a
22. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) *Repport of PICUM International Conference on Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. 2007b
23. Norredam, M., Nielsen, A.S., Krasnik, A. *Migrants' access to healthcare*. Danish Medical Bulletin 2007; 54 (1): 48–49
24. Hansen, A.R., Krasnik, A., Høg, E. *Access to health care for undocumented immigrants: rights and practice*. Ugeskrift Læger 2007; 168 (36): 3011–3012
25. Saether ST, Chawphrae U, Zaw MM, Keizer C, Wolffers I. *Migrants' access to antiretroviral therapy in Thailand*. Tropical Medicine & International Health 2007; 12 (8): 999–1008
26. Hallas, P., Hansen, A.R., Stæhr, M.A., Munk-Andersen, E., Jorgensen, H.L. *Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark*. Public Health 2007; 7
27. Silove, D., Austin, P., Steel, Z. *No refuge from Terror: The impact of detention on the mental Health of Trauma-affected Refugees Seeking Asylum in Australia*. Transcultural psychiatry 2007; 44 (3): 359–392
28. Holmes S.M. *An ethnographic study of the social context of migrant health in the United States*. Plos Medicine 2006; 3 (10): 448
29. Khosravi, S. *Territorialiseraad mänskighet: irreguljära immigranter och det nakna livet I: Statens Offentliga Utredningar SOU 2006:37*
30. Zimmerman, C, Hossain, M. et al. *Stolen smiles A summary report on the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe*. The London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2006
31. Myhrvold, T. *The different other – towards an including ethics of care*. Nursing Philosophy 2006; 7: 125–136
32. Läkare Utan Gränser (Leger Uten Grenser) *Gömda i Sverige Utstängda från hälso- och sjukvård*. Stockholm, Sverige; 2005
33. Norredam, M., Mygind, A., Krasnik, A. *Ethnic Disparities in Health Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies*. European Journal of Public Health 2005; 16 (3): 286–290
34. Carta, M.G., Bernal, M., et al. *Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1)* Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2005; 1 (13)
35. Wolff, H., Stalder, H., Epiney, M., Walder, A., Irion, O., Morabia, A. *Health care and illegality; a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva*. Social Science & Medicine 2005; 60 (9): 2149–2154
36. Vela Acosta, M.S., Chapman, P., Bigelow, P.L., Kennedy, C., Buchan, R.M. *Measuring success in a pesticide risk reduction program among migrant farmworkers in Colorado*. Journal Of Industrial Medicine 2005; 47 (3): 237–245
37. Reed, M.M., Westfall, J.M., Bublitz, C., Battaglia, C., Fickenscher, A. *Birth outcomes in Colorado's undocumented immigrant population*. Public Health 2005; 5: 100
38. Sullivan, M., Rebm, R. *Mental Health of Undocumented Mexican Immigrants A review of the Literature*. Advances in Nursing Science 2005; 28 (3): 240–251
39. Lustig, S.T., Kia-Keating, M., Knight, W.G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J.D., Keane, T., Saxe, G.N. *Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2004; 43 (1)
40. Steel, Z., Momartin, S., Bateman, A.H., Silove, D.M. *Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia*. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2004; 28 (6): 527–536
41. Villarejo, D. *The health of U.S. hired farm workers*. Annual Review Of Public Health 2003; 24: 175–193
42. McGuire, S., Georges, J. *Undocumentedness and Liminality as Health Variables*. Advances in Nursing Science 2003; 26 (3): 185–195
43. Walter, N., Bourgois, P., Margarita Loinaz, H., Schillinger, D. *Social context of work injury among undocumented day labours in San Francisco*. Journal Of General Internal Medicine 2002; 17 (3), s. 221–229
44. Weis, S.E., Moonan, P.K., Pogoda, J.M, Turk, L., King, B., Freeman-Thompson, S., Burgess, G. *Tuberculosis in the foreign-born population of Tarrant county, Texas by immigration status*. American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine 2001; 164 (6): 953–957
45. Scarinci, I.C., Klesges, R.C., Kovach, K.W., Chang, C.F. *Access to prenatal, delivery, and newborn care among undocumented Hispanics in the Memphis Area*. Journal Of The Tennessee Medical Association 2001; 94 (8): 300–304
46. El-Hamad I, Casalini C, Matteelli A, Casari S, Bugiani M, Caputo M, Bombana E, Scolari C, Moiola R, Scarcella C, Carosi G. *Screening for tuberculosis and latent tuberculosis infection among undocumented immigrants at an unspecialised health service unit*. The International Journal Of Tuberculosis And Lung Disease 2001; 5 (8): 712–716
47. Agamben, G. *Homo Sacer Sovereign Power and Bare Life*. 1998; Stanford University Press, Stanford, California
48. Agamben, G. *We refugees*. Symposium 1995; 49 (2): 114–119
49. Fløistad, G. *Utfordringer Studier i Langsomhetens Filosofi*. 2000; Universitetet i Oslo, Norge
50. World Health Organization Report 2009 on Global Tuberculosis Control Epidemiology, Strategy, Financing (09.01.2010)
51. The United Nation Refugee Convention of 1951 and the protocol of 1967, Office of the High Commissioner for Human Rights (13.07.2009)
52. The United Nation International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (23.02.2009)
53. International Council of Nurses (2006). *The ICN code of Ethics for Nurses* (09.01.2010)
54. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease Union Official Statement (2008). *Recommendations to ensure the diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants* (30.11.2009)
55. European Migration Network (2009). *Ad-Hoc Query on criminal penalties against illegally entering or staying third-country nationals*. European Migration Network (18.02.2010)
56. United Nations, Department of Social and Economic Affairs, International migration, 2006 (30.10.2008): [http://www.un.org/esa/population/publications/2006Migration\\_Chart/Migration2006](http://www.un.org/esa/population/publications/2006Migration_Chart/Migration2006)
57. Kvinner helse i Norge, Norske Offentlige Utredninger 1999:13
58. Myhrvold, T. *Rettferdighet i ingenmannsland Papirløse migranters rett til helsehjelp er fundert i universelle menneskerettigheter*. Fagkronikk, Sykepleien 2009; 97 (10): 80–81
59. Holmedal Ottesen, S. *Papirløse migranter En undersøkelse av situasjonen for mennesker uten lovlig opphold i Norge, og humanitære tiltak for denne gruppen i andre europeiske land*. 2008; En rapport fra Kirkens Bymisjon, Oslo, Mangfold og Oppvekst.
60. Myhrvold, T. *The exclusion of the other: challenges to the ethics of closeness*. Nursing Philosophy 2003; 4 (1): 33–43.

## Innhold

### Redaksjonelt

*Editorial* 3  
*av Guðrún Kristjánsdóttir*

### Sykepleievitenskap Omvårdnadsforskning

*Nursing Science and Research*

Tranbær, ett alternativ till antibiotika? En litteraturstudie  
om tranbær som prevention mot urinwegsinfektion  
*av Cecilia Windefors, Joanna Seibold og Pernilla Garmy* 4

Å stå utenfor i endringsprosesser på egen arbeidsplass  
*av Rita Jakobsen, Venke Sørli, Thorbjørg Guttormsen  
og Helga Helland Finstad* 9

Nursing students' knowlegde about HIV/AIDS:  
An international comparison between Finland, Estonia  
and Lithuania  
*av Tarja Suominen, Maj-Lis Vänskä, Niina Koponen,  
Vida Staniulienė, Natalja Istomina, Ilme Aro,  
Ima-Riina Kisper-Hint og Maritta Välimäki* 14

The views of students completing continuing education  
of family health nursing  
*av Tuovi Hakulinen-Viitanen, Pirjo Havukainen  
og Marjaana Pelkonen* 20

Miljøterapi som kollektivt eller individrettet fenomen?  
En etnografisk studie av dagliglivet i et psykiatrisk  
sykehus i individualismens tidsalder  
*av Christine Øye og Aina Skorpen* 25

Värdighet som det visar sig för vårdare i en kirurgisk  
praxis  
*av Carina Vendlegård, Annelie Hübner og Lillemor  
Lindwall* 30

Acute abdominal pain; pre-hospital evaluation of  
ketobemidone administration  
*av Andreas Rantala, Kjell Ivarsson og Anders Johansson* 35

Illegale ved sin blotte eksistens. Om papirløse  
migrantere helsestatus og behov for helsetjenester.  
En systematisk litteraturstudie  
*av Trine Myhrvold* 38