



# Sykepleien

Fag og forskning

2020

**#Etikk, metode  
og verktøy**



**Referenser.** 1. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae56-1> (Lest 13.05.2020) 2. Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (Sist oppdatert 04.05.2020). 3. Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (Sist oppdatert 04.05.2020). 4. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 (Sist oppdatert 04.05.2020). 5. Xultophy® SPC, avsnitt 4.3 (Sist oppdatert 04.05.2020). 6. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.8 og 5.1 (Sist oppdatert 04.05.2020).

## Xultophy®/Novo Nordisk®

### C **Langtidsvirkende insulinanalog + GLP-1-analog**

ATC-nr.: A10A E56

### T **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml + 3,6 mg/ml: 1 ml inneh.: Insulin degludec 100 enheter (E), liraglutid 3,6 mg, glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.**

**Indikasjoner:** Behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll, som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt.

**Dosering:** For å bedre sporbarheten skal navn og batchnr. protokollføres. Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis til samme tid hver dag. Administreres som dosertrinn. 1 dosertrinn inneholder insulin degludec 1 enhet og liraglutid 0,036 mg. Maks. daglig dose er 50 dosertrinn (insulin degludec 50 enheter og liraglutid 1,8 mg). Doseres iht. pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold eller annen samtidig sykdom. **Ved overgang fra GLP-1-reseptoragonist:** Behandling med GLP-1-reseptoragonist skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Anbefalt startdose er 16 dosertrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Ved overgang fra langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonist (f.eks. dosering 1 gang/uke), skal det tas hensyn til forlenget effekt. Behandlingen skal initieres på tidspunktet som neste dose av den langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonisten skulle tas. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Overgang fra ethvert insulinregime som inkluderer en basalinulinkomponent:** Behandling med andre insulinregimer skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Ved overgang fra annen insulinbehandling som inkluderer en basalinulinkomponent, er anbefalt startdose 16 dosertrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides, men kan reduseres for å unngå hypoglykemi i enkelte tilfeller. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Som tillegg til orale glukoseenkende legemidler:** Kan gis i tillegg til eksisterende oral antidiabetikabehandling. Anbefalt startdose er 10 dosertrinn (insulin degludec 10 enheter og liraglutid 0,36 mg). Som tillegg til sulfonylureapreparat bør dosereduksjon av sulfonylurea vurderes. **Glemt dose:** Anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenoppnås vanlig doseringsregime med 1 daglig dose. Det skal alltid gå minst 8 timer mellom injeksjonene. Gjelder også når administrering til samme tid hver dag ikke er mulig. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Kan brukes ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Måling av glukose skal intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved terminal nyresykdom. **Barn og ungdom <18 år:** Bruk ikke relevant. **Eldre ≥65 år:** Kan brukes. Glukosemåling må intensiveres og dosen justeres individuelt. **Tilberedning/Håndtering:** For detaljert bruksanvisning, se pakningsvedlegget. Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Preparat som har vært frosset skal ikke brukes. Den ferdigfylte pennen skal kun brukes av én person. Den ferdigfylte pennen kan gi fra 1-50 dosertrinn i én injeksjon, i trinn på ett dosertrinn. Dosestøtteren viser antall dosertrinn. For å unngå feildosering og potensiell overdosering skal det aldri brukes en sprøyte til å trekke legemidlet opp fra sylinderpumpen som er i den ferdigfylte pennen. Utformet til bruk sammen med NovoFine injeksjonsnåler med lengde opptil 8 mm. Det skal alltid settes på en ny nål før hver bruk. Nåler skal ikke brukes om igjen: Gjenbruk av nåler øker risikoen for tette nåler, noe som kan føre til under- eller overdosering. Pasienten skal kaste nålen etter hver injeksjon. **Bløddrømme:** Skal ikke blandes med andre legemidler eller tilsettes infusjonsvæsker. **Administrering:** Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdomen. Injeksjonssted skal alltid varieres innen samme område for å redusere risiko for lipodystrofi. Skal ikke gis i.v. eller i.m. Kan injiseres uavhengig av måltid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. **Hypoglykemi:** For høy dose i forhold til behovet, utetalelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, kan gi hypoglykemi. Ved behandling i kombinasjon med sulfonylurea kan risikoen for hypoglykemi reduseres ved å redusere sulfonylureadosen. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve dosering. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivert behandling), kan oppleve endring i sine vanlige varselssymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselssymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Preparatets forlengede effekt kan forsinke restitusjonen etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og pasienten må rådes til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi ved bilkjøring. Det bør vurderes om bilkjøring er tilrådelig for pasienter med nedsatt eller manglende forvarslar på hypoglykemi eller som opplever hypoglykemiaffekt. **Hypoglykemi:** Utilstrekkelig dosering og/eller avbrytelse av diabetesbehandlingen kan føre til hypoglykemi og potensielt til hyperosmolalt koma. Ved seponering skal det sikres at retningsslinjer for initiering av alternativ diabetesbehandling blir fulgt. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hypoglykemi og dermed føre til økt medisineringsbehov. Administrering av hurtigvirkende insulin bør vurderes ved alvorlig hypoglykemi. Ubehandlede hypoglykemiske tilfeller fører etter hvert til hyperosmolært koma/diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. **Kombinasjon med pioglitazon:** Hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes. Hvis kombinasjonen benyttes skal pasienten observeres for tegn/symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardiale symptomer. **Øyesykdom:** Intensivering av insulinbehandlingen med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. **Antistoffer:** Bruk av preparatet kan forårsake dannelse av antistoffer mot insulin degludec og/eller liraglutid. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike antistoffer kreve dosejustering for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. **Akutt pankreatitt:** Akutt pankreatitt er observert ved bruk av GLP-1-reseptoragonister, inkl. liraglutid. Pasienten bør informeres om karakteristiske symptomer, og ved mistanke om pankreatitt bør preparatet seponeres. Bekreftes akutt pankreatitt, bør behandling ikke gjenoppnås. **Thyreoida:** Thyreoidabivirkninger, slik som struma, er rapportert, spesielt ved allerede eksisterende thyreoidesykdom. Preparatet bør derfor brukes med forsiktighet til disse pasientene. **Inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese:** Ingen erfaring, og preparatet anbefales derfor ikke til disse pasientene. **Dehydrering:** Tegn/symptomer på dehydrering, inkl. nedsatt nyrefunksjon og akutt nyresvikt, er rapportert. Pasienten bør informeres om potensiell risiko for dehydrering i forbindelse med GI-bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. **Feilmelding:** Pasienten skal informeres om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling med andre injiserbare diabetespreparater. Antall valgte dosertrinn på pennens doseteller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosetelleren. Blinde/svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med godt syn, og som har fått opplæring i bruk av pennen. **Ikke-undersøkte populasjoner:** Overføring til preparatet fra doser av basalinulin <20 og >50 enheter er ikke undersøkt. Ingen erfaring med behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt NYHA klasse IV, og preparatet anbefales derfor ikke til bruk hos disse pasientene. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Farmakodynamiske interaksjonsstudier er ikke utført. In vitro-data tyder på at potensialet for farmakokinetiske interaksjoner knyttet til CYP og proteinkinase er lav for både liraglutid og insulin degludec. En rekke stoffer påvirker glukosemetabolismen og kan kreve dosejustering. Batablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktreotid/lanreotid kan enten øke eller redusere behovet for Xultophy. Alkohol kan forsterke eller redusere den hypoglykemiske effekten av preparatet. Følgende kan redusere behovet for preparatet: Antidiabetika, MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke behovet for preparatet: Orale antikonseptiva, tiazider, glukokortikoider, thyreoideaormoner, sympatomimetika, veksthormoner og danazol. Liraglutid kan gi en liten forsinkelse i magetømmingen, som kan påvirke absorpsjonen av orale legemidler som tas samtidig. Farmakokinetiske interaksjonsstudier viser ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjon, men klinisk relevant interaksjon med virkestoff med dårlig oppløselighet eller med lav terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. Hypoglykemi monitorering av INR anbefales ved oppstart av Xultophy-behandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Ingen klinisk erfaring. Hvis pasienten ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. Dyrestudier med insulin degludec har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksitet og teratogenitet. Dyrestudier med liraglutid har vist reproduksjonstoksiske effekter. Human risiko er ukjent. **Amning:** Ingen klinisk erfaring. Ukjent om insulin degludec eller liraglutid utskilles i human morsmelk. Bør ikke brukes under amning pga. manglende erfaring. Insulin degludec utskilles i melk hos rotter, men konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Dyrestudier har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturelt lignende metabolitter. Prekliniske studier med liraglutid har vist behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekt hos diende rotter. **Fertilitet:** Ingen klinisk erfaring. Reproduksjonsstudier på dyr med insulin degludec har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. Bortsett fra en svak reduksjon i antall levende embryo etter implantasjon, indikerte dyrestudier med liraglutid ingen skadelige effekter mht. fertilitet. **Bivirkninger:** Hyppigst rapportert er GI-bivirkninger (kan forekomme hyppigere ved behandlingsstart og avtar vanligvis i løpet av 4-6 dager/uker ved fortsatt behandling) og hypoglykemi. **Svært vanlige (≥1/10):** Stoffsiftke/ernæring: Hypoglykemi<sup>1</sup>. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Abdominal distensjon, diaré, dyspepsi, forstoppelse, gastritt, gastrooesofageal refluksykdom, kvalme, magesmerter, oppkast. Generelle: Reaksjon på injeksjonsstedet<sup>2</sup>. Stoffsiftke/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Økt amylose, økt lipase. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Flatulens, gulping/raping. Hud: Ervervet lipodystrofi<sup>3</sup>, hudutslett, kløe. Immunsystemet: Overfølsomhet, urticaria. Lever/galle: Gallestein, kolecystitt. Stoffsiftke/ernæring: Dehydrering. Undersøkelser: Økt hjerterytme. **Ukjent frekvens:** Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). Generelle: Perifer ødem. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon.

<sup>1</sup>Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampesammentrekning, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskade eller t.o.m. dødsfall.  
<sup>2</sup>Inkl. hematom, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmfølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling.  
<sup>3</sup>Inkl. lipohypertrofi, lipatrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonssted innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.

**Overdosering/Forgiftning:** Begrenset data. Hypoglykemi kan utvikles ved høyere dose enn det er behov for. **Symptomer:** Varierer fra matthet, sult, svette og krampesammentrekning (insulinsjokk). **Behandling:** Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Gifitinformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A og liraglutid A10B J02 på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no). **Egenskaper: Klassifisering:** Langtidsvirkende insulinanalog (insulin degludec) og glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog (liraglutid), begge fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. Liraglutid har 97% homologi for inkretinhormonet humant GLP-1. **Virkningsmekanisme:** Kombinasjonspreparat som består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll. Forbedrer glykemisk kontroll via varig reduksjon av fastende plasmaglukosenivåer og postprandiale glukosenivåer etter alle måltider. Insulin degludec binder spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukoseenkende effekt av insulin degludec skyldes at oppskott av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptor i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. Etter s.c. injeksjon danner insulin degludec oppløselige multimersamer som danner et insulindepot hvorfra insulin degludec kontinuerlig og langsomt absorberes over i sirkulasjonen. Dette gir en flat og stabil glukoseenkende effekt med lav dag-tid-dag-variasjon mht. insulin-effekt. Kardiovaskulær sikkerhet av insulin degludec er bekreftet, se SPC for ytterligere informasjon. Virkningen av liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelsen. Mekanismen med blodglukoseenkning involverer også en mindre forsinkelse i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsvekt og mengde kroppsfett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energinntak. Liraglutid er vist å forebygge kardiovaskulære hendelser hos pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko. Se SPC for ytterligere informasjon. **Absorpsjon:** Steady state-konsentrasjon av insulin degludec og liraglutid nås etter 2-3 dager. **Proteinbinding:** Insulin degludec: >99%. Liraglutid >98%. **Halveringstid:** Insulin degludec: Ca. 25 timer. Liraglutid: Ca. 13 timer. **Metabolisme:** Insulin degludec metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive. Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Holdes borte fra fryselementet. Skal ikke fryses. La pennenheten sitte på for å beskytte mot lys. Etter anbrudd: Oppbevares ved høyst 30°C eller i kjøleskap (2-8°C). La pennenheten sitte på for å beskytte mot lys. Preparatet skal kasseres 21 dager etter anbrudd.

**Pakninger og priser:** 3 × 3 ml<sup>1</sup> (ferdigfylt penn) kr 1341,40.

**Refusjon:** **'A10A E56.1 Insulin degludec og liraglutid**

**Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

**Refusjonskode:**

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	E11	Diabetes mellitus type 2

**Vilkår:** (225) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin

**Sist endret:** 12.05.2020

**Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 04.05.2020

**Pris per mai 2020**



Novo Nordisk Norway AS  
Nydalsveien 28  
Postboks 4814 Nydalen  
0484 Oslo  
Telefon: +47 22 18 50 51

[www.novonordisk.no](http://www.novonordisk.no)  
E-post: [kundeservice-norge@novonordisk.com](mailto:kundeservice-norge@novonordisk.com)

**Xultophy®**  
insulin degludec/liraglutid

# Xultophy<sup>®</sup> – Basalinsulin- og GLP-1-analog i én penn på blå resept<sup>1</sup>

## Insulatard<sup>®</sup> (NPH-insulin)



Har du pasienter som ikke kommer i mål med Insulatard<sup>®</sup> eller andre basalinsuliner?

Overgang til Xultophy<sup>®</sup> fra 20-50 enheter basalinsulin/døgn er undersøkt i klinisk studie<sup>2</sup>

Avslutt nåværende behandling med basalinsulin og start opp med:

**16 dosetrinn<sup>4\*</sup>**  
**Xultophy<sup>®</sup>**

i kombinasjon med metformin

**For bedre glykemisk kontroll<sup>3</sup>**

## Xultophy<sup>®</sup> (Insulin degludec + liraglutid)



### Xultophy<sup>®</sup>:

**1 injeksjon daglig<sup>4</sup>**  
Kan tas uavhengig av måltid<sup>2</sup>

**1 blodglukosemåling daglig**  
Juster Xultophy<sup>®</sup>-dosen som vanlig basalinsulin basert på måling av fastende plasmaglukose før frokost<sup>2</sup>

**Se under for refusjonsbetingelser<sup>1</sup>**

\*Anbefalt startdose skal ikke overskrides og det anbefales streng glukosekontroll i overgangsperioden og i de påfølgende ukene.

Xultophy<sup>®</sup> er et kombinasjonspreparat som består av den langtidsvirkende insulinanalogen insulin degludec og GLP-1-analogen liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll<sup>1</sup>

#### Indikasjon<sup>3</sup>

Xultophy<sup>®</sup> er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt, se SPC pkt. 4.4, 4.5 og 5.1.

#### Kontraindikasjon<sup>3</sup>

Overfølsomhet overfor ett av eller begge virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre (for justering av pH), natriumhydroksid (for justering av pH), vann til injeksjonsvæsker.

#### Refusjonsberettiget bruk<sup>1</sup>

Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

#### Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	225
ICD		Vilkår nr
E11	Diabetes mellitus type 2	225

#### Vilkår:

225 Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

#### Utvalgt sikkerhetsinformasjon<sup>4</sup>

- Xultophy<sup>®</sup>** er et kombinasjonspreparat og består av insulin degludec og liraglutid, som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll
- Kardiovaskulær sikkerhet** bekreftet for både insulin degludec (DEVOTE) og liraglutid (LEADER)
- Til subkutan injeksjon** (lår, overarm eller abdominalvegg) 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, til eller utenom måltid
- Glemt dose:** Ta dosen når man oppdager det, og gjenoppta deretter vanlig doseregime. Det skal alltid være minst 8 timer mellom hver injeksjon
- Gastrointestinale bivirkninger**, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$  brukere). Forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forhåndsregler for å unngå væskemangel
- Hypoglykemi** er en hyppig rapportert bivirkning ( $\geq 1/10$  brukere). For høy dose i forhold til behovet, utelattelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan gi hypoglykemi. Vurder dosereduksjon av sulfonylurea ved samtidig bruk
- Overføring** til Xultophy<sup>®</sup> fra doser av basalinsulin  $< 20$  og  $> 50$  enheter er ikke undersøkt
- Skal ikke brukes** hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose

	Xultophy <sup>®</sup> kan benyttes	Xultophy <sup>®</sup> anbefales ikke
<b>Alder</b>	<b>Voksne, inkludert eldre (<math>\geq 65</math> år)</b> Hos eldre ( $\geq 65$ år): Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	<b>Barn/ungdom under 18 år</b>
<b>Nyrefunksjon</b>	<b>Let, moderat eller alvorlig nedsatt.</b> Ved nedsatt nyrefunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	<b>Terminal nyresykdom</b> (eGFR $< 15$ – og behov for dialyse/transplantasjon)
<b>Hjertesvikt</b>	<b>NYHA klasse I-III</b>	<b>NYHA klasse IV</b>
<b>Leverfunksjon</b>	<b>Mild og moderat nedsatt</b> Ved nedsatt leverfunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt.	<b>Alvorlig nedsatt</b>

#### Unngå feilmedisinering.

Pasienter skal gis beskjed om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling mellom Xultophy<sup>®</sup> og andre injiserbare diabetespreparater. Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk. Les preparatortalen før forskrivning av Xultophy<sup>®</sup>.



# NYE NUTRIDRINK 2 KCAL

## Når behovet er større enn appetitten



Supplering med Nutridrink 2 kcal, en protein- og energirik næringsdrikk, kan hjelpe skrøpelige eldre med å oppnå ernæringsmålene sine raskere<sup>1-2</sup>. De smakfulle næringsdrikkene gjør det lettere å finne smaken på livet igjen, selv når appetitten mangler.

- ✓ 4 gode smaker for å lettere kunne gjennomføre ernæringsbehandlingen
- ✓ Tynn konsistens
- ✓ 2 flasker per dag dekker et normalt dagsbehov for D-vitamin hos eldre<sup>3</sup>
- ✓ Høy næringstetthet for å oppnå ernæringsmålene raskere
- ✓ Høyt proteininnhold som hjelper med å vedlikeholde og gjenoppbygge muskelmasse<sup>4</sup>

**Referanser:** 1. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G et al. Frailty Consensus: A Call to Action. JAMDA 2013;14:392-397. 2. Tieland M, van de Rest Q, Dirks ML, et al. Protein supplementation improves physical performance in frail elderly people: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Am Med Dir Assoc. 2012;13:720-726. 3. Nordic Nutrition Recommendations, 2012. 4. Better Care through better nutrition: value and effects of medical nutrition. MNI Evidence Dossier. 2018.2. \*Nutridrink 2 kcal er registrert som næringsmiddel til spesielle medisinske formål og skal brukes i samråd med helsepersonell.

Tlf: 23 00 21 00 | [www.nutricia.no](http://www.nutricia.no)

**NUTRICIA**  
**Nutridrink®**  
**2 kcal**

5  
NYE UTGAVER



## Fag og forskning 2020

**Fem nye spesialutgaver med fag- og forskningsartikler:**

#Akutt, kritisk og kronisk sykdom

#Etikk, metode og verktøy

#Migrasjonshelse, psykisk helse og rus

#Rehabilitering, alderdom og død

#Seksualitet, fødsel og oppvekst

## Se alle utgavene!

Alle NSF's medlemmer mottar ett eksemplar. På sykepleien.no har vi samlet alle bladene på ett sted. Her kan du se PDF av de ulike utgavene og lenker til alle artiklene.

Fikk du feil utgave, kan du bestille en annen utgave enn den du har fått, i NSF's fordelsbutikk på nsf.no. Dette er gratis for medlemmer og gjelder så langt lageret rekker.



QR-KODE

Skann koden og kom rett til Fag og forskning 2020 på sykepleien.no, der du kan lese de ulike utgavene.



QR-KODE

Skann koden og kom rett til NSF's fordelsbutikk, der du kan bestille de enkelte utgavene.



Bestill her!

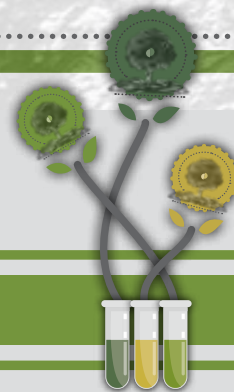
**GRATIS**  
utgaver for medlemmer



**sykepleien.no**

# INNHOOLD

## #Etikk, metode og verktøy



- 8** Leder, redaktør **Barth Tholens**: Sykepleieforskning er sykepleiernes columbi egg
- 10** Kommentar, forbundsleder **Lill Sverresdatter Larsen**: Er det et realistisk mål å arbeide kunnskapsbasert?
- 12** Det brenner et blått lys for profesjonsetikken
- 16** Digital selvrapportering kan gjøre pasienten mer involvert i behandlingen
- 22** Fortolkende beskrivelse er en egnet metode for sykepleiere og forskere
- 28** Slik kan samarbeidet bli bedre mellom høyskole og praksissted
- 34** Sykepleieres kunnskap og oppfatninger om generisk bytte
- 42** Møt forskeren, **Rolf Johansen**: Fant ut at sykepleiere misforstår ved generisk bytte
- 46** Nye dokumentasjonsverktøy ga bedre oppfølging av øyepasienter
- 52** Studentassistenter bidro til læring i anatomi, fysiologi og biokjemi
- 60** Digitalisering i helsevesenet skaper nye roller for sykepleier og pasient
- 64** Finnes det evidens for at sykepleiefaglig veiledning er nyttig?
- 70** Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter
- 76** Sykepleierstudenter får praksisveiledning i virtuelle møter
- 82** Poliklinikken må utnyttes som praksisarena for sykepleierstudenter
- 88** Tverrprofesjonell samarbeidslæring økte bevisstheten om egen profesjon
- 94** Heltid eller deltid? Sykepleieres arbeidstidspreferanser
- 102** Studenter lærer å dokumentere sykepleie enklere
- 108** Slik kan jordmorstudenter lære kunnskapsbasert praksis
- 112** Helsepersonell i hjemmetjenesten vurderer kvaliteten på eget arbeid
- 116** Hvordan lykkes med velferdsteknologi?
- 122** Personentrert tilnærming må omfatte alle
- 124** Simulering gjør sykepleierstudenter tryggere på å behandle meningitt
- 130** Opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelsetjenesten og betydningen for jobbtilfredshet
- 136** Møt forskeren, **Anita Sletner**: Bruk av kartleggingsverktøy har positiv innvirkning på jobbtilfredsheten
- 140** En klinisk etikk-komité kan hjelpe med etiske utfordringer
- 142** Studenter testes i nyfødtsykepleie på standardiserte stasjoner med objektiv metode
- 146** Hvordan kan sykepleiere styrke samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien?
- 152** Elektronisk vurdering er effektivt for studenter i praksisstudier
- 156** Etikkundervisning på krigsminnemuseum gjorde studentene mer reflekterte
- 160** Evaluering av den helsefaglige forskningssatsingen i Helse Nord
- 168** Kliniske studier: Får deltakerne god nok skriftlig informasjon?
- 172** «Østfoldmodellen» kan forbedre kvaliteten på praksisstudier
- 176** Norsk oversettelse av nytt, pasientrapportert flerdimensjonalt spørreskjema ved dyspné
- 184** Nyutdanna sjukepleiarar får realitetssjokk i yrkeskvardagen
- 190** Kommentar, leder av Sentralt fagforum i NSF **Mette I.R. Dønåsen**: Med faggruppene i front: – Klinisk fagutvikling og forskning må være våre fremste oppgaver
- 192** Sykepleiere kan gjøre helsetjenesten mer miljøvennlig

146



# Sykepleien

Fag og forskning 2020

## Ansvarlig redaktør:

Barth Tholens  
barth.tholens@sykepleien.no  
Tlf. 408 52179

## Manusredaktør og produksjonsansvarlig:

Signe Marie Flåt  
signe.marie.flat@sykepleien.no  
Tlf. 992 73284

## Design og forside:

Hilde Rebård Evensen

## Grafisk produksjon:

Hilde Rebård Evensen,  
Monica Hilsen og Nina Hauge

## Fagredaktører:

Torhild Apall Dybvik  
og Eli Smedstad

## Forskningsredaktør:

Edith Roth Gjevjon

## Desk:

Johan Alvik, Ellen Morland,  
Aud Aasen og Eivind Solfjell

## Journalist:

Monica Hilsen

## Annonser:

Ingunn Roald  
Tlf. 916 03812 (stilling)

Silje M. Torper  
Tlf. 970 93354 (kunngjøringer)

Maud P. Kaino  
Tlf. 977 42120 (produkt)

## Repro og trykk:

Stibo Complete, Danmark

## Utgivelsesdato:

10. september 2020

.....

## Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund  
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo

Tlf.: (+47) 994 02409

E-post:  
redaksjonen@sykepleien.no

.....

Fagpressen **F**  
OFFLAGSKONTROLLERT



116



142



136



176



94



8

# Sykepleieforskning er sykepleiernes columbi egg

Sykepleiernes fag- og forskningsartikler bidrar til en bedre utvikling av sykepleiefaget. Men kunne de bidratt mer?

**A**ldri før har sykepleiere skrevet så mange artikler om sitt fag som nå. Bare i 2019 mottok tidsskriftet 150 manuser til enten fag- eller forskningsartikler.

Noen av de innsendte artiklene ble avslått, men 26 forskningsartikler og 86 fagar- tikler ble publisert. I volum, opplag og visningstall på nett er *Sykepleien* det desidert største tidsskriftet for sykepleieforskning og fagutvikling i Norge.

## ARTIKLENE HAR 1,5 MILLION SIDEVISNINGER

Artiklene blir også lest. Vi publiserer alle godkjente artikler på sykepleien.no, og totalt ble de i fjor lastet ned på en nettleser godt over 1,5 millioner ganger.

I fjor var første gangen vi samlet de publiserte artiklene mellom to permer – eller rettere sagt ti permer: «Fag og forskning 2019» ble utgitt som fem forskjellige tidsskrifter. Her samlet vi artiklene etter fagfelt, og de ulike bladene ble sendt ut til medlemmene slik at de på best mulig måte ville treffe deres ulike målgrupper inne sykepleie.

Fjorårets utgaver var en ubetinget suksess – derfor gjentar vi den i år, under tittelen «Fag og forskning 2020». Her har vi samlet artiklene som er blitt publisert siden forrige gang, det vil si fra august 2019.

Og igjen har vi delt NSF's medlemsmasse i fem ulike målgrupper, som hver får sitt tidsskrift. Til sammen utgjør de 684 sider stappfulle med artikler som bør interessere de aller fleste.

## SKRIVER SYKEPLEIERE GODT NOK?

Volumet er uten tvil imponerende, men skriver sykepleierne godt nok? Tilfører de kunnskap som bringer helse- tjenesten videre? Styrker artiklene sykepleierne i sin



**Barth Tholens**

Ansvarlig redaktør  
i *Sykepleien*



yrkesutøvelse? Og blir sykepleierne som yrkesgruppe bedre synliggjort ute i samfunnet gjennom publisering?

Det er selvfølgelig store og viktige spørsmål som mange bør være opptatt av. For «Fag og forskning 2020» er jo ikke underholdning eller utpreget sengelektyre. Det er heller ramme alvor, om man kan si det slik: Artiklene er sykepleiernes forsøk på å videreutvikle faget gjennom kunnskapsbaserte bidrag.

Det er «fag i front», som NSF's nye forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen vil le sagt. Ved å dokumentere sykepleiernes bidrag til kvalitetsforbedring i helsetjenesten vil samfunnet og myndighetene forstå betydning av deres innsats.

Helsetjenesten trenger hendene deres, men først og fremst hodene deres. Derfor vil NSF at det skal forskes mer og bedre på hva god sykepleie kan utrette.

## ALLE ARTIKLENE VURDERES FAGLIG

*Sykepleien* har to fagredaktører, en forskningsredaktør, to assisterende forskningsredaktører og et godt apparat for å håndtere den økende strømmen av manuser

## «Fjorårets utgaver var en ubetinget suksess.» Barth Tholens

som kommer inn. De bruker sin kompetanse, sin kunnskap og sitt faglige skjønn for å skille klinten fra hveten.

En god del innsendte manus til forskningsartikler blir refusert fordi de ikke holder tiltrekkelig vitenskapelig nivå, men artiklene som blir publisert, holder et bra nivå. Refusjonsprosenten er lavere når det gjelder fagar- tikler siden disse ikke blir fagfellevurdert. Redaksjonen jobber mye med å gjøre artiklene språklig og formmessig bedre.





**JA TAKK:** – Artikler som tar sikte på å løfte faget ved å forstå pasientene bedre, er gull! De kan bidra til å utvikle nye og mer effektive rutiner, og de kan gi pasienter et bedre liv, skriver Barth Tholens.  
Arkivfoto: Erik M. Sundt



Illustrasjon:  
Moshpotos / Hilde Røhnd Ervosen

Dessverre ser det ut til at ikke alle lesere vet forskjellen på forskningsartikler og fagartikler. Det er litt betenkelig med tanke på at sykepleie er en akademisk utdannelse.

#### VI MOTTAR FÅ ARTIKLER OM PSYKISK HELSE

Ser vi på det siste årets «fangst» av artikler med et kritisk blikk, ser vi styrker, men også svakheter ved de artiklene vi har fått inn.

1. Det er en overvekt av artikler om etikk og metode, og om pleie og behandling av somatiske pasienter. Til gjengjeld er det relativt spinkelt med artikler fra psykisk helse, rus og forebygging.

2. Det er en overvekt av artikler som baserer seg på kvalitative undersøkelser eller undersøkelser som kombinerer metoder, fremfor kvantitative undersøkelser. Sykepleiere undersøker gjerne pasienters helse og velvære i et helhetlig perspektiv. Det er kunnskap som ikke så lett lar seg måle, med objektive funn som kan settes opp i tabeller med tall. Statusen til sykepleie som vitenskap lider likevel under mangelen på kvantitative pang-resultater.

3. Det er en viss tendens til at artikler har konklusjoner som få vil bli overrasket over, eller som bekrefter forhold som kan synes selvsagt. Det betyr ikke at disse artiklene ikke er nyttige. Artikler av typen «Operasjons-sykepleiere dekker opp instrumentbordet ulikt» kan for utenforstående se ut som en selvfølge, men observasjonene til forfatteren kan bane vei for nye rutiner. Det kan igjen føre til færre feil og større effektivitet.

4. Relativt mange artikler handler om informasjon, rettet enten mot pasienten eller helsepersonell seg imellom. Sykepleiere har åpenbart fått opp øynene for hvor viktig informasjon er for god samhandling.

5. *Sykepleien* har det siste året publisert en rekke gode, systemkritiske artikler fra sykepleiere med en kvass penn, men de er ikke i flertall. Artikler som «Ansvarsforholdet er

uklart når pasienten skrives ut» er ikke overraskende for alle som står midt oppe i dette, men kan være viktige å ha når sykepleiere skal diskutere med andre samfunnsgrupper og politikere. Den beskriver hva som kan gå galt, og også hva som bør bli bedre. *Sykepleien* skulle gjerne mottatt flere slike artikler av denne typen, for de bidrar til å bevege helsetjenesten i riktig retning.

6. Artikler som tar sikte på å løfte opp faget ved å forstå pasientene bedre, er også gull! De kan bidra til å utvikle nye og mer effektive rutiner, og de kan gi pasienter et bedre liv. Et eksempel er artikkelen «Hvorfor vegrer pasienter med type 2-diabetes seg mot insulinbehandling?». Den forsøker å finne svar som åpenbart vil være viktig for en relativt stor pasientgruppe.

7. «Slik gjør du»-artikler er en yndet genre blant fagartikler. De kan av og til oppleves som ganske «basic» og lite revolusjonerende. Men man skal aldri undervurdere betydningen de har i sykepleiernes praktiske hverdag. Det enkle er av og til det beste!

Sykepleierforbundet har nylig vedtatt å jobbe for økt satsing på sykepleieforskning. De bidrar selv med attraktive stipender til forskere, men håpet er nok at helsemyndighetene selv ser hvor viktig det er med sykepleieforskning som kan bidra til å øke kvaliteten på helsetjenesten.

#### SYKEPLEIERE ER EN NØKKELFAKTOR I FREMTIDENS HELSETJENESTE

Alt tyder på at ressursene i fremtidens helsetjeneste vil bli knappe. Å undersøke og kartlegge hvordan god og effektiv sykepleie kan bidra til å møte den økende etterspørselen etter helsetjenester kan fort bli et columbi egg.

Mens den medisinske vitenskapen har en tendens til å gjøre venteværelsene stadig fullere, kan sykepleiere vise seg å bli en nøkkelfaktor når det gjelder logistikk, organisering og pasientsikkerhet. Det betinger at sykepleiere fortsetter å drive god forskning og fagutvikling – og at resultatene publiseres slik at alle får dem med seg. 🍌

# Er det et realistisk mål å arbeide kunnskapsbasert?

– Sykepleierne må innarbeide arbeidsmåter der de «skanner» fag- og forskningslitteratur for å sikre pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten.



**S**om ny sykepleier leste jeg få – om noen – forskningsartikler. Søkeord og relevante databaser var vanskelig. Språket var komplisert på norsk, men særlig på engelsk. Jeg jobbet mye alene og diskuterte fag mest på sykepleierfester.

Dagens nye sykepleiere beskriver omtrent det samme. Samtidig skal dagens sykepleiere kunne utøve selvstendig sykepleie av høy kvalitet og være i front i utviklingen av sykepleiefaget, sykepleierprofesjonen og helsetjenestene.

Jeg mener en utdanning som er orientert mot praksisfeltet, og forskningsmiljøer som samarbeider tett med praksis- og utdanningsfeltet, er nøkkelen for fag- og forskningsartiklenes verdi.

Deretter trengs faglige ledere som skaper struktur for faglig oppdatering og økt tilgjengelighet av forskningslitteratur. Faktisk ønsker jeg meg en podkast hvor sykepleieforskning debatteres. En idé for *Sykepleien*?

## HVORDAN BRUKES FAG- OG FORSKNINGS-ARTIKLER I SYKEPLEIEPRAKSIS?

I fagartikkelen «Hva er sykepleie?» skrev Hellesø, Obstfelder, Olsvik og jeg følgende:

«Helsepolitiske, teknologiske og demografiske utviklingstrekk har endret innholdet i sykepleieres arbeid. Endringene i arbeidet skjer raskere enn i sykepleierutdanningen. Det kan føre til at viktige deler av arbeidsområdet til sykepleiere ikke blir tematisert i utdanningsprogrammene, og dermed heller ikke i praksisfeltet.»

Til tross for åpenbare effekter knyttet til kvalitet på tjenestene ved kunnskapsbasert praksis eksisterer



**Lill Sverresdatter Larsen**

Forbundsleder, Norsk Sykepleierforbund



det ingen systematisk struktur for sykepleiernes individuelle faglige oppdatering i yrkespraksis.

Spørsmålet noen stiller, er om sykepleiere flest egentlig kan forventes å lese forskningsartikler og fremme ny kunnskap. Da jeg stilte spørsmål på egen Facebook-side om hvordan forskning påvirker din sykepleiepraksis, skrev en sykepleier dette:

«Hvem har tid til å lese forskningsartikler i tjenesten? Jeg har knapt rom for å gå på do, og det gjelder også mine kollegaer. På fritiden har vi viktigere ting å ta oss til, vedlikehold av kroppen eksempelvis. Helsevesenet er ikke for pingler, og en trenger både styrke- og kondistrenning for å holde ut. Forskning er dessverre frakoplet hverdagen, og jeg tror de fleste

sykepleiere som jobber på sengeposter, har den opplevelsen.»

Det er også min erfaring at på pauserommet er det mest samtaler om strikking, fotball, helgas fest og samlivsutfordringer. Det er ikke nødvendigvis galt. Det

**«Det eksisterer ingen systematisk struktur for sykepleiernes individuelle faglige oppdatering i yrkespraksis.»**

Lill Sverresdatter Larsen

emosjonelle stresset i sykepleiepraksis er skyhøyt, og også jeg har behov for relasjonsbygging og pauser som innbefatter nettopp en pause.

Trolig påvirkes de fleste sykepleierne mest indirekte av forskningsartikler gjennom endrede prosedyrer i praksis fremmet av dyktige fagfolk som får betalt for å oppsummere forskningen og vurdere om prosedyrene er riktige og virksomme.

**FAGLIG PÅFYLL:**  
– Forskningslitteratur kan brukes til å gi tyngde til argumenter der det er nødvendig. Andre ganger skriver eller bruker vi artikler for å utfordre etablerte sannheter, skriver forbundslederen. Arkivfoto: Lars-Erik Vollebæk



En annen sykepleier svarte på mitt Facebook-spørsmål slik:

«Man trenger forskningsartikler for å underbygge kunnskapen vår og ikke minst utvikle faget og profesjonen. Vi har et ansvar om å holde oss faglig oppdatert og anvende kunnskapen slik at pasientene våre får den pleien de har krav på.»

Ut fra dagens komplekse sykepleiepraksis mener jeg det er nødvendig for sykepleierne å bygge inn arbeidsmåter hvor fag- og forskningslitteratur «skannes» for å sikre pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene våre.

Når pasienten plages med kvalme, bør det være interesse, tid og struktur for at sykepleierne sjekker hva andre har skrevet om tematikken, og kan debattere det i et faglig fellesskap. Jeg vet at mange sykepleiere gjør nettopp det, og eksempelvis foreslår tiltak til legen ved neste visitt.

For mange sykepleiere er det å arbeide kunnskapsbasert likevel mer et ideal enn realistisk å oppnå. Strukturer og rammer for faglig oppdatering og refleksjon er definitivt et leder- og virksomhetsansvar.

#### **PASIENTENE TRENGER SYKEPLEIERE SOM ARGUMENTERER FAGLIG**

Forskningslitteratur kan brukes til å gi tyngde til argumenter der det er nødvendig. En sykepleier fikk beskjed av sin leder at de skulle gjenbruke engangshansker. Sykepleieren protesterte, men ble ikke hørt.

Hun dro hjem og fant frem forskningsartikler om hanskebruk og hygiene, skrev dem ut og bokstavelig talt banket argumentene i bordet. Praksis med gjenbruk av engangshansker ble endret til nettopp engangsbruk.

Andre ganger skriver eller bruker vi artikler for å utfordre etablerte sannheter. Vi trenger økt sykepleieforskning som gir systematisk dokumentasjon med tanke på konsekvenser av valg, innsatser,

prioriteringer og intervensjoner. Og vi trenger forskning som gir belegg for myndighetens fastsetting av lovverk og normgivende veiledere, samt praksisfeltets prosedyrer.

Til sist trenger vi mer forskning på hva nøkkelpersonellet i tjenesten behøver for å skape tjenester av

#### **«Sykepleiere må ta faglig lederskap.» Lill Sverresdatter Larsen**

god kvalitet. Vi mangler 6000 sykepleiere nå, og innen få år viser beregninger en sykepleiermangel på rundt 40 000.

Vi må utdanne flere, beholde de vi utdanner, og vi må tenke kritisk om profesjonsrelasjoner, teknologi, oppgaver og ansvar i helsetjenestene. Sykepleiere må ta faglig lederskap, og da må vi også ha tilgang til kunnskap og ha kompetanse til å anvende kunnskapen for å kunne argumentere for og artikulere sykepleie.

Å påvirke og stimulere til økt forskning og bruk av forskning er også Sykepleierforbundets jobb – og der er vi godt i gang. Dette temanummeret vil trolig lære deg og meg noe nytt. Jeg gleder meg!

Lykke til med læring og din sykepleiefaglige argumentasjon der det trengs på vegne av pasienter, pårørende, helsetjenestene og samfunnet. 🌻

#### **Flere innspill/kommentarer?**

På [sykepleien.no](http://sykepleien.no) finner du meningsyttringer av og for sykepleiere og annet helsepersonell.

[sykepleien.no/debatt](http://sykepleien.no/debatt)



# Det brenner et blått lys for profesjonsetikken

Fremover blir det viktig å være bevisst på etikken i sykepleieutøvelsen. Vi må alltid stå opp for verdiene og standardene som er til pasientens beste.



**S**ykepleiere høster stor tillit i befolkningen. De har god faglig kunnskap der profesjonsetikken står sentralt. Imidlertid ser vi stadig flere utfordringer og dilemmaer som sykepleiere må forholde seg til i det daglige arbeidet.

Denne etikkartikkelen handler om et press på de profesjonsetiske verdiene som konstant blir sterkere. Belastningen mellom sykepleiernes lojalitet til arbeidsgiveren versus pasienten og deres profesjonsetiske verdier er vedvarende.

I rapporten til landsmøtet i november 2019 skriver Rådet for sykepleieetikk at profesjonsetikken i stadig større grad står i skvis mellom de organisatoriske verdiene.

## TYDELIG, MODIG OG STOLT

Mottoet til sykepleiere er «tydelig, modig og stolt». Rammene rundt sykepleieutøvelsen kan gå på stoltheten løs. Stolthet henger sammen med en identitetsfølelse og tilhørighet med arbeidsplassen du jobber på.

Stolthet har også en sammenheng med eget arbeid og hvordan hver enkelt opplever å etterleve målet man har i jobben, og ikke minst hva fellesskapet oppnår sammen. Slike verdier er under press.

Effektivitet er i høysetet, og sykepleierne arbeider under tidspress. Mange forstår ikke den organisatoriske ideologien som råder. Den oppleves ikke naturlig og virker fremmedgjørende. De som bestemmer over pengesekken, sitter langt borte fra dem som utøver tjenestene.

Det er krevende å varsle om uforsvarlige hendelser, og fører ikke alltid frem. To varslere fra min egen forskning forteller om at de fikk klage fra overordnede om å holde en lavere profil, og de fikk sterk kritikk. En annen



**Elisabeth Sveen Kjølrsrud**  
Leder, Rådet for sykepleieetikk

sier fortvilet: «Vi kan ikke bare varsle og varsle, da får vi intet gjort.» Varslersakene er mange.

## SAMFUNNET ER UTÅLMODIG

For mange år tilbake leste jeg Richard Sennetts klassiker *Det fleksible mennesket. Personlige konsekvenser av å arbeide i den nye kapitalismen* (1). Boken handler i grove trekk om dype spørsmål om vår karakter og de personlige egenskapene vi verdsetter ved oss selv, som vi ønsker at også andre skal verdsette. Hva har varig verdi i oss selv, når samfunnet er så utålmodig og kun fokuserer på det umiddelbare? spør Sennett.

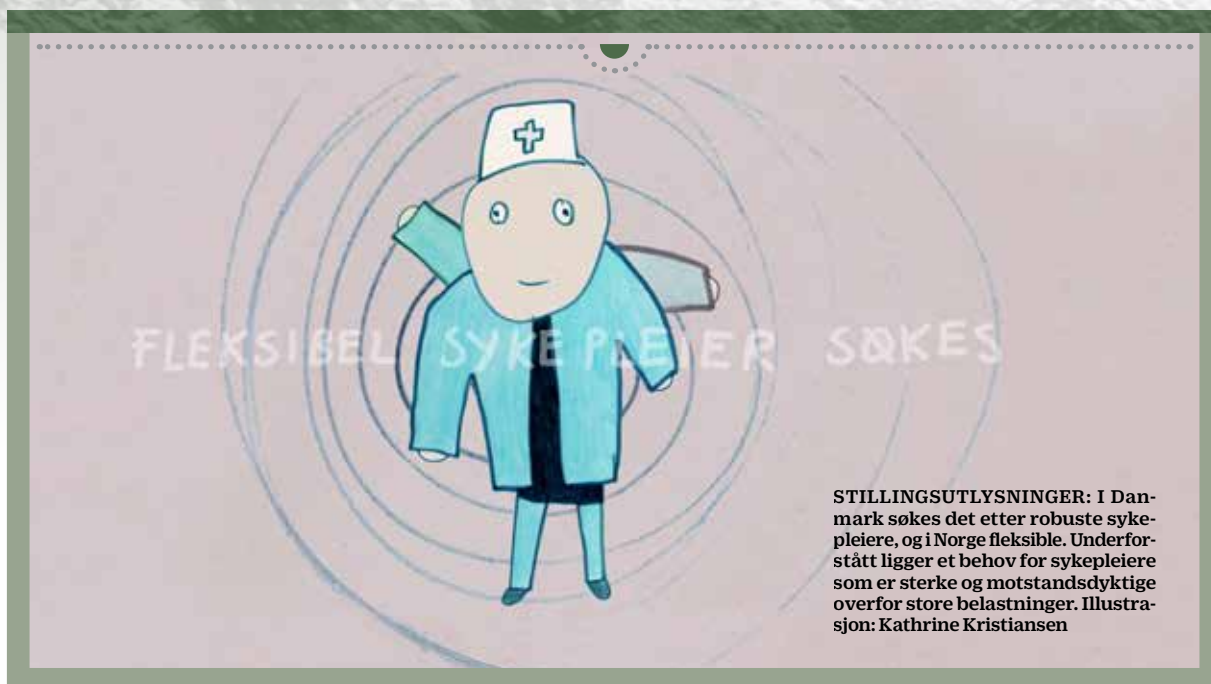
I boken *The Craftsman* (2) peker igjen Sennett på verdiene og betydningen av en forankring av disse. Han skriver følgende: «Most of us have work to do. But is work just a means to an end? In trying to make a living have we lost

«De som bestemmer over pengesekken, sitter langt borte fra dem som utøver tjenestene.»

touch with the idea of making things well.» (2, s. 8) Sennetts ord treffer sykepleiernes hverdag.

## ROBUSTE SYKEPLEIERE

I Danmark, da den danske sykepleierutdannelsen ble revidert i 2015 og 2016, etterlyste representanter for arbeidsgiverne at det ble utdannet robuste sykepleiere. Det var en oppfattelse at en del nyutdannede sykepleiere ikke tålte presset; det vil si at de ikke kunne stå i en presset arbeidsdag med svært høy pasientgjennomstrømning og en stor arbeidsbyrde.



**STILLINGSUTLYSNINGER:** I Danmark søkes det etter robuste sykepleiere, og i Norge fleksible. Underforstått ligger et behov for sykepleiere som er sterke og motstandsdyktige overfor store belastninger. Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

Også i danske stillingsutlysninger blir det etterlyst robuste sykepleiere. Underforstått i disse utlysningene ligger et behov for sykepleiere som er sterke og motstandsdyktige overfor store belastninger.

I Norge annonseres det etter fleksible sykepleiere, skriver Steenberg, Quinteros og Kjølrsrud i boken *Profesjonsetikk. Velferdsarbeid for og med mennesker* (3).

Verdier i samfunnet basert på effektivitet og bedriftsøkonomiske modeller er tilpasset et rasjonelt tanke sett. Sykepleiere er ikke bare rasjonelle aktører som tåler alt. Sykepleiens grunnlag er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet.

Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Det grunnleggende er at etikken oppstår i møtet med et annet menneske ansikt til ansikt. Her er sansningen sentral. Sansningen kan fort utebli i travelt. Her er sansningen sentral. Sansningen kan fort utebli i travelt.

### MORALSK STRESS

Jeg er bekymret over at sykepleiere og andre helsearbeidere må gå på akkord med sin egen samvittighet. Vi har nå i mange år fått tydelig forskning på at sykepleiere der ute opplever mer og mer moralsk stress. Smertegrensen er nådd, og det er på tide at dette blir tatt på alvor.

Lite innflytelse på arbeidshverdagen blir også stadig rapportert. Vi blir mer og mer umyndiggjort, skriver den danske sosiologen Rasmus Willig i boken *Umyndiggjørelse* (4). Presset gjelder også andre fagprofesjoner.

De siste dagene har det stått omtalt at legenes standarder står under press fra styresmakter. Et sentralt moment her er å bruke mindre tid på pasienten.

Sykepleiere må stå fast ved de profesjonsetiske standardene sine i fremtiden. Vi må ikke glemme vår historie, både på godt og vondt. Pliktetikken, og hva vi blir bedt om å gjøre, må alltid gjennom en faglig refleksjon.

Gruppepress kan endre våre tanker og holdninger, eksempelvis bør Stanley Milgrams lydighetseksperimenter ikke gå i glemmeboken. Hensikten med den studien var å se hvor langt forsøkspersonene var villige til å gå før de nektet å fortsette. Situasjonen var stressende, men viste at mennesker er villige til å gå langt etter ordre fra autoritetspersoner.

Det mest oppsiktsvekkende var at 65 prosent av deltakerne var villige til å gi en dødelig dose, noe som selvfølgelig var oppsiktsvekkende og skapte store overskrifter. Eksperimentet fant sted på 60-tallet.

Er det nødvendig å trekke frem et så grotesk eksempel? spør du sikkert. Hvis vi ser på historien, ser vi også at sykepleiere har underordnet seg autoritære regimer. Heldigvis lever vi ikke i et autoritært regime i Norge i dag, og sykepleiernes stemme er synlig og hørbar.

Likevel tror jeg det er nødvendig at vi forstår at det er kamp om viktige verdier i samfunnet vårt. Profesjonsetikken i landet vårt og i vesten er under press.

### «Sykepleiere er ikke bare rasjonelle aktører som tåler alt.»

Medlemmer i Rådet for sykepleieetikk har i denne perioden (2015–2019) lansert begrepet «etisk risikosone». Det er et begrep som er viktig å ha med seg ute i praksis. Hva står på spill i situasjonene en sykepleier kommer opp i?

### TIL PASIENTENS BESTE

Sykepleiere har altså mottoet «tydelig, modig og stolt». Sykepleiere høster stor tillit ute i befolkningen, og det er et viktig motto som må hegnes om. Stoltheten synes å være under press – det er ikke alltid like enkelt å være

stolt over eget arbeid og forstå organisasjonens verdier og mål når faglige og profesjonsetiske vurderinger har trengt kår.

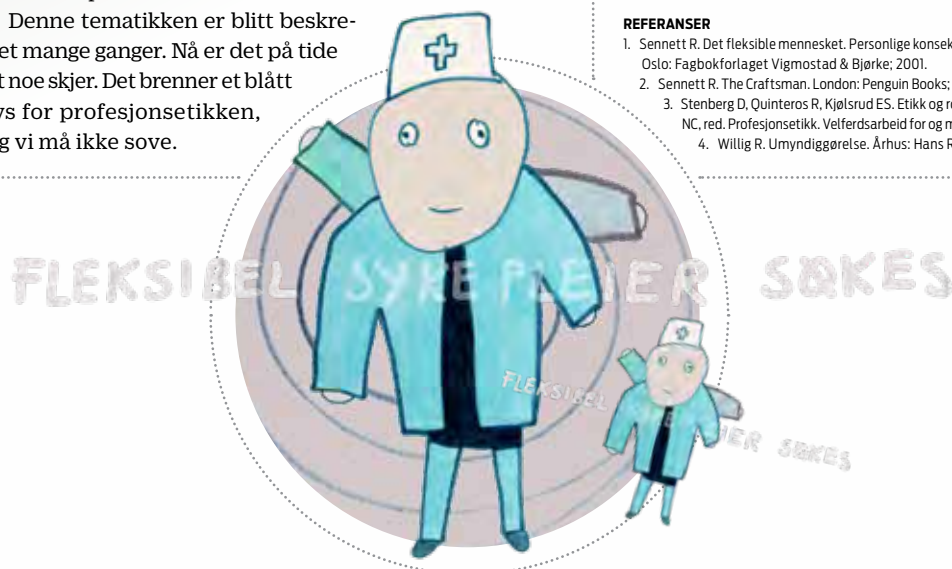
Fremover blir det viktig aldri å lene seg tilbake, men være bevisst på etikken i sykepleieutøvelsen. Som profesjonelle må vi alltid stå opp for verdiene og standardene som er til pasientens beste.

Denne tematikken er blitt beskrevet mange ganger. Nå er det på tide at noe skjer. Det brenner et blått lys for profesjonsetikken, og vi må ikke sove.

Politikere og ledere må ta ansvar for at ressurser og organisering danner en human ramme omkring det faglige, profesjonelle arbeidet i helsevesenet. Helsepolitikken skal baseres på humane verdier, og sykepleiernes og pasientenes erfaringer må anerkjennes som en viktig del av beslutningsgrunnlaget. ●

#### REFERANSER

1. Sennett R. Det fleksible mennesket. Personlige konsekvenser av å arbeide i den nye kapitalismen. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke; 2001.
2. Sennett R. The Craftsman. London: Penguin Books; 2008.
3. Stenberg D, Quinteros R, Kjølsvrud ES. Etikk og robusthet. I: Hjort K, Kristiansen A, Barkholt NC, red. Profesjonsetikk. Velferdsarbeid for og med mennesker. Oslo: Gyldendal; 2018. s. 52.
4. Willig R. Umyndiggjørelse. Århus: Hans Reitzels Forlag; 2009.



## FAGGRUPPER

### Norsk selskap for sykepleieforskning

Faggruppen Norsk selskap for sykepleieforskning har som overordnet mål å bidra til å styrke kvaliteten på sykepleie til pasientene ved å utvikle sykepleiens kunnskapsmessige fundament gjennom forskning og utviklingsarbeid. Dette søkes realisert ved å

- skape interesse for sykepleieforskning gjennom publisering av fagfelleverderte sykepleieforskning i eget tidsskrift
- formidle kunnskap om sykepleieforskning
- være et forum for veiledning og støtte i forsknings spørsmål
- være et forum for konstruktiv kritikk av egne forskningsarbeider
- skape et interessefelleskap og en møteplass for engasjement og diskusjon rundt sykepleiens kunnskapsgrunnlag samt utviklingsarbeid og forskning innen sykepleien
- arbeide med fag- og forskningspolitiske spørsmål innad i NSF og utad til samfunnet for øvrig

Medlemmer av Norsk Sykepleierforbund med engasjement for å bidra til selskapets formål kan bli medlemmer. Medlemskontingenten inkluderer abonnement på *Nordisk sykepleieforskning*, som er et elektronisk tidsskrift. Faggruppen arrangerer seminarer og konferanser gratis for eller rabatterte til gruppens medlemmer.

DEL ARTIKKELEN

# Slik finner du artiklene på nett

Du kan enkelt bruke mobilens kamera til å skanne QR-kodene

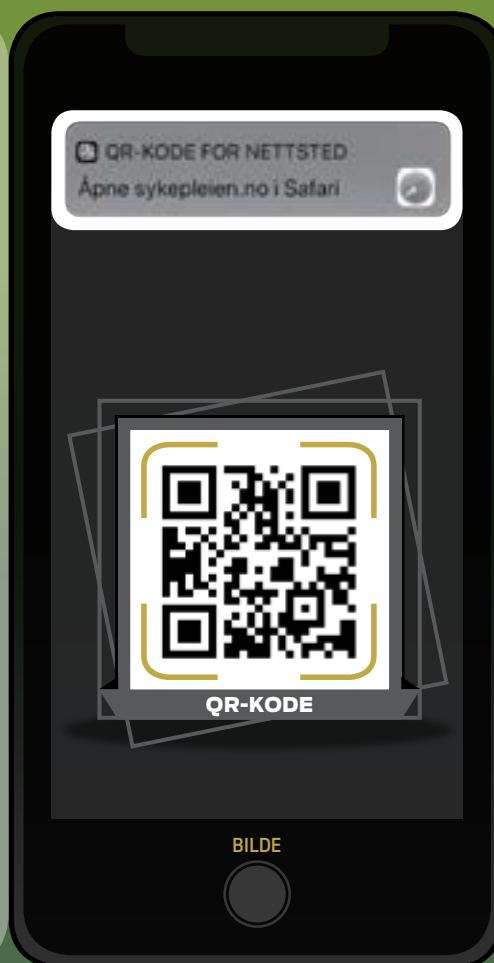
LAST NED PDF

Bruk mobilkameraet og plasser koden innenfor de gule merkene. Det dukker opp en lenke øverst på skjermen.

Trykker du på lenken, kommer du direkte til fag- eller forskningsartikkelen på Sykepleiens hjemmeside.

**sykepleien.no**

Benytter du Android-telefon, må du først aktivere Google Lens eller en annen QR-leser.





**HOVEDBUDSKAP:**

Denne artikkelen er skrevet med utgangspunkt i en bacheloroppgave i sykepleie. Vi undersøkte sykepleieres oppfatninger av hjemmerapportering via pasientovervåkingssystemet GoTreatIT (GTI) – som inkluderer strukturerte data for alle variabler av betydning for behandlingen og oppfølgingen av pasienter med revmatiske sykdommer – og hvilke konsekvenser dette kunne ha for sykepleier og pasient.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.78018

**NØKKELOD:**

► Helsetjeneste ► Informasjonsteknologi ► Revmatisme ► Sykepleier–pasient-forhold

# Digital selvrapportering kan gjøre pasienten mer involvert i behandlingen

Sykepleiere bør være bevisst på hva ny teknologi kan gjøre med pasient–sykepleier-relasjonen, men også være åpne for innovative måter å utøve fremtidens sykepleie på.

Når det skal innføres nye teknologiske løsninger i helsetjenesten, må disse være til det beste for pasienten. Teknologien må også være kostnadseffektiv, ivareta pasientvernet og effektivisere helsetjenesten, og den bør bistå helse- og omsorgspersonellet slik at ressursene utnyttes på en bedre måte (1). Men hvordan påvirker den pasient–sykepleier-relasjonen?

Helse- og omsorgsdepartementet (2) ser for seg at bruk av mobile løsninger som nettbrett og smarttelefoner vil øke pasientinvolveringen og dermed danne grunnlaget for en ny pasient- og brukerrolle. Fremtidens kontakt mellom helsepersonell og pasienter vil trolig i større grad preges av digitalisering (2).

**DIGITAL HJEMMERAPPORTERING**

For å kunne møte velferdsstatens fremtidige utfordringer, og for å nå målet om en mer pasientsentrert praksis, er det utviklet digitaliserte rapporteringsverktøy for flere pasientgrupper, deriblant pasienter med revmatiske sykdommer. GoTreatIT (GTI) er et digitalt verktøy som pasienter kan bruke til selv å rapportere informasjon om opplevd sykdomsaktivitet, helsestatus, livskvalitet og bruk av medikamenter (3).

Dagens praksis er at pasientene rapporterer i GTI når de kommer på sykehuset, cirka 15 minutter før oppsatt konsultasjon. I fremtiden vil muligens pasienten selv

**FORFATTERE**



**Marit Johanne Resell**  
Sykepleier, Nyfødt Intensiv,  
St. Olavs hospital



**Anita Das**  
Forskningsleder, Forskningsgruppe  
Helseinnovasjon, Avdeling helse,  
Sintef



**Kjersti Grønning**  
Førsteamanuensis, Institutt for  
samfunnsmedisin og sykepleie,  
Norges teknisk-naturvitenskapelige  
universitet

kunne gjennomføre rapporteringen hjemme.

**TEKNOLOGI OG OMSORG**

Å leve med kronisk sykdom kan være krevende og utfordrende. Pasientene må lære seg å kjenne hvordan sykdommen arter seg, og hvilke konsekvenser symptomene gir (4). I tillegg må de bli kjent med helsesystemet og hvordan dette fungerer.

Malone definerer sykepleie som «human practise to which relationship is considered essential» (5). Hun skriver at den teknologiske

utviklingen utfordrer den direkte nærheten og kontakten mellom sykepleier og pasient, fordi teknologien skaper avstand mellom sykepleieren og pasienten (6).

Noe av det fundamentale for en sykepleier er omsorgsutøvelse for «den syke», både på det etiske, medisinske og profesjonelle plan. Det etiske handler blant annet om å skape gode relasjoner, det medisinske omhandler å observere den syke, og det profesjonelle innbefatter å gi hel-

**«I fremtiden vil muligens pasienten selv kunne gjennomføre rapporteringen hjemme.»**

hetlig pleie ut fra et sammensatt sykdomsbilde (7). Det fysiske aspektet i sykepleieutøvelsen, det som gjerne omtales som «varme hender», vil forandres hvis teknologien blir en stor del av behandlingen og oppfølgingen (6).



**HJEMMERAPPORTERING:** Det er utviklet digitaliserte rapporteringsverktøy for flere pasientgrupper. Dagens praksis er at pasientene rapporterer i verktøyet når de kommer på sykehuset, cirka 15 minutter før oppsatt konsultasjon. I fremtiden vil muligens pasienten selv kunne gjennomføre rapporteringen hjemme. Illustrasjonsfoto: Barbro Wickström / Most-photos



Pols og Moser (8) skisserer et noe annet bilde og hevder at teknologi og fjernomsorg ikke hindrer god sykepleieutøvelse. De fant blant annet støtte for at bruk av teknologi (i dette tilfellet en såkalt Health Buddy) medførte at sykepleier og pasient samarbeidet på en annen og mer målrettet måte, og at forholdet mellom sykepleier og pasient ble styrket (8).

I boken *On the closeness of technology: care at distance* skriver derimot Pols at sykepleiere også er bekymret for at teknologien vil skape avstand til pasientene, og at sykepleiere mister muligheten til å innhente viktig informasjon ved å bruke det kliniske blikket (9).

#### «NÅR KONSULTASJONEN STARTER HJEMME»

Denne fagartikkelen er skrevet med utgangspunkt i en bacheloroppgave i sykepleie og prosjektet «Når konsultasjonen starter hjemme», et samarbeidsprosjekt mellom Revmatologisk avdeling ved St. Olavs hospital, Sintef og NTNU, hvor flere aspekter ved selvrappotering ved hjelp av GTI ble undersøkt.

Vi gjennomførte en studie som undersøkte sykepleieres oppfatninger av det digitaliserte rapporteringsverktøyet GTI slik det er i bruk nå, og hvilke konsekvenser hjemmerapportering kan ha for pasient-sykepleier-relasjonen (10), mens forskere ved Sintef intervjuet pasienter om hvordan de opplevde selvrappoteringen.

#### METODE

Vi utarbeidet et spørreskjema for å kartlegge sykepleieres erfaringer med GTI. Spørreskjemaet inneholdt en fempunkts Likert-skala med påstander som sykepleierne skulle ta stilling til. Svaralternativene gikk fra «ikke i det hele tatt» til «i svært stor grad».



**RAPPORTERINGSVERKTØY:** Skjermbildet viser utviklingen i sykdomsaktivitet hos leddgiktspasienter, uttrykt blant annet ved blodprøver og ømme og hovne ledd samt tilhørende skårer. Kilde: Cooperating Clinics Committee of the American Rheumatism Association. *Arthritis Rheum* 1965;8:302–34 og Scott DL, Houssien DA. *British Journal of Rheumatology* 1996;35:14–18. GoTreatIT Rheuma

Påstandene omhandlet i hvilken grad sykepleierne mente at hjemmerapportering via GTI kunne bidra til at pasientene ble mer involvert i sin egen behandling, og om pasientene fikk økt sykdomsforståelse.

Sykepleierne skulle også svare på i hvilken grad de mente at GTI ville bidra til å øke kvaliteten på pasientbehandlingen ved avdelingen, om hjemmerapportering i GTI ville styrke kommunikasjonen og relasjonen mellom pasienten og sykepleier eller lege, og om hjemmerapportering i



GTI ville redusere sykepleiers eller leges mulighet til å innhente nødvendig informasjon ved bruk av det kliniske blikket.

### RESULTAT

Blant 26 ansatte sykepleiere ved Revmatologisk avdeling besvarte 15 spørreskjemaet. Flertallet av sykepleierne hadde arbeidet ved avdelingen i mer enn ti år, og 40 prosent av dem oppga at de brukte GTI daglig.

På spørsmål om hvorvidt de opplevde at GTI bidro til at pasientene ble mer involvert i sin egen behandling, svarte ni av femten at det i stor eller svært stor grad bidro til dette. Samtidig svarte bare seks sykepleiere at GTI, i stor eller svært stor grad, bidro til at pasientene fikk økt sykdomsforståelse.

Når det gjaldt kvaliteten på behandlingen, svarte hele ti av femten at GTI bidro til økt kvalitet på behandlingen (se figur 1).

På spørsmål om hvorvidt hjemmerapportering med GTI vil styrke kommunikasjonen og relasjonen mellom pasient og sykepleier, svarte et flertall av respondentene at de i stor eller svært stor grad mente at hjemmerapportering med GTI ville ha denne effekten (se figur 2).

På spørsmål om hjemmerapportering med GTI vil redusere sykepleierens muligheter til å innhente nødvendig informasjon ved bruk av det kliniske blikket, svarte drøyt 20 prosent av respondentene at de i stor eller svært stor grad var enige i dette (figur 3).

Nesten 60 prosent av sykepleierne i undersøkelsen mente at hjemmerapportering med GTI i stor eller svært

### GoTreatIT

GoTreatIT er et norsk utviklet elektronisk støtteverktøy der sykdomsutvikling og behandling av revmatiske sykdommer systematisk registreres over tid.

GoTreatIT Rheuma er den tekniske løsningen som er tatt i bruk ved selvrapportering, og er en del av det elektroniske journalsystemet. Pasientene logger seg inn via en nettportal ved bruk av BankID.

Pasienten vil selv kunne se hvordan sykdommen har utviklet seg, og den grafiske fremstillingen av de ulike målingene kan fungere som et utgangspunkt for samtale mellom pasient og behandler (12).

stor grad ville fremme pasientens autonomi, mens drøyt 70 prosent svarte at de i stor eller svært stor grad trodde at hjemmerapportering ville bidra til økt effektivitet og bedre ressursprioritering ved avdelingen.

### DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å undersøke om pasienters hjemmerapportering med GTI kunne få konsekvenser for pasient-sykepleier-relasjonen, sett fra sykepleieres ståsted. Vil den teknologiske utviklingen innen sykepleie føre til en endring av relasjonen mellom sykepleiere og pasienter?

Bruk av teknologi i helsesektoren er både nødvendig og viktig, men forutsetter at teknologien ivaretar pasientvernet, er kostnadseffektiv og til det

beste for pasienten, og at den avlastet og effektiviserer helsepersonellens tid og ressurser (1).

### Mer involvert i behandlingen

Et viktig funn i denne studien var at 70 prosent av sykepleierne mente at hjemmerapportering i GTI ville bidra til økt effektivitet og bedre ressursprioritering. Tilsvarende studier, som også ser på effektivisering ved bruk av teknologi, finner samsvarende resultater (10, 11). Et liknende prosjekt, kalt Tango, fant også ut at hjemmekonsultasjoner ville bidra til økt ressursutnyttelse og kortere ventetider (11).

Vår studie viser at sykepleiere mener at pasientene blir mer involvert i sin egen behandling, og at de får økt sykdomsforståelse ved å bruke GTI (10). Dette innebærer at sykepleiere opplever at det digitale verktøyet har en nytteverdi for pasientene i form av økt aktivisering og innsikt.

Våre resultater samsvarer med Brager og medarbeideres studie (13), hvor det ble undersøkt hvorvidt kreftpasienter ble mer involvert i konsultasjonene når de brukte dataverktøy som støtte for å kartlegge symptomer og kommunisere med helsepersonell.

I den studien fikk helsepersonellet mer tid til å informere pasientene, noe som resulterte i bedre ressursprioritering, og pasientene rapporterte at de fikk større innflytelse over egen behandling og kontroll over egen situasjon. Pasientene følte seg sett og bedre ivarett, de var bedre forberedt til møtet med lege og sykepleier, og de ga uttrykk for at dataverktøyet medførte økt mestring og større forståelse av og mer kunnskap om sykdommen (13).

### Erstatter ansikt-til-ansikt-kontakt

Selv om teknologi kan være positivt for både pasient og helsevesen (11), antyder Pols (9) en viss bekymring for at

Figur 1. Kvaliteten av pasientbehandlingen



fraværet av sykepleierens kliniske blikk kan gå ut over pasientsikkerheten og føre til mangelfulle opplysninger.

Funnene i vår studie (10) viser at sykepleierne har delte meninger om hvorvidt teknologien vil redusere sykepleiernes mulighet til å innhente informasjon ved bruk av det

### «Det fysiske aspektet i sykepleie-utøvelsen vil forandres hvis teknologien blir en stor del av behandlingen og oppfølgingen.»

kliniske blikket, noe som tyder på at implementering av ny teknologi både har fordeler og ulemper.

Endring av arbeidspraksis tar tid, og overgangen fra å ha oppmøtebaserte møter til at noe av informasjonen nå – og trolig i enda større grad i fremtiden – vil kunne innhentes digitalt fra pasienter, krever at man tar hensyn til både de positive, men også de mer utfordrende aspektene ved denne typen endringer.

Digitalisert kontakt erstatter ansikt-til-ansikt-kontakt mellom sykepleier og pasient. I en digitalisert behandlingsverden er det en viss risiko for at sykepleiernes «varme hender» og nærhet svekkes.

Ifølge Oudshoorn (6) utfordrer den teknologiske utviklingen den direkte kontakten, fordi den kan skape avstand mellom sykepleier og pasient, mens Pols og Moser (8) viser at bruk av teknologi kan gjøre forholdet mellom sykepleier og pasient sterkere.

#### Fremmer pasientens autonomi

Ifølge *Klinisk sykepleie 1* spiller det relasjonelle aspektet i møte med pasienter som lever med kroniske sykdommer, en vesentlig rolle. Pasienter med revmatiske sykdommer krever særskilt psykososial oppfølging fordi de skal lære seg å leve et liv med en kronisk sykdom (4, 14). Derfor er

det viktig at denne gruppen pasienter får tilstrekkelig informasjon og opplæring for selv å kunne ta kontroll over sine egne liv (15).

Den digitaliserte utviklingen krever at pasientene er bemyndiget, noe som også er sentralt i WHO's helsestrategi (16). Vår studie (10) viser at 60 prosent av respondentene mente at GTI ville fremme pasientens autonomi, og at pasientene ble mer involvert i sin egen behandling, et funn som støttes av flere andre studier (11, 17).

Pasienter har ulike behov, og skal ha mulighet til å medvirke i oppfølgingen – ved å starte konsultasjonen hjemme, eller på sykehus.

#### OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Generelt viser funnene fra denne studien at sykepleierne var positive til GTI som verktøy, de anså GTI som nyttig ved konsultasjoner, og de hadde en klar formening om at en hjemmerapporteringsløsning vil føre til økt effek-

### «Sykepleiere opplever at det digitale verktøyet har en nytteverdi for pasientene i form av økt aktivisering og innsikt.»

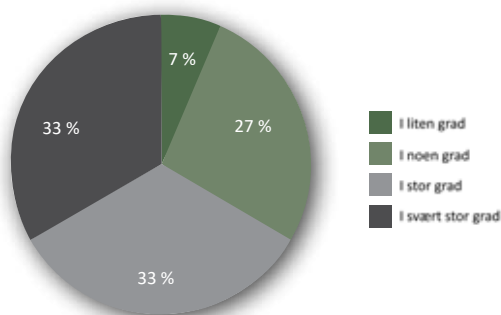
tivisering, bedre ressursprioritering og økt kvalitet på behandlingen.

Majoriteten av sykepleierne mente også at GTI som hjemmerapporteringsverktøy vil fremme pasientens autonomi, og det var bred enighet om at pasientene ville bli mer involvert i sin egen behandling ved bruk av et slikt verktøy.

Basert på våre resultater er de praktiske og kliniske konsekvensene av denne studien at sykepleiere både bør stille kritiske spørsmål til innføring av ny teknologi og være

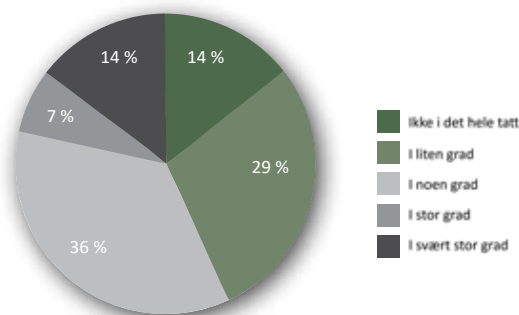
Figur 2. Kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sykepleier/lege

Jeg tror hjemmerapporteringen i GTI vil styrke kommunikasjonen og relasjonen mellom pasient og sykepleier/lege



Figur 3. Innhenting av nødvendig informasjon via det kliniske blikket

Jeg tror hjemmerapporteringen i GTI vil redusere sykepleiers/leges mulighet til å innhente nødvendig informasjon via det kliniske blikket



» bevisst på utfordringene den teknologiske utviklingen kan ha for pasient-sykepleier-relasjonen, men også være åpne for nye og innovative måter å utøve sykepleie på i fremtiden.

**«I en digitalisert behandlingsverden er det en viss risiko for at sykepleierne 'varme hender' og nærhet svekkes.»**

Siden studien undersøkte sykepleierne oppfatninger, ville det være interessant å utforske hvilke erfaringer pasientene har med innføring av teknologiske løsninger i helsetjenesten. ●

**REFERANSER**

1. Høie B. Helseteknologi for bedre og tryggere tjenester [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 03.02.2014 [siteret 24.07.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helseteknologi-for-bedre-og-tryggere-tje/id750336/>
2. Meld. St. nr. 9 (2012–2013). En innbygger – én journal: digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
3. Kalstad VH. Fra passiv pasient til aktiv medspiller. Sykepleien. 2010;98:57–9.
4. Grønning K, Lomundal B, Koksвик HS, Steinsbekk A. Coping with arthritis is experienced as a dynamic balancing process. A qualitative study. Clin Rheumatol. 2011 november;30(11):1425–32.
5. Malone RE. Distal nursing. Soc Sci Med. 2003 juni;56(11):2317–26.
6. Oudshoorn N. Physical and digital proximity: emerging ways of health care in face-to-face and telemonitoring of heart-failure patients. Sociol Health Illn. 2009 april;31(3):390–405.
7. Oudshoorn N. How places matter: telecare technologies and the changing spatial dimensions of healthcare. Soc Stud Sci. 2012 februar;42(1):121–42.
8. Pals J, Moser I. Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies. Alter – European Journal of Disability Research, Revue européenne de recherche sur le handicap. 2009;3(2):159–78.
9. Pals J. Care at a distance: on the closeness of technology. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2012.
10. Resell MJ. Teknologi og menneskelige møter – ja takk begge deler! (Bacheloroppgave.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2018. Tilgjengelig fra: [http://hdl.handle.net/11250/2571000\(nedlastet 19.05.2019\)](http://hdl.handle.net/11250/2571000(nedlastet 19.05.2019)).
11. Borosund E, Ruland CM, Moore S, Ekstedt M. Nurses' experiences of using an interactive tailored patient assessment tool one year past implementation. International Journal of Medical Informatics. 2014;83(7):e23–e34.
12. Diakonhjemmet Sykehus. Innovasjonsmidler til nyskapende prosjekt [Internett]. Oslo: REVMAbloggen Diakonhjemmet Sykehus; 18.10.2017 [siteret 24.07.2019]. Tilgjengelig fra: <https://revmabloggen.com/2017/10/18/innovasjonsmidler-til-nyskapende-prosjekt/>
13. Brager A, Riddervold HM, Stokke K, Myhre LS, Sandbæk H, Ruland C. Bedre kommunikasjon med kreftpasienter. Sykepleien. 2008;96(15):64–7.
14. Stubberud DG, Grønseth R, Almås H, red. Klinisk sykepleie 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
15. Grønning K. Patient education and chronic inflammatory polyarthritis – coping and effect. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Institutt for samfunnsmedisin; 2012.
16. WHO. Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. København: WHO; 2013. Tilgjengelig fra: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1\(nedlastet 24.07.2019\)](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1(nedlastet 24.07.2019)).
17. Risling T, Martinez J, Young J, Thorp-Frosli E. Evaluating patient empowerment in association with eHealth technology: scoping review. J Med Internet Res. 2017 september;19(9):e329.



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

**FAGARTIKKEL:**  
Digital selvrapportering kan gjøre pasienten mer involvert i behandlingen

Derfor skrev jeg denne artikkelen



**Kjersti Grønning**

Førsteamanuensis, NTNU og fagutviklingsykepleier, St. Olavs hospital

Jeg skrev artikkelen sammen med sykepleier Marit Johanne Resell og sykepleier og forskningsleder ved Sintef Anita Das. Årsaken var at avstandsoppfølging av pasienter med kroniske sykdommer er et viktig supplement til den tradisjonelle oppfølgingen helsevesenet har hatt av pasienter med kronisk sykdom. Sykepleiere har en viktig rolle når det gjelder avstandsoppfølging av pasienter med kronisk sykdom, blant annet ved å sikre at pasientene har tilstrekkelig informasjon og opplæring slik at de vet hva og hvordan de skal rapportere. Pasientene må kjenne sykdommen sin godt, og de må ha lært seg å kjenne hvordan den medikamentelle behandlingen virker på dem.

Sykepleiere som jobber med pasienter som har en kronisk sykdom, må involvere seg i utviklingen av teknologier slik at systemene også ivaretar pasientenes behov for rapportering om «hvordan det går», for eksempel mestring, velvære og brukermedvirkning.

Jeg er fremdeles opptatt av selvrapportering og avstandsoppfølging. Revmatologisk avdeling ved St. Olavs hospital fikk nylig tildelt innovasjonsmidler fra Helse Midt-Norge, der målet vårt er å utvikle en regional tjenestemodell for å følge opp personer med livslang revmatisk sykdom fra hjemmet, i samarbeid med avdelinger ved St. Olavs hospital, Ålesund sykehus og Levanger sykehus. ●

**m<sup>D</sup>**

## Hvorfor er vi så opptatt av hva det koster per kvadratmeter?



Vi burde bli mer opptatt av hva man får når man deler kvadratmeter med andre. Regnestykket ser nemlig annerledes ut. Det er billigere – både for deg og for planeten. I Fyrstikkbakken 14 regner vi i **Delemeter (m<sup>D</sup>)** - kvadratmeter du eier sammen med naboene. Flere gjesterom, hjemmekontor, sauna på taket og sykkelverksted er bare noen av godene.

Les mer på [Fyrstikkbakken14.no](https://fyrstikkbakken14.no)



**Fyrstikk  
bakken 14**

Man får mer sammen.

**HOVEDBUDSKAP:**

Vi introduserer metoden fortolkende beskrivelse, som vi mener sykepleiere og andre helsefaglige forskere kan benytte hvis de ønsker en praksisrettet kvalitativ forskningstilnærming. Ved å bruke fortolkende beskrivelse kan forskerne utvikle anvendbar kunnskap som er tilpasset vår komplekse og kliniske hverdag. Metoden tar utgangspunkt i helsefaglig praksis. Den imøtekommer et behov som ikke dekkes av mer teoretiserende og akademiske kvalitative metoder fra fagtradisjonene filosofi, sosiologi og antropologi.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.80364

**NØKKELOD:**

► Forskning ► Kvalitativ studie ► Metode ► Akademikerne ► Interpretive description ► Fortolkende beskrivelse

# Fortolkende beskrivelse er en egnet metode for sykepleiere og forskere

Forskningsmetoden tar utgangspunkt i helsepersonells nærhet til praksis og orientering mot pasienten. Formålet er å utvikle klinisk anvendbar kunnskap.

I denne artikkelen introduserer vi *fortolkende beskrivelse*, oversatt fra engelsk *interpretive description* (1), som en hensiktsmessig kvalitativ metode for medisinsk og helsefaglig forskning.

Metoden er utviklet av den kanadiske professoren i sykepleievitenskap, Sally Thorne og hennes medarbeidere (2–5), og tar først og fremst utgangspunkt i og anerkjenner at helsefagene er anvendte disipliner, og ikke teoretiserende av natur.

## FORSKNINGSPROSESSEN OG -SPØRSMÅL

Fortolkende beskrivelse henter inspirasjon fra ulike tradisjoner og tillater å bruke de analysemetodene forskeren vurderer som hensiktsmessige for å kunne besvare forskningsspørsmålet. Metoden blir derfor betegnet som pragmatisk og ikke-kategorisk.

I fortolkende beskrivelse utvikles metoden i et dynamisk samspill mellom forskeren og forskningsprosessen, der metoden tilpasses forskningen, og ikke omvendt. Samtidig respekteres grunntrekkene i ulike tradisjoner, og metoden er sterkt inspirert av fenomenologi og *grounded theory*.

Hvis forskeren skal benytte fortolkende beskrivelse, bør problemstillingen være praksisbasert og egnet til å ekspandere og utfordre eksisterende kunnskap.

Eksempler på forskningsspørsmål kan være følgende: «Hvilke erfaringer har slagpasienter med rehabilitering i eget hjem?» (6) eller «Hvilke psykososiale konsekvenser har

### FORFATTERE



**Janice Andersen**  
Genetisk veileder, Nasjonalt kompetansesenter for porfyri sykdommer, Avdeling for medisinsk biokjemi og farmakologi, Haukeland universitetssjukehus



**Tina Taule**  
Ergoterapispesialist og forskings- og fagutviklingsleder, Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus

prediktiv gentesting for akutt intermitterende porfyri (AIP) hos mindreårige?» (7)

## VALG AV DELTAKERE

For at et forskningsspørsmål skal kunne bli besvart ved å bruke fortolkende beskrivelse, bør datamaterialet være rikt og variert, men det er også viktig å begrense antallet deltakere for å kunne håndtere bearbeidningen av dataene.

Det finnes ingen objektive kriterier for størrelsen på utvalget, og det anbefales at forskeren holder muligheten åpen for å utvide utvalget hvis det blir nødvendig.

I fortolkende beskrivelse anses ikke begrepet «metning» som et mål, eller som noe det er mulig å oppnå. Funnene skal ikke dekke hele spekteret av potensielt tilgjengelige fenomener, men presentere vesentlige erfaringer om temaet forskeren vil belyse.

Utvalget kan være *strategisk*, det vil si at forskeren velger deltakere med spesielle kjennetegn eller erfaringer som kan ha betydning for det forskeren ønsker å undersøke. I studien som undersøkte erfaringer med rehabilitering i hjemmet, intervjuet forskerne personer som selv hadde fått slik rehabilitering.

Forskerne kunne også ha valgt å intervjuv pårørende eller behandlere, og sannsynligvis fått annerledes, men nyttig informasjon. Alternativt kunne de også brukt et teoretisk generert utvalg.

Begrepet stammer fra *grounded theory* og innebærer at forskeren etter å ha oppdaget «mønstre» eller kategorier



**PRAGMATISK:** Fortolkende beskrivelse henter inspirasjon fra ulike tradisjoner. Problemstillingen bør være praksisbasert og egnet til å ekspandere og utfordre eksisterende kunnskap. Illustrasjon: Hilde Rebård Evensen

forfølger disse kategoriene ved å lete etter spesielle caser som kan belyse kategoriene ytterligere.

Hvis det for eksempel i prosjektet med hjemmehabilitering kom frem at en gruppe deltakere ikke hadde gode erfaringer, kunne forskerne aktivt prøvd å finne aktuelle kilder som kunne belyse det.

#### VALG AV METODE FOR DATAINNSAMLING

Aktuelle datasamlingsmetoder hvis man bruker fortolkende beskrivelse, er for eksempel intervju, deltakende observasjon eller dokumentanalyse, og datainnsamlingsmetodene kan gjerne trianguleres (5).

Stadig flere helsefaglige forskningsprosjekter benytter også *mixed methods* blant annet for å fremme samarbeid på tvers av fagfelter. Fortolkende beskrivelse anerkjenner bruk av både subjektiv og objektiv kunnskap og kan derfor være en spesielt egnet metode for prosjekter som benytter *mixed methods* (5. s. 49).

#### ANALYSEPROSESSEN I FORTOLKENDE BESKRIVELSE

Fortolkende beskrivelse tilbyr ikke et sett med ferdige analysetrinn som forskeren kan følge i analyseprosessen, men henviser til anerkjente metoder som den uerfarne (eller erfarne) forskeren kan støtte seg til. Selv har vi god erfaring med å bruke systematisk tekstkondensering (8) i analyseprosessen (6, 9, 10).

#### Kvalitativ analyse er en kreativ prosess

Ingen analysemetoder bør imidlertid benyttes ukritisk av forskeren fordi det da er fare for at oppmerksomhet på teknikk overskygger den kreative prosessen, slik at forskeren sitter igjen med tomme og meningsløse kategorier (5, s. 170).

Skal vi lykkes med å skape relevante og anvendbare forskningsresultater, trenger vi noe mer enn kvalitativ beskrivelse, ifølge Thorne (3). Fortolkende beskrivelse har derfor eksplisitt oppmerksomhet på det fortolkende aspektet, og målet er konseptualisering (begrepsdannelse) av fenomener og forståelse av meningsinnhold (5).

Selv om fortolkende beskrivelse ikke er en metodisk oppskrift, er det noen elementer i analyseprosessen som Thorne vektlegger og anbefaler: Datasamling og analyse gjøres fortløpende, slik at de gjensidig kan påvirke hverandre, såkalt konstant komparativ metode (1, 11).

Helhetsperspektiv og dybdeforståelse er viktig, og forskeren bør derfor unngå for detaljert eller tidlig koding.

#### «Ingen analysemetoder bør benyttes ukritisk av forskeren.»

Kreativitet er vesentlig, men forskeren må gjøre rede for og anerkjenne sin *tolkende autoritet*.

Med det mener Thorne at kvalitativ forskning alltid inneholder et element av tolkning, samtidig som leseren trenger å vite at forskerens tolkninger er troverdige. Det er derfor viktig å gi tilstrekkelig informasjon om grunnlaget og bakgrunnen for de tolkningene som gjøres.

#### Forforståelsen må tydeliggjøres og utfordres

I tillegg må forskerens bakgrunn, forforståelse og perspektiv presenteres. Det å tilsidesette egen forforståelse, såkalt *bracketing*, som er et viktig element i fenomenologi, er derfor ikke et ideal i fortolkende beskrivelse (5).

Thorne (5) advarer mot en prematur avslutning av analysen fordi det kan forhindre en full utforskning av dataene. Hvis funnene passer for godt til forskerens antakelser,

skylde det sannsynligvis en bekreftelse av forskerens forståelse og ikke ny kunnskap, såkalt *over-inscription of self* (5, s. 196), noe som er problematisk i all kvalitativ forskning.

### Tolkning av observasjoner som forekommer ofte

Et annet punkt Thorne advarer mot, er å feiltolke frekvens. Selv om noe opptrer hyppig, er ikke det ensbetydende med relevans eller viktighet. For eksempel kan det hende at alle deltakerne i en fokusgruppe går med jeans, men vi vil aldri anta at å gå med jeans har noen betydning for funnene i studien.

På samme måte skal forskeren være forsiktig med å anta at en observasjon eller hendelse opptrer oftere enn den gjør.

### HVILKE FUNN SKAL VEKTLLEGES?

Studiens hensikt og målgruppe har betydning for hvordan resultatene presenteres. Hvilke funn som vektlegges, kan derfor være styrt av hvem som er motakerne av forskningen.

I en fokusgruppetudie som utforsket erfaringene til personer med en sjelden sykdom, porphyria cutanea tarda (PCT) (9), kom det frem at kløe var et stort problem for flere av deltakerne. Kløen var ikke et symptom som ble nevnt i tidligere litteratur, og forskerne kunne heller ikke trekke noen konklusjon om at kløen skyldtes PCT.

Like fullt ble problemet med kløe et viktig funn som ble oppfattet som interessant for fagmiljøet. Funnet bidro senere til at et spørreskjema ble endret for å fange opp mer informasjon om kløe hos pasientgruppen.

I annen kvalitativ forskning ville kanskje ikke dette temaet blitt betraktet som et spesielt spennende funn, og i et fenomenologisk prosjekt ville kanskje kløe som *fenomen* vært interessant å utforske. Her ble imidlertid fagmiljøet som målgruppe viktig for at nettopp kløe ble et av hovedfunnene.

### FORSKNINGENS TROVERDIGHET

Hva som bidrar til en troverdig håndtering av feil og mangler som forskeren selv eller metoden påfører forskningsresultatene, vil alltid være en viktig diskusjon. Generelle og overordnede kvalitetskrav, akseptert på tvers av ulike kvalitative tilnærminger, gjelder også for fortolkende beskrivelse og er nøye beskrevet av Thorne (5).

Et av spenningsfeltene i den kvalitative debatten er avveiningen mellom å rendyrke og forholde seg strengt til én metodisk tilnærming (epistemologisk purisme), eller om forskeren

### Ordliste

**Bias:** I forskning: når resultater eller slutninger systematisk avviker fra det egentlig rette. Bias kan oppstå på grunn av feil eller uøyaktigheter ved utvalg, undersøkelsesobjekter, valg av undersøkelsesmetode eller vurdering av resultater.

**Eklektisk:** Her: å blande elementer fra ulike teoretiske retninger for å skape nye løsninger.

**Epistemologi:** Erkjennelsesteori – læren om kunnskap og innsikt.

**Etnografi:** En helhetlig beskrivelse av sosiale og kulturelle prosesser gjennom nærstudier av sosialt liv, gjerne kalt deltakende observasjon.

**Fenomenologi:** Et begrep som vanligvis referer til en filosofisk tradisjon med utspring i Edmund Husserls filosofi og metode. I enkelte kontekster brukes det også i en videre forstand til å referere til de kvalitative eller fenomenale aspektene ved vår erfaring generelt.

**Grounded theory:** Forskningsmetode innen sosiologi og psykologi, der man starter med «blanke ark» i et forsøk på å utvikle en teori ut fra et datasett.

*Kilde: Store norske leksikon*

kan mikse og låne der det er nødvendig (epistemologisk plurisme) (13).

### Bruk av såkalte gullstandarder garanterer ikke kvalitet

Fortolkende beskrivelse oppfordrer til det sistnevnte og har en såkalt eklektisk tilnærming og plasserer seg slik langt ute på den pluralistiske siden. Pragmatisme og metodens anvendbarhet for det aktuelle forskningsspørsmålet er derfor viktigere for forskningens kvalitet enn å imøtekomme krav satt av såkalte gullstandarder (5).

Hvilke svakheter som bør trekkes frem i den enkelte studien, avhenger av det aktuelle forskningsspørsmålet, studiens formål og valgt metode. Når troverdighet i en fortolkende, beskrivende studie evalueres, må derfor leserens oppmerksomhet være på situasjonen heller enn på filosofisk tradisjon.

Fortolkende beskrivelse håndterer individuelle og faglige skjevheter (bias) ved å bruke dialog og transparente refleksjoner, slik at leseren selv kan følge forskerens beslutningsprosesser og vurdere om aktuelle avgjørelser har sitt utspring fra data eller ikke.

### Forskningen må være relevant for praksisfeltet

At helsefagene ikke er akademiske disipliner i utgangspunktet, gir også spesielle utfordringer når det gjelder validitet. Fordi forskning basert på fortolkende beskrivelse søker å endre praksis, innebærer det spesifikke kredibilitetskriterier som Thorne kaller «moralsk forsvarlighet», «disiplinær relevans» og «pragmatisk obligasjon».

Med de nevnte kredibilitetskriteriene mener Thorne at vi må kunne forsvare at den kunnskapen vi henter, er nødvendig og nyttig for dem som studeres, at den er relevant

«Selv om noe opptrer hyppig, er ikke det ensbetydende med relevans eller viktighet.»

for fagfeltet, og ikke minst at forskeren alltid må ha i bakholdet at kunnskapen som kommer frem, kan bli brukt i praksis (5, s. 236–7, 14).

Det må altså gjøres en grundig avveining av hvorfor forskningen er viktig, og hvordan forskningsresultatet kan komme både pasienten og fagfeltet til gode. På bakgrunn av slike spesielle utfordringer har helsefaglig kvalitativ forskning blitt foreslått som en egen under-disiplin innen kvalitativ forskning generelt (15).

Fortolkende beskrivelse er ikke en «snarvei» til kvalitativ



metode gjennom anarkistisk bruk av ulike genrer. Den er heller utfordrende, fordi den krever at alle steg og valg i forskningsprosessen er gjort rede for, basert på intern logikk og sammenheng mellom problemstilling, utvalg, data-samling, analyse og presentasjon av resultatet (12).

### TEORIENS PLASS I FORTOLKENDE BESKRIVELSE

Fortolkende beskrivelse tar utgangspunkt i helsepersonells nærhet til praksis og orientering mot pasienten. Møtet mellom pasienten og helsearbeideren vil alltid være praktisk og konkret, og innholdet formes av tid, sted og dem som befinner seg i situasjonen.

### Helsefagene er i utgangspunktet ikke akademiske disipliner

Denne anerkjennelsen av at helsefagene er anvendte disipliner og ikke akademiske og teoretiserende av natur, er kanskje et av de viktigste skillene mellom fortolkende beskrivelse og de mer kjente kvalitative tilnærmingene som etnografi, *grounded theory* og fenomenologi.

Disse vitenskapsteoretiske retningene ble utviklet i akademiske tradisjoner som sosiologi, filosofi og sosialantropologi, tradisjoner der det har vært nødvendig å signalisere klart

hvilken teoretisk diskusjon forskeren henvendte seg til.

Denne akademiske tradisjonen har medført en konvensjon om at all anerkjent kvalitativ forskning trenger en eksplisitt teoretisk forankring.

### Et kunstig krav om teoretisk posisjonering

Resultatet er at en del forskere innen helsefaglig forskning har anvendt lite hensiktsmessige og «hule» forsøk på å imøtegå «kravet» om teoretisk posisjonering, eller at kravet til teo-

«Teoretisering i seg selv vil aldri være et mål når man bruker fortolkende beskrivelse.»

riforståelse har overskygget utviklingen av kunnskap som er anvendelig for helsefagene, som jo er vårt hovedanliggende.

Thorne mener derimot at en profesjon som for eksempel sykepleie og kunnskapen de bygger sin kliniske forståelse på, altså disiplinær tenkning, kan være et tilstrekkelig teoretisk grunnlag også for forskning.

Derfor trenger man ikke å tolke data gjennom andre mer eksplisitte teorier i anvendte fag som for eksempel sykepleie (16). På bakgrunn av dette har Thorne

ANNONSE

Babyer har det best med brystmelk

Vi trenger alle litt hjelp iblant...  
Vi er der gjennom hele ammereisen



#### 2in1 Electric & Manual Breast Pump

- Veksle mellom elektrisk og manuell brystpumpe med to enkle trinn
- Ekstra myk trakt – passer alle bryststørrelser
- Oppladbart batteri – holder i inntil 5 timer
- Alle deler (ikke slange og display) kan steriliseres
- Pump direkte i MAMs tåteflaske eller oppbevaringsboks for brystmelk



@mambabyNO



mambaby.com/no/babytalk



@mambaby\_nordic

omtalt fortolkende beskrivelse som «grunnleggende ateoretisk».

### **Teoridanning er ikke et mål i fortolkende beskrivelse**

Imidlertid er det omdiskutert at for eksempel sykepleie i seg selv kan forstås som teori (17). Det som er klart, er at teoretisering i seg selv aldri vil være et mål når man bruker fortolkende beskrivelse.

Satt på spissen kan vi si at der teoretisering er tenkt som et mål i seg selv i samfunnsvitenskapene, er teori for kliniker et middel for å kunne forstå enkeltindividet, klienten eller pasienten (5, s. 27).

Tanken om at en metode kan være «ateoretisk», er imidlertid problematisk, fordi all (kvalitativ) forskning er basert på fundamentale ideer og strukturer, såkalt forforståelse (16).

Thorne foreslår derfor at kunnskapsgrunlaget i en profesjon anses som teori fordi det påvirker hva vi ønsker å observere, hva vi ser når vi observerer, og hvordan vi oppfatter og forstår observasjonene (5, s. 74).

Kunnskapen som forskeren bringer inn i prosjektet, og problemets natur stammer fra ideer og strukturer som også har teoretiske elementer i seg. Forskning, som har til hensikt å influere praksis, er ikke tjent med å la seg dominere eller styre av underliggende teoretiske rammeverk, fordi forskeren risikerer bare å bekrefte det som allerede er kjent.

Fortolkende beskrivelse forutsetter derfor at forskeren synliggjør, utfordrer og raffinerer sin forforståelse og vurderer alternative tolkninger aktivt. Underveis i analyseprosessen kan imidlertid bruk av teori, i den hensikt å utvikle en dypere forståelse av det empiriske materialet, være hensiktsmessig (5).

Teori anvendt som en «boksåpner» (18) kan gi verdifull tilgang til forskningsfeltet og forskningsresultatene samt heve resultatene ut over det naivt empiristiske.

Teori forstås altså på flere måter, som disiplinær tenkning, som forforståelse, og som den mer klassiske bruken av begrepet, der en teori er eksplisitt og navngitt. Å kalle fortolkende beskrivelse «grunnleggende ateoretisk» er imidlertid etter vår mening upresist.

### **HVA ER ULIKT ANNEN KVALITATIV FORSKNING?**

Fortolkende beskrivelse er ikke en metode som hevder å være revolusjonerende ny, men den bringer likevel noe nytt og essensielt til det kvalitative forskningsfeltet.

Renate hevder i sin artikkel at ved ikke å følge en bestemt filosofisk eller akademisk tradisjon sorterer fortolkende beskrivelse under forskningsgenren generiske kvalitative metoder (19).

Selve analyseprosessen behøver ikke være nevneverdig forskjellig fra andre metoder, og de grunnleggende kvalitetskriteriene vil være de samme. Så hva er det da som skiller fortolkende beskrivelse fra andre kvalitative tilnærminger?

### **Det er lov å bryte genre**

Ved fortolkende beskrivelse er det blant annet en klar presisering av at forskeren ikke nødvendigvis kommer frem

til gode forskningsresultater gjennom å følge rigide metodologiske regler utviklet i andre forskningstradisjoner enn den helsefaglige.

Snarere tvert imot, ved å anerkjenne de kreative prosessene i kvalitativ forskning og benytte en pragmatisk tilnærming gjennom å låne der det er hensiktsmessig, trenger ikke forskeren være redd for å bryte genre.

Forskjellene mellom fortolkende beskrivelse og de større kvalitative forskningstradisjonene tydeliggjøres best når vi sammenlikner målsetting og intensjon.

### **Formålet er anvendbar kunnskap**

Der formålet med fortolkende beskrivelse er å utvikle klinisk anvendbar kunnskap, søker etnografi å forstå menneskets universelle natur ved å sette søkelyset på variasjoner slik de fremstår innen en gitt kultur.

Det har vært hevdet at fortolkende beskrivelse ikke bringer noe nytt til forskningsfeltet, men heller er en del av en «grounded theory-bevegelse» (20).

Ambisjonen med *grounded theory* er imidlertid å utvikle nye teorier på bakgrunn av sosiale prosesser og menneske-

### **«Forskeren kan ved å bruke fortolkende beskrivelse også utnytte ekspertkunnskap og egne holdninger i kunnskapsutviklingen.»**

lig handling. Søkelyset i fortolkende beskrivelse rettes, som i *grounded theory*, mot menneskelig handling utført i svar med og på bakgrunn av en tolkning av omgivelsene.

Men der *grounded theory* har en teoridannende målsetting, er fortolkende beskrivelse tydelig på at teoretisering ikke er en målsetting.

Ved bruk av fenomenologi søkes essensen i levd erfaring, gjennom å sette til side sin egen forforståelse (*bracketing*), mens forskeren ved å bruke fortolkende beskrivelse også kan utnytte ekspertkunnskap og egne holdninger i kunnskapsutviklingen (1).

Forskeren velger da design og utvalg på bakgrunn av tidligere kunnskap og anerkjenner både teoretisk og klinisk kjennskap til feltet, samtidig som han eller hun ikke skal la denne kunnskapen «overvelde dataene» (3).

Fortolkende beskrivelse skiller seg også fra kvalitativ beskrivelse ved at den antar at helsearbeidere ikke nøyer seg med rene beskrivelser, men alltid vil søke mening og forklaring (3).

Vi gir her en svært forenklet beskrivelse av store metodologiske retninger, men peker også på at det ikke bør være nødvendig for den helsefaglige forskeren å sette seg inn i de store og dype metodologiske diskusjonene innen de tradisjonelle feltene for å kunne bidra med kvalitativ forskning av høy kvalitet.

Terskelen for å begi seg ut på et fenomenologisk prosjekt eller *grounded theory*-prosjekt kan være høy for forskere som ikke har sin grunnutdanning innen akademiske disipliner.

Ifølge Sandelowski bør helsefaglige forskere vie mindre oppmerksomhet på forskningens filosofiske forutsetninger, og heller øke oppmerksomheten på empiri, resultat og

kliniske implikasjoner. Slik kan den helsefaglige forskeren bidra med sin unike kompetanse og utføre forskning som er relevant, praksisnær og anvendbar (2).

### KONKLUSJON

Gjennom å presentere og diskutere grunnleggende kjennetegn ved fortolkende beskrivelse håper vi forskere som ønsker en praksisrettet vinkling på sine kvalitative prosjekter eller *mixed methods*-prosjekter har fått et innblikk i det vi mener er en hensiktsmessig og relevant forskningstilnærming.

Fortolkende beskrivelse har sitt epistemologiske ståsted i helsefaglig praksis, men anerkjenner samtidige teoriens plass for å utvikle dybdeforståelse av fenomener.

Derfor møter fortolkende beskrivelse et behov som ikke dekkes av mer teoretiserende og akademiske kvalitative metoder, med utspring i fagtradisjoner som filosofi, sosiologi eller antropologi. ●

### REFERANSER

1. Lomborg K, Ankersen L. Fortolkende beskrivelse. *Klinisk Sygepleje*. 2010;24(1):7–15.
2. Thorne S. *Interpretive description*. California: Left Coast Press; 2008.
3. Thorne S, Kirkham S, O'Flynn-Magee K. The analytic challenge in interpretive description. *IJQM*. 2004;3(1):1–11.
4. Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J. Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Res Nurs Health*. 1997;20(2):169–77.
5. Thorne S. *Interpretive description*. 2. utg. California: Left Coast Press; 2016.
6. Taule T, Strand LI, Skouen JS, Råheim M. Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation. *Scand J Caring Sci*. 2015;29(4):651–61.
7. Andersen J, Sandberg S, Raaheim M, Gjengedal E. Psychosocial aspects of predictive genetic testing for acute intermittent porphyria in Norwegian minors. *JIMD Rep*. 2011;1:1–7.



8. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012;40(8):795–805.
9. Andersen J, Gjengedal E, Sandberg S, Råheim M. A skin disease, a blood disease or something in between? An exploratory focus group study of patients' experiences with porphyria cutanea tarda. *Br J Dermatol*. 2015;172(1):223–9.
10. Taule T, Råheim M. Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6–8 months after mild stroke. *Disabil Rehabil*. 2014;36(25):2107–19.
11. Thorne S. Data analysis in qualitative research. *Evidence Based Nursing*. 2000;3(3):68–70.
12. Hunt MR. Strengths and challenges in the use of interpretive description: reflections arising from a study of the moral experience of health professionals in humanitarian work. *Qual Health Res*. 2009;19(9):1284–92.
13. Whittemore R, Chase SK, Mandle CL. Validity in qualitative research. *Qual Health Res*. 2001;11(4):522–37.
14. Hunt MR. Book review: Sally Thorne interpretive description. *Qual Health Res*. 2011;21(2):292–4.
15. Morse JM. How different is qualitative health research from qualitative research? Do we have a subdiscipline? *Qual Health Res*. 2010;20(11):1459–64.
16. Thorne S. The science and art of theoretical location. *Evid Based Nurs*. 2014;17(2):31.
17. Malterud K. Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scand J Public Health*. 2016;44(2):120–9.
18. Høyer K. Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? I: Vallgård S, Koch L, red. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard; 2012. s. 17–41.
19. Renate MK. Generic qualitative approaches: pitfalls and benefits of methodological mixology. *International Journal of Qualitative Methods*. 2014;13(1):37–52.
20. Berteró C. Developing qualitative methods – or «same old wine in a new bottle». *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2015;10(1):27679.



### ANNONSE



## Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholt's stiftelse

- Fagutvikling og forskning innen hjerte-, blinde- og kreftsaken

### FORSKNINGSSTIPEND

Raagholtstiftelsen vil i år foreta utdeling av stipendier til stiftelsens formål. I år prioriteres fagutvikling og forskning innen blinde- og kreftsaken.

Alle søknader skal sendes elektronisk med vedlegg i Word-format til Advokat Finn Kohmann, [post@finn-senioradvokat.no](mailto:post@finn-senioradvokat.no) - innen 01.10.2020.

Se [www.raagholtstiftelsen.no](http://www.raagholtstiftelsen.no) for nærmere opplysninger om formål, krav til søknad, dokumentasjon av forskningsprosjekt etc.



**HOVEDBUDSKAP:**

Praksisveiledere møter mange utfordrende veiledningsoppgaver i praksisstudiene med sykepleierstudenter. Samarbeidsmøtene kan bidra til å forberede praksisveilederne på veiledningsoppgavene. Samarbeidsmøter gir mulighet til å reflektere over egen veiledning, få innspill fra andre veiledere og kontaktlærere. Veiledning på egne konkrete situasjoner og tilbakemelding på egen fungering gjorde praksisveilederne bedre forberedt til å utføre oppgaven som veiledere.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.78356

**NØKKELOD:**

► Hjemmesykepleie ► Praksisveiledning ► Praksisveiledere ► Samarbeidsmøter

# Slik kan samarbeidet bli bedre mellom høyskole og praksissted

Samarbeidsmøter mellom lærere, praksisveiledere og ledere gjør sykepleiere bedre forberedt på hvordan de skal veilede studenter.

**H**alvparten av sykepleierutdanningen består av praksisstudier (1). Praksisveiledere og kontaktlærere har derfor et stort ansvar for å utdanne sykepleiere gjennom praksisstudiene. Praksisveilederne savner tettere samarbeid og oppfølging fra lærerne ved høyskolen (2, 3), og praksisveiledere uten formell veilederkompetanse har behov for mer støtte fra både lærere, kolleger og ledelse (4).

Å styrke praksisveiledernes veiledningskompetanse gjennom samarbeidet mellom høyskolen og praksisstedet har en sterkere føring i sentrale dokumenter enn tidligere (1, 5–8).

Praksisstudier som foregår i autentiske yrkessituasjoner under veiledning av personer med relevant yrkesutdanning og yrkespraksis, har alltid vært en sentral og obligatorisk del av sykepleierutdanningen (8). Likevel har kvalitetssikringen av samarbeid, struktur, veiledning og finansiering i veiledet praksis vært en utfordring i mange år (8). Mindre oppfølging fra kontaktlærere, færre møter mellom praksisveileder, student og kontaktlærer, og at kontaktlærer er til stede ved sluttevalueringen bare ved behov, er eksempler på dette.

Dersom praksisveiledere skal stimulere studenter til å bli reflekterte yrkesutøvere, må de ha kunnskap om læring i praksis, kjenne til ulike veiledningsmodeller og kunne benytte disse for å stimulere studentens læringsprosess (9, 10). Studenter må få hjelp til å reflektere over og fortelle om sine praksiserfaringer for å utvikle erfaringskunnskap (11). Handlings- og refleksjonsmodellen kan bidra til utvikling av praksisteori (PYT),

**FORFATTERE**



**Inger Tjøstolsen**  
Førstelektor, Avdeling for helse- og velferdslag, Høgskolen i Østfold



**Eva Bjørg Antonsen**  
Førstelektor og psykiatrisk sykepleier, Avdeling for helse- og velferdslag, Høgskolen i Østfold



**Ingrid Femdal**  
Stipendiat, Avdeling for helse- og velferdslag, Høgskolen i Østfold

som er personlig utformet teori dannet på basis av erfaringer, litteratur og den enkeltes verdisyn som påvirker handlingene (12).

Mester-svennlæring kan bidra til praktisk og kontekstuell kunnskap ved at erfaringslæring blir vektlagt i et sosialt fellesskap (13). Utdanningsinstitusjonene har ansvar for å tilby praksisveiledere støtte og veiledning (5, 6) i arbeidet med å utdanne reflekterte sykepleiere. I denne studien ble praksisveilederne invitert til å delta på ordinær praksisoppfølging, som her består av møter mellom lærer,

praksisveileder og student i planleggingsamtale, midtveisvurdering og eventuelt avsluttende vurdering. I tillegg fikk de tilbud om å delta på samarbeidsmøter.

**HENSIKTEN MED STUDIEN**

Studiens hensikt er å beskrive deltakernes erfaringer med samarbeidsmøter. Studiens problemstilling er: Kan praksisveiledernes erfaringer fra samarbeidsmøtene gjøre dem mer forberedt til veiledningsoppgavene i praksisoppfølgingen?

**METODE**

Studien har et kvalitativt deskriptivt design som bygger på et fokusgruppeintervju (14–17).

Det ble gjennomført to samarbeidsmøter i tillegg til den ordinære praksisoppfølgingen ved utdanningen.

Det ene samarbeidsmøtet ble gjennomført før og det andre midtveis i praksisstudiet. Begge varte halvannen time.



**SNAKKER SAMMEN:** På samarbeidsmøtene får praksisveilederen tilbakemelding på jobben hun gjør. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Samarbeidsmøtenes utforming er inspirert av kunnskap om læring i praksis (10–12), kollegaveiledning (18), refleksjon (19) og personlig utvikling (20) og utgjør den teoretiske bakgrunnen for intervensjonen i studien.

Samarbeidsmøtene inneholdt praktisk informasjon, avklaring av forventninger, refleksjon over praksisveilederens erfaringer i veiledningssituasjoner, teoretisk påfyll om refleksjons- og mesterveiledning, før- og etterveiledning, samt vurdering.

Intervjuet ble innledet med en kort gjennomgang av hensikt og rammer for intervjuet, og deltakerne samtykket til å delta i studien. Intervjueren benyttet en intervjuguide med fire temaer: organisering av samarbeidsmøtene, innholdet

på samarbeidsmøtene, konteksten for samarbeidsmøtene samt en eventuell vei videre for samarbeidsmøter.

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekst-kondensering i fire trinn: å få et helhetsinntrykk, å identifisere

» **«Praksisveilederne savner tettere samarbeid og oppfølging fra lærerne ved høyskolen.»**

meningsbærende enheter, å sammenfatte enkeltfenomener under ett begrep idet man ser bort fra avvikende detaljer (19).

Forfatterne analyserte først intervjuet separat i temaer, og fortolkningen ble sammenstilt for å få frem

helseinntrykket. Videre ble de meningsbærende enhetene identifisert ved at tekstbiter som bærer med seg kunnskap om temaene fra første trinn, ble identifisert. Det abstraherte innholdet i de meningsbærende enhetene ga underkategorier, og det abstraherte innholdet i underkategoriene ble uttrykt i kategorier. Se tabell 1.

## RESULTAT

Funnene er presentert i kategorier og underkategorier, som vist i tabell 2.

## PRAKSISVEILEDERNES BEHOV

### Å bli oppdatert på høyskolens forventninger

Informantene ønsket å vite hva høyskolen forventet av dem. De strevde med å få oversikt over hva studentene skal lære i de ulike praksisperiodene. De syntes vurderingsdokumentet var utydelig og besto av for mange punkter. Flere sa at det var vanskelig å rekke gjennom alle punktene i løpet av praksisperiodens åtte uker. Flere fortalte at samarbeidsmøter har bidratt til mer oppmerksomhet rundt det å være praksisveileder og at de ikke sto alene.

Informantene hevdet at det er viktig å stille forventninger til veiledere, fordi vi stiller så store krav til sykepleiere når de er ferdig, og det er deres ansvar å gjøre dem til gode sykepleiere. Dette innebærer et mye mer positivt syn på praksisveiledning enn før, hevdet de.

### Å få veiledning på konkrete situasjoner

Denne kategorien inneholder utsagn om at informantene trengte noen å rådføre seg med underveis i praksisperioden. De forventet å få veiledning om hvordan de skulle

veilede studentene i ulike situasjoner, og bli bedre til å praktisere ulike typer veiledning. De viste til at de praktiserte veiledning på forskjellig måter: før praksisbesøket eller i bilen etter praksisbesøket. Informantene uttrykte at det var viktig at studentene fikk se hverdagen til en sykepleier, men at det må tas høyde for at ikke alle studenter tåler like mye.

Informantene uttrykte at samarbeidsmøtene hadde bidratt til å avklare problemstillinger knyttet til situasjoner med studenter, og gitt dem noen verktøy de kan bruke i dialogen med studentene.

### Å få tilbakemelding på egen fungering

Flere utsagn viste at informantene savnet tilbakemelding på egen fungering, og at det var lett å gå i samme spor hvis de ikke visste hva som burde forbedres. De uttrykte at sam-

## «De strevde med å få oversikt over hva studentene skal lære i de ulike praksisperiodene.»

arbeidsmøtene hadde bidratt til innspill fra andre på jobben de gjorde som praksisveiledere, og det hadde vært viktig lærdom.

## RAMMER FOR MØTENE

Informantene uttrykte at tidspunktene for samarbeidsmøtene, ett før studenten kom og ett i løpet av praksisperioden, ga dem mulighet til å planlegge praksisperioden før studenten kom, og til å få noen svar underveis. Informantene syntes at det var veldig greit med samarbeidsmøter på praksisstedet, og de trodde at flere kunne komme på møtene hvis de var på praksisstedet. Informantene uttrykte at samarbeidsmøter på arbeidsstedet ville de fortsette med.

## LEDERENS ROLLE

Denne kategorien inneholder utsagn som belyser lederens holdning til praksisveiledning. Lederen uttrykte at praksisveilederne forventet at hun var med på møtene. Hun fremhevet at å ha studenter er en stor jobb. Det er viktig at denne jobben blir gjort på en god måte, og at de fremstår som et godt arbeidssted med tanke på rekruttering.

Tabell 1. Eksempel på analyse fra meningsbærende enheter til kategorier.

Meningsbærende enheter	Underkategorier	Kategorier
«Skolen kunne forklart mer konkret hva vi som veiledere bør legge mest vekt på. Selv om du skal gi opplæring i det meste, så er det sånn at det er noe du skal legge mer vekt på i de forskjellige praksisrådene.» «Samarbeidsmøtene har ført til at praksisoppfølgingen har blitt mer seriøs.» «En stiller mer forventninger til de som er veiledere enn før. Nå er det mer målrettet og mer at de (studentene) skal ha en god praksisperiode, og det er superviktig for vi stiller så store krav til sykepleierne når de er ferdig, og det er vårt ansvar å gjøre dem til gode hjemmesykepleiere.»	1a. Å bli oppdatert på høyskolens forventninger.	1. Praksisveilederens behov.
«Plasseringen av samarbeidsmøtene, ett før studenten kommer og ett i løpet av praksisperioden gir mulighet for å planlegge praksisperioden før studenten kommer, og at en kan få noen råd underveis.» «Jeg tror det er flere som får komme på møtene hvis de er her på praksisstedet. Da kan du kjøpe deg med å ta den pasienten før eller etter møtet, liksom. Det er ikke lett at fire sykepleiere skal dra på høgskolen.»	Tid og sted	2. Rammer for samarbeidsmøtene
Leder uttrykker seg slik: «De har forventet at jeg skal være med, så da gjør jeg det, for det å ha student er noe vi må ha. Jeg tenker at det å ha studenter er en stor jobb og det er viktig at vi gjør den jobben på en god måte, at vi fremstår som et godt arbeidssted, at det er et godt sted å være i forhold til rekruttering. Så det er viktig at dere får muligheten til å være gode veiledere. Det betyr veldig mye for virksomheten, for hjemmesykepleien, for pasientene og for dere som får nye kolleger. Så samarbeidsmøtene er jo fint å kunne ha, for at dere kan få støtte og veiledning i det å være veileder. At det kan være tøft, det har jeg skjent.»	Lederens holdning til praksisveiledning.	3. Lederens rolle på samarbeidsmøtene.

Tabell 2. Kategorier og underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Praksisveilederens behov	Å bli oppdatert på høyskolens forventninger Å få veiledning på konkrete situasjoner praksisveilederne står i Å få tilbakemelding på egen fungering
Rammer for samarbeidsmøtene	Tid og sted
Lederens rolle på samarbeidsmøtene	Lederens holdning til praksisveiledning

Hun uttrykte at samarbeidsmøtene bidro til at praksisveilederne fikk støtte og veiledning. Lederens uttalelser om å ta imot studenter gjenspeiles i informantenes uttalelser om praksisveiledning. De fremhevet at det er viktig for studentene å komme til et sted hvor de opplever at det er planlagt at de kommer, og hvor de føler seg velkommen. Praksisveilederne må gjøre alt for at dette skal skje. Se figur 1.

**DISKUSJON**

**Å bli oppdatert på høyskolens forventninger**

Funnene viser at samarbeidsmøtene synliggjør forventninger til praksisveilederne.

God praksis bør kjennetegnes ved klare mål for praksisstudiene og forståelig læringsutbytte for studiet som er relevante for vurdering av studenten (21). Undersøkelser viser misnøye med praksisdokumentene (21) som svarer med praksisveilederes uttalelser i denne studien. Gjennomgang av praksisdokumenter er en del av den ordinære praksisoppfølgingen (9) og kan bidra til å oppklare uklårheter.

På samarbeidsmøtene ble det diskutert hvordan vurderingsdokumentene kan brukes når veiledere skal følge opp studenter i praksis. Veilederne ble oppfordret til å be

Figur 1. Praksisveiledernes behov og rammer de arbeider innenfor



studentene om å gi faglige og etiske begrunnelser for handlingene de utførte (PYT). Samarbeidsmøtene kan være et supplement til den ordinære praksisoppfølgingen og bidra til

ANNONSE

# sykepleiere med hjerte for faget.

#wecare.

- Randstad Care har avtale med sykehus i hele Norge
- Vi er første-leverandør i Helse Nord og Helse Midt-Norge
- Vi som jobber med utleie av sykepleiere, er selv sykepleiere
- Vi tilbyr faste stillinger opptil 100%

du får blant annet:

- oppfølging av fast kontaktperson
- selv bestemme hvor og når du jobber, og når du vil ha ferie
- ekstra god lønn med gode tillegg for kveld, natt og helg
- dekket reise og bolig ved pendling

Vil du vite mer om hva vi kan gjøre for deg?  
Kontakt oss i dag!



randstad.no/care  
care@randstad.no  
+47 400 21 410

at praksisveileder er mer forberedt når hun eller han skal veilede studentene.

### Å få veiledning på konkrete situasjoner

Studien viser at praksisveilederne forventer under samarbeidsmøtene å få veiledning i hvordan de skal veilede studenten i ulike situasjoner. Det betyr at veilederne trenger hjelp til å bli bedre forberedt på hvordan de skal veilede studenter.

Studentens læring i praksis i sykepleierutdanningen fremmes ved at studenten nyttiggjør seg kunnskapsgrunnlaget og veiledes ut fra sine egne forutsetninger (22). Det er viktig at man som veileder justerer og tilpasser nivået og metoder for veiledning (23). Studien viser at veilederne kan få verktøy til å variere veiledningen ved å reflektere over konkrete situasjoner etter Gibbs modell (15), og å få tilbakemeldinger fra de andre praksisveilederne og kontaktlæreren.

Praksisveilederne må reflektere over sine veiledningsmetoder og få mer opplæring i det å utvikle hensiktsmessige strategier for å veilede studentene (23). Mesterveiledning og handlings- og refleksjonsmodeller er aktuelle i en sykepleierutdanning, men mesterveiledning bør kombineres med refleksjon (9, 12, 13, 24).

Modellene ble presentert på samarbeidsmøtene. Veiledning kan ikke reduseres til kun et spørsmål om å bruke den rette veiledningsmodellen (24). Det er mange forhold som kan bidra til at læring gjennom veiledning blir dårlig eller fruktbar for studenten. For eksempel vil studentens grad av konsentrasjon, motivasjon, engasjement og forutsetninger for læring virke sammen med praksisveilederens evne til å veilede, lede, skape engasjement, kommunisere og formidle (24).

Samarbeidsmøtene synes å ha fellestrekk med kollegaveiledning med kritiske venner (18) og anerkjennende kollegaveiledning (25, 26). Ledelsen av samarbeidsmøtene har elementer fra veilederrollen som gjenfinnes i den kritiske kollega (14), som vektlegger bevisstgjøring av personens PYT, setter kritisk blikk på egen fungering og gir tilbakemelding som støtter og utfordrer personens tenkning. Anerkjennende kollegaveiledning er basert på et læringssyn som involverer sanser, følelser og tanke (25, 26). I slike læreprosesser kommer den enkelte i kontakt med egne forutsetninger for samhandling.

Egen sårbarhet blir en ressurs når den møtes med anerkjennelse som bidrar til refleksjon (25, 26). På samarbeidsmøtene oppfordres praksisveilederne til å reflektere ved hjelp av ufullstendige setninger (27) med vekt på erfaringer som praksisveileder, og hvordan de ønsker å være som praksisveileder. Refleksjon over erfaringer blir en måte å samtale på, som bevisstgjør veilederen på veilederrollen og handlingsvalg i veiledningen.

### Å få tilbakemelding på egen fungering

Studien viser at samarbeidsmøter, der det blir gitt innspill til hverandre, imøtekommer behovet for tilbakemelding på egen fungering. Praksisveilederne ønsker tilbakemelding, og de begrunner det med at det er lett å gå i samme spor hvis de ikke vet hva de skal forbedre.

Tilbakemelding innebærer en vurdering, og det skiller mellom summativ vurdering, som er en bedømming av hvorvidt den som blir vurdert, kan godkjennes eller ei, og formativ vurdering, der veiledningen skal hjelpe den som blir veiledet, til å utvikle seg videre. (12). Dersom tilbakemeldingen som praksisveilederne etterlyser, er i form av summativ vurdering, vil ikke tilbakemeldingen kunne dekkes gjennom samarbeidsmøtene, da denne tilbakemelding er en formativ vurdering, hvor hensikten er at den som blir veiledet, utvikler seg videre på grunnlag av refleksjon. Gode fagfolk vokser på bakgrunn av refleksjon over egen praksis (16).

Praksisveilederne uttrykker at å få innspill fra hverandre, er viktig læring, og at samarbeidsmøtene har bidratt til at det går an å forberede seg og å få innspill underveis i praksisperioden.

Ledelsen av samarbeidsmøtene har elementer fra veilederrollen som gjenfinnes i den kritiske kollega (14), og vektlegger at praksisveilederne stiller kritisk blikk på egen fungering, og at de andre deltakerne gir tilbakemeldinger på situasjonen som blir reflektert over. Leder og deltakerne bidrar således til å gi praksisveilederne tilbakemelding på egen fungering.

### TID OG STED

Studien viser at tid og sted for samarbeidsmøtene er egnet for samarbeidsmøter.

Sted egnet for veiledning vil være et rom skjermet fra den daglige virksomheten (28). Det bør heller ikke ta for mye tid å komme seg til rommet for deltakerne. Tre kvarter til to hele timer kan være gunstig varighet, og det bør ikke gå mer enn fire uker mellom veiledningene (28). I studien blir samarbeidsmøter gjennomført i et skjermet rom på praksisstedet. Møtene blir arrangert med fire ukers mellomrom og varer halvannen time. I studien uttrykker praksisveilederne at samarbeidsmøter på praksisstedet vil de fortsette med.

### LEDER MOTIVERER

At leder anerkjenner og tilrettelegger for veiledning som en prioritert arbeidsoppgave, oppleves som en motivasjonsfaktor i det å påta seg veiledningsoppgaver (8). I studien gjenspeiles leders positive uttalelser til å ta imot studenter i praksisveilederens uttalelser om praksisveiledning, og blir trolig en motivasjonsfaktor til å påta seg veiledningsoppgaver.

### KONKLUSJON

Studien viser at praksisveilederne fikk mulighet til å reflektere over egen veiledning, og få innspill fra de andre veilederne og kontaktlærere i samarbeidsmøtene. Videre viser studien at praksisveilederne ble oppdatert på høyskolens forventninger, fikk veiledning på konkrete situasjoner de sto i, og at de fikk tilbakemelding på egen fungering. Samarbeidsmøtene kan, på denne bakgrunn, gjøre praksisveilederne mer forberedt til veiledningsoppgavene i praksisoppfølgingen. ●

### REFERANSER

1. Kunnskapsdepartementet. Rammepplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) (nedlastet 21.08.2019).



2. Hessevaagbakke E, Johansen AG, Gudjonsdottir S, Christiansen B. Praksisveiledernes funksjon i et medstudentbasert studieopplegg i klinikk. Nordisk sykeplejeforskning. 2013; 3(4):254-268. Tilgjengelig fra: [https://www.idunn.no/nsf/2013/04/praksisveiledernes\\_funksjon\\_iet\\_medstudentbasert\\_studieopp\(nedlastet 21.06.2019\)](https://www.idunn.no/nsf/2013/04/praksisveiledernes_funksjon_iet_medstudentbasert_studieopp(nedlastet 21.06.2019)).
3. Aigeltinger E, Haugan G, Sørli V. Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. Sykepleien Forskning. 2012;7(2):160-66. Tilgjengelig fra: [https://sykepleien.no/forskning/2012/06/utfordringer-med-veilede-sykepleierstudenter-i-praksisstudier\(nedlastet 21.06.2019\)](https://sykepleien.no/forskning/2012/06/utfordringer-med-veilede-sykepleierstudenter-i-praksisstudier(nedlastet 21.06.2019)).
4. Fillingsnes AB, Thylén I. Praksissykepleieres pedagogiske utfordringer i klinisk veiledning av sykepleierstudenter. Nordisk sykeplejeforskning. 2012; 2(4):249-262. Tilgjengelig fra: [https://www.idunn.no/nsf/2012/04/praksissykepleieres\\_pedagogiske\\_utfordringer\\_i\\_klinisk\\_veil\(nedlastet 21.06.2019\)](https://www.idunn.no/nsf/2012/04/praksissykepleieres_pedagogiske_utfordringer_i_klinisk_veil(nedlastet 21.06.2019)).
5. Universitets- og høyskolerådet (UHR). Veiledende retningslinjer for utdanning og kompetansevurdering av praksisveiledere i helse- og velferdstjenestene. Oslo; 2018. Tilgjengelig fra: [https://www.uhr.no/strategiske-enheter/fagstrategiske-enheter/uhr-helse-og-sosial/nyheter/veiledende-retningslinjer-for-utdanning-og-kompetansevurdering-av-praksisveiledere-i-helse-og-velferdstjenestene.1201.aspx\(nedlastet 21.06.2019\)](https://www.uhr.no/strategiske-enheter/fagstrategiske-enheter/uhr-helse-og-sosial/nyheter/veiledende-retningslinjer-for-utdanning-og-kompetansevurdering-av-praksisveiledere-i-helse-og-velferdstjenestene.1201.aspx(nedlastet 21.06.2019)).
6. Universitets- og høyskolerådet (UHR). Høringsdokument fra UHR – oppnevnt, tverrsektoriell arbeidsgruppe: Forslag til nasjonale retningslinjer for praksisveilederutdanning. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: [https://docplayer.me/54499097-Horingsdokument-fra-uhr-oppnevnt-tverrsektoriell-arbeidsgruppe-forslag-til-nasjonale-retningslinjer-for-praksisveilederutdanning.html\(nedlastet 21.06.2019\)](https://docplayer.me/54499097-Horingsdokument-fra-uhr-oppnevnt-tverrsektoriell-arbeidsgruppe-forslag-til-nasjonale-retningslinjer-for-praksisveilederutdanning.html(nedlastet 21.06.2019)).
7. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanning. Oslo; Kunnskapsdepartementet; 2017. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353\(nedlastet 21.06.2019\)](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353(nedlastet 21.06.2019)).
8. Meld. St. nr. 16 (2016-2017). Kultur for kvalitet i høyere utdanning. Oslo; Kunnskapsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/ae30e4b7d3241d5bd89db69fe38f7ba/no/pdfs/stm201620170016000ddpdfs.pdf\(nedlastet 21.06.2019\)](https://www.regjeringen.no/contentassets/ae30e4b7d3241d5bd89db69fe38f7ba/no/pdfs/stm201620170016000ddpdfs.pdf(nedlastet 21.06.2019)).
9. Bjerknes MS, Christiansen B. Praksisveiledning med sykepleierstudenter. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
10. Schön DA. Den reflekterende praktiker: Hvordan profesjonelle tenker, når de arbeider. Århus: Klim; 2001.
11. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer. 1. utg. Oslo: Akribe; 2010.
12. Handal G, Lauvås P. Veiledning og praktisk yrketeori. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
13. Skagen K. I veiledningens landskap: Innføring i veiledning og rådgivning. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2013.
14. Stewart D, Shandasani P. Focus groups: Theory and practice. 3. utg. Applied social research methods series. Los Angeles, California: SAGE; 2015.
15. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
16. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
17. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
18. Lauvås L, Lycke KH, Handal G. Kollegaveiledning med kritiske venner. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2016.
19. Gibbs G. Learning by doing: A guide to teaching and learning methods. Oxford Brookes University; 1988. Nedlastet fra: <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>
20. Skau G. Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
21. Caspersen J, Kårstein A. Kvalitet i praksis. Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere. Oslo: Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU); 2013. NIFU-rapport 14/2013. Tilgjengelig fra: [https://www.nifu.no/publications/1024031/\(nedlastet 21.06.2019\)](https://www.nifu.no/publications/1024031/(nedlastet 21.06.2019)).
22. Hauge KW, Brask OD, Bachmann L, Bergum IE, Heggdal WM, Inderhaug H, et al. Kvalitet i praksisstudier i sykepleier- og vernepleierutdanning. Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2016;12 (1):19-33. Tilgjengelig fra <http://www.ub.uio.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/article/view/3772/3679> (nedlastet 21.06.2019).
23. Carlson E, Wann-Hansson C, Pihlhammar P. Teaching during clinical practice: Strategies and techniques used by preceptors in nursing education. Nurse Education Today. 2009; 29(5):522-526. Tilgjengelig fra: [https://www.academia.edu/22838842/Teaching\\_during\\_clinical\\_practice\\_strategies\\_and\\_techniques\\_used\\_by\\_preceptors\\_in\\_nursing\\_education\(nedlastet 05.09.2019\)](https://www.academia.edu/22838842/Teaching_during_clinical_practice_strategies_and_techniques_used_by_preceptors_in_nursing_education(nedlastet 05.09.2019)).
24. Boge M, Markhus G, Moe R, Ødegaard EE. Læring gjennom veiledning. Meningssskaping i grupper. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2009.
25. Andreassen AJ, Magnussen IL. Lærer anerkjennende veiledning. Sykepleien. 2015; (3):68-71. Tilgjengelig fra: [https://sykepleien.no/forskning/2015/03/laerer-ankjennende-veiledning\(nedlastet 21.06.2019\)](https://sykepleien.no/forskning/2015/03/laerer-ankjennende-veiledning(nedlastet 21.06.2019)).
26. Aubert AM. Profesjonell relasjonskompetanse kvalitetssikres gjennom anerkjennende kollegaveiledning I: Brekke M, Sondenå K. red. Veiledningskvalitet. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2009. s. 44-59.
27. Tveiten S. Veiledning – mer enn ord. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
28. Vråle, GB. Veiledning når det røyner på. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.

Derfor skrev jeg denne artikkelen



**Inger Tjøstolsven**

Førstelektor. Avdeling for helse- og velferdsfag, Høgskolen i Østfold

**S**om lærer i sykepleierutdanningen er jeg opptatt av å styrke og støtte det viktige arbeidet praksisveiledere gjør med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. Det er bakgrunnen for at jeg skrev denne artikkelen. Praksisveiledere og sykepleielærere er, slik jeg ser det, kolleger i 50 prosent av sykepleierstudiet.

Studien viser at samarbeidsmøter mellom lærere, praksisveiledere og ledere gjør sykepleiere bedre forberedt på hvordan de skal veilede studenter. Praksisveilederne fikk mulighet til å reflektere over egen veiledning og fikk innspill fra andre veiledere og kontaktlærere. De fikk dessuten veiledning på konkrete situasjoner de sto i, fikk tilbakemelding på hvordan de selv fungerte, og ble oppdatert på hvilke forventninger høyskolen hadde.

Slike studier er viktige for sykepleierutdanningen for å kunne tilrettelegge for et godt samarbeid mellom høyskoler og praksissteder i utdanningen av fremtidens sykepleiere. ●



QR-KODE

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:

**Slik kan samarbeidet bli bedre mellom høyskole og praksissted**



**BRUKES FEIL:** De aller fleste sykepleierne brukte i noen grad enten appen eller nettgaven av Felleskatalogen, der eventuell «byttegruppe» fremgår. Likevel trenger de bedre opplæring i å bruke Felleskatalogen riktig. Illustrasjonsfoto/Collage: George Frey / Reuters / NTB Scanpix og Monica Hilsen

FORFATTER

Med forskeren  
36

**Rolf Johansen**  
Pensjonert sykehusfarmasøyt,  
Sykehusapoteket Lillehammer,  
Sykehusapotekene HF

NØKKELORD

- ▶ Generisk bytte
- ▶ Bytteliste
- ▶ Legemiddelhåndtering
- ▶ Legemiddel
- ▶ Spørreskjema

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.79517

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Flere studier påpeker at sykepleiere har for dårlige kunnskaper om legemidler. Feil i legemiddelhåndteringen i helsevesenet er også velkjent. Generisk bytte er en av arbeidsoppgavene innen legemiddelhåndtering der feil kan oppstå.

**Hensikt:** Å få innsikt i sykepleierens kunnskap og oppfatninger om generisk bytte og vurdere hvorvidt praksisen samsvarer med krav i forskrifter, lokale prosedyrer og de mulighetene som finnes for oppslag av byttbare preparater.

**Metode:** Vi brukte en nettbasert spørreundersøkelse blant sykepleiere ved 23 kirurgiske og 28 medisinske sengeposter i tre helseforetak ved hjelp av programvaren Questback. Dataene ble bearbejdet i Excel-regneark, og vi benyttet deskriptiv statistikk for å beskrive variabler.

**Resultat:** Femtito prosent kjente til sykehusenes prosedyrer for generisk bytte, mens 87 prosent kjente sykehusenes byttelister. Det var bare 7 prosent som ikke ville lete videre i andre kilder dersom de ikke fant preparatet i byttelisten. Førti prosent mente at sykepleieren på egen hånd kunne bytte mellom alle legemidlene som er oppført under samme ATC-kode i Felleskatalogen.

**Konklusjon:** Mange sykepleiere manglet forståelsen av at godkjent bytteliste måtte være eneste kilde for generisk bytte. En vanlig misforståelse var at bytter kunne gjøres med utgangspunkt i ATC-registret. Sykepleiere trenger kunnskap om hvordan de finner godkjent byttbare preparater i Felleskatalogen.

# Sykepleieres kunnskap og oppfatninger om generisk bytte

Mange visste ikke at generisk bytte kun kan gjøres mot en godkjent bytteliste, eller de var usikre på hvordan de skulle bruke Felleskatalogen riktig.



**F**lere norske studier peker på behovet for økt legemiddelkompetanse hos sykepleiere. En kvalitativ studie fra 2016 fant at det var et udekket behov for legemiddelkompetanse i sykehjem, og at opplæring i legemiddelhåndtering ikke ble tatt alvorlig nok (1).

Likeledes konkluderte en spørreskjemaundersøkelse fra 2013 med behov for mer kunnskap og etterutdanning eller kurs om legemidler og legemiddelhåndtering blant sykepleiere i sykehjem (2).

Også en norsk doktoravhandling fra 2016 konkluderte med at det er behov for å legge større vekt på praktisk legemiddelkompetanse i grunnutdanningen av sykepleiere, og at kompetansen vedlikeholdes og oppdateres gjennom praksisen som sykepleier (3).

## Feil og generisk bytte

Feil i bruk og håndtering av legemidler er velkjent. En litteraturstudie fra 2007 gjennomgikk 35 originalartikler fra 1990–2005 om legemiddelrelaterte feil i helsevesenet og kom til at feil oppsto gjennomsnittlig i 5,7 prosent av alle tilfellene der legemidler ble gitt. Mer enn halvparten av feilene skjedde i forbindelse med legemiddelhåndteringsprosessen, og en av risikofaktorene var mangelfull farmakologikunnskap hos helsepersonellet (4).

Generisk bytte er noe sykepleiere kommer borti både i sykehus og sykehjem ved at man må bytte mellom preparater med forskjellig navn, men der virkestoff og virkning er lik. I en studie fra 2010 utført ved et norsk sykehus opplevde sykepleierne generisk bytte

som en risikofaktor. De mente at de hadde for lite kunnskap for oppgaven, og 42 prosent av sykepleierne oppga at de hadde opplevd feil som følge av generisk bytte (5).

En studie fra norske sykehjem peker også på problemet med at sykepleierne stadig ble introdusert for nye preparater og synonympreparater, og at det var lett å ta feil preparat (1). Problemer knyttet til generisk bytte er beskrevet i en kronikk fra 2011 (6). Ved søk i Pubmed og *Sykepleien Forskning* er det ikke funnet flere aktuelle studier som går spesifikt på generisk bytte.

## Krav til praksis

Sykepleieres praksis med generisk bytte var lenge ikke omtalt i lover og forskrifter, og ved behov for bytte var det få andre muligheter enn å sammenlikne opplysninger man fant i Felleskatalogen. Legemiddelhåndteringsforskriften, som kom i 2008, stilte imidlertid klare krav til praksis på området. Sykepleiere kunne bare bytte legemidler som var godkjent byttbare, og den enkelte helseinstitusjonen ble pålagt å lage egne lokale byttelister, men begrenset til preparater som Legemiddelverket hadde godkjent som byttbare.

Etter 2012 har Legemiddelverkets bytteliste vært direkte søkbar på nettet, blant annet i nettutgaven av Felleskatalogen. Da forskriften ble endret i 2014, ble det åpnet for at sykepleiere kan gjøre generisk bytte direkte ut fra Legemiddelverkets liste. Det er et ledelsesansvar at det foreligger skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering som gjøres kjent for de ansatte, og at helsepersonell får

nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering (7).

## Hensikten med studien

Det har betydning for trygg legemiddelhåndtering at sykepleiere har nødvendig kunnskap til å utføre generisk bytte på en sikker og forskriftsmessig måte. Hensikten med denne studien er todelt:

- Å få innsikt i sykepleiernes kunnskap og oppfatninger om generisk bytte.
- Å vurdere hvorvidt praksisen samsvarer med kravene som stilles i gjeldende forskrifter og lokale prosedyrer, og med de mulighetene som finnes for oppslag av byttbare preparater.

## METODE

### Design

Studien ble gjennomført som en nettbasert, personliggjort spørreundersøkelse med programvaren Questback EFS 10.9 (8). Noen av spørsmålene i spørreskjemaet utgjorde del 1 av studien og er nylig publisert i *Tidsskrift for Den norske legeforening* (9). De resterende spørsmålene utgjør del 2 og omtales i denne artikkelen.

For denne delen av studien besto spørreskjemaet av 19 spørsmål med faste svaralternativer, hvorav 18 hadde tvungen besvarelse, samt 13 spørsmål med åpne svar, hvorav 3 hadde tvungen besvarelse. Sykepleierne måtte oppgi hvilket helseforetak de jobbet i og avdelingstype (medisinsk eller kirurgisk), men ikke hvilken sykehuspost. I tillegg oppga de alder, antall år jobbet i sykehus, stillingsstørrelse og ansettelsesforhold (fast, vikar eller ekstrahjelp).

Jeg brukte Likert-skala på seks spørsmål om oppfatninger vedrørende generisk bytte, og om hvor hyppig ulike





versjoner av Felleskatalogen ble brukt, mens sykepleierne måtte ta stilling til sju påstander med svaralternativene «enig», «uenig» eller «vet ikke».

I del 1 av studien ba jeg sykepleierne om å ta stilling til seks tenkte eksempler på generisk bytte (9). Samtidig kunne de frivillig kommentere hvordan de vurderte disse byttene. I denne delen av studien analyserte jeg disse tilleggs-kommentarene ved at jeg identifiserte feiloppfatninger og deretter grupperte ut fra sammenfallende innhold.

### Utvalg

Sykepleierne i studien ble hentet fra 23 kirurgiske og 28 medisinske sengeposter fra tre forskjellige helseforetak i Helse Sør-Øst. Personer med annen hovedarbeidsplass enn medisinsk eller kirurgisk sengepost ble ekskludert fra studien. Jeg skaffet sykehusenes prosedyrer gjennom lokalt sykehusapotek.

Prosedyrerne viste at alle hadde rutiner der sykepleieren manuelt gjorde i stand legemiddeldoser til den enkelte pasienten ut fra medisinkurven. Sykepleieren kunne også utføre generisk bytte basert på bytteliste og skulle dokumentere byttet i medisinkurven. Helseforetakene hadde hver sin lokale bytteliste. Ingen av sykehusene i studien var universitetssykehus eller brukte maskinell pakking av medisindoser til den enkelte sykehuspasienten.

Sykehusene brukte datasystemet Tønsys til bestillinger fra sykehusapotek (10). Fra Tønsys hentet jeg ut navn og e-postadresser på sykepleiere som var brukere av systemet på de aktuelle avdelingene. Jeg grupperte sykepleierne ut fra de tre helseforetakene og medisinsk eller kirurgisk sengepost.

Disse seks gruppene sorterte jeg etter sykehuspost og deretter alfabetisk etter navn på sykepleierne. Deretter trakk jeg 100 personer fra hver gruppe ved systematisk tilfeldig utvalg (11). Kontaktopplysningene ble kontrollert mot Personalportalen.

### Innsamling av data

Jeg utførte først en pilotstudie på sju sykepleiere for å optimalisere spørreskjemaet. Sykepleierne som var

trukket ut til studien, fikk informasjonsbrev i posten et par uker før spørreskjemaet ble sendt ut. I november 2016 fikk sykepleierne informa-



«Det ser ut til at mange sykepleiere undervurderte problemene ved generisk bytte ettersom få syntes det var spesielt vanskelig å utføre generisk bytte.»

sjon om studien via e-postadressene på jobb, med lenke til spørreskjemaet.

### Analyse

For videre bearbeiding overførte jeg dataene fra Questback til Excel 2013 og benyttet deskriptiv statistikk for å beskrive variabler.

### Forskningsetiske vurderinger

Gjennom korrespondanse med personvernombudet avklarte jeg at studien ikke var meldepliktig. Den inneholdt ingen pasientdata og krevde derfor ikke godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Besvarelsene ble gjort anonymt.

### RESULTATER

Av de forespurte sykepleierne var det 313 som fullførte spørreskjemaet (52 prosent). Ni av disse ble ekskludert fra materialet, så totalt 304 sykepleiere ble inkludert i videre analyser. 159 hadde kirurgisk og 145 medisinsk sengepost som hovedarbeidsplass. For de tre helseforetakene var antall inkluderte sykepleiere henholdsvis 103, 84 og 117.

Median alder var 38 år (variasjonsbredde 22–67), sykepleierne hadde arbeidet på sykehus i median 9 år (variasjonsbredde 0,5–45), 100 arbeidet i full stilling (33 prosent), og 290 var fast ansatt (95 prosent).

Sykepleierne fikk seks spørsmål om generisk bytte, der synspunkter skulle angis på en Likert-skala fra 0 til 5 (tabell 1). På spørsmål om i hvilken grad de syntes det var lett eller vanskelig å vurdere om preparater er byttbare, svarte

77 prosent enten 0 (svært lett), 1 eller 2 på skalaen.

Når det gjaldt i hvilken grad de syntes de hadde tilgang på gode informasjonskilder om hvilke preparater som kunne byttes, svarte 73 prosent enten 3, 4 eller 5 (svært god tilgang). På spørsmål om i hvilken grad sykepleierne hadde lært i sykepleierutdanningen hvordan generisk bytte skulle utføres, svarte 37 prosent enten 4 eller 5 (alt) på skalaen, mens tilsvarende tall for å ha lært i jobbsammenheng var 75 prosent.

For å få et mål på hvor godt sykepleierne kjente sykehusenes kvalitetssystemer og viktige forskriftskrav ble de bedt om å ta stilling til sju påstander ved å svare «enig», «uenig» eller «vet ikke» (tabell 2). Svarene viser at de fleste kjente til sykehusenes byttelister (87 prosent), mens en del færre (52 prosent) kjente sykehusenes skriftlige prosedyrer for generisk bytte.

Spørsmål 3 skiller seg ut ved at bare 7 prosent svarte i samsvar med legemiddelhåndteringsforskriften, mens 88 prosent ville lete videre i andre kilder når de ikke fant preparatet i byttelisten.

Hvis man ser på antallet riktige svar totalt i tabell 2 (jf. grønn markering), svarte sykepleierne i gjennomsnitt rett på 4,1 av de 7 spørsmålene. Analysert på undergrupper var det gjennomsnittlige antallet rette svar 4,2 for kirurgiske og 4,0 for medisinske avdelinger, og for de tre helseforetakene var det henholdsvis 4,9, 3,4 og 3,8 rette svar. Fordelt på aldersgrupper var det gjennomsnittlige antallet rette svar 3,8 for gruppen 22–28 år, 4,1 for 29–38 år, 4,3 for 39–51 år og 4,2 for 52–67 år.

Jeg analyserte også dataene ut fra hvor sykepleierne hadde lært hvordan generisk bytte skal utføres. De 40 sykepleierne som hadde lært alt om hvordan generisk bytte skulle utføres i sykepleierutdanningen (5 på skalaen, jf. spørsmål 6 i tabell 1), svarte i gjennomsnitt rett på 3,6 av de sju spørsmålene, mens de 107 som hadde lært alt i jobbsammenheng (5 på skalaen, jf. spørsmål 6 i tabell 1), hadde 4,4 rette svar.

I spørreskjemaet fikk sykepleierne oppgitt seks tenkte eksempler på

generisk bytte som de skulle ta stilling til, og de skulle oppgi hva de brukte som informasjonskilde ved byttet. Resultatene av dette er publisert tidligere (9). Her kunne sykepleierne på hvert av de seks eksemplene også frivillig gi tilleggs-kommentarer om hvordan de vurderte byttbarheten.

806 kommentarer ble gjennomgått og analysert for å finne utsagn som avdekket misforståelser og feil i måten sykepleierne utførte generisk bytte på (tabell 3). De hyppigste misforståelsene som fremkom, var at kapsler og tabletter generelt ikke kunne byttes, at henvisning til «tilsvarende preparat» i Felleskatalogen ble brukt som metode for generisk bytte, samt at det var ulike problemer knyttet til forståelse av preparatnavn.

Felleskatalogen finnes tilgjengelig i papirutgave, som internettutgave, og som app for smarttelefon, og det var ikke så veldig stor forskjell på hvor hyppig de ulike variantene ble brukt (figur 1). Trettititre av de 304 sykepleierne (11 prosent) brukte aldri Felleskatalogen, verken på internett eller som app.

## DISKUSJON

### Oppfatninger om generisk bytte

Det ser ut til at mange sykepleiere under-vurderte problemene ved generisk bytte ettersom få syntes det var spesielt vanskelig å utføre generisk bytte, og de fleste mente å ha relativt god tilgang på gode informasjonskilder (tabell 1). Ut fra tabell 2 og 3 ser jeg imidlertid at mange sykepleiere misforsto en rekke ting ved generisk bytte, spesielt bruken av ATC-registeret.

Første del av denne studien var basert på spørsmål besvart samtidig og av samme sykepleiere. I seks tenkte eksempler på generisk bytte svarte sykepleierne i median feil på to, blant annet ville 23 prosent bytte OxyContin-depottabletter med Oxycodone hurtigvirkende kapsler.

I de samme eksemplene brukte bare 23 prosent godkjente byttelister som eneste kilde for bytte. På et åpent spørsmål om hvordan de utførte generisk bytte, nevnte 62 prosent konkret bruk av ATC-registeret (9).

### Bytte basert på ATC-register

40 prosent svarte at sykepleieren på egen hånd kunne bytte mellom alle

Tabell 1. Oppfatninger om generisk bytte

Spørsmål	Likert-skala fra 0-5	Alle n = 304		Helseforetak			
		Avdelingstype		H1	H2	H3	
		Kir n = 159	Med n = 145	n = 145	n = 84	n = 117	
		Median	Median	Median	Median	Median	
1 I hvilken grad synes du det er lett eller vanskelig å vurdere om preparater er byttbare?	0: svært lett 5: svært vanskelig	2	2	2	1	2	1
2 I hvilken grad synes du at du har tilgang på gode informasjonskilder om hvilke preparater som kan byttes? (Det tenkes da på alle typer informasjonskilder, inkludert muntlige, skriftlige, og på data.)	0: svært dårlig tilgang 5: svært god tilgang	4	4	4	4	3	4
3 I hvilken grad oppfatter du bytte mellom preparater som en risiko for feilmedisinering?	0: svært liten risiko 5: svært stor risiko	3	3	3	2	3	3
4 I hvilken grad synes du bytte mellom preparater gir deg merarbeid?	0: svært lite merarbeid 5: svært mye merarbeid	3	3	3	2	3	3
5 Hvor ofte baserer du deg på egen helseinnmåling ved generisk bytte?	0: Svært sjelden 5: Svært ofte	2	2	2	2	2	2
6 Hvor har du lært hvordan generisk bytte skal utføres? Angi i hvilken grad du har lært dette i løpet av sykepleierutdanningen, i jobbsammenheng og eventuelt på andre måter.	Sykepleierutdanning	3	3	3	2	3	3
	Jobb	4	4	4	4	4	4
	Andre måter	0	0	0	0	0	0

Sykepleierne ble bedt om å svare på spørsmålene på en 5-likert-skala fra 0-5. Alle spørsmålene hadde tvungen besvarelse, n = 304. Svarene ble tilfellig analysert på undergrupper ut fra avdelingstype og helseforetak. Resultatene er splittet opp på undergruppene kirurgiske sengerposter (Kir), medisinske sengerposter (Med) og de tre inkluderte helseforetakene (H1, H2 og H3).

Tabell 2. Sykepleieres kjennskap til gjeldende forskrifter og sykehusenes kvalitetssystem

Spørsmål	Enig	Uenig	Vet ikke
1 Mitt sykehus (eller min avdeling) har en skriftlig prosedyre hvor det fremgår hvordan bytte mellom preparater skal gjøres.	157 (52 %)	37 (12 %)	110 (36 %)
2 Mitt sykehus har en bytteliste eller synonymliste som angir hvilke legemidler sykepleier kan bytte på egen hånd.	265 (87 %)	11 (4 %)	28 (9 %)
3 Hvis jeg ikke finner preparatene i byttelisten/synonymlisten, vil jeg lete videre i Felleskatalogen eller andre kilder.	260 (88 %)	20 (7 %)	15 (5 %)
4 Det er unødvendig å dokumentere bytter skriftlig så lenge de inneholder det samme.	56 (18 %)	224 (74 %)	24 (8 %)
5 Selv om preparatene har samme virkestoff og styrke, er det ikke sikkert at de kan byttes.	246 (81 %)	29 (10 %)	29 (10 %)
6 Sykepleier kan ikke på egen hånd bytte mellom andre legemidler enn de som står på en egen «bytteliste» godkjent av norske myndigheter (Legemiddelverket).	200 (66 %)	35 (12 %)	69 (23 %)
7 Sykepleier kan på egen hånd bytte mellom alle legemidler som er oppført under samme ATC-kode i Felleskatalogen.	121 (40 %)	130 (43 %)	53 (17 %)

Sykepleierne tok stilling til sju påstander ved å svare «enig», «uенig» eller «vet ikke». Rett svar i samsvar med forskrifter og helseforetakenes kvalitetssystem er markert med grønt. Aktuelle krav i forskriften er at sykepleiere kun kan bytte godkjente byttbare legemidler, og at alle bytter må dokumenteres. Alle involverte helseforetak hadde egne byttelister og prosedyrer for generisk bytte. Spørsmål 3 var frivillig, og her er n = 295. Øvrige spørsmål hadde tvungen besvarelse, n = 304.

legemidler som er oppført under samme ATC-kode i Felleskatalogen, mens 17 prosent svarte «vet ikke» (tabell 2). ATC-registeret er riktignok godt egnet til å finne preparater som er beslektet, men har ingen opplysninger om hvilke preparater som er godkjent byttbare (12).

Hvor nøye den enkelte vurderte preparatene i samme ATC-gruppe, så ut til å variere noe, men de fleste svarte korrekt

«enig» på utsagnet «selv om preparatene har samme virkestoff og styrke, er det ikke sikkert at de kan byttes».

### Bruk av byttelister

87 prosent kjente til sykehusets bytteliste, men 88 prosent ville også lete i andre kilder dersom de ikke fant preparatene i byttelisten (tabell 2). Det kan derfor virke som at mange betraktet sykehusenes bytteliste som en av



flere kilder de kunne bruke ved bytte, i stedet for å være eneste godkjente kilde for bytte.

Fra tabell 3 ser jeg også at fem sykepleiere lette videre i ATC-registret fordi de bare fant Abboticin og Ery-Max som mikstur i sykehusets bytteliste, men her er bare miksturene godkjent byttbare. Hele poenget med en bytteliste er at den skal være eneste kilde for bytte. Bytter som ikke står der, skal det overlates til lege å bestemme.

Helseinstitusjoner bestemmer selv gjennom sine kvalitetssystemer hvilke byttelister sykepleiere kan bruke, men bare 52 prosent av sykepleierne visste at deres sykehus hadde en slik prosedyre. Mange sykepleiere baserte seg i noen grad på hukommelsen ved generisk bytte (tabell 1). Selv om man husker preparater man bytter ofte, må man være bevisst på at kunnskapen om bytting må ha utgangspunkt i en godkjent bytteliste.

### Bruk av Felleskatalogen

I en spørreundersøkelse blant sykepleiere i Nord-Trøndelag oppga i underkant av 30 prosent et stort behov for mer kunnskap om bruk av Felleskatalogen, mens 22,4 prosent ikke hadde behov for mer kunnskap (2). Denne studien tyder på et stort behov for opplæring i riktig bruk av Felleskatalogen ved generisk bytte.

Innettutgaven av Felleskatalogen har alle preparater med byttbare alternativer en lenke til «byttegruppe», som vil si godkjent byttbare pakninger i samme styrke, men denne funksjonen ser ut til å være lite kjent. Fra høsten 2017 finnes det også en ny versjon av Felleskatalogen som app for smarttelefon, der samme informasjon kan søkes opp (13). De fleste sykepleierne brukte minst én av disse variantene i noen grad.

### Feil og misforståelser ved generisk bytte

Misforståelser kan oppstå på flere måter i forbindelse med generisk bytte (tabell 3), men det er vanskelig å si hvor hyppig slike misforståelser reelt forekommer ettersom tilleggs kommentarene var frivillige. Kommentarene var

dessuten knyttet til seks konkrete eksempler på generisk bytte, så andre eksempler kunne gitt helt andre resultater. Tabell 3 bør derfor betraktes som eksempler på hvilke misforståelser som kan oppstå.

Enkelte mente at kapsler generelt ikke kunne byttes mot tabletter. Hurtigvirkende tabletter kan imidlertid godt være byttbare med hurtigvirkende kapsler, og depottabletter byttbare med depotkapsler. Det avgjørende

er at legemidlene oppfører seg helt likt i kroppen.

En del kopipreparater henviser til «tilsvarende preparat» i Felleskatalogen fordi de ikke har fullstendig preparatomtale selv. Noen sykepleiere brukte denne opplysningen til generisk bytte, men selv om mange slike preparater vil være godkjent byttbare, trenger de ikke å være det.

Enkelte kommentarer viser at preparatnavn kan være forvirrende, for

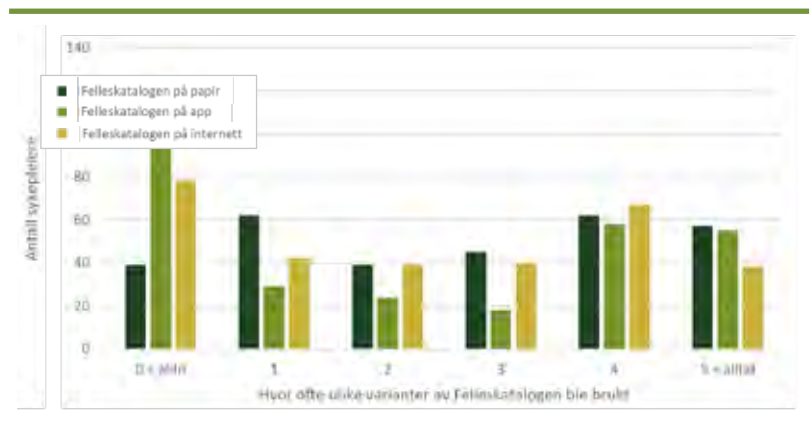
**Tabell 3.** Oppsummering av utsagn som viser misforståelser i kommentarer til generisk bytte av seks tenkte eksempler

Kommentarer som tyder på misforståelser:
72 stk. ville generelt ikke bytte kapsler mot tabletter.
20 stk. brukte henvisning til «tilsvarende preparat» i Felleskatalogen som kilde for generisk bytte.
15 stk. ble forvirret av ulike betegnelser <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 stk. forstår ikke at OD er retard-tablett.</li> <li>• 12 stk. forstår ikke hva mite betyr.</li> </ul>
7 stk. blir forvirret av preparatnavn uten styrke i navnet.
6 stk. sjekker om hjelpestoffer er like.
5 stk. fant at Abboticin/Ery-Max-tabletter ikke sto i bytteliste (kun mikstur), men lette videre i Felleskatalogen og fant at de har samme ATC-nr. (3 svarte feil og 2 vet ikke).
5 stk. blandet sammen Lisinopril og Lisinopril/hydroklorthiazid.
4 stk. ble forvirret av ulike måter å oppgi styrke på under detaljerte opplysninger om preparatsammensetning i Felleskatalogen.

Eksemplene sykepleierne skulle vurdere byttbarheten av, var følgende: Plavix 75 mg tabletter mot Clopidogrel 75 mg tabletter; Ery-Max 250 mg 2 stk. kapsler mot Abboticin 85 500 mg 1 stk. slikt, Sinemet 25/500 tabletter mot Madopar 25/500 kapsler; Tramagris OD 200 mg depottabletter mot Kofidolun Retard 200 mg depottabletter; Desavetix mite tabletter mot Lisinopril 10 mg tabletter og Caycodone 20 mg kapsler mot Caycontin 20 mg depottabletter.

Det ble avlagt 806 frivillige kommentarer om vurderinger de gjorde ved bytting (av 304 x 6 = 1824 mulige). Analyse av disse dekket 134 utsagn som viste misforståelser knyttet til generisk bytte.

**Figur 1.** Sykepleiernes angivelse av hvor ofte de brukte ulike varianter av Felleskatalogen



Svarene ble gitt på en Likert-skala fra 0 (aldri) til 5 (alltid) for hver av variantene papirversjon, app for smarttelefon og internettgave. Spørsmålet hadde tvungen besvarelse, n = 304.

eksempel ved at man ikke forstår betegnelser som «mite» og «OD», at Zestoretic mite ikke har oppgitt styrke i navnet, og at man blander sammen navn som likner. Mite betyr «svak» og brukes av og til som en del av preparatnavnet for å skille mellom ulike styrker av preparater med samme virkestoffer. OD er en forkortelse for «Once Daily» og betyr at det er en depottablett eller depotkapsel som skal tas én gang daglig (24 timers virkning). Disse feilkildene viser hvor viktig det er å se nøye på alle preparatopplysningene når man bytter.

Noen kommentarer avslører problemer med å skille mellom virkestoff og hjelpestoff, andre informanter kontrollerte om hjelpestoffene var like ved generisk bytte. Det er imidlertid vanlig at hjelpestoffer er

forskjellige, selv om preparatene er godkjent byttbare.

### Utdanning, opplæring og kunnskap

Som nevnt innledningsvis viser flere norske studier at sykepleiere har for lite kunnskap om legemidler, men og-

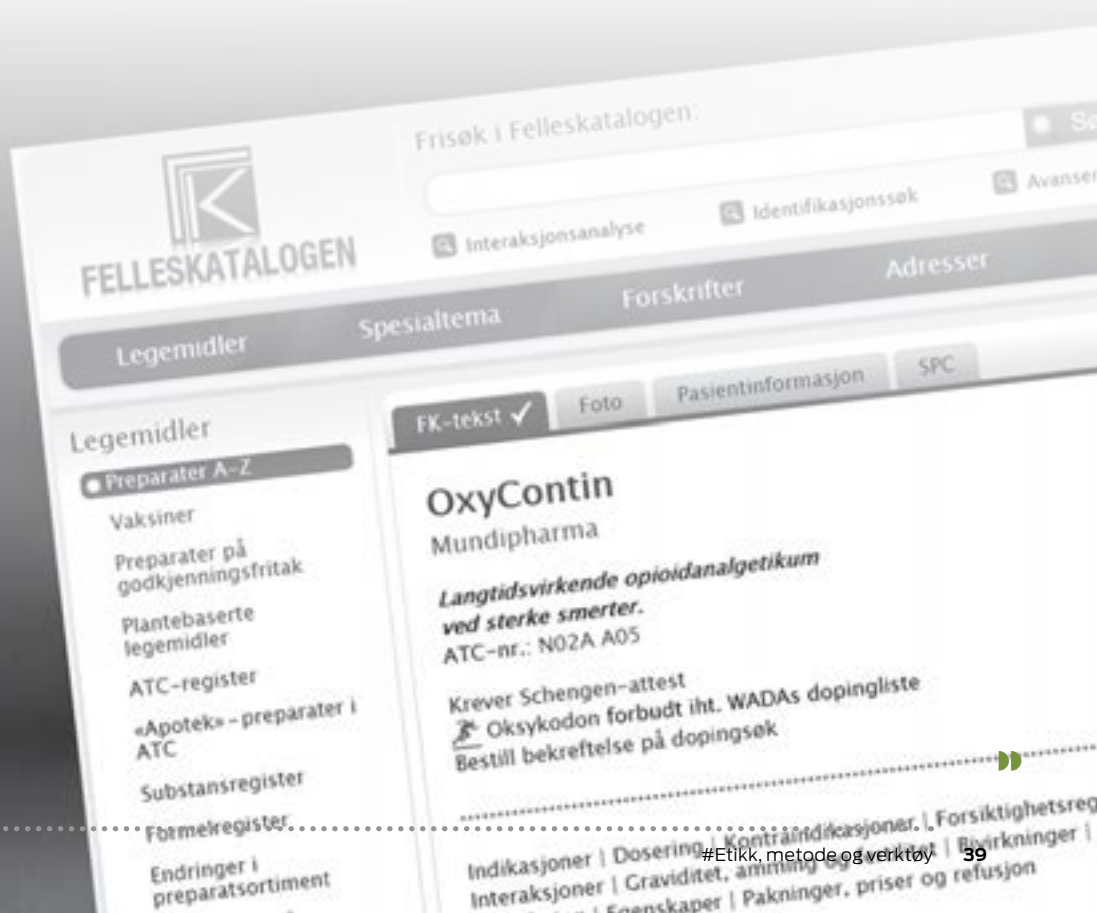
sykepleierne manglet også kunnskap blant annet om legemiddelformer. I en norsk studie etterlyste sykepleiere på sykehjem mer kunnskap om legemidler og legemiddelhåndtering, der de nevnte spesielt legemiddelformer og byttbare legemidler (2).

I min studie fikk sykepleierne i hovedsak kunnskap om generisk bytte gjennom jobb og sykepleierutdanningen, og lite på andre måter (tabell 1). Hvorvidt de fikk kunnskapen gjennom jobb eller sykepleierutdanningen, så ikke ut til å ha veldig stor betydning for kunnskapsnivået, men de som oppga å ha all sin kunnskap om generisk bytte gjennom sykepleierutdanningen, hadde noe færre riktige svar i tabell 2 sammenliknet med dem som fikk all kunnskapen gjennom jobb.



**«Det avgjørende er at legemidlene oppfører seg helt likt i kroppen.»**

så internasjonalt er denne problemstillingen kjent (14, 15). I min studie ser jeg særlig mangel på kunnskap om hvor helsepersonell finner riktige opplysninger om byttbare preparater, men



Den yngste aldersgruppen (22–28 år) hadde også noe færre riktige svar enn gjennomsnittet. Det kan derfor se ut som om mange, både på sykehus og i sykepleierutdanningen, fortsatt lærer generisk bytte slik det var naturlig før vi fikk legemiddelhandteringsforskriften – uten å ha data om hvilken opplæring som reelt gis.

Det var noe forskjell mellom de tre helseforetakene når det gjelder kunnskap om generisk bytte, så muligens varierte det hvor god opplæring som var gitt i de ulike helseforetakene.

### Kvalitetsforbedring

I et prosjekt for å utvikle konsensus om løsninger for risikoområder ved legemiddelhandtering på sykehjem og i hjemmesykepleien var generisk bytte en arbeidsoppgave med konsensus om dobbeltkontroll (16). Resultatene i studien min viser også at generisk bytte er en arbeidsoppgave med stor risiko for feil, og at dobbeltkontroll derfor bør gjennomføres i samsvar med kravene i forskriften.

Datatekniske løsninger der legemiddelverkets bytteliste inngår, burde også kunne være til hjelp i kvalitetssikringen, og to masteroppgaver (fra 2012 og 2013) finner elektroniske kurver fordelaktige for generisk bytte (17, 18).

Studien viser at mange sykepleiere mangler viktig kunnskap om generisk bytte. Flere forskrifter påpeker ledelsens ansvar for at ansatte har nødvendig kompetanse (7, 19). Mer bruk av kliniske

farmasøyter kan også tilføre helsevesenet ekstra legemiddelkompetanse. Kliniske farmasøyter fungerer som rådgivere i et tverrfaglig arbeid, og Melding til Stortinget 28 (2014–2015) (legemiddelmeldingen) peker på klinisk farmasi

«Studien viser at mange sykepleiere mangler viktig kunnskap om generisk bytte.»

som et viktig tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk og bedre pasientsikkerheten (20).

### Styrker og begrensninger

Det er en styrke at sykepleierne i studien er rekruttert fra flere helseforetak og et stort antall sengeposter. Den største svakheten er kanskje at det er veldig vanskelig å vite hvordan den enkelte sykepleieren tolker de ulike spørsmålene, og hva de legger i svarene sine. Spørsmålene kunne også sikkert vært formulert mer presist. Muligens hadde en kvalitativ studie vært bedre egnet til å svare på hvordan sykepleiere tenker i forbindelse med generisk bytte, og hvorfor feil skjer.

Det har imidlertid vært en styrke at resultatene fra den andre delen av studien har kunnet sammenliknes med resultatene fra første del. Dermed har

jeg for eksempel kunnet sammenlikne hva sykepleierne svarte på ulike påstander, med hva de samme sykepleierne konkret gjorde i tenkte eksempler på generisk bytte.

Det hadde vært ønskelig med flere og grundigere tilleggskommentarer om hvilke vurderinger sykepleierne gjorde ved generisk bytte av tenkte eksempler. En klarere spørsmålsformulering med tvungen besvarelse av hvilke vurderinger sykepleierne gjorde i tenkte eksempler på generisk bytte, kunne gitt bedre informasjon om hvilke feil og misforståelser som kan oppstå.

### KONKLUSJON

Studien viser at mange sykepleiere manglet viktig kunnskap som trengs ved generisk bytte av legemidler. Først og fremst manglet mange forståelsen av forskriftskravet om at generisk bytte kun kan gjøres mot en godkjent bytteliste. Sykepleiere trenger også bedre opplæring i å bruke Felleskatalogen riktig. At ATC-registeret i Felleskatalogen er uegnet ved generisk bytte og kun er egnet til å finne beslektede preparater, er kunnskap som i stor grad manglet.

De aller fleste sykepleierne brukte i noen grad enten appen eller nettingen av Felleskatalogen, der eventuell «byttegruppe» fremgår. Da bør sykepleiere også kjenne begrepet «byttegruppe» og vite at det betyr godkjent byttbare pakninger. Uansett hvilken bytteliste som brukes, må sykepleierne være oppmerksomme på forvekslingsfaren der det finnes ulike legemiddelformer, og der navn likner. ●

ANNONSE

Wima-labben:

## Behandling/forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på [wima.no](http://wima.no)

**Wima**® produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - [wima@wima.no](mailto:wima@wima.no)



### REFERANSER

1. Storli M, Ingebrigtsen O, Nakrem S, Elstad TA. Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem. Sykepleien Forskning. 2016;11(59801):e-59801. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2016.59801
2. Wannbo W, Sagmo L. Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. Sykepleien Forskning. 2013;8(1):26–34. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2013.0006
3. Simonsen BØ. Safe medication management. Evaluation and development of medication competence in registered nurses. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for klinisk og molekylær medisinw; 2016.
4. Krahenbuhl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krahenbuhl S. Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. Drug Saf. 2007;30:379–407.
5. Håkonsen H, Hopen HS, Abelsen L, Ek B, Toverud EL. Generic substitution: a potential risk factor for medication errors in hospitals. Adv Ther. 2010;27(2):118–26.
6. Johansen R. Hvilke legemidler er byttbare? Sykepleien. 2011;99(1):57–9. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2011.0014



7. Helsedirektoratet. Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer. Oslo; 2017. Rundskriv IS 7/2015. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/legemiddelhandteringsforskriften-med-kommentarer>(nedlastet 18.11.2019).
8. Questback. Tilgjengelig fra: <https://www.questback.com/no/>(nedlastet 18.11.2019).
9. Johansen R, Andersson Y. Generisk bytte av legemidler i sykehus. Tidsskr Nor Legeforen. 2019;139:36–40. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2019/01/originalartikkel/generisk-bytte-av-legemidler-i-sykehus>(nedlastet 18.11.2019).
10. Tønsys. Tilgjengelig fra: <https://tonsys.sahf.no/ebestilling/>(nedlastet 18.11.2019).
11. Research Methodology. Systematic sampling. Tilgjengelig fra: <https://research-methodology.net/sampling-in-primary-data-collection/systematic-sampling/>(nedlastet 18.11.2019).
12. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC. Structure and principles. Tilgjengelig fra: [https://www.whocc.no/atc/structure\\_and\\_principles/](https://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/)(nedlastet 18.11.2019).
13. Statens legemiddelverk. Nytt om legemidler. Oslo; 2018. Nr. 1/2018. Tilgjengelig fra: [https://legemiddelverket.no/Documents/Bivirkninger%20og%20sikkerhet/R%C3%A5d%20til%20helsepersonell/NYL/2018/2018\\_NYL%20nr%201\\_lavopp%C3%B8slig.pdf](https://legemiddelverket.no/Documents/Bivirkninger%20og%20sikkerhet/R%C3%A5d%20til%20helsepersonell/NYL/2018/2018_NYL%20nr%201_lavopp%C3%B8slig.pdf)(nedlastet 18.11.2019).
14. Sulosaari V, Suhonen R, Leino-Kilpi H. An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. J Clin Nurs. 2011;20:464–78.
15. Shane R. Current status of administration of medicines. Am J Health-Syst Pharm. 2009;66:42–8.
16. Galek J, Zukrowski M, Grov EK. Slik kan legemiddelhåndteringen bli mer forsvarlig og riktig. Sykepleien Forskning. 2018;13(74117);(e-74117). DOI: 10.4220/Sykepleien.2018.74117
17. Johnsen A. En sammenlikning av papirbaserte - og elektroniske legemiddelkurver: fordeler, ulemper og effekt på etterlevelse. (Masteroppgave.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30291/MasterxMHAx2012x1.0.pdf?sequence=2&isAllowed=y>(nedlastet 18.11.2019).
18. Fiske CN, Sjørøe ÅM. Elektronisk kurve – mulighet for reduksjon av legemiddelfeil i sykehus? Versjon nr. 1.1. (Masteroppgave.) Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Institutt for helse- og sykepleievitenskap; 2013. Tilgjengelig fra: <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/138617/Fiske%20%26%20Sjoroe%20HSJ%20%20Masteroppgave%202013%20v%20%20%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>(nedlastet 18.11.2019).
19. Helsedirektoratet. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo; 2018. IS-2620. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Ledelse%20og%20kvalitetsforbedring.pdf>(nedlastet 18.11.2019).
20. Meld. St. 28 (2014–2015). Legemiddelmeldingen – riktig bruk – bedre helse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/1e17b19947224def82e509ca5f346357/no/pdfs/stm201420150028000ddpdfs.pdf>(nedlastet 18.11.2019).



QR-KODE

**FORSKNINGSARTIKKEL:**  
**Sykepleieres kunnskap og oppfatninger om generisk bytte**

Skann koden og kom rett til artikkelen på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)

## ANNONSE

# STOLTHET OG TRADISJON SIDEN 1888



## MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

### Har du en ansatt som fortjener heder?

Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsette arbeidstakere med minst 30 år ved samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker og som står for overrekkelsen.



**NORGESVEL**  
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Tlf: 64 83 20 00 • [norgesvel@norgesvel.no](mailto:norgesvel@norgesvel.no) • [www.medaljen.no](http://www.medaljen.no)

## Fant ut at sykepleiere misforstår ved generisk bytte

– Mange sykepleiere gjør grunnleggende feil når de skal bytte medisiner. Dette må sykepleiere få bedre kunnskap og opplæring i, sier Rolf Johansen.

Tekst **Monica Hilsen** • Foto **Torbjørn Olsen, GD**

**I** forskningsartikkelen «Sykepleieres kunnskap og oppfatninger om generisk bytte» presenterer Johansen resultatene fra en spørreundersøkelse blant sykepleiere på 23 kirurgiske og 28 medisinske sengeposter i tre helseforetak.

Her ble det avdekket manglende forståelse for bytte av medisiner. En vanlig misforståelse var at bytter kunne gjøres med utgangspunkt i ATC-registeret, som er et internasjonalt system for klassifisering av legemidler.

– Mange sykepleiere gjør grunnleggende feil når de skal bytte medisiner, sier Rolf Johansen, som er pensjonert sykehusfarmasøyt fra sykehusapoteket på Lillehammer.

Hvis de hadde lært å gjøre det riktig, ville generisk bytte blitt både enklere og sikrere, forklarer Johansen. Han har full forståelse for at sykepleiere har det travelt.

– Feil i legemiddelhåndteringen i helsevesenet er velkjent. Og uriktig generisk bytte kan få store konsekvenser, sier han.

### **BUNDET AV INNKJØPSAVTALER**

En medisin må noen ganger byttes for eksempel på grunn av innkjøpsavtalen. Dette er en avtale sykehusene har på bestemte preparater etter anbud. De ønsker ikke å lagerføre flere like preparater. Et bytte

### **Rolf Johansen**

- Utdannet farmasøyt ved Universitetet i Oslo
- Har 22 års erfaring fra sykehusapotekene på Gjøvik og Lillehammer

Johansen står bak artikkelen «Sykepleieres kunnskap og oppfatninger om generisk bytte», som starter på side 34.

kan da skje mellom preparater med forskjellige navn, men der virkestoff og virkning er lik. Dette kaller man generisk bytte.

Sykepleiere kan nå søke i Felleskatalogen på nett eller som app og se hvilke preparater Legemiddelverket godkjenner som byttbare. Denne elektroniske tilgangen har gjort det mye enklere for sykepleiere å gjøre riktig bytte.

Det var ikke så enkelt før, så sykehusene satte opp sine egne byttelister.

Dette kan de fortsatt gjøre, det er opp til sykehuset å lage rutiner og bestemme hvilke byttelister som kan brukes.

– Eneste kilde for generisk bytte er godkjent bytte-liste, sier Johansen.

### **MENER UTDANNELSEN MÅ BLI BEDRE**

– Jeg har følelsen av at de lærer feil i utdannelsen, sier han.

Egen erfaring og tidligere studier som peker på mangelfull legemiddelkompetanse hos sykepleiere, førte

«Jeg har følelsen av at de lærer feil i utdannelsen.» Rolf Johansen

til at Johansen ønsket å kartlegge hvor mye kunnskap spesialsykepleiere har om medisinbytte og oppfatning av bytte.





**MEDISINER:** Generisk bytte krever kompetanse som må vedlikeholdes og oppdateres gjennom praksisen som sykepleier, sier Rolf Johansen.



Han mener at studentene må få bedre opplæring.  
– De som underviser, har ikke nok kunnskap, sier Johansen.

– Når de nå har et nettbasert oppslagsverk, må de læres opp i hvordan det skal brukes, sier han.

Han påpeker at arbeidsgiver har plikt til å sørge for at de ansatte er oppdatert. De må ha systemer som er gode nok til å gjennomføre denne oppgaven.

Preparatenes ATC-kode bygger på hvilket anatomiske organ legemiddelet virker på, og hvilken terapeutisk virkning det har. Men preparater i samme

ATC-gruppe er ikke nødvendigvis byttbare. En annen feilkilde er at noen navn på helt forskjellige

**«Eneste kilde for generisk bytte er godkjent bytteliste.»**

Rolf Johansen

preparater kan være svært like, og dette kan være forvirrende.

– Se nøye på preparatnavn og styrke, sier Johansen. Innføring av elektroniske legemiddelkurver i



## Nå ut internasjonalt

Sykepleien Forskning oversetter alle forskningsartiklene til engelsk

FAKTA

sykehus har endret en del på rutine-  
nene for generisk bytte.

– Men også her er det viktig at sykepleiere ikke bytter ut fra sine egne vurderinger og følger de rutiner som gjelder på sin arbeidsplass, sier han.

**FARMASØYTER HAR  
SPESIALKUNNSKAP**

Det finnes 32 sykehusapotek i Norge. Disse er i offentlig eie, drives av egne helseforetak og selger varer og tjenester til sykehusene. Johansen forteller at farmasøyter brukes mer og mer på sykehus, men dette er også et ressurs spørsmål.

Johansen er utdannet farmasøyt ved Universitetet i Oslo og har 22 års erfaring fra sykehusapotekene på Gjøvik og Lillehammer.

– Innsikten farmasøyten sitter på, er fagkunnskap som ikke en sykepleier har, sier han.

Han har jobbet tett med sykehusene, blant annet med internrevisjon av prosessen rundt legemidler, om sykehuset følger lover og regler.

**SPØRSMÅLSFORMULERING  
ER KREVENDE**

I studien ble det brukt et nettbasert spørreskjema.

– Det største arbeidet lå i å lage gode spørsmål, sier Johansen.

**Generisk bytte**

Generisk bytte er å bytte fra et originalpreparat til et likeverdig legemiddel med annet navn. Likeverdige legemidler har samme virkestoff i samme mengde og oppfører seg helt likt i kroppen, men hjelpestoffene som bidrar til form og farge, kan variere. Legemidler som kan byttes generisk, kalles generika.

Produksjons- og kvalitetskravene for generiske legemidler er de samme som for originalpreparatene. Det er Statens Legemiddelverk som står for godkjenningen av de generiske legemidlene i Norge. Ordningen med generisk bytte gjennom bytteordningen gjør at både statens og pasientenes legemiddelutgifter reduseres.

*Kilde: Store medisinske leksikon*

Johansen forteller at det ligger mye jobb i å formulere spørsmålene slik at han fikk svar på det han lurte på. Men erfaring med dette hadde han en del av fra før.

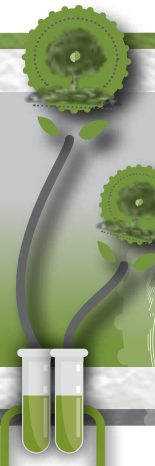
**FAGARTIKKEL GIR  
NØDVENDIG KUNNSKAP**

Studiene ga så mange resultater at det ble til to forskningsartikler, en i *Sykepleien Forskning* og en i *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

I etterkant av forskningsartikkelen har Johansen skrevet fagartikkelen «Unngå feil ved generisk bytte».

Her får sykepleiere innsikt i hvordan generisk bytte kan gjøres korrekt, og han formidler det han mener de trenger av kunnskap.

– Fagartikkelen er enkel å lese og nyttig for sykepleiere flest, sier Johansen.





**HOVEDBUDSKAP:**

For å forbedre den elektroniske dokumentasjonen innførte øyeavdelingen ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) nye elektroniske skjemaer som dokumentasjon for pasienter med glaukom og uveitt. I denne artikkelen vil vi diskutere helsepersonellens erfaringer med disse skjemaene. Elektronisk dokumentasjon i skjema viste seg å være tidsbesparende, effektivt og oversiktlig.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.78093

**NØKKELOD:**

► Tidsbesparende ► Effektivisering ► Oversikt ► Kontinuitet

# Nye dokumentasjonsverktøy ga bedre oppfølging av øyepasienter

Ved å bruke elektroniske skjema kan behandleren lettere oppdage forverring av sykdommen og iverksette umiddelbar behandling.

**H**elsepersonell som arbeider ved øyeavdelingen, har siden DIPS' (Distribuert informasjons- og pasientdatasystem i sykehus) elektroniske pasientjournal (EPJ) ble innført ved SUS, dokumentert utredning og behandling av øyesykdommer i EPJ, slik helsepersonelloven (1) krever.

Ved hver pasientkonsultasjon dokumenteres det ved at lege eller sykepleier skriver et poliklinisk notat i DIPS EPJ. I en akutt fase i et sykdomsforløp kan pasienten ha mange konsultasjoner, og dermed vil det etter hvert bli tallrike polikliniske notater i DIPS EPJ.

**SAMLET I ETT DOKUMENT**

Å finne frem i disse tallrike polikliniske notatene, for å få en oversikt over sykdomsbildet til pasienten med glaukom eller uveitt, kan være tidkrevende i en travel hverdag. For å forbedre den elektroniske dokumentasjonen startet øyeavdelingen fra mars 2018 med glaukomskjema og uveittskjema i DIPS EPJ. Den samme dokumentasjonen som før ble skrevet i det polikliniske notatet, ble etter endringen skrevet inn i det nye elektroniske skjemaet.

Endringen gjorde det mindre tidkrevende å få oversikt over pasientens sykdomsbilde, da sykepleier eller lege bare behøvde å åpne ett dokument i stedet for å åpne hvert enkelt polikliniske notat. I et elektronisk skjema vil alle pasientdata være samlet i ett dokument.

Kommunikasjon mellom lege og sykepleier om elektroniske skjema og polikliniske notater foregår enten via direkte kontakt eller gjennom såkalte gule meldinger i DIPS

**FORFATTERE**



**Katrine Vikås Paulsen**  
Øyesykepleier og fagutviklingssykepleier,  
Øyepoliklinikk og dagkirurgi, Stavanger  
universitetssjukehus



**Sissel Eikeland Husebø**  
Professor, Institutt for helsefag,  
Det helsevitenskapelige fakultet,  
Universitetet i Stavanger

EPJ. Gule meldinger er en elektronisk melding som brukes for å sende beskjeder om pasienter, enten til en arbeidsgruppe eller mellom enkeltpersoner. Gule meldinger loggføres ikke i pasientens journal mer enn 30 dager og er ikke bundet opp til et dokument.

**KONTINUITET I PASIENTOPPFØLGINGEN**

Formålet med kvalitetsprosjektet var at dokumentasjon av pasientdata i de elektroniske skjemaene skulle gi en bedre struktur for arbeidet til hvert enkelt helsepersonell, gi en bedre flyt og oversikt over utført pasientbehandling, og at det skulle bli enklere å følge utviklingen av pasienter med glaukom og uveitt over tid.

Det er forsket på elektroniske systemer for informasjonsbehandling for pasienter med retinopati forårsaket

**«Det skulle bli enklere å følge utviklingen av pasienter med glaukom og uveitt over tid.»**

av diabetes (2). De positive resultatene fra denne forskningen kan også overføres til informasjonsbehandling i forbindelse med andre kroniske sykdommer, som glaukom og uveitt.

De elektroniske skjemaene som brukes i behandlingen av uveitt og glaukom, skaper en ramme som gir kontinuitet i oppfølgingen av pasienter som har en kronisk sykdom, der det kreves tett oppfølging. Gode rutiner ved



**NYE SKJEMA:** Øyesykepleier Kari Karlsson i samtale med en øyepasient. Nyutviklede dokumentasjonssystemer har gitt bedre oversikt over pasientforløpene og gode tilbakemeldinger fra pasientene. Foto: Janne Lunde Olsen

bruk av elektroniske skjema i pasientbehandling og retningslinjer for hvordan pasientopplysninger blir dokumentert i skjema, er i denne sammenheng av stor betydning (3).

### KORT OM GLAUKOM OG UVEITT

Glaukom (grønn stær) er en kronisk, livslang sykdom som angriper synsnerven og medfører innskrenking av synsfeltet over tid (4). Forhøyet trykk i øyet er den eneste faktoren man kan behandle for å forebygge sykdomsprogresjon.

Hos noen pasienter vil øyedråper og eventuelt laserbehandling ikke være tilstrekkelig behandling, og pasientene må derfor opereres. Hensikten med operasjon er å lage en kunstig passasje i øyets senehinne for å avlaste trykket i øyet (4).

Uveitt er en betennelse i uvea, som kan ha ulike etiologi (årsaker) som for eksempel idiopatisk uveitt, infeksjon eller som en del av en systemisk autoimmun sykdom. Uvea er en fellesbetegnelse på regnbuehinnen (*iris*), strålelegemet (*corpus ciliare*) og årehinnen (*choroidea*). Målet med behandlingen er å stoppe den aktive betennelsen, forhindre komplikasjoner og dempe smerter (5).

### Glaukomskjema

I glaukomskjemaet dokumenterer legen diagnose, utgangstrykk, måltrykk (et trykknivå der glaukomskaaden antas ikke å forverre seg), gonioskopi (metode for å undersøke vinkelen mellom hornhinnen (*cornea*) og regnbuehinnen (*iris*) i fremre øyekammer), tidligere sykdommer, arvelighet (arvelighet), medikamenter, allergier og laserbehandling.

Sykepleier utfører og dokumenterer undersøkelser

### Intervjuguide til fokusgruppeintervju:

1. Hvilke erfaringer har du gjort deg ved å bruke skjema for uveitt og glaukom?
2. Hvilke måter hjelper skjemaet deg i din arbeidshverdag?
3. Hvilken betydning har skjema for deg som behandler?
4. Hva synes du fungerer bra med skjemaet i dag?
5. Hvilke utfordringer har du hatt med skjemaet?
6. På hvilken måte har skjemaet ført til endringer i ditt arbeid?
7. Er det noe du tenker kan forbedres med skjemaene?
8. Hvilken betydning tror du skjemaene kan ha for kvaliteten på behandlingen til pasientene?
9. Er det noe som er av betydning for skjemaene som vi ikke har snakket om i gruppeintervjuet?

som for eksempel måling av øyetrykk (intraokulært trykk), undersøkelse av skarpsyn (visus), fotografering av synsnerven (papillen) med *optical coherence tomography* (OCT) og måling av hornhinnetykkelse (pachymetri) og synsfelt (perimetri).

### Uveittskjema

I pasientens uveittskjema dokumenterer legen diagnose og behandlingsplan. Undersøkelser og dokumentasjon som utføres av sykepleier, er: måling av øyetrykk, undersøkelse av skarpsyn (visus) og fotografering av øyebunnen med OCT. Sykepleier bruker også et flaremeter, som er et apparat som måler proteiner i forkammervæsken (en indikator på betennelse).

### METODE

I kvalitetsforbedringsprosjektet har vi brukt fokusgruppeintervju (6) for å få belyst erfaringer som sykepleiere



#### Grønn stær-video

Skann koden  
og kom rett til videoen  
på YouTube.

Video om grønn stær fra Norges  
Blindeforbund: Bli med inn i øyet –  
Glaukom – grønn stær.

» og leger har med de elektroniske skjemaene for glaukom og uveitt. Fokusgruppeintervjuene vil kunne bidra til at sykepleierne og legene som deltar, blir mer reflekterte og får mer innsikt i temaet.

I hver fokusgruppe deltok tre sykepleiere og en lege, til sammen seks sykepleiere og to leger. Helsepersonellet deltok frivillig i gruppene, og alle deltakerne fikk informasjonsskriv og undertegnet på samtykkeskjema.

Inklusjonskriteriene var at vedkommende helsepersonell skulle ha erfaring med bruk av elektronisk skjema

### «Vi ser utviklingen av sykdommen hos pasienten mye lettere nå enn før.»

Sitat fra fokusgruppeintervjuene

for glaukom og uveitt. Personvernombudet ved SUS ga tillatelse til å bruke direkte sitater fra deltakerne i denne fagartikkelen.

#### FUNN

Alle deltakerne ga uttrykk for at dokumentasjon i elektroniske skjema for pasienter med glaukom og uveitt er med på å sikre god kvalitet på helsetjenesten. En slik dokumentasjon gir bedre struktur for arbeidet til den enkelte sykepleier og lege og fører til bedre flyt og oversikt over oppgavene som utføres.

Dokumentasjonen bidrar til at det er enklere å følge utviklingen av pasientens sykdom over tid, noe som kommer til uttrykk i dette sitatet fra en av deltakerne i fokusgruppene: «Det gir oss en sykdomsforståelse. Ellers ser vi utviklingen av sykdommen hos pasienten mye lettere nå enn før når vi åpnet og lukket dokumenter.»

Pasienter kan i akutte faser av sykdomsforløpet komme til gjentatte konsultasjoner, da de trenger ekstra oppfølging hos både lege og sykepleier. Da er det viktig å ha god oversikt over utviklingen av forløpet, slik et elektronisk skjema kan gi. All dokumentasjon blir samlet i en elektronisk database og er tilgjengelig for alt helsepersonell ved avdelingen, noe som dermed også er tidsbesparende.

Både leger og sykepleiere fyller inn data i de elektroniske skjemaene i løpet av pasientens konsultasjon på poliklinikken. Behandleren kan lettere oppdage forverring av sykdommen ved å bruke elektroniske skjema i behandlingsforløpet, noe som gir bedre kvalitet og økt pasientsikkerhet.

#### Effektivitet og kontinuitet

Et elektronisk skjema vil gjøre arbeidsdagen mer effektiv; slik beskrives dette av en av deltakerne i intervjugruppene: «Det er jo enormt tidsbesparende og effektivt. Du ser hele tiden om det er store avvik og slikt på et blunk.»

Pasientbehandlingen er lagt opp slik at pasienten kommer til jevnlig kontroll kun hos sykepleier. Pasientinformasjon fra hver konsultasjon føres i det elektroniske skjemaet. Dersom sykepleieren oppdager avvik eller setter spørsmålstegn ved funn ved undersøkelser, kan dette kommuniseres med legen, enten via direkte kontakt eller gjennom å sende en gul melding i DIPS EPJ, og på den måten få et raskt svar i en hektisk hverdag.

Legen skriver i behandlingsplanen hva som er planen videre. Dette gir kontinuitet i pasientbehandlingen, noe som helsepersonellet også uttrykte i intervjuene.

Et eksempel på dette kan være dersom det måles høyt øyetrykk over det måltrykket som legen har fastsatt i behandlingsplanen i skjemaet. Med «måltrykket» me-

### «Det blir enklere å sette i gang eller endre tiltak når all pasientinformasjon finnes i det elektroniske skjemaet.»

nes det trykknivået øyet bør ha, slik at ikke øyesykdommen forverres. Ved at legen har notert måltrykket i det elektroniske skjemaet, blir det enklere for sykepleieren som måler pasientens øyetrykk, å vurdere den videre behandlingsplanen.

Et annet eksempel er hvordan pasienten har respondert på behandlingen, noe som er viktig med tanke på å se helheten i pasientbehandlingen. Det blir enklere å sette i gang eller endre tiltak når all pasientinformasjon finnes



i det elektroniske skjemaet i DIPS EPJ. En av deltakerne i FGI uttrykte det slik:

«Med uveittpasienter så planlegger du jo alltid for noen måneder frem i tid. Og det kan du bare gjøre når du vet hva som har skjedd. Og enten er du da avhengig av at noen er veldig grundige med journalnotat, eller så hjelper det jo med et sånt skjema.»

### Bedre kvalitet på pasientbehandlingen

For at helsepersonellet skal være forberedt til konsultasjonen med pasienten, må informasjon innhentes i forkant. De elektroniske skjemaene for glaukom og uveitt gir en oversikt over sykdomsforløpet, slik at pasienten slipper å gjenta tidligere opplysninger.

I stedet for å bruke tid på å gå gjennom mange notater, vil informasjonen om pasienten stå kortfattet i det elektroniske skjemaet. Det tar dermed kortere tid å se hvor pasienten er i behandlingsforløpet, slik dette sitatet fra en deltaker i en av fokusgruppene underbygger: «Du blir raskt forberedt på å ta imot pasienten ved å åpne det skjemaet.»

På denne måten kan bruken av elektroniske skjema på sikt gi en samfunnsøkonomisk gevinst. Pasienten får en

ny konsultasjon hos den samme sykepleieren og derved kontinuitet i oppfølgingen, noe som bidrar til trygghet for pasienten.

### Mindre belastende å møte til konsultasjon

Sykepleier vil også ha jevnlig kontakt med behandlende lege. Denne organiseringen frigjør også legeressurser. Det kom frem under fokusgruppeintervjuene at sykepleierne og legene merket at pasientene følte seg trygge og ivare tatt i konsultasjonen når det ble brukt elektroniske skjemaer.

### «Du blir raskt forberedt på å ta imot pasienten ved å åpne det skjemaet.»

Sitat fra fokusgruppeintervjuene

maer. En av deltakerne uttrykte det slik: «At pasienten føler seg ivare tatt. Dette med trygghet da.»

Ved at behandleren får raskt overblikk ved å bruke det elektroniske skjemaet, vil pasienten forhåpentligvis oppleve at helsepersonellet er godt informert om hans eller hennes helsetilstand. Det at helsepersonellet virker informert, kan påvirke relasjonen mellom behandler og pasient på en god måte.

## Fagartikkel eller forskningsartikkel?

Lurer du på hva som skiller de to artikkeltypene fra hverandre? Her er noen punkter:

Kriterier	Forskningsartikkel	Fagartikkel
Fagfellevurdering	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Introduksjon/bakgrunn	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Metodebeskrivelse	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei (men kan ha metodedel)
Resultatbeskrivelse	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Diskusjon	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Krav til transparens og etterprøvbarehet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Krav til pålitelig metode (reliabilitet)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei, men pålitelige kilder
Krav til gyldige resultater (validitet)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Krav til overførbarhet/generaliserbarhet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Relevans for utøvelse av sykepleie	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Resultatene kan tas direkte i bruk i praksis	<input type="checkbox"/> Nei	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Faglig vurdert av redaktør	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja



Flere av deltakerne i fokusgruppeintervjuene hadde erfart at pasientene slapp å fortelle sykehistoriene sine på nytt hver gang til en ny sykepleier eller lege. Pasientene hadde også gitt uttrykk for at det var blitt mindre belastende å møte til konsultasjoner, noe som forhåpentligvis vil påvirke deres opplevelse av behandlingstilbudet.

De elektroniske skjemaene inneholder en kortversjon av pasientinformasjon, slik dette sitatet fra en av deltakerne i

### «Dokumentasjonen er tids- besparende og effektiv.»

fokusgruppene bekrefter: «Det vil si at det er begrenset med plass, fysisk plass. Det blir liksom kortversjonen som kommer der.»

#### DISKUSJON

Arbeidet med å utvikle de elektroniske skjemaene for glaukom og uveitt har vært et samarbeid mellom ansvarlig lege og fagsykepleier. I utviklingsprosessen var det viktig å få frem hva som var hensiktsmessig å ha med i skjemaene, og hvordan skjemaene skulle brukes.

For å få inkludert de elektroniske skjemaene i DIPS har fagsykepleier vært i dialog med EPJ-fagsenteret og IKT-senteret, også ved endringer i skjemaene. EPJ-fagsenteret er underlagt avdeling for fag, forskning og undervisning (FFU) i Helse Stavanger. IKT-senteret er under Helse Vest.

#### Utfordrer arbeidsrutinene

Et viktig perspektiv som kom frem under fokusgruppeintervjuene, er at det å bruke elektroniske skjemaer utfordrer arbeidsrutinene. Det kan være enklere å skrive et poliklinisk notat enn å bruke elektroniske skjema, da det å skrive et poliklinisk notat er noe man er vant til å gjøre.

Endringer i arbeidsrutiner tar tid. Talegjenkjenning kan også brukes i den daglige arbeidsrutinen til å skrive et poliklinisk notat og er med på å påvirke om man velger å benytte det elektroniske skjemaet. Talegjenkjenning går ut på at datamaskinen blir talestyrt og dokumentet blir skrevet uten tastatur.

Talegjenkjenningsteknologi er i hovedsak knyttet opp til poliklinisk notat eller andre journaldokumenter, og er ikke på det nåværende tidspunktet tilgjengelig for anvendelse i

forbindelse med det elektroniske skjemaet. Dette hjelpemidlet gjør at legen raskt kan ferdigstille et poliklinisk notat. Øyeavdelingen anbefaler likevel legene å benytte det elektroniske skjemaet, selv om det er mer arbeidskrevende der og da sammenliknet med et poliklinisk notat.

#### Utdypende informasjon i eget notat

Avvik i behandlingen eller annen relevant informasjon føres inn i behandlingsplanen sammen med initialer og dato for konsultasjonen. Eksempler på annen informasjon kan være annen synsfeltundersøkelse som blir utført, eller informasjon fra pasienten som har noe å si for selve undersøkelsen eller for vurderingen av undersøkelsen.

Når informasjonen i det elektroniske skjemaet er kortfattet og konsis, vil det være en risiko for at viktig pasientinformasjon kan bli utelatt. Den essensielle informasjonen vil være ført i skjemaet, men dersom det er ønskelig med mer utdypende informasjon, bør dette gjøres i et eget notat.

#### God yrkesskikk

Ifølge helsepersonelloven (1) skal helsepersonell bruke god yrkesskikk når de dokumenterer i journalen. Det står også i helsepersonelloven at dokumentasjon i notat skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. For at helsepersonell som arbeider sammen, skal forstå hverandre, er det viktig at de bruker de medisinske termene og forkortelsene som er mest vanlige på den avdelingen hvor det elektroniske skjemaet blir brukt.

En konkret løsning for å få til dette kan være å utvikle en enkel veileder med forkortelser til de elektroniske skjemaene, eller eventuelt en mulighet til å ha elektroniske forklaringer bygd inn i selve skjemaet. På det nåværende tidspunktet er ikke dette mulig i DIPS.

#### Internt arbeidsverktøy

Et annet viktig poeng som kom frem under fokusgruppeintervjuene, er at det elektroniske skjemaet ikke må bli sendt til fastlegen eller andre eksterne behandlere, som for eksempel private øyeleger. Det elektroniske skjemaet skal være et internt arbeidsverktøy, og eventuelle egne notater til fastlegen må sendes separat.

På nettsidene til [helsenorge.no](http://helsenorge.no) (7) har pasienten selv

DEL ARTIKKELEN  
LAST NED PDF

Bruk mobilens kamera til å skanne QR-kodene og kom direkte til artiklene på Sykepleiens hjemmeside

sykepleien.no

QR-KODE

BILDE

The graphic features a smartphone on the right displaying a QR code. The background is a dark green banner with white text and a white arrow pointing to the QR code. The text includes 'DEL ARTIKKELEN' and 'LAST NED PDF' in a circular seal, 'Bruk mobilens kamera til å skanne QR-kodene og kom direkte til artiklene på Sykepleiens hjemmeside', the website 'sykepleien.no', and 'QR-KODE' and 'BILDE' near the phone.

innsyn i sin kjernejournal, men ikke alle notater er tilgjengelige digitalt. En av grunnene til dette kan være størrelsen på notatet eller dokumenttypen. Dette gjelder nok også de elektroniske skjemaene som er omtalt her (8).

## KONKLUSJON

I denne artikkelen har vi undersøkt helsepersonells erfaringer med bruk av elektroniske skjema som dokumentasjon for pasienter med glaukom og uveitt.

Erfaringene viste at dokumentasjonen er tidsbesparende og effektiv. I tillegg er elektroniske skjemaer oversiktlige og medfører bedre kontinuitet og økt sykdomsforståelse. Målet er at dette skal føre til bedre kvalitet på helsetjenestene som pasientene mottar.

Utfordringer ved det elektroniske skjemaet er at formatet på skjemaet gjør at pasienten ikke har tilgang til det i sin kjernejournal på nettet, at skjemaet ikke blir sendt direkte til fastlege eller eksterne leger, og at dokumentasjonen i skjemaet ikke alltid er forståelig for annet helsepersonell.

Til tross for utfordringer med de elektroniske skjemaene er sykepleierne og legene enige om at skjemaene fungerer som et viktig verktøy i arbeidshverdagen og fører til bedre arbeidsflyt. For å styrke implementeringen av skjemaene er det viktig at helsepersonell minner hverandre på bruken av disse, slik at arbeidsvaner endres over tid, og at implementeringen støttes av ledelsen ved avdelingen.

Ved å bruke elektroniske skjema kan behandleren lettere oppdage forverring av sykdommen og iverksette umiddelbar behandling, noe som bedrer kvaliteten og pasientsikkerheten. Dette er grunn nok i seg selv til at helsepersonell bør bruke elektroniske skjema ved glaukom og uveitt. ●

## REFERANSER

1. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 13.08.2019).
2. Equziza A, Trigo JD, Espronceda MM, Serrano L, Andonequi J. Formalize clinical processes into electronic health information systems: modelling a screening service for diabetic retinopathy. *J Biomed Inform.* 2015;56:112–26.
3. Dartnell J, Hemming M, Collier J, Ollenschläger G. Putting evidence into context: some advice for guideline writers. *Evid Based Nurs.* 2008;1(1): 6–8.
4. Statped. Grønn stær (glaukom) [Internett]. Holmestrand: Statped; 06.09.12 [oppdatert 25.09.2015; sitert 01.04.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.sansetap.no/diagnoser-og-tilstander/syn/gronn-staer-glaucom/>
5. Statped. Uveitt [Internett]. Holmestrand: Statped; 2012 [oppdatert 30.06.2016; sitert 01.04.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.sansetap.no/diagnoser-og-tilstander/syn/uveitt/>
6. Lerdal A, Karlsson B. Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning.* 2008;3(3):172–5.
7. Direktoratet for e-helse. Kjernejournal. Oslo: helsenorge.no. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/kjernejournal> (nedlastet 13.08.2019).
8. Direktoratet for e-helse. Hva ser du ikke i den digitale pasientjournal? Oslo: helsenorge.no; 2018. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/pasientjournal/se-pasientjournalen-din-fra-helse-vest#Hva-ser-du-ikke-i-den-digitale-pasientjournalen?> (nedlastet 13.08.2019).



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:  
**Nye dokumentasjonsverktøy  
ga bedre oppfølging av øyepasienter**

Derfor skrev jeg  
denne artikkelen



**Katrine Vikås Paulsen**

Øyesykepleier og fagutviklingssykepleier.  
Stavanger universitetssjukehus

Jeg skrev fagartikkel fordi jeg ønsket å formidle mine erfaringer med elektronisk skjema for oppfølging av øyepasienter med glaukom og uveitt til annet helsepersonell. De elektroniske skjemaene har gjort arbeidshverdagen min lettere og mer effektiv. Samtidig opplever jeg at jeg har mer oversikt over pasientens sykdomsbilde og lettere kan sette i gang tiltak i samarbeid med øyelege. Jeg håper at andre øyeavdelinger kan ta i bruk våre elektroniske skjemaer.

Det som er viktig for en sykepleier som arbeider med øyepasienter, er å møte pasienten med respekt, smil og varme, og være lyttende samtidig som man er faglig dyktig og profesjonell.

Jeg jobber med at pasientinformasjon skal formidles på en enkel og god måte, slik at det er lett for motakeren å forstå. Brukermedvirkning gjennom brukerundersøkelse og informasjonsmøte er viktig slik at pasienten skal bli sett og hørt, som igjen vil føre til økt kvalitet på våre helsetjenester. ●



**STUDENTASSIS-  
TENTER: Kompetente studenter fra tredje studieår hjalp førsteårsstudenter med å få bedre forståelse av anatomi, biokjemi og fysiologi. Illustrasjonsfoto: Syda Productions / Mostphotos**



## FORFATTERE

### Mona Elisabeth Meyer

Førstelektor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, studiested Kjeller

### Magne Haukland

Førstelektor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, studiested Kjeller

### Heidi Snoen Glomsås

Høgskolelektor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, studiested Kjeller

### Sidsel Tveiten

Professor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, studiested Kjeller

## NØKKELORD

- ▶ Peer Assisted Learning (PAL)
- ▶ Studentassistenter ▶ Læringsutbytte
- ▶ Proksimalutviklingssone ▶ kvalitativ metode

**DOI-NUMMER:** 10.4220/Sykepleienf.2019.79469

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Studien undersøker sykepleierstudentenes erfaringer med Peer Assisted Learning (PAL) i anatomi, fysiologi og biokjemi (AFB). AFB oppleves som vanskelig for mange sykepleierstudenter, og det er høyere strykpersent i AFB enn i andre fag. For å møte utfordringene ga vårt studiested et tilbud om en supplerende læringsmetode i form av Peer Assisted Learning (PAL). PAL forstås her som studenters læring gjennom studentassistenter som *peer teachers*. PAL er en studentaktiv læringsmetode som bidrar til å engasjere studenter i læring, undervisning og veiledning.

**Hensikt:** Vi ønsket å fremskaffe kunnskap om studentenes erfaringer med PAL i AFB.

**Metode:** Denne studien, som er en del av en tverrsnittsstudie, analyserer tematisk fritekstsvar på to av seks åpne spørsmål fra et strukturert spørreskjema, som er besvart anonymt via læringsplattformen Fronter. Skjemaet hadde 38 spørsmål (32 kvantitative og 6 med fritekstsvar). 108 av 175 (62 prosent) førsteårsstudenter i en bachelorutdanning i sykepleie deltok i studien. Av de 108 respondentene svarte 19 (17,6 prosent) at de hadde benyttet tilbudet med studentassistenter, og alle 19 besvarte spørsmålet om sine erfaringer med PAL. Denne studien omhandler svarene fra disse 19 studentene. I tillegg presenterer vi kvantitative data om eksamensresultatene for den delen av studentkullet som ikke benyttet studentassistenter, og for de 19 som benyttet tilbudet.

**Resultat:** Studentassistenter bidro til bedre forståelse for faginnholdet og inspirerte til læring. Studentene hadde godt læringsutbytte og verdsatte opplevelsen av trygghet ved å være i mindre grupper.

**Konklusjon:** Studentassistenter kan bidra til studentaktive læringsmetoder og til bedre kvalitet i utdanningen. Det er mulig at studentassistenter bidrar til å bedre eksamensresultatene, men det er for lite materiale til å konkludere. Videre forskning er ønskelig.

# Studentassistenter bidro til læring i anatomi, fysiologi og biokjemi

Studentassistenter underviste studentene i små grupper og hjalp dem med å få bedre forståelse for faginnholdet og inspirerte til læring.



**M**ange sykepleierstudenter synes anatomi, fysiologi og biokjemi (AFB) er vanskelig. Derfor anses det å være behov for å bedre kvaliteten på didaktikken i AFB. En slik kvalitetsutvikling er i tråd med Kunnskapsdepartementets føringer i Melding til Stortinget 16 – Kultur for kvalitet i høyere utdanning: «Universitetene og høyskolene må tilby oppdaterte og relevante utdanninger som motiverer til læring og gjennomføring.» (1, s. 11)

Ett mål på kvalitet i høyere utdanning er at studenten oppnår optimale læringsresultater og personlig utvikling, og at behovet for mer studentaktive læringsformer vektlegges (1). Universitetene og høyskolene har en internasjonal forpliktelse gjennom Bologna-prosessen fra 2015 til å sørge for studentsentrert læring og undervisning (2).

Kravet om mer studentaktive læringsmetoder og bedre kvalitet på læringen i høyere utdanning kan imøtekommes gjennom å engasjere studenter mer som partnere i læring og undervisning (3).

## Læringsmetoden Peer Assisted Learning

Peer Assisted Learning (PAL) er et eksempel på en læringsmetode som aktiviserer studentene. Den ble høyt verdsatt og implementert i mange utdanningsinstitusjoner i Storbritannia fra 1990-tallet. Begrepet PAL er vidt, men følgende forståelse av begrepet er vanlig: «The emphasis of PAL is on active discussion and cooperative learning within the framework of a

partnership with the formal structure of the course.» (4, s. 1)

PAL vektlegger at studentene tar aktivt del i og ansvar for egen læring. PAL skaper et miljø for at studentene samarbeider gjennom fagdiskusjoner og forberedelser til eksamen (5). Black og MacKenzie (6) skiller mellom *horizontal* og *vertical peer support*.

*Horizontal peer support* foregår blant studenter på samme nivå, *vertical* når studenter som er kommet lengre i studieløpet, støtter studenter på et lavere utdanningsnivå. Begrepene *studentassistent* eller *læringsassistent* brukes i norske utdanningsinstitusjoner om denne formen for PAL. I utenlandsk litteratur benyttes begrepene *peer teacher* og *tutor* (7). I denne artikkelen brukes hovedsakelig begrepet *studentassistenter*.

## Teorigrunnlag

Den pedagogiske metoden PAL bygger på sosialkonstruktivistisk forståelse av læring, inspirert av Vygotskij. Teorien baseres på at mennesker genererer og konstruerer egen kunnskap i samarbeid med andre gjennom språk og samhandling.

Vygotskij fokuserte på å hjelpe de lærende i den proksimale utviklingssonen. Denne sonen er avstanden mellom studentens aktuelle utviklingsnivå, hvor selvstendig problemløsning mestres, til studentens potensielle utviklingsnivå, hvor problemløsning kan mestres ved hjelp av lærerveiledning eller en mer kompetent medstudent (8) (figur 1).

Bruner videreutviklet Vygotskijs teori og fremhevet mennesker som

«støttende stillas» for hverandre (*scaffolding*). Der studenter samarbeider ved å samsnakke og støtte hverandre, kan den enkelte bli mer kompetent enn om han/hun hadde vært alene (10).

Bandura vektlegger læring i et sosialt fellesskap (sosialkognitiv lærings-teori) (11) og støtter betydningen av den positive effekten av PAL. Det samme gjør Wenger gjennom begrepet *communities of practice* (12). Studentassistenter i studien vår er rollemødelere for førstårsstudentene.

## Tidligere forskning

Stigmar (3) viser i en litteraturstudie hvordan både studentassistenter og de som veiledes eller undervises (*tutees*), profitterte på *peer teaching*.

En studie fra Storbritannia viste at PAL ga fordeler for studentassistenterne, dem som mottok studiestøtte fra studentassistenterne, og for institusjonene. Studentene som deltok i PAL, ble mindre usikre og urolige i overgangen til høyere utdanning, fikk større tilhørighet og mer akademisk selvtillit.

Vennskap ble fremmet, og studentene ble bedre sosialt integrert i studiemiljøet sitt. Akademisk tok de mer ansvar for egen læring, viste større engasjement, forbedret karakterer og fullførte i større grad enn de ikke-involverte i PAL. For utdanningsinstitusjonene ble det mindre frafall av studenter, og studentene var mer tilfredse (13).

PAL stimulerer faglige ferdigheter, gir mulighet for dialog i læringsprosessen og senker studentenes engstelse fordi studentassistenterne virker



mindre skremmende enn faglærere. Med faglærer er det en asymmetrisk relasjon (3).

Universitets- og høyskolerådet vektlegger betydningen av veiledningskompetanse i helse- og sosialfaglige utdanninger (14). Å være studentassistent er en læringsarena for å utvikle pedagogisk kompetanse.

### Nasjonal eksamen i AFB

Nasjonal eksamen i AFB viste en strykeprosent på 29 i 2015 (15) og 22 i 2018 (16). Kyte og medarbeidere (17) har vist at strykeprosenten i AFB er høyere enn i andre emner på sykepleierstudiet.

Studentpopulasjonen i høyere utdanning er heterogen med store sprik i studentenes reelle studiekompetanse ved opptak. I Norge er det ikke forkunnskapskrav i naturvitenskapelige fag i sykepleierutdanningen. Det er derfor forskjeller på studentenes læreforutsetninger. Opptakskarakterer har periodevis vært relativt lave (18).

De ovennevnte faktorene medfører pedagogiske utfordringer. Der fagstoffet stiller større krav til forkunnskaper enn det studentene har, beveger læreren seg, ifølge Vygotskij, utenfor det aktuelle kunnskapsnivået som kan forventes. Vygotskij hevder videre at studenter kan oppnå et høyere kunnskapsnivå der det legges til rette for faglig støtte i studentenes nærmeste utviklingszone (8).

### Tilbud om studentassistenter

For å møte utfordringene med høy strykeprosent (15, 16) implementerte

faglæreren en supplerende læringsmetode i form av PAL til våre sykepleierstudenter. Rekrutteringen av studentassistentene foregikk ved at to kompetente studenter fra tredje stu-



## «For å møte utfordringene med høy strykeprosent implementerte faglæreren en supplerende læringsmetode i form av PAL til våre sykepleierstudenter.»

dieår, hvorav én hadde karakteren A på AFB-eksamen, tilbød seg å være studentassistenter utenom timeplanbelagte læringsaktiviteter.

De presenterte seg i klassen, og kontaktinformasjon ble lagt i den elektroniske læringsplattformen Fronter, der kommunikasjon mellom lærere og studenter foregår. Faglæreren var tilgjengelig for studentassistentene ved behov, og faglæreren koplet studenter med behov til studentassistentene.

Studentassistentene svarte på e-poster, hadde ukentlige gruppesamlinger med to til seks studenter, eller de hadde individuell veiledning etter forespørsel gjennom høstsemesteret. Noen studenter møtte ukentlig, andre bare én til to ganger. Eksamensoppgaver og temaer som studentene syntes var vanskelige, ble gjennomgått.

Studentassistentene bidro til

vertical peer support og peer teaching i grupper, slik disse begrepene er definert over. Dialog med utgangspunkt i den enkelte studentens læringsprosess og kunnskapsbehov ble vektlagt.

Målet med tilbudet var å innføre en studentaktiv læringsmetode i mindre grupper samt styrke utdanningskvaliteten og de pedagogiske ferdighetene til studentassistentene.

### Hensikten med studien

Hensikt med studien var å få kunnskap om studentenes erfaringer med PAL i AFB.

### METODE

Denne studien, som er del av en tverrsnittsstudie, analyserer tematisk fritekstsvar på to av seks åpne spørsmål fra et strukturert spørreskjema, besvart anonymt via Fronter. Vi trekker frem noen kvantitative funn der det synes hensiktsmessig for helhetsforståelsen.

Skjemaet hadde 38 spørsmål, derav seks med fritekstsvar. 108 av 175 (62 prosent) av førsteårsstudentene i bachelorutdanningen i sykepleie svarte. Av de 108 respondentene svarte 19 (17,6 prosent) at de hadde benyttet tilbudet med studentassistenter, og alle 19 besvarte spørsmålet om erfaringer med PAL.

Denne studien omhandler svarene fra disse 19 studentene. I tillegg presenterer vi en oversikt om eksamensresultatene for den delen av studentkullet som ikke benyttet studentassistenter, og for de 19 som benyttet tilbudet.

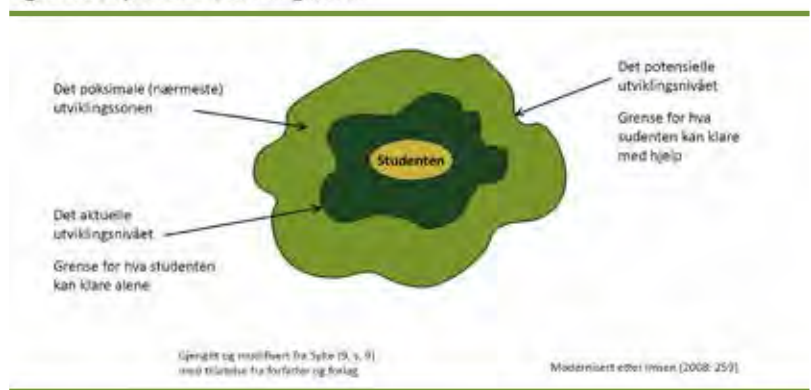
### Etikk

Studentene ble informert om studien i Fronter og i undervisningen. Anonymitet og konfidensialitet ble ivaretatt. Studien ble godkjent av instituttlederen og Norsk senter for forskningsdata (NSD), med prosjektnummer 48826.

### Innholdsanalyse av fritekstsvar

Metakognisjon kan defineres som refleksjon over læringsstrategier og oppmerksomhet om egne læringsprosesser (19), eksempelvis det å tenke over hvordan man kan nå et mål, som å bestå eksamen.

Figur 1. Den proksimale utviklingssonen



For å belyse nyanser og mangfold i egen læringsprosess anses åpne spørsmål som mer egnet enn strukturerte svaralternativer, hvor forskerne kategoriserer svarene til å passe inn i sin egen virkelighetsforståelse. Faglæreren i AFB ville utforske erfaringer med å bruke studentassistenter, og fritekstsvar ble ansett som hensiktsmessig. I spørreskjemaet ønsket vi å kartlegge refleksjon over egen læringsprosess ved blant annet å stille følgende spørsmål: 1. Hvis du benyttet deg av studentassistenter, hvilket læringsutbytte oppnådde du? 2. Hvis du ikke benyttet deg av studentassistenter, hva hindret deg i å benytte tilbudet?

Forskerne utførte en tematisk innholdsanalyse av svarene. Analyseprosessen startet med at forskerne leste svarene fra studentene gjentatte ganger for å danne et helhetsinntrykk. Deretter analyserte vi tekstene individuelt og identifiserte meningsfulle enheter for så å diskutere og sammenlikne disse enhetene i fellesskap.

Vi kondenserte dem til underkategorier, som vi sammenliknet og diskuterte. Avslutningsvis abstraherte vi underkategoriene til hovedkategorier. Kondensering og abstrahering innebar

.....

### «Studentassistenter ga faglig og emosjonell støtte og var gode og inspirerende rollemodeller.»

fortolkning basert på hermeneutiske prinsipper som del – helhet og forforståelse – forståelse (20). Analyseprosessen illustreres i tabell 1 og 2.

#### RESULTATER

Resultatene viste at bruk av studentassistenter ga studentene bedre forståelse for faginnholdet og inspirasjon til læring. Studentene fikk styrket forutsetningen for å kunne bestå eksamen. Tabell 1 viser hovedkategoriene,

underkategoriene og utvalgte meningsfulle enheter fra materialet knyttet til spørsmål nr. 1: «Hvis du benyttet deg av studentassistenter, hvilket læringsutbytte oppnådde du?»

Det var kun 19 av 108 studenter som benyttet studentassistentene, og vi var interessert i å finne ut hvilke årsaker studentene oppga. Tabell 2 viser hovedkategoriene, underkategoriene og utvalgte meningsfulle enheter fra våre data som besvarer spørsmål 2: «Hvis du ikke benyttet studentassistenter, hva hindret deg i å benytte tilbudet?» Hovedfunnene våre var at de ønsket å studere selvstendig, mangel ytre rammefaktorer som tid, møtte på veiledningsbarrierer og ikke hadde oppfattet at dette tilbudet fantes.

#### Eksamensresultater

I og med at gruppestørrelsen er ulik, blir det vanskelig å sammenlikne eksamensresultatene. Vi ser at av dem som deltok i tilbudet, fikk 11 av de 19 karakterene B eller C, og det var tre stryk. Dette resultatet er bedre enn for de 140 som ikke deltok. De kvantitative dataene fra spørreskjemaet som viser en sammenlikning av eksamenskarakter mellom de som benyttet studentassistenter, og de som ikke gjorde det, er fremstilt i tabell 3.

#### DISKUSJON

I det følgende diskuterer vi hovedsakelig resultatene fra fritekstspørsmål 1 siden hovedformålet i denne studien er studentassistentenes bidrag til læring. Resultater fra fritekstspørsmål 2 er med for å belyse årsakene til at få benyttet seg av tilbudet. Til slutt diskuterer vi kort eksamensresultatene.

Hovedresultatene fra spørsmål 1 viser at studentassistentene ga faglig og emosjonell støtte og var gode og inspirerende rollemodeller. En student svarte at hun ikke hadde bestått eksamen uten dem.

Ut fra vår analyse kondenserte vi 13 av de 19 svarene vi fikk fra studentene til kategorien «bedre forståelse for faginnholdet». Denne har vi kalt for hovedkategori 1, og diskusjonen vil

Tabell 1. Læringsutbytte av studentassistenter

Hovedkategori 1: Bedre forståelse for faginnholdet	
Underkategori	Eksempel på meningsfull enhet
Betydningen av å forklare slik at det er lettere å forstå faget	«Dette hjalp meg veldig, de var superflinke til å både motivere og forklare den anatomien jeg syntes var vanskelig. [...] De hjalp meg veldig i gang med å skjønne anatomi. De ga meg også noen nyttige tips til hvordan jeg kunne lære meg anatomi lettere.»
Betydningen av å oppleve godt læringsutbytte	«Det var veldig nyttig for min forståelse av faget. De klarte å forklare ulike ting på en mer forståelig måte enn det som ble forklart i boken.»
Betydningen av å identifisere kunnskapsutall	«Veldig bra, fikk en liten pekepinn på hva jeg trengte å øve mer på.»
Betydningen av å oppleve trygghet	«Stort utbytte. Da kunne man spørre fritt om det man lurte på, spørre opptil flere ganger og få forklart på ulike måter slik at du forstår.»
Betydningen av tilgjengelighet og bruk av tilgjengelig tid	«[...] de tok seg alltid tid til å forklare uansett. Det hjelper veldig mye.»
Hovedkategori 2: Inspirasjon til læring	
Underkategori	Eksempel på meningsfull enhet
Betydningen av at studentassistentene bidrar til økt motivasjon	«Mye av det vanskeligste stoffet ble morsomt, og jeg fikk også mer 'giv' til å fortsette å lese/øve/forstå [...]»
Betydningen av dedikerte studentassistenter	«Motiverte, dedikerte, fokuserte studenter som virkelig bidro det de kunne. De kom til skolen om vi trengte det, svarte på messinger, forklarte på ulike måter, ga seg ikke før vi forsto. Meget godt utbytte!»
Hovedkategori 3: Forutsetning for å bestå eksamen	
Underkategori	Eksempel på meningsfull enhet
Betydningen av læring gjennom studentassistenter	«Jeg kan nok si at hadde jeg ikke fått hjelp med noen av hovedtemaene, hadde jeg nok ikke stått på eksamen.»



derfor hovedsakelig vektlegge denne kategorien.

### Hovedkategori 1:

#### Bedre forståelse for faginnholdet

Studentene mente de fikk bedre forståelse for faginnholdet ved at studentassistentene forklarte faget på en god måte. De fikk et godt læringsutbytte og identifiserte kunnskaps hull. De følte at det var trygt å spørre gjentatte ganger.

Studentene verdsatte at studentassistentene var tilgjengelige for dem,

og at studentassistentene brukte tilstrekkelig tid til at studentene kunne fullføre læringsprosessen. Studentene opplevde å bli sett, og studentassistentene ga aldri opp å få dem til å forstå vanskelige temaer.

Våre funn samsvarer med de tre områdene som ble rangert høyest av førsteårsstudenter som hadde deltatt i Capstick-studien (4): økt forståelse for faginnhold, mulighet til å oppklare grunnleggende begreper, og mulighet til å luften faglige

bekymringer uten lærerinvolvering.

### Kognitiv og sosial kongruens

Studentenes oppfatning om at faginnholdet ble lettere å skjønne, kan forstås ut fra Cornwalls teori om kognitiv og sosial kongruens (21). Kognitiv kongruens innebærer at kunnskapsbasen til studenter og studentassistenter er likere enn kunnskapsbasen til studenter og faglærere.

Det kan medvirke til at studentassistenter finner riktig forklaringsnivå og dermed gjør faget lettere forståelig, noe som kan skyldes at studentassistentene oftere bruker de samme ordene som studentene og finner deres «kode».

En alternativ forståelse er at fordi studentassistentene nylig har gjennomgått fagstoffet, er de i stand til å dele læringserfaringer og beskrive hva de gjorde for å overvinne strev og utfordringer (22).

Studentassistenter som nylig har lært noe, kan undervise på en god måte fordi de er *consciously competent*: De må tenke gjennom steg for steg hvordan de lærte en praktisk prosedyre eller teoristoff (23).

En studie med medisinstudenter viste at en positiv egenskap ved studentassistenter er at de ikke er eksperter og derfor har bedre forståelse av hva grunnleggende kunnskap er: «When you are an expert like the faculty what you think is basic is no longer basic.» (22, s. 365)

Det at studentassistentene har «been there, done that»-erfaringer og har lyktes i sine studier kan være viktig for å skape et velfungerende forhold mellom assistentene og studentene. Studentene kan ha tillit til at assistentene vet hva som må til for å mestre studiene, og assistentene har en faglig trygghet (24).

Studentassistenter og studenter deler også en sosial kongruens: De har relativt like sosiale roller. Det kan skape trygghet og fremme læring (22, 25).

Det kan oppstå en annen pedagogisk dynamikk med studentassistenter. Studentene opplevde at handlingsrommet for å stille spørsmål var stort, og temaer ble forklart fra ulike vinklinger helt til alle forsto. Det viser at det foregikk

Tabell 2. Årsaker til ikke å benytte tilbud om studentassistenter

Hovedkategori 1: Selvstenidighet	
Underkategori	Eksempel på meningsfull enhet
Betydningen av å studere/læremest på egen hånd	«Følte ikke at jeg trengte det, pluss at jeg jobber best alene.»
Ikke behov	«Trodde jeg hadde god nok lesestrategier selv [...] skulle utnytte tilbudet.»
Hovedkategori 2: Studentens ytre ramme faktorer	
Underkategori	Eksempel på meningsfull enhet
Mangel på tid (famille, jobb)	«Tiden rakk desverre ikke til. Prioriterte feil.» «Tre omger, jobb, rett og slutt for lite tid.» «Syke barn.»
Hovedkategori 3: Viledningsbarrierer	
Underkategori	Eksempel på meningsfull enhet
Betydningen av ikke å komme alene	«Ingen kjente som ville bli med, så ville ikke dra alene.»
Betydningen av redselen for å be om veiledning	«Synes det var litt skummelt å spørre.»
Hovedkategori 4: Mangel på informasjon om tilbudet	
Underkategori	Eksempel på meningsfull enhet
Betydningen av at studenter ikke oppfatter skriftlig og muntlig informasjon	«Jeg visste ikke at man kunne det.»

Tabell 3. Sammenligning av eksamensresultater

Eksamen-skarakter	Antall studenter med eksamenkarakter – hele kullet (n = 159)	Antall studenter med eksamenkarakter – med bruk av studentassistenter (n = 19)	Antall studenter med eksamenkarakter – uten bruk av studentassistenter (n = 140)
A	6 (3,7 %)	0 (0,0 %)	6 (4,3 %)
B	16 (10,2 %)	5 (26,3 %)	11 (7,9 %)
C	28 (17,6 %)	6 (31,6 %)	22 (15,7 %)
D	27 (17,0 %)	3 (15,8 %)	24 (17,1 %)
E	39 (24,9 %)	7 (36,8 %)	37 (26,4 %)
F	63 (39,6 %)	3 (15,8 %)	60 (42,9 %)



aktive diskusjoner og dialoger mellom studentassistenter og studenter, noe som samsvarer med kjerneverdiene i PAL (4).

I mindre grupper kan studentassistenterne oppmuntre studentene til å hente inn kunnskap (indirekte *tutoring*), resonnere og komme med egne svar. Det er lite tid og rom for slike måter å lære på, og de kan være vanskelige å gjennomføre i auditorieundervisning, som oftere innebærer mer direkte kunnskapsformidling.

### Trygghet

Et gjennomgående tema i svarene var at opplevelsen av trygghet er viktig for læringen. For mange studenter føles det trolig tryggere å vise svakhet, prøve og feile samt stille spørsmål til en student enn til en lærer, og i en liten gruppe versus et stort auditorium. Viktigheiten av trygghet er i tråd med Hammond og medarbeidere (26) og Capstick (4), som fant at *peer teaching* gir studentene mulighet til å diskutere og arbeide med temaer fra pensum i et miljø som oppleves som ikke-truende.

### Den proksimale utviklingssonen

Resultatene synes å vise at læringsutbyttet studentene fikk gjennom studentassistenterne, er bedre forståelse for AFB. Teorien om den proksimale utviklingssonen kan kaste lys over studentassistenternes betydning når det gjelder å bidra til læring. Når en tekst i en lærebok virker nært opp til det man kan, er det lett å lese på egen hånd. Jo lenger unna studenten er fra å forstå pensum, desto mer hjelp behøves i den proksimale utviklingssonen.

Denne sonen er, ifølge Vygotskij, området mellom det studenten mestrer, og det vedkommende har mulighet til å mestre. En viktig rolle for læreren blir å strukturere pensum samt gi hjelp og støtte slik at studentene kan strekkes mot sine mulige utviklingsnivåer (8).

Asgars studie (27) støtter oppunder oppfatningen om at fagstoff kan forstås bedre ved at interaksjon mellom *peers* bidrar til å hjelpe førsteårsstudenter med å komme inn i den proksimale utviklingssonen, der de kan komme inn i et nytt område med

potensiell utvikling ved å løse problemer sammen med studenter som har mer kunnskap.

### Hovedkategori 2: Inspirasjon til læring

Noen studenter fremhevet at det var viktig at studentassistenterne motiverte til læring ved å fremstå som dyktige og dedikerte. Studentene ble inspirert fordi de forsto hvor viktig det er med kunnskap, og de ønsket å bli kompetente. Det at studentassisten-



«Et gjennomgående tema i svarene var at opplevelsen av trygghet er viktig for læring.»

ter motiverte til læring, kan forstås ut fra Banduras sosialkognitive lærings-teori. Læring skjer gjennom løpende deltakelse i et praksisfelleskap (11), og de viderekomne studentene er ett skritt nærmere målet: å bli faglig dyktige sykepleiere.

Opplevelse av mening er viktig i all læring. Gjennom å delta aktivt i et praksisfelleskap skapes, ifølge Wenger (12), en individuell identitet der mål og interesser er felles. Læring foregår, ifølge Lave og Wenger, (28) kontinuerlig der mennesker treffes og samhandler. Novisene lærer først gjennom å delta i periferien, deretter nærmer de seg gradvis de mer erfarne.

### Gode rollemodeller

Ved å delta i grupper med gode rollemodeller absorberes de nye studentene i en felles kulturell praksis. Interaksjon med mer erfarne studenter motiverer for læring. Studentene kan identifisere seg med den fremtidige yrkesrollen.

Når studentassistenterne viser at de har lyktes med sine studier, kan det medvirke til at studentene synes det er nyttig å motta råd fra sine rollemodeller. Praktisk og emosjonell støtte fra en erfaren student vil kunne hjelpe de mindre erfarne til å forstå hvordan de skal mestre studiene. Det er nyttig å

dele erfaringer med rollemodeller, og denne muligheten kan være en nøkkelfaktor for å forstå positive PAL-effekter (28). Capstick (4) fant at studentassistenterne ofte ble sett på som en viktig kilde til råd og kunnskap gjennom å dele egne erfaringer.

### Hovedkategori 3: Forutsetninger for å bestå eksamen

En student mente at hun ikke ville bestått eksamen uten tett oppfølging fra studentassistenterne. Studentassistenter kan bidra til eksamensstøtte. Det fant blant andre Asgari og Carter (30). De sammenliknet karakterer mellom én gruppe psykologstudenter i et introduksjonskurs som fikk hjelp, og én kontrollgruppe som ikke fikk hjelp. Den første gruppen skåret signifikant bedre på eksamen. Dette resultatet kan forklares med at nye studenter følte seg sett av studentassistenterne, og det er betydningsfullt at noen ønsker de skal lykkes. Studentassistenterne kan gi hjelp til å navigere i den nye studentrollen.

Det er vanskelig å tolke eksamensresultatene i studien vår siden det er stor forskjell på de to gruppene som ble sammenliknet. Av fritekstsvarene kunne vi se at noen som ikke benyttet tilbudet, skrev at de angret på at de ikke søkte hjelp. De erfarte at deres selvinnsikt i studiestrategier var mangelfull.

### Begrensninger ved studien

Vi utarbeidet spørreskjemaet og analyserte dataene, noe som innebærer at vår for forståelse kan ha påvirket resultatene til fordel for å bruke studentassistenter (20). Imidlertid er kun én av oss AFB-underviser.

Det var 19 av 108 studenter som benyttet seg av studentassistenttilbudet. Det lave antallet av deltakende studenter kan gi skjevhet i funnene ved at de mest motiverte deltok og dermed også var positive til tilbudet. Data fra studien viste at tolv av de 19 (63,2 prosent) var svært motivert for å lære AFB, og sju (36,8 prosent) var middels motivert. Ingen svarte at de var lite motivert.

Sammenliknet med kullet som helhet var resultatene som følger: 61,6 prosent var svært motivert, 36,1 prosent

middels motivert og 2,8 prosent lite motivert. Disse tallene tyder på at de 19 er relativt representative for kullet når det gjelder motivasjon – altså var de ikke mer motivert for AFB enn kullet som helhet.

Sekstito prosent av kullet besvarte spørreskjemaet. Det kan derfor være flere enn 19 som har møtt opp hos studentassistenter. Disse studentene kan ha andre erfaringer enn de som har deltatt i undersøkelsen, eller de kan ha negative erfaringer.

### Negative erfaringer med PAL

Denne artikkelen fremhever positive effekter av PAL. Når det gjelder begrensninger og negative effekter av PAL, har noen studenter motstand mot samarbeidslæring. Andre mener det er for lite struktur i samlingene, og at de kunne brukt tiden mer effektivt på andre måter. Noen mener også at de hadde faglige forventninger til studentassistenten som ikke ble innfridd, og at rammefaktorene ikke la til rette for en god gjennomføring av PAL (4).

En alternativ tilnærming til å få innsyn i studenters opplevde læringsutbytte ville vært gjennom individuelle intervjuer eller fokusgruppeintervjuer. Dynamikken i en fokusgruppe vil kunne frembringe ulike synspunkter, nye perspektiver og forskjellige meningsnyanser om et emne. Fokusgruppeintervjuer er velegnet til eksplorative undersøkelser av nye eller mindre belyste praksiser og forskningsområder (20).

### KONKLUSJON

Det er vanskelig å måle hvilke læringsutbytter ulike læringsmetoder som eksempelvis PAL gir, da mange variabler spiller inn. Våre funn tyder på at PAL kan legge til rette for læring. Vi vil anbefale å benytte studentassistenter som «faglærers forlengede arm», som supplement og ikke substitutt for faglærerundervisning.

Studentene har behov for faglig støtte i mindre grupper der det er lettere å ta utgangspunkt i aktuelle studenters ståsted enn det er for en faglærer i store klasser. Ved å være oppmerksom på studentenes læreforutsetninger kan studentassistenter bidra til faglig støtte

med en annen dimensjon enn faglærer.

En annen fordel med smågrupper er bidraget til studentaktiv læring, som er høyst etterspurt i høyere utdanning. Dialog er vesentlig for læring og kan bidra til å få flere studenter opp på et høyere utviklingsnivå enn de kan klare individuelt. Det er innenfor den proksimale utviklingssonen og gjennom «stillasbygging» at læring og utvikling kan skje i samhandling med noen som kan mer enn en selv. Læring er en sosial prosess som skjer i et praksisfellesskap med felles mål, noe som gir mening og identitetsbygging.

Våre hovedfunn i studien er at studentene som benyttet seg av tilbudet, fikk bedre forståelse for faginnholdet og ble inspirert til læring.

Om det skal være obligatorisk med seminarer med studentassistenter, kan diskuteres. Funn fra vår undersøkelse viser at noen trives best med å studere alene. Hvordan funnene hadde vært ved obligatorisk deltakelse, ville vært en interessant oppfølgingsstudie. ●

### REFERANSER

- Meld. St. 16 (2016–2017). Kultur for kvalitet i høyere utdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/\(nedlastet%2018.12.2018\)](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/(nedlastet%2018.12.2018)).
- Standards and guidelines for quality assurance in the European higher education area (ESG). Brussel; 2015. Tilgjengelig fra: [https://enqa.eu/wp-content/uploads/2015/11/ESG\\_2015.pdf\(nedlastet%2018.12.2018\)](https://enqa.eu/wp-content/uploads/2015/11/ESG_2015.pdf(nedlastet%2018.12.2018)).
- Stigmar M. Peer-to-peer teaching in higher education: a critical literature review. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*. 2016;24(2):124–36.
- Capstick S. Benefits and shortcomings of Peer Assisted Learning in higher education: an appraisal by students. Tilgjengelig fra: [https://www.researchgate.net/publication/268414551\\_Benefits\\_and\\_Shortcomings\\_of\\_Peer\\_Assisted\\_Learning\\_PAL\\_in\\_Higher\\_Education\\_an\\_appraisal\\_by\\_students\(nedlastet%2011.11.2019\)](https://www.researchgate.net/publication/268414551_Benefits_and_Shortcomings_of_Peer_Assisted_Learning_PAL_in_Higher_Education_an_appraisal_by_students(nedlastet%2011.11.2019)).
- Capstick S, Fleming H. Peer Assisted Learning in an undergraduate hospitality course: second year students supporting first year students in group learning. *Journal of Hospitality, Leisure, Sport and Tourism Education*. 2002;1(1):69–75.
- Black FM, McKenzie J. Quality enhancement themes: the first year experience. Peer support in the first year. Glasgow: The Quality Assurance Agency for Higher Education; 2008. Tilgjengelig fra: [https://dera.ioe.ac.uk/11603/\(nedlastet%2011.11.2019\)](https://dera.ioe.ac.uk/11603/(nedlastet%2011.11.2019)).
- Boud D, Cohen R, Sampson J. Peer learning and assessment. *Assessment and Evaluation in Higher Education*. 1999;24(4):413–26.
- Vygotskij LS. Tenkning og tale. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
- Sylte AL. Profesjonspedagogikk. Profesjonsretting/yrkesretting av pedagogikk og didaktikk. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
- Bruner J. Utdanningskultur og læring. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.
- Bandura A. Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
- Wenger E. Communities of practice. Learning, meaning, and identity. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
- Keenan C. Mapping student-led peer learning in the UK. The Higher Education Academy. Tilgjengelig fra: [https://s3.amazonaws.com/assets.creode.advancehe-document-manager/documents/hea/private/resources/peer\\_led\\_learning\\_keenan\\_nov\\_14-final\\_1568037253.pdf\(nedlastet%2010.10.2017\)](https://s3.amazonaws.com/assets.creode.advancehe-document-manager/documents/hea/private/resources/peer_led_learning_keenan_nov_14-final_1568037253.pdf(nedlastet%2010.10.2017)).
- Universitets- og høyskolerådet. Kvalitet i praksisstudiene i

helse- og sosialfaglig høyere utdanning. Praksisprosjektet. Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/86921e66f4c45d9a2f67fda3e6eae08/praksisprosjekt-sluttrapport.pdf\(nedlastet%2007.02.2018\)](https://www.regjeringen.no/contentassets/86921e66f4c45d9a2f67fda3e6eae08/praksisprosjekt-sluttrapport.pdf(nedlastet%2007.02.2018)).

- Hamberg S, Tokstad K. Nasjonal deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi for sykepleierutdanningene. Oslo: Nokut; 2016. Tilgjengelig fra: [https://khrono.no/files/2017/11/15/resultater\\_nasjonal\\_deleksamen\\_anatomi\\_og\\_fysiologi\\_rapportutkast\\_endelig.pdf\(nedlastet%2018.12.2018\)](https://khrono.no/files/2017/11/15/resultater_nasjonal_deleksamen_anatomi_og_fysiologi_rapportutkast_endelig.pdf(nedlastet%2018.12.2018)).
- Pedersen LF, Skeidsvoll KJ, Tokstad K. Nasjonal deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi for sykepleierutdanningene – høsten 2017. Oslo: Nokut; 2018. Tilgjengelig fra: [https://www.nokut.no/globalassets/nokut/rapporter/nasjonal-deleksamen7/sykepleier/nd\\_sykepleierutdanningen\\_h\\_2017.pdf\(nedlastet%2018.12.2018\)](https://www.nokut.no/globalassets/nokut/rapporter/nasjonal-deleksamen7/sykepleier/nd_sykepleierutdanningen_h_2017.pdf(nedlastet%2018.12.2018)).
- Kyte L, Kleiven OT, Elzer TA. Medisinske og naturvitenskapelige emner i sykepleierutdanningen. *Sykepleien Forskning*. 2009;6(4):314–22. DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0069
- Wackers G. Mange svake studenter. *Sykepleien*. 2010;98(8):72–4. DOI: 10.4220/sykepleien.2010.0054
- Elstad E, Turmo A, red. Læringsstrategier. Søkelys på lærernes praksis. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
- Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
- Cornwall MG. Students as teachers: peer teaching in higher education. Amsterdam: Centrum Onderzoek Wetenschappelijk Onderwijs; 1980.
- Lockspeiser TM, O'Sullivan P, Teherani A, Muller J. Understanding the experience of being taught by peers: the value of social and cognitive congruence. *Adv in Health Sci Educa*. 2008;13(3):361–72.
- ASHE Higher Education Report. Peer teaching and the psychological basis for its benefits. 1988;17(4):1–11.
- Goff L. Evaluating the outcomes of a peer-mentoring program for students transitioning to postsecondary education. *The Canadian Journal for the Scholarship of Teaching and Learning*. 2011;2(2):1–13.
- Schmidt HG, Moust JH. What makes a tutor effective? A structural-equations modeling approach to learning in problem-based curricula. *Acad Med*. 1995;70(8):708–14.
- Hammond JA, Bithell CB, Jones L, Bidgood P. A first year experience of student-directed peer-assisted learning. *Active Learning in Higher Education*. 2010;11(3):201–12.
- Asghar A. Reciprocal peer coaching and its use as a formative assessment strategy for first-year students. *Assessment & Evaluation in Higher Education*. 2010;35(4):403–17.
- Lave J, Wenger E. Situated learning. Legitimate peripheral participation. New York: Cambridge University Press; 1991.
- Andreanoff J. The impact of peer coaching programme on the academic performance of undergraduate students: a mixed methods study. *Journal of Learning Development in Higher Education*. Special Edition: Academic Peer Learning, Part II. 2016;8(10):22–6.
- Asgari S, Carter F Jr. Peer mentors can improve academic performance: a quasi-experimental study of peer mentorship in introductory courses. *Teaching of Psychology*. 2016;43(2):131–5.







**HOVEDBUDSKAP:**

Nye måter å utøve sykepleie på blir muliggjort i vår digitale verden. Dette krever formell forberedelse, opplæring og ny kompetanse, både blant sykepleiere og pasienter. Grundig opplæring er en forutsetning for at man skal kunne utnytte teknologien på en best mulig måte til å støtte sykepleier–pasient-relasjonen.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.78902

**NØKKELOD:**

► Sykepleier–pasient-relasjonen ► Sykepleierrollen

# Digitalisering i helsevesenet skaper nye roller for sykepleier og pasient

Det er ikke nødvendigvis en motsetning mellom «varme hender» og «kald teknologi».

**A** vansert medisinsk teknologi, digitale innovasjoner og digital kommunikasjon er i stadig større grad nødvendig for å sikre god kvalitet i helsetjenestene. Digitaliseringen av helsetjenestene er ikke noe vi som helsepersonell kan velge om vi vil være en del av eller ikke. Utviklingen og endringene er rotfestet både politisk og i samfunnet for øvrig (1–3). Ikke bare politiske mål og virkemidler, men også befolkningens og helsevesenets ønsker og behov, forutsetter en endring til en digital helsetjeneste (4, 5).

Digitale helsetjenester er dynamiske, etter som teknologien endres og forbedres. Digitale helsetjenester kan potensielt forandre rollene til aktørene i det tradisjonelle helsevesenet. Digitaliseringen kan bringe pasienten nærmere sykepleieren, men man kan også se for seg at denne utviklingen kan øke det relasjonelle gapet mellom disse.

**SYKEPLEIE I EN DIGITAL HELSETJENESTE**

Internett og elektroniske verktøy kan påvirke kommunikasjonen og dermed relasjonene både negativt og positivt. Når vi oppnår noe på grunn av teknologi, kan vi risikere å miste noe annet. Tidligere forskning har vist at den digitale verdenens inntog i helsevesenet har skapt en lang rekke utfordringer, blant annet for relasjonen mellom sykepleier og pasient (6, 7).

Det finnes per dags dato en god del forskning som vurderer fordeler og ulemper ved digitale helsetjenester og hvordan pasienter opplever slike tjenester (5, 8–15). Likevel er det fremdeles behov for å reflektere over noen spesifikke aspekter av sykepleie i en digital helsetjeneste. Dette



**FORFATTER**

**Silje Stangeland Lie**  
Førsteamanuensis, Fakultet for helsefag,  
VID vitenskapelige høgskole, Sandnes

gjelder blant annet profesjonell kommunikasjon gjennom digital teknologi, det å tilpasse sykepleie til bruk av teknologi og det å bli kjent med pasientene og bygge relasjoner gjennom digital teknologi (16).

Hensikten med denne fagartikkelen er derfor å diskutere hvordan vi kan forstå sykepleier–pasient-relasjonen i en digital verden.

**BAKGRUNN OG DEFINISJON AV BEGREPER**

*Sykepleier–pasient-relasjonen* eksisterer primært for å møte pasientens behov for helsetjenester (17).

Begrepet «personsentrert omsorg» har de senere årene fått mye oppmerksomhet i helselitteraturen og helseforskningen. Personsentrert omsorg henger sammen med myndiggjøring (empowerment), altså det å støtte pasienters og brukeres autonomi samt å respektere hver enkelt persons verdier, vurderinger og daglige valg (18).

Mange helseforskere bruker i dag konseptet personsentrert omsorg som en indikator på om interaksjonen og forholdet mellom sykepleiere og pasienter har god kvalitet (19). Personsentrert sykepleie innebærer blant annet å involvere pasientene i et partnerskap, i fellesskap å bli enige om behandlingsmål eller eventuelt å fokusere på pasientens egne mål, og sist, men ikke minst å kommunisere godt (20).

**Vekk fra en hierarkisk tilnærming**

Tradisjonelt må vi kunne si at tilnærmingen i helsetjenestene har vært basert på en mer autoritær interaksjon mellom helsepersonell og pasient. Kommunikasjonen har i denne hierarkiske tilnærmingen vært basert på en antakelse om helsepersonellens kompetanse og



NY TID: Mange mennesker som mottar helsetjenester, lever hjemme, og trenger ikke nødvendigvis omfattende hjelp eller pleie. Både befolkningens og helsevesenets ønsker og behov forutsetter en endring til en digital helsetjeneste. Dette krever imidlertid opplæring og ny kompetanse, både blant helsepersonell og brukere. Illustrasjonsfoto: Scott Griessel / Mostphotos

fagansvar, og en forventning om pasientenes såkalte *compliance*.

Endringen til en personsentrert omsorg har sprunget ut av en misnøye med den biomedisinske modellen og det medfølgende asymmetriske maktforholdet mellom partene. Personsentrert omsorg som tilnærming legemliggjør et komplekst sett av profesjonelle, sosiologiske og politiske ideer om forholdet mellom helsepersonell og pasient som et forhold mellom likeverdige partnere (20).

Det å overføre idealet om personsentrert omsorg til konkret klinisk praksis kan være utfordrende (18). I dagens helse- og omsorgstjenester klarer kanskje ikke den enkelte sykepleieren å møte alle de komplekse behovene pasientene har.

Krav til kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og omfattende behandling krever at relevante profesjonelle og organisatoriske ressurser blir samlet rundt hver enkelt pasient. Kan innovasjoner fra den digitale verdenen og et digitalt helsevesen bidra til å fasiliterer dette på en hensiktsmessig måte?

### Digitale systemers hegemoni

Den digitale verdenen defineres her som konteksten vår, altså den verdenen vi lever i per i dag. Egentlig er det å definere den digitale verdenen like vanskelig som å gi en på forhånd fastsatt definisjon av størrelsen på et hus eller lengden av et tau: Det kommer an på hvert enkelt hus, hvert enkelt tau. Og definisjonen vil hele tiden endres som et resultat av videre teknologisk utvikling.

Likevel kan man vel beskrive den digitale verdenen som tilgjengeligheten og bruken av digitale verktøy for å kommunisere via internett, digitalt utstyr, smartteknologi og andre teknologier.

«Digital verden» er et uttrykk som synliggjør hegemoniet til digitale systemer og teknologi i vårt nåværende samfunn (21). Uttrykket «digitalisering» handler hovedsakelig om den konkrete teknologien, men den digitale verdenen omfatter oss som borgere, forbrukere og pasienter, og hvordan vi tar i bruk digitalisering.

### Pasientens helsetjeneste

Bent Høie lanserte i 2014 begrepet «pasientens helsetjeneste» og markerte på den måten en planlagt endring i norsk helsepolitikk. Denne endringen blir omtalt i flere politiske dokumenter, blant annet i NOU-en *Innovasjon i omsorg* fra

### «Digitale helsetjenester kan potensielt forandre rollene til aktørene i det tradisjonelle helsevesenet.»

2011 (22). Her beskrives behovet for nye og innovative måter å jobbe på i den norske helsetjenesten for å imøtekomme behovene til nye generasjoner pasienter og pårørende.

Dette synes nødvendig, da forbedringer i medisinsk behandling kombinert med økt levealder i befolkningen gjør at mange pasienter lever i mange år med kroniske sykdommer og tilstander. De lever gjerne også «friskere» liv, det vil si mindre preget av sykdommen eller tilstanden de har.

Mange mennesker som mottar helsetjenester, lever hjemme og trenger ikke nødvendigvis slik omfattende pleie som svært syke eller døende pasienter gjorde på 1800-tallet, da sykepleie som profesjonelt yrke oppsto. Dette gjør at dagens borgere har andre behov og andre forventninger til helsetjenestene.

I Norge satses det på både e-helse og velferdsteknologiske løsninger. Dette fremkommer av flere politiske dokumenter



som er henvisning til tidligere, og ikke minst av opprettelsen av Direktoratet for e-helse, Nasjonalt senter for e-helseforskning med mer (1, 22). Sammen viser alt dette at både personsentrert sykepleie og innovasjon i helsetjenestene er et hovedområde.

## DISKUSJON

Den teknologiske utviklingen vi opplever i verden, er ekstrem. Utviklingen innebærer at sykepleiere må bruke ny teknologi og nye digitale verktøy for å fremme helse og for å observere og skaffe informasjon når de tilbyr helsetjenester og kommuniserer med sine pasienter.

Dette endrer måten sykepleie utføres på, og innholdet i sykepleier-pasient-relasjonen. Digitale plattformer som er tilgjengelige i dag, er i realiteten endimensjonale, og dermed forsvinner noen av de elementene som sykepleiere tidligere kunne bruke sine sanser til å få informasjon om. Dette kan dreie seg om lukt, hørselsinntrykk, følelser og synsinntrykk, for å nevne noe.

Dermed gir den digitale verdenen både nye muligheter og nye utfordringer knyttet til det å innhente informasjon og å møte pasientens helsepersonellbehov, som i hovedsak er formålet med sykepleierens pasientforhold.

På den ene siden kan denne utviklingen øke effektiviteten, patientsikkerheten og den personsentrerte omsorgen, og redusere pasientenes behov for å reise til institusjoner, og i tillegg utvide den tiden de eldre eller de funksjonshemmede kan leve i sine egne hjem. Alt dette er i tråd med politiske føringer og målsettinger.

På den andre siden, og selv om teknologien kan omdefinere noen aspekter av sykepleierens forhold til sine pasienter, synes andre aspekter fortsatt å være like viktige. Dette kan for eksempel dreie seg om behovet for åpenhet og tillit i relasjonen og kommunikasjonen (23).

### Teknologiens viktigste historiske bidrag

Kanskje vil innholdet i relasjonen mellom sykepleier og pasient ikke endres så mye, selv om måten kommunikasjonen gjennomføres på, endres i lys av den skiftende konteksten og utviklingen av nye digitale verktøy og kommunikasjonsmetoder? Kanskje betyr all den nye teknologien at tillit i relasjonen mellom sykepleier og pasient nå vil bli enda viktigere enn noensinne?

Det er ikke nødvendigvis en motsetning mellom «varme hender» og «kald teknologi» (24). Det å ta i bruk internett og tilby pleie og omsorg også i virtuelle miljøer og inn i pasientenes hjem vil kunne være en av teknologiens viktigste historiske bidrag til sykepleie for pasientenes beste (25). Det handler ikke om teknologi versus omsorg og pleie, det handler om at sykepleiere (og annet helsepersonell) bruker teknologien slik den bør brukes: til det beste for pasienter og brukere.

Kanskje bør vi slutte å bruke et teknologisk språk i helsetjenesten. Vi snakker om digitalisering når vi jo i utgangspunktet mener smarte måter å forbedre helsetjenesten og relasjonen mellom sykepleiere og pasienter på ved å tilby innovative digitale verktøy.

## «I dagens helse- og omsorgstjenester klarer kanskje ikke den enkelte sykepleieren å møte alle de komplekse behovene pasientene har.»

punktet mener smarte måter å forbedre helsetjenesten og relasjonen mellom sykepleiere og pasienter på ved å tilby innovative digitale verktøy.

### Nye roller

Når kommunikasjonsmåter endres, og når pasientene selv kan skaffe seg store mengder informasjon samt utføre selvmonitorering, kan det oppstå en endring i rollene som henholdsvis ekspert og tjenestemottaker. Kanskje kan en slik utvikling støtte empowerment og personsentrert omsorg, og dermed forbedre helsetjenestene?

Kanskje en av endringene den digitale verdenen gir, er at det gamle paradigmet om sykepleierrollen som ekspert kan omdannes til et likeverdig partnerskap mellom sykepleiere og pasienter, forsterket av helse-teknologier og internett?

Dette er ikke nødvendigvis bare positivt eller negativt. Men det vil kreve en stor grad av individuell tilpasning, basert på hver enkelt persons behov. Videre vil nok vi som helsepersonell i større grad måtte tilpasse tjenestene til hver enkelt pasient når teknologien gir nye og større forpliktelser når det gjelder egenomsorg og egenhåndtering, det å skaffe seg kunnskap og informasjon selv samt å iverksette kontakt med helsetjenesten.

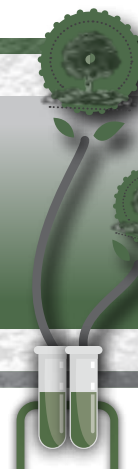
### Nye kommunikasjonsformer

Positive aspekter ved skriftlig kommunikasjon, for eksempel via sikre meldinger, er at både pasienter og sykepleiere kan

## Mer fagutvikling?

Få faglig påfyll om sykepleierens funksjoner og ansvarsområder på sykepleien.no.

[sykepleien.no/fag](https://sykepleien.no/fag)



reflektere over og bruke mer tid på å tydeliggjøre sine budskap i kommunikasjonen. Å kommunisere skriftlig skaper tid og rom til å formulere tydelige og gjennomtenkte meldinger på en måte som verbal kommunikasjon ikke muliggjør på samme måte.

Dette kan potensielt forbedre kommunikasjonen fordi det skjerper bruken av ord. Dette er viktig i skriftlig kommunikasjon, men også i journalnotater som skal være tilgjengelige for pasientene.

Likevel vil noe forsvinne i den skriftlige kommunikasjonen, for eksempel spesifikke, non-verbale signaler som øyekontakt og ansiktsuttrykk. Videokonferanser vil kunne tilby noe mer av dette, men fremmer likevel mindre non-verbal kommunikasjon enn tradisjonelle ansikt-til-ansikt-samtaler.

Derfor må sykepleiere utvikle nye ferdigheter i kommunikasjon og vurderinger når de i økende grad skal tilby helsetjenester i den digitale verdenen. Disse nye kompetansene bygges videre på eksisterende kunnskap og ferdigheter, men de vil kreve tilpasning og endring.

## OPPSUMMERING

Hvordan skal vi så forstå sykepleier-pasient-relasjonen i en digital verden? Forskning og erfaring viser at denne relasjonen er i kontinuerlig endring. Nye måter å tilby sykepleie til pasienter på blir muliggjort, og til dels påkrevd, av vår digitale verden. Dette krever formell forberedelse, opplæring og ny kompetanse, både av sykepleiere og av pasienter.

Hvordan man mest hensiktsmessig kan bruke digitale verktøy i helsetjenesten, bør ikke antas å være allmenn kompetanse og generell kunnskap i den nåværende arbeidsstyrken i helsetjenesten. Opplæring og utdanning i nye måter å levere helsetjenester på bør starte allerede i sykepleierutdanningen.

Likevel er det ikke tilstrekkelig kun å lære opp fremtidens helsepersonell: Den nåværende arbeidsstyrken bør også kurses når nye systemer tas i bruk. Opplæringen bør fortsette gjennom hele karriereløpet, slik at yrkesutøvere får kompetanse i å tilby sykepleie på nye måter til pasienter og pårørende.

Grundig opplæring vil kunne bidra til å utnytte teknologien på en best mulig måte når det gjelder sykepleier-pasient-relasjonen. Det kan føre til at sykepleiere kan dra nytte av teknologien for å forbedre og støtte pasientsentrert sykepleie og kommunikasjon, i stedet for å begrense det.

Jeg vil legge til følgende bemerkning: Det er viktig å påpeke at digitale helsetjenester ikke er hensiktsmessig for alle pasienter og brukere helt ennå. Vi trenger fortsatt muligheten til å differensiere basert på individuelle ønsker og behov.

I tillegg er det, som tidligere nevnt, ikke nødvendigvis noen motsetning mellom «varme hender» og «kald teknologi». Det handler ikke om teknologi versus sykepleie og omsorg. Det handler om at sykepleiere må ha muligheter til å bruke teknologien på en best mulig måte: for å møte omsorgsbehovet til hver enkelt pasient – nøyaktig det som er hensikten med enhver sykepleier-pasient-relasjon. ●

*Denne fagartikkelen er basert på min prøveforelesning i forbindelse med doktorgradsdisputas i helse og medisin, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger, 19. oktober 2018.*

## REFERANSER

- Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
- Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014.
- Meld. St. 27 (2015–2016). Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
- Ferwerda M, van Beugen S, van Burik A, van Middendorp H, de Jong EMGJ, van de Kerckhof PCM, et al. What patients think about E-health: patients' perspective on internet-based cognitive behavioral treatment for patients with rheumatoid arthritis and psoriasis. *Clinical Rheumatology*. 2013;32(6):869–73.
- Hanlon P, Daines L, Campbell C, McKinstry B, Weller D, Pincock H. Telehealth interventions to support self-management of long-term conditions: a systematic meta-review of diabetes, heart failure, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer. *Journal Of Medical Internet Research*. 2017;19(5):e172.
- Lie SS. An eHealth intervention based on Guided Self-determination program for adults with type 2 diabetes in general practice. Stavanger: Universitetet i Stavanger; 2018.
- Lie SS, Karlén B, Graue M, Oftedal B. The influence of an eHealth intervention for adults with type 2 diabetes on the patient–nurse relationship: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(3):741–49.
- Barello S, Triberti S, Graffigna G, Libreri C, Serino S, Hibbard J, et al. eHealth for patient engagement: a systematic review. *Front Psychol*. 2015;6:2013.
- Elbert JN, van Os-Medendorp H, van Renselaar W, Ekeland GA, Hakkaart-van Rooijen L, Raat H, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of eHealth interventions in somatic diseases: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Medical Internet Research*. 2014;16(4):e110.
- O' Cathain A, Drabble JS, Foster A, Horspool K, Edwards L, Thomas C, et al. Being human: a qualitative interview study exploring why a telehealth intervention for management of chronic conditions had a modest effect. *Journal of Medical Internet Research*. 2016;18(6):e163.
- O'Connor S, Hanlon P, O'Donnell CA, Garcia S, Glanville J, Mair FS. Understanding factors affecting patient and public engagement and recruitment to digital health interventions: a systematic review of qualitative studies. *BMC medical informatics and decision making*. 2016;16(1):120.
- Varsi C, Gammon D, Ruland CM, Wibe T. Patients' reported reasons for non-use of an internet-based patient-provider communication service: qualitative interview study. *Journal of Medical Internet Research*. 2013;15(11):e246.
- Vatnøy TK, Thygesen E, Dale B. Telemedicine to support coping resources in home-living patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease: Patients' experiences. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2017;23(1):126–32.
- Lie SS, Karlén B, Niemiec CP, Graue M, Oftedal B. Written reflection in an eHealth intervention for adults with type 2 diabetes: a qualitative study. *Patient preference and adherence*. 2018;12:311–20.
- Lie SS, Karlén B, Oord ER, Graue M, Oftedal B. Dropout from an eHealth intervention for adults with type 2 diabetes: a qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*. 2017;19(5):e187.
- Nagel DA, Penner JL. Conceptualizing telehealth in nursing practice: advancing a conceptual model to fill a virtual gap. *J Holist Nurs*. 2016;34(1):91–104.
- Strandas M, Bondas T. The nurse–patient relationship as a story of health enhancement in community care: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(1):11–22.
- Zoffmann V, Hörnsten Å, Storbækken S, Graue M, Rasmussen B, Wahl A, et al. Translating person-centered care into practice: a comparative analysis of motivational interviewing, illness-integration support, and guided self-determination. *Patient education and counseling*. 2016;99(3):400–7.
- Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51:1087–110.
- McWilliam C. Patients, persons or partners? Involving those with chronic disease in their care. *Chronic Illness*. 2009;5:277–92.
- Greengard S. Living in a digital world. *Communications of the ACM*. 2011;54(10):17–9.
- NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
- van Houwelingen CTM, Moerman AH, Ettema RGA, Kort HSM, Ten Cate O. Competencies required for nursing telehealth activities: a Delphi-study. *Nurse Education Today*. 2016;39(C):50–62.
- Pols J, Moser I. Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies. *Alter – European Journal of Disability research, Revue européenne de recherche sur le handicap*. 2009;3(2):159–78.
- Grumme SV, Barry DC, Gordon CS, Ray AM. On virtual presence. *Advances in Nursing Science*. 2016;39(1):48–59.



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:  
Digitalisering i helsevesenet skaper nye roller for sykepleier og pasient



**HOVEDBUDSKAP:**

Formålet med denne artikkelen er å beskrive og diskutere hvordan evidensbegrepet brukes når man forsker på sykepleiefaglig veiledning. Det er vanskelig å måle og finne bevis for at sykepleiefaglig veiledning har målbar effekt for deltakerne i en veiledningsprosess. I artikkelen gjør vi rede for forskeres vurdering av evidens i sykepleiefaglig veiledning i fire oversiktsartikler.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.77672

**NØKKELOD:**

► Arbeidsbelastning ► Etikk ► Kvalitativ studie ► Kvantitativ studie ► Mestring

## Finnes det evidens for at sykepleiefaglig veiledning er nyttig?

Veiledning skal bidra til økt bevissthet i yrkesutøvelsen gjennom faglige refleksjoner. Men hva forteller forskningen om nytteverdien?

**F**aggruppen for veiledere i Norsk Sykepleierforbund (NSF) beskriver sykepleiefaglig veiledning som en virksomhet der sykepleiere kan bli kjent med seg selv, bearbeide eget refleksjonsgrunnlag og bevisstgjøre handlingsvalg. Veiledningens mål beskriver faggruppen som det å bidra til kvalitets- og kompetanseutvikling (1).

Vår erfaring er at tilbud om sykepleiefaglig veiledning etter fullført utdanning er ulikt utbredt, og på mange arbeidsteder er veiledning ikke-eksisterende. Tidspress, økonomiske begrensninger og for lite kunnskap om veiledningens betydning kan være noen av årsakene til dette.

Den naturvitenskapelige forståelsen av evidensbegrepet ligger ofte til grunn innen forskning, og da anses bestemte vitenskapelige metoder som mere evidenter enn andre.

Katie Eriksson (3) hevder at sykepleievitenskapen som en menneskevitenskap trenger et evidensbegrep som er forankret i den humanvitenskapelige tradisjon, ettersom den naturvitenskapelig orienterte evidensforståelsen er for snever. Hun viser også (3) til den tyske filosofen Gadamer som relaterer sannheten til noe som trer frem ved at en bestemt situasjon blir belyst.

Landsgruppen av veiledere i NSF har i sin handlingsplan fra 2017–19 vedtatt å belyse kunnskapsgrunnlaget for sykepleiefaglig veiledning.

**FORFATTERE**



**Elin Drangsholt**

Intensivsykepleier og ledende spesialsykepleier, Postoperativ og intensivavdelingen, Akutt klinikken, Oslo universitetssykehus, Ullevål



**Gry Bruland Vråle**

Sykepleiefaglig veileder og førstelektor emerita, VID vitenskapelige høgskole, campus Diakonhjemmet



**Anne Marie Saxlund**

Sykepleieveileder, gestaltterapeut og leder, Sunn Ledelse

Formålet med denne artikkelen er å beskrive og diskutere bruken av evidensbegrepet i forskning innen sykepleiefaglig veiledning i grupper.

**METODE**

Et litteratursøk ble utført i forbindelse med arbeidet med å klargjøre kunnskapsgrunnlaget. Det ble søkt etter studier om sykepleiefaglig veiledning i grupper. Søket var avgrenset til engelskspråklige og skandinaviske artikler publisert fra 2008 til 2017. Søket ble foretatt i databasene Medline, Cihl og SweMed+ i november 2017. Det ble også søkt i utvalgte referanselister.

Søkeord var: clinical supervision, group process, group, mentoring, nurse, nursing staff, nursing supervisory, peer group, professional competence.

Søkene ga 189 treff. Etter gjennomlesing av alle abstrakter ble fire systematiske oversiktsartikler og sju primærstudier inkludert i rapporten.

Studier som omhandlet veiledning av studenter, ble ekskludert. Studier på individuell veiledning ble også ekskludert, da disse var vanskelige å skille fra praksisveiledning som kan ha mere form av opplæring.

Resultatet av dette søket er beskrevet i en upublisert rapport (4).

I denne artikkelen er det de fire systematiske oversiktsartiklene (5, 7–9) som alle tar opp spørsmålet om evidens for at sykepleiefaglig veiledning har effekt,





**SAMTALE:** Sammen med veilederen reflekterer sykepleierne over opplevelser de ønsker å snakke om. Illustrasjon: Mostphotos

som danner datagrunnlaget. De øvrige studiene i rapporten omtaler ikke evidens og er derfor utelatt i denne artikkelen.

## RESULTATER

I det følgende gjøres det rede for fire oversiktsartikler og forfatterens funn av evidens i sykepleiefaglig veiledning.

Brunero og Stein-Parbury (5) inkluderte tjueto studier i sin artikkel. Forfatterne hevder at det finnes betydelig evidens i litteraturen og tilstrekkelig empirisk støtte for implementering av faglig veiledning i sykepleie.

Inklusjonskriteriene i deres studie var at studiene skulle inneholde en evaluering av veiledningens effekt, og at både tilnærmingen til veiledning og metode for datasamling var klart beskrevet. Utvalget domineres av veiledningsgrupper for sykepleiere innen psykisk helsearbeid og eldreomsorg.

Resultatene er kategorisert etter Proctors modell (6) for veiledningen. Denne modellen beskriver en styrkende, en normativ og en formativ funksjon av veiledning. Forfatterne hevder det kan påvises evidens knyttet til alle funksjonene, men tydeligst i den styrkende funksjonen ved at veiledning gir kollegastøtte og reduserer stress.

Den normative funksjonen viser seg ved at veiledning fremmer profesjonell og faglig utvikling, og den formative veiledningen ved at veiledning har effekt på utvikling av fag og ferdigheter.

Francke og de Graaff (7) hevder i sin studie at det tross for mange indikasjoner på at gruppeveiledning for sykepleiere har effekt, så begrenses den empiriske evidensen av at de 17 studiene som inngår i deres utvalg, er både ulike og av varierende kvalitet.

Inklusjonskriteriene innebar krav om beskrivelse av veiledningsprogrammet og av gruppeveiledningens effekt på sykepleiere eller utbytte for pasienter. Kun fire av de inkluderte studiene ble av forfatterne vurdert til å ha høy kvalitet. De øvrige studiene var små, og forfatterne benyttet ulike måleinstrumenter og ulike variabler for å beskrive resultatene.

Mange forfattere benyttet egenproduserte spørreskjemaer der validitet og reliabilitet ikke var vurdert. Det var stor variasjon i antall veiledninger. Forfatterne hevder at en sterk vitenskapelig evidens kun kan fremskaffes når tilfredsstillende design og sammenliknende variabler og metoder anvendes i forskningen.

Dilworth og medarbeidere (8) inkluderte 59 studier i sin oversiktsartikkel. Artikkelen identifiserer pågående diskurser og eksisterende evidens i veiledning av sykepleiere. Forfatterne sier at i dagens debatter om veiledning er de viktigste temaene mangel på beviselig effekt grunnet veiledningens komplekse natur, og motstand i helseorganisasjoner på bakgrunn av tid, bemanning og økonomi.

Dilworth og medarbeidere peker både på at manglende konsensus om hva veiledning er, og på at ulike for-

### «Kun fire av studiene ble av forfatterne vurdert til å ha høy kvalitet.»

ventninger til veiledningens utbytte gjør det vanskelig å finne effekt av veiledningen. Her spriker også forskningen i mange retninger fordi studiene legger vekt på ulike sider av veiledning som middel til å redusere stress, gi kollegastøtte, redusere utbrenthet, iverksette retningslinjer, bedre pasientsikkerhet og skape felles forståelse.

Til tross for mye forskning er det derfor liten statistisk påviselig effekt. Veiledning er en kompleks intervensjon, og forfatterne stiller spørsmål ved om den i det hele tatt er egnet for empirisk forskningsdesign.

### MOTSTAND MOT VEILEDNING

Forfatterne hevder å påvise at det ofte forekommer motstand mot veiledning fra sykepleierne side. Forfatterne forklarer motstanden fra sykepleierne med at veiledningstilbud som legges utenom arbeidstiden, kan oppfattes som mindre viktig siden det ikke er en integrert del av arbeidet som sykepleier. Videre kan det kjønnens urimelig for sykepleierne å møte opp på veiledning i egen fritid.

Forfatternes konklusjon er at sykepleiefaglig veiledning har et diffust evidensgrunnlag og begrenset kvantitativ evidens. Konklusjonen begrunner de med at det knytter seg forvirring til veiledningens rolle og struktur.

De argumenterer likevel for at det finnes mye kvalitativ forskning som viser positive effekter, som økt arbeidstilfredshet, redusert stress og opplevd støtte. De hevder at det på grunn av ulike kontekster ikke er mulig å ha en felles forståelse og lik implementering av veiledning.

Videre hevder de at sykepleiefaglig veiledning må forankres lokalt slik at komplekse kontekstuelle faktorer kan anerkjennes.

Pollock og medarbeidere (9) sin oversiktsartikkel inneholder både kvantitative og kvalitative studier, deriblant studiene til Brunero og Stein-Parbury (5), Francke og de Graaff (7) og Dilworth og medarbeidere (8).

Formålet med studien var å måle effekt av klinisk veiledning som intervensjon. Forfatterne knytter sine forsknings-spørsmål til evidens og nøkkelkomponenter i veiledningsintervensjoner. Bakgrunnen for studien var en planlagt endring av lovpålagt veiledning for jordmødre i Storbritannia. Studien fungerte som et ledd i utforskning av alternative modeller for veiledning.

Utvalget inkluderte ti systematiske litteraturstudier og nitten primærstudier. Gjennomgang av studiene synliggjorde både en mangel på konsensus om hva veiledning er, og store variasjoner i hvordan veiledningen ble gjennomført. Det var også ulikhet i veilederens rolle og kompetanse, om veiledningen var pålagt eller frivillig, og om den foregikk individuelt eller i gruppe.

Veiledningens setting varierte fra akutte somatiske avdelinger til psykiatri og primærhelsetjenesten.

De fleste studiene var utført i Australia, enkelte i Storbritannia og noen få i Sverige og Danmark.

Forfatterne i denne oversiktsartikkelen (9) mener å

### Mål for veiledning

For den individuelle sykepleier kan veiledning bidra til økt bevissthet om egen væremåte i yrkesutøvelsen. Væremåte er her forstått hvordan vi forholder oss i yrkesutøvelsen i vid forstand. Det omfatter holdninger og verdier, faglig innsikt og ferdigheter samt egne reaksjoner. Sett fra et organisasjonsnivå og ledelsesnivå kan veiledning bidra på følgende områder:

- Kvalitetsutvikling – og sikring av virksomhetens mål.
- Kompetanseutvikling innen sykepleietjenesten.
- Faglig inspirerte sykepleiere og et godt arbeidsmiljø, som igjen bidrar til redusert sykefravær.

Kilde: <http://digiblad.no/nsf/veilederen/>

påvise mangel på overbevisende evidens av effekt samt manglende konsensus om hva klinisk veiledning er.

### OPPSUMMERING AV RESULTATENE

Kun en (5) av de fire systematiske oversiktsartiklene i vårt utvalg påviser evidens for at sykepleiefaglig veiledning har effekt.

Siden denne artikkelen er innlemmet i artikkelen til Pollock og medarbeidere (9) som ikke påviser evidens for effekt, kan det etter vår vurdering se ut som evidensbegreper kan forstås ulikt, slik vi også påpeker i denne artikkelens introduksjon.

### DISKUSJON

#### Veiledningens kompleksitet

Dilworth og medarbeidere (8) viser til at sykepleiefaglig veiledning er en kompleks virksomhet med et diffust evidensgrunnlag. Veiledningens kompleksitet er

også beskrevet av Reichelt og Rønnestad (10), som hevder at det i veiledning, i likhet med psykoterapiforskning, kan være utfordrende å måle hva som er virksomt.

Situasjoner det reflekteres over i veiledning, kan skrive seg fra et mangfold av pasientmøter fra ulike praksiskontekster og relasjoner.

Selv om deltakerne i en veiledningsprosess har felles profesjonsbakgrunn, representeres et mangfold av personer og relasjoner i veiledningen. Veileder møter en veisøker (sykepleier) som forteller om en pasient eller bruker til en gruppe med kolleger, som igjen har sine erfaringer med en rekke pasienter eller brukere. Veiledningsforskning må, ifølge Reichelt og Rønnestad, ha oppmerksomheten på tre relasjoner: veileder-veisøker-bruker, og ikke bare på veileder-veisøker (10).

### «De hevder at det på grunn av ulike kontekster ikke er mulig å ha en felles forståelse og lik implementering av veiledning.»

Et eksempel på kompleksiteten i sykepleiefaglig veiledning kan være at deltakerne i en veiledning med forholdsvis lik kontekst for to veiledningsprosesser som skal forskes på, har svært ulik erfaringskompetanse. En novise har et helt annet utgangspunkt for veiledning enn en sykepleie-ekspert. Det samme gjelder en erfaren veilederens utgangspunkt i forhold til en nyutdannet veileder med lite erfaring (11).

Kompleksiteten i veiledning påvirker muligheten for å bygge en felles og ensartet veiledningspraksis. En konsekvens av dette er at det er utfordrende å få til en systematisk og ensrettet forskning innen feltet.

Evidens i form av bevis for at noe har målbare effekter

for deltakerne i en veiledningsprosess, vil være vanskelig.

Hvilken betydning veiledning kan ha for enkeltpersoner, synes derimot å være mere hensiktsmessig å undersøke. Ordets betydning i denne sammenheng kan etter vår erfaring knyttes til evidens forstått som hvilken virkning veiledning kan ha for enkeltpersoner og organisasjoner lokalt. Det utelukker selvsagt ikke at det anvendes systematisk forskning for å påvise slik betydning.

### Forståelsen av evidens

Vurdering av om sykepleiefaglig veiledning har effekt, påvirkes av vår forståelse av evidensbegrepet.

Er det mulig å legge til rette for at variablene i forskning på sykepleiefaglig veiledning blir mere like og dermed enklere å forske på?

Ulike fag har ulike forskningsmetoder. Det kan være et problem at et ensidig positivistisk syn som evidens ofte forutsetter, er begrensende fordi randomiserte kontrollerte studier veier tyngst i forskning (12, 13). Krumsvik sier i denne sammenheng at «[å] manipulere doser av eit medikament i ein eksperimentell studie er moegeleg – å manipulere menneske i interaksjon in situ i sosiale kontekstar er nærast umogeleleg» (13).

I søken etter evidens for effekt av veiledning kan det være mere hensiktsmessig å se på hvilken betydning veiledning har for den enkelte.

Francke og de Graaff (7) hevder at sterk vitenskapelig evidens bare fremskaffes når tilfredsstillende design og sammenliknende variabler og metoder blir brukt i forskningen. Anvendt i veiledningsforskning ville det slik vi ser det, kreve at man setter sammen homogene veiledningsgrupper av sykepleiere som arbeider i en noenlunde lik kontekst, og at de gis veiledning ut fra en nøye beskrevet modell når det gjelder tidsrammer, forståelse av veiledningens innhold, metoder og evalueringsformer. Selv i en slik standardisert modell vil fortsatt både personene og relasjonene fra situasjonsbeskrivelsene i veiledningsprosessene være ulike og påvirke arbeidsformer og opplevelser av utbytte av veiledning.

Det som særpreger veiledningsfaget, er samtaler om og refleksjoner over sykepleiernes opplevelser og erfaringer.

Effekten eller betydningen av opplevelser og erfaringer med sykepleiefaglig veiledning kan sannsynligvis utforskes best ved kvalitative metoder som har til hensikt å beskrive og forstå fenomener og sammenhenger.

Til tross for at veiledningsforskning ikke har lange tradisjoner, hevder Severinsson (14) at forskningsresultater fra de siste 20 årene viser at det er av betydning at sykepleiere får anledning til å

### FAKTA

#### Hva er evidens?

Evidens er det at noe er helt innlysende, et bevismateriale eller resultat av undersøkelse som støtter en antakelse. I filosofisk språkbruk betegner evidens den høyeste grad av visshet man kan ha (2).

delta i veiledning som muliggjør refleksjon over den praksis de utøver. Begrepet betydning er knyttet til hva som har verdi og er viktig for oss.

Vi mener at sykepleiefagets helhetlige karakter gjør at refleksjoner kan være knyttet til en helhet som er mer enn summen av delene, og at refleksjoner og vurderinger er kontekststilhengig.

Dilworth og medarbeidere (8) fremhever i tillegg den mulighet som sykepleiefaglig veiledning i gruppe gir, for å få frem nyanser i perspektiver i sykepleiernes ulike virksomheter.

### METODEKRITISKE REFLEKSJONER

Den store variasjonen i terminologi innen sykepleiefaglig veiledning kan ha hatt betydning for hvilke studier vi har funnet og valgt ut. Vi utelukker derfor ikke at potensielt relevante studier er oversett i søket.

Når vi har brukt andres tolkning av studier, kan det være en mulighet for at vi har feiltolket deres forståelse.

En svakhet ved vårt utvalg kan være at studiene vi har valgt, i noen grad overlapper hverandre. At vi er tre for-

«Kun en av de fire systematiske oversiktsartiklene i vårt utvalg påviser evidens for at sykepleiefaglig veiledning har effekt.»

fattere med felles profesjonsutdanning, lang praktisk erfaring som veiledere og stort engasjement i fagfeltet veiledning, kan være en svakhet ved at vi ikke blir tilstrekkelig kritiske til et fagfelt vi verdsetter høyt. Det kan samtidig være en styrke at vi alle har erfaring og kunnskap om sykepleiefaglig veiledning.

### KONKLUSJON

Kun en av de fire systematiske oversiktsartiklene påviser evidens for at sykepleiefaglig veiledning har effekt. Mangel på evidens mener vi kan forklares med veiledningens komplekse natur med mange variabler og ulike kontekster.

Oversiktsartiklene viser manglende konsensus om hva sykepleiefaglig veiledning er, og ulike forventninger til målbart utbytte vanskeliggjør påviselig effekt.

Forfatterne av de fire systematiske oversiktsartiklene definerer ikke sin bruk av begrepet evidens. Det påpekes at det til tross for sparsomt med kvantitativ evidens finnes mye kvalitativ forskning som gir innsikt i nytten og betydningen av sykepleiefaglig veiledning. Vi mener at både evidensbegrepet og veiledningsbegrepet må klargjøres og defineres før man







Illustrasjon: Sissel Vetter

# Forsknings ABC

Det du som student trenger for å finne, forstå og bruke forskning



Skann koden og kom rett til Forsknings ABC på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)





**SKÅRER SYMPTOMER:** Pasientens opplevelse av symptomer er subjektiv, og ESAS er et viktig selvrporteringskjema som dekker ni ulike symptomer. Illustrasjonsfoto: LightField/ Mostphotos



**FORFATTERE**

**Elise Marie Ihler**  
Spesialsykepleier, Seksjon lindrende behandling sengepost, Kreftsentret, Oslo universitetssykehus, Ullevål

**Berit Sæteren**  
Professor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

**NØKKELORD**

- ▶ Palliasjon ▶ Kreft ▶ Symptomkartlegging
- ▶ Sykepleier ▶ Kvalitative dybdeintervjuer

**DOI-NUMMER:** 10.4220/Sykepleienf.2019.79585

**SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Pasienter med kreft i palliativ fase har ofte et sammensatt symptom-bilde med mange plagsomme symptomer som reduserer pasientens livskvalitet. Symptomopplevelsen er subjektiv. En forutsetning for effektiv symptomlindring er systematisk symptomkartlegging, der bruk av standardiserte kartleggingsverktøy som Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) anbefales. På tross av denne anbefalingen er det utfordringer med å bruke ESAS i klinisk praksis. Sykepleiere har en sentral rolle i kartlegging og symptomlindring og er derfor brukere av ESAS.

**Hensikt:** Studien skal utforske sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS for å kartlegge symptomer hos sykehuspasienter med kreft i palliative fase.

**Metode:** Vi foretok kvalitative dybdeintervjuer av seks sykepleiere fra to onkologiske sengeposter fra et sykehus i Helse Sør-Øst-regionen. En semistrukkert intervjuguide ble benyttet til intervjuene. Vi analyserte datamaterialet med Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Resultater:** Sykepleierne anser ESAS som et nyttig kartleggingsverktøy som gir et bilde av pasientens subjektive symptomopplevelse, og som er en inngangsport for samtale med pasientene om deres symptomer, noe som igjen bidrar til bedre symptomlindring og livskvalitet for pasientene. Rutinemessig bruk vektlegges for å oppnå skjemaets formål. Likevel brukes ESAS i varierende grad, noe som påvirker hvorvidt skjemaet bidrar til å systematisere symptomkartleggingen. Sykepleierne identifiserte flere barrierer og forbedringstiltak for rutinemessig bruk av ESAS.

**Konklusjon:** Dersom ESAS skal bidra til å systematisere kartleggingen, bør skjemaet brukes rutinemessig. Derfor bør fremtidig forskning vektlegge å identifisere barrierer og evaluere tiltak som kan forebygge barrierene som fører til den varierende bruken av ESAS.

# Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter

Når symptomene kartlegges rutinemessig med ESAS, får pasientene bedre symptomlindring og livskvalitet. Likevel er det ikke alle som bruker verktøyet systematisk.



**P**asienter med uhelbredelig kreft har ofte sammensatte og plagsomme symptomer som påvirker deres livskvalitet (1–5). Forskning viser at pasientgruppen i snitt rapporterer 9–18 symptomer (2, 3, 6). Fatigue, smerte, kvalme, nedsatt matlyst, dyspné, angst, søvnvansker, depresjon og eliminasjonsvansker er de mest rapporterte (2, 6, 7).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer *palliative care* som en tilnærming som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres pårørende i møte med livstruende sykdom.

Livskvaliteten kan forbedres gjennom å forebygge og lindre lidelse ved hjelp av tidlig identifisering, grundig vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (8). Den palliative fasen er fra sykdommen erkjennes uhelbredelig frem til pasientens dødstidspunkt (1).

## Systematisk symptomkartlegging

En forutsetning for effektiv symptomlindring er systematisk symptomkartlegging, der bruk av standardiserte kartleggingsverktøy anbefales (1, 2, 4, 9). Systematisk kartlegging er også viktig fordi forskning viser at helsepersonell har en tendens til å undervurdere pasientenes symptomer. Resultatet blir udiagnostiserte symptomer og manglende symptomlindring (2, 10, 11).

Siden symptomopplevelsen alltid er subjektiv, anbefales selvrappor-teringsverktøy, slik at pasienten kan

beskrive sin symptomopplevelse (1, 2, 4). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (1) anbefaler Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) som det standardiserte kartleggingsverktøyet.

ESAS ble utviklet av Bruera og medarbeidere (12) i 1991 som et klinisk kartleggingsverktøy med formålet om å bedre kartleggingen av pasientenes symptomer, bidra til at flere symptomer oppdages og gi bedre kvalitet på pasientens behandling og pleie (7).

ESAS er et validert og internasjonalt anerkjent selvrappor-teringskjema som dekker ni symptomer (smerte, slapphet, døsighet, kvalme, matlyst, tung- pust, depresjon, angst og generelt velvære) og et tilleggsspørsmål (annet problem). Symptomene skåres med en numerisk skala (NRS) fra 0 til 10 (fra ingen til verst tenkelig plage). Ved kartlagt smerte benyttes et kroppskart der pasienten beskriver smertens karakter og lokalisasjon (7, 9, 12, 13).

## Ikke alle bruker ESAS

Til tross for at det er anerkjent at systematisk symptomkartlegging er essensielt for å lindre pasientens symptomer, er det utfordrende å få helsepersonell til å bruke ESAS (2, 4, 14–16).

Ifølge fagprosedyren til ESAS (9) er helsepersonell som har daglig ansvar for pasientbehandling og pleie, brukere av ESAS. Sykepleierens fundamentale oppgave er å ivareta pasientens grunnleggende behov, og sykepleieren er i direkte kontakt med

pasienten gjennom hele døgnet (5).

Kreftsykepleie er en vanlig spesialisering blant sykepleiere som arbeider med den palliative pasientgruppen. Kreftsykepleierens lindrende funksjon omfatter å utføre sykepleietiltak som begrenser omfanget av pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige eller eksistensielle belastninger.

For å ivareta pasienten må sykepleieren til enhver tid kartlegge pasientens ressurser og behov og iverksette og evaluere tiltak. Systematisk symptomkartlegging med ESAS er derfor en sentral sykepleieoppgave (5, 15, 17).

## Tidligere forskning

Vi utførte litteratursøk i Cinahl, Medline, Cochrane, PubMed og McMaster-Plus i april–mai 2017 og april–mai 2018, som indikerer at det er begrenset med studier om sykepleieres erfaringer med systematisk kartlegging ved hjelp av ESAS. Fitch og medarbeidere (15) støtter denne tendensen.

Når sykepleieren har en så sentral rolle med å kartlegge pasientenes symptomer, er det behov for å gå i dybden for å belyse hvordan sykepleiere bruker ESAS i klinisk praksis.

## Hensikten med studien

Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS for å kartlegge symptomer hos sykehuspasienter med kreft i palliativ fase. Vi ønsket å besvare følgende forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer har sykepleiere med å bruke ESAS for



å kartlegge symptomer hos pasienter med kreft i palliativ fase?

## METODE

### Design

Studien har et fortolkende kvalitativt design med dybdeintervjuer.

### Utvalg

Et strategisk utvalg ble benyttet. Vi rekrutterte sykepleiere fra to onkologiske sengeposter fra et sykehus i Helse Sør-Øst. Inklusjonskriteriene var at deltakerne måtte være sykepleiere, gjerne med relevant videreutdanning.

Sykepleierne skulle arbeide med pasienter med kreft i palliativ fase i sykehussetting. I tillegg skulle de ha kunnskap og erfaring med symptomkartlegging og ESAS, minst to års

relevant arbeidserfaring og minimum 50 prosent stilling.

Deltakerne ble rekruttert via avdelingssykepleierne. De videresendte deltakerforespørselen til sine sykepleiere,



«Det er pasientens egen kartlegging. Det er ikke vi som anslår noe.» Informant

som frivillig kunne melde seg til å delta. Førsteforfatteren intervjuet seks sykepleiere fra november til desember 2017.

Alle deltakerne var kvinner, hvorav fem deltakere var kreftsykepleiere. Gjennomsnittsalderen var 37,2 år, gjennomsnittlig yrkeserfaring var 13,2 år, og

gjennomsnittlig ansettelsestid var 6,3 år. Se tabell 1 for deltakerinformasjon.

### Datainnsamling

Vi utviklet en semistrukturert intervjuguide (18, 19). Spørsmålene omfattet bruk av ESAS i praksis, skjemaets bidrag til systematisk kartlegging, svar mellom praksis og fagprosedyren, fordeler og utfordringer og betydning for pasientens behandling. Intervjuene fant sted på deltakernes arbeidssted og varte i 30–45 minutter. Intervjuene ble dokumentert med lydopptak, som førsteforfatteren transkriberte.

### Analyse

Vi brukte en fortolkende tverrgående analyse basert på Malteruds systematiske tekstkonsensering. Analysemetoden består av fire trinn. Se tabell 2 for utdrag av analysen. I trinn 1 «Helhetsinntrykk» ble materialet lest gjennom flere ganger for å få et helhetsinntrykk og finne foreløpige temaer.

I trinn 2 «Meningsbærende enheter» skilte vi relevant og irrelevant tekst slik at vi identifiserte meningsbærende enheter som belyser forskningsspørsmålet, og sorterte dem i kodegrupper.

I trinn 3 «Kondensering» hentet vi systematisk ut mening ved å kondensere og abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene i kodegruppene og sortere i ytterligere undergrupper. Kondensat ble laget til hver undergruppe, med gullsitat som oppsummerer hovedelementene. I det siste trinnet «Syntese» ble kunnskapen sammenfattet i form av fortolkende synteser, som dannet grunnlaget for beskrivelser, begreper og resultater (19).

### Etiske overveielser

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med referansecnummer 55706. Det var frivillig å delta, og vi innhentet signert samtykke. Alle opplysninger og data er behandlet konfidensielt, anonymisert og oppbevart etter forskningsetiske forskrifter (19).

### RESULTATER

Det var mange likhetstrekk og få forskjeller i sykepleierne erfaringer. Gjennom analysefasen fremsto to overordnede temaer med underpunkter, som er

Tabell 1. Informasjon om deltakerne

Deltakere	Kjønn	Videreutdanning	Yrkeserfaring (år)	Ansettelsestid på aktuell post (år)	Alder
Sykepleier 1 (S1)	Kvinne	Kreftsykepleie	17	10	40
Sykepleier 2 (S2)	Kvinne	Kreftsykepleie	6	2	30
Sykepleier 3 (S3)	Kvinne	Kreftsykepleie	6,5	6	28
Sykepleier 4 (S4)	Kvinne	Kreftsykepleie	28	11	49
Sykepleier 5 (S5)	Kvinne	Kreftsykepleie	20	7	41
Sykepleier 6 (S6)	Kvinne	Ingen	1,5	1,5	35

Tabell 2. Systematisk tekstkonsensering – utdrag fra analysen

Helhetsinntrykk Viltsis til foreløpige temaer	Meningsbærende enheter Foreløpige temaer til koder og sortering		Kondensering Koder til abstrahert meningsinnhold		Syntese Kondensering til beskrivelser, begreper og resultater	
Foreløpige temaer	Kode-gruppe	Meningsbærende enheter	Undergruppe	Kondensat	Syntese	Ny overskrift
Et godt verktøy	Erfaringer med ESAS som et godt verktøy	«En får ofte en veldig god samtale med pasienten, så jeg opplever egentlig at det er en god inngangsport.» (S1)  «Når jeg får pasienter til å fylle ut et ESAS, gjør jeg det enten sammen med dem, eller hvis de fyller det ut selv, går jeg alltid inn etterpå og så snakker vi om de punktene hvor de har en skår over 3. En får ofte en veldig god samtale og veldig nye informasjon.» (S1)  «Da opplever jeg at en får en ganske fin samtale og kan avklare hva de selv har gjort i forhold til det, og om de ønsker hjelp i forhold til det, og hva vi eventuelt kan tilby.» (S1)  «Jeg opplever at det egentlig kommer frem ting som de rett og slett ikke visste at de kunne få hjelp til.» (S1)  «Det gir pasienten et fint rom til å fortelle hvordan de har det, som er veldig viktig.» (S1)	Åpner for samtale med pasienten	«Det gir et fint rom for pasienten til å fortelle hvordan de har det.» (S1)  «Da opplever jeg at en får en ganske fin samtale og kan avklare hva de selv har gjort i forhold til det, og om de ønsker hjelp i forhold til det, og hva vi eventuelt kan tilby.» (S1)  Gullsitat: «En får ofte en veldig god samtale med pasienten, så jeg opplever egentlig at det er en god inngangsport.» (S1)	ESAS fungerer som en inngangsport for samtale som gir pasienten rom til å fortelle sykepleierne om deres symptom-opplevelse og hva de ønsker hjelp med.	En del-åpner for inngående samtale



«et nyttig verktøy for å kartlegge pasientenes symptomer» og «varierende bruk av ESAS i klinisk praksis».

### Et nyttig verktøy for å kartlegge pasientenes symptomer

#### Pasientens subjektive symptom-bilde

ESAS beskrives som et nyttig verktøy for å kartlegge pasientenes symptomer: «ESAS inneholder de viktigste punktene for å kunne kartlegge pasienten.» (S4) og «Du får et fint bilde av hvordan pasienten har det, og hvilke ting vi må ta tak i.» (S3)

ESAS gir et øyeblikksbilde, og sykepleierne kan følge pasientens symptomer over tid. Sykepleierne fremhevet spesielt det at ESAS får frem pasientens opplevelse av sine symptomer: «Du får pasientens subjektive opplevelse av de forskjellige symptomene.» (S6) og «Det er pasientens egen kartlegging. Det er ikke vi som anslår noe.» (S2)

#### En døråpner for inngående samtale

Sykepleierne erfarer at ESAS åpner for samtale der pasienten kan gi uttrykk for sine symptomer, og sykepleieren får en oversikt over pasientens symptomer og behov: «Det er ikke mange pasienter som sier rett ut hvordan de har det, men med ESAS kan det bli lettere å åpne for samtale.» (S6) og «ESAS gjør pasienten i stand til selv å tenke gjennom hvordan de har det og komme i god samtale med sykepleierne.» (S3)

Sykepleieren opplever også at de fanger opp mer med ESAS: «Jeg føler man ofte fanger opp mer enn hvis man bare spør «Hei, hvordan har du det i dag?» (S3) Dette mener sykepleierne igjen har en positiv innvirkning på pasientens holdning til ESAS: «Pasienten ser at det de gir uttrykk for, blir tatt på alvor, og at det blir satt inn tiltak som fungerer for dem. Da blir det mer motiverende å svare på ESAS igjen.» (S6)

### Varierende bruk av ESAS i klinisk praksis

#### Mangelfull oppfølging av rutiner

Sykepleierne fortalte at de har ansvaret for å dele ut ESAS, hjelpe med utfyllingen, gjennomgå svarene med pasientene, ta med ESAS på legevisitten eller tverrfaglige møter og elektronisk journalføre ESAS i et forløpskjema. ESAS

ble hyppigst brukt ved innleggelse, ved kompliserte symptom-bilder eller ved kontakt med palliativt team. Sykepleierne vektla hvor viktig det er å bruke ESAS rutinemessig og følge opp svarene.



### «ESAS ble brukt i varierende grad, og det ble ofte bare et papir i bunken.»

På tross av det sykepleierne fortalte, ble ESAS brukt i varierende grad, og det ble ofte bare «et papir i bunken». ESAS ble ofte brukt når den enkelte sykepleieren vurderte at ESAS var nødvendig: «Vi synes at ESAS er et godt verktøy. Vi bruker det litt sånn fast. Vi bruker det fast ved innkomst og én dag i uken. Så skal det brukes når man har forandring. Det er det som er planen, men jeg tror ikke vi alltid er så gode til å gjøre det.» (S1)

Mangel på tid var en barriere som sykepleierne fremhevet: «Det er travelt, og du prioriterer så godt du kan. Da blir ofte ESAS glemt eller nedprioritert.» (S1) I tillegg var det vanskelig å følge opp ESAS når de syntes det var tidkrevende å dokumentere skjemaet elektronisk, og når kroppskartet ikke kan dokumenteres elektronisk på en systematisk måte.

#### Uklare rutiner fører til ulik praksis

Rutinene ble oppfattet som uklare, og sykepleierne uttrykte bekymring for hvilken konsekvens dette har: «Vi har litt ulik praksis, og vi får fort ulike svar av den samme pasienten. Siden det ikke er noen klare rutiner for ESAS på avdelingen, går vi kanskje glipp av mange symptomer.» (S6) og «Hvis pasienten ikke har noen opplevelse av at det blir gjort noe med ESAS, ser de kanskje ikke nytten av ESAS. Da blir ESAS bare mas.» (S6)

Varierende bruk resulterer i at sykepleierne opplever at ESAS i liten grad bidrar til å systematisere kartleggingen. Sykepleierne påpekte også at helsepersonellet ofte vektla egne kliniske vurderinger av pasientens symptom-bilde, selv om de ofte ikke syntes det var like effektivt som å bruke ESAS: «Vi tror nok at vi er flinkere til å lese og forstå pasienter enn det vi egentlig er. Når du fyller ut

et ESAS, har pasienten det nesten alltid annerledes enn en tror.» (S1)

### Manglende vektlegging på å bruke ESAS

En viktig barriere som sykepleierne trakk frem, var manglende oppmerksomhet på ESAS. Denne barrieren gjaldt flere faggrupper, spesielt legene, som viste liten interesse for ESAS med mindre sykepleierne oppfordret dem. Det fikk heller ingen konsekvenser hvis ESAS ikke ble brukt: «Bruker vi ikke ESAS, får vi ikke avvik.» (S5)

Det var også lite vektlegging av ESAS i undervisningen samt lite kjennskap til ESAS' fagprosedyre. Sykepleiernes forslag om hvordan ESAS kan brukes mer rutinemessig, innebar at alt helsepersonell skulle legge mer vekt på ESAS. ESAS skulle være tema i undervisningssammenheng, og ressurspersoner og ledelsen skulle vise større engasjement:

«Jeg tror vi må sette mer fokus på undervisning, hva man skal bruke ESAS til, og hvordan man skal følge opp svarene.» (S2) og «Hvis det hadde vært mer fokus på det fra fagsykepleier eller ledere, hadde vi kanskje automatisk blitt bedre på det.» (S5)

Større eksponering av ESAS for tverrfaglige grupper ble også foreslått: «Vi bør sikkert ta det med til dem oftere, og de andre faggruppene bør kanskje også ha mer fokus på det.» (S2)

## DISKUSJON

### Styrken ved å bruke ESAS

Siden symptomopplevelse alltid er subjektiv, vil det være viktig å bruke et selvrapporteringsverktøy, slik at pasientenes symptomopplevelse kommer frem (1). Sykepleierne i denne studien opplever at ESAS er et nyttig kartleggingsverktøy fordi skjemaet gir et øyeblikksbilde av pasientens symptomopplevelse, flere symptomer fanges opp, og symptomer og effekter av tiltak kan følges over tid.

De samme forholdene støttes av tidligere litteratur (1, 2, 9, 20–23). Pasienter med høy ESAS-skår har ofte en høy symptombyrde (24). Pasienter med kreft i palliativ fase opplever ofte mange symptomer som kan endre seg raskt eller over tid, og som kan påvirke hverandre negativt (2–4). De ovennevnte



fordelene med ESAS vil derfor kunne bidra til at symptomkartleggingen blir mer systematisk og effektiv.

Samtidig kan misforståelser rundt ESAS påvirke, slik at skjemaet kanskje ikke representerer pasientens reelle symptomopplevelse. Et eksempel er feiltolkninger av begrepsdefinisjoner som «døsighet» og «slapphet». Mange kan synes det er vanskelig å forstå forskjellen på disse begrepene.

Et annet eksempel er feiltolkning av NRS-skalaen. På ESAS graderes «nedsatt matlyst» fra 0 = ikke nedsatt matlyst til 10 = verst tenkelig nedsatt matlyst. Pasienter har en tendens til å tro at en høy skår betyr god matlyst (2). Hensiktsmessig bruk krever derfor at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap om ESAS og kan veilede pasienten.

### Viktig med god kommunikasjon

For å få frem pasientenes symptomopplevelse er det nødvendig med god kommunikasjon mellom pasienten og sykepleierne (1). Sykepleierne i denne studien erfarer at ESAS åpner for samtale med pasienten om vedkommendes symptomer. Sykepleiernes erfaringer samsvarer med resultater fra tidligere litteratur (1, 9, 20–22, 25).

Siden ESAS ikke dekker alle symptomene pasienten kan oppleve, bør ESAS brukes som et utgangspunkt for samtale (20, 21). Ved å begynne samtalen rundt ESAS kan sykepleieren fange opp flere symptomer, også de som ikke etterspørres i skjemaet. Deretter kan sykepleieren gå i dybden av symptomets eller symptomenes karakter og hvordan de(t) påvirker pasienten, noe som igjen kan bidra til at pasienten føler seg mer sett og tatt på alvor.

Dersom sykepleierne ikke bruker et systematisk kartleggingsverktøy, kan det medføre at pasientens symptomer overses. ESAS er et verktøy og et utgangspunkt. For å vurdere pasientens symptomtombilde på en helhetlig måte må sykepleieren i tillegg anvende faglig skjønn (26).

### ESAS må brukes rutinemessig

Sykepleierne i denne studien er oppatt av at ESAS må brukes rutinemessig hvis symptomkartleggingen skal bli

systematisk. Dette synspunktet støttes av nasjonale retningslinjer og fagproseduren (1, 9). Forskning viser at pasienter har mange symptomer de ikke rapporterer på egen hånd, og som ikke blir iden-



## «Sykepleierne i denne studien erfarer at ESAS åpner for samtale med pasienten om vedkommendes symptomer.»

tifisert. Bruk av selvrapporтерingsverktøy som ESAS vil derfor ha en vital rolle i kartleggingen (6).

Resultatene kan derfor tolkes i retning av at rutinemessig bruk er en forutsetning for at skjemaet skal bidra til systematisk symptomkartlegging, og igjen bedre symptomlindring. Forholdet støttes av Chen og Hollis (27), som anbefaler rutinemessig bruk av selvrapporтерingsverktøy som ESAS, da det sikrer bedre kommunikasjon mellom pasienten og helsepersonellet.

Videre bidrar systematisk kartlegging til at flere symptomer blir identifisert, at effekten av behandlingstiltak kan evalueres, samt at pasientene rapporterer større tilfredshet med behandlingen.

### Hvordan motvirke barrierer ved å bruke ESAS

Både sykepleierne i denne og andre studier fremhever at kartlegging og lindring av pasientens symptomer er et av sykepleiernes ansvarsområde (20–22). I denne studien presiserer sykepleierne hvor viktig det er at ESAS brukes rutinemessig, og hvilket ansvar de har for å sikre god kartlegging.

Man kan stille spørsmål ved hvorfor sykepleiere bruker skjemaet så variert siden de er så bevisste på nytten av ESAS. Her skiller sykepleiernes erfaringer seg fra andre studier, der flertallet rapporterer at de alltid eller nesten alltid bruker ESAS og oppfordrer pasienter til å bruke ESAS (20–22).

Sykepleierne bemerker at deres varierende bruk kan føre til at ikke alle symptomene pasientene har, fanges

opp. Det kommer også frem at egne kliniske vurderinger ofte vektlegges fremfor vurderinger dokumentert med ESAS. Forskning viser at helsepersonell ofte undervurderer pasientens symptomopplevelse, noe som styrker argumentet for å bruke selvrapporтерingsverktøy (2, 10, 11).

Når sykepleierens kartlegging ikke reflekterer pasientens symptomopplevelse, er det vanskelig å iverksette målrettede tiltak som lindrer pasientens symptomer. Videre vil det være vanskelig å følge pasientens symptomer over tid hvis ESAS ikke dokumenteres rutinemessig.

Det kan dermed tolkes som at variert bruk reduserer skjemaets nytteverdi og anvendbarhet. Det er derfor av betydning at sykepleierne er innforstått med hvilket ansvar de har når de bruker ESAS, og klar over at varierende bruk kan motvirke skjemaets formål.

Sykepleierne peker på flere potensielle barrierer og tiltak for rutinemessig bruk av ESAS. Disse samsvarer med resultater i tidligere forskning (2, 10, 14–16, 20–23, 25, 28, 29). Resultatene kan tyde på at det er behov for å identifisere og løse opp i barrierer som hindrer rutinemessig bruk, hvis ESAS skal bidra til systematisk kartlegging.

Sykepleiernes erfaringer støttes av flere systematiske oversiktsartikler (14, 16). Artiklene vektlegger hvor viktig det er å identifisere barrierer som hemmer og faktorer som fremmer implementering og bruk av selvrapporтерingsverktøy, som ESAS, i palliativ praksis.

Selv om sykepleiere kan se en tydelig verdi av ESAS, er det vanskelig å opprettholde bruken i en hektisk hverdag, ikke minst når rutine oppleveres som uklare, og manglende bruk ikke får konsekvenser for helsepersonellet. Rutinemessig bruk av ESAS blir spesielt vanskelig når det er opp til hver enkelt sykepleier å vurdere hvordan ESAS skal brukes, og hvorvidt de skal bruke ESAS konsekvent.

Når sykepleierne heller ikke kan stole på at sykepleiere på neste vakt følger opp ESAS, kan det bli vanskelig å opprettholde rutine. Det vil også være utfordrende når sykepleierne tilsynelatende ofte har ansvaret for å engasjere andre faggrupper, og når ledelsen og/

eller ressurspersoner viser liten interesse for ESAS.

På den annen side, dersom sykepleierne visste at ledelsen, ressurspersoner, andre faggrupper eller sykepleierkolleger forventer å få ESAS som en del av rapporten eller journalen, vil ESAS bli et selvsagt verktøy som er enkelt og nødvendig å bruke. Resultatene kan derfor indikere at fremtidig forskning bør vektlegge å identifisere barrierer og evaluere forebyggende tiltak hvis ESAS skal bidra til systematisk kartlegging.

### Studiens begrensninger

En studie med seks informanter kan ikke generaliseres. Informantene er fra onkologiske sengeposter. Vi ville muligens fått et noe varierende resultat dersom informantene var fra rene palliative sengeposter. En annen faktor er at flertallet av informantene hadde lang yrkeserfaring og relevant spesialisering. Det kan tenkes at sykepleiere med mindre erfaring og/eller uten spesialisering kunne gitt et annet resultat.

Likevel må vi kunne anta at funnene har en viss overførbarhet til liknende settinger og kan således ha en ekstern validitet (18). Siden informantene bruker verktøyet i hverdagen, må vi også kunne anta at deres erfaringer er troverdige og derfor har en indre validitet (19). Videre har informantene kjennskap til og erfaringer med bruk av ESAS, noe som bør kunne bidra til studiens pålitelighet (19).

Til slutt må det nevnes at vi jobber innenfor palliasjonsfeltet. Dette kan ha vært en hindring da vi skulle tolke det sykepleierne fortalte, men kan også ha vært en positiv mulighet til å forstå sykepleierens anliggende (18, 19).

### KONKLUSJON

ESAS beskrives som et nyttig verktøy for å kartlegge symptomer hos den aktuelle pasientgruppen, som igjen fremmer bedre symptomlindring og livskvalitet for pasientene. Rutinemessig bruk vektlegges for å oppnå skjemaets formål. Likevel brukes ESAS i varierende grad, noe som påvirker hvorvidt skjemaet bidrar til å systematisere symptomkartleggingen.

Studien viser til flere barrierer og

tiltak for rutinemessig bruk av ESAS. Kvalitativ forskning rundt temaet er begrenset, og det er behov for ytterligere forskning på feltet. Resultatet i denne studien antyder fire faktorer som kan bidra til forbedret bruk av ESAS i praksis:

- Tydeliggjøring og konsensus om rutiner på tvers av avdelingen rundt bruken av ESAS.
- Økt søkelys på ESAS i undervisnings-sammenhenger, slik at det blir en større tverrfaglig, felles forståelse av skjemaets formål, relevans og bruk.
- Økt bevisstgjøring av den enkeltes og hver faggruppes ansvar for ESAS ut fra deres forventede ansvarsområde.
- Tydelig engasjement fra ressurspersoner og ledelsen som fremmer rutinemessig bruk av ESAS, der konsekvenser for manglende bruk blir synlig.

### REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Nasjonal faglig retningslinje. Oslo; 2015. IS-2800. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen> (nedlastet 10.05.2018).
2. Chang VT, Smith TJ, Savarese DM. Approach to symptom assessment in palliative care. *Alphen aan den Rijn*: Wolters Kluwer; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care> (nedlastet 20.05.2018).
3. Deshields TL, Potter P, Olsen S, Liu J, Dye L. Documenting the symptom experience of cancer patients. *Journal of Supportive Oncology*. 2011;9(6):216–23.
4. Kaasa S, Loge JH. Diagnostikk innen palliasjon – en generell innføring I: Kaasa S, Loge JH, red. *Palliasjon: Nordisk lærebok*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 202–16.
5. Sæteren B. Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter: sorg og sorgarbeid. *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017. s. 224–50.
6. White C, McMullan D, Doyle J. «Now that you mention it, doctor ...»: symptom reporting and the need for systematic questioning in a specialist palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine*. 2009;12(5):447.
7. Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 years later: past, present, and future developments. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017;53(3):630–43.
8. Verdens helseorganisasjon (WHO). WHO definition of palliative care. Genève; 2002. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (nedlastet 20.05.2018).
9. Oslo universitetssykehus HF. ESAS – Edmonton Symptom Assessment System. Oslo; 2018. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/esas-edmonton-symptom-assessment-system--260510> (nedlastet 01.07.2018).
10. Rhondali W, Hui D, Kim SH, Kilgore K, Kang JH, Nguyen L, et al. Association between patient-reported symptoms and nurses' clinical impressions in cancer patients admitted to an acute palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine*. 2012;15(3):301.
11. Laugsand EA, Sprangers MAG, Bjordal K, Skorpen F, Kaasa S, Klepstad P. Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: a multicenter European study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010;8:104.
12. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*. 1991;7(2):6–9.
13. Watanabe SM, Nekolaichuk CL, Beaumont C. The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement. *Psycho-Oncology*. 2012;21(9):977–85.
14. Antunes B, Harding R, Higginson JJ. Implementing patient-reported outcome measures in palliative care clinical practice: a systematic review of facilitators and barriers. *Palliative Medicine*. 2014;28(2):158–75.
15. Fitch MI, Howell D, McLeod D, Green E. Screening for distress: responding is a critical function for oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2012;22(1):12.
16. Sommerbakk R, Haugen DF, Tjora A, Kaasa S, Hjerstad MJ. Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care – results from a qualitative interview study in Norway. *BMC Palliative Care*. 2016;15(1).
17. Reitan AM. *Kreftsykepleie*. I: Reitan AM, Scholberg T, red. *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017. s. 33–47.
18. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
19. Christoffersen L, Johannessen A, Tuftte PA, Utne I. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag; 2015.
20. Green E, Yuen D, Chasen M, Amerinc H, Shabestari O, Brundage M, et al. Oncology nurses' attitudes toward the Edmonton Symptom Assessment System: results from a large cancer care Ontario study. *Oncology Nursing Forum*. 2017;44(1):16–25.
21. Pereira JL, Chasen MR, Mollay S, Amerinc H, Brundage MD, Green E, et al. Cancer care professionals' attitudes toward systematic standardized symptom assessment and the Edmonton Symptom Assessment System after large-scale population-based implementation in Ontario, Canada. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016;51(4):662–72.e8.
22. Bainbridge D, Seow H, Sussman J, Pond G, Martelli-Reid L, Herbert C, et al. Multidisciplinary health care professionals' perceptions of the use and utility of a symptom assessment system for oncology patients. *Journal of Oncology Practice*. 2011;7(1):19.
23. Myhra CB, Grov EK. Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS): palliativ behandling. *Sykepleien Forskning*. 2010;5(3):210–8. DOI: 10.4220/sykepleienf.2010.0113
24. Selby D, Chakraborty A, Myers J, Saskin R, Mazzotta P, Gill A. High scores on the Edmonton Symptom Assessment Scale identify patients with self-defined high symptom burden. *Journal of Palliative Medicine*. 2011;14(12):1309–16.
25. Carli Buttenschoen D, Stephan J, Watanabe S, Nekolaichuk C. Health care providers' use and knowledge of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): is there a need to improve information and training? *Supportive Care in Cancer*. 2014;22(1):201–8.
26. Martinsen K. *Samtalen, skjønn og evidens*. Oslo: Akribes; 2005.
27. Chen J, Ou L, Hollis SJ. A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers and health organisations in an oncology setting. *BMC Health Services Research*. 2013;13(1).
28. Dudgeon D, King S, Howell D, Green E, Gilbert J, Hughes E, et al. Cancer Care Ontario's experience with implementation of routine physical and psychological symptom distress screening. *Psychooncology*. 2012;21(4):357.
29. Beddard-Huber E, Jayaraman J, White L, Yeomans W. Evaluation of the utility of the Edmonton Symptom Assessment System (revised) Scale on a tertiary palliative care unit. *Journal of Palliative Care*. 2015;31(1):44–50.





**HOVEDBUDSKAP:**

I Prosjekt digitalt støttet oppfølging (PRODOPP) i sykepleierutdanningen til Høgskulen på Vestlandet, campus Stord har lærere fra og med våren 2015 brukt virtuelle møter som pedagogisk verktøy til å veilede studentgrupper i praksis. For mange studenter betydde det at de kunne bo hjemme i praksisperioden. Målet med PRODOPP var å skape fleksibilitet, effektivitet, bruke hensiktsmessig teknologi og samtidig sikre god sykepleiefaglig veiledning.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.78181

**NØKKELOD:**

► Sykepleiveiledning ► Praksis ► Virtuell veiledning ► Studentgrupper ► Desentralisert sykepleierutdanning

# Sykepleierstudenter får praksis-veiledning i virtuelle møter

Når praksisplassene er lokalisert langt fra campus, kan noen studenter bo hjemme og få veiledning via Skype.

**S**ykepleiere må ha høy kompetanse på faget sitt og være endringsdyktige. Sykepleierstudentene trenger derfor god, faglig veiledning i praksisperioder (1). For å utvikle pedagogiske metoder som stimulerer studentenes motivasjon til å lære, oppfordres det til samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner, praksisfelt og studenter. Samtidig oppfordres det til mer bruk av digitale verktøy og fleksibilitet i norsk høyere utdanning (2, 3).

I prosjektet PRODOPP (Prosjekt digitalt støttet oppfølging) i sykepleierutdanningen til Høgskulen på Vestlandet (HVL), campus Stord har lærere fra og med våren 2015 brukt virtuelle møter som pedagogisk verktøy i veiledning av studentgrupper i praksis.

Ansatte på campus Stord har god kompetanse på elektronisk læring, såkalt e-læring (se faktaboks). Våren 2015 var det 37 av 99 studenter i første praksisperiode på åtte uker som fikk ukentlig veiledning i grupper via Skype, som er et program for gratis samtaler via internett.

Når mange studenter skal ha praksis samtidig, er det krevende for høyskolen å finne tilstrekkelig mange praksisplasser med god kvalitet. Vi klarte det likevel ved å gjøre avtaler med sykehjem lokalisert langt fra campus.

**SKYPE TIL STUDENTER LANGT BORTE**

De studentene som bodde lengst borte fra campus, fikk tilbud om praksis med veiledning via Skype, og for mange betydde

**FORFATTERE**



**Bente Kvilhaugsvik**  
Førstelektor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, campus Stord



**Ragnhild Alice Bjerk Steinsland**  
Stipendiat, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, campus Stord



**Aslaug Grov Almås**  
Førsteamanuensis, Fakultet for lærerutdanning, kultur og idrett, Høgskulen på Vestlandet, campus Stord

det at de kunne bo hos foreldrene i praksisperioden. Tretten sykehjem, i en avstand på to–tre timers reisetid fra høyskolecampusen, fungerte som praksissteder. Målet med PRODOPP var å skape fleksibilitet, effektivitet, bruke hensiktsmessig teknologi og samtidig sikre god sykepleiefaglig veiledning.

Virtuelle møter og oppfølgingsamtaler med studenter via Skype hadde vært prøvd i sykepleierutdanningen tidligere. Lærerne som hadde prøvd det, opplevde da at de ikke kunne gi god nok praksisoppfølging.

I desentraliserte sykepleierutdanninger i Norge brukes det mer teknologi for å støtte veiledning og læring, men i sykepleierutdanninger ellers hører vi at mange lærere er skeptiske til å bruke Skype i veiledningen av studentgrupper, slik vi gjorde i PRODOPP.

**OPPFØLGING ETTER PRAKSISEN**

Det ble gjort fokusgruppeintervju med studentene etter praksisen i 2015. Fagseksjonslederen i sykepleie og praksislærerne som følger opp studenter i praksis, har hatt møter med hverandre, og vi har hatt møter og samtaler med kontaktsykepleiere. På bakgrunn av synspunkter og erfaringer har vi videreutviklet praksisoppfølgingsmodellen, og vi fortsetter å utvikle den.

For kontaktsykepleierne og de avdelingene der studentene har praksis, var det nytt å samarbeide med lærere fra campus Stord, der sykepleierne måtte sette seg inn i en ny veilednings- og studentevalueringsmodell. Etter hvert som lærerne

**MINDRE TIDSKLEMME:** Studentene hadde relativt tett oppfølging med praksislæreren hjemmefra via en læringsplattform, Skype, SMS og litt telefon og e-post. Illustrasjonsfoto: Aleksandr Davydov / Mostphotos



og kontaktsykepleierne ble bedre kjent, noe de ble ved fysiske møtepunkter ved oppstarten, i midtevalueringene og i de fleste sluttevalueringene, har samarbeidet med kontaktsykepleierne fungert godt.

#### TEORETISK PERSPEKTIV

Det stilles store krav til veiledning av sykepleierstudenter for å sikre at de utvikler nødvendig kunnskap, ferdigheter og etiske standarder (4). Nyutdannede sykepleiere må kunne ivareta pasientomsorg og -sikkerhet. Både studentene selv, kontaktsykepleiere og praksislærere må engasjere seg i studentenes profesjonelle utvikling.

Det er behov for å kommunisere om praksiserfaringer og å relatere erfaringene både til teori og etablert praksis (5). En hovedkomponent i utviklingen av sykepleierferdigheter er refleksjon over hva vi trenger å lære for å kunne gi faglig kompetent sykepleie (6).

Sykepleierstudentene sosialiseres inn i en yrkeskultur. Ved å bruke virtuelle læringsformer må lærerne være klar over og

**«Målet med PRODOPP var å skape fleksibilitet, effektivitet, bruke hensiktsmessig teknologi og samtidig sikre god sykepleiefaglig veiledning.»**

ta hensyn til at det virtuelle møterommet i Skype kan virke inn på sosialiseringen og læringen. Det er nødvendig å bruke ny teknologi i undervisningen og samtidig holde fast ved sykepleiens kjerneverdier.

For å kunne lære trenger studentene å oppleve et sosialt fellesskap. De må være følelsesmessig til stede og etablere tillitsfulle relasjoner (7). Studentene trenger veiledning i rolleforståelse, kunnskaper, ferdigheter og faglige verdier i profesjonen,

og i hvordan de kan forholde seg til organisasjonen (8). Alt dette møter studentene i avdelingene som de har praksis i.

Det kan være utfordrende for kontaktsykepleierne å gi nok veiledning på grunn av travle hverdager. Praksislæreren er derfor viktig for studentenes refleksjon og læring i praksis, selv når denne befinner seg fysisk vekke fra avdelingene.

#### BRÅ OVERGANG MELLOM STUDIER OG PRAKSIS

De fleste studentene hadde ikke arbeidet i helsetjenesten før, og det var mye nytt for dem å sette seg inn i. Overgangen mellom studiene på campus og praksisstudiene var for de fleste brå og krevende.

En student sa følgende: «Det vanskeligste for meg var informasjonen vi hadde fått i forkant, om oppgaver og slike ting. Det var kaos i mitt hode, men da jeg begynte å forstå hva vi skulle gjøre, gikk det helt greit.»

#### STUDENTENE FØLTE SEG INKLUDERT

Det at praksislærerne var fysisk langt borte fra praksisstedene, gjorde den fysiske nærheten til kontaktsykepleierne særlig viktig. Studentene var opptatt av å bli inkludert i arbeidsfellesskapene ved praksisstedene. De opplevde stort sett å bli tatt på alvor, bli vist hvordan avdelingen fungerte og inkludert i sykepleiernes oppgaver.

En av studentene var overrasket over hvor god inkluderings var, og sa dette: «Du ble tatt så godt imot av sykepleierne og av dem som er der. Som ny student føler du deg kanskje litt som en etterpåklatt liksom, som bare dilter etter. Men jeg tok feil der, for å si det sånn.»

#### TILRETTELA FOR VIRTUELLE MØTER

Studentene dro hjem for å delta i de virtuelle veiledningsmøtene. For noen studenter tok det litt tid å komme seg hjem

### E-læring

E-læring er undervisning satt inn i en større pedagogisk helhet. Faglig og pedagogisk materiell brukes sammen med lyd, bilde og video i undervisningen.

Kilde: helsekompetanse.no

» fra praksis for å kunne delta. Likevel brukte de lite tid på reising sammenliknet med om de skulle ha bodd langt fra praksisstedet eller måtte ha dradd til høyskolens campus på veiledningsmøter.

Studentene satt ved hver sin PC, med hodetelefon og kamera, slik at alle kunne sitte med full konsentrasjon og uten å forstyrre eller bli forstyrret. Gruppene var på fire til åtte studenter pluss læreren. De største gruppene ble fordelt på to tidspunkter.

Studentene sa at det var bedre kommunikasjon i de mindre gruppene. En student sa følgende: «Det kan bli for mange på hver gruppe, sånn at da må det i alle fall være en ordstyrer som involverer alle.»

Praksislæreren fungerte som ordstyrer. Med alt dette på plass sa studentene at de opplevde at kommunikasjonen var tydelig og god, og at de fikk reflektert over og snakket om det de hadde på hjertet.

### ANSVAR FOR EGEN LÆRING

Studentene trengte å finne ut av studentrollen og hva slags forventninger kontaktsykepleierne hadde til dem. De hadde hatt undervisning i utdanningen i ett semester og skulle nå prøve ut kunnskapene i en praksisavdeling.

For å diskutere ting seg imellom opprettet de digitale samtalegrupper i sosiale medier. Hvis de ikke fant ut av studieoppgavene de også hadde i praksis, spurte de læreren via SMS, e-post eller telefon.

### ULIK OPPFØLGING FRA KONTAKTSYKEPLEIERNE

Ikke alle studentene var sammen med kontaktsykepleieren hver dag. Det var også delte meninger om hvorvidt studentene oppfattet at kontaktsykepleierne var opptatt av læringsutbyttene.

Studentene sa at de følte seg frustrerte ved at kontaktsykepleieren, studentene og læreren ikke alltid forholdt seg til samme informasjon. En av dem sa dette: «Det hadde vært en fordel hvis alle fikk samme informasjon enn at det skal gå fra munn til munn.»

Andre studenter sa at praksislæreren hadde gitt skriftlig informasjon til kontaktsykepleieren. Ulike misforståelser kunne oppklares ved å ta kontakt med læreren.

### TRYGT NÅR LÆREREN VAR TILGJENGELIG PÅ SMS

Læreren hadde oppfordret studentene til å ta kontakt hvis de hadde spørsmål eller behov for veiledning. Noen studenter hadde snakket i telefonen med læreren, men i de fleste tilfellene hadde SMS fungert godt når det var noe de trengte svar på.

En student sa dette til tross for at læreren var fysisk langt unna: «Og læreren her på skolen. Det var ikke noe problem å få tak i henne.»

### REFLEKTERTE OVER SYKEPLEIEFAGLIGE TEMAER

Studentene hadde behov for å reflektere over og

diskutere det som skjedde i praksis, sammen med læreren sin. Det var temaer de trengte å snakke om på tvers av praksisstedene uten at kontaktsykepleierne var til stede.

En student sa følgende: «Det ville begrense det litt i forhold til hva du føler at du kan uttale. Så jeg synes det var deilig at det var litt sånn fritt.»

Studentene sa at de kunne snakke om praksisen med læreren og medstudentene i virtuelle møter, og at møtene følte seg viktige.

### FIKK NØDVENDIG INFORMASJON

Det var viktig for studentene at kontaktsykepleieren og læreren hadde god kommunikasjon og visste hva som krevdes av studenten. Det var etablert et åpent

» **«Det er nødvendig å bruke ny teknologi i undervisningen og samtidig holde fast ved sykepleiens kjerneverdier.»**

nettsted der både kontaktsykepleierne, studentene og lærerne kunne finne informasjon om kravene for praksisperioden.

Studentene sa at det ga trygghet at alle kunne finne informasjonen, og at de som hadde felles ansvar, kunne forholde seg til det samme.

### VIRTUELLE MØTER GA FLEKSIBILITET

Selv om man mister noen aspekter av kommunikasjonen og de mellommenneskelige relasjonene mellom praksislæreren og studentene i virtuelle møter, sa studentene at hvis de måtte velge mellom fysiske veiledningsmøter og veiledning i virtuelle møter, foretrakk de fleksibiliteten i virtuelle møter ga.

Studentene bodde langt fra høyskolecampusen, og noen hadde små barn. Praksisveiledning i virtuelle gruppe-møter gjorde det lettere å få tidsklemmen til å gå opp. En informant sa som følger: «Det var lettere for meg å sitte på Skype enn å kjøre en time ut hit for å være med på møtet, altså én time frem og én tilbake.»

### LETTERE Å SI HVA MAN MENER

Studentene sa at de kunne snakke om det de opplevde som viktig for praksisperioden, selv om møtene var virtuelle. Noen sa at kommunikasjonsflyten nok ville vært mer naturlig hvis gruppen var fysisk samlet rundt et bord. Da ville det å snakke samtidig ikke være like forstyrrende som det var i virtuelle møter.

Men de opplevde kommunikasjonen i de virtuelle møtene som bra. Flere sa at de så frem til de virtuelle møtene der de traff gruppen med læreren og medstudentene. En student sa at hun kunne snakke bedre i virtuelle møter enn i fysiske veiledningsmøter: «I Skype føler jeg det er lettere å faktisk si det jeg mener, i stedet for å sitte og

snakke om ting jeg ikke er helt komfortabel med når folk sitter rundt meg og kikker.»

### TEKNISKE PROBLEMER KAN FORSTYRRE

Det var få tekniske problemer i forbindelse med virtuelle veiledningsmøter, ifølge studentene. De var vant med digital kommunikasjon og klarte å håndtere det hvis det oppsto problemer.

Noen ganger hadde det vært problemer med bildet, men da hadde det gått fint bare å snakke uten å kunne se hverandre. De var mer usikre på lærernes digitale kompetanse og om lærerne var positive til å bruke teknologi i forbindelse med veiledning.

En student sa dette: «Det er jo sikkert ikke studentene her som er redde for teknologien. Det må jo være at lærerne og skolen er redde for teknologien.»

### BRÅ OVERGANG FOR STUDENTENE

Selv om hele første semester i bachelorprogrammet i sykepleie var planlagt med tanke på å forberede studentene på første praksisperiode, opplevde studentene overgangen mellom teoristudier og praksis som brå og krevende. Utsagnet «Det var kaos i mitt hode, men da jeg begynte å forstå hva vi skulle gjøre, gikk det helt greit», som er nevnt tidligere, illustrerer dette godt.

Studentene skulle plutselig forholde seg både til praksisstedets krav, praksislæreren, digital informasjon om krav i praksis og virtuelle veiledningsmøter. Behovet meldte seg raskt for overblikk, det å kunne oppdatere seg på informasjon og veiledning fra praksislæreren.

### VIKTIG MED TILSTEDEVÆRELSE FOR ALLE

Veiledning av sykepleierstudenter, som skal oppnå læringsutbyttet både i praktiske ferdigheter og etiske standarder, er kompleks (4). Et viktig tema studentene må utvikle kompetanse på, er å kommunisere og møte pasientene med tilstedeværelse (9). For å lære det trenger de selv å bli møtt med tilstedeværelse fra læreren og veilederen (5).

Praksislærere i sykepleie fungerer som rollemodeller mens studentene tilegner seg profesjonskunnskap, ferdigheter, verdier og rolleforståelse (8). Sykepleielærerne var klar over og tok høyde for dette i den digitalt støttede veiledningsmodellen ved at de var påpasselige med å gi sine mobiltelefonnumre og oppfordre studentene til å ta kontakt hvis det var noe de hadde behov for å snakke om.

Kontaktsykepleierne har mange av de samme oppgavene som praksislærerne, og kontaktsykepleierne veileder sykepleierstudentene på daglig basis. Det gjør kontaktsykepleierens rolle i

studentenes utvikling svært viktig. Slik studentveiledning er krevende (1).

### FAKTORER SOM PÅVIRKET KOMMUNIKASJONEN

Studentene hadde relativt tett oppfølging fra praksislæreren via læringsplattformen, virtuelle møter, SMS og i noen grad telefon og e-post. I tillegg hadde studentene jevnlig kontakt seg imellom om faglige spørsmål.

På grunn av den pedagogiske kompleksiteten må praksislærere sørge for god kommunikasjon og trygge læringsomgivelser. Da vil studentene gradvis kunne innlemme nødvendig kunnskap og kompetanse i sin forståelse av sykepleie (4). Mange faktorer virker inn på kommunikasjonen, relasjonen og refleksjonen i en slik veiledningsprosess (10). I PRODOPP ble virtuelle møter en ytterligere faktor som påvirket kommunikasjonen.

Killion og medarbeidere (7) sier at det etableres læringsfellesskap i studentgrupper. Studentene i PRODOPP etablerte læringsfellesskap i sosiale medier i den første, litt kaotiske overgangen mellom teoretiske og praktiske studier.

Resultatene i fokusgruppen med studentene viste også at studentene hadde god kommunikasjon i de virtuelle møtene med medstudentene og læreren. Der kunne de snakke om studentrollen, sykepleiefaglige spørsmål og det de syntes var problematisk i praksisen.

### LÆRERNE MÅ BEHERSKE TEKNOLOGIEN

Dette var studentenes første praksisperiode, og de hadde derfor kun erfaring med digitalt støttet praksisoppfølging. Online-læring kan være like effektivt som ansikt-til-ansikt-læring for å

«Et viktig tema studentene må utvikle kompetanse på, er å kommunisere og møte pasientene med tilstedeværelse.»

tilegne seg sykepleieferdigheter. Men lærerne kan være redde for og utrygge på om de behersker teknologien (11).

Den sosiale situasjonen og lærerrollen i e-læring er kompleks, og lærerne må utvikle ferdigheter i hvordan de kan veilede via Internett. Man må ta inn over seg at digital kommunikasjon kan oppleves som uten ansikt. Derfor må man jobbe mer for å sikre god relasjon og kontakt (12).

Sykepleierstudentene i studien sa at de var vant til å kommunisere digitalt, og de var positive til den økte fleksibiliteten prosjektoppfølgningen ga. For at møtene skulle fungere, var det viktig med praktisk og teknisk tilrettelegging. Forutsetninger for god kommunikasjon var at studentene deltok i møtene hjemmefra på individuell PC, at de kunne sitte uforstyrret og hadde god internettdekning.

Kunnskapsdepartementets (3) påstand om at lærere må videreutvikle sin pedagogiske bruk av informasjon- og kommunikasjonsteknologi



for å stimulere studentenes læring, er likevel viktig å ta inn over seg, slik at man ikke utelukkende fokuserer på studietilbudets fleksibilitet og tilgjengelighet.

### FLEKSIBELT MED VIRTUELLE MØTER

Studien viser at virtuelle møter ga fleksibilitet og optimalisert bruk av tid for både studenter og praksislærere. Noen studenter satte pris på digitale møter fordi de ikke likte å snakke når andre så på dem.

Utsagnet «I Skype føler jeg det er lettere å faktisk si det jeg mener, i stedet for å sitte og snakke om ting jeg ikke er helt komfortabel med når folk sitter rundt meg og kikker» kan likevel vise en bakside ved det å bruke digital kommunikasjon i veiledning av sykepleiestudenter.

Når unge mennesker skal utdanne seg til sykepleiere, trenger de å kunne snakke om vanskelige temaer i fysiske møter med både pasienter, sykepleiere, medstudenter og lærere (9). I møter mellom mennesker er det viktig å være følelsesmessig til stede og etablere tillitsfulle relasjoner (7).

### KONKLUSJON

Studentene i prosjektet PRODOPP fikk god sykepleiefaglig gruppeveiledning i virtuelle møter. Premissene for at dette skulle fungere, var god planlegging, teknisk og pedagogisk tilrettelegging for både fysiske og virtuelle møter samt bruk av læringsplattform. ●

### REFERANSER

1. Universitets- og hogskolerådet. Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning; Praksisprosjektet. Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/86921bebef4c45d9a2f67fda3e6ae08/praksisprosjektet-sluttrapport.pdf> (nedlastet 20.08.2019).
2. Norgesuniversitetet. Digital tilstand i høyere utdanning – Norgesuniversitetets monitor. Tromsø: Norgesuniversitetets skriftserie; 2015. Nr. 1/2015. Tilgjengelig fra: <https://diku.no/rapporter/digital-tilstand-2014> (nedlastet 20.08.2019).
3. Kunnskapsdepartementet. Tilstandsrapport: høyere utdanning. Oslo; 2018. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/eb4e02ae5134e42bba060e879536675/tilstandsrapport\\_2018\\_trykkefil2.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/eb4e02ae5134e42bba060e879536675/tilstandsrapport_2018_trykkefil2.pdf) (nedlastet 20.08.2019).
4. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer. Oslo: Akribe; 2010.
5. Jonsmoen KM, Greek M. Praksisboka: slik lykkes du i praksisstudiene. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
6. Pai HC. The effect of a self-reflection and insight program on the nursing competence of nursing students: a longitudinal study. J Prof Nurs. 2015;31(5):424–31.
7. Killion CM, Gallagher-Lepak S, Reilly J. Are virtual classrooms colorblind? J Prof Nurs. 2015;31(5):407–15.
8. Brown J, Stevens J, Kermode S. Supporting student nurse professionalization: the role of the clinical teacher. Nurse Educ Today. 2012;32(5):606–10.
9. Ekeberg M. Vårdande möten. I: Arman M, Dahlberg K, Ekeberg M, red. Teoretiska grunder för vårdande. Stockholm: Liber; 2015:122–7.
10. Ulleberg I. Kommunikasjon og veiledning. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.
11. McCutcheon K, Lohan M, Traynor M, Martin D. A systematic review evaluating the impact of online or blended learning vs. face-to-face learning of clinical skills in undergraduate nurse education. J Adv Nurs. 2014;71(2):255–70.
12. Koch LF. The nursing educator's role in e-learning: a literature review. Nurse Educ Today. 2014;34(11):1382–7.



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:  
**Sykepleierstudenter får praksisveiledning i virtuelle møter**

Derfor skrev jeg denne artikkelen



**Bente Kvilhaugsvik**

Førstelektor, Høgskulen på Vestlandet, campus Stord

Fagartikkelen som vi fikk publisert i *Sykepleien*, ble skrevet på bakgrunn av et prosjekt der studenter fikk en del av sin praksisveiledning i virtuelle møter mellom en praksislærer og en liten studentgruppe.

Virtuelle møter var viktig for Høgskulen på Vestlandet (HVL), campus Stord, som hadde behov for kvalitativt gode praksisplasser til mange sykepleierstudenter i første sykehjemspraksis. Ved å ha virtuell praksisveiledning kunne vi gjøre avtaler med sykehjem lokalisert langt fra campus.

Artikkelen ble godt mottatt av kolleger på HVL, og enda flere har vist interesse for den etter at utdanningsinstitusjonene i senere tid har måttet legge om praksisoppfølgingen for alle studenter.

Selv har jeg kunnet videreutvikle digital veiledning og undervisning i etterkant av erfaringene i prosjektet PRODOPP. Akkurat nå holder jeg på med prosjektet Collaborative Online International Learning (COIL), der sykepleierstudenter i Norge og på Madagaskar samarbeider med mål om tverrkulturell kompetanse og internasjonalisering hjemmefra. ●



## FAGGRUPPER

## NSFs faggruppe for e-helse

Faggruppen har cirka 350 medlemmer, og medlemskap lar seg godt kombinere med medlemskap i andre faggrupper. Kriterier for å bli med er at du er sykepleier som jobber med eller har interesse for e-helse. Medlemmene har forskjellige typer stillinger – fra klinisk sykepleier til systemansvarlig for fagsystemer.

NSFs faggruppe for e-helse støtter sykepleiere med interesse for e-helse, slik at pasienten opplever tjenester som er helhetlige, tilgjengelige og av høy kvalitet. E-helse og velferdsteknologi er en viktig del av fremtidens helse- og sosialtjenester. Sykepleiere må være kompetente og bidra til å bruke mulig-

hetene som ligger i de nye teknologiene.

NSFs faggruppe for e-helse er et levende forum for deling av aktuelle saker innenfor e-helseområdet. Faggruppen bidrar i sentrale diskusjoner på e-helsefeltet og sikrer at sykepleierens stemme blir hørt i utvikling og implementering av digitale løsninger.

Faggruppens hovedområder:

- Terminologi og sykeleiedokumentasjon i den elektroniske pasientjournalen (EPJ), med utarbeidelse og revisjon av «Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ».
- E-helsetjenester levert til pasienter via internett og relaterte teknologier,

som videokonsultasjon, sikre meldinger, velferdsteknologi og tjenester via helsenorge.no.

- Stipendordning for faggruppens medlemmer.
- Nasjonal årlig e-helsekonferanse i samarbeid med NSF.

Ønsker du å bli medlem?

Send SMS med kodeordet EHELSE til 02409. Prisen er kr 240 per år.

Hjemmeside: <https://www.nsf.no/faggrupper/e-helse>

Faggruppens slagord er «For sykepleiere i framtidens helsetjeneste».

## NSFs faggruppe for undervisning, fagutvikling og forskning (FUFF)

NSF FUFF er en møteplass for diskusjon og påvirkning om utdanning, fagutvikling og forskning i klinikk og akademia.

Faggruppen er pådriver for å utvikle sykepleierutdanningen på bachelor-, master- og doktorgradsnivå.

FUFF arbeider målrettet for å styrke sykepleierutdanningenes posisjon i universitets- og høyskolesystemet, herunder rammebetingelser for faglig ansatte. Å tydeliggjøre tilknytningen til klinikken for å sikre kompetente sykepleiere med relevant praksiskunnskap er et strategisk satsingsområde.

Faggruppen arbeider målrettet for å avklare ansvars- og arbeidsområde i

helse- og omsorgstjenesten for medlemmer med kompetanse på master- og ph.d.-nivå.

Medlemskap er åpent for alle med interesse for fagutvikling og sykepleierutdanning på alle nivåene i helsesektoren og alle akademiske nivåer.

Faggruppen har 209 medlemmer (april 2020). Medlemmer av faggruppen har undervisningsstillinger i universitets- og høyskolesektoren. Andre har stillinger på ulikt nivå i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Et medlemsblad utkommer inntil fire ganger årlig. Medlemmer og andre er velkomne med bidrag om alt som skjer innen faggruppens interessefelt.

Faggruppen arrangerer landsdekkende konferanser hvert andre år.

Medlemmene kan delta på kurs og konferanser, og de har muligheter til å søke stipend.

Faggruppen gir ut et stipend på kr 5000. Søknad sendes til styret. Se kriterier på hjemmesiden.

FUFF har samarbeid med dansk faggruppe, Fagligt Sammenslutning af Undervisende Sygeplejersker (FSUS) i Dansk Sygeplejeråd.

Årsavgift er kr 300.

Adresse til hjemmesiden: <https://nyvev.nsf.no/fg/undervisning-fagutvikling-og-forskning>



**HOVEDBUDSKAP:**

Innen spesialisthelsetjenesten overtar poliklinikker og dagheter stadig flere av oppgavene som før ble utført på sengeposter. Nye nasjonale retningslinjer for grunnutdanningene i helse- og sosialfag utfordrer utdanningene til å tenke nytt om sykepleierstudentenes praksisstudier i spesialisthelsetjenesten. Kunnskap og kompetanse om poliklinisk pasientbehandling og praksisstudier i denne typen kliniske enheter er mer aktuelt enn noensinne og bør integreres i program for bachelor i sykepleie.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.79123

**NØKKELOD:**

► Poliklinikk ► Sykepleierstudenter ► Veiledet somatisk praksis

# Poliklinikken må utnyttes som praksisarena for sykepleierstudenter

Stadig mer behandling og pleie flyttes til poliklinikker og dagheter. Kunnskap om poliklinisk pasientbehandling bør integreres i program for bachelor i sykepleie.

I denne fagartikkelen presenterer vi erfaringer vi har gjort fra et prosjekt ved to sykepleierutdanninger i Bergen. Erfaringene viser at poliklinikk som praksisarena for veiledet praksis kan innfri mange av fagplanens læringsutbyttebeskrivelser, i tråd med rammeplanens krav til veiledet somatisk praksis.

Det kreves imidlertid at høyskolene og praksisfeltet forbereder og organiserer praksisstudiene på poliklinikk godt, og at studentene får veiledning og tid til klinisk resonnering underveis.

**BAKGRUNN**

Utdanning av sykepleierstudenter er regulert av Rammeplan for sykepleierutdanning (1). Med utgangspunkt i rammeplanen utarbeider universitetene og høyskolene fagplaner som viser hvordan studieprogrammene operasjonaliseres og tilrettelegges.

Læringsutbyttebeskrivelser, basert på nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring, beskriver hva alle som har fullført en utdanning, skal ha lært i utdanningsløpet og i praksisperioder (2).

For å møte fremtidens helseutfordringer er det viktig med god kvalitet og tilstrekkelig relevans i sykepleierstudentenes praksisstudier (3, 4). Innen spesialisthelsetjenesten flyttes stadig mer behandling og pleie fra sengeposter til poliklinikker. Antallet sengeplasser reduseres, samtidig som antallet studenter i helsefagutdanningene øker.

Omfanget av obligatorisk praksis i somatisk spesialisthelsetjeneste for sykepleierstudenter er derimot ikke

**FORFATTERE**



**Margareth Haukom**  
Førstelektor, Fakultet for helsefag,  
VID vitenskapelige høyskole,  
Haraldsplass



**Elisabeth Grov Beisland**  
Førsteamanuensis, Institutt for helse-  
og omsorgsvitenskap, Høgskulen på  
Vestlandet



**Hilde Nesse**  
Rådgiver og sykepleier,  
Fagavdelingen, Seksjon fag  
og utdanning, Haukeland  
universitetssjukehus

endret (5). Når pasientbehandlingen dreies fra sengepost til poliklinikk og dagbehandling, må lærestedene og sykehusene i samarbeid sørge for at klinisk praksis for sykepleierstudenter planlegges og gjennomføres i tråd med denne utviklingen.

På poliklinikk utføres det konsultasjoner og behandling som ikke krever seng eller overnatting, og enhetene er ofte bemannet av sykepleiere som har lang erfaring og høy kompetanse. Det finnes lærings situasjoner for sykepleierstudenter på disse avdelingene som

per i dag ikke utnyttes optimalt.

For å utforske og vurdere om poliklinikker er egnet for veiledet praksis for sykepleierstudenter, valgte Haukeland universitetssjukehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Høgskulen på Vestlandet og VID vitenskapelige høyskole

**«Stadig mer behandling og pleie flyttes fra sengeposter til poliklinikker.»**

(begge campus Bergen) å gjennomføre et prosjekt. Erfaringer og evalueringer fra dette Poliklinikk-prosjektet danner bakgrunnen for denne artikkelen.

**TIDLIGERE FORSKNING**

Foreløpig finnes det lite forskning på temaet læringsmuligheter for sykepleierstudenter i poliklinikk. En dansk litteraturstudie viser at sykepleiere i poliklinikk ikke får

**KORTE PASIENTMØTER:** På en poliklinisk avdeling er pasientenes forventninger til sykepleieren ofte å bli godt informert, lyttet til og veiledet gjennom en undersøkelse. Bildet er fra venterommet på en poliklinikk på Haukeland. Foto: Katrine Sunde



tilstrekkelig tid til å utøve sykepleie og omsorg i de korte pasientmøtene. Pasienters forventninger til sykepleieren er ofte å bli godt informert, lyttet til og veiledet gjennom en undersøkelse. Sykepleie i det korte møtet er ikke en spesiell form for sykepleie, men stiller økte krav til sykepleierens relasjonelle og kommunikative kompetanse (6).

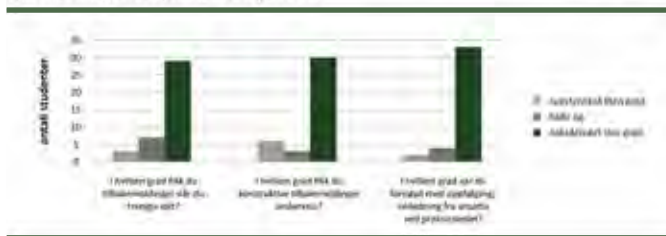
Masteroppgaven til Kjølås (7) viser at økningen i poliklinisk virksomhet ved sykehusene fører til at sykepleietjenesten får nye oppgaver, hvor målet er å hjelpe pasienten slik at undersøkelser og behandling kan gjennomføres på en god og trygg måte. Til tross for sykepleierens intensjon om å møte pasientens individuelle behov kan travelhet og tidspress i poliklinikken føre til at dette ikke alltid er mulig å få til (7).

## METODE

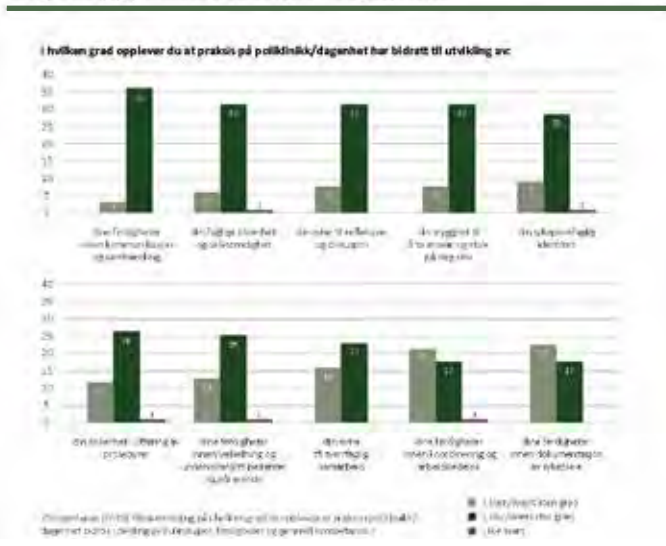
Poliklinikk-prosjektet ble gjennomført i perioden våren 2011 til våren 2012. Forfatterne av denne artikkelen hadde hovedansvaret for gjennomføringen.

Studentene som deltok, kom fra Høgskulen på Vestlandet og VID vitenskapelige høgskole (begge campus Bergen) og var i sitt andre studieår. Prosjektet ble gjennomført over fire påfølgende praksisperioder hvor til sammen

Figur 1. Veiledning i poliklinikk. Studentenes opplevelse av tilbakemelding, oppfølging og veiledning underveis i praksisperioden



Figur 2. Veiledning i poliklinikk. Studentenes tilbakemelding på utvikling av kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse i poliklinikk/dagenhet



51 studenter hadde praksisstudier på poliklinikker, enten ved Haukeland universitetssjukehus eller ved Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Læringsutbyttebeskrivelser for poliklinikkene ble utarbeidet med utgangspunkt i eksisterende læringsutbyttebeskrivelser for sengepostene og tilpasset pasientgrupper og læringsmuligheter på den enkelte poliklinikken, i samarbeid med sykepleierne der.

Før praksisstudiene fikk studentene en times informasjon om poliklinikk og hvilken funksjon sykepleiere har der. De fikk, i likhet med studentene som skulle på sengepost, også annen relevant informasjon om praksisstudier. Noen

## «Sykepleie i det korte møtet er ikke en spesiell form for sykepleie.»

kontaktsykepleiere på poliklinikk fikk tilbud om kurs i veiledningspedagogikk i forkant av oppstarten av prosjektet.

Studentene i poliklinikken ble, på lik linje med de studentene som var i vanlige somatiske avdelinger, fulgt opp gjennom praksisperioden av lærer og kontaktsykepleier. Det ble i tillegg til vurderingssamtaler mellom student, lærer og kontaktsykepleier lagt til rette for veiledningssamtaler og klinisk refleksjon.

For å evaluere prosjektet ble det etter hver praksisperiode sendt et spørreskjema med åpne og lukkede spørsmål til studentene og kontaktsykepleierne. Total svarandel var 76 prosent hos studentene (n = 51) og 65 prosent hos kontaktsykepleierne (n = 51). Femten lærere deltok i prosjektet og evaluerte via fokusgruppeintervju og evalueringsskjema med åpne spørsmål (svarandel: 86 prosent).

Det ble gjort deskriptive analyser av kvantitative data fra spørreskjemaene og en kvalitativ innholdsanalyse (8, 9) av tekst fra de åpne spørsmålene i spørreskjemaene samt det som kom frem i intervju og evalueringsskjema fra lærerne.

## RESULTATER

### Forberedelser for praksis i poliklinikk

Mange av studentene fortalte at de savnet mer spesifikk undervisning og informasjon om poliklinisk virksomhet og hva som var sykepleierens funksjon i poliklinikk, i forkant av praksisstudiene. En student skrev for eksempel: «Vi kunne fått en egen, mer tilpasset plan for praksis for poliklinikk.»

Flere av lærerne ga tilbakemelding om at undervisningen ved høyskolen i for stor grad var rettet mot at studentene skulle i praksis på sengepost. De fleste kontaktsykepleierne mente at poliklinikk var en god praksisarena for studentene, forutsatt at lærer, kontaktsykepleier og praksissted var godt forberedt og tydelig på hva studentene skulle ha som læringsmål.

### Veiledning i poliklinikk

De fleste studentene var fornøyd med veiledningen fra de ansatte i poliklinikken (figur 1).

I intervju med lærerne kom det frem at de opplevde at de hadde en annen rolle i poliklinikken enn på sengepost. De opplevde at det var et større behov på poliklinikken for at læreren satte av tid til veiledning og klinisk refleksjon blant studentene.

Studentene trengte mer veiledning for å se læringspotensialet og kople læringsutbytter til ulike rutineoppgaver, og de trengte hjelp til å knytte teori til praktiske situasjoner som de deltok i. Lærerne opplevde at det var nyttig å ha med kontaktsykepleierne i klinisk refleksjon med studentene.

### Læringsutbytteoppnåelse i poliklinikk

Studentene opplevde at praksisstudier på poliklinikk bidro til utvikling og oppnåelse av flere læringsutbytter (figur 2).

Innenfor ferdigheter som klinisk observasjon, fordeling og delegering av arbeid samt medikamenthåndtering rapporterte studentene derimot til en viss grad om manglende muligheter til å oppnå læringsutbytter i poliklinikk.

Lærerne evaluerte poliklinikk som en god arena for studentene til å se pasienten, og pasientens behov for sykepleie, i et helhetlig perspektiv. Både studenter, lærere og kontaktsykepleiere beskrev utfordringer knyttet til de korte pasientmøtene. En sykepleier skrev: «I de korte pasientmøtene er det en utfordring for studenten å innta rollen som sykepleier, og ikke bare være observatør.»

### DISKUSJON

Sykepleierutdanningens samfunnsoppdrag er blant annet å utdanne sykepleiere med kompetanse som vil bli etterspurt i fremtidens helsevesen. I sykepleierutdanningen har poliklinikk frem til nå stort sett vært brukt som hospiteringsplass og ikke som arena for veilede praksisstudier. Å veilede sykepleierstudenter var derfor nytt og ukjent for noen av sykepleierne i disse enhetene.

Flere av kontaktsykepleierne uttrykte i sine evalueringer underveis i prosjektet at de manglet et vokabular og konkrete veiledningsferdigheter for å ivareta studentene. De kjente seg usikre på hva studentene og høyskolen forventet av dem, og de ga uttrykk for at de trengte hjelp av lærer til å identifisere lærings situasjoner. For å imøtekomme dette fikk kontaktsykepleierne i løpet av prosjektperioden tilbud om et to dagers kurs i veiledningspedagogikk.

### Forberedelser for praksisstudier i poliklinikk

Studentene i vårt prosjekt ønsket seg mer konkret undervisning, gjerne av en sykepleier som jobber i poliklinikk. De foreslo at viktige sider ved sykepleierens

funksjon og arbeid kunne blitt eksemplifisert, artikulert og synliggjort i forkant av praksis.

Dette viser at undervisningen som gis i bachelorutdanningen, ikke nødvendigvis alltid er i tråd med utviklingen i helsevesenet. Poliklinikker har annerledes arkitektur, organisering og tidsaspekt enn tradisjonelle sengeposter. Pasientmøtene er korte, og pasientene «har klær på» og er ofte oppgående. Sykepleien som utøves, er ofte mer spesialisert og derfor mer utfordrende for studentene både å se og forstå.

Holmsens studie (10) om hva som påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis, viser

### «Poliklinikk har frem til nå stort sett vært brukt som hospiteringsplass.»

nettopp at god planlegging og organisering i forkant av praksisstudiene har stor betydning. Studentene trenger å vite hva de går til, hvilke pasientgrupper de vil møte, hvilke forkunnskaper det er behov for, og hvilke ferdigheter poliklinikken forventer at de skal kunne og ha beredskap i forhold til. En opplevelse av trygghet vil kunne bidra til at studentene våger å være mer aktivt involvert i sin egen læring.

Kontaktsykepleierne på poliklinikkene trenger også informasjon om hvor studentene er i sine studieføreløp, og om hvilke læringsutbytter som skal nås gjennom praksisperioden. Lærestedene må utarbeide tydelige læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudier i samarbeid med sykepleierne i poliklinikkene for å sikre at praksisperioden blir relevant. For studentene er det nødvendig å få spesifikke læringsutbyttebeskrivelser som speiler autentiske yrkessituasjoner, da målet med veilede praksisstudier blant annet er å oppnå yrkeskompetanse (1).

### Kombinerte stillinger

Viktigheten av et faglig samarbeid mellom lærestedene og praksisfeltet er fremhevet i merknad 7 tredje ledd til studietilsynsforordningen § 2-3 (11): «Det er viktig for kvaliteten i studietilbudet at det jevnlig foregår en faglig interaksjon mellom kompetansepersoner i praksisfeltet og sentrale kompetansepersoner som har hovedstilling ved institusjonene.»

For å styrke det faglige samarbeidet anbefaler rapporten Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene (3) blant annet økt bruk av kombinerte stillinger, hvor man har stillingsprosenten både i universitets- og høyskolesektoren og i helsetjenesten. Dette kan bygge bro mellom den praktiske og den teoretiske delen av utdanningen



og forbedre kvaliteten i sykepleierstudentenes læring i praksisperiodene.

### **Veiledning og klinisk resonnering**

Å sette av tid til refleksjon kan være utfordrende i en travelt hverdag i poliklinikk hvis det ikke er prioritert og avsatt tid for den enkelte kontaktsykepleieren. Studentene har behov for tilbakemeldingene som gis i veilednings-samtalene, og slike læringsprosesser krever tid. Dette kommer frem i forskningslitteraturen om veiledning (12).

Kontaktsykepleiere og lærere i prosjektet erfarte at det spesielt i starten av praksisstudiene kunne være en utfordring at studentene ble stående som passive observatører. Mangel på tid sammen med kontaktsykepleier og tid til kli-

**«Undervisningen som gis i bachelor-utdanningen, er ikke nødvendigvis alltid i tråd med utviklingen i helsevesenet.»**

nisk resonnering rundt de ulike faglige aspektene som inngår i pasientmøtene, kan være til hinder for læring i poliklinikk.

Studentene lærer sykepleiefaget på flere måter i praksisstudiene: gjennom å lese teori, ved deltakelse i praktisk yrkesutøvelse, i samspill med andre studenter og ved refleksjon over erfarte situasjoner. Christiansen understreker i sin artikkel at medstudenter og pasienter er viktige aktører for studentenes læring (13).

I prosjektet ble det lagt til rette for ukentlig veiledning og klinisk refleksjon i møter mellom student, lærer og kontaktsykepleier. Målet var gjennom dialog å bevisstgjøre studenten sine kunnskaper, ferdigheter og holdninger, slik at de kunne bruke dette i konkrete møter med pasientene.

Dette bidro til at studentene kunne se flere faglige komponenter og nyanser i de polikliniske konsultasjonene, samt se de korte møtene som en del av et helhetlig pasientforløp. Studentene oppdaget på denne måten sammenhenger mellom teori og praksis.

Kontaktsykepleierne rapporterte om stor grad av relevans og nytte av kurset i veiledningspedagogikk. Det ga dem enkle verktøy som de kunne bruke i veiledning av studentene. Det er gjennom refleksjon over pasientsituasjoner studenten har deltatt i, sammen med kontaktsykepleier eller lærer, at det skjer en kontinuerlig personlig og faglig utvikling samtidig med at den kliniske kompetansen utvikles (14).

### **Hvilke læringsutbytter kan oppnås i poliklinikk?**

I dag har sykepleiere en viktig rolle i å utøve helhetlig pleie og omsorg for pasienter i poliklinikk, blant annet ved å koordinere, planlegge, informere, undervise, støtte og veilede gjennom utredning, undersøkelser og behandling over tid.

Ved noen poliklinikker har sykepleierne i økende grad også et delansvar for behandling og oppfølging av pasienter og gjennomfører selvstendige konsultasjoner med føring av DRG-koding som grunnlag for aktivitetsbasert finansiering (ISF). Denne rolleendringen er det viktig å

synliggjøre, slik at studentene kan forstå hva sykepleie i poliklinikk innebærer (7).

Flertallet av studentene i prosjektet opplevde at praksisstudier på poliklinikk bidro til at flere læringsutbyttebeskrivelser ble oppnådd. Eksempelvis fikk ferdigheter innen kommunikasjon og samhandling, evne til refleksjon, faglig trygghet og selvstendighet og trygghet til å ta ansvar og stole på seg høy skår.

Disse ferdighetene er sentrale elementer i sykepleieres funksjon. De favner viktige kunnskaper og ferdigheter som studentene kan overføre til andre praksisarenaer, og som kan bidra til utvikling av yrkesidentitet og modning inn i en fremtidig yrkesrolle.

Flere studenter rapporterte om at de fikk lite erfaring med enkelte prosedyrer, som eksempelvis medikamenthåndtering. Noen opplevde at praksis i poliklinikk i liten grad bidro til at de fikk erfaring med arbeidsledelse eller dokumentasjon av sykepleie.

### **Helhetlige praksisløp**

Lærestedene må sørge for at studentene har mulighet til å oppnå alle læringsutbytter som er knyttet til praksisstudier, i løpet av utdanningsløpet. Dette kan for eksempel bli gjort ved at det blir utarbeidet helhetlige praksisløp som sikrer at studentene gjennom sitt treårige studieløp får varierte praksiserfaringer som i sum bidrar til at læringsutbytter blir innfridd.

Godt læringsutbytte gjennom praksisstudier i poliklinikk forutsetter at studentene selv tar initiativ til å lære ved å være

**«Spesielt i starten av praksisstudiene kunne det være en utfordring at studentene ble stående som passive observatører.»**

delaktige, engasjerte og aktive i praksisperioden. Kontaktsykepleierne kan legge til rette for at studentene selv må oppdage og reflektere i de praksissituasjonene de deltar i (15).

Praksisstudiene skal styrke studentenes kunnskaper om arbeidsfeltet og legge til rette for trening i reelle pasientsituasjoner. Sykepleieteoretikeren P. Benner sier at hensikten med praksisstudier er å «lære ved å gjøre, observere og delta i et arbeidsfellesskap» (16). Slik kan studentene forberede seg til yrket de skal ut i.

### **KONKLUSJON**

Våre erfaringer med dette prosjektet er at studenter, kontaktsykepleiere og lærere opplevde poliklinikken som en god arena for sykepleierstudenter til å lære om somatisk sykepleie i. Prosjektet viser at det er mulig å oppnå de fleste av fagplanens læringsutbyttebeskrivelser, i tråd med rammeplanenes krav til veiledet praksis, i somatiske poliklinikker.

Det krever imidlertid at lærestedene og praksisfeltet forbereder praksisstudiene i poliklinikk godt. Det må undervises og informeres spesifikt om sykepleierens rolle og funksjon i poliklinisk arbeid, og det må utarbeides

spesifikke læringsutbyttebeskrivelser for den enkelte poliklinikken.

Kontaktsykepleierne bør tilbys kurs i veiledningspedagogikk. Lærerne må veilede og legge til rette for klinisk refleksjon sammen med studentene og kontaktsykepleierne, slik at studentene ser sammenhengen mellom teori og praksis.

Kunnskap og kompetanse om poliklinisk pasientbehandling og praksisstudier i denne typen kliniske enheter er mer aktuelt enn noensinne og bør integreres i program for bachelor i sykepleie. ●

*Takk til prosjektgruppens representanter fra Haraldsplass Diakonale Sykehus, Haukeland universitetssykehus, Høgskolen Betanien og Haraldsplass Diakonale Høgskole, som tilbake i 2011 initierte arbeidet med å prøve ut poliklinikker og dagpost som arena for veiledet praksis i somatiske sykehus.*

**REFERANSER**

1. Kunnskapsdepartementet. Rammepan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammepaner/helse/rammepan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammepaner/helse/rammepan_sykepleierutdanning_08.pdf) (nedlastet 21.08.2019).
2. Kunnskapsdepartementet. Kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.nokut.no/nkr> (nedlastet 08.02.2019).
3. Universitets- og høskolerådet. Veiledende retningslinjer for utdanning og kompetansevurdering av praksisveiledere i helse- og velferdstjenestene. Oslo: Universitets- og høskolerådet; 2018. Tilgjengelig fra: [https://www.uhr.no/\\_f/p/16d7c80b4-ff82-4c28-a7b2-47d2ea3d438d/ny\\_nettsversjon\\_veiledende\\_nasjonale\\_retningslinjer\\_for\\_praksisveilederutdanning\\_krav\\_til\\_praksisveilederes\\_kompetanse.pdf](https://www.uhr.no/_f/p/16d7c80b4-ff82-4c28-a7b2-47d2ea3d438d/ny_nettsversjon_veiledende_nasjonale_retningslinjer_for_praksisveilederutdanning_krav_til_praksisveilederes_kompetanse.pdf) (nedlastet 16.10.2019).
4. Kunnskapsdepartementet. Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RHE-TOS). Oslo: Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse-og-sosialfagutdanningene/id2569499/> (nedlastet 09.02.2019).
5. Meld. St. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
6. Bundgaard K, Nielsen KB, Sørensen E. Kort & godt? Om korttidsafsnit og korttidspsykepleie. Klinisk Sykepleie. 2011;4:18–29.
7. Kjølås W. Hva er sykepleie i somatisk poliklinikk? (Masteroppgave.) Universitetet i Tromsø, Institutt for helse- og sosialfag; 2016.
8. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. A typology of mixed methods research designs. Quality & Quantity. 2009; 43(2): 265–75.
9. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
10. Holmsen TL. Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis? Vård i Norden. 2010;30(1):24–8.
11. Forskrift 7. februar 2017 nr. 137 om tilsyn med utdanningskvaliteten i høyere utdanning (studietilsynsforskriften). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-07-137> (nedlastet 22.02.2019).
12. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
13. Christiansen B. Den gode, profesjonelle samtalen – hvordan lærer sykepleierstudenter av og med hverandre? Norsk pedagogisk tidsskrift. 2006;1:17–28.
14. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2004.
15. Grenstad NM, Sandven GJ. Å lære er å oppdage: prinsipper og praktiske arbeidsmåter i konfluent pedagogikk. Oslo: Didakta; 2008.
16. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses: a call for radical transformation. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

**FAGARTIKKEL:**  
**Poliklinikken må utnyttes som praksisarena for sykepleierstudenter**

QR-KODE

*Derfor skrev jeg denne artikkelen*



**Margareth Haukom**

Førstelektor. VID vitenskapelige høskole, Haraldsplass

**S**tadig mer behandling og pleie i spesialisthelsetjenesten flyttes til poliklinikker og dagenheter. Våre erfaringer med å bruke poliklinikk som arena for veiledet praksis viser at de kan innfri mange av læringsutbyttebeskrivelsene som de nasjonale retningslinjene sier studentene skal oppnå i praksis.

Den unike kompetansen som sykepleiere i poliklinikk besitter, trenger å artikuleres og konkretiseres gjennom læringsutbyttebeskrivelser for at den skal komme studentene til gode. Høyskoler og praksisfelt må forbedre og organisere praksisstudiene på poliklinikk godt. Studentene må få god veiledning og tid til klinisk resonnering underveis i praksisperiodene for å se læringsmuligheter og kople læringsutbytter til ulike oppgaver. Spesielt i starten av praksisstudiene er det en utfordring at studentene blir stående som passive observatører. Da trenger de trygge veiledere som utfordrer til refleksjon og til anvendelse av kunnskap.

Nå er jeg opptatt av at praksis i poliklinikker og dagenheter skal bli en obligatorisk del av somatisk praksis. Kunnskap og kompetanse om helhetlige pasientforløp og praksisstudier i denne typen kliniske enheter er mer aktuelt enn noensinne. ●



**HOVEDBUDSKAP:**

Et pilotprosjekt innen tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) ble gjennomført ved Medisinsk avdeling ved Sykehuset Innlandet i Gjøvik, i samarbeid med sykepleier- og ergoterapiutdanningene ved NTNU i Gjøvik. Gjennom samarbeid om å gi helsefaglig bistand til pasienter lærte studentene om egen profesjon og andres profesjon gjennom ulike perspektiver og tilnærminger, roller og oppgaver. Studentene samarbeidet bedre når de fikk erfare hvordan roller og oppgaver kunne utfylle hverandre til det beste for pasienten. De positive erfaringene etter pilotprosjektet førte til at TPS-modellen etableres som læringsaktivitet også i kommende praksisperioder i sykehuset.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.77506

**NØKKELOD:**

▶ Tverrprofesjonell samarbeidslæring ▶ Prosjekt ▶ Samhandling ▶ Spesialisthelsetjenesten ▶ Tverrfaglighet ▶ Utdanning

# Tverrprofesjonell samarbeidslæring økte bevisstheten om egen profesjon

Sykepleier- og ergoterapistudenter samarbeidet tett da de hadde praksis på sykehuset i Gjøvik. De lærte om hverandres yrker, men fikk også økt innsikt i sitt eget.

I følge samhandlingsreformen kan tverrfaglige team bli bedre til å samarbeide om pasientbehandling i helsetjenestene og samhandling på tvers av organisatoriske skillelinjer (1). Kunnskapsdepartementet ønsker at studenter skal erfare tverrprofesjonelt samarbeid før de kommer ut i yrkeslivet (2). Yrkesutøvere som har utviklet evne til å kommunisere og samarbeide på tvers, vil gi et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud til pasientene (1, 2). Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) er en læringsform som skal forberede helsefaglige bachelorstudenter til yrkesutøvelse.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring i utdanningen innebærer at studenter fra ulike profesjonsutdanninger lærer om, av og sammen med hverandre. Studentene trenger kunnskap om relasjoner, strukturer og samspill for å kunne forstå hvordan samarbeid organiseres til det beste for pasienten (2).

**ØKT FORSTÅELSE FOR FAGENE**

En læringsaktivitet innenfor TPS er *shadowing* (skyggepraksis), som vil si å følge en ansatt fra en annen faggruppe og samarbeide i ulike pasientsituasjoner og møter i helseteamet (3). Studentene i denne studien erfarte å få økt forståelse for egne og andres fag, at samarbeidet hadde betydning

**FORFATTERE**



**Elin Stikbakke**  
Høgskolelektor, Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik



**Camilla Hellum**  
Spesialergoterapeut, Ergoterapiavdelingen, Sykehuset Innlandet, Divisjon Gjøvik



**Sigrid Lund**  
Hovedveileder og sykepleier, Medisinsk avdeling 2 AB, Sykehuset Innlandet, Divisjon Gjøvik



**Stine Mamelund**  
Hovedveileder og sykepleier, Medisinsk avdeling 2 AB, Sykehuset Innlandet, Divisjon Gjøvik



**Rønnaug Svalund**  
Spesialergoterapeut, Ergoterapiavdelingen, Sykehuset Innlandet, Divisjon Gjøvik



**Ingrid Nyborg**  
Spesialergoterapeut og ph.d.-stipendiat, Ergoterapiavdelingen, Sykehuset Innlandet, Divisjon Gjøvik

for å forstå pasientens rehabiliteringsbehov, og at oppfølgingen fra veilederne var viktig for læring (3).

Sykepleier-, ergoterapeut- og vernepleierutdanninger i Hedmark og Oppland undersøkte hvilket læringspotensial som kunne ligge i TPS, og utviklet en modell som ble testet i kommunehelsetjenesten (4). Studentene uttalte at de erfarte en personlig utvikling fra «prøvekanin til pioner», og at det var spesielt varighet, felles arbeidskrav og refleksjon som framsto som viktige forutsetninger for læringen.

Felles arbeidskrav og konkrete læringsaktiviteter knyttet til felles pasienter var viktig for læring hos alle tre faggruppene. Veilederne hadde en viktig funksjon som tilretteleggere for læringsaktiviteter og refleksjon, mens studentene i hovedsak lærte av og med hverandre (4).

Som praksisveiledere har forfatterne av denne artikkelen over flere år tilfeldig paret sykepleier- og ergoterapistudenter for læring i tverrfaglig samarbeid. Vi så at TPS-modellen kunne overføres til klinisk praksis i spesialisthelsetjenesten, og artikkelen beskriver hvordan vi på systematisk vis prøvde ut denne modellen.

**METODE**

Vår tilnærming er fenomenologisk-hermeneutisk ved at vi anser at erfaring ligger implisitt i situasjonen, og





**OPPLÆRING:** Når studenter fra ulike utdanninger samarbeider, lærer de hvordan andre helsearbeidere behandler pasienter. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

i fortellingen om situasjonen. Det å fortelle sin historie med egne ord, her i refleksjonsnotater og fokusgruppeintervjuer, kan potensielt bringe deltakerne fra et ubevisst nivå til ny praksis, nye innsikter og muligheter (5, 6).

#### **DELTAKERE**

Deltakere i prosjektet var fire sykepleierstudenter og fire ergoterapistudenter på andre års studie ved NTNU i Gjøvik. Som veiledere var to sykepleiere hvorav en med formell kompetanse i veiledning, en lektor fra sykepleierutdanningen og tre ergoterapiveiledere i praksis, hvorav en ph.d.-kandidat og prosjektleder.

#### **GJENNOMFØRING AV TPS**

Studentene ble introduserte for hverandre i et innledende lunsjmøte der prosjektet ble presentert. To skriftlige arbeidskrav var individuelle notat der studentene reflekterte over egen og den andre yrkesgruppens funksjon før og etter TPS.

I notatene reflekterte studentene over eventuelle endringer i oppfatning av egen og den andres profesjon. Der som det ikke hadde foregått endringer i oppfatning, beskrev studentene hvordan egne oppfatninger hadde blitt bekreftet.

Det praktiske arbeidskravet var at studentene sammen valgte en pasient som de skulle gi helsefaglig bistand til. Studentene skulle foreslå kartlegging- og behandlingstiltak til praksisveiledere og få bekreftelse før de iverksatte tiltakene. Studentene deltok i avdelingens ordinære forum for tverrfaglig samarbeid, og de kontaktet veilederne ved behov.

Prosjektet foregikk i enhet for hjerneslag og geriatri i Akuttmedisinsk avdeling. Pasientene kjennetegnes ved

komplekse helseproblemer, og helsepersonellet har lang erfaring med tverrfaglig samarbeid og veiledning av studenter i praksis. Daglig gjennomføres tverrfaglige møter med sykepleiere, terapeuter og leger.

Ergoterapeutenes hverdag er uforutsigbar og styres av henvisninger fra avdelingen med varierende kompleksitet i problemstillingene. Sykehusavdelingen kjennetegnes ved høyt tempo, og sykepleiernes hverdag er forutsigbar travel.

#### **DATAINNSAMLING**

Fokusgruppeintervju ble valgt for å fange erfaringer relatert til interaksjon mellom deltakere i prosjektet (6).

«**Studentene i denne studien erfarte å få økt forståelse for egne og andres fag.**»

Det ble satt av 60 minutter til hvert intervju. Refleksjonsnotater og referater fra fokusgruppeintervjuer utgjorde datamaterialet.

Intervjuguiden hadde hovedspørsmålet: Hvordan er dine opplevelser og erfaringer med TPS i sykehuspraksis?

Observasjoner, læring om egne oppgaver i samarbeid med den andre, begrepene omsorg og rehabilitering, kommunikasjon, ansvar og organisering var stikkord fra dette møtet, og ble inkludert i intervjuguiden.

#### **DATAANALYSE**

Vi analyserte datamaterialet ved å identifisere temaer på en systematisk måte gjennom naiv lesning og gruppering av meningsenheter til temaer (6). På bakgrunn av analysen tematiserte og ordnet vi

datamaterialets meningsinnhold. Både analyse og refleksjoner foregikk underveis i datainnsamlingen.

Analysen var inspirert av kvalitativ innholdsanalyse og ble blant annet utført ved at alle forfatterne deltok i konsensusdrøftinger (8).

## RESULTAT

Studentene samarbeidet om å gi helsefaglig bistand til seks pasienter i fire dager, fordelt over fjorten dager. De deltok i rapporter, tverrfaglige møter, nevrologisk tilsyn og legevisitt.

Studentene gjennomførte pasientsamtaler med sykepleie- og ergoterapiperspektiv. Studentene utførte sykepleieoppgaver som NEWS-målinger, blæreskanning, måling av blodsukker, administrering av insulin, føring av slagkurve og innhenting av komparentopplysninger (sammenliknede opplysninger).

Studentene gjorde observasjoner i aktivitet og stellesituasjoner, ved av- og påkledning, ved forflytning og ved servering av måltider. I disse situasjonene hadde studentene begge profesjonenes ulike perspektiv. De gjennomførte også ergoterapeutiske kartleggingsamtaler, kjøkenobservasjoner og ulike kognitive skrivebordstester.

Refleksjonsnotatene før og etter TPS viste en forskjell i oppfatning av de ulike profesjonenes roller og oppgaver. I førnotatene refererte studentene til teori, mens i notatene som ble skrevet etter observasjonene, refererte de hovedsakelig til erfaringer og ferdigheter relatert til person, profesjon og tverrprofesjonelt samarbeid med pasienten.

Prosjektets resultater presenteres gjennom følgende tre temaer: å lære sin rolle i tverrprofesjonelt samarbeid, ulike perspektiver og ulik tilnærming og organisering av TPS i sykehus.

### Å lære sin rolle i tverrprofesjonelt samarbeid

Ergoterapistudentene forteller at sykepleierstudentene får et bilde av hvordan pasientene har det ved at de arbeider geografisk tettere på pasientene og observerer pasientene gjennom hele døgnet.

Sykepleierstudentene får viktig informasjon gjennom å re senger og følge med på vitale funksjoner, effekt av medikamenter, næringsinntak og vekt. Sykepleierstudentene skårer også fallskjemaer og innhenter komparentopplysninger. Alt dette gir viktige opplysninger til de andre faggruppene, ifølge ergoterapistudent.

Sykepleierstudenter oppfattet at ergoterapistudentenes rolle og oppgave er å kartlegge pasientens fysiske og kognitive funksjon, for å kunne tilrettelegge best mulig for pasienten i hverdagen hjemme.

En sykepleierstudent sa:

«En ergoterapeut kartlegger hva en pasient klarer selv,

### Hva er TPS?

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) er en læringsform der studenter fra ulike profesjonsutdanninger lærer sammen. De får innsikt i andres kompetanse og dermed også bedre forståelse av egen kompetanse.

Rolleforståelse og evne til samhandling er sentrale mål.

TPS bør i hovedsak gjennomføres ved bruk av felles praksisperioder, men også i prosjektoppgaver og lignende.

Innføring av TPS vil utgjøre en felles velferdsfaglig kompetanseplattform som sikrer bredt orienterte grunnutdanninger. TPS vil styrke studentenes evne til tverrfaglig samarbeid når de kommer ut i yrkesfeltet (2).

og hva som er viktig i livet til pasienten. De arbeider for at pasientene skal mestre aktiviteter i hverdagen.»

Ifølge sykepleierstudentene kan ergoterapifokus blant annet være pasientens gripeevne, tempo og hensiktsmessig plassering av kroppen i forhold til aktuell aktivitet. Sykepleierstudentene erfarte at ergoterapistudenter bruker fagbegreper som beskriver hvordan pasienter gjennomfører en aktivitet, og at ergoterapistudenter graderer pasientens selvstendighet.

I refleksjonsnotat etter TPS viser sykepleierstudentene kunnskap om at kartleggingsverktøyet Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system (EVA) gir oversikt over prosessferdigheter, motoriske ferdigheter og kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter.

En sykepleierstudent sa:

«Som sykepleier tenker du ikke over de samme tingene som en ergoterapeut gjør. De ser jo på hvordan pasienten mestrer daglig aktivitet. Det handler om å legge til rette for hverandres fag, slik at en pasient på sykehus kan opprettholde sine ferdigheter.»

En sykepleierstudent fortalte at hun tilpasset sin tilnærming til pasientene i løpet av TPS-perioden. Når hun stelte og kledde på pasientene, tilrettela hun slik at pasienten selv kunne utføre mer av stellet og påkledningen. Sykepleierstudenten reflekterte også over at sykepleie har perspektiver som:

«Vi sørger for at for eksempel dusjing blir gjennomført samtidig som vi observerer respirasjon, sirkulasjon, sår, ødem, infeksjon.»

TPS som læringsaktivitet i sykehus kan gi en innføring i egen og den andres profesjonsrolle i tverrprofesjonelt

### «Ergoterapeutenes hverdag er uforutsigbar.»

samarbeid i klinisk praksis. At etterrefleksjonene relaterer til erfaringer og ikke til teori som før-refleksjonene, forstår vi som at studentene gjennom samarbeid får personlig erfaring. De tilpasset praksis når de kjente til hvordan roller og oppgaver kunne utfylle hverandre til det beste for pasienten.

### Ulike perspektiver og ulik tilnærming

Studentene fikk bevissthet om eget fag ved å observere, kommunisere og samarbeide tverrprofesjonelt. De erfarte at ulike perspektiver gjorde seg gjeldende i én og samme situasjon.

En sykepleierstudent sa:

«Ergoterapeut og sykepleier kan observere samme

situasjon, men ut ifra faggruppen legges det også merke til andre ting som den andre faggruppen ikke ser. Ergoterapeuter kan for eksempel se ting som ikke en sykepleier kan se. Det kan være for eksempel en mistanke om en kognitiv svikt eller nedsatt kraft i en hånd.»

Ergoterapistudentene reflekterte over at sykepleierstudentene raskere gir fysisk assistanse når pasienten får problemer med for eksempel påkledning. Dette forklarte ergoterapistuderter med at sykepleierstudentene har kunnskap om at pasienten kan bli for sliten til å gjennomføre en hel aktivitet, og at sykepleiere legger vekt på at pasienten skal få stelt seg best mulig. Det å gi fysisk assistanse og begrepet omsorg ble knyttet sammen, og én forståelse var at det var samme sak.

En ergoterapistudent sa:

«Ergoterapeuter trekker seg litt tilbake akkurat der [påkledning] og vil heller at pasienten skal gjøre så mye som mulig selv. Ergoterapeuter gir ikke like mye omsorg til pasienten som en sykepleier, føler jeg.»

En annen forståelse var at mye fysisk assistanse var uttrykk for mye omsorg, og en ergoterapistudent sa:

«Inntrykket jeg har fått, er at sykepleiere vil hjelpe pasienten så mye som mulig for å gi god pleie og omsorg.»

En annen refleksjon fra en sykepleierstudent var at ergoterapistuderter viser omsorg gjennom tilrettelegging for selvstendighet og opplevelse av mestring. Som læringsaktivitet i sykehus kan TPS synliggjøre for studentene at ulike perspektiver gjør seg gjeldende, og hvordan dette kan komme til uttrykk i profesjonenes tilnærming til pasientene.

### Organisering av TPS i sykehus

Praksisveilederne til både sykepleier- og ergoterapistudentene erfarte at tilretteleggingen av TPS-praksis var noe mangelfull fra deres side. Veilederne ga ansvaret for det innledende lunsjmøtet til studentene, men uten å klargjøre nærmere hvordan det kunne gjennomføres.

Alle studentene fikk avsatt god tid til å skrive refleksjonsnotater. Å velge felles pasient forgikk på avdelingens morgenrapport, der også veiledere deltok. Ved fravær av veileder innlemmet i pilotprosjektet deltok ergoterapiveileder og/eller sykepleiere i valg av pasient. Studentene foreslo kartleggings- og behandlingstiltak, og fikk bekreftelse fra veiledere før iverksettelse.

På tvers av profesjonene ble studentene veiledet på prosess og kommunikasjon, mens sykepleie- og ergoterapifaglig veiledning ble lite etterspurt.

Sykepleierstudentene var opptatt av hvor mye ergoterapistudentene dokumenterte i pasientjournalen. Dokumentasjonen gjennomførte ergoterapistudentene

på ergoterapikontoret, og de var dermed utilgjengelige for sykepleierstudentene, som i liten grad kunne forlate avdelingen. Veilederne diskuterte i sin fokusgruppe om studentene i større grad kunne ha samarbeidet om å dokumentere i pasientjournalen.

Veilederne erfarte at TPS-modellen var en fleksibel og effektiv pedagogisk tilnærming i sykehus, og via modellen lærte studentene de ulike profesjonenes perspektiver og tilnærming, roller og oppgaver i det å gi helsefaglig bistand.

### DISKUSJON

Resultatene viser at studentene gjennom samarbeid erfarte ulike måter å tilnærme seg pasienten på og ulikheter i å identifisere dilemmaer i tilnærming til pasienter:

#### «Sykepleierstudentene var opptatt av hvor mye ergoterapistudentene dokumenterte i pasientjournalen.»

Hvor store krav om egeninnsats er passende å gi til en pasient i rehabiliteringsprosess?

Denne problemstillingen drøftes i Melding til Stortinget 29 (2012–2013), hvor det presiseres at omsorgstjenestene har sin styrke innenfor behandling og pleie, men omsorgstjenestene vil i framtida måtte styrke rehabilitering, aktivitet og deltakelse (8).

Når studentene i vår studie problematiserte begrepet omsorg, relaterte de sin forståelse av egen og den andres profesjon. Vi forsto dette som at studentene gjennom TPS lærte om sitt eget og den andres fag ved å spille seg i hverandres praksis. Ifølge Kunnskapsdepartementet utvikles yrkesidentitet gjennom læring om egne oppgaver i samspillet med den andre, noe som samsvarer med både Kristensen og medarbeidere (3) og Dolva og medarbeidere (4).

Når det gjelder faglig veiledning, viser vår studie at praksisveilederens rolle var å være tilrettelegger av felles læringsaktiviteter. Veilederne erfarte mye tilrettelegging, men lite faglig veiledning. Denne rolleforståelsen synes å være i samsvar med Dolva og medarbeidere (4), mens Kristensen og medarbeidere understreker nødvendigheten av veiledning (3).

Læringsaktivitetene var studentsamarbeid henholdsvis ved å gi helsefaglig bistand til pasient (4), og shadowing av ansatte fra en annen faggruppe (3). Våre resultater viser at før- og etter refleksjonsnotatene endret seg fra å referere til teori til å referere til egne erfaringer.

Kristensen og medarbeidere (3) fant at studentene fikk mer informasjon om hverandres kompetanse,



» mens vårt pilotprosjekt fant at studentene fikk erfaring med egen og den andres kompetanse. Dette samsvarer med Dolva og medarbeidere (4); gjennom å lære av, med og om, erfarer studenter å få ny og økt innsikt i hverandres kompetanse og ferdigheter.

**KONKLUSJON**

TPS-modellen viste seg å være anvendbar pedagogikk også i sykehus. Samarbeidslæring ga sykepleier- og ergoterapistudentene mulighet til å lære om profesjonenes ulike

**«TPS-modellen viste seg å være anvendbar pedagogikk også i sykehus.»**

perspektiver, tilnærming, roller og oppgaver i å gi helsefaglig bistand til pasienter i avdelingen Enhet for slag og geriatri.

Praksisveilederne erfarte at TPS-modellen er fleksibel, og modellen innføres som fast innslag i liknende praksisperioder i sykehuset. Sykehusavdelingen er en kompleks praksisarena med høyt tempo, som gir god mulighet for TPS med geografisk nærhet til alle profesjoner og rikelig tilgang på ulike problemstillinger hva angår helse og sykdom. Det vil være relevant å prøve ut TPS-modellen i spesialisthelsetjenesten generelt. ●

**REFERANSER**

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>(nedlastet 20.06.2019).
2. Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/sec1>(nedlastet 20.02.2019).
3. Kristensen DV, Flo J. Tverrprofesjonell veiledning av helsefagstudenter i praksis. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2014;11(04):317–26.
4. Dolva A-S, Johansen AS, Lindstad MQ, Martinsen FR, Steinseth EB, Wangensteen S. Studenter erfaringer med tverrprofesjonell samarbeidslæring: Fra «prøvekanin» til pioner. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2017;3(03):216–26.
5. Mattingly C. Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience. Los Angeles: University of California Press; 1998.
6. Brinkmann S, Kvale S. Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing. Thousand Oaks, California: Sage; 2015.
7. Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. SAGE Open. 2014;4(1).
8. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252>(nedlastet 20.06.2019).



**Elin Stikbakke**

Høgskolelektor, Institutt for helsevitenskap, NTNU, Gjøvik

Ofte går studenter fra ulike profesjoner side om side i praksisfeltet uten at de blir kjent med de andres profesjoner. Vi skrev artikkelen om utprøving av tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) for å vise de viktige erfaringene studenter fra ulike profesjoner kan få når de er en del av et tverrprofesjonelt team. Det er viktig å utnytte synergieffekten som oppstår når studenter samarbeider om å kartlegge og ivareta en felles pasient. Studentene blir bevisst på sin egen rolle og de andres roller i et fremtidig samarbeid som ferdig utdannede.

TPS-prosjektet innebar hvordan profesjonene samarbeidet om pasienter som var innlagt til utredning innen geriatri og rehabilitering etter cerebralt insult. Funn i studien viste at sykepleiere og ergoterapeuter bør legge til rette for TPS i spesialisthelsetjenesten slik at helsepersonell blir trygge på sin egen og andres profesjon allerede under utdanningen. Jeg mener at denne erfaringen vil kunne ha positiv innvirkning på et videre samarbeid i yrkeslivet.

Nå er jeg opptatt av et godt teamarbeid rundt pasienter som er innlagt i spesialisthelsetjenesten. At pasientene får den behandlingen de har krav på – der pasientsikkerhet og kvalitet blir ivaretatt i alle ledd. ●

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:  
**Tverrprofesjonell samarbeidslæring økte bevisstheten om egen profesjon**

# Sykepleien Forskning er på Facebook

Følg eller lik oss på Facebook, så holder du deg  
oppdatert på den nyeste sykepleieforskningen



Skann koden og kom rett til  
Sykepleien Forskning på Facebook.



[facebook.com/SykepleienForskning](https://facebook.com/SykepleienForskning)





**ØNSKELIG MED MER HELTID:** Noen sykepleiere ønsker å jobbe deltid, men det er flere forhold arbeidsgiveren kan legge til rette for dem som ønsker en heltidsstilling. Arkivfoto: Marit Fonn

**FORFATTERE**

**Vivian L. Haugland**  
Høgskolelektor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

**Marit Hegg Reime**  
Førstelektor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

**NØKKELORD**

- ▶ Sykepleier ▶ Deltid ▶ Arbeidstid
- ▶ Tverrsnittsstudie ▶ Eksplorativt design

**DOI-NUMMER:** 10.4220/Sykepleienf.2019.79832

**SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Sykepleiermangelen gjør at det er behov for at deltidsarbeidende sykepleiere jobber heltid. Tidligere forskning viser at det også er uheldig for tjenestekvaliteten at sykepleiere jobber deltid.

**Hensikt:** Å belyse faktorer som påvirker sykepleieres stillingsstørrelse, og få innsikt i hvilke faktorer som kan motivere deltidsansatte til høyere stillingsbrøk.

**Metode:** Tverrsnittsstudie med eksplorativt design. Spørreskjemaundersøkelse blant et utvalg sykepleiere ansatt i kommunale og private institusjoner i en større bykommune i Norge.

**Resultat:** 206 sykepleiere svarte på undersøkelsen (45 prosent). Fritid, barn og god økonomi var de viktigste grunnene til å velge deltid, og ubekvem arbeidstid var det viktigste hinderet for høyere stillingsprosent blant deltidsansatte. Av deltidsansatte var det én gruppe som kunne, og én gruppe som i mindre grad kunne påvirkes av tilrettelegging fra arbeidsgiver. Faktoren familie-hensyn var inverst relatert til heltidsstilling, altså at sykepleierne var mer tilbøyelige til ikke å velge heltid. En arbeidstid som ikke er ubekvem, og faglige utfordringer motiverer deltidsansatte til høyere stillingsstørrelse.

**Konklusjon:** Jobbinnhold, familie-hensyn og situasjonsbetingede hensyn påvirker sykepleiernes stillingsstørrelse. For deltidsansatte er faglige utfordringer og en arbeidstid som ikke er ubekvem, motivationsfaktorer for en høyere stillingsbrøk.

# Heltid eller deltid? Sykepleieres arbeidstidspreferanser

De fleste som jobber deltid, gjør det ut fra livsstils- og familieverdier. Men en arbeidstid som ikke er ubekvem, og faglige utfordringer kan motivere til høyere stillingsprosent.



**I** lys av medieoppmerksomheten på arbeidskraftreserven blant sykepleiere (1) belyser denne studien faktorer som påvirker sykepleieres stillingsstørrelse, og faktorer som kan motivere deltidsansatte til høyere stillingsbrøk. Det er uheldig for tjenestekvaliteten og kontinuiteten i pleien at sykepleiere jobber deltid. Fagmiljøene blir svakere, og pasientene må forholde seg til flere sykepleiere (2–5).

I tillegg medfører deltidsarbeid redusert lønn og pensjonsopptjening og har betydning for kjønnslikestillingen (2, 6, 7). Regjeringen har mål om å redusere ufrivillig deltid og fremme en heltidskultur (8). Arbeidstakernes gode økonomi på familienivå gjør det imidlertid utfordrende å redusere frivillig deltid (7). Arbeidspress og ubekvem arbeidstid, det vil si arbeid på kvelden, om natten, i helger og på høytidsdager, påvirker ønsket om deltidarbeid (9, 10).

## Tidligere forskning

Forskning har vist at årsaker til sykepleieres deltidsarbeid er omsorgsoppgaver, arbeidsbelastning, mangel på hele stillinger, arbeidsgiveres tilrettelegging for deltidarbeid, egen sykdom og ønske om fritid (7, 11). Sykepleiere vil øke stillingsstørrelsen hvis arbeidsgiveren legger til rette for det og er fleksibel (12). Belastninger tilpasset yteevnen, høyere lønn og faglige utfordringer kan virke motiverende (12, 13).

Imidlertid kan deltidsarbeid oppleves like slitsomt som heltidsarbeid,

og ubekvem turnus er én grunn (14). Det er også sammenheng mellom turnusarbeid og tidskonflikter mellom familie og jobb, da turnus gjerne innebærer ubekvem arbeidstid, hvilket er vanskelig å kombinere med et familieliv (14).

I arbeidet for heltidsstillinger fokuseres det på et oppgjør med organisasjonskulturen og nye måter å administrere arbeidstid og ekstravakter på (2, 7, 15). Forskningsstudier viser at sykepleiere opplever mindre belastning ved lengre vakter grunnet økt kontinuitet, bedre oversikt, lengre friperioder, rolige perioder på jobb, stressreduksjon og bedre pasientvaretakelse (16, 17).

Internasjonal forskning basert på sykepleiere som arbeider både innen primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, viser imidlertid at langvakter kan ha negativ effekt på sykepleiernes prestasjoner og tilfredshet. Mer forskning på effekten av langvakter for pasientene etterlyses (18–20).

## Hensikten med studien

Det trengs mer kunnskap om forhold som påvirker sykepleieres stillingsstørrelse, slik at institusjoner og myndigheter kan søke å imøtekomme disse forholdene for å stimulere til heltidsarbeid. Hensikten med studien er derfor å belyse faktorer som påvirker sykepleieres stillingsstørrelse, og få innsikt i hvilke faktorer som kan motivere deltidsansatte til høyere stillingsbrøk.

Studiens teoretiske grunnlag er

nyinstitusjonell teori, som blant annet omhandler hvordan preferanser er kontekstuellet betinget (21). Kontekstuelle vilkår som arbeidsforhold, lønn, arbeidsinnhold og tilgang på heltidsstillinger produserer ulike måter å forholde seg på, både til yrket generelt og arbeidstid spesielt. Det sentrale formålet er å spore og analysere føringer som er skapt av verdier og normer hos sykepleierne.

## METODE

### Design

Datagrunnlaget er basert på en tverrsnittsstudie med eksplorativt design (22), da vi ønsket en utforskende tilnærming for å få større innsikt i hva som påvirker sykepleieres stillingsstørrelse, og hva som motiverer deltidsansatte til høyere stillingsbrøk. Undersøkelsen ble gjennomført i desember 2013.

### Utvalg

Sykehjem, pleie- og omsorgsavdelinger, psykiatriske avdelinger og helseinstitusjoner i en større bykommune fikk tilbud om å delta. Private og offentlige institusjoner ble inkludert. Nitten arbeidssteder takket ja etter telefonisk eller personlig henvendelse, og alle arbeidsstedene er representert. Spørreskjemaet ble distribuert til 459 sykepleiere.

### Datasamling

Vi benyttet et spørreskjema med 24 spørsmål med påstander relatert til sykepleieres arbeidsforhold, profesjonsnormer knyttet til valg av





arbeidstid, og motivasjonsfaktorer. I prosessen med å velge spørsmål vurderte vi innholdsvaliditet og umiddelbar validitet (22). Spørsmålene er basert på vår kjennskap til fagfeltet og arbeidslivsforskning.

Elleve av spørsmålene ble besvart av både heltidsansatte og deltidsansatte sykepleiere. De resterende 13 spørsmålene ble besvart av deltidsansatte. Tabell 1a og tabell 2 viser spørsmål til alle sykepleierne, og tabell 1b og tabell 3 viser spørsmål til deltidsansatte.

### Statistiske analyser

Svaralternativene var like på alle spørsmålene, fra «svært uenig» (verdi 1) til «svært enig» (verdi 7). Dataene ble lagt inn i NSDstat Pro, versjon 1.3 og overført elektronisk til IBM SPSS, versjon 23. Vi utførte deskriptive analyser, kjiqvadrattest, eksplorativ faktoranalyse, t-test, binær logistisk regresjon og odds ratio (OR) (23, 24).

Odds ratio (OR) er forholdet mellom to odds. Ved OR over 1 er det positiv sammenheng, mens ved OR under 1 er det invers sammenheng, det vil si en omvendt sammenheng (23). Vi brukte *promax rotation*, da det var korrelasjon mellom faktorene, og estimerte skårer ved hjelp av Bartlett's metode (25).

Spørsmålene som ladet <0,25, ble utelatt i tabell 1. Spørsmål som ladet på to faktorer, ble tatt med på faktoren med høyest ladning. Kaiser-Meyer-Olkin-mål (KMO-testen) måler og

sammenlikner korrelasjonskoeffisienter og bør være over 0,70 (25).

Cronbachs alfa måler intern konsistens for hver faktor og for hele skalen (25). Verdier over 0,70 anses som



«Flertallet i heltidsstilling hadde ikke små barn, og ingen menn jobbet deltid.»

akseptable (26). Vi registrerte manglende verdier som gjennomsnittet fra øvrige data i materialet. Signifikansnivået ble satt til  $p \leq 0,05$ .

### Forskningsetiske overveielser

Spørreskjemaet ble forelagt personvernombudet hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) for godkjenning, prosjektnummer 35834, og medførte ikke meldeplikt. Kommunens avdeling for helse og omsorg godkjente undersøkelsen. Spørreskjemaet og informasjonsskrivet ble levert til ledelsen. Vi hadde ingen direkte kontakt med informantene.

I informasjonsskrivet ble det informert om undersøkelsens formål, anonymitet, frivillighet og konfidensiell databehandling (27, 28). Retur av spørreskjemaet ble ansett som samtykke fra respondentene til å delta i undersøkelsen. Vi registrerte ikke opplysninger som kan identifisere

institusjoner eller enkeltpersoner.

## RESULTATER

### Bakgrunnsvariabler

Det kom inn 206 svar på spørreskjemaet (45 prosent) fordelt slik: sykehjem 142, pleie- og omsorg 41, psykiatriske avdelinger 15 og helseinstitusjoner 8. Vi utførte kjiqvadrattest for å se om heltidsansatte og deltidsansatte var signifikant forskjellige på ulike bakgrunnsvariabler (figur 1).

Flertallet var i et parforhold i begge gruppene. Det var signifikant forskjell på gruppene når det gjaldt å ha omsorg for barn under 12 år, og kjønn. Flertallet i heltidsstilling hadde ikke små barn, og ingen menn jobbet deltid. Det var få arbeidstakere over 59 år.

### Faktoranalyser

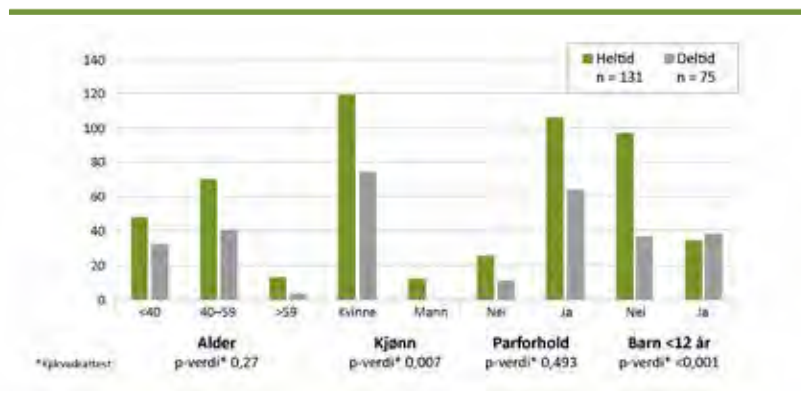
Vi gjorde to faktoranalyser: en totalanalyse og en deltidsanalyse. Totalanalysen omhandlet spørsmålene som ble besvart av alle sykepleierne. Deltidsanalysen gjaldt spørsmålene til deltidsansatte. I begge analysene startet vi med seks faktorer. Vi fant at det optimale for forklaringsvariansen var tre faktorer i totalanalysen og to faktorer i deltidsanalysen. Ingen parvise korrelasjoner mellom spørsmålene var over 0,80.

Alle spørsmålene korrelerte moderat høyt med minst ett annet spørsmål, over 0,20. Kaiser-Meyer-Olkin-mål (KMO-testen) var 0,58 i totalanalysen, som var lavere enn vi håpet, mens den var 0,74 i deltidsanalysen. Bartlett's test viste at det var korrelasjon mellom spørsmålene, og den var statistisk signifikant i begge analysene.

Total forklaringsvariens av tre faktorer var 41 prosent i totalanalysen, mens den var 55 prosent for to faktorer i analysen til deltidsansatte. Alle spørsmålene ladet medium høyt med minst ett spørsmål på hver faktor over 0,50 i totalanalysen, og i deltidsanalysen med minst ett spørsmål over 0,80.

I totalanalysen viste Cronbachs alfa 0,73 for faktor 1, 0,55 for faktor 2, 0,26 for faktor 3 og 0,38 for hele skalen. I deltidsanalysen viste Cronbachs

Figur 1. Demografiske variabler





alfa 0,89 for faktor 1, 0,73 for faktor 2 og 0,84 for hele skalaen.

### Faktoranalyse av spørsmål for hele utvalget

Resultatet av faktoranalysen for totalanalysen vises i tabell 1a. Det var høy skår på variablene «faglige utfordringer» og «meningsfull jobb». Spørsmålene lader på samme faktor og kan ses i sammenheng og omhandler jobbinnholdet.

Det var også høy skår på påstandene «å kunne avpasse stillingsstørrelsen til livssituasjon er viktig for meg», «jeg har minst én gang endret stillingsstørrelse som resultat av endret familiesituasjon», og «muligheten for valgfrihet mellom heltids- og deltidsarbeid var en motivasjonsfaktor for yrkesvalget».

Spørsmålene handler om familie-hensyn, de lader på samme faktor og kan ses i sammenheng. Et interessant funn er at påstandene «lønn er et viktig moment ved valg av stillingsstørrelse», «det er mest naturlig at kvinnen er

hjemme med barna mens de er små» og «det er lønn som bør avgjøre hvem i et parforhold som jobber deltid» lader på samme faktor.

Spørsmålene omhandler situasjons-

.....

**«Ubekvem arbeidstid var det viktigste hinderet for at deltidsarbeidende sykepleiere skulle velge større stillingsprosent.»**

betingede hensyn. Totalanalysen viste at jobbinnhold og familie-hensyn hadde høyere ladning enn situasjonsbetingede hensyn.

### Faktoranalyse av spørsmål til deltidsansatte

Tabell 1b viser resultatet av faktoranalysen for spørsmål til deltidsansatte.

Spørsmålene lader på to faktorer og kan ses i sammenheng. Det var høy skår på variablene «arbeidsbelastning», «fysisk arbeidsmiljø», «arbeidsgivers fleksibilitet», «ubekvem arbeidstid», «faglige utfordringer» og «god lønn».

Spørsmålene egner seg som operasjonalisering av forhold som vektlegges for gruppen *heltidsinnstilte* sykepleiere, det vil si de som kan påvirkes til heltidsstilling hvis arbeidsgiveren tilrettelegger for det. Høy skår var det også på variablene «god økonomi» og «ønske om fritid».

For variablene «uønsket arbeidstid» og «ansvar for barn» var det midtels skår. Spørsmålene operasjonaliserer forhold som vektlegges for gruppen som i mindre grad lar seg påvirke av tilrettelegging fra arbeidsgiveren, og er *deltidsinnstilte*.

### Grunner for valg av stillingsstørrelse

Undersøkelsen hadde spørsmål i form av påstander om grunner for valg av stillingsstørrelse, og resultatene er fremstilt i tabell 2. Profesjonsnormer synes å ha størst betydning for valg av stillingsstørrelse, og begrunnelser om fagorientering var omfattende for begge gruppene.

For heltidsarbeidende var det mindre viktig å tilpasse stillingsstørrelsen til livssituasjonen enn for deltidsarbeidende. Gjennomsnittsskåren var lavere for dem som arbeidet heltid, enn dem som arbeidet deltid på spørsmålet om å ha endret stillingsstørrelse som resultat av endret familiesituasjon.

### Grunner for valg av deltid og motivasjonsfaktorer for å øke stillingsprosenten

Vi stilte spørsmål til deltidsansatte om grunnene til at de valgte deltid, og hva som skulle til for at de kunne tenke seg å øke stillingsprosenten (tabell 3). De fleste hadde valgt deltid for å kunne disponere mer fritid. Svaret for egne barn og god økonomi var også viktige grunner.

Ubekvem arbeidstid var det viktigste hinderet for at deltidsarbeidende sykepleiere skulle velge større stillingsprosent. Faglige utfordringer ble trukket

Tabell 1. Faktoranalyser

a) Totalanalyse (n = 206)			
Faktorer som påvirker sykepleieres stillingsstørrelse	Spørsmål	Ladning	Cronbachs alfa
<b>1. Jobbinnhold</b>			0,73
Det er viktig at jobben er interessant og gir faglige utfordringer	2	0,927	
Det er viktig for meg at arbeidet oppleves meningsfylt		0,648	
<b>2. Familiehensyn</b>			0,55
Å kunne avpasse stillingsstørrelsen til livssituasjon er viktig for meg	3	0,673	
Jeg har minst én gang endret stillingsstørrelse som resultat av endret familiesituasjon		0,669	
Muligheten for valgfrihet mellom heltids- og deltidsarbeid var en motivasjonsfaktor for yrkesvalget mitt		0,554	
<b>3. Situasjonsbetingede hensyn</b>			0,26
Lønn er et viktig moment ved valg av stillingsstørrelse		0,506	
Det er mest naturlig at kvinnen er hjemme med barna mens de er små		0,437	
Det er lønn som bør avgjøre hvem i et parforhold som jobber deltid		0,346	
b) Deltidsanalyse (n = 75)			
Faktorer			
<b>1. Heltidsinnstilte</b>	1		0,80
Jeg kan jobbe mer dersom arbeidsbelastningen reduseres		0,877	
Jeg kan jobbe mer dersom det fysiske arbeidsmiljøet bedres		0,843	
Jeg kan jobbe mer dersom arbeidsgiver er fleksibel og tilrettelegger bedre		0,786	
Jeg kan jobbe mer dersom det ikke innebærer ubekvem arbeidstid		0,713	
Jeg blir motivert til å jobbe mer dersom det gir faglige utfordringer		0,710	
Jeg kan jobbe mer dersom det gir god lønn		0,589	
<b>2. Deltidsinnstilte</b>	4		0,71
Jeg jobber deltid fordi familien likevel klarer seg bra økonomisk		0,896	
Jeg jobber deltid fordi jeg ønsker å disponere mer fritid		0,779	
Jeg jobber deltid fordi høyere stilling innebærer uønsket arbeidstid		0,476	
Jeg jobber deltid for å ta ansvar for egne barn		0,472	

frem som motiverende for høyere stillingsbrøk. God lønn og arbeidsgivers fleksibilitet motiverte også, men i noe mindre grad.

### Binær logistisk regresjon

Vi undersøkte også hvordan sykepleiernes prioriteringer samsvarte med valget av stillingsstørrelse. Avhengig variabel var stillingsstørrelse, hvor 1 ble kodet som heltid (= 100 prosent) og 0 som deltid (<100 prosent).

Uavhengig variabel var estimerte kontinuerte faktorskårer basert på Bartlettts metode.

Vi analyserte sammenhengen ved hjelp av binær logistisk regresjon, hvor de ulike faktorskårene ble analysert samtidig. Vi fant at faktor 1 (jobbinnhold) og faktor 3 (situasjonsbetingede hensyn) var positivt relatert til heltidsstilling, men resultatene var ikke statistisk signifikante (henholdsvis odds ratio (OR) 1,2 [95 % konfidensintervall (CI):

0,87–1,57],  $p = 0,276$  og 1,2 [95 % CI: 0,98–1,51],  $p = 0,115$ ).

Faktor 2 (familiehensyn) var invertet relatert til heltidsstilling og var statistisk signifikant (OR 0,6 [95 % CI: 0,42–0,74],  $p = 0,000$ ). Estimaten endret seg lite etter at vi hadde kontrollert for alder, parforhold og hjemmeboende barn under tolv år.

### DISKUSJON

Hensikten med studien var å belyse faktorer som påvirker sykepleieres stillingsstørrelse, og å få innsikt i hvilke faktorer som kan motivere deltidsansatte til å ha høyere stillingsbrøk. Vi har tolket totalanalysen og funnet noen hovedfaktorer som påvirker sykepleiernes stillingsstørrelse: jobbinnhold, familiehensyn og situasjonsbetingede hensyn.

Både heltids- og deltidsarbeidende sykepleiere oppgir profesjonsnormer som gode grunner for valget av stillingsstørrelse. Livsstils- og familieverdier er de viktigste grunnene til at de velger deltidsarbeid, og en arbeidstid som ikke er ubekvem, vektlegges av deltidsansatte som grunn til å øke stillingsprosenten.

Deltidsanalysen viser indikasjoner på en gruppe som kan og en gruppe som i mindre grad kan påvirkes av tilrettelegging fra arbeidsgiver. Binær logistisk regresjon viste at familiehensyn var invertet relatert til heltidsstilling.

### Faktorer som påvirker stillingsvalg

At jobben er interessant, gir faglige utfordringer og er meningsfylt, er viktige faktorer for sykepleierne. Familiehensyn omhandler det å verdsette muligheten for valgfrihet mellom heltids- og deltidsarbeid. Muligheten for å velge stillingsstørrelse var en motivasjonsfaktor for yrkesvalget. Å kunne avpasse stillingsstørrelsen til livssituasjonen anses som viktig, og muligheten for tilpasning benyttes når familiesituasjonen endres.

Et situasjonsbetinget hensyn er at det anses som mest naturlig at kvinnen er hjemme med barna mens de er små. Andre situasjonsbetingede hensyn er at lønnen er viktig for valget av stillingsstørrelse, og at lønnen bør

Tabell 2. Grunner for valg av stillingsstørrelse

Grunner for valg av stillingsstørrelse	Heltid	Deltid	p-verdi*
	n = 131 Gjennomsnitt (SD)	n = 75 Gjennomsnitt (SD)	
Det er viktig at jobben er interessant og gir faglige utfordringer	5,75 (0,45)	6,59 (0,79)	0,064
Det er viktig for meg at arbeidets opplevelse meningsfylt	5,71 (0,55)	6,64 (0,71)	0,43
Lønn er et viktig moment ved valg av stillingsstørrelse	5,65 (1,71)	5,14 (1,56)	0,034
Å kunne tilpasse stillingsstørrelse til livssituasjon er viktig for meg	4,98 (2,01)	6,05 (1,5)	<0,001
Trivsel på arbeidsplassen påvirker valg av stillingsstørrelse	4,48 (2,27)	4,45 (2,09)	0,92
Det er mest naturlig at kvinnen er hjemme med barna mens de er små	4,19 (1,92)	4,20 (2,07)	0,95
Det er ikke som bør svare hjem i et parforhold som jobber deltid	4,69 (2,18)	3,75 (1,93)	0,06
Jeg har minst én gang endret stillingsstørrelse som resultat av endret familiesituasjon	4,63 (2,66)	5,03 (2,43)	<0,001
Muligheten for valgfrihet mellom heltids- og deltidsarbeid var motiverende for yrkesvalget	3,45 (2,25)	3,72 (2,34)	0,42

\*T-testresultat

Tabell 3. Grunner for valg av deltid og motivasjonsfaktorer for å øke stillingsprosenten

Grunner for valg av deltid	Gjennomsnitt (SD)
	n = 75
Jeg jobber deltid fordi jeg ønsker å disponere mer fritid	4,84 (2,19)
Jeg jobber deltid for å ta ansvar for egne barn	4,46 (2,61)
Jeg jobber deltid fordi familien likevel klarer seg bra økonomisk	4,43 (2,76)
Jeg jobber deltid fordi økt stilling innebærer uønsket arbeidstid	3,67 (2,51)
Jeg jobber deltid av helsemessige årsaker	2,63 (2,21)
Jeg jobber deltid for å ta ansvar for andre omsorgsoppgaver enn barn	2,49 (1,97)
Jeg jobber deltid fordi det mangler omsorgstilbud for barna når jeg arbeider	1,60 (1,50)
<b>Motivasjonsfaktorer</b>	
Jeg kan jobbe mer dersom det ikke innebærer ubekvem arbeidstid	4,19 (2,34)
Jeg blir motivert til å jobbe mer om det gir faglige utfordringer	4,03 (2,12)
Jeg kan jobbe mer dersom det gir god lønn	3,88 (2,34)
Jeg kan jobbe mer dersom arbeidsgiver er fleksibel og tilrettelegger bedre	3,71 (2,40)
Jeg kan jobbe mer dersom arbeidsbelastningen reduseres	3,66 (2,11)
Jeg kan jobbe mer dersom det fysiske arbeidsmiljøet bedres	3,20 (2,09)





avgjøre hvem i et parforhold som jobber deltid.

Mange nyutdannede tvinges imidlertid inn i deltidsstillinger fordi de ikke får hele stillinger. De kan ikke velge arbeidstid, men vet at deltid er mulig. Dette kan betraktes ikke bare som ufrivillig deltid, men også som tvungen deltid.

Det er interessant at spørsmålene knyttet til lønn lader på samme faktor som påstanden om at «det er mest naturlig at kvinnen er hjemme med barna mens de er små». Vi kan anta at sykepleiere gjør midlertidige vurderinger og således kan påvirkes ved eksempelvis endrede lønnsvilkår.

### Årsaker til deltidsarbeid

For sykepleierne er et meningsfullt arbeid med faglige utfordringer viktig, noe som samsvarer med tidligere forskningsfunn (13). Vi finner også at livsstils- og familieverdier er de viktigste deltidsgrunnene. Et flertall jobber deltid grunnet et ønske om fritid og fordi familien klarer seg økonomisk, noe som samsvarer med tidligere funn (7). Imidlertid skiller ikke vår studie mellom økonomi på individnivå og familienivå.

Omsorg for barn er også en grunn for deltidsarbeid (11, 12). For deltidsansatte er tilpasning til livssituasjonen en viktigere grunn for valget av stillingsstørrelse enn for heltidsansatte. De har også i større grad endret stillingsstørrelse som et resultat av endret familiesituasjon. Funnene er signifikante og leder til to hovedslutninger: Den viktigste grunnen til å velge deltid er at familie og fritid verdsettes.

Det er også problematisk at økt stillingsbrøk gjerne innebærer mer ubekvem arbeidstid. Å kombinere turnusarbeid med familieliv kan være utfordrende. Sykepleiere jobber når andre har fri, og det er vanskelig å følge opp barna på fritidsaktiviteter (14). Deltidsansatte har dessuten oftere en tyngre turnus, og ekstravakter gir uforsigbarhet (14).

Ekstravakter medfører gjerne flere ubekomme vakter som arbeidsgiveren sliter med å få dekket opp. Valg tas

således innenfor kulturelle og strukturelle føringer og er ikke et eget valg (21).

### Noen kan overtales til høyere stillingsbrøk

En del deltidsansatte kan likevel motiveres til høyere stillingsbrøk om det tas hensyn til deres preferanser. Vi



«Livsstils- og familieverdier er de viktigste grunnene til at de velger deltidsarbeid.»

kan ikke trekke frem en avgjørende enkeltfaktor som kan få deltidsarbeidende sykepleiere til å øke stillingsbrøken. Arbeidstid som ikke er ubekvem, faglige utfordringer, god lønn og arbeidsgiverfleksibilitet er imidlertid motivasjonsfaktorer.

At lønn, tilrettelegging og fleksibilitet innvirker på ønsket om økt stillingsbrøk samsvarer med tidligere funn (12). Det er spesielt interessant at faglige utfordringer kan motivere til større stillingsprosent. Samtidig er deltidsansatte i mindre grad delaktige i faglige utviklingstilbud, hvilket kan være uheldig for pasientene (12).

Mange deltidsansatte medfører et svakere fagmiljø (2, 4). Etableres virksomheter med hovedsakelig heltid, vil gjerne flere «velge» heltid grunnet muligheten for fagutvikling. Det vil være gunstig for fagkvaliteten, lønnen, pensjonen og kjønnslikestillingen (2, 6, 7, 29).

### Noen deltidsansatte vil jobbe deltid

Et interessant funn er at deltidsansatte kan deles i to grupper, der én gruppe kan påvirkes av tilrettelegging fra arbeidsgiver, mens den andre gruppen i mindre grad påvirkes av slik tilrettelegging. Gruppen som ikke lar seg påvirke i like stor grad av tilrettelegging, vektlegger at de klarer seg økonomisk, og de verdsetter fritid.

De påpeker også at et tilbud om økt stillingsbrøk innebærer vakter på uønskede tidspunkter. De vil dessuten ta

seg av barna, hvilket er utfordrende med høy grad av ubekvem arbeidstid. Heltid er imidlertid ikke nødvendigvis mer belastende enn deltid om det tas individuelle hensyn i turnusarbeidelsen (2, 14).

Faktorene som omhandlet jobbinhold og situasjonsbetingede hensyn, var positivt relatert til heltidsstilling. Det er interessant at situasjonsbetingede hensyn var positivt relatert til heltidsstilling. Sykepleiere prioriterer forskjellig ut fra livssituasjonen. De gjør avveininger, og mer ubekvem arbeidstid vil trolig oppleves som ugunstig. Resultatene var imidlertid ikke statistisk signifikante.

Familiehensyn var inverst relatert til heltidsstilling, det vil si at sykepleierne var mer tilbøyelige til ikke å velge heltid. Sykepleierne verdsatte å kunne tilpasse stillingsstørrelsen. De benyttet seg av denne muligheten, som kan betraktes som frivillig deltid. For noen var denne muligheten en motivasjonsfaktor for yrkesvalget. Arbeidsgivere bør derfor også i fremtiden tilby deltid hvis ønskelig.

### Utfordringer med å skape heltidskultur

Imidlertid kan man stille spørsmål ved om valget er reelt. Endring fra deltid til heltid må ses i sammenheng med kulturelle og strukturelle rammer (21). Arbeidsgivere har stort behov for sykepleiernes kompetanse, og arbeidstakerorganisasjoner kjemper for heltid. Å skape en heltidskultur krever ulike tiltak og et oppgjør med deltidskulturen, profesjonsnormer og holdninger (15).

Gruppen som er positiv til arbeidsgivertiltak, ønsker mindre arbeidsbelastning, hvilket er utfordrende grunnet sykepleiermangelen. Større fordeling av ubekvem arbeidstid vil redusere belastningen på den enkelte (30).

### Arbeidsgiveren kan legge til rette for heltid

Arbeidsgiveren har ansvaret for å ivareta kvaliteten på helsetjenestene. Imidlertid kan tjenestekvaliteten påvirkes dersom mange sykepleiere jobber deltid, noe som taler for at heltidsstillinger bør være normen for å sikre ta

oversikt og kontinuitet i pasientarbeidet. Utfordringen for arbeidsgiveren er å imøtekomme sykepleierens ulike preferanser.

Arbeidsgiveren bør prioritere preferanser som studien viste var positivt relatert til heltidsstilling: jobbinnhold og situasjonsbetingede hensyn. Arbeidsgiveren bør spesielt fokusere på jobbinnholdet og legge til rette for at sykepleierens kompetanse brukes på sykepleiefaglige oppgaver. Det kan ha betydning både for rekrutteringen og kvaliteten på tjenestene.

Hvordan sykepleiere vil respondere på institusjonelle prosesser må tas i betraktning. Både heltids- og deltidsarbeidende sykepleiere mener situasjonsbetingede hensyn, slik som lønn, er viktig ved valg av stillingsstørrelse. Likeens motiverer faglige utfordringer til høyere stillingsbrøk og gagnar pasientene (2–5). Disse faktorene bør arbeidsgiveren ta hensyn til for å bidra til rekrutteringen av nye sykepleiere og hindre at sykepleiere slutter i yrket.

### Metodediskusjon

Det var skjevheter i utvalget, og flertallet hadde heltidsstilling. En svakhet ved studien er lav svarprosent. Det ble ikke purret, og utvalgets representativitet er ikke vurdert. Studien er utført i kommunehelsetjenesten og inkluderer ikke sykehusansatte. Funnene kan bare si noe om kommunalt og privat ansatte sykepleieres prioriteringer og faktorer som påvirker stillingsstørrelsen.

Videre forskning bør inkludere sykehusansatte og kartlegge hindringer for heltid blant ulike grupper sykepleiere. Det er en svakhet at ikke størrelsen på deltidsstillingen fremkommer og hvorvidt deltidsstillingen er en frivillig eller uønsket tilpasning. Andelen som jobber turnus eller bare på dagtid, fremgår heller ikke.

Spørreskjemaet er egenprodusert grunnet manglende kjennskap til validerte og reliabilitetstestede skjemaer på dette feltet. Skjemaet er fundert på nyinstitusjonell teori og kjennskap til feltet (21). Ladningene og Cronbachs alfa for totalanalysen var lav. Man skal

derfor være forsiktig med å konkludere ut fra denne analysen, spesielt for faktor 2 og 3.

### KONKLUSJON

Jobbinnhold, familiehensyn og situasjonsbetingede hensyn påvirker sykepleieres stillingsstørrelse. For deltidsansatte er en arbeidstid som ikke er ubekvem, og faglige utfordringer motivasjonsfaktorer for en høyere stillingsbrøk.

*Takk til informantene for viktige bidrag til studien. Videre rettes en takk til statistiker og førsteamanuensis Roy Miodini Nilsen for hjelp med statistisk analyse og til professor Oddbjørn Bukve for innspill til manuset. Begge er tilknyttet Høgskulen på Vestlandet.*

### REFERANSER

- Dolonen KA. 5900 sykepleiere og spesialsykepleiere mangler i helsevesenet. Sykeleien; 05.05.2018. Tilgjengelig fra: <https://sykeleien.no/2018/05/5900-sykepleiere-og-spesialsykepleieremangler-i-helsevesenet>(nedlastet 12.03.2019).
- Ingstad K. Hele og delte sykepleiere: En kvalitativ studie av sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2011. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/267842>(nedlastet 22.03.2019).
- Hallandvik JE, Olsen T. Heltid – løsning eller problem? Sluttrapport fra evalueringen av heltidsprosjektet i Kristiansand kommune. Kristiansand: Universitetet i Agder; 2011. Rapport 157/2011. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/135085>(nedlastet 22.03.2019).
- Moland LE, Bråthen K. Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger? Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo; 2012. Rapport 14/2012. Tilgjengelig fra: <https://www.fafo.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/hvordan-kan-kommunene-tilby-flere-heltidsstillinger>(nedlastet 22.03.2019).
- Moland LE. Heltid-deltid – en kunnskapsstatus. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo; 2013. Rapport 27/2013. Tilgjengelig fra: <https://www.fafo.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/heltid-deltid-en-kunnskapsstatus>(nedlastet 22.03.2019).
- Ingstad K, Kvande E. Må sykepleieryrket være et deltidsyrke? Nordisk sykepleieforskning. 2011;(03):206–18.
- Nicolaisen H. Løsninger på deltidsutfordringen – ingen «quickfix». Søkelys på arbeidslivet. 2013;30(1–2):151–7.
- Meld. St. 29 (2010–2011). Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20102011/id653071>(nedlastet 22.03.2019).
- Norsk Sykepleierforbund. Kompensasjon for ubekvem arbeidstid og forskjøvet arbeidstid. Oslo; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/113721/17074/Kompensasjon-for-ubekvem-arbeidstid-og-forskjovet-arbeidstid>(nedlastet 22.03.2019).
- Egeland C, Drange I. Frivillig deltid – kun et spørsmål om tid? Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 2014. Rapport 4/2014. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.7577/afi/rapport/2014:4>(nedlastet 22.03.2019).
- Køber T, Vigran Å. Arbeidstid blant helsepersonell, stort omfang av deltidsarbeid. Samfunnsspeilet. 2011;25(2):58–62. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/stort-omfang-av-deltidsarbeid>(nedlastet 12.03.2019).
- Moland LE. Ønsket og uønsket deltid – konsekvenser for arbeidstaker, arbeidsgiver og tjenestetilbud. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo; 2009. Rapport 15/2009. Tilgjengelig fra: <https://www.fafo.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/onsket-og-uonsket-deltid-konsekvenser-for-arbeidstaker-arbeidsgiver-og-tjenestetilbud>(nedlastet 22.03.2019).
- Christiansen B, Bjørk IT. Godt – eller godt nok? Hvordan opplever

sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket? Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2016;12(1):64.

- Abrahamsen B, Holte KA, Laine M. Work-family interference: nurses in Norway and Finland. Professions and Professionalism. 2012;2(1):60–74.
- Ingstad K. Turnus som fremmer heltidskultur. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
- Ingstad K, Kvande E. Arbeid i sykehjem – for belastende for heltid? Søkelys på arbeidslivet. 2011;28(1–2):42–55.
- Ingstad K, Amble N. En ny ro med langturnus. Less job stress with 12-hour shifts. Nordic Journal of Nursing Research. 2015;35(3):152–7.
- Harris R, Sims S, Parr J, Davies N. Impact of 12 h shift patterns in nursing: A scoping review. International Journal of Nursing Studies. 2015;52(2):605–34.
- Bae S-H, Fabry D. Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review. Nursing Outlook. 2014;62(2):138–56.
- Dall'Ora C, Ball J, Recio-Saucedo A, Griffiths P. Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: a literature review. International Journal of Nursing Studies. 2016;57:12–27.
- Scott WR. Institutions and organizations: ideas, interests, and identities. 4. utg. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2014.
- Politt D, Beck C. Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
- Ringdal K. Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
- Bjørndal A, Hofoss D. Statistikk for helse- og sosialfagene. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
- Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in health care research. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2003.
- Pallant J. SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS. 4. utg. Maidenhead: McGraw-Hill International; 2010.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.etikk.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>(nedlastet 22.03.2019).
- World Medical Association. Helseinndeklarasjonen. Fortaleza, Brasil; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.etikk.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>(nedlastet 12.03.2019).
- Moland LE. Større stillinger og bedre drift. Evaluering av programmet ufrivillig deltid. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo; 2015. Rapport 25/2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fafo.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/storre-stillinger-og-bedre-drift>(nedlastet 22.03.2019).
- Amble N, Ingstad K. Helgearbeid og heltidskultur. Sykeleien; 16.01.2015. Tilgjengelig fra: <https://sykeleien.no/meninger/innspill/2015/01/helgearbeid-og-heltidskultur>(nedlastet 12.03.2019).





**HOVEDBUDSKAP:**

Fem sykepleierutdanninger ved fire campuser ved Høgskulen på Vestlandet har siden 2017 samarbeidet om å utarbeide og utprøve et undervisningsopplegg innen dokumentasjon av sykepleie med ICNP-terminologi (International Classification for Nursing Practice). Både studenter og lærere har fått undervisning i og øvd seg på hvordan sykepleie kan beskrives med et felles språk. Erfaringene så langt er at terminologien er nyttig og dekkende for å beskrive individuell sykepleie.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.79016

**NØKKELOD:**

► Dokumentasjon ► Undervisning ► Veiledning ► Utdanning ► Kvalitet

# Studenter lærer å dokumentere sykepleie enklere

ICNP er et verktøy for å dokumentere sykepleie. Det blir testet ut ved Høgskulen på Vestlandet, og erfaringene er positive.

**H**ensikten med vårt arbeid, som har pågått i to år som et utviklingsprosjekt, er tosidig.

Det ene er et ønske om å oppnå synergieffekter gjennom å samarbeide, utveksle kunnskap og erfaringer, samt å prøve ut en standardterminologi for å beskrive sykepleie ut fra pasientcase i undervisningen.

Det andre er et ønske om å styrke sykepleierstudentenes læringsutbytte i dokumentasjon av sykepleie ved å la de bli kjent med en standardisert måte å beskrive sykepleie på, som også vil komme til anvendelse i praksisfeltet innen kort tid.

Både studenter og lærere har fått undervisning i og øvd seg på hvordan sykepleie kan beskrives med et felles språk som ICNP-terminologi (1).

**MÅ LÆRE Å DOKUMENTERE**

Nåværende Rammepplan for sykepleierutdanning (2), og ny forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (3) som skal gjelde fra 2020, er tydelige på at sykepleiere ved endt utdanning skal ha handlingskompetanse i å dokumentere sykepleie, og ha innsikt i standardterminologi i dokumentasjon av sykepleie.

Sykepleie innebærer å bruke den problemløsende arbeidsmetoden som sykepleieprosessen er, til å

**FORFATTERE**



**Brit Bården Orange**

Førstelektor, Fakultet for for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, campus Haugesund



**Anne-Margrethe Hjertenes**

Høgskulelektor, Fakultet for for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, campus Førde



**Elin Høyvik**

Høgskulelektor, Fakultet for for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, campus Stord



**Wenche Mjanger Eide**

Høgskulelektor, Fakultet for for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, campus Bergen



**Kristin Mo**

Høgskulelektor, Fakultet for for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, campus Bergen

planlegge, utføre og dokumentere observasjoner, vurderinger av pasientens behov for sykepleie og resultat av dette (4).

Dokumentasjon av sykepleie utføres i elektronisk pasientjournal (EPJ) (5, 6). Kravene til dokumentasjon av sykepleie til den enkelte pasient ligger i Helsepersonelloven, kapittel 8, § 39-47. Loven gir helsepersonell plikt til å dokumentere selvstendig helsehjelp (7).

God kvalitet på sykepleiernes dokumentasjon er viktig for pasientsikkerheten (4). God dokumentasjon vil synliggjøre sykepleien til den enkelte pasient og kan bidra til å fremme kvaliteten på helsehjelpen. Dokumentasjon er nødvendig for å sikre at sykepleie blir fulgt opp, og kontinuerlig evaluert (8 –10).

Dokumentasjon av sykepleie skal tjene flere formål i tillegg til å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet, som pleietyngdemåling, ledelse og ressursstyring, og undervisning og forskning.

**ET STANDARDISERT SPRÅK**

For å nyttiggjøre seg muligheter som ligger i et elektronisk verktøy som EPJ, kreves et standardisert språk som samtidig kan uttrykke det mangfoldet som ligger i sykepleievirksomheten, og som gjør det mulig å gjenfinne informasjon til ulike formål (4).

Å beskrive innholdet i pasientjournaler på en måte som



NYTTIG INFORMASJON: Studentene dokumenterer sykepleie i en elektronisk pasientjournal. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

oppfyller myndighetskrav, og som samsvarer med utført sykepleie, har vært en utfordring i sykepleiernes kliniske hverdag siden dokumentasjonsplikten ble innført for tjuv år siden (11). Flere studier viser at manglende tid og manglende kunnskap om hva og hvordan dokumentasjon av sykepleie skal utføres, er utfordringer som har vart ved, og har medført til nedprioritering av dokumentasjonsarbeidet (10–12).

Helseforetakene i HVLs praksisområde bruker pasientjournalssystemet DIPS. De har en interaktiv læringsportal, men eksterne personer som studenter og lærere har ikke tilgang til denne utenfor helseforetakets områder. Sykehjemmene og hjemmetjenestene i HVLs praksiskommuner bruker ulike pasientjournalssystemer som Geric, Profil, CosDoc og Geriatrik basis datasett (GBD).

I Melding til Stortinget 9 (2012–2013) er det vedtatt at hver innbygger skal ha en journal å forholde seg til (13). Direktoratet for e-helse anbefaler at International Classification for Nursing Practice skal brukes i kombinasjon med SNOMED CT som terminologi for sykepleiepraksis (14). Norsk Sykepleierforbund (NSF) har vært en viktig samarbeidspartner i denne utredningen (15).

### ØVINGSMODULER

Sykepleierutdanningen ved campus Førde tilbyr studentene en øvingsmodul av tiltaksplan/ sykepleieplan i Geric som en «skyløsning». Heltidsutdanningen i Bergen tilbyr studentene en øvingsmodul av det serverbaserte EPJ-systemet GBD, som kun er tilgjengelig på høyskolens interne programvare.

Desentralisert utdanning i Bergen tilbyr ikke tilsvarende da de har studenter fra mange kommuner som bruker ulike EPJ-løsninger.

Campus Haugesund og Stord har ingen tilbud om øvingsmodul i EPJ for studentene. Alle utdanningene får derimot en kort opplæring i DIPS av foretaksansatte ved praksisstart på sykehusene.

### IKKE FORNØYD MED OPPLÆRINGEN

En undersøkelse utført av Norsk Sykepleierforbund viser at åtte av ti sykepleierstudenter er misfornøyd med do-

«God kvalitet på sykepleiernes dokumentasjon er viktig for pasientsikkerheten.»

kumentasjonsopplæringen de får i utdanningen, og det er en fare for at studentene havner «bakpå» på grunn av manglende elektroniske fasiliteter i undervisningstilbudet (16).

Utdanningene må sikre at sykepleierstudentene tilegner seg kunnskap og ferdigheter i å dokumentere sykepleie mest mulig identisk med yrkespraksis, og også i tråd med oppdaterte myndighetskrav og faglige kvalitetskriterier. Dokumentasjon av sykepleie i norske sykehus og i kommunehelsetjenesten er kjennetegnet av ustrukturert, fortellende og kronologisk tekst (17, 18).

Ved å tilby tilnærmet samme undervisningsinnhold med utprøving av ICNP-terminologi og veiledende planer (VP) ønsket vi at studentene kunne oppnå tilstrekkelige læreforutsetninger for å kunne planlegge og dokumentere sykepleie i EPJ før de begynte i praksisstudier, uavhengig av om de hadde tilgang til en øvingsmodul eller ikke. Dette for å kunne lære sykepleieferdigheter og mestring i et helhetlig perspektiv som inkluderer sykepleieplanlegging og dokumentasjon når de er i praksisstudier.

## FAKTA

Ut fra denne bakgrunnen ønsket vi å samarbeide om å innføre ICNP-terminologi i undervisningen ved bachelorutdanningene. Mål for prosjektet var følgende:

1. Styrke kompetansen til dem som underviser i dokumentasjon av sykepleie, på tvers av sykepleierutdanningene i HVL.
2. Utvikle undervisningsopplegg med lokale tilpasninger i alle sykepleierutdanningene.
3. Utprøve standardterminologi til ICNP ved sykepleieplanlegging ut fra pasientcase.

## METODE

Prosjektet hadde et kvalitetsutviklende og utprøvende design. Dette innebar prosesser og samarbeid mellom faglærerne om nye undervisningsopplegg med ICNP-terminologi i dokumentasjon av sykepleie, og erfaringsutvekslinger med dette både i studentundervisning og i kollegaundervisning.

Prosjektgruppen har også hatt et samarbeid med flere sentrale nasjonale aktører om bruk av ICNP-terminologi i sykepleie. Dette har vært fagpersoner i Norsk Sykepleierforbund (NSF) og prosjektleder for utprøving av veiledende pleieplaner basert på ICNP-koding i EPJ-systemet CosDoc ved kommuner i Sandefjord (19).

Prosjektgruppen har også samarbeidet med Norsk forskning- og utviklingssenter for ICNP ved Universitetet i Agder, som er et nasjonalt nettverk for integrering og bruk av International klassifikasjon av sykepleiepraksis (ICNP) gjennom utdanning, forskning og klinisk praksis (20).

Arbeidet til prosjektgruppen og erfaringene prosjektgruppen har gjort seg i disse to årene, er dokumentert gjennom lognotater, møterreferater, presentasjon og workshop med representanter for alle sykepleierutdanningene i Norge.

Data er også innhentet fra samtaler med studentene i refleksjonsgrupper og i tilbakemeldinger i etterkant av undervisning, og fra tekstinhold i studentoppgaver, med tillatelse til bruk i forbedringsarbeid. Lærerne har gitt muntlige tilbakemeldinger til prosjektdeltaker som er blitt notert.

## ERFARINGER SÅ LANGT

Vi ligger ulikt i løypen med tanke på bruk av ICNP-terminologi og veiledende planer på de ulike campusene. Det varierer hvor i studiet undervisning i sykepleieprosessen og dokumentasjon kommer i utdanningene, fordi sykepleierutdanningene fortsatt drives etter tidligere studieplaner

## Hva er ICNP?

ICNP er en internasjonal terminologi utviklet for elektroniske informasjonssystemer og inneholder sykepleiediagnoser, tiltak og resultater; et redskap for kvalitetssikring og strukturering av sykepleietjenestens dokumentasjon av helsehjelp.

Kilde: Norsk Sykepleierforbund



## Lær om ICNP

Ved å skanne koden kan du lese mer om hva ICNP er og hvordan verktøyet brukes.



som gjaldt før fusjonen til HVL. Dette er under endring, og felles studieplan og emneplaner skal være klare til 1. august 2020.

## CAMPUS HAUGESUND

Ved campus Haugesund fikk studentene undervisning om sykepleieprosessen i første semester, og deretter undervisning om kortversjonen av sykepleieplanen med ICNP-terminologi i andre semester.

Læreren har utarbeidet pasientcase som er relatert til noen av de veiledende planene (VP) og browseren/ordlisten som er lett tilgjengelig på nettsiden til Norsk forskning- og utviklingssenter for ICNP (19). Studentene henter innhold herfra og skriver inn i mal i Word på oppsett av pleieplan. Studentene vurderer og velger ut aktuelle sykepleiediagnoser, kjennetegn, ressurser, mål, tiltak med spesifisering, til pasient i casen.

Flere av sykepleiediagnosene i noen av studentoppgavene var sammenfallende med sykepleiediagnosene andre studentgrupper hadde kommet fram til.

Studentene var veldig engasjerte og jobbet iherdig med å finne passende be-

skrivelser fra de veiledende planene til «sin pasient».

Studenter uttrykte at det var godt å slippe å formulere sykepleiediagnoser, mål og tiltak med egne ord. De fant støtte for sine vurderinger i de veiledende planene som forelå.

Erfaringer med ICNP-browseren/ordlisten var at den er uoversiktlig og vanskelig å forstå umiddelbart. Bruk av veiledende planer med ICNP-terminologi var mer forståelig og tilgjengelig enn selve ordlisten/browseren.

## CAMPUS STORD

På campus Stord arbeidet også studentene med pasientcase og ICNP-terminologi i løsningsforslag til sykepleieplaner i andre semester.

Studentene arbeidet med fem temaer i løpet av fem uker. Ukene ble avsluttet med ferdigstilling av sykepleieplan og simulering i sykepleiesenteret (laboratorium).

Studenterfaringer etter første øvelse var at det var vanskelig å kople ICNP med pasientcasene. Det var få av studen-

## «Studentene var veldig engasjerte.»

tene som hadde funnet veiledende planer som kunne relateres til pasientens behov i casen. Dette gikk bedre neste gang studentene øvde seg, selv med ny pasientcase.

Det varierte hvor forberedt studentene var til oppgavene. De som hadde forberedt seg, fant lett relevante beskrivelser fra ICNP til pasienten i casen.

En annen erfaring var at det var vanskelig å sette ord på



sykepleie som ikke kunne relateres til en gitt sykepleieprosedyre. Studenter sa at ICNP-beskrivelsene hjalp dem til å formulere seg i situasjoner hvor det var vanskelig å sette ord på sykepleie. Eksempelvis kunne formuleringen «etablere kommunikasjon» beskrive sykepleietiltak som å hilse på og ivareta engstelig pasient. Standardformuleringen ga dem trygghet og bekreftelse på hvordan de kunne beskrive det de egentlig hadde behov for å uttrykke.

### CAMPUS FØRDE

På campus Førde hadde studentene tilgang til Gerica øvingsmodul, og de arbeidet også med pasientcase. Etter hver laboratorieøvelse dokumenterte de i Gerica opplysninger om prosedyrene de hadde øvd på relatert til pasientcase, samt skrev innkomstnotat ut fra opplysninger i pasientcasen, og laget tiltaksplan/sykepleieplan ut fra fritekst.

Lærerne her erfarte at sykepleieprosessen må være på plass hos studentene for å få størst utbytte av denne øvelsen. Studentene skriver derfor først en pedagogisk pleieplan i fritekst før de bruker Gerica. Ved neste undervisning vil ICNP bli implementert i dokumentasjon av sykepleie til pasientcase i Gerica.

### CAMPUS BERGEN

Ved heltidsutdanningen på campus Bergen fikk studentene først forelesning om dokumentasjon før de skulle ha ferdigheitsrening på sykepleielaboratoriet, og de dokumenterte i GBD.

Ved neste semester fikk studentene undervisning om datasamling og sykepleieplan og arbeidet med pasientcase hvor de skrev en fiktiv sykepleieplan. I etterkant fikk studentene en gjennomgang av sykepleieplanen og bruk av veiledende plan med lærer.

isykehjemspraksis ble studentene anbefalt å benytte veiledende planer, og praksislærer og studenter drøftet pasientens pleieproblemer ved stellesituasjoner på følgedag.

Studentene erfarte at ICNPs veiledende planer gir en dypere innsikt og forståelse. De ser at sykepleieprosessen kommer mye mer tydelig frem i og med at ICNP også har søkelys på pasientens ressurser og hvilke komplikasjoner og utfordringer de ulike problemene gir for pasienten.

Desentralisert utdanning i Bergen skal implementere ICNP-terminologi for studentene ved nytt studentopptak høsten 2019. Erfaringer fra de andre campusene vil da bli viktig for undervisningsopplegget her.

### KUNNSKAPSDELING I KOLLEGIET

Å planlegge, utføre og dokumentere sykepleie går som en «rød tråd» gjennom bachelorutdanningen i sykepleie, både i teoretiske og praktiske studier. Det er derfor viktig at alle lærere som veileder

studentene også i praksisstudier er kjent med innholdet i undervisningen for veiledning videre i utdanningsforløpet.

Prosjektdeltakerne har formidlet innholdet i prosjektet for flere lærere på campusene, og de har også fått arbeidet seg gjennom nettkurs, veiledende planer, og utarbeidet sykepleieplaner fra pasientcase slik studentene har gjort, både ved personalsamlinger og i egne «workshops». Lærerne har også blitt utfordret til å tenke gjennom hvordan ICNP-terminologi kan implementeres i øvrig undervisning videre i utdanningen.

På campus Haugesund har noen av lærerne jevnlige simuleringsøvelser med kollegafasilitering som hensikt. Dette gjøres for å styrke hverandre og bli tryggere i fasiliterings-

### «Studentene erfarte at ICNPs veiledende planer gir en dypere innsikt og forståelse.»

prosessen når de skal simulere sammen med studentene i sykepleielaboratoriet.

Vi simulerte et scenario i sykepleielaboratoriet, og kollegene utarbeidet deretter en sykepleieplan fra ICNP browseren og foreliggende veiledende planer. Under simuleringsøvelsene så vi at lærerne, på samme måte som studentene, var veldig engasjerte. Både studenter og lærere var ulikt forberedt til undervisningen, men de klarte ved hjelp av hverandre å finne fram i ICNP-browseren og veiledende planer, og fant relevante forslag til å beskrive innhold i sykepleieplan til pasient i case.

Prosessen ble «debrifet» like etterpå. Kollegene hadde flere innspill og konstruktive tilbakemeldinger for videre justeringer.

Utbyttet av kollegasimuleringen var at flere lærere ble kjent med ICNP-terminologien og foreliggende veiledende planer. De fikk noe innsikt i og forståelse for hva terminologien innebærer, og det er viktig for å kunne veilede studenter videre i dette.

Engasjement erfarer vi er viktig for læring, noe vi oppnådde med oppleggene for både studenter og kolleger!

### VEIEN VIDERE

Høgskulen på Vestlandet har startet med å innføre ICNP-terminologi og bruk av veiledende planer på pasientcase i bachelorutdanningene. Det er viktig at studenter og lærere i videreutdanning og masterprogram i sykepleie også får denne kompetansen for å kunne ha høy kvalitet på dokumentasjon i EPJ og oppfylle myndighetskrav.

Bruk av standardterminologi ved dokumentasjon av sykepleie må også implementeres på høyere utdanningsnivå noen år fremover, til det er allment i bruk i yrkespraksis.



At de som underviser i temaet dokumentasjon, har tilstrekkelig kompetanse til å formidle hvordan standard terminologi kan brukes for å beskrive sykepleie, er viktig, men det er også viktig at flere lærere har kunnskap om dette for å kunne veilede studentene videre i utdanningen. Derfor blir kollegaveiledning innenfor alle nivåer i utdanning av sykepleiere også viktig videre. ●

**REFERANSER**

1. International Council of Nurses. International classification for nursing practice (ICNP). ICNP: 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/health/icnp-download/icnp-download>
2. Kunnskapsdepartementet. Rammepan for sykepleierutdanning. Oslo; Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammepaner/Helse/Rammepan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammepaner/Helse/Rammepan_sykepleierutdanning_08.pdf) (nedlastet 24.05.2019).
3. Forskrift 15. mars 2019 om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Oslo; Kunnskapsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412> (nedlastet 26.06.2019).
4. Vabo, G. Dokumentasjon i sykepleiepraksis. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2018. s. 35–43. og s. 84–112.
5. Helsedirektoratet. EPJ standard del 3: Journalarkitektur og generelt om journalinnhold. Oslo; 2015. HIS 80507. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/standarder-og-referanse katalog/epj-standard-del-3-journalarkitektur-og-generelt-om-journalinnhold-his-805072015> (nedlastet 23.05.2019).
6. Forskrift 21. desember 2000 om pasientjournal. Oslo; 2001. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2000-12-21-1385> (nedlastet 7.11.2019)
7. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Kapittel 8, § 40. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_8](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8) (nedlastet 22.06.2019).
8. Blair W, Smith B. Nursing documentation: Frameworks and barriers. Contemporary Nurse. 2012;4(2):160–8. DOI: 10.5172/conu.2012.41.2.160
9. Thoroddsen A, Sigurjónsdóttir G, Ehnfors M, Ehrenberg A. Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record. Scand J Caring Sci. 2013;27(1):84–91. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01004
10. Drange BB, Vae KJ, Holm AL. Sykepleiedokumentasjon – en utfordring ved trykksårforebygging. Nordisk Sykepleieforskning. 2015;02(05). Tilgjengelig fra: [https://www.idunn.no/nsf/2015/02/sykepleiedokumentasjon\\_en\\_utfordring\\_ved\\_trykksaarforebyg](https://www.idunn.no/nsf/2015/02/sykepleiedokumentasjon_en_utfordring_ved_trykksaarforebyg) (nedlastet 26.06.2019).
11. Dahl K. Den problematiske sykepleiedokumentasjonen. Sykepleien. 2009;89(1):54–8. DOI: 10.4220/sykepleiens.2001.0002
12. Drange BB. Kvalitet, eller...? Sykepleien. 2009;(21):42–4. DOI: 10.4220/sykepleiens.2002.0063
13. Meld. St. 9 (2012-2013). Én innbygger – én journal. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ad04cc/no/pdfs/stm201220130009000dddpdfs.pdf> (nedlastet 24.05.2019).
14. Direktoratet for e-helse. Terminologi for sykepleiepraksis. Konseptutredning. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2018. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/publikasjoner/terminologi-for-sykepleiepraksis> (nedlastet 20.06.2019).
15. Bergsægel I. Anbefaler standardisert terminologi for sykepleie. Sykepleien. 2018;14 juni. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2018/06/anbefaler-standardisert-terminologi-sykepleie> (nedlastet 20.06.2019).
16. Oslomet. Sykepleierutdanningen i teknologisk bakteve. Journalen. 2015;22. april. Tilgjengelig fra: <http://journalen.hioa.no/innenriks/2015/04/sykepleierutdanningen-i-teknologisk-bakeve> (nedlastet 26.06.2019).
17. Naustdal AG, Netteland G. Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. Sykepleien Forskning. 2012;7(3):270–7. DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0133
18. Østensen E, Bragstad LK, Hardiker NR, Hellesø R. Nurses' information practice in municipal health care – a weblike landscape. J Clin Nurs. 2019;28(13–14):2706–16. DOI: 10.1111/jocn.14873
19. Stensvold U, Mølsted KL, Lyngstad M. Prosjekt rapport. Utvikling og testing av veiledende planer med integrasjon av International Classification of Nursing Practice (ICNP®): Et pilotprosjekt. 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.sandefjord.kommune.no/globalassets/helse-sosial-og-omsorg/hso-dokumenter/utviklingscenter/pagaende-prosjekter/veiledende-planer/prosjekt rapport-03.05.17-godkjent.pdf> (nedlastet 24.05.2019).
20. Norsk forskning- og utviklingscenter for ICNP. Tilgjengelig fra: <https://icnp.uia.no/> (nedlastet 25.06.2019).

Derfor skrev jeg denne artikkelen



**Britt Bårdsen Drange**

Førstelektor, Høgskulen på Vestlandet, campus Haugesund

Artikkelen baserer seg på våre erfaringer med undervisning av ICNP som fellesspråk ved planlegging og dokumentasjon av sykepleie. Vi underviste bachelorstudenter i sykepleie ved fem utdanninger på fire campuser ved Høgskulen på Vestlandet.

Hensikten med artikkelen var å vise hva sykepleierstudentene hadde arbeidet med og tilegnet seg av kunnskap innen fellesspråk, veiledende planer og utforming av sykepleieplaner ut fra en case innen somatiske emner. Vårt ønske er at sykepleierstudenter som kommende sykepleiere skal kunne anvende fellesspråk i veiledende planer når de dokumenterer sykepleie i pasientjournalen. Vi har også et ønske om å spre kunnskap om viktigheten og mulighetene som et felles språk og veiledende planer kan bidra til, til sykepleiere i praksisfeltet.

For tiden planlegger vi å undersøke hvordan andreårssykepleierstudenter, erfarer å bruke fellesspråk når de dokumenterer sykepleie, etter at de har vært tre perioder i sykepleiepraksis. ●



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

**FAGARTIKKEL:**  
**Studenter lærer å dokumentere sykepleie enklere**

QR-KODE

SYKEPLEIEN FORSKNING

# SEND INN DIN FORSKNINGSARTIKKEL!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

## VI TILBYR

fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask



publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter



oversetting av forskningsartiklene til engelsk



indekserte artikler i CINAHL og SveMed+



gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no



**Skann koden!**

Les mer i forfatterveiledningen

QR-KODE

Forfatterveiledning for forskningsartikkel



sykepleien.no/forskning



**HOVEDBUDSKAP:**

Det er nasjonale og internasjonale føringer for at all helsetjeneste skal være kunnskapsbasert. Her beskriver vi vår erfaring med å undervise i kunnskapsbasert praksis (KBP) i jordmorutdanningen. Jordmorstudentene opplever at det kan være krevende for dem å prioritere læringsaktiviteter i KBP. En årsak er jordmorutdanningens omfattende læringsmål, herunder krav i form av EØS-direktiver, som er nødvendige for å få autorisasjon som jordmor. En annen utfordring er å sikre lærerkompetansen i KBP.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.79726

**NØKKELOD:**

► Kunnskapsbasert praksis ► Jordmorstudenter ► Lærererfaringer ► Studentevaluering

# Slik kan jordmorstudentene lære kunnskapsbasert praksis

Jordmorutdanningen ved Universitetet i Tromsø har prøvd ut et nytt undervisningsopplegg i kunnskapsbasert praksis. Her er lærernes erfaringer og studentenes evalueringer.

**K**unnskapsbasert praksis (KBP) har vokst frem som en «motbevegelse» mot en helsetjeneste som i stor grad ikke har basert virksomheten på best tilgjengelige forskningskunnskap (1). Kunnskapsbasert praksis «er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (2). Kunnskapsbasert praksis-modellen er illustrert i figur 1.

KBP-begrepet rommer ulike kunnskapskilder som alle er essensielle for kvaliteten på helseprofesjonell fagutøvelse. KBP er et mål i nasjonal helsetjeneste og er løftet frem både av kunnskaps- og helsemyndighetene (3, 4).

For å nå målet er innholdet i helseprofesjonsutdanningene, som jordmorutdanningen er et eksempel på, sentralt. Samtidig viser forskning at helseprofesjonelle med kompetanse i KBP opplever hindringer som vanskeliggjør kunnskapsbasert praksisutøvelse, for eksempel tidsmangel og manglende evne til å lese forskning på engelsk (5–9).

Verdens helseorganisasjon peker også spesielt på behovet for å utvikle og styrke en evidensbasert, jordmorfaglig utøvelse i Europa, noe som kan ses i sammenheng med innholdet i jordmorutdanningen (11).

I jordmorutdanningen ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT) har vi i en årrekke inkludert erfaringskunnskap og til dels brukermedvirkning i undervisningen. Forskningskunnskapen, derimot, har

**FORFATTERE**

**Gry Skogheim**  
Universitetslektor, Helsefakultetet,  
Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

**Sigrun Kongslie**  
Universitetslektor og studieleder,  
Helsefakultetet, Universitetet i Tromsø  
– Norges arktiske universitet

**Tove Aminda Hanssen**  
Fag- og forskningssykepleier og professor,  
Hjerte- og lungeklinikken, Universitets-  
sykehuset Nord-Norge og Universitetet  
i Tromsø – Norges arktiske universitet

vært innlemmet i undervisningen på et mer usystematisk vis.

I 2014 startet vi et undervisningsopplegg i KBP i jordmorutdanningen ved UiT. Målet var at jordmorstudentene skulle tilegne seg kunnskap i KBP gjennom å trene på å formulere søkbare, faglige spørsmål, utføre litteratursøk og finne forskning, vurdere forskningsartikler med ulike forskningsmetoder eller -design og integrere resultater fra forskning i sin videre læring.

I denne artikkelen beskriver vi undervisningsopplegget vårt i kunnskapsbasert praksis samt stu-

dentenes og lærernes erfaringer.

**BESKRIVELSE AV UNDERVISNINGSSOPPLEGGET**

Opplegget bygger i stor grad på nasjonale ressurser innen KBP ved at lærerne deltar på nasjonal workshop i regi av Kunnskapscenteret samt bruker KBP-nettkurs og norske lærebøker (1, 2, 10). Vi har anvendt ulike undervisningsformer etter inspirasjon fra andres erfaringer og anbefalinger (2, 12).

Det kan være gunstig for læringen i KBP å veksle mellom læringsressurser på nett og andre undervisningsformer (13, 14). En slik veksling med selvstudium først og dernest klasseromsundervisning og diskusjon kalles for *flipped classroom* (15).

Undervisningen vår besto av introduksjonsforelesning av læreren, KBP-nettkurs (10) og gruppearbeid med å utarbeide et faglig, søkbart spørsmål ved hjelp av PICOT: *Problem/patient*, (*problem eller pasient*), *Intervention* (*intervensjon*),



**FLIPPED CLASSROOM:** I utdanningen vekslet de mellom læringsressurser på nett og andre undervisningsformer. Illustrasjonsfoto: Wavebreakmedia/Mostphotos

*Comparison* (sammenlikning), *Outcome* (utfallsmål eller resultat) og *Time* (tid).

Videre besto undervisningen av artikkelsøk med bibliotekar, gruppearbeid med artikkelgranskningen og fremlegg av gruppearbeidet i plenum med lærerne til stede. KBP-nettkurset var beregnet til fire–fem timers arbeid (10). Det var ikke tid eller ressurser til å inkludere trinn 5, anvendelse og trinn 6, evaluering. I figur 2 illustrerer vi undervisningsopplegget.

Under gruppenes utarbeidelse av PICOT og artikkelgranskning veiledet første- og andreforfatterne. Artikkelgranskningen ble i tillegg understøttet av sjekklister som er tilgjengelige via Helsebiblioteket (10).

### SLIK EVALUERTE STUDENTENE

Etter endt undervisningsopplegg var det frivillig for studentene å fylle ut et evalueringsskjema. I evalueringen stilte vi spørsmål om undervisningsopplegget og studentenes egne læreforutsetninger, veiledningsbehov og læringsutbytte (tabell 1). Et spørreskjemadesign med faste svaralternativer er en velegnet metode for å kartlegge respondenters vurderinger (16).

Evalueringen ble gjennomført anonymt i klasserommet på et papirbasert spørreskjema med gitte svaralternativer, og med læreren til stede. Svaralternativene i evalueringen var «1: i stor grad», «2: tilfredsstillende», «3: i noen grad» og «4: i liten grad».

I evalueringsskjemaet var det anledning til å gi kommentarer på åpne spørsmål. Det var sparsomt med kommentarer, og de er ikke blitt selvstendig analysert, men anvendes i diskusjonen for å eksemplifisere og belyse kvantitative resultater.

Samtlige 43 studenter (100 prosent) som var til stede under evalueringen, har svart på spørreskjemaet. Vi

orienterte om at informasjonen fra skjemaene ville bli brukt i en artikkel.

Første del av evalueringsskjemaet var rettet mot studentenes opplevde forutsetninger for å følge undervisningen. Hele 77 prosent opplevde at de hadde gode forutsetninger for å følge nettkurset i KBP. Når det gjaldt å definere et faglig spørsmål formulert som PICOT og utføre artikkelsøk, svar-

### «Det kan være gunstig for læringen i KBP å veksle mellom læringsressurser på nett og andre undervisningsformer.»

te om lag to tredeler av studentene at de hadde gode forutsetninger for å gjøre dette. Mange opplevde det som utfordrende å vurdere vitenskapelige forskningsartikler; hele 54 prosent mente at de hadde noen eller små forutsetninger for å gjøre dette.

Andre del av evalueringsskjemaet var rettet mot hvordan studentene opplevde utbyttet av veiledningen og undervisningsformen. Det var anledning til å be om bibliotekarveiledning, og 50 prosent av studentene benyttet seg av det. To tredeler av dem som ba om bibliotekarveiledning, opplevde veiledningen som nyttig.

Alle fikk veiledning fra læreren i de fleste gruppearbeidsøktene, og halvparten opplevde det som tilfredsstillende eller svært nyttig. Når det gjaldt undervisningsform, mente to tredeler at gruppearbeid passet godt for å oppnå læringsmålene. Samtlige mente at de i deltok mye i gruppearbeidet.

### LÆRERNE TOK INITIATIV TIL JUSTERINGER

På bakgrunn av evalueringsskjemaene fra hvert kull justerte vi opplegget underveis. For det første tok lærerne en mer

aktiv rolle, som innebar at vi oppsøkte gruppene for å kartlegge om de trengte veiledning. I tillegg begrenset vi antallet artikler studentene skulle finne.

Vi oppsøkte gruppene i de siste kullene for å følge dem i prosessen i stedet for å vente på at de ba om hjelp. Til tross for at lærerne inntok en mer aktiv rolle med å veilede under gruppearbeidsøktene, ble ikke veiledningen bedre evaluert av det siste kullet, sammenliknet med de foregående kullene.

Vår erfaring er at det ikke var lett for studentene å vite hva de skulle spørre om på telefon eller per e-post, men når vi oppsøkte gruppene, ble det lettere for dem å uttrykke hva de hadde behov for veiledning i. At studentene ikke ble mer fornøyde med lærerveiledningen gjennom perioden, kan ha sammenheng med at lærerne selv følte seg utrygge på kvantitative forskningsmetoder.

### STUDENTENE TRENGTE MER METODEKUNNSKAP

Tilstrekkelig metodekunnskap er en vesentlig forutsetning for å tolke forskningsresultater. Veilederen for undervisningsopplegget bidro med slik metodekompetanse med fellesundervisning i klasserommet når studentene la frem sin tolkning av forskningsartikkelen, og med rådgivning overfor lærerne.

Studentene evaluerte veilederens bidrag som «svært godt», og det har også vært til uvurderlig hjelp og støtte for lærerne. Likevel er følgende sitater eksempler på at lærerveiledningen ikke alltid møtte studentenes behov:

«Jeg synes at det kunne vært mer undervisning om de

viktige temaene, og at man kunne fått tilstrekkelig hjelp når man hadde spørsmål.»

«Mer undervisning og veiledning, mindre tid på gruppearbeidet.»

«Skulle ha fått mer veiledning før vi fikk starte å jobbe [...], slik at vi visste at vi hadde forstått oppgaven [hva vi skulle gjøre] riktig.»

### KBP-NETTKURS KAN HA VÆRT DEMOTIVERENDE

Vi har tidligere vært inne på at metodekunnskap er en forutsetning for å lære KPB-prosessen. Studentenes metodekunnskap var på variabelt nivå, selv om nesten alle studentene hadde bachelor i sykepleie og gjennomførte KBP-nettkurset i en tidlig fase av undervisningsopplegget. Noen studenter har sykepleierutdanning av eldre dato og lærte ikke noe metode før jordmorstudiet.

En av studentene ønsket at undervisningen i KBP «på en eller annen måte kunne gjøres mer spennende». Det kan også tenkes at det har vært en demotiverende faktor for studentene at KBP-nettkurset var lagt opp som selvstudium.

«Når vi oppsøkte gruppene, ble det lettere for dem å uttrykke hva de hadde behov for veiledning i.»

For de første kullene var det ikke satt av tid på timeplanen til dette kurset.

For det siste kullet ble det satt av én dag, men det var ikke lagt opp til lærerveiledning i løpet av denne dagen. Dermed ville vi ikke fange opp eventuelle studenter som fikk lite utbytte av kurset. Samtidig oppga altså tre firedeler av studentene at de hadde gode forutsetninger for å gjennomføre nettkurset.

### INTEGRERING AV KBP I PRAKSIS TOK TID

Fra et lærerperspektiv erfarer vi at studentene er mer motivert til å undervises i konkrete jordmorferdigheter, enn til å lære hvordan de skal finne og tolke forskningskunnskap, noe som kom til uttrykk i evalueringen fra flere studenter: «Synes også det var et dumt tidspunkt å ha dette på når man har lyst til å bruke tiden på patologi og forberede seg til viktige forelesninger.»

Figur 1. KBP-prosessen



Figur 2. Illustrasjon av undervisningsopplegget



Tabell 1. Studentenes evaluering av undervisningsopplegget og egne forutsetninger for læring.

Spørsmål	Antall som har svart	I stor grad / tilfredsstillende		I noen grad / i liten grad	
		Antall studenter	%	Antall studenter	%
1. Egne forutsetninger for å gjennomføre nettkurs i KBP	43	33	77	10	23
2. Egne forutsetninger for å formulere PICO	43	28	65	15	35
3. Egne forutsetninger for å utføre søk	43	28	65	15	35
4. Egne forutsetninger for å vurdere artikkel kritisk	43	20	46	23	54
5. I hvilken grad var bibliotekarveiledning til hjelp?	22	14	64	8	36
6. I hvilken grad passer gruppearbeid for å nå læringsmålene?	35	28	80	7	20
7. I hvilken grad deltok du i gruppearbeidet?	36	36	100	0	0
8. I hvilken grad var lærerveiledningen til hjelp?	30	16	53	14	47

Man kan si at jordmorfaget er relativt nytt i nasjonal akademisk-vitenskapelig sammenheng, da faget i stor grad har vært fundert på erfaringslære. Halvparten av studiepoengene i jordmorstudiet er praksisstudier og er omtrent jevnt fordelt gjennom hele utdanningen. Studentene skal lære en ny profesjon, og det krever mye tid og arbeid i tillegg til å sette seg inn i forskning, og vi erfarer at de færreste studentene har tidligere erfaring med å innhente forskningskunnskap i læringen.

Mange opplever at tid er en knapphetsressurs i jordmorutdanningen, og flere av studentene ga uttrykk for det i evalueringsskjemaet: «Synes det har tatt litt for mye tid, da vi skal ha eksamen neste år.»

Studenter kan synes at veien virker lang for å oppnå et tilstrekkelig kunnskapsnivå i KBP. Det er nødvendig med kunnskap i KBP for å bli i stand til å granske artikler og på sikt bidra til å implementere resultater fra forskningen i praksis.

Samtidig som studentene er godt motivert til å lære seg klinisk og praktisk jordmorfag, har vi inntrykk av at det er utfordrende for mange av dem å finne motivasjon til aktivt å integrere forskningen i læringsprosessen.

### GRUPPEARBEIDET BØD PÅ UTFORDRINGER

Gruppearbeid var en del av undervisningsopplegget, og gruppeprosessen er vesentlig for læring (17). For et av kullene var det imidlertid problemer med at medstudenter ikke møtte til gruppearbeidsøktene, slik at det ble mye arbeid for dem som møtte opp.

Noen ønsket å sette sammen gruppene selv, og det ble rapportert om fravær og liten interesse for gruppearbeidet: «Jeg har syntes at det har vært utfordrende å være i en gruppe der det har vært mange som ikke har vært til stede under gruppearbeidet, slik at det har vært mye for dem som har arbeidet og møtt opp. Kanskje vi kunne valgt grupper selv?» og «Jeg ble skuffet over den lave interessen noen på gruppen viste og mener at dette gikk ut over egen læringsprosess».

Lærerne var ikke klar over at dette var et problem før undervisningsopplegget ble evaluert, og studentene kan ha en viss fraværspersent uten at det får konsekvenser for dem. Samtidig var de aller fleste godt fornøyd med gruppearbeid som læringsverktøy for dette temaet: «[Det var] lærerikt å gjøre dette sammen med andre» og «Det var viktig med god diskusjon i gruppene».

Det kan fremme læringen å forplikte seg sammen med medstudenter og bygge samhørighet, og i grupper kommer det frem flere perspektiver på saken (17). På den ene siden kan studentene velge grupper selv. På den andre siden kan en lærerstyrt gruppesammensetning som tilstreber at studenter med praksiserfaringer fra ulike nivåer i fødselsomsorgen er i samme gruppe, bidra til et større mangfold av faglige perspektiver i gruppene.

Studentenes samlede evaluering harmonerer med funn fra en systematisk oversiktsartikkel om *flipped*

*classroom*-modellen, som viser at studenttilfredsheten med denne modellen ikke er entydig positiv (15).

### OPPSUMMERING

Undervisningsopplegget vårt har vektlagt at studentene skulle reflektere over praksiserfaringer, formulere spørsmål om fagutøvelse, finne og tolke forskning og integrere forskning i videre læring. Vi har erfart at studentene er mer motivert til å undervise i «rene» jordmorfaglige temaer. I tillegg opplever vi lærere at vår egen kompetanse i forskningsmetoder har vært noe mangelfull. Det har vært en klar svakhet i undervisningsopplegget.

I tillegg har lærerveiledningen kanskje ikke vært tett nok på studentenes arbeid. For tiden utarbeider utdanningen en ny masterstudieplan i jordmorfag. Erfaringene fra dette KBP-undervisningsopplegget har vært viktig, og KBP er integrert i ulike emner gjennom hele masterstudiet, som startet i august 2019. ●

### REFERANSER

1. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
2. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok. 2. utg. Oslo: Akribe; 2012.
3. Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. 2011–2012. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2012.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. HelseOmsorg21. Oslo; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-omsorg21.no/> (nedlastet 25.11.2019).
5. Olsen NR, Lygren H, Espehaug B, Nortvedt MW, Bradley P, Bjørndal JM. Evidence-based practice exposure and physiotherapy students' behaviour during clinical placements: a survey. *Physiotherapy Research International*. 2014;19(4):238–47.
6. Weum M, Bragstad LK, Glavin K. Hvordan helsesøstre bruker kunnskapskilder. *Sykepleien Forskning*. 2017;12(6):64242;(e-64242). DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.64242
7. Snibsoer AK, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. *Sykepleien Forskning*. 2012;7(3):(232–241). DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0129
8. Veeramah V. The use of evidenced-based information by nurses and midwives to inform practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2016;25(3–4):340–50.
9. Munro J, Spiby H. Evidence based midwifery: applications in context. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
10. Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis. Folkehelseinstituttet/Høgskulen på Vestlandet. Oslo/Bergen; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis> (nedlastet 10.03.2019).
11. Verdens helseorganisasjon. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2017/facilitating-evidence-based-practice-in-nursing-and-midwifery-in-the-who-european-region-2017> (nedlastet 10.03.2019).
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 3. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015.
13. Alper BS, Haynes RB. EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. *Evidence Based Medicine*. 2016;21(4):123–5.
14. Patellarou AE, Kyriakoulis K, Stamou AA, Laliotis A, Sifaki-Pistolla D, Matalliotakis M, et al. Approaches to teach evidence-based practice among health professionals: an overview of the existing evidence. *Advances in Medical Education and Practice*. 2017;8:455–64.
15. Bethavas V, Bridgman H, Kornhaber R, Cross M. The evidence for 'flipping out': A systematic review of the flipped classroom in nursing education. *Nurse Education Today*. 2016;38:15–21.
16. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
17. Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach it. 4. utg. Toronto: Churchill Livingstone; 2011.



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:  
**Slik kan jordmorstudenter lære kunnskapsbasert praksis**



**HOVEDBUDSKAP:**

For å øke kvaliteten på de kommunale helse- og omsorgstjenestene har kommunene Åfjord og Bjugn utviklet og prøvd ut rapporteringsverktøyet Refleks i hjemmetjenesten. Hensikten er å registrere den enkelte helsearbeiderens individuelle vurdering av kvaliteten på de tjenestene som utføres i løpet av en vakt. I denne artikkelen beskriver vi Refleks-metoden og erfaringene etter at kommunene har brukt den i en periode.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.79753

**NØKKELOD:**

► Administrasjon ► Evaluering ► Kommunehelsetjenesten ► Faglig kvalitet ► Organisering

# Helsepersonell i hjemmetjenesten vurderer kvaliteten på eget arbeid

Kommunene Åfjord og Bjugn utviklet rapporteringsverktøyet Refleks for at helsearbeiderne skal kunne vurdere tjenestene de utfører. Målet er å gjøre tjenestene bedre.

**D**en kommunale helse- og omsorgstjenesten preges av knappe ressurser og stram prioritering. Det blir bekreftet med jevne mellomrom ved større eller mindre oppslag i mediene om kutt i budsjetter, brudd på forskrifter og uverdige forhold for brukere og pasienter (1, 2).

Politikernes utfordring er å fordele knappe ressurser på mange gode og viktige formål. De vedtar innstramminger i helsebudsjetter samtidig som de forventer at reduserte budsjetter ikke går ut over forvarlighet og verdighet (3, 4).

Enhetsledere i helse- og omsorgstjenesten tilpasser daglig driften til budsjettet som best de kan, mens det er de utøvende helsearbeiderne som til sist har ansvaret for at tjenestene til enhver tid er forsvarlige og i henhold til helsefaglige retningslinjer.

Ledelsen har kun en sammenstilt forståelse av situasjonen med hensyn til tjenestekvalitet basert på egen obser-

**«Etter endt vakt skulle verktøyet brukes til å vurdere nivået på de tjenestene som har vært utført den dagen.»**

vasjon, rapportering i fagsystemer og muntlig tilbakemelding fra helsearbeiderne.

Når enhetslederen rapporterer til politikere og beslutningstakere, vil det være basert på denne forståelsen og kan lett bli preget av individuelle vurderinger og

**FORFATTERE**



**Hans Donali Tilset**

Forsker, NTNU Samfunnsforskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



**Asle Årthun Gauteplass**

Forsker, NTNU Samfunnsforskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



**Marie Nilsen**

Forsker, NTNU Samfunnsforskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

meninger. En mer objektiv måling av tjenestekvaliteten vil kunne bidra til en bedre og riktigere beskrivelse av den virkelige situasjonen i helsetjenesten.

**VANSKELIG Å MÅLE NIVÅET PÅ EN TJENESTE**

Nivået på en tjeneste er i utgangspunktet vanskelig å måle, men helsearbeidernes egen opplevelse av tjenestene de utfører, kan måles. En oversikt over de ansattes vurderinger vil kunne synliggjøre både det som helsearbeiderne selv mener fungerer godt, og det de opp-

lever ikke er slik det skal være. Oversikten vil kunne gi et mest mulig riktig bilde av tilstanden i den kommunale tjenesten.

Vi kjenner ikke til noen eksisterende verktøy til å rapportere kvaliteten på tjenester i helsevesenet slik den oppleves av den enkelte helsearbeideren. For administrativ og politisk ledelse vil et slikt verktøy gjøre det enklere å vurdere kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene.

Ute i avdelingene vil verktøyet være til hjelp i det daglige arbeidet med å forbedre både faglig kvalitet og organisering av tjenestene. Verktøyet vil også kunne bidra til at ledelsen får et bedre grunnlag for å oppfylle gjeldende forskrift om kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (5).

Dessuten får helsearbeiderne muligheter til å si fra anonymt hvis de ikke synes at tjenesten er slik den skal være. Muligheten for anonym tilbakemelding er viktig siden





**EGENVURDERING:** Helsearbeidere i Åfjord kommune registrerer utført arbeid i Refleks, både via appen på mobiltelefon og via pc. Fra venstre: Heidi Skårstad, Marita Skevik og Line Gangstad. Foto: Guri Flenstad

oppslag i mediene antyder at ansatte ikke tør å si fra (6). For den enkelte vil denne muligheten bidra til at vanskeligheter i jobben ikke blir en unødig belastning som man bærer for seg selv.

### REFLEKS BLE UTVIKLET

Kommunene Åfjord og Bjugn har siden 2015 samarbeidet med NTNU Samfunnsforskning og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Åfjord, Trøndelag, og utviklet hver sin variant av en metode og et rapporteringsverktøy som er kalt Refleks (7–9). Helsearbeiderne kan reflektere over arbeidsdagen etter endt vakt og rapportere opplevelsene sine anonymt via en app på mobiltelefonen.

Under utviklingsarbeidet var det viktig at refleksjonen skulle ta minimalt med tid og føles meningsfylt der og da. I tillegg måtte det være tydelig for den enkelte helsearbeideren at rapporteringsverktøyet kan bidra til bedre kvalitet på tjenesten og helsearbeidernes arbeidshverdag over tid. Uten en slik forankring er det stor fare for at rapporteringen blir prioritert bort i en travelt hverdag.

Det var helse- og omsorgsledere i kommunene som først tok initiativ til å utvikle metoden. Alt utviklingsarbeidet ble gjort av en gruppe utøvende helsearbeidere fra hjemmetjenesten i samarbeid med NTNU Samfunnsforskning. Siden det ofte er lokale variasjoner i tjenestene, arbeidet kommunene hver for seg med denne oppgaven.

### SLIK FUNGERTE REFLEKS

Helsearbeiderne konkretiserte oppgavene som ble utført i løpet av en vakt, og oppgavene ble gruppert i ulike tjenestekategorier som er vist i tabell 1. Etter endt vakt skulle

verktøyet brukes til å vurdere nivået på de tjenestene som har vært utført den dagen. For hver av de ulike tjenestekategoriene skulle det angis om tjenesten opplevdes som 1) ønskelig, 2) i underkant eller 3) for dårlig.

Nivået ble angitt med fargene grønn, gul eller rød. Hvis kvaliteten ble vurdert til å være i underkant eller for dårlig,

**«Refleksjon og registrering tar egentlig ikke lang tid, men i en travelt hverdag kan det likevel bli en salderingspost.»**

lig, var det mulig å oppgi årsaken til dette. Det kunne handle om tid, prioritering, kompetanse eller samarbeid og koordinering. Metoden skulle bare brukes når tjenestene lå over avviksgrensen, og den var ikke ment å skulle erstatte ordinær avvikshåndtering.

Metoden har vært prøvd ut i begge kommunene i en

**Tabell 1.** Kategorier som vurderes ved egenrefleksjon etter endt vakt

Tjenestekategorier som vurderes	Tilleggsdata som registreres
Ernæring	Dato (for vakt)
Medisin	Ukedag
Helse	Type vakt (dag, kveld, natt)
Personlig hygiene	Organisatorisk enhet
Observasjon/tilsyn	Yrkesgruppe/rolle
Praktisk bistand / omsorg	Spesial situasjon
Sosialt*	Ansatte på vakt
Organisering*	Arbeid ut over vedtak
Dokumentasjon*	Registrert (dato)*
Forutsetning for vedtaksoppgaver*	
Arbeidsbelastning*	
Egen opplevelse	

\*Benyttes bare av én kommune

periode. Først startet det som et prøveprosjekt der de registrerte på et papirskjema. Fra november 2017 registrerte de kun digitalt på en mobiltelefonapp.

Kommunene benyttet systemet EQS fra Extend til å registrere og lagre i en database. I dette systemet er det mulig å endre hva som skal registreres, og hvordan de registrerte dataene presenteres i oversikter og rapporter. Ledelsen hadde tilgang til verktøy for å generere slike oversikter.

### **ANSATTE TOK I BRUK VERKTØYET**

For å spre verktøyet blant de ansatte valgte begge kommunene en strategi som var basert på frivillighet. De som deltok med å utvikle verktøyet, var de første som tok det i bruk. De demonstrerte appen for sine kolleger i hverdagen og oppmuntret kollegene til å prøve den. Ledelsen orienterte alle helsearbeiderne om det arbeidet som var satt i gang, og oppfordret de ansatte til å bruke verktøyet.

Opplæringen foregikk ved at kolleger demonstrerte appen for hverandre, og noen ble utpekt som superbrukere for å hjelpe til ved tekniske vanskeligheter.

De registrerte dataene skulle etter planen presenteres på eksisterende arenaer og møteplasser for de ansatte. Den ene kommunen hadde faste møter for alle helsearbeiderne i hjemmetjenesten hver sjette uke, og disse møtene var godt egnet til å presentere og diskutere resultatene. Den andre kommunen hadde ikke noen tilsvarende arena, men hadde isteden regelmessige gruppemøter som kunne brukes til refleksjon og dialog.

### **REFLEKS BLE GODT MOTTATT**

Høsten 2018 gjennomførte vi et lite prosjekt for å få kunnskap om hvor mange som brukte Refleks-metoden, og hvordan de registrerte dataene ble brukt. Prosjektet omfattet en spørreundersøkelse som ble sendt til alle helsearbeiderne som hadde mulighet til å benytte appen, både de som brukte den, og de som ennå ikke hadde tatt den i bruk.

Til sammen 127 utøvende helsearbeidere i hjemmetjenesten i de to kommunene fikk anledning til å ta spørreundersøkelsen. Det kom inn 52 svar, noe som gir en svarprosent på 41.

Av resultatene ser vi at over halvparten av respondentene mente at registreringen er tidkrevende. Bruk av verktøyet krever at det reflekteres over det som er gjort i løpet av dagen. Refleksjon og registrering tar egentlig ikke lang tid, men i en travel hverdag kan det likevel bli en salderingspost.

Nærmere 70 prosent av respondentene mente at det er nyttig eller svært nyttig å vurdere kvaliteten på utført arbeid. Bare 36 prosent svarte at de brukte appen ofte eller etter hver vakt. Forklaringen på denne forskjellen er nok at registreringen som kreves, er for omfattende, slik at de synes den tar for lang tid.

### **ANONYME REGISTRERINGER VAR VIKTIG**

Registreringen i Refleks er anonym fordi flere av helsearbeiderne som deltok i utviklingsarbeidet, var usikre på

hvordan dataene kunne bli brukt. Fagforeningene fremholdt at det kunne være en risiko for at registrerte data ble misbrukt i tilknytning til medarbeidersamtaler og personelhåndtering.

I noen kommuner er det små forhold hvor det ikke er så mange på vakt i helger og om natten. Da kan det være mulig, selv med anonym registrering, for ledere med tilgang til dataene å avdekke hvem som har registrert hva ved å sammenstille rapporteringene med vaktlistene.

For å gjøre helsearbeiderne tryggere på hvordan de skulle bruke de registrerte dataene, utformet arbeidsgruppen i begge kommunene et skriv i samarbeid med de respektive helse- og omsorgslederne. Det skulle signeres av rådmannen og hovedverneombudet.

Skrivet forklarte at registrerte data ikke på noe vis skulle brukes slik at det gikk ut over personvern eller enkelt-

### **«Det ble registrert for lite data til at oversiktene ga noe informasjon av verdi.»**

personers individuelle interesser. I spørreundersøkelsen svarte 12 prosent av respondentene at de likevel var utrygge på hvordan registrerte data ville bli brukt.

### **REGISTRERTE DATA BLE IKKE ALLTID BRUKT**

Dataene som blir registrert, kan presenteres i oversikter og oppsummeringer som kan tilpasses etter behov. Disse oversiktene kan vise tjenestenivået for en gruppe, en avdeling eller hele hjemmetjenesten over en periode.

Et viktig argument for å utvikle metoden var at oppsummerte data skulle brukes i faglig og organisatorisk utvikling i en gruppe eller avdeling. I tillegg skulle det kunne lages hensiktsmessige oversikter for å formidle tjenestenivået i hjemmetjenesten til administrativ og politisk ledelse.

I spørreundersøkelsen svarte over 70 prosent at registrerte data er viktig eller svært viktig som grunnlag for grupperefleksjon. Men på spørsmål om ledelsen benyttet oppsummerte data som grunnlag for møter med ansatte, svarte over 40 prosent at det i liten eller svært liten grad ble gjort. Dette resultatet stemmer godt overens med det som kom frem da vi intervjuet utvalgte ledere.

I begge kommunene var lederne tydelige på at de ikke hadde fulgt opp intensjonen med å bruke dataene i møter med helsearbeiderne. De fortalte at det ble registrert for lite data til at oversiktene ga noe informasjon av verdi. Dermed ble oversikter over tjenestenivå lite brukt i møter med helsearbeiderne.

Siden registrerte data ble lite brukt som grunnlag for faglige diskusjoner i gruppe- og avdelingsmøter, var det vanskelig for den enkelte helsearbeideren å se at Refleks faktisk hadde en nytteverdi i hverdagen. Det påvirket motivasjonen for å registrere data, som igjen førte til et ytterligere redusert datagrunnlag. Denne negative spiralen førte raskt til at det hele stoppet opp.

I spørreundersøkelsen svarte 93 prosent av respondentene at dataene er viktige eller svært viktige for å gi ledelsen og administrasjonen økt kunnskap om tjenesten. Åttiåtte prosent svarte at dataene er viktige eller svært viktige for å gi politikere mer kunnskap om tjenesten. Det er altså store forventninger blant de utøvende helsearbeiderne til hvordan de registrerte dataene benyttes.

#### FÅ REGISTRERINGER REDUSERTE NYTTEVERDIEN

I tillegg til spørreundersøkelsen gikk vi gjennom og analyserte data som hadde blitt registrert i perioden fra november 2017 til september 2018. For den ene kommunen ble det gjort 651 registreringer i denne perioden. For den andre kommunen var det gjort 721 registreringer.

Kravet om anonym registrering gjorde at vi ikke kunne se hvilke registreringer som kom fra samme person. Dermed hadde vi ingen mulighet til å avdekke hvor mange ulike helsearbeidere som benyttet metoden i den aktuelle perioden.

Vi går ikke nærmere inn på de konkrete registreringene her. Likevel er det verdt å merke seg at det er færrest gule og røde registreringer innenfor tjenestekategorier som kan kalles kritiske, som for eksempel helse, medisin og ernæring, mens det er flest røde registreringer for egen opplevelse, det vil si hvordan man selv har det etter endt vakt. Samlet sett er mangel på tid den dominerende årsaken til at helsearbeiderne registrerte gult eller rødt for en kategori.

I den ene kommunen registrerte sykepleierne rødt og gult langt oftere enn helsearbeiderne med fagbrev i helsefag. Det fremgår ikke av dataene hvorfor det er slik, men denne typen informasjon gir grunnlag for refleksjon og dialog i arbeidsgruppen for å avklare hva årsaken kan være.

I neste runde vil det være en lederoppgave å håndtere den eller de årsakene som ligger bak slike forskjeller. For den andre kommunen fremkom ikke slike tydelige forskjeller mellom hvilke roller som registrerte rødt.

Med få registreringer blir oversiktene fra Refleks mindre pålitelige, og nytteverdien vesentlig redusert. Det betyr at det ideelt sett bør bli obligatorisk å registrere i Refleks og inngå som en arbeidsoppgave etter endt vakt tilsvarende oppdatering av fagsystemene.

Det har vært vanskelig å få til utstrakt bruk av Refleks blant helsearbeiderne, og det er for få registrerte data til at de gir oss nyttige oversikter. I begge kommunene har tiltaket bred støtte fra lederhold, og helsearbeiderne synes det er nyttig med egenvurdering av tjenestenivået, men for tidkrevende.

#### REFLEKS-LIGHT KREVER MINDRE REGISTRERING

For å komme videre og unngå at initiativet dør ut har vi foreslått en redusert variant som vi har kalt Refleks-Light, der kun to kategorier skal registreres: 1) nivået på utførte tjenester samlet sett, og 2) egen opplevelse etter

endt vakt. De registrerte dataene skal vises fortløpende som en oppsummering for siste dag og siste periode, for eksempel siste uke, på skjermer i lokalene der helsearbeiderne oppholder seg.

I tillegg vises denne oppsummeringen på mobiltelefonen umiddelbart etter registrering. Lett tilgang til oppsummerte data for alle helsearbeiderne gir grunnlag for refleksjon og diskusjon i hverdagen.

Både Åfjord og Bjugn skal slås sammen med de respektive nabokommunene fra 2020 og er godt inne i

**«Helsearbeiderne synes det er nyttig med egenvurdering av tjenestenivået, men for tidkrevende.»**

forberedelsen til dette. Begge kommunene planlegger nå å bruke Refleks-Light i den nye, sammenslåtte kommunen, der det uansett vil bli endringer. Dermed er det naturlig å implementere egenrefleksjon i hele organisasjonen.

Omkring 70 prosent av respondentene anså det som nyttig å egenvurdere kvaliteten på utført arbeid. På grunnlag av disse tilbakemeldingene i spørreundersøkelsen er det sannsynlig at en variant av Refleks som er mindre tidkrevende, kan bli en naturlig oppgave på slutten av en vakt. ●

#### REFERANSER

1. Blix A. Omsorg med stoppeklokke. Daglig brytes forskriftene om en verdig eldreomsorg i Trondheim. Adresseavisen. 10.02.2015. Tilgjengelig fra: <https://www.adressa.no/meninger/leder/article10631336.ece> (nedlastet 02.12.2019).
2. Nilsen L. Helsedirektøren gir sterk støtte til helsearbeidere. Dagens Medisin. 22.10.2015. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/10/22/helsedirektoren-gir-sterk-stotte-til-helsearbeidere/> (nedlastet 02.12.2019).
3. Førde R, Pedersen, Nortvedt P, Aasland O. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskr Nor Lægeforen. 2006;126:1913–6.
4. Skaar R, Brodtkorb K, Skisland AV-S, Slettebø Å. Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen – noen etiske utfordringer. Nordisk sygeplejeforskning. 2014;4(4):267–78.
5. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 02.12.2019).
6. Wallum S. Mener det er usunn frykttkultur ved mer enn ti sykehjem i Trondheim. Adresseavisen. 29.07.2019. Tilgjengelig fra: <https://www.adressa.no/pluss/nyheter/2019/07/29/Mener-det-er-usunn-frykttkultur-ved-mer-enn-ti-sykehjem-i-Trondheim-19564074.ece> (nedlastet 02.12.2019).
7. Opheim A. Helsearbeidere setter karakter på arbeidet sitt. Adresseavisen. 26.09.2017. Tilgjengelig fra: <https://www.adressa.no/pluss/nyheter/2017/09/26/Helsearbeidere-setter-karakter-pa-arbeidet-sitt-15329142.ece> (nedlastet 02.12.2019).
8. Danbolt M. Letter på dårlig samvittighet. Kommunal Rapport. 2018;(2):13.
9. Berg S. Fosninger i banebrytende helseforskning. Fosna-Folket. 15.06.2017. Tilgjengelig fra: <https://www.fosna-folket.no/nyheter/2017/06/15/Fosninger-i-banebrytende-helseforskning-14876738.ece> (nedlastet 02.12.2019).





**HOVEDBUDSKAP:**

Skal vi lykkes med velferdsteknologi, bør det være et systematisk samarbeid mellom alle relevante aktører, der også pårørende må ha en sentral rolle. Kompleksiteten i utvikling, utprøving og implementering av teknologi krever at det tilrettelegges for en arena for samskaping som ivaretar hele helsetjenestens og pasientenes og de pårørende sine behov.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2019.79696

**NØKKELOD:**

► Hjemmesykepleie ► Informasjonsteknologi ► Kvalitativ studie ► Organisering ► Pårørende

# Hvordan lykkes med velferdsteknologi?

Velferdsteknologi kan gjøre helsetjenestene bedre, men for å lykkes må alle aktører samarbeide, både de som utvikler teknologien, de som produserer den, og de som skal bruke den.

**P**olitiske dokumenter, nasjonale utredninger og meldinger fra Stortinget legger opp til at velferdsteknologi skal løse mange av utfordringene i fremtidens helsetjeneste.

Velferdsteknologi kan defineres som:

«Teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.» (1)

Slike teknologier skal altså bidra til økt helsekompetanse hos den enkelte pasient, være et nyttig hjelpemiddel for pasienter og pårørende, og sikre bedre mestring og evne til egenomsorg.

Digitalisering og bruk av velferdsteknologi skal også gjøre helsepersonell bedre i stand til å utnytte knappe ressurser, samtidig som kvaliteten på tjenestene sikres (2). Helsetjenesten skal bidra til bedre helse i befolkningen, og velferdsteknologi benyttes også som forebyggende eller helsefremmende tiltak for å utsette eller forhindre nedsatt funksjonsevne (3).

**PILOTPROSJEKTER I MANGE KOMMUNER**

Tilsynelatende satser kommunene stort på velferdsteknologi, og det samme skjer i noen grad i spesialisthelsetjenesten. På hjemmesidene til Helsedirektoratet (5) framkommer det at hele 340 kommuner gjennomfører pilotprosjekter.

**FORFATTERE**



**Sigrid Nakrem**

Professor, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



**Asle H. Kiran**

Førsteamanuensis, Det humanistiske fakultet, Institutt for filosofi og religionsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Medisinsk avstandsoppfølging, for eksempel oppfølging av lungepasienter via en webtjeneste og lokaliseringsteknologi som for eksempel GPS-sporing og digitale trygghetsalarmer, er eksempler på pågående prosjekter.

**FLEST SMÅ PROSJEKT**

Hvordan går det så i helsetjenesten med disse prosjektene, og hvilke virkninger får det? Foreløpig er både prosjektene og forskningen

rundt velferdsteknologi karakterisert ved at dette foregår i svært liten skala, noe som også gjelder i andre land (6, 7). Utprøving av velferdsteknologi er som oftest på pilotnivå, og mange utprøvningsprosjekter blir ikke iverksatt i fullskala.

Forskningsbasert kunnskap begrenses av få eller ingen robuste forskningsprosjekter som i beste fall bare gir et

**«Mange utprøvningsprosjekter blir ikke iverksatt i fullskala.»**

lite bilde av bruken av velferdsteknologi og potensielle effekter (8). Det kan være en rekke utfordringer med hvordan velferdsteknologi som et positivt tiltak faktisk bidrar til ønskede effekter (9).

**HENSIKTEN MED ARTIKKELEN**

Såkalt gevinstrealisering tar utgangspunkt i utnyttelse av ønskede effekter som økt kvalitet, redusert tidsbruk og kostnader, som velferdsteknologi potensielt skal ha



**HJELPEMIDLER:** Medisindispenser som minner brukeren på å ta medisiner, såler med GPS, klokke med trykkløst alarm og dørlås som låses opp med mobilapp, er eksempler på produkter som skal gjøre livet tryggere for pasienter som bor hjemme. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt (foto) / Monica Hilsen (illustrasjon)



(10). For å få til dette, er det gitt anbefalinger fra styrende myndigheter om hvilke forutsetninger som må være til stede og hvordan helsetjenestene kan møte barrierer mot god utnyttelse av effekter (11).

Hensikten med artikkelen er å bidra til økt forståelse for disse utfordringene og diskutere hvordan potensialet i velferdsteknologien kan utnyttes i fremtidens helsetjeneste.

### METODE

Artikkelen bygger på pågående og gjennomført forskning innen velferdsteknologi ved NTNU i Trondheim.

I denne artikkelen inngår halvstrukturerte intervjuer av tre pasienter / tjenestebrukere, tre pårørende og 27 ansatte i helsetjenestene. Intervjuene er analysert ved hjelp av meningskondensering og systematisk meningskategorisering (12).

Retningslinjer for forskningsetikk og personvern er fulgt, og det er gitt godkjenning fra NSD. Alle deltakere har gitt informert samtykke.

Samarbeid mellom ulike aktører i Trøndelag som Sintef Digital, kommuner og helseforetak, samt nasjonale og internasjonale nettverk danner grunnlaget for tenkningen rundt velferdsteknologi, og inngår som forfatternes erfaringer og kunnskap om velferdsteknologi i praksis.

### RESULTATER OG ERFARINGER

I vår forskning fremkom det hvordan de ulike brukerne opplever velferdsteknologiene i praksis. Vi definerer en «bruker» bredt, og dermed vil det omfatte alle grupper som er knyttet til bruken av velferdsteknologi. Her inngår pasienten eller innbyggerne, pårørende som både primær og sekundær bruker, helsepersonell og andre som bruker teknologien i sine tjenester, samt teknisk personale og leverandører som bistår i den direkte bruken. Analysene av intervjuene kan deles inn i fem overordnede kategorier.

### GIR ØNSKET EFFEKT

Velferdsteknologiene var utviklet for et eller flere bestemte formål, og da de ble introdusert for brukerne var det med forventninger om at de skulle ha en funksjonalitet som ga effekter i tråd med formålet. Teknologien bidro for eksempel til en mer effektiv helsetjeneste der ressursene utnyttes bedre når hjemmesykepleiere kunne bruke tiden på dem som hadde størst behov for personlig kontakt.

Kommunikasjonsteknologier som kommunikasjonssapper og webtjenester for bedre samhandling mellom helsetjenesten og pasient/pårørende førte til forbedringer som økt egenomsorg/pårørendeomsorg og bedre behandling for medisinske tilstander som for eksempel riktig

### Hva er samskaping?

Samskaping er en direkte oversettelse av det engelske ordet co-creation, og begrepet er først og fremst hentet fra privat sektor. Prinsippet er at kunder er aktive deltakere i for eksempel produkt- eller tjenesteutvikling, og at produktet eller tjenesten dermed er skapt i fellesskap mellom kunden og produsenten/leverandøren. For helsetjenesten kan begrepet innebære at det etableres en samarbeidsrelasjon, der både offentlige aktører (f.eks. helsetjenestepersonell) og andre (f.eks. tilbyderer av et produkt og pasienter/brukere) er involverte i å skape et produkt eller en helsetjeneste (4).

*Kilde: Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*

medisinbruk. Digitale hjelpemidler for medisiner og påminning kunne erstatte hyppige besøk av hjemmesykepleiere for oppfølging av medisiner. Noen ganger var dette også en avlastning for pårørende som tidligere har hatt denne oppgaven.

Et sitat som kan illustrere dette er en pårørende som sa følgende:

«Kan ikke unnvære den (den digitale medisindispenseren) altså. For jeg måtte jo gå og spørre han (pasienten), jeg da vet du, om han hadde husket å ta medisinen sin. Hvis jeg ikke kom på å spørre så glemte han det.»

Teknologien ga da en økt trygghet både for pasienten og de pårørende, samt at helsepersonellet kunne være trygg på at oppgaven ble ivarettatt.

Med en annen type teknologi kunne pårørende gi beskjed via en app om

at hjemmetjenesten ikke trengte å komme på besøk fordi de hadde vært hos pasienten den dagen. En pårørende sa: «Så hvis jeg er der da, fra morgenen av, så sendte jeg melding da, og hvis jeg skulle være der hele dagen og, sendte jeg melding på det da.»

Teknologiene kunne avlaste både pårørende og helsepersonell slik at ressursene kunne brukes til de som trengte det mest.

### TEKNOLOGIEN MÅ VÆRE BRUKERVENNLIG

Brukerne av velferdsteknologiene ga uttrykk for at det var visse forutsetninger for at teknologiene skulle fungere et-

**«Flere av teknologiene krevde en viss teknisk ferdighet, for eksempel å kunne bruke en smarttelefon og den tilknyttede appen.»**

ter formålet. Forutsetningene var innebygget i teknologien allerede ved utformingen, noe som ofte var i samsvar med den funksjonen teknologien skulle ha.

Eksempler på slike forutsetninger er god hørsel og godt syn eller tilstrekkelig finmotorikk for å bruke teknologien. Ferdigheter hos pasienten, som kognitiv og fysisk fungering var den vanligste forutsetningen, og dette var også den største utfordringen for å utnytte teknologien best mulig.

Flere av teknologiene krevde en viss teknisk ferdighet, for eksempel å kunne bruke en smarttelefon og den tilknyttede appen, eller motoriske ferdigheter for å håndtere hjelpemiddelet. Videre var noen av teknologiene avhengig av samhandling med eksisterende teknologi og utstyr i helsetjenesten, noe dette sitatet fra helsepersonell kan illustrere:

«Problemet da var jo at det tok jo så lang tid å logge seg

inn. For vi kunne ikke ha app, men måtte ha nettversjonen, det var noe med sikkerhet og sånne ting. Hvis du bare er uheldig og kommer borti knappen som tok deg ut igjen av programmet, så måtte du logge inn helt på nytt igjen. Det var et irritasjonsmoment, det var så tungvint at folk ikke orket.»

Teknologi som forutsatte høy kompetanse hos pasienten, eller at pasienten hadde kognitiv svikt eller sansetap, medførte at vedkommende ble avhengig av hjelp fra pårørende. Teknologi kunne dermed ikke benyttes for å øke egenomsorg hos svært hjelpetrequende som bodde alene.

### MANGELFULL INFORMASJON OG OPPLÆRING

Flere av de vi intervjuet ga uttrykk for at de hadde fått lite informasjon og opplæring i bruken av teknologien.

Selv om feilbruk eller mangler ved teknologien kunne forklares ut fra teknisk svikt, ble det påpekt at hovedårs-

#### «Flere av de vi intervjuet ga uttrykk for at de hadde fått lite informasjon og opplæring i bruken av teknologien.»

saken til feilbruk var menneskelig svikt. Dersom meldinger fra pårørende via kommunikasjonsverktøyet ikke kom frem til hjemmetjenesten var det ikke nødvendigvis tekniske årsaker til det, men det kunne være at helsepersonellet ikke var klar over at de måtte logge seg inn og sjekke om det var kommet en melding, som en pårørende sa:

«Jeg tror at det kunne vært sånn at de hadde ikke sjekket den (appen), at de bare kom uansett, for de går etter ruta si, og så har de ikke gått inn på ... – eller jeg vet ikke helt om det var noen lyd eller noe til dem da – for det er ikke sikkert at de sjekket den så nøye bestandig. Jeg tror det er viktig at man får tilbakemelding på at de har forstått den (meldingen).»

Brukerne fortalte at de ikke hadde noen skriftlig bruksanvisning eller at de ikke var helt klar over hvordan teknologien fungerte. En pårørende som hadde skiftet batteri på medisindispenseren etter råd fra helsepersonellet, oppdaget at tidsangivelsen for dosene var nullstilt etterpå.

### DE FLESTE ER POSITIVE TIL NY TEKNOLOGI

De fleste brukerne vi intervjuet var positivt innstilt til å ta i bruk ny teknologi dersom den kunne bidra til økt effektivitet og trygghet.

Både pasienter og pårørende ga uttrykk for at de i utgangspunktet ikke hadde spesiell interesse for teknologi, og de opplevde at teknologien var enkel i bruk.

En pasient understreket dette ved

å si: «Nei, jeg er egentlig ikke det nei (flink på teknologi). Dosetten er ikke noe vanskelig, nei.»

Helsepersonellet sa at de gjerne ville være med i utviklingen som skjer i samfunnet, og at de så på teknologi som nyttig for helsetjenesten for å løse utfordringer med ressursmangel og krav fra befolkningen de allerede hadde erfart i arbeidet, og uttrykte: «Ja, så har vi også holdt på med medarbeiderdrevet innovasjon her. Vi er med og skriver en håndbok om det da. Innovasjon og velferdsteknologi, det henger jo på en måte sammen.»

Å være med på utprøving av nye produkter så helsepersonellet på som en nyttig erfaring, og en sa: «Jeg tror det kom mange ideer på hvordan ting kunne gjøres raskere og forttere og annerledes også.»

Ny teknologi, og kanskje spesielt problemer som oppsto ved bruk, åpnet opp for videre innovativ tenkning der erfaringen ga nye problemformuleringer og nye mulige løsninger for videreutvikling. De så at eksisterende og fremtidige utfordringer i helsetjenesten kunne ha nytte av digitalisering.

### SAMARBEID OG SAMSKAPING ER VESENTLIG

Samarbeid og samskaping er vesentlig, der spesielt pårørende er sentrale aktører. Initiativet til å ta i bruk ny

#### «De opplevde at teknologien var enkel i bruk.»

teknologi kom i hovedsak fra helsetjenesten selv. Informasjon til pasienter og pårørende om hvilke digitale hjelpemidler som finnes ble gitt av helsetjenestens ansatte, eller det kunne være ledelsen i hjemmetjenesten som hadde initiert utprøvinger.

En pasient og hans pårørende fortalte at teknologien ble introdusert under et rehabiliteringsopphold, og ved hjemkomst fikk pasienten besøk av tildelingskontoret i kommunen og ansvarlige for kartlegging og tilde-ling av tjenester. Et kommunikasjonshjelpemiddel for pårørende ble introdusert overfor ledelsen i hjemmetjenesten av produsenten, fortalte en av de ansatte: «Hun (tidligere enhetsleder) ville jo gjerne at enheten skulle være sånne forsøkskaniner på nye ting og være med på å få det i gang da.»





Alle brukerne vi intervjuet fortalte at teknologien de hadde fått var til utprøving eller et prøveprosjekt, og det var stor aksept for at det kunne oppstå feil.

Likevel ønsket de som hadde prøvd ut produkter som var til stor nytte at de var til permanent bruk. Teknologiprøving som var delvis mislykket ble avsluttet, og had-

### «Å være med på utprøving av nye produkter så helsepersonellet på som en nyttig erfaring.»

de ført til at de positive effektene de hadde erfart ikke ble videreført.

Helsepersonell ga uttrykk for at teknologi som var umoden, kunne videreutvikles så lenge det var tilstrekkelig teknologisk støtte. En av helsepersonellet sa:

«Når vi setter i gang nye prosjekter, så må de som leverer det prosjektet ha nok ressurser til faktisk å komme med forandringene ganske kjapt. Det må være et støtteapparat bak, i alle fall når det skal inn i helsevesenet. Det er mange brukere, potensielt, som kan bruke det.»

Et tett samarbeid med alle relevante aktører er nødvendig for å øke bruken av teknologi.

Velferdsteknologien var utprøvd i relativt liten skala, men utprøvingen hadde også vist at teknologiene hadde dekt andre behov enn brukerne hadde sett for seg i starten, som for eksempel økt frihet. Avlastningen og tryggheten for pårørende var en særlig påfallende effekt.

## DISKUSJON OG KONKLUSJON

Resultatene viser at det finnes forutsetninger, barrierer og utfordringer som må vurderes for å sikre god bruk av velferdsteknologi.

Digitalisering og bruk av ny teknologi har et potensial for å forbedre befolkningens helse og gi gode helsetjenester, samtidig som ressursene utnyttes bedre. Det kan likevel stilles spørsmål ved hvorfor endringstakten er så lav, og hva som kreves for at digitalisering og bruk av velferdsteknologi kommer videre etter utprøvningsfasen og oppskaleres til å bli en del av helsetjenesten.

Våre funn viser at endringsviljen hos helsepersonellet er stor, og at de har et genuint ønske om å yte gode helsetjenester. Der de ser en utfordring, er de klar for å finne en

løsning til det beste for pasienten.

Samtidig har helsepersonellet kunnskap om pasientenes behov, og kan vurdere hvorvidt en ny tjeneste eller teknologi kan bidra til bedre helsetjeneste for den enkelte (13). De trenger imidlertid støtte fra flere hold, og dette er et større samfunnsansvar (14). Den komplekse helsetjenesten gjør at den enkelte ansatte i helsetjenesten ikke alene kan løse utfordringene (15).

Både helsetjenester, gjennom tjenesteinnovasjon, og digitale og teknologiske hjelpemidler bør utformes og implementeres i møte med enkeltmennesket, det være seg pasient, pårørende eller helsepersonell. Tilnærmingen til velferdsteknologi bør være basert på en bruker- og behovsorientert designprosess, samt en reell personsentrert helsetjeneste (3, 15). Dette krever økt tverrfaglighet og samarbeid mellom helseprofesjoner og andre aktører som bidrar til utvikling av velferdsteknologi (16, 17).

### «Det var stor aksept for at det kunne oppstå feil.»

Fragmentering av tjenester kan bidra til at alle kommuner skal prøve ut velferdsteknologi hver for seg. Kompliserte anbuds og innkjøpsordninger kan bli et hinder for at teknologi som er utprøvd blir tatt i bruk og at ideer til videreutvikling blir tatt med videre til leverandøren av produktet (10). De nye helsetjenestene blir dermed ikke utviklet gjennom samskaping og innovasjon som legger til rette for implementering og spredning. I stedet blir nye produkter og tjenester satt i gang som atter nye pilotprosjekt.

Også forskning på erfaringer og effekter hindres fordi prosjektene avsluttes i pilotfasen ettersom tjenesten ikke blir videreført og videreutviklet (8). Samskaping og innovativ tenkning er sentralt, men et hovedpoeng er at dette må settes i system (18).

Løsningen på utfordringene kan være et mer systematisk



## Mer fagutvikling?

Få faglig påfyll om sykepleierens funksjoner og ansvarsområder på [sykepleien.no](http://sykepleien.no).

[sykepleien.no/fag](http://sykepleien.no/fag)



samarbeid mellom alle relevante aktører, der også pårørende som brukere og støttepersoner må ha en sentral rolle. Helsetjenesten er kompleks og ofte opererer hvert system i «siloe». Det må derfor skapes en arena for samskaping som ivaretar hele helsetjenestens og pasientenes og de pårørende sine behov.

Et eksempel på slike arenaer er såkalte «helseklynger» (19) der de ulike aktørene kommer sammen for å finne gode løsninger. Samtidig må barrierer for å ivareta pasienter og pårørendes behov når velferdsteknologi skal benyttes i helsetjenestene, som beskrevet i denne artikkelen, bygges ned.

Leverandører av teknologiløsninger må involveres tidlig i prosessene og være med hele veien frem til produktene er blitt en del av helsetjenesten, og bidra med teknologisk støtte i videreføringen. Det finnes gode eksempler på vellykket innføring av velferdsteknologi og tekniske hjelpemidler gjennom større prosjekt, og disse erfaringene må løftes frem på et nasjonalt plan. ●

**REFERANSER**

1. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning; 2011. s. 99.
2. Nakrem S, Sigurjónsson JB. Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
3. Nakrem S, Spilker KH. Velferdsteknologi som ressurs, mulighet og strategi i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I: Haugan G, Rannestad T, red. Helsefremming i kommunehelsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014. s. 242–53.
4. Røiseland A, Lo C. Samskaping – nyttig begrep for norske forskere og praktiskere? Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift. 2019;35(1):51–8
5. Helsedirektoratet. Tema Velferdsteknologi [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; [sitert 28.11.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi>
6. European Commission. Digital Public Services. Digital Economy and Society Index (DESI) Report 2018. Brussel: European Commission; 2018.
7. Mørne G. Er Helse-Norge klar for teknologigigantenes inntog? Dagens Medisin. 09.08.2019.
8. Krick T, Huter K, Domhoff D, Schmidt A, Rothgang H, Wolf-Ostermann K. Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. BMC health services research. 2019;19(1):400.
9. Hauvik S, Eines TF. Slik kan ny teknologi gi økt trygghet i hjemmet. Sykepleien. 2019;107:76626.
10. Melting JB, Frantzen L. Første gevinstrealiseringsrapport. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2416.
11. Melting JB. Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. IS-2557.
12. Kvale S, Brinkmann S. Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing. 2. utg. Los Angeles: Sage; 2009.
13. Morley J, Floridi L. The Limits of Empowerment: how to reframe the role of mHealth tools in the healthcare ecosystem. Sci Eng Ethics. 2019 juni1–25.
14. Nakrem S, Solbjør M, Pettersen IN, Kleiven HH. Care relationships at stake? Home healthcare professionals' experiences with digital medicine dispensers—a qualitative study. BMC health services research. 2018;18(1):26.
15. Braithwaite J. Changing how we think about healthcare improvement. BMJ. 2018;361:k2014.
16. Kiran AH. Mediating patienthood—from an ethics of to an ethics with technology. Nursing Philosophy. 2017;18(1):e12153.
17. Moser I. Velferdsteknologi. En ressursbok. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019.
18. Bjørkquist C, Forss M, Samuelsen F. Collaborative challenges in the use of telecare. Scand J Caring Sci. 2019;33(1):93–101.
19. CCSDI. Cluster for Co-Creative Service Design and Innovation in Health care Services [Internett]. Trondheim: CCSDI; 2018 [sitert 28.11.2019]. Tilgjengelig fra: [www.ccsdi.no](http://www.ccsdi.no)



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

**FAGARTIKKEL:**  
**Hvordan lykkes med velferdsteknologi?**

*Derfor skrev jeg denne artikkelen*



**Sigrid Nakrem**

Professor. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**S**ykepleie og teknologi har interressert meg helt siden jeg var nyutdannet. Et gründerprosjekt jeg gjennomførte, ga meg nyttig kunnskap som gjorde meg enda mer engasjert i hvordan helsetjenesten kan forbedres ved hjelp av ny teknologi.

Da jeg startet min forskerkarriere, tok jeg med meg denne interessen. En tverrfaglig forskergruppe med designere, filosofer, ingeniører, sosiologer og helseforskere lyktes med å få forskningsmidler til å gjennomføre et større forskningsprosjekt knyttet til bruk av ny teknologi i hjemmetjenesten. Noen av resultatene fra denne studien er presentert i fagartikkelen.

Artikkelen håper jeg kan bidra til økt forståelse for hvor komplekst det kan være å få alle delene av en organisasjon til å jobbe sammen. I jobben min nå er jeg opptatt av å formidle kunnskap som gir helsepersonell ferdigheter til å delta i forbedringsprosjekter. Jeg håper at min forskning bidrar med ny kunnskap om hvordan teknologi kan øke kvaliteten og pasientsikkerheten. ●



# Personsentrert tilnærming må omfatte alle

Vi har lært å sette pasienten i sentrum, men også personalet må omfattes av en personsentrert tilnærming.



Jeg er på vei for å besøke min mor på sykehjemmet. I gangen møter jeg sykehjemslegen jeg så vidt har snakket med. Hun har det travelt, ser jeg, men møter blikket mitt og gjengjelder et smil og et hei. Vel oppe på avdelingen blir jeg møtt av den trygge, gode stemningen.

En av sykepleierne forklarer noe for en av beboerne som jeg har sett kan være ganske brå og oppfarende. Nå smiler både sykepleieren og beboeren, og det er tydelig at sykepleieren har god kontroll over situasjonen.

Amir kommer meg i møte. Han ser at jeg er på vei for å besøke mor, som er ganske dårlig nå. Hjelpepleieren forteller uoppfordret hvordan mor har hatt det i dag, om de bitte små måltidene, og om hvor fredfull hun har virket.

Han avslutter med å spørre hvordan jeg har det. Vi veksler noen ord, og jeg setter pris på smilet, roen, informasjonen og omtanken.

## MYE FOREGÅR BAK KULISSENE

Det jeg ikke ser som pårørende, er institusjonssjefen som arbeider med å skape en kultur hvor ikke bare beboerne skal møtes som unike medmennesker. Også personalet skal omfattes av en personsentrert tilnærming. I en slik kultur blir alle sett og møtt på en god måte.

Verdier gjennomsyrer all helsetjeneste og ligger til grunn for handlingene som helsepersonellet utfører. I flere år har den personsentrerte tilnærmingen vært idealet i helsetjenesten. Det startet i psykoterapien og er vel mest kjent og anerkjent innenfor omsorg for personer med demens.

## HVA ER PERSONSENTRERT ARBEID?

Tilnærmingmåten har etter hvert bredd seg utover i



fagfeltene. Vi har lært å sette pasienten i sentrum, men hva innebærer det egentlig å arbeide personsentrert?

I en personsentrert tilnærming møtes helsepersonell og personen med et hjelpebehov som likeverdige. Sykepleieren møter den syke som et medmenneske og forsøker å se virkeligheten fra pasientens perspektiv.

Sykepleieren er interessert i livshistorien og ikke bare sykdomshistorien, og etter spør tanker om hva sykdommen innebærer for personen.

De inngår i en relasjon, og sykepleieren anerkjenner og respekterer det som har vært og er viktig for den syke. Da vil de ikke bare se hva personen er nå med symptomer og funksjonstap. Men de vil også se meningsfylte muligheter for å leve gode liv som å gjenvinne funksjoner og selvstendighet, mestre en vanskelig livssituasjon eller møte egen død med et rolig sinn.

Sykepleieren må hjelpe med å tenke etter hva det betyr å leve godt, hvordan de kan være tro mot hvem de er,

«I en personsentrert tilnærming møtes helsepersonell og personen med et hjelpebehov som likeverdige.»

og hva de ønsker å utvikle seg mot. Sentrale mål i arbeidet er å bevare identitet, balansere selvbestemmelse og behov for hjelp, ta vare på viktige sosiale relasjoner og skape mening og sammenheng i levd liv.

## ROLLENE KAN HINDRE OSS

Skal vi lykkes med å arbeide personsentrert, må dette tankesettet forme hele institusjoner og avdelinger. Verdiene i personsentrert tilnærming må prege



**SENTRALE VERDIER:** Med raushet, vennlighet, likeverd, omtanke og respekt er det mulig å arbeide personsentrert. Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

prioriteringer og beslutninger, og tankesettet må omfatte alle: pasienter, renholdere, pårørende, leger, sykepleiere og ledere.

Vi er først og fremst personer og ikke bare mennesker som har gått inn i roller. Med oppmerksomheten på per-

### «Vi er først og fremst personer og ikke bare mennesker som har gått inn i roller.»

son oppnår vi å overstige begrensningene som ligger innbakt i roller, funksjoner og sosial og helsemessig status.

Rollene som pasient, helsepersonell eller pårørende kan hindre oss fra å inngå i likeverdige relasjoner og sammen arbeide for å gripe utviklingsmulighetene til hver enkelt.

#### AVDELINGEN SAMLET SEG OM VERDIER

På ledermøtet tidligere på dagen så institusjonssjefen at sykehjemslegen virket urolig, og tok henne til side etter møtet. Det var godt for legen å få si noen ord om at hun var bekymret for tenåringsdatteren sin.

På avdelingen der min mor er beboer, har avdelings- sykepleieren tatt tak i hvordan hjelpepleierne, assistentene og sykepleierne møter hverandre og samhandler.

Avdelingen har samlet seg om noen verdier og tenkt på hvordan de kan omsette verdiene i konkret handling. Når de kommer på vakt, spør de kollegene hvordan de har hatt det på jobb. De er ekstra oppmerksomme på om kollegaen virker lei seg eller bekymret. De spør forsiktig om det er noe i veien, og om de vil snakke om det.

Og de er også oppmerksomme på kollegaens smil og latter og oppfordrer dem til å dele gleden med de andre. De har også snakket mye om verdien av å sette seg selv litt til side og være rausere mot hverandre.

Når en kollega har brukt mye tid på et morgenstell eller kollegene blir uenige om et eller annet, legger de irritasjonen til side og tar initiativ til å reflektere sammen. De husker også på å trekke frem kollegaens ressurser og gode sider i refleksjonen.

#### DET TRENGS MER ENN PROSEDYRER OG REGLER

Etter å ha arbeidet med personsentrert tilnærming merker institusjonssjefen at holdningsarbeidet har hatt virkning. Avdelingssykepleierne forteller om en lettere og gladere stemning til tross for krevende dager, og at holdningsarbeidet uten tvil også virker positivt inn på beboere og pårørende.

Ledelsen på sykehjemmet har forstått noe viktig; det er ikke nok å lage prosedyrer og regler for samarbeid og kollegialitet.

Pliktetikken setter viktige rammer for hvordan helsetjenester skal utøves, og beskytter mot krenkelsler. Vi har yrkesetiske retningslinjer og helsevesenets fire prinsippers etikk: ikke skade, gjøre godt, sikre selvbestemmelse og ivareta rettferdighet. Likevel må plikt-

#### Holdningsarbeidet virker uten tvil også positivt inn på beboere og pårørende.

etikken kompletteres med en praktisk klokskap og god situasjonsforståelse.

Den personsentrerte tilnærmingen forutsetter at sentrale verdier er internalisert hos sykepleieren og kommer til uttrykk i situasjonsforståelsen og handlingene. Med raushet, vennlighet, likeverd, omtanke og respekt er det mulig å arbeide personsentrert, og verdiene må få prege både hvordan vi møter pasientene, og hvordan vi møter hverandre. ●



**HOVEDBUDSKAP:**

Ved UIT – Norges arktiske universitet har vi gjort et forsøk med simulering i patologiundervisningen. Vi har samlet data fra to kull med studenter for å utvikle kvaliteten på hvordan vi instruerer under simuleringen. Vi har vært mest opptatt av hjerneinnebetennelse (meningitt). Våre data gir støtte til at bachelorstudenter i sykepleie får bedre kunnskaper og dypere forståelse for sykdommen etter simulering. Men det bør undersøkes nærmere hvordan studentene kan forberedes på at det vil skje endringer i de vitale målingene under simuleringen. I ettertid ser vi at studentene bør få gjenta simuleringen i studentstyrte grupper uten lærer til stede, og at de får individuelle tilbakemeldinger.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.79904

**NØKKELOD:**

► Undervisning ► Observasjon ► Simulering

# Simulering gjør sykepleierstudenter tryggere på å behandle meningitt

Studenter som lærer å behandle pasienter med meningitt gjennom praktisk øvelse, får økt kunnskap og mestringstro. Men simuleringen kan bli enda bedre.

**E**t landsomfattende tilsyn i norske, somatiske sykehus har vist at sepsispasienter ofte må vente for lenge på legeundersøkelse, og antibiotikahandlingen kommer derfor for sent i gang (1–3).

Sykepleiere står sentralt i mottak av kritisk syke pasienter i sykehus og distrikt, og må derfor være oppdaterte i forhold til å ivareta pasientsikkerheten (3). Det er viktig at alle sykepleierstudenter lærer hva som skjer når tilstanden forverres til sepsis.

Simulering kan være en aktuell undervisningsmetode i denne forbindelse (4). I studien er vi interessert i å finne ut hvordan instruksjonskvaliteten i simuleringen kan utvikles i en klasse med rundt 40 til 60 studenter, fordelt på sju grupper og to faglærere.

Vi har derfor gjort et forsøk med simulering i forhold til en pasient med meningitt, i to kull, og samlet data fra en test av hvilke kunnskaper studentene hadde om meningitt (kull A) og en test av studentens utbytte av simuleringen (kull B).

**MENINGITT KAN FØRE TIL SEPSIS**

Det unike ved meningitt er rask sykdomsutvikling som kan føre til sepsis med dødelighet på 10–25 prosent (5). Meningitt må behandles i sykehus, men helsepersonell må ha innsikt i tidlige kliniske tegn for å sikre riktig behandling (6), uansett hvor de møter pasienter med symptomer på meningitt.

De må også vite at etter norske regler skal pasienten

**FORFATTERE**

**Randi Gunveig Brattland**  
Førstelektor, Sykepleierutdanningen,  
Institutt for helse- og omsorgsfag,  
Universitetet i Tromsø, Campus  
Hammerfest

**Solveig Johanne Kristoffersen**  
Universitetslektor, Sykepleier-  
utdanningen, Institutt for helse- og  
omsorgsfag, Universitetet i Tromsø,  
Campus Hammerfest

ha antibiotika under transporten til sykehus hvis reisetiden er mer enn tretti minutter (5).

**STUDENTENE LÆRER OM MENINGITT**

Sykepleierstudenter kan beskrives som nybegynnere i denne sammenheng, derfor må de handle ut fra regler (7). For å kunne oppdage forverring i pasientens tilstand finnes det i dag en rekke kriterier som SIRS, Q-Sofa, Glasgow Coma Scale

som en kan si er «generelle regler» (8–10).

Etter hvert må studentene utvikle evnen til å prioritere tiltak også ut fra kunnskaper om og forståelse for den spesifikke sykdommen.

Vi ønsker at studentene skal begynne å bygge opp en dypere forståelse av meningitt. Studentene trenger en forståelse for hva forverringen av sykdommen kan innebære. Vi har derfor organisert et undervisningsopplegg som består av forelesninger kombinert med simulering, der vi legger vekt på simuleringdelen.

**DE ØVER SEG PÅ ANNE-DUKKER**

Simulering er en måte å benytte ekte kliniske hendelser for å støtte og vurdere studenter. Simulering kan utformes på mange og ulike måter (11). Vår studie handler om scenariobasert simulering med bruk av alminnelige Anne-dukker (12).

Mange studenter liker simuleringmetoden, samtidig foreligger det få funn i litteraturen som tyder på at simulering kan redusere teori-praksisgapet (13). Men simulering har sin plass i forberedelsen til praksis (14). Litteraturen

**SIMULERING:** Lærerne Randi Caspersen Bratland og Linda Jansen viser hvordan sykepleiere skal behandle pasienter med meningitt. Foto: Maud Barstad



viser at simulering kan føre til dypere forståelse av en infeksjonssykdom (15).

#### VI VIL FORBEDRE INSTRUKSJONENE

I studien er vi interessert i å finne ut: Hvordan kan vi utvikle kvaliteten på instruksjonene i simuleringen slik at alle studenter i klassen oppnår en dypere forståelse av en alvorlig sykdom som hjernehinnebetennelse?

Vårt undervisningsopplegg hviler på sosial læringsteori beskrevet av Bandura (16) og vektlegger kognitive, sosiale og affektive aspekter ved læring. Sosial læringsteori innbefatter begrepet mestringstro, det vil si: Å ha tro på egen evne til å organisere og gjennomføre handlingene

som kreves, i tillegg til å ha tro på at jeg vil håndtere situasjoner som kommer (17).

Undersøkelsen av to kull er basert på prosessorientert evaluering etter Stake (18). Kull A besvarte en kunnskapstest (resultatvurdering). Og studentene i kull B be-

«Vi ønsker at studentene skal begynne å bygge opp en dypere forståelse av meningitt.»

svarte et spørreskjema om utbytte (prosessvurdering). Svarene ble behandlet som en tekst og analysert for meningsinnhold (19). I prosessevalueringen inngikk også

lærernes loggføring av sin deltakende observasjon.

Prosesorientert evaluering innebærer at man søker etter kvalitet og representasjonen av kvalitet i et program (18). Prosesorientert evaluering betyr også at forskeren vurderer både ut fra egne tolkninger av situasjonen og etter kriterier for hva som er god kvalitet.

**KRITERIER FOR Å VURDERE KVALITETEN**

For å vurdere kvaliteten på simuleringen knyttes det an til begrepet instruksjonskvalitet som er blitt definert som: Et bestemt mønster av instruksjonsvariabler og forhold som påvirker instruksjon, og som påvirker elevenes prestasjon positivt. Konsensusbaserte kriterier for instruksjonskvalitet er blant annet beskrevet i Klette og medarbeidere (20).

Kriterier for instruksjonskvalitet (20):

- Instruksjonsklarhet: Veileder gir tydelig instruksjon, klare mål, formidler faget klart og utvetydig, underviser i relevante læringsstrategier og viser tydelig hvordan nye ferdigheter skal utføres.
- Kognitiv aktivering: Studentene får dypere forståelse gjennom refleksjon over begreper, studenter blir utfordret og møter motsigelser.

**Hva er instruksjonskvalitet?**

Et bestemt mønster av instruksjonsvariabler og forhold som påvirker instruksjon, og som påvirker elevenes prestasjon positivt. For eksempel instruksjonsklarhet, kognitiv aktivering, diskursegenskaper og støttende miljø.

Kilde: Klette K, Blikstad-Balas M, Roe A (20)

- Diskursegenskaper: Studentene deltar i faglig diskusjon og blir lyttet til av læreren.
- Støttende miljø: Veiledere og medstudenter gir positive og konstruktive tilbakemeldinger, det er støttende lærer-student-relasjoner og alle deltakere har en omsorgsfull atferd.

Prosjektet er godkjent av NSD – Norskeretningslinjer for melding av undersøkelser på Institutt for helse og omsorgsfag på UiT – Norges arktiske universitet er fulgt.

Undervisningsopplegget er et forsøk, og hører ikke med til den ordinære fagplanen. Instituttleder har godkjent gjennomføringen, samt at studentene har kvittert for frivillig deltakelse og informert samtykke erklæring.

**SLIK FOREGIKK UNDERVISNINGEN**

Undervisningsopplegget ble gjennomført ved studiestedet IHO i Hammerfest. Det var totalt 101 studenter i 3. semester som deltok.

Målet er at studentene skal kunne forklare hvordan sykdom og sykdomsprosesser oppstår og kommer til uttrykk hos mennesker, og forklare og beskrive ulike infeksjonssykdommer, hygieniske prinsipper og tiltak. Pensum beskriver nærmere hvilken kunnskap om meningitt studentene skal ha (21–23).

Det undervises først i sykdomslære gjennom forelesninger, deretter får studentene delta i praksisforberedende undervisning på øvingsrom, og her foregår simuleringen.

To lærere gjennomførte simulering for hver sine grupper på seks til åtte studenter. Øvelsen varte en skoletime. To klasser gjennomførte øvelsen med ett års mellomrom.

Både målene i fagplanen og pensum var noe utilstrekkelig med tanke på å gi studentene et grunnlag for å forstå hvordan man tidlig kan oppdage forverringen ved meningitt. Derfor laget vi en kortfattet sjekklister på bakgrunn av pensum. Denne inneholdt blant annet Glasgow Coma Scale og SIRS-kriteriene for observasjon av kritisk syke.

**SYKEHISTORIEN**

Studentene benyttet en sykehistorie utarbeidet på bakgrunn av lærernes sykepleiererfaringer fra infeksjonsavdelingen og med inspirasjon fra Campell og Daley (24).

Studentene fikk arbeidsoppgaver til en case der de skulle vise gjennom handlinger og kommunikasjon hvordan de ville møtt en pasient med meningitt og hvilke observasjoner de ville foretatt:

«Mann, 18 år, er innlagt på medisinsk avdeling med feber og nedsatt allmenntilstand. Pasienten er isolert på grunn av ukjent infeksjonsfokus. Foreløpig er ikke medikamentell behandling iverksatt. Dere skal på kveldsvakt og får rapport fra dagvakten. Under rapporten blir det klart at mistanken vender seg til meningitt. Det er planlagt diverse undersøkelser. En sykepleier og en sykepleierstudent skal ha ansvaret

**Tabell 1 a og b:** Forverring av pasientens situasjon. Status for pasientens respirasjon, sirkulasjon, neurologisk status og eliminasjon før og i løpet av simuleringen

Tidslinje på klinisk observasjonsfokus	Endringer i sirkulasjon	Endringer i respirasjon	Endringer i neurologisk status	Endringer i eliminasjon, væske og elektrolytter
a) Opplysninger om vitale tegn gitt studentene før simuleringen	BP: 130/80 puls: 88 regulær Rectal temperatur: 38,8 Co Hud: Varm og tørt.	Respirasjonsfrekvensen er 19/min og ubesvært	Våken, klar og orientert, beveger alle ekstremitetene, side lik kraft, god sensibilitet. Pupiller lyseaktive og sidelike.	Har kastet opp tre ganger på formiddagen.
b) Første måling som studentene gjør i løpet av simuleringen	BP: 90/60 Puls: 110 Hud: blek og klam	Respirasjonsfrekvensen er 26/min og overfladisk.	Pasienten har hodepine, noe nakkestiv	Urinen er sparsom og bokkalfarget

**Tabell 2** Lærernes karakterfordeling på kunnskapstesten (n=44). Kull A.

Karakterfordeling	A	B	C	D	E	F	Ikke svart
	n=0 0%	n=5 11.3%	n=17 38.63%	n=11 25%	n=6 13.63%	n=0 0%	11.4%

**Tabell 3.** Studenters egen beskrivelse av utbytte ved simulering (n = 57 \*). Kull B

Utbytte av simulering	Lettere å lære når en så hva som hendte	Lærte mye om meningitt som jeg ikke visste fra før	Fikk bedre kunnskap om hvilke observasjoner som måtte gjøres	Ble mer bevisst om hvor jeg sto faglig

for denne pasienten. En hjelpepleier tilbyr seg også å være tilgjengelig om noe skulle skje med pasienten. Dere gjør dere klare for å gå inn til pasienten så fort rapporten er over.»

Studentene fikk beskjed om å fordele rollene; sykepleier, sykepleierstudent og hjelpepleier. To studenter skulle være observatører. De første som kommer inn til pasienten er en sykepleier og en sykepleierstudent. Studentene får nå fem minutter på å planlegge og fordele roller og bli enige om hvem som skal dokumentere observasjoner de gjør.

Observatørene fordele oppgavene seg imellom der den ene observerer samspillet mellom aktørene og hvordan de

### «Studenten bør vite at endringer i vitale tegn kan komme veldig hurtig.»

observerer pasienten og den andre studerer kommunikasjonen mellom helsearbeiderne og pasienten.

Etter gjennomføring av simuleringen, ble det gitt en kunnskapstest for kull A.

Studentene fikk casen og ble brifet om status for pasienten før simuleringen (se tabell 1a). Deretter gjorde de sine egne undersøkelser av Anne-dukken. Dette foregikk ved at læreren var dokkas «stemme» og svarte for pasienten. Læreren kunne også gi studentene informasjon om vitale tegn, når studentene undersøkte dokka. Som det fremgår av tabell 1b viste data en alvorlig forverring i pasientens situasjon.

#### VURDERING AV INSTRUKSJONSKVALITETEN

Instruksjonsklarheten i simuleringen er sett i forhold til resultatene i kunnskapstesten (kull A). Kunnskapstesten i kull A (n=44) gjennomføres umiddelbart etter simuleringen.

Spørsmålene som ble stilt i kunnskapstesten var:

- Hva er meningitt? Forklar.
- Hvilke symptomer er mest fremtredende ved meningitt?
- Hvilke sykepleieobservasjoner er viktige når man har pasienter med meningitt?
- Hva skjer ved septisk sjokk?
- Når og hvor lenge skal pasienter med meningitt smitteisolerers?
- Hvordan vil du ivareta pasienters behov for trygghet under meningitt?

Studentene (n=44) brukte 15 til 20 minutter på å svare på spørsmålene i kunnskapstesten. Kunnskapstesten i kull A ble vurdert på samme måte som en eksamen ut fra pensum med karakterer A til F.

Svarprosenten på kunnskapstesten i kull A er på 88,6 prosent og det vurderer vi til å være en høy svarprosent. Ca. 11,4 prosent har ikke svart på testen.

Kunnskapstesten viser variasjon i kunnskapene etter simuleringen. Selv om studentene har brukt kun 20 minutter på



spørsmålene så gir den et øyeblikksbilde av kunnskapene.

De fleste studentene fordele seg på karakteren C og D. En liten gruppe fikk B eller E. Men det manglet studenter på topp (A) og bunn (F) i karakterpyramiden. Det betyr at spørsmålene er vanskelige for studenter på dette nivået, siden ingen får toppkarakter, og at alle har hatt et visst utbytte, siden ingen studenter stryker. Totalt sett gir resultatene støtte til at simulering er en god metode på fagfeltet.

#### STUDENTENE HAR VARIERENDE KUNNSKAP

Studien viste at studentene kjenner til symptomene ved meningitt, men når det gjelder forståelse for den mulige forverringen, er det variasjon i kunnskapene. Vi fant at det var varierende kunnskap om blant annet observasjoner av respirasjon som er viktig på grunn av fare for komplikasjoner som sepsis, hjerneødem og herniering.

Hjerneødem gjør at hjernens hinner utvider seg og (5) respirasjonscenteret kan bli påvirket av det økte trykket som dannes i hjernen, og det kan i verste fall være fare for respirasjonsstans. Respirasjonsfrekvensen kan være økt på grunn av sepsisutvikling.

Dersom studentene/sykepleierne bruker generelle vitalparametere (8, 10) uten kunnskap om sykdommen, risikerer de å undervurdere behovet for hyppig observasjon av vitale tegn. Ved mistanke om meningitt bør studenten vite at endringer i vitale tegn kan komme veldig hurtig og vil

### «Studenten ville vite mer om lærernes egne erfaringer med meningittpasienter.»

kreve kontinuerlig observasjon. Observasjonene foregår klinisk, uten bruk av scoop-overvåkning.

Etter simuleringen ga vi alle studentene beskjed om å lese mer om observasjoner av respirasjon.

#### INDIVIDUELLE TILBAKEMELDINGER ER BRA

Kunnskapstesten ble gjort anonymt, og det var derfor ikke mulig å gi den enkelte student tilbakemelding om han eller hun svarte riktig eller galt.

I ettertid ser vi at studentene behøver individuelle tilbakemeldinger etter kunnskapstester, og at individuelle tilbakemeldinger kan være med å utvikle instruksjonsklarheten fordi studenten får vite hva de kan godt, og hva de må lese mer på.

For å bedre instruksjonsklarheten kan det være aktuelt å la studentene gjennomføre simuleringen på nytt, og uten lærer, slik at de kan øve mer på forhold som var vanskelige å forstå (25).

#### OPPNÅR DE MESTRINGSTRO?

Hva viser testen om utbytte for kull B? Hvilket utbytte mener studentene



de har av å delta i simulering? Fører simuleringen til kognitiv aktivering? Er det mulig å skape diskurs og støttende miljø i gruppene?

Studentundersøkelsen tyder på at vi til en viss grad har oppnådd mestringstro hos studentene. Studentene i kull B fikk følgende spørsmål etter simuleringen: Hva slags utbytte har du hatt av å delta i simulering til en meningitt-pasient? Var det noe som burde vært gjort annerledes?

Tabell 3 viser at simuleringsopplegget har gitt studentene læringsutbytte (3). Svarprosenten er 59,3 prosent. Vårt resultat stemmer overens med andre forskeres funn som hevder at simulering fører til dypere forståelse av en sykdoms-episode (12, 14). Det var få kommentarer på hva som kunne vært gjort annerledes.

En student ville ha mer simulering, en annen ønsket at flere kunne spille sykepleierrollen. En annen student ønsket at det skulle være mer likestilte roller slik at alle kan delta like mye. Likestilte roller var vanskelig å få til ut fra de tilgjengelige ressursene vi hadde.

### SKJER DET EN KOGNITIV AKTIVERING?

Selv om studentene hadde fått utdelt en sjekklister som inneholdt blant annet Glasgow Coma Scale og SIRS-kriteriene for observasjon av kritisk syke (21–23), ble de overrasket da de opplevde at blodtrykket til pasienten faktisk sank i simuleringen. Dette tyder på at de ikke hadde forstått begrepet «blodtrykksfall» fullt ut før simuleringen. I evalueringen sier studentene at de forsto, når de så hva som hendte.

De målte blodtrykket på Anne-dokka og fikk vite av læreren at nå var blodtrykket 90/ 60 mm hg (Se tabell 1). Overraskelsen og opplevelsen av utfordring, kombinert med tilbakemelding fra læreren, forårsaket en form for kognitiv aktivering hos mange av studentene. Dette kan tyde på at uansett hvor godt lærere forklarer observasjoner på forhånd, så forstår ikke studentene betydningen før de har fått erfare noen praktiske eksempler i simulering eller i praksis.

### DE FÅR REFLEKTERE OVER EGEN LÆRING

Diskusjonen foregikk mest i debifingen etter gjennomføringen av scenarioet. Det viktigste var å tolke det som skjedde med pasienten, hvordan bruke sansene for å oppfatte at noe skjer: Hva skjer i verste fall nå (14)? Observatørene kom med sin versjon, og de var positive til samspill, kommunikasjon og observasjoner.

Instruksjon i simuleringen må gi mulighet for en dialog der studentene kan bli utfordret, og bli bedt om å reflektere over egen læring og hvordan de forstår faglige sammenhenger.

Vi erfarte at studenten ville vite mer om lærernes egne erfaringer med meningitt-pasienter. Vi fortalte kort om hvor hurtig situasjonen kan endre seg i en negativ retning. For eksempel at pasienten kan få alvorlige krampeanfallet, bli bevisstløs og bli avhengig av respiratorbehandling i en periode, eller at det ender fatalt. Vi tok opp betydningen av å se etter peteccier (hudblødninger) fordi det kan si noe om utvikling til meningokokksepsis (5).

Det må være rom for å stoppe simuleringen og forklare

ekspisitt hva, hvorfor og hvordan vi vil at studenten skal observere. På samme måte som Mikkelsen 2008 (15) mener vi at en aktiv lærer er nødvendig for å oppnå faglig dialog. Dette står i motstrid til det Alinier og medarbeidere hevder (25), de mener at læreren skal ha en mer tilbaketrukket rolle.

I vår simulering, med bruk av Anne-dukke, og med en så alvorlig diagnose, vil ikke studentene alltid være i stand til å prøve seg frem til riktig resultat. Her trengs det mer mester-

## «Studenter oppnår bedre kunnskaper, en dypere forståelse og mestringstro etter simulering.»

svenn tilnærming (6), der studentene kan få arbeide på egen hånd etter at de har blitt veiledet av læreren i simuleringen, dette har ikke vi prøvd ut, men det er anbefalt av Sivertsen og medarbeidere (26).

### OPPNÅ ET STØTTENDE MILJØ?

Det er nødvendig å sørge for et støttende miljø slik at studentene opplever mestringstro den dagen de møter pasienter i kritiske situasjoner. Når vi så nybegynnerfeil, prøvde vi å gi positive og konstruktive tilbakemeldinger på det arbeidet studentene gjorde. Disse nybegynnerfeilene gjaldt bruk av utstyr til oksygenbehandling og dokumentasjon av de data som de «fant» på dukken.

Samtidig er det viktig at studentene får se hva som kreves av en sykepleier i en slik livstruende situasjon. Vi burde kanskje ha forklart hele forløpet i simuleringen på forhånd, men da hadde noe av overraskelsesmomentet blitt borte. Som lærere forsøkte vi gjennom simuleringen å skape en illusjon av farlige symptomer hos pasienten (4), studentundersøkelsen viser at vi langt på vei oppnådde dette (se tabell 3).

Det er diskutert om simulering kan føre til at studenter opplever frykt under simulering fordi de ikke strekker til eller ikke vil vise seg for andre (25). Frykten kan ha sammenheng med hvordan de blir eksponert for hverandre og læreren i gruppene, for eksempel via filmopptak (som vi ikke benyttet). For å utvikle et støttende miljø må lærere sørge for at det er balanse mellom utfordring og opplevelsen av omsorgsfull atferd fra alle deltakere i simuleringen.

### VEIEN VIDERE

Begge studentundersøkelsene gir støtte til at studenter oppnår bedre kunnskaper, en dypere forståelse (20) og mestringstro (17) etter simulering. Det virker som mange profitterer på simuleringen, siden ingen stryker på kunnskapstesten. Samtidig viser studien at fagstoffet er vanskelig for nybegynnere siden ingen får toppkarakterer.

Observasjoner på respirasjon er et tema som må vektlegges ytterligere i sykepleierstudiet.

I ettertid ser vi behovet for at studentene får gjenta simuleringen i studentstyrte grupper, uten lærer til stede, og at de får individuelle tilbakemeldinger etter kunnskapstesten.

Så å si alle studentene (kull B) som svarer på utbytteundersøkelsen er fornøyd med læringsutbytte ved simulering, men



det er en gruppe på ca. 40 prosent som ikke svarte. Årsaken til lav svarprosent kan være at det var frivillig å svare, men det kan også bety at vi må arbeide enda mer med opplegget. Det bør særlig undersøkes nærmere hvordan studentene kan forberedes på at det vil skje dramatiske endringer i de vitale målingene til pasienten under simuleringen. ●

Takk til studentene som deltok i prosjektet og avdelingens ledelsen som ga oss mulighet til å prøve ut et nytt undervisningsopplegg. Takk til Grete Mehus for oppfølging av skrivarbeidet.

#### REFERANSER

1. Skrede S. Correct priorities in sepsis cases. Tidsskr Nor Lægeforen. 2019;139(9).
2. Helseilsynet. Sepsis – ingen tid å miste. Oslo: Helseilsynet; 2018.
3. Aase K. Pasientsikkerhet: teori og praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
4. Gaba D. The future vision of simulation in health care. Qual Saf Health Care. 2004;13(12):110.
5. Norsk barnelegeforening. Meningokokksepsis. Oslo: Norsk Barnelegeforening; 2006. Tilgjengelig fra: [https://www.helsebiblioteket.no/pediatrivillede/re?menutemkeylevl=&menutemkeylevl=6513&ey \(nedlastet 05.12.2019\)](https://www.helsebiblioteket.no/pediatrivillede/re?menutemkeylevl=&menutemkeylevl=6513&ey (nedlastet 05.12.2019)).
6. Skrede S, Sjørnsen H, Solberg CO. Behandling av akutt bakteriell meningitt. Tidsskr Nor Lægeforen. 2001;121(28):3306–9.
7. Benner P. Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo/København: TANO Munksgaard; 1995.
8. Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. QJM. 2001; 94(10):521–6.
9. Deutschman CS, Singer M. Definitions for sepsis and septic shock-reply. JAMA. 2016;316(4):458–9.
10. Breivik S, Tymi A. Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? Sykepleien Forskning. 2013;8(4):324–32.
11. Cant RP, Cooper JS. Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. Nurse Educ Today. 2017;49:63–71.
12. Fagerli LB, Paulsen KM, Hjelmeland I, Hagen L. Å lære bort via pasientdukker [Internett]. Oslo: Fontene; 17.03.2015 [oppdatert 27.08.2015; sitert 22.01.2020]. Tilgjengelig fra: <https://fontene.no/fagartikler/laere-bort-via-pasientdukker-6.47.226063.02ecd59c9>
13. Warren JN, Luctkar-Flude M, Godfrey C, Lukewich J. A systematic review of the effectiveness of simulation-based education on satisfaction and learning outcomes in nurse practitioner programs. Nurse Educ Today. 2016;46:99–108.
14. Kristoffersen SJ. Høyteknologisk simulering som praksisforberedende undervisningsform i Bachelorutdanningen i sykepleie. Hvilken betydning har det for sykepleierstudentenes sykepleieutøvelse i praksis? (Masteroppgave). Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2016.
15. Mikkelsen J, Reime MH, Harris AK. Nursing students' learning of managing cross-infections – scenario-based simulation training versus study groups. Nurse Educ Today. 2008;28(6):664–71.
16. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey, USA, J. Prentice-Hall; 1986.
17. Bandura A, Estes WK. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977;84(2):191–215.
18. Stake RE. Standards-based & responsive evaluation. California: Sage; 2004.
19. Kvale S, Brinkmann S, Torhell S-E. Den kvalitative forskningsintervju. Lund: Studentlitteratur; 2009.
20. Klette K, Blikstad-Balas M, Roe A. Linking instruction and student achievement. A research design for a new generation of classroom studies [Internett]. Oslo: Acta Didactica Norge; 03.10.2017 [sitert 02.12.2019]. Tilgjengelig fra: <https://journals.uio.no/adno/article/view/4729>
21. Ørn S, Bach-Gansmo E. Sykdom og behandling. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
22. Almås H, Stubberud D-G, Grønseth R, Toverud KC. Klinisk sykepleie: 1. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
23. Almås H, Stubberud D-G, Grønseth R, Toverud KC. Klinisk sykepleie: 2. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
24. Campbell S, Daley K. Simulation scenarios for nursing educators: making it real. 2. utg. New York: Springer Publishing Company; 2012.
25. Alinier G, Hunt B, Gordon R, Harwood C. Effectiveness of intermediate-fidelity simulation training technology in undergraduate nursing education. J Adv Nurs. 2006;54(3):359–69.
26. Sivertsen N, McNeill L, Müller A. A redo station after debrief improves learning in undergraduate nursing simulation. Clinical simulation in nursing. 2016;12(11):469–72.



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

**FAGARTIKKEL:**  
**Simulering gjør sykepleierstudenter tryggere på å behandle meningitt**



### Randi Gunveig Bratland

Førstelektor. Universitetet i Tromsø, campus Hammerfest

**S**mittsom hjernehinnebetennelse gjorde et sterkt inntrykk på meg da jeg arbeidet som ung sykepleier på Infeksjonsavdelingen 1M ved Ullevål sykehus i 1978 og -79. På den tiden var meningitt et mye større problem enn det er i dag. I sykepleierutdanningen erfarte jeg senere hvordan nybegynnere kan streve med å forstå hva som foregår med pasienter i medisinske kriser. Derfor forslø jeg et prøveprosjekt med simulering når det gjelder å forstå observasjoner ved meningitt.

Sykepleiere som behandler meningittpasienter, må ha kunnskaper i patologi for å forstå hvordan og hva de skal observere og rapportere. Vi har brukt forelesninger og simulering som en undervisningsform for å lære studentene dette.

I 2015 gjorde jeg en studie i fem kommunale helseinstitusjoner: «Hygienepraksis og hygieneoppfatninger i kommunale helseinstitusjoner». Etter utbruddet av covid-19 i 2020 er jeg blitt enda mer opptatt av hygiene i kommunehelsetjenesten. ●



**ENDRINGER:** Samhandlingsreformen har ført til et behov for opplæring i systematiske observasjonsverktøy i kommunehelsetjenesten, både for å ivareta stadig sykere pasienter og for å bidra til at helsearbeidere har et godt engasjement og en høy tilfredshet i jobben. Illustrasjonsfoto: Robert Kneschke / Mostphotos

## FORFATTERE

Med forskeren  
136

**Anita Sletner**  
Sykepleier, Fredrikstad korttidssenter,  
Fredrikstad kommune

**Liv Halvorsrud**  
Professor, Institutt for sykepleie  
og helsefremmende arbeid, Fakultet  
for helsevitenskap, Oslomet  
– storbyuniversitetet

## NØKKELORD

- ▶ Observasjonsverktøy ▶ Helsepersonell
- ▶ Jobbtilfredshet ▶ Kommunehelsetjenesten
- ▶ Tverrsnittstudie

**DOI-NUMMER:** 10.4220/Sykepleienf.2020.80410

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Samhandlingsreformen har medført at kommunehelsetjenesten tar imot pasienter i en tidligere sykdomsfase enn de gjorde før og med et mer komplekst pleie- og observasjonsbehov. Det skaper et økt kompetansebehov i kommunehelsetjenesten, slik at helsearbeidere tidlig kan oppdage tegn på forverret tilstand og begrense en utvikling av akutt kritisk sykdom. Opplæring som gir økt kompetanse, kan bidra til god jobbtilfredshet blant helsearbeidere. Flere norske kommuner benytter undervisningskonseptet Acute, Life-threatening Events, Recognition and Treatment (ALERT) for å lære opp helsearbeidere i strukturert observasjon og kommunikasjon.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å undersøke kommunale helsearbeideres erfaringer med å bruke observasjonsverktøyet Modified Early Warning Score (MEWS) etter at de hadde blitt undervist i ALERT og sammenhengen mellom disse erfaringene og jobbtilfredsheten.

**Metode:** Studien er en tverrsnittstudie, der helsearbeidere fra seks sykehjem og sju distrikter i hjemmesykepleien i en kommune på Østlandet fikk utlevert et spørreskjema. Vi utførte beskrivende statistikk med frekvenser samt krystabeller med spørsmål om hvilke erfaringer de hadde med å få opplæring i hvordan de skulle bruke observasjonsverktøyet MEWS og de sosiodemografiske variablene «utdanning, «arbeidssted» og «erfaring». Videre foretok vi lineær regresjonsanalyse for å undersøke om erfaringene etter opplæringen kunne ha sammenheng med jobbtilfredshet.

**Resultater:** Helsearbeiderne i studien oppga at ALERT var et nyttig tiltak i kompetanseutviklingen. Over 70 prosent rapporterte at opplæringen i og bruken av MEWS bidro til bedre kunnskap, økt trygghet ved observasjon, mer bevissthet om kritisk syke, trygghet med å prioritere tiltak, mer faglig trygghet og struktur i samarbeid med andre. Helsearbeiderne rapporterte videre en høy jobbtilfredshet, og det kan med forsiktighet antydes at kompetansehevingstiltaket kan ha en sammenheng med dette.

**Konklusjon:** Helsearbeiderne i kommunehelsetjenesten erfarte at ALERT var nyttig som kompetansehevingstiltak. Flere kommuner bør benytte dette tiltaket, slik at man kan kvalitetssikre observasjoner og effektivt snakke samme språk på tvers av behandlingsnivåer i alle leddene i helsetjenesten. Det kan bidra til god pasientflyt og en mer sammenhengende helsetjeneste.

# Opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelsetjenesten og betydningen for jobbtilfredshet

Undervisningskonseptet ALERT hevet kompetansen til helsearbeidere i kommunehelsetjenesten og økte trolig jobbtilfredsheten.



**S**amhandlingsreformen (1) har som visjon at blant annet liggedøgn på sykehuset skal reduseres, og at pasienter skal få et bredere behandlingstilbud i kommunehelsetjenesten.

Reformen har medført at sykere pasienter skrives ut tidligere til kommunehelsetjenesten enn før, at risikoen for mangelfull pasientinformasjon ved overføring mellom helsenivåene er større (2, 3), og at det dermed er fare for kvalitetsbrist i behandlingen av pasienter.

I dette bildet er det nødvendig med god kompetanse i helsetjenesten (2–5) for å bidra til bedre kvalitet i behandlingen. En kvalitetsforbedring er at helsearbeidere har kompetanse til å oppdage tegn på forverret tilstand på et tidlig tidspunkt, slik at utviklingen av akutt, kritisk sykdom kan begrenses.

Tilstrekkelig kompetanse kan også bidra til høy jobbtilfredshet (6), som igjen er dokumentert å ha sammenheng med god kvalitet i tjenesten (7).

## ALERT

Strukturert opplæring i bruk av standardiserte observasjonsverktøy kan bidra til å avdekke en tilstandsforverring hos pasienter på et tidlig tidspunkt og dermed forhindre sykehusinnleggelse (8, 9–13).

Acute, Life-threatening Events, Recognition and Treatment (ALERT) er et undervisningskonsept som vektlegger slike observasjonsverktøy (14). Det er utviklet for at helsearbeidere

med ulik erfaring skal lære å observere på en systematisk måte, prioritere tiltak og gi rett behandling når pasientens tilstand forverres.

## MEWS

En godkjent instruktør leder dette lisensbelagte kurset i teori og simulering. Konseptet benytter observasjonsverktøyet Modified Early Warning Score (MEWS). MEWS bygger på en algoritme knyttet til Air, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE).

Observasjonene gir en totalskår på MEWS avhengig av hvor avvikende respirasjonsfrekvensen, pulsen, det systoliske blodtrykket, temperaturen og bevissthetsnivået er fra det normale. Skåren indikerer pasientens tilstand og hvor raskt legen eller et høyere behandlingsnivå må kontaktes.

ALERT-konseptet gir også opplæring i det systematiske kommunikasjonsverktøyet Identifisering, Situasjonsbeskrivelse, Bakgrunn, Aktuell tilstand og Rådføring (ISBAR) (8, 15). Hensikten med ISBAR er å sikre en tydelig og effektiv kommunikasjon mellom helsearbeidere i kritiske situasjoner.

## Helsearbeideres jobbtilfredshet

Hvis helsearbeidere ikke har mulighet til kompetanseutvikling, påvirkes jobbtilfredsheten (16, 17). Dermed øker faren for dårligere kvalitet i kommunehelsetjenesten ettersom manglende jobbtilfredshet kan påvirke rekruttering og stabilitet blant helsearbeiderne.

Litteraturstudier og enkeltstudier viser at jobbtilfredsheten blant helsearbeidere kan ha sammenheng med at de har mulighet til å utføre et godt faglig pasientrettet arbeid, ta faglige beslutninger, ha et godt samarbeid med andre profesjoner og ha et godt kollegafellesskap.

Jobbtilfredsheten påvirkes også av at de har mulighet og frihet til å bruke sine ferdigheter, ha faglig frihet i arbeidet og ikke minst ha gode arbeidsvilkår (18–20).

## Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Oppsummert viser litteraturen at samhandlingsreformen har medført endringer og et behov for opplæring i systematiske observasjonsverktøy i kommunehelsetjenesten, både for å ivareta stadig sykere pasienter og for å bidra til at helsearbeidere har et godt engasjement og en høy tilfredshet i jobben.

Det var derfor interessant å undersøke helsearbeidernes erfaringer etter ALERT-opplæring. Videre ville vi undersøke sammenhengen mellom denne erfaringen og jobbtilfredsheten. I studien undersøkte vi derfor følgende:

1. Hvilke erfaringer rapporterer helsearbeidere i kommunehelsetjenesten at de har med å bruke det systematiske observasjonsverktøyet MEWS etter at de har fått opplæring i ALERT, sett i sammenheng med hvilken utdanning og arbeidserfaring de har, samt hvilket arbeidssted?





2. Hvordan er sammenhengen mellom erfaringen med systematisk observasjon etter at de fikk opplæring i ALERT, og jobbtilfredsheten blant helsearbeidere i kommunehelsetjenesten?

## METODE

### Design

Denne tverrsnittsstudien var en del av et evalueringsprosjekt i tre kommuner på Østlandet som undersøkte erfaringer etter at helsearbeiderne ble opplært til å bruke observasjonsverktøyet MEWS. Denne kvantitative tverrsnittsstudien ble utført i én av disse kommuner.

### Utvalg

Inkluderingskriteriene for spørreskjemaundersøkelsen ble utarbeidet i samarbeid med representanter fra evalueringsprosjektet og en kontaktperson i den aktuelle kommunen.

Alle sykepleiere, vernepleiere, studenter, helsefagarbeidere, ledere og assistenter som deltok under hele opplæringsprogrammet, og som jobbet i hjemmesykepleien eller på sykehjem i den aktuelle kommunen, ble inkludert.

Vi ønsket å undersøke alle de ansattes erfaringer, da kompetansehevingstiltaket hadde som formål å

kvalitetssikre observasjoner som ble utført av alle helsearbeidere som var i kontakt med pasienter eller brukere, uavhengig av utdanning.

Vi sendte en forespørsel på e-post til lederne deres via en kontaktperson. Tjenestelederne fikk laminerte plakater med informasjon om studien og førsteforfatterens kontakttin-



«Studien viser også at faglige diskusjoner på arbeidsplassen kan ha sammenheng med jobbtilfredshet.»

formasjon. Tjenestelederne i hjemmetjenesten ble også informert av førsteforfatteren på et tjenesteledermøte i forkant av studien. Det var ikke mulig å få til et slikt møte med de tilsvarende lederne for sykehjemmene, men de fikk den samme informasjonen per telefon og e-post.

En forespørsel ble sendt ut til ni sykehjem, sju distrikter i hjemmetjenesten og den kommunale legevakten. Tre sykehjem hadde ikke mulighet til å delta. Legevakten ønsket å delta, men trakk seg underveis på

grunn av bemanningsutfordringer på ledernivå.

Førsteforfatteren leverte personlig spørreskjemapakker (spørreskjema og svarikonvolutt) til den lokale kontaktpersonen (utpekt av tjenestelederne), som fikk ansvaret for å levere ut, purre og samle inn spørreskjemaene. Kontaktpersonene ble også informert per e-post om prosedyren for datasamlingen.

Spørreskjemaer ble sendt ut til 419 personer hvorav 249 svarte (svarrespons 59 prosent). Tre besvarelser ble forkastet, én på grunn av svært mangelfull utfylling, og to fordi de ikke hadde deltatt på kurs.

### Spørreskjema

Spørreskjemapakken besto av spørsmål om jobbtilfredshet, Job Satisfaction Scale (JSS) (21), spørsmål om ALERT samt sosiodemografiske spørsmål.

JSS inneholder ti spørsmål knyttet til forhold på arbeidsplassen, som ansvar, variasjon, forholdet til kolleger, fysisk arbeidsmiljø, mulighet til å bruke egne evner i jobben, total jobbtilfredshet, generell fornøydhet med jobben, frihet til å velge egne arbeidsmetoder, anerkjennelse, lønn og arbeidstid.

Spørsmålene besvares på en skala fra 1, svært misfornøyd, til 7, svært fornøyd (21). Total jobbtilfredshet beregnes av gjennomsnittsskåren av alle 10 spørsmålene. I denne studien er Cronbachs alfa på 0,90.

Vi benyttet et spørreskjema utviklet i pilotprosjektet «På Alerten» (22) til å undersøke ansattes erfaringer etter ALERT-kurs. Noen av spørsmålenes ordlyd ble, med tillatelse fra utvikleren, revidert i samarbeid med evalueringsprosjektets representanter. Videre la vi til flere spørsmål om sosiodemografi og arbeidsforhold.

Spørreskjemaet inneholdt tre åpne og 18 lukkede spørsmål om helsearbeidernes erfaringer etter ALERT-kurs og deres rammebetingelser på arbeidsplassen. Det ble benyttet en skala fra 1, helt uenig, til 5, helt enig, på de lukkede spørsmålene.

I tillegg var det åtte spørsmål om sosiodemografi, som kjønn, alder,

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget (n (%))

Kjønn (n = 245)	Kvinne 196 (60)	Mann 50 (20)	
Alder får (n = 246)	mindre enn 20–39 91 (37)	40–49 67 (27)	50 og over 88 (36)
Sivilstatus (n = 245)	Partner 177 (72)	Ikke partner 68 (28)	
Litdannelse (n = 245)	Bachelorgrad* 121/3 (50)	Ikke bachelorgrad** 114/10 (50)	
Videreutdanning (n = 235)	Jø 55 (24)	Nei 176 (72)	
Antall år med erfaring i yrket (n = 246)	mindre enn 1–4 49 (20)	5–14 96 (39)	15 og over 101 (41)
Arbeidstid (n = 246)	Hjemmesykepleien 188 (76)	Sykehjem 58 (24)	
Stillingsprosent (n = 246)	mindre enn 50 11 (4)	50–79 33 (13)	80–100 202 (82)

\*Sykepleier/vernepleier

\*\*Helsefagarbeider/utagelønn

sivilstatus, utdanning, videreutdanning, antall års erfaring i yrket, arbeidssted og stillingsprosent.

I forkant av analysene ble spørsmålene om ALERT delt inn i to kategorier: spørsmål om «erfaringer med ALERT (bruk av MEWS og ISBAR)» og «rammebetingelser (rutiner og behandlingsrettede tiltak)». Førstnevnte kategori

inneholdt spørsmål om direkte erfaringer med MEWS og ISBAR.

Sistnevnte kategori inneholdt spørsmål om rutiner og tiltak som var knyttet til rammebetingelser på den enkelte arbeidsplass. Inndeling i kategorier ble gjort etter nøye overveielser av forfatterne på bakgrunn av litteratur og førsteforfatters erfaring med ALERT.

I denne studien rapporterer vi kun resultater fra spørsmålene i kategorien «erfaringer med ALERT».

### Analyse

Programvaren Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 23 ble brukt til statistiske analyser (IBM SPSS Statistics) (23). Vi benyttet beskrivende statistikk (frekvenser) for å beskrive utvalget og fordelingen av svarene i ALERT-spørsmålene (tabell 1 og 2).

Videre utførte vi kjkvadrattest i krysstabeller på ALERT-spørsmålene for å avdekke forskjeller etter arbeidssted, utdanning og erfaring (tabell 2). Signifikansnivået ble satt til 0,05. Regresjonsanalyser ble benyttet for å undersøke hvor mye av variansen i jobbtilfredshet (avhengig variabel) som kan forklares av erfaringer etter opplæring i ALERT, kontrollert for kjønn, utdanning, arbeidssted og antall års yrkeserfaring.

Vi gjennomførte univariate regresjonsanalyser på alle de inkluderte variablene fra ALERT og de sosiodemografiske variablene som det ble kontrollert for. Kun de variablene som var signifikante, fra hver av de univariate regresjonsanalysene (tabell 3), ble benyttet videre i den lineære, multiple regresjonsmodellen med sumskår av JSS som avhengig variabel (tabell 3).

I tabellen indikerer den ustandardiserte regresjonskoeffisienten B hvor mye den avhengige variabelen varierer med en uavhengig variabel, når alle andre uavhengige variabler holdes konstant (24). Forklart varians (R<sup>2</sup>) viser hvor stor forklaringskraft en modell har, samtidig angir R<sup>2</sup> hvor stor del av variansen i den avhengige variabelen som kan forklares med de uavhengige variablene.

### Etiske overveielser

Helsearbeiderne i studien ble informert om studiens formål og frivillig deltakelse. Ved å svare på spørreskjemaene samtykket de til å delta. Besvarelsene er anonyme og ble makulert eller slettet ved studiens slutt, og resultatet ble presentert slik at helsearbeiderne beholdt sin anonymitet.

Tabell 2. Erfaringer etter ALERT-kurs

Erfaringer med å bruke MEWS og ISBAR etter ALERT-kurs	Frekvenser Antall enige / n (%)	Krysstabeller [signifikante ulikheter*]		
		Utd.	Arb.sted	Erfaring
1. ALERT-kurset har bidratt til at jeg har et økt fokus på å observere pasienter med kritisk/skuff sykdom (n = 246)	189 (77)			
2. ALERT-kurset har bidratt til at jeg har fått økt kunnskap i vurdering og observasjon av pasienter (n = 246)	201 (82)			
3. ALERT-kurset har bidratt til at jeg er mer bevisst på hvem som er risikopasienten hos oss (n = 246)	184 (75)			
4. Etter ALERT-kurset benytter jeg systematisk pasientobservasjon basert på ABCDE-prinsippet (n = 246)	195 (79)			
5. ALERT-kurset har bidratt til at jeg gjør andre/flere observasjoner nå enn tidligere (n = 246)	172 (70)	0,001		
6. ALERT-kurset har gjort meg tryggere til å prioritere tiltak i møte med kritisk syke pasienter (n = 246)	185 (75)		0,042	0,009
7. MEWS bidrar til at jeg raskere kan fange opp endringer i pasientens tilstand (n = 246)	207 (84)		0,039	
8. ALERT-kurset har bidratt til økt bruk av «skuffskjema» (n = 244)	136 (55)			0,016
9. ALERT-kurset har bidratt til at jeg oftere spør legen om å vurdere og avklare videre behandling av pasienten (n = 237)	174 (50)		0,073	
10. ALERT-kurset har bidratt til at jeg har økt faglig trygghet når lege kontaktes (n = 240)	166 (76)			
11. ALERT-kurset har bidratt til flere faglige diskusjoner på min arbeidsplass (n = 246)	125 (51)			
12. ISBAR har bidratt til at jeg er mer strukturert når jeg kontakter legen eller ringer ansvarlig sykepleier (n = 246)	183 (75)			

Tabellens tall er antallet som angir at de er helt enige og noen enige i påstandene. De resterende har svart enten tvilsomt enig eller uenig, ikke enig eller helt uenig. \*Vilker hvilke påstander som er signifikant ulike basert på utdanning, arbeidssted eller erfaring. P-verdi på 0,05 eller mindre.

Tabell 3. Univariat og multivariat regresjonsanalyse av spørsmål om MEWS og ISBA

	Univariate analyser				Multivariate ana (n = 231)	
	B	SE	R <sup>2</sup>	p-verdi	B	SE
Økt oppmerksomhet på observasjon (n = 242)	0,149	0,063	0,023	0,018*	-0,046	0,110
Økt kunnskap (n = 242)	0,225	0,063	0,051	0,000*	0,185	0,113
Bevisst på risikopasienten (n = 242)	0,099	0,063	0,010	0,118		
Observerer etter ABCDE (n = 242)	0,101	0,063	0,011	0,107		
Gjør andre/flere observasjoner (n = 242)	0,125	0,067	0,020	0,028*	-0,070	0,086
Tryggere i prioritering av tiltak (n = 242)	0,153	0,069	0,026	0,011*	-0,139	0,097
MEWS fanger raskt opp endringer (n = 242)	0,290	0,067	0,072	0,000*	0,148	0,098
Økt bruk av skuffskjema (n = 240)	0,100	0,048	0,018	0,039*	-0,007	0,066
Spør legen oftere (n = 233)	0,131	0,056	0,023	0,021*	0,023	0,058
Økt faglig trygghet i legesamtale (n = 236)	0,203	0,062	0,044	0,001*	0,084	0,091
Flere faglige diskusjoner (n = 242)	0,225	0,054	0,066	0,000*	0,214	0,078
ISBAR og struktur i samtale (n = 242)	-0,161	0,056	0,033	0,004*	-0,026	0,083

Sumskår av jobbtilfredshet (JSS) er avhengig variabel.



Studien ble meldt til personvernombudet i Norsk senter for forskningsdata (NSD) med prosjektnummer 46682. Førsteforfatteren punchet alle dataene inn i SPSS, og alle skjemaene ble kontrollert av en kollega.

## RESULTATER

### Karakteristikk av utvalget

Utvalget besto i hovedsak av kvinner (tabell 1). Aldersgruppene under 40 år og over 50 år utgjorde hver for seg i overkant av én tredjedel av utvalget.

Halvparten av utvalget hadde bachelorutdanning eller høyere, fire femtedeler hadde fem års erfaring eller mer, de fleste hadde en stillingsstørrelse på 80 prosent eller mer, og om lag tre fjerdedeler arbeidet i hjemmesykepleien.

Helsearbeidere rapporterte å være i overkant middels tilfredse med jobben med et gjennomsnitt på 5,19 (varierte fra 2 til 7) på JSS (n = 242).

### Erfaringer etter ALERT-kurs

Mer enn halvparten av helsearbeiderne oppga at ALERT-opplæringen hadde bidratt til bedre kunnskap, faglig trygghet, økt trygghet ved observasjon og bevissthet om kritisk syke (tabell 2). På ni av tolv spørsmål rapporterte 70 prosent eller mer om mer bruk av systematisk observasjonsverktøy, andre eller flere observasjoner og større trygghet i prioriteringen av tiltak.

De rapporterte også at flere endringer hos pasienten ble fanget opp raske, og at ISBAR bidro til en mer strukturert kontakt med andre helsearbeidere. Resultatene viser signifikante ulikheter i erfaringene med ALERT når det gjelder utdanning, antall års erfaring og arbeidssted.

Studien viser at helsearbeidere uten bachelorutdanning i signifikant større grad enn de med bachelorutdanning gjør andre og flere observasjoner enn de gjorde før opplæringen (p = 0,001) (spørsmål nr. 5).

Videre rapporterte helsearbeidere med lavere arbeidserfaring at ALERT-opplæringen hadde bidratt til større trygghet ved tiltaksprioritering (p = 0,009) (spørsmål nr. 6) og økt bruk av akutt skjema (p = 0,016) (spørsmål nr. 8).

Når det gjelder arbeidssted,

rapporterte helsearbeidere på sykehjem i signifikant større grad enn helsearbeidere i hjemmesykepleien at de fikk større trygghet i tiltaksprioriteringen (p = 0,042) (spørsmål nr. 6), at MEWS fanget opp endringer (p = 0,039) (spørsmål nr. 7), samt at de i signifikant større grad spurte legen om videre avklaring og behandling (p = 0,023) (spørsmål nr. 9).

### Sammenhengen mellom jobbtilfredshet og opplæring i ALERT

I univariate regresjonsanalyser med jobbtilfredshet (avhengig variabel) og de sosiodemografiske variablene var kun utdanning signifikant. Den multivariate regresjonsanalysen i tabell 3 viste at spørsmålet om flere faglige diskusjoner på arbeidsplassen (B = 0,214) hadde signifikant sammenheng med total jobbtilfredshet.

Den multivariate regresjonsanalysen av spørsmål om MEWS og ISBAR viste at kun variablene «faglige diskusjoner på arbeidsplassen» og «utdanning» hadde en signifikant påvirkning på jobbtilfredshet. «Utdanning» hadde sterkest påvirkning (B = 0,300), og modellen forklarer 13 prosent av variansen.

## DISKUSJON

Hovedfunnene i studien viser at helsearbeiderne erfarte at de hadde fått mer kunnskap, større trygghet, et bredere observasjonsspekter og økt bevissthet om hvor viktig det er med tidlig kartlegging og tydelig kommunikasjon i situasjoner med kritisk syke pasienter. Studien viser også at faglige diskusjoner på arbeidsplassen kan ha sammenheng med jobbtilfredshet.

For å lykkes med samhandlingsreformen bør både kommune- og spesialisthelsetjenesten satse videre på systematiske kompetansehevingstiltak. Ikke minst bør de undersøke videre effekten av slike tiltak, både på pasientbehandling og de ansattes jobbtilfredshet.

ALERT-konseptet synes å være et godt hjelpemiddel som andre kommuner bør vurdere å bruke. Konseptet bør også være aktuelt å benytte i ulike helseutdanninger samt inngå som en del av opplæringen av nytilsatte helsearbeidere i ulike helseinstitusjoner.

Det kan også være nyttig at leger inngår i opplæringen i de ulike institusjonene for å bedre samhandlingen og «snakke samme språk». Til slutt må vi nevne at det nå er konseptet ProACT (8, 9) som benyttes mest på sykehus og i kommuner i Norge.

Da denne undersøkelsen ble gjennomført, var undersøkelseskommunen i en overgangsfase mellom ALERT- og ProACT-konseptene. Helsearbeidere som har deltatt på ALERT-kurs, har ikke behov for nytt kurs-etersom konseptene legger like mye vekt på observasjon, kommunikasjon og handlingsberedskap.

Konseptene har også tilnærmet samme oppbygging av kursinnholdet. Kursdeltakerne vil likevel ha nytte av et oppfriskningskurs. ●

## REFERANSER

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDPDFS.pdf> (nedlastet 13.09.2014).
2. Haukelien H, Vike H, Vardheim I. Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer. Bø i Telemark: Telemarkforskning; 2015. Rapport nr. 362. Tilgjengelig fra: <https://www.telemarkforskning.no/publikasjoner/samhandlingsreformens-konsekvenser-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene/2794/> (nedlastet 02.10.2016).
3. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? Sykepleien Forskning. 2015;10(1):14–22. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.53343
4. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Norsk institutt for forskning om oppvekst. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2013. NOVA-rapport 8/13. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HIOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Samhandlingsreformen> (nedlastet 09.11.2014).
5. Grimsmo A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien Forskning. 2013;2(13):148–55. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2013.0053
6. Bakker AB, Demerouti E. The job-demand resources model: state of the art. *Managerial Psychology*. 2007;22(3):309–28. DOI: 10.1080/02683940701703315
7. Koy V, Yunibhand J, Angsuroch Y, Fisher M. Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2015;3(8):1825–31. DOI: 10.18203/2320-6012.ijrms20150288
8. Andersson C, Cecar K, Einarson E, Hvarfner A, Lindby Å, Lindgren P, red. ProACT – forebygge og behandle livstruende tilstander. 1. utg. Lund: Studentlitteratur; 2015.
9. ProActcourse 2019 Tilgjengelig fra: <https://www.proactcourse.org/no/> (nedlastet 17.12.2019).
10. Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified early warning score in medical admissions. *QJ Med*. 2001;(94):521–6.
11. Ludikhuize J, Smorenburg M, Rooij S, Jonge E. Identification of deteriorating patients on general wards; measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score. *Journal of Critical Care*. 2012;27(4):7–13.
12. Bunkenborg G. In-hospital safety. Prevention of deterioration and unexpected death by systematic and interprofessional early warning scoring. (Doktoravhandling.) Malmö: Lund universitet; 2013.
13. Burch VC, Tarr G, Morroni C. Modified early warning score predicts the need for hospital admission and in-hospital mortality. *Emerg Med J*. 2008;25(10):674–8.
14. ALERT – Acute Life-Threatening Events: Recognition & Treatment. Tilgjengelig fra: <http://www.alert-course.com/> (nedlastet 15.02.2018).

15. Smith G. ALERT – Acute life-threatening events recognition and treatment. Portsmouth Hospital NHS Trust, Intensive Care Society, Universitetssjukehuset i Lund; 2000.
16. Gautun H, Øien H, Bratt C. Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Høgskolen i Oslo og Akershus; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HIOA/Senter-for-veiforsterks-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Underbemanning-er-selvforsterkende> (nedlastet 14.05.2016).
17. Aiken LH, Sermeus W, Van Den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:e1717. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>
18. DeCola PR, Riggings P. Nurses in the workplace: expectations and needs. *International Nursing Review*. 2010;57(3):335–42. DOI: [10.1111/j.1466-7657.2010.00818.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00818.x)
19. Halvorsrud L, Kuburović J, Andenæs R. Jobbtilfredshet og livskvalitet blant norske hjemmesykepleiere. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2017;13(1). DOI: [10.7557/14.4119](https://doi.org/10.7557/14.4119)
20. Caers R, DuBois C, Jegers M, De Gieter S, De Cooman R, Pepermans R. Measuring community nurses' job satisfaction: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(5):521–9. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2008.04620.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04620.x)
21. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*. 1979;52(2):129–48.
22. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold. På Alerten – samhandling om kompetanse. Oslo; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.utviklingssenter.no/paa-alerten-samhandling-om-kompetanse.5150085-179690.html> (nedlastet 01.11.2017).
23. Field A. *Discovering statistics using SPSS: (and sex, drugs and rock 'n' roll)*. London: Sage Publications; 2005.
24. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows, Versjon 23.0*. Armonk, NY: IBM Corp; 2014.
25. Øyen KR, Corneliusen HG, Sunde OS, Mittermeier E, Strand GL, Solheim M, et al. Hvordan har hjemmetjenesten i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen. *Høgskulen i Sogn og Fjordane*, 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.vestforsk.no/nn/publication/hvordan-har-hjemmetjenestene-i-sogn-og-fjordane-tilpasset-seg-samhandlingsreformen> (nedlastet 07.11.2017).
26. Fjørtoft A-K. *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
27. Benner P, Tanner CA, Chelsea CA. *Expertise in nursing practise caring, Clinical Judgement, and Ethics*. New York: Springer Publishing Company; 1996.
28. Andresen IH, Hansen T, Grov EK. Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, as well as intention to change jobs. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2016;37(2): 90–9.
29. Bjørk IT, Samdal GB, Hansen BS, Tørstad S, Hamilton GA. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44(4):747–57.
30. Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag; 2010.

«Det er interessant at det er helsearbeiderne på sykehjem som ble tryggere i tiltaks-prioriteringen etter kurset.»



QR-KODE

FORSKNINGSARTIKKEL:

Opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelsetjenesten og betydningen for jobbtilfredshet



Skann koden og kom rett til artikkelen på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)

## Bruk av kartleggingsverktøy har positiv innvirkning på jobbtilfredsheten

Et felles observasjonsverktøy for å vurdere pasientenes tilstand hever kompetansen og øker tryggheten for alle ledd i helsetjenesten, konkluderer Anita Sletner.

Tekst **Monica Hilsen** • Foto **Erik M. Sundt**

**A**nita Sletner er sykepleier og jobber på Fredrikstad korttidssenter. Forskningsartikkelen «Opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelsetjenesten og betydningen for jobbtilfredshet» er basert på hennes masteroppgave ved OsloMet. Her bekreftes hva hun hadde erfart i praksis.

– Det er ingen tvil om at det er positivt å få opplæring i observasjonsverktøy, sier hun.

Sletner har bakgrunn som ALERT- og ProACT-instruktør. Hun deltok i pilotprosjektet «På Alerten» i Fredrikstad kommune i 2013. Her var observasjonsverktøyet innført som et tiltak for å heve kompetansen til helsearbeiderne. I masteroppgaven konkluderte Sletner med at de opplevde ALERT som et nyttig tiltak for å heve kompetansen.

### SYSTEMATISK KARTLEGGING

– Å kartlegge systematisk er essensen i det hele. Vi bruker algoritmen ABCDE når vi kartlegger, sier Sletner.

– Det er en grunn for at vi må starte på A, sier hun.

Hun forteller at det viktigste er å undersøke om pasienten puster, eller om noe blokkerer luftveiene. Ikke før dette er avklart, kan man undersøke hvordan ventilasjonene er i lungene.

– Å kunne systematikken og å gjøre alle observasjonene i riktig rekkefølge er viktig. Må tiltak iverksettes,

### Anita Sletner

- Sletner er sykepleier på Fredrikstad korttidssenter i Fredrikstad kommune.

Hun står bak artikkelen «Opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelsetjenesten og betydningen for jobbtilfredshet» på side 130.

må det gjøres før man går videre til neste steg, forklarer hun.

– Metoden setter seg i ryggraden med erfaring, sier Sletner.

### OBSERVASJONSVERKTØY

ALERT-konseptet er i liten grad i bruk i Norge nå, men er erstattet med ProACT, som er et liknende lisensbelagt konsept.

– ProACT tar i større grad kommunehelsetjenestens utfordringer i betraktning, sier Sletner.

Konseptene er nesten like i bruk.

ProACT-konseptet legger blant annet større vekt på praktiske øvelser. ABCDE-algoritmen er tillagt en F, videre omsorg (*further care*), som innebærer at helse-

### «Metoden setter seg i ryggraden med erfaring.»

Anita Sletner

arbeiderne gjør en sekundær vurdering etter den primære vurderingen.

### «DET KLINISKE BLIKKET» ERSTATTER IKKE SYSTEMATISK KARTLEGGING

Det kom frem av studien at helsearbeidere i hjemmesykepleien stoler mer på «det kliniske blikket» enn helsearbeidere i sykehjem, og at helsearbeidere med kortere erfaring hadde mer utbytte av observasjonsverktøyet.







**OPPLÆRING:** Positivt og nyttig med opplæring i observasjonsverktøy, mener Anita Sletner.

– Helsearbeiderne skal bruke sitt kliniske blikk, og det er naturlig når en har erfaring. Samtidig er det viktig å kombinere disse to metodene, sier Sletner.

Observasjonsverktøyet skal brukes til å kartlegge systematisk for å konkretisere og kvalitetssikre observasjonen. Dette er viktig for å kommunisere og rapportere videre til kolleger og på tvers av nivåer i helsetjenesten, slik at alle snakker det samme språket.

#### ERFARING GIR TRYGGHET

– Jo kortere erfaring, jo mindre kunnskap er opparbeidet, påpeker Sletner.

Sletner trekker frem sykepleieteoretiker Patricia Benner, som har skrevet boken *Fra novice til ekspert*. Benner viser til fem utviklingstrinn innen sykepleie og sier det tar omtrent fem år å opparbeide nok erfaring til å være selvstendig og sikker på egen vurdering.

Ifølge Sletner er det dokumentert at sykepleiere har mindre tid til pasientkontakt og er mer presset på tid etter samhandlingsreformen. Derfor mener hun det er betryggende når kolleger uten bachelorutdanning eller med kort erfaring får opplæring i å bruke et validert kartleggingsverktøy.

– Ikke minst er det tilfredsstillende å vite at det som er valgt som kompetansestyringstiltak, faktisk har effekt, sier hun.

#### KOMPETANSE GIR JOBBTILFREDSHET

I Sletners studie ble det sett på sammenhengen mellom jobbtilfredshet og kompetansehevingstiltak.

– Trivselen var høy, så det er naturlig å se dette i sammenheng, sier Sletner.

Hennes erfaring er at det også er viktig å inkludere legene i kursene som gjennomføres, slik at de kjenner og kan benytte kartleggingsverktøy andre helsearbeidere bruker.

– Vi må kommunisere på samme måte. Da har man en gjensidig forventning og trygghet til hverandre om hva som blir observert, og hvordan observasjonene blir dokumentert. Dette effektiviserer og kvalitetssikrer observasjonene og kommunikasjonen, sier hun.

#### FAGLIGE DISKUSJONER

Faglige diskusjoner kunne ha sammenheng med jobbtilfredshet, viste studien.

Sletner mener det er rom for diskusjoner og utveksling av erfaringer på hennes arbeidsplass, Fred-

«Jo kortere erfaring, jo mindre kunnskap er opparbeidet.»

Anita Sletner

rikstad korttidssenter, og at dette en naturlig del av hverdagen.

– Vi diskuterer oss frem til mulige løsninger på problemstillinger.

Hun forteller at de har fagdager i turnus hver tolvte uke, og at det er en veldig god arena for å få faglig påfyll. Det blir diskusjoner rundt temaer. De har foredragsholdere internt, men får også eksterne til å komme, som for eksempel Smittevern fra sykehus.

– Funnene i studien var en bekreftelse på hva vi hele tiden har trodd, og det er flott, sier Sletner. ●

DEL ARTIKKELEN  
sykepleien.no  
LAST NED PDF

Likte du artikkelen?

På [sykepleien.no](http://sykepleien.no) finner du dette og flere andre forskerintervjuer.

## FAGGRUPPER



## NSFs landsgruppe av sykepleieledere

- NSFs landsgruppe av sykepleieledere (NSFLSL) er opptatt av å være det profesjonelle faglige organet for sykepleieledere i NSF.
- Bidrar med å styrke sykepleieledernes kunnskap og vilkår for god ledelse og stimulere til nettverksbygging.
- Bidrar i arbeidet med å sikre bedre rammevilkår for å utøve god ledelse og organisering av sykepleietjenesten.
- Bidrar i arbeidet med å synliggjøre gode modeller for kompetansesammensettning, organisering og bemanning av tjenester.
- Bidrar med å styrke NSF som medlemsorganisasjon for ledere.
- Bidrar i NSF med innspill til høringer, deltakelse i relevante arbeidsgrupper og komiteer med mer.

- Bidrar i arbeidet med å ha stor oppmerksomhet på forskning, kvalitetsutvikling, pasient- og personellsikkerhet.

Alle sykepleiere og sykepleieledere som er medlem i NSF og har interesse for ledelse og organisering, kan være medlem i NSFLSL.

Faggruppen har cirka 1100 medlemmer. Faggruppen har medlemmer representert fra alle ledernivåene i kommune- og spesialisthelsetjenesten. De fleste medlemmene av faggruppen er sykepleieledere på mellomledernivå. NSFLSL har inntil nylig hatt eget medlemsblad som var utgitt tre ganger årlig. Vi vil starte opp med en digital utgave av fagbladet.

Viktig informasjon om aktiviteter og annet publiseres på NSFs hjemmeside

under fanen til NSFs faggrupper.

Fordeler som medlem er redusert deltakeravgift på konferanser som NSFLSL arrangerer lokalt og sentralt. Medlemmer kan søke stipend til deltakelse på kurs og konferanse samt studiestipend.

NSFLSL arrangerer årlig Nasjonal lederkonferanse i samarbeid med NSF og regionale lederkonferanser i samarbeid med NSF. Lokale kurs for ledere i regi av NSFLSLs lokalgrupper. Hvert tredje år arrangeres Nordisk konferanse for sykepleieledere i regi av Nordisk nettverk for sykepleieledere (LNN). Faggruppen har et stort nordisk og internasjonalt nettverk gjennom LNN og ICN.

Medlemskap koster årlig 400 kr.

Se NSFs hjemmeside: <https://www.nsf.no/faggrupper/sykepleieledere>



## Faggruppen for veiledere

Faggruppen vil spre kunnskap om hva veiledning er. Sykepleiefaglig veiledning kan på sitt beste fungere både som en kompetansegivende virksomhet for den enkelte sykepleieren, og som en del av en kvalitetsutvikling for praksis. Det er mange definisjoner på veiledning, men erkjennelse og refleksjon over erfaringer fra praksis står sentralt. Målet er at den som søker veiledning, kan bli mer bevisst på egen væremåte, bli mer kjent med seg selv, endre refleksjonsgrunnlag og stadfeste eller endre praksis.

Veiledning er et godt redskap for å

utvikle sykepleierens faglige, relasjonelle, etiske og kommunikative kompetanse. Vi arbeider for at alle sykepleiere skal få tilbud om faglig veiledning regelmessig gjennom yrkeskarrieren. Forskning viser at faglig veiledning kan forebygge utbrenthet, fremme jobbmotivasjonen og øke etisk refleksjon.

Faggruppen har for tiden 182 medlemmer fra hele landet. Faggruppen har per i dag tre aktive lokalgrupper i Oslo, Viken og Trondheim. Vi arbeider med å opprette et nettverk av aktive enkeltmedlemmer i landet for øvrig.

Som medlem av faggruppen kan du treffe andre veiledere, få inspirasjon og utveksle erfaring. Annethvert år avholdes landskonferanse, og årlig samles lokallagsledere til erfaringsutveksling.

Faggruppens slagord er «'Kvalitet og kompetanse på individ- og organisasjonsnivå' – en møteplass for fag- og kunnskapsutvikling innen faglig veiledning».

For mer informasjon:  
<https://www.nsf.no/faggrupper/veiledere>

Eller les om oss på Facebook:  
«NSFs faggruppe for veiledere»



# En klinisk etikk-komit e kan hjelpe med etiske utfordringer

Pasienter, pårørende og ansatte som står overfor et etisk problem det er vanskelig   finne en løsning på, kan henvende seg til komiteen.



**S**om sykepleier i m te med pasienter og pårørende står du sannsynligvis stadig overfor etiske utfordringer som du er usikker på hvordan du skal håndtere.

En etisk utfordring, eller et etisk problem, kan defineres som en situasjon der etiske verdier eller prinsipper kommer i konflikt, eller der vi er i tvil om eller uenige om hva som er riktig eller galt   gjøre.

Mange av de etiske problemstillingene du m ter, kan du sikkert håndtere på egen hånd uten   diskutere dem med kolleger. Andre ganger kan det være lurt   reflektere og diskutere de etiske problemene sammen med kolleger, for eksempel i en etikkrefleksjonsgruppe.

Det er imidlertid ikke alle som har etikkrefleksjonsgruppe på arbeidsplassen, og noen ganger står man overfor så vanskelige situasjoner at man ikke klarer   se noen optimal løsning. Da kan det være et godt alternativ   henvende seg til en klinisk etikk-komit e eller et etikkråd.

Når jeg er ute og underviser ansatte i helsetjenesten eller sykepleierstudenter, spør jeg ofte om det er noen som vet hva en klinisk etikk-komit e er, og om de vet om de har en slik komit e de kan henvende seg til.

Veldig ofte er det mange som vet at det finnes noe som heter klinisk etikk-komit e, men de er usikre på hva en etikk-komit e kan bidra med, eller hvordan de skal henvende seg til komiteen.

## HVA ER EN KLINISK ETIKK-KOMIT E?

En klinisk etikk-komit e (KEK) er et tverrfaglig rådgivende organ som blant annet kan gi råd i vanskelige etiske problemstillinger (1). Videre kan de bidra til etisk kompetanseheving ved   arrangere seminarer og fagdager

eller bidra med   utarbeide retningslinjer på arbeidsplassen.

Kliniske etikk-komiteer har ikke ansvaret for forskningsetikk – det er det de regionale forskningsetiske komiteene som har. Alle helseforetakene i Norge har kliniske etikk-komiteer (2). Ordningen ble etablert som en prøveordning i 1994.

I kommunene er slike komiteer ikke så utbredte ennå, men det er blitt mer vanlig   ha etikk-komiteer der også. I noen kommuner har de valgt   kalle det etikkråd eller etisk råd. Komiteene består ofte av leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, prest og jurist.

I noen etikk-komiteer har de også med en lekmann eller brukerrepresentant. De som sitter i komiteene, har både klinisk kompetanse og kompetanse innenfor etikk.

## ETIKK-KOMITEER BISTÅR I DRØFTINGER

Det   bistå i drøftinger er den aller viktigste oppgaven til en klinisk etikk-komit e. Både pasienter, pårørende og ansatte kan henvende seg til komiteen dersom man står overfor et etisk problem det er vanskelig   finne en løsning på.

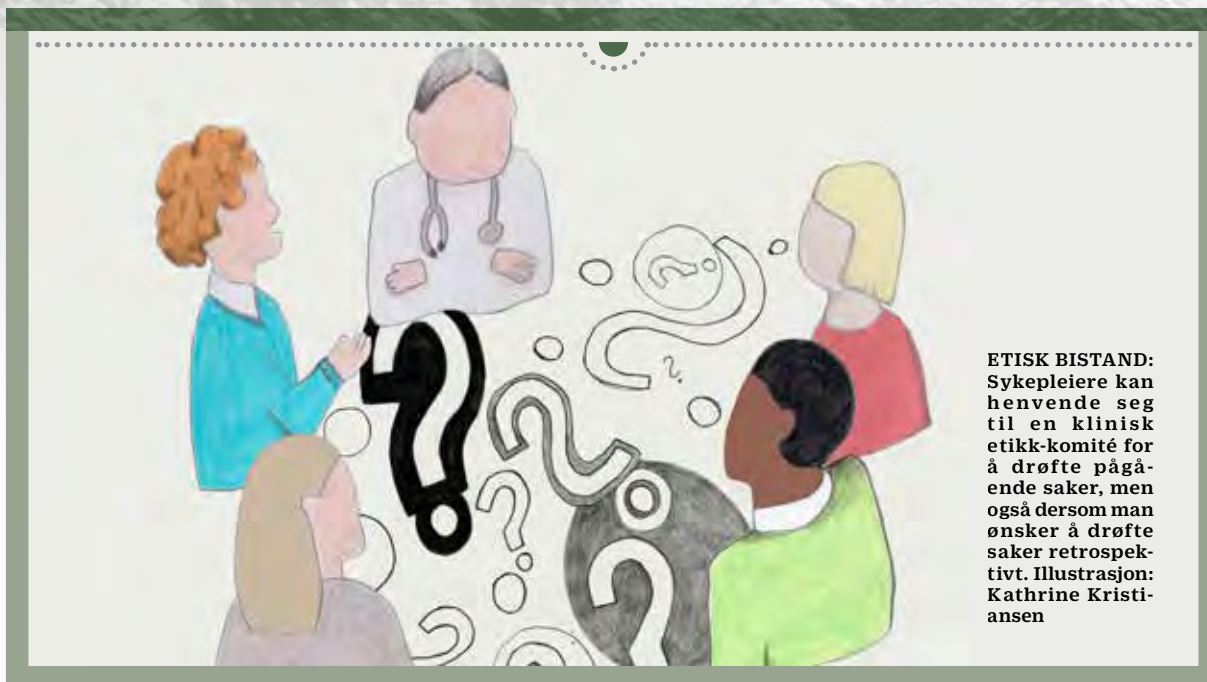
Det er viktig   understreke at en etikk-komit e ikke har noen beslutningsmyndighet eller sanksjonsmyndighet. Den skal kun gi råd og veilede ut fra drøftingen av saken.

Man kan henvende seg til en klinisk etikk-komit e både for   drøfte pågående saker, men også dersom man ønsker   drøfte saker retrospektivt. De behandler ikke klagesaker eller personalsaker.

Når man henvender seg til en klinisk etikk-komit e, avtales det et tidspunkt for   drøfte saken. Noen ganger deltar også de pårørende og/eller pasienten. I selve drøftingen går man gjennom problemstillingen på en systematisk måte.

Hensikten er   få belyst alle sidene av saken så godt som mulig, for så   prøve   komme frem til noen handlingsalternativer.





**ETISK BISTAND:** Sykepleiere kan henvende seg til en klinisk etikk-komité for å drøfte pågående saker, men også dersom man ønsker å drøfte saker retrospektivt. Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

De aller fleste kliniske etikk-komiteene bruker en sekstrinns-refleksjonsmodell, ofte kalt SME-modellen fordi modellen er videreutviklet ved Senter for medisinsk etikk. Trinnene i modellen er følgende:

1. formulering av det etiske problemet
2. fakta i saken
3. berørte parter og deres syn på saken
4. etiske verdier og prinsipper som er aktuelle
5. lovverk og retningslinjer
6. mulige handlingsalternativer

Denne modellen sikrer en grundig gjennomgang av saken der man belyser så mange sider som mulig før man går løs på handlingsalternativene.

#### HVILKE PROBLEMSTILLINGER BEHANDLES?

Forskning viser at de vanligste sakene som tas opp i etikk-komiteer, er problemstillinger knyttet til bruk av tvang, taushetsplikt, uenighet om behandlingsintensitet og prioriterings-spørsmål (3, 4). Her ser det ut til at det er mange av de samme problemstillingene som går igjen, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Som medlem i en klinisk etikk-komité i kommunehelsetjenesten ser jeg imidlertid at vi også får inn andre problemstillinger enn fra spesialisthelsetjenesten.

Vi har for eksempel fått inn saker som omhandler hvordan man skal håndtere beboere som har et høyt alkoholkonsum, og hvordan ansatte skal forholde seg til beboere med demens som innleder seksuelle forhold på avdelingen.

#### HVA SIER FORSKNINGEN OM NYTTEN?

I studier som har sett på nytten av kliniske etikk-komiteer, kommer det frem at ansatte opplever at de får analysert problemstillingene systematisk og grundig, og at klinikerne opplever at problemene de står i, blir anerkjent og tatt på alvor (5).

Ansatte opplever også at det å få et «utenfrablikk» og støtte i vanskelige situasjoner kan ha stor betydning. Videre kan det at man drøfter en sak grundig og bredt, bidra til at man er bedre rustet for liknende saker i fremtiden (2, 6).

Ansatte opplever også at etikk i større grad blir et felles ansvar når de involverer en klinisk etikk-komité, og at etikk-komiteer er med på å sette etikk på dagsordenen (4).

Som en konklusjon vil jeg hevde at vi trenger kliniske etikk-komiteer og etikkråd, men at vi som sitter i disse

**«Det å bistå i drøftinger er den aller viktigste oppgaven til en klinisk etikk-komité.»**

komiteene eller rådene, har en jobb med å formidle til ansatte at vi finnes.

Jeg vil også oppfordre dere som jobber ute i praksis, til å bruke klinisk etikk-komité eller etikkråd dersom dere har slike. Da slipper dere å stå alene med vanskelige problemstillinger, og dere bidrar til større etisk bevissthet på arbeidsplassen.

Dersom dere har mulighet for det, vil jeg også anbefale å starte etikkrefleksjonsgrupper på arbeidsplassen. Det vil kunne bidra til mer oppmerksomhet på og økt kompetanse i etikk blant de ansatte, noe som igjen vil kunne komme pasienter og arbeidsmiljøet til gode. ●

#### REFERANSER

1. Heggstad AKT. Etikk i klinisk sjukepleie. Oslo: Samlaget; 2018.
2. Magelssen M, Pedersen R, Førde R. How does the clinical ethics committees work? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2018;138(2).
3. Førde R, Pedersen R. Clinical ethics committees in Norway: what do they do, and does it make a difference? Cambridge Quarterly Of Healthcare Ethics. CQ: The International Journal Of Healthcare Ethics Committees. 2011;20(3):389–95.
4. Lillemoen L, Syse I, Pedersen R, Førde R. Er kliniske etikk-komiteer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten bærekraftige? Etikk i praksis - Nordic Journal of Applied Ethics. 2016;10(2):127–40.
5. Førde R, Pedersen R, Akre V. Clinicians' evaluation of clinical ethics consultations in Norway: a qualitative study. A European Journal. 2008;1(1):17–25.
6. Kalager G, Førde R, Pedersen R. Is the discussion of patient cases in clinical ethics-committees useful? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2011;131(2):118–21.



**HOVEDBUDSKAP:**

Studenter ved masterutdanningen i avansert klinisk nyfødtsykepleie gjennomførte høsten 2019 et arbeidskrav baserte på metoden objektiv strukturert klinisk eksaminasjon (OSKE). På standardiserte stasjoner ble studenten testet i kunnskaper, ferdigheter og kompetanse knyttet til kliniske situasjoner i nyfødtsykepleie. Kvalitetssikrede vurderingskriterier lå til grunn for den summative vurderingen av studentens prestasjoner. Arbeidskravet måtte være bestått før eksamen. Metoden er i bruk som klinisk eksaminasjonsform i helseprofesjonsutdannelser både nasjonalt og internasjonalt.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.81294

**NØKKELOD:**

► Mastergradsutdanning ► Nyfødtsykepleie ► Summativ vurdering ► Objektiv strukturert klinisk eksaminasjon

## Studenter testes i nyfødtsykepleie på standardiserte stasjoner med objektiv metode

Objektiv strukturert klinisk eksaminasjon er testet ut ved Lovisenberg diakonale høgskole. Metoden er egnet til å vurdere studentenes kompetanse i pasientbehandling og andre praktiske oppgaver.

Objektiv strukturert klinisk eksaminasjon (OSKE) ble introdusert i legeutdanningen av to britiske eksperter i medisinsk pedagogikk på 70-tallet (1).

Lærere ved Avdeling for master-, etter- og videreutdanning ved Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) ble første gang introdusert for denne pedagogiske metoden høsten 2018. De etablerte en ressursgruppe for videreutvikling og implementering av metoden. Litteratur om temaet ble søkt og gjennomgått.

### STUDENTENE MÅ LØSE PRAKTISKE OPPGAVER

Når OSKE blir brukt som eksaminasjonsform, blir studentene testet i kliniske og praktiske oppgaver, som skal løses innenfor et begrenset tidsrom. Eksaminatoren vurderer studentenes prestasjoner etter forhåndsoppsatte kriterier og gir poeng.

Eksaminasjonsformen har en faglig fokusert, objektiv og rettfærdig form, som sikrer studentene en vurdering hvor bruk av skjønn begrensnes (2, 3).

### BRUK AV OSKE I MASTERUTDANNINGEN

Masterstudenter i avansert klinisk nyfødtsykepleie har et spesifikt antall timer med veiledet klinisk praksis, som skal gjennomføres og består i løpet av studiet (4). Praksisstudier er viktig for å oppnå læringsutbyttene i de ulike emnene i utdanningen.

Studentene får både formativ (underveis vurdering)

**FORFATTER**



**Irene Rød**  
Høgskolelektor, Avdeling for master-, etter- og videreutdanning, Lovisenberg diakonale høgskole



**Nina Margrethe Kynø**  
Barne- og intensivsykepleier og første-amanuensis, Avdeling for master-, etter- og videreutdanning, Lovisenberg diakonale høgskole

og summativ vurdering (midt-/ sluttvurdering) i løpet av praksisperioden. Emnet «Vurdering og medisinsk behandling av den premature og kritisk syke nyfødte» i andre semester av studiet var planlagt uten praksisstudier. Rammene for eksamen var definert i studieplanen (4).

Det var behov for å finne en egnet metode til å teste ut og gi en vurdering av om studentene oppnådde de forventede kunnskapene, ferdighetene og kompetansen. OSKE ble

derfor valgt som vurderingsform av et arbeidskrav i dette emnet.

### Planlegging og gjennomføring

OSKE er en eksaminasjonsform som gir mulighet for læring, men den er også en kvalitetskontroll av studentenes kunnskaper, kliniske ferdigheter og faglige kompetanse.

### «Temaene ble fulgt opp gjennom læringsaktiviteter.»

Læringsutbyttene for emnet var styrende, fra læringsplan til gjennomføringen av arbeidskravet. Pensum ga den teoretiske rammen. I forelesninger fikk studentene en introduksjon til de ulike temaene.

Temaene ble fulgt opp gjennom læringsaktiviteter som nettkurs med videoforelesninger etterfulgt av korte kunnskapstester, videofilmer med praktiske prosedyrer, refleksjonsgrupper og dialogundervisning. Samlet sørget dette for en samstemthet i emnet.



**SIMULERING:** En student øver sammen med en lærer på ferdighets-senteret ved Lovisenberg diakonale høyskole. Foto: Lars Petter Jonassen

Ti aktuelle stasjoner relatert til nyfødtsykepleie i klinisk praksis ble skissert i et rammeverk. Rammeverket ble gjort kjent for studentene (tabell 1). Vanskelighetsgraden var tilpasset emnets læringsutbytter.

### Studentene fikk øve seg

Gjennom semesteret deltok studentene i praktiske stasjonsøvelser under veiledning av faglærer. I tillegg ble flere av stasjonene inkorporert i simuleringstreningen. Praktiske øvelser og simuleringstrening ga studentene muligheter til å reflektere over og diskutere sine egne og gruppens prestasjoner. Faglæreren ga tilbakemeldinger underveis.

Studentene ble også oppfordret til å benytte tilgjengelig utstyr på eget arbeidssted til å trene på ferdighetene.

### Arbeidet ble vurdert av eksaminatorer

Med utgangspunkt i rammeverket valgte vi ut fire stasjoner. Studentene ble tildelt oppgaver ved de ulike stasjonene, hvor de ble vurdert av to eksaminatorer. De 22 studentene ble delt i to grupper. Alle studentene gjennomgikk to av de fire stasjonene. For å få godkjent arbeidskravet måtte studentene bestå begge stasjonene.

Den praktiske gjennomføring gikk etter en detaljert logistikkplan, da alle studentene skulle igjennom arbeidskravet på en dag. Hver student fikk 15 minutter til rådighet på hver stasjon. Når den avsatte tiden var over, måtte studenten gå videre til neste stasjon eller avslutte.

Stasjonskartet til hver stasjon inneholdt en konkret og nøyaktig beskrivelse av spørsmål og praktiske oppgaver som studentene skulle presenteres for. Stasjonskartet inneholdt også instruksjoner til eksaminator, til eventuelle markører der det var aktuelt samt en detaljert liste over utstyr.

### Vi brukte objektive vurderingskriterier

For å sikre kvaliteten og ivareta en rettferdig vurdering av studentenes «her-og-nå-prestasjoner» ble det brukt objektive og konsistente vurderingskriterier. Vurderingskriteriene var poengsatte og var et godt verktøy for eksaminator til en objektiv vurdering av studentens prestasjoner.

To eksaminatorer vurderte hver stasjon uavhengig av hverandre i henhold til de oppsatte vurderingskriteriene,

for deretter å konkludere med en samlet poengsum.

Studenten måtte oppnå 12 av 20 poeng for å bestå stasjonen. Den summative vurderingen ble gitt studenten via skolens læringsplattform, Canvas. Dersom studenter ikke besto arbeidskravet, ble det avsatt en ny tid.

### Arbeidet var svært ressurskrevende

OSKE som eksaminasjonsformen er hevdet å gjøre det mulig å teste mange studenter på kort tid med begrenset lærerressurser (5). Vi er av den oppfatning at planleggingen og gjennomføringen var svært ressurskrevende.

Mye tid gikk med til utarbeidelse av læringsaktivitetene og til å utforme rammeverk og stasjonskart. Det var viktig for oss å forholde oss til prinsippene i OSKE, men også at læringsaktivitetene skulle bidra til relevante læringsutbytter for studentene.

Under gjennomføringen var bruk av lærerressurser to eksaminatorer og i tillegg en medhjelper. Medhjelperen hadde som oppgave å klargjøre utstyret mellom hver student. Med-

### «Studenten skal kunne mestre usikkerhet og spenning.»

hjelperen kunne også hjelpe til dersom en student hadde behov for assistanse til for eksempel steril oppdekking av utstyr.

På en stasjon ble det benyttet en markør (lærer fra annen utdanning) i rollen som mor til et prematurt barn.

### ERFARINGER MED OSKE I MASTERUTDANNINGEN

I arbeidet med å planlegge, gjennomføre, vurdere og optimalisere et emne er det viktig å reflektere over hvilke pedagogiske argumenter som støtter studentenes læringsprosess. Kvalitet er nært knyttet til læringsutbyttene.

I en refleksjon over de pedagogiske mulighetene og utfordringene, bør man stille seg grunnspørsmålene i didaktikken; «hva skal studenten lære av dette?», «hvordan oppnå læringsutbyttene?» og «hvordan lærer studentene på best mulig måte?» (6). Å teste ut nye pedagogiske metoder må derfor være godt fundamentert i litteratur.

OSKE har vært anvendt i mange profesjoner i helsevesenet, inkludert sykepleierutdanning (7, 8), og har i utdannelsen av leger blitt brukt som evalueringverktøy (9). Bare noen få utdanningsprogram i avansert klinisk sykepleie har rapportert evaluering av OSKE (10–13).

### Studentene får testet sine kunnskaper i trygge omgivelser

Å benytte denne eksaminasjonsformen kan på samme måte som simuleringstrening, være en arena hvor studenten i trygge og kontrollerte omgivelser får testet ut sine kunnskaper og ferdigheter uten skade for pasienten (8) og samtidig får en objektiv summativ vurdering av sine prestasjoner.

### De må prestere under press

Eksaminasjonsformen fordrer at studentene presterer under press og på en avsatt tid og samtidig blir vurdert.

Tabell 1

Rammeverk OSKE-stasjoner				
NR.	STASJON	KUNNSKAPER	FERDIGHETER	GENERELL KOMPETANSE
1	Vurder en gitt blodgass og foreslå prioriterte tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indikasjoner for blodgassanalyse</li> <li>Ulike parametere i en blodgass</li> <li>Normalverdier</li> <li>Relevante kliniske observasjoner og avleste respiratorverdier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ulike metoder for prøvetaking; fordel, risiko og mulige feilkilder</li> <li>Utføre blodprøvetaking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Foreslå prioriterte tiltak i et team</li> </ul>
2	Planlegg og forbered utstyr til intubering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Årsaker til og symptomer på alvorlig respirasjonsvikt</li> <li>Fordeler og ulemper ved valg av plassering (oral/nasal)</li> <li>Fordeler og ulemper ved valg av stiv vs. myk tube</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forberedelse av barnet</li> <li>Klargjøring av utstyr</li> <li>Læring av barnet under intubering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beskriv skapleieoppgaver og arbeidsfordeling ved intubering</li> <li>Akuttbereidskap (kommunikasjon, situasjonsforståelse, samarbeid og oppgavefordeling)</li> <li>Vurder fordeler og ulemper ved foreldretilstedeværelse</li> </ul>



Vår erfaring er at studentene kan oppleve eksaminasjonsformen som stressende. Studier har vist at studenter er engstelige for å bli observert av faglærere når de skal vise sine kliniske ferdigheter (14).

Stress og engstelse kan gjøre at studenter ikke mestrer å bruke kunnskapene fra klasserommet og de kliniske øvelsene under OSKE (15).

I klinisk praksis vil masterstudentene i sitt arbeid som nyfødtsykepleiere oppleve å stå i akutte, kritiske og uforutsigbare situasjoner hvor de raskt må hente frem sine kunnskaper og ferdigheter. Det er av betydning at studenten skal kunne mestre usikkerhet og spenning som positivt stress. Slik sett kan man si at eksaminasjonsformen forbereder studentene på virkelige handlinger.

### Det var en lærerik prosess for studentene

På den annen side er vår opplevelse at studenter som var deltakende og aktive i læringsaktivitetene underveis i semesteret, uttrykte mindre stress under gjennomføring av OSKE. Dette samsvarer med forskning som viser at aktiv involvering i læringsprosessen, øker læring og tillit til egne ferdigheter og beslutninger (15).

Det kan bety at studentene anså OSKE-stasjonene som aktuelle problemstillinger relatert til klinisk praksis, og at de kan ha opplevd at læringsaktivitetene ga dem en mulighet til å være aktiv i egen læringsprosess. Den umiddelbare responsen fra flere studenter, var at forberedelsene og gjennomføringen hadde gitt dem kunnskap som de vil få bruk for i klinisk praksis.

En student sa det slik: «OSKE har gjort at jeg har satt meg inn i prosedyrer, og nå vet jeg at jeg kan det på jobb».

### STUDENTENE KAN GI HVERANDRE TILBAKEMELDINGER

I videreutviklingen av masterprogrammet skal vi se nærmere på hvordan vi kan benytte OSKE som vurderingsform, men også hvordan vi i større grad kan involvere studentene underveis for å støtte dem i læringsprosessen.

En metode kan være å benytte «hverandrevurdering» der studenter gir hverandre strukturerte tilbakemeldinger på OSKE-stasjoner (16).

Vi kan bygge videre på bruken av simuleringsteknologi. Det å benytte en «standardisert pasient» har vist seg å være en effektiv instruksjonsstrategi for å simulere kliniske situasjoner (17).

I møte med en «standardisert pasient» kan studenten for eksempel trene på og teste ut kommunikasjonsferdigheter, simulert som et møte med barnets foreldre på nyfødttintensivavdelingen. Denne metoden gir også mulighet for at studentene får objektive og strukturerte tilbakemeldinger fra medstudenter og faglærer.

### OPPSUMMERING

OSKE som eksaminasjonsform i et arbeidskrav var egnet til å gi masterstudenter i avansert klinisk nyfødtsykepleie i andre semester en objektiv, summativ vurdering

av deres kunnskaper, ferdigheter og kompetanse. Til tross for at prosessen ble oppfattet som ressurskrevende og logistikken var komplisert, er den absolutt gjennomførbar.

Ved masterutdanningen i avansert klinisk nyfødtsykepleie ønsker vi å utvikle OSKE til bruk i andre emner. Eksaminasjonsformen kan sammen med simuleringstrening gi studentene kunnskap, ferdigheter og kompetanse som de trenger i jobben som avansert klinisk nyfødtsykepleier. ●

*Lærere ved Lovisenberg Diakonale Høgskole som også var deltakere i eksaminasjonen ved masterutdanningen i nyfødtsykepleie:*

*Solfrid Steinnes (høgskolelektor), Hanne Aagaard (førsteamanuensis), Bente Silnes Tandberg (høgskolelektor) og Mari Oma Ohnstad (høgskolelektor).*

### REFERANSER

1. Harden RM, Gleeson F. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Med Educ.* 1979;13(1):39–54.
2. Khan KZ, Gaunt K, Ramachandran S, Pushkar P. The objective structured clinical examination (OSCE): AMEE guide no. 81. part I: organisation & administration. *Med Teach.* 2013;35(9):e1447–e63.
3. Khan KZ, Ramachandran S, Gaunt K, Pushkar P. The objective structured clinical examination (OSCE): AMEE guide no. 81. Part I: an historical and theoretical perspective. *Med Teach.* 2013;35(9):e1437–e46.
4. Lovisenberg diakonale høgskole. Studieplan. Master i avansert klinisk nyfødtsykepleie. 2018. Tilgjengelig fra: [https://ldh.no/studietilbud/masterstudier/master-i-avansert-klinisk-nyfodtsykepleie/\\_/attachment/inline/adc2e6f5-ffec-4c83-805a-8b5903124c37b79ec7024c03ef022d37cfc259a590ba61068834/2018.05.03-studieplan-makny-under-arbeid.pdf](https://ldh.no/studietilbud/masterstudier/master-i-avansert-klinisk-nyfodtsykepleie/_/attachment/inline/adc2e6f5-ffec-4c83-805a-8b5903124c37b79ec7024c03ef022d37cfc259a590ba61068834/2018.05.03-studieplan-makny-under-arbeid.pdf)
5. Gjersvik P. En bedre eksamen. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2012;132(15):1721.
6. Pettersen RC. Kvalitetstilærning i høgere utdanning: innføring i problem- og praksisbasert didaktikk. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
7. Kim S, Phillips WR, Pinsky L, Brock D, Phillips K, Keary J. A conceptual framework for developing teaching cases: a review and synthesis of the literature across disciplines. *Med Educ.* 2016;40(9):867–76.
8. Aronowitz T, Aronowitz S, Mardin-Small J, Kim B. Using Objective Structured Clinical Examination (OSCE) as education in advanced practice registered nursing education. *J Prof Nurs.* 2017;33(2):19–25.
9. Lafleur A, Côté L, Leppink J. Influences of OSCE design on students' diagnostic reasoning. *Med Educ.* 2015;49(2):203–14.
10. Ebbert DW, Connors H. Standardized patient experiences: evaluation of clinical performance and nurse practitioner student satisfaction. *Nurs Educ Perspect.* 2004;25(1):12–5.
11. Jones A, Pegram A, Fordham-Clarke C. Developing and examining an objective structured clinical examination. *Nurse Educ Today.* 2010;30(2):137–41.
12. Ward H, Barratt J. Assessment of nurse practitioner advanced clinical practice skills: using the objective structured clinical examination (OSCE). *Primary Health Care.* 2005;15(10):37–47.
13. Hallas D, Biesecker B, Brennan M, Newland JA, Haber J. Evaluation of the clinical hour requirement and attainment of core clinical competencies by nurse practitioner students. *J Am Acad Nurse Pract.* 2012;24(9):544–53.
14. Mompoin-Williams D, Brooks A, Lee L, Watts P, Moss J. Using high-fidelity simulation to prepare advanced practice nursing students. *Clinical Simulation in Nursing.* 2014;10(1):e5–e10.
15. Tiffen J, Corbridge S, Shen BC, Robinson P. Patient simulator for teaching heart and lung assessment skills to advanced practice nursing students. *Clinical Simulation in Nursing.* 2011;7(3):e91–e7.
16. Burgess A, Clark T, Chapman R, Mellis C. Senior medical students as peer examiners in an OSCE. *Med Teach.* 2013;35(1):58–62.
17. Byrd JF, Pampaloni F, Wilson L. Hybrid simulation. Human simulation for nursing and health professions. 2012:267–71.





**HOVEDBUDSKAP:**

Sykepleiere skal fremme samhandling mellom profesjoner og nivåer i helsetjenesten. Studien viser hva sykepleiere kan gjøre for å styrke samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien, slik at pasientene mottar et tilbud som er godt planlagt når de kommer hjem.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.80337

**NØKKELOD:**

► Samhandling ► Pasientsikkerhet ► Kommunehelsetjeneste ► Spesialisthelsetjenesten

# Hvordan kan sykepleiere styrke samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien?

Overføringen av pasientinformasjon fra sykehuset til kommunene ble bedre i Østfold etter at samhandlingsreformen ble gjennomført, men det er fortsatt rom for forbedring.

Denne studiens hensikt er å diskutere problemområder forbundet med å skrive ut pasienter fra sykehus til kommune før og etter samhandlingsreformen (1). Utfordringene synes å være de samme både før og etter samhandlingsreformen (2).

Studien denne artikkelen bygger på sammenlikner resultater fra 2015 og 2010. Den kan bidra til at overføringen av pasientinformasjon fra sykehus til kommuner blir bedre. Studien som ble gjennomført i 2015, var et samarbeid mellom sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold og kommunene i fylket Østfold, representert ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Prosjektet var forankret i ledelsen i organisasjonene.

En konsekvens av samhandlingsreformen (1) er at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal samhandle i større grad og vektlegge helhetlige pasientforløp (1, 3, 4). Kommuner og sykehus plikter å utarbeide samarbeidsavtaler for hvordan de skal samhandle til beste for felles pasienter (5–7). Noen vestlige land opplever de samme utfordringene som Norge, og gjennomfører også en «samhandlingsreform» med satsing på primærhelsetjenesten (8).

I dag har elektroniske meldinger i stor grad tatt over de tidligere papirløsningene (9). Forbedringsbehov i både spesialist- og kommunehelsetjenestens pasientjournalssystemer er beskrevet i flere sammenhenger (10–14).

Evalueringsstudien av samhandlingsreformen (1) viser svikt i informasjonen fra sykehus til kommune, som dreier seg om måten informasjonen blir oversendt på og innholdet (10–13). Myndighetene har derfor satsinger for å fremme

**FORFATTERE**

**Inger Tjøstolvsen**  
Førstelektor, Avdeling for helse- og velferdsfag, Høgskolen i Østfold

**Eivind Bjørnstad**  
Fagkonsulent, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold

samhandling mellom kommuner og helseforetak, og bruk av teknologi og digitalisering (15).

**HENSIKTEN MED STUDIEN**

Hensikten med studiene før samhandlingsreformen i 2010 og etter samhandlingsreformen i 2015 var å diskutere hvordan en samarbeidsavtale mellom sykehuset og kommune fungerte i praksis. Forskerne så på følgende problemområder i forbindelse med utskrivning av pasienter: Kommunikasjon, samhandling, informasjonsutveksling og innholdet i meldingene fra sykehuset til kommunene.

**«Hvordan kan sykepleiere i sykehus og hjemmesykepleien styrke samhandlingen, slik at pasientene mottar et planlagt tilbud når de kommer hjem?»**

Sykepleierens organisatoriske kompetanse innebærer å fremme samhandling mellom profesjoner og nivåer i helsetjenesten og ha handlekraft til å fremme gode pasientforløp (16). Studien omhandler dermed sykepleierens organisatoriske kompetanse.

Studiens problemstilling er: Hvordan kan sykepleiere i sykehus og hjemmesykepleien styrke samhandlingen, slik at pasientene mottar et planlagt tilbud når de kommer hjem?

**METODE**

Studien har et deskriptivt design med en kvantitativ tilnærming (17), som innebærer en kartlegging av

**GOD INFORMASJON:** Når meldingene fra sykehuset på en god måte beskriver pasientens hjelpebehov, funksjonsnivå og hjemmesituasjon, vil det styrke samarbeidet mellom sykehuset og hjemmesykepleien, slik at pasienten får den hjelpen han trenger når han kommer hjem. Illustrasjon: Mostphotos



respondenters oppfatning før (2010) og etter (2015) samhandlingsreformen (1).

### Utvalg og datainnsamling

Inklusjonskriterier for utvelgelsen av respondenter var de samme i 2010 (2) og i 2015: Sykepleiere i hjemmesykepleien involvert i pasienters utskrivning fra sykehus.

Respondentene ble i spørreskjemaet bedt om å oppgi stillingsbrøk. De fleste respondentene fra hjemmesykepleien i 2010 (90 prosent) og 2015 (97,7 prosent) var ansatt i mer enn 50 prosent eller 100 prosent stilling. Det betyr at de fleste respondentene har vært involvert i pasienters utskrivning fra sykehus i 2010 og i 2015.

I 2010 ble undersøkelsen gjennomført i to kommuner (2). I 2015 ble det gjort et tilfeldig utvalg på 9 av 17 mulige kommuner i fylket. Avdelingsledere i kommunene mottok spørreskjemaer og fordelte disse blant sine ansatte med utgangspunkt i inklusjonskriteriene.

Det ble levert 180 spørreskjemaer fordelt mellom etater i de ni utvalgte kommunene som hjemmesykepleie, sykehjem, helsehus, omsorgsbolig og tildelingskontor. Avdelingslederne la utfylte spørreskjemaer i en samlekonvolutt og sendte disse til den som var prosjektansvarlig.

Det ble mottatt svar fra 139 respondenter, en svarprosent på 72,2 prosent. I 2010 ble det levert 70 spørreskjemaer og mottatt svar fra 40 respondenter, en svarprosent på 57 prosent. Svarprosent over 50 prosent er tilfredsstillende (17).

### «Det kan synes som kommunikasjonen og samhandlingen mellom sykehus og kommune er blitt bedre, men at det fortsatt kan bli bedre.»

I undersøkelsen fra 2015 ble de ansatte i hjemmesykepleien (n=84 respondenter) som utgjorde 46,6 prosent i svarprosent, skilt ut fra data som «Selected cases» ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package of the Social Sciences) (18). En oversikt over hvem som er skilt ut bør foreligge (17), og det fremgår av tabell 1.

Alle respondentene i 2010 (100 prosent) og de fleste i 2015 (91,7 prosent) var sykepleiere. I 2015 oppga 7,9 prosent av respondentene at de var ansatt som spesialsykepleier, pasientkoordinator, saksbehandler, enhetsleder, fagsykepleier eller samhandlingssykepleier. Utvalgene som denne studien baserer seg på, er alle ansatt som sykepleiere i hjemmesykepleien i 2010 (n=40) og i 2015 (n=84).

### Spørreskjemaet ble utviklet

Skjemaet besto av:

1. Bakgrunnsinformasjon: Stillingsbrøk. Ansatt som sykepleier eller annet. Ansatt i sykehjem, hjemmesykepleien eller annet.
2. Kommunikasjon og samarbeid.
3. Innholdet i meldingene fra sykehuset.

Disse spørsmålene ble også stilt i studien i 2010 (2). I tillegg ble det stilt nye spørsmål i 2015 om betydningen av informasjonsinnhenting. Spørreskjemaet besto av spørsmål med fem avkrysningsalternativer: Helt enig, Enig, Uenig, Helt uenig, Vet ikke.

I tillegg var det fire rubrikker for kommentarer. I 2010 og 2015 ble det gjennomført en forhåndsundersøkelse (17) av sykepleiere i kommunen, og noen justeringer ble foretatt før det endelige skjemaet ble utarbeidet.

### Etiske overveielser

Ledelsen i kommunene som rekrutterte respondenter, mottok informasjonsskriv og forespørsel om å delta i prosjektet. Skriftlig informert samtykke ble innhentet ved e-post til prosjektansvarlig. Respondentene fikk informasjon om at de var sikret anonymitet (17). Et besvart spørreskjema ble regnet som samtykke til å delta.

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (19) og fikk tildelt prosjektnummer. Data ble lagret etter gjeldende retningslinjer.

### Statistisk analyse

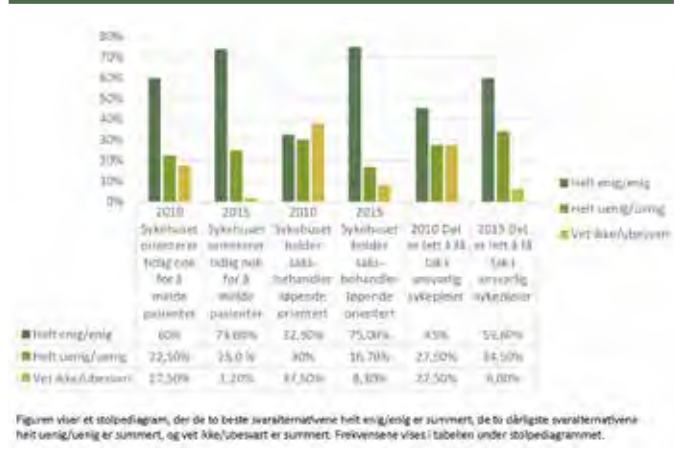
Dataene fra spørreundersøkelsen ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS (18). Det ble brukt beskrivende

Tabell 1. Kommunikasjon og samhandling uttrykt i frekvenser.

Kommunikasjon og samhandling		Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	Vet ikke/Ubesvart
Sykehuset orienterer (via elektronisk meldingsutveksling) tidlig nok for å melde pasienter som er innlagte.	2010n=40	4 (10)	20 (50)	9 (22,5)	0 (0)	7 (17,5)
	2015n=84	8 (9,5)	54 (64,3)	16 (19,0)	5 (6,0)	1 (1,2)
Sykehuset holder saksbehandlerne i kommunen løpende orientert om utskrivningsklare pasienter.	2010n=40	1 (2,5)	12 (30)	10 (25)	2 (5)	15 (37,5)
	2015n=84	9 (10,7)	54 (64,3)	13 (15,5)	1 (1,2)	7 (8,3)
Det er lett å få tak i ansvarlig sykepleier i sykehuset.	2010n=40	6 (15)	12 (30)	9 (22,5)	2 (5)	11 (27,5)
	2015n=84	5 (6,0)	45 (53,6)	21 (25,0)	8 (9,5)	5 (6,0)

Oversikt over respondentenes svar på en fempunktsskala fra 1= helt enig, 2= enig, 3= uenig, 4= helt uenig til 5= vet ikke, i antall, prosent (% i parentes). 2010 (n=40) er i vanlig skrift, 2015 (n=84) er i kursiv.

Figur 1. Kommunikasjon og samhandling.



Figuren viser et stolpediagram, der de to beste svaralternativene helt enig/enig er summert, de to dårligste svaralternativene helt uenig/uenig er summert, og vet ikke/ubesvart er summert. Frekvensene vises i tabellen under stolpediagrammet.

statistikk. I figur 1 og 2 vises stolpediagrammer der de to beste svaralternativene helt enig/enig er summert, de to dårligste svaralternativene uenig/helt uenig er summert, og vet ikke/ubesvart er summert. Frekvenser presenteres i tabell 1 og 2.

## RESULTAT

### Kommunikasjon og samhandling

Denne kategorien inneholder resultat som belyser hvordan respondentene oppfatter kommunikasjonen og samhandlingen mellom sykehusene og kommunene. På alle påstandene under kommunikasjon og samhandling har prosentandelen som har svart helt enig/enig økt fra 2010 til 2015, se figur 1.

De fleste respondentene uttrykte seg helt enig/enig i at sykehuset orienterer (via elektronisk meldingsutveksling) tidlig nok for å melde pasienter som er innlagte i 2010 (60 prosent), og i 2015 (73,8 prosent). I 2010 svarte et mindretall av respondentene (32,5 prosent), men de fleste i 2015 (75 prosent), at de var helt enig/enig i at sykehuset holder

saksbehandlere i kommunene løpende orientert om utskrivningsklare pasienter.

I 2010 svarte et flertall (45 prosent) og i 2015 svarte enda flere (59,6 prosent) helt enig/enig i at det var lett å få tak i en ansvarlig sykepleier i sykehus.

### Innholdet i meldingene fra sykehuset

Denne kategorien inneholder resultat som belyser hvordan respondentene oppfatter informasjonen fra sykehuset. På alle påstandene under innholdet i meldingene fra sykehuset har prosentandelen som har svart helt enig/enig, økt fra 2010 til 2015. Se figur 2.

De fleste respondentene uttrykte seg uenig/helt uenig i at sykehuset gir en helhetlig kartlegging av pasientens behov i meldinger til kommunene i 2010 (52,5 prosent), men i 2015 svarte like mange seg helt enig/enig (48,8 prosent) og helt uenig/uenig (48,8 prosent) i påstanden.

De fleste respondentene uttalte seg i 2010 helt uenig/uenig (45 prosent) i at innholdet i meldingene fra sykehuset er i samsvar med det kommunen mener er pasientens hjelpebehov og funksjonsnivå, men i 2015 svarte et flertall helt enig/enig (53,62 prosent) i påstanden.

I 2010 (45 prosent) svarte de fleste helt enig/enig i at meldingene fra sykehuset var til god hjelp for kommunen i utarbeiding av et riktig tilbud til pasienten, men i 2015 svarte enda flere (70,2 prosent) helt enig/enig i påstanden. I 2015 uttrykte de fleste (97,6 prosent) av respondentene at informasjonen ble innhentet ved elektronisk meldingsutveksling, og at de benyttet telefon som ett av midlene til å få til et godt tjenestetilbud (81 prosent).

Tabell 2. Innholdet i meldingene fra sykehuset uttrykt i frekvenser.

Innholdet i meldingene fra sykehuset	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	Vet ikke/Ubessvart
Sykehuset gir en helhetlig kartlegging av pasientens behov i meldinger til kommunen.	2010n=40 1 (2,5)	30 (25)	17 (42,5)	4 (10)	8 (20)
	2015n=84 1 (1,2)	40 (47,6)	31 (36,9)	10 (11,9)	2 (2,4)
Innholdet i meldingene fra sykehuset er i samsvar med det kommunen mener er pasientens hjelpebehov og funksjonsnivå.	2010n=40 4 (10)	30 (25)	16 (40)	2 (5)	8 (20)
	2015n=84 3 (3,6)	42 (50,0)	32 (38,1)	4 (4,8)	3 (3,6)
Meldingene fra sykehuset er til god hjelp for kommunen i utarbeiding av et riktig tilbud til pasienten.	2010n=40 7 (17,5)	11 (27,5)	11 (27,5)	4 (10)	7 (17,5)
	2015n=84 10 (11,9)	49 (58,3)	20 (23,8)	3 (3,6)	2 (2,4)

Overrøst over respondentenes svar på en fempunktsskala fra 1= helt enig, 2= enig, 3= uenig, 4 = helt uenig til 5= vet ikke, i antal, prosent (% i parentes). 2010 (n=40) er i vanlig skrift, 2015 (n=84) er i kursiv.

Figur 2. Innholdet i meldingene fra sykehuset.



Figuren viser et stolpediagram, der de to beste svaralternativene helt enig/enig er summert, de to dårligste svaralternativene helt uenig/uenig er summert, og vet ikke/ubesvart er summert. Frekvensene vises i tabellen under stolpediagrammet.

## DISKUSJON

### Kommunikasjon og samhandling

Det kan synes som kommunikasjonen og samhandlingen mellom sykehus og kommune er blitt bedre, men at det fortsatt kan bli bedre. Respondentene som har svart helt enig/enig på påstandene under kommunikasjon og samhandling, har økt i prosent fra 2010 til 2015.

Studiens resultat viser at de fleste respondenter i 2015 uttrykker at sykehuset orienterer via elektronisk meldingsutveksling tidlig nok (73,8 prosent), at sykehuset holder saksbehandlerne i kommunen løpende orientert (75 prosent) og at det er lett å få tak i en ansvarlig sykepleier i sykehus (59,6 prosent). Det kan bety at sykehus og kommunene i studien kommuniserer og samhandler bedre etter samhandlingsreformen (1). Studiens resultat gjenfinnes i Saksrevisjonen (10,11) og liknende forskning (20).

De fleste kommunene er helt eller delvis enig i at samhandlingsreformen (1) har bidratt til at samarbeidet mellom kommunen og sykehuset fungerer bedre. Forbedringen kan trolig tilskrives både samhandlingsreformen (1), samarbeidsavtalene og de elektroniske systemene (10,11).

Det er viktig at pasientopplysningene kommer tidsnok til at kommunene blir i stand til å legge til rette for gode tjenester for pasienten (11). På denne bakgrunn kan trolig resultatene i studien som viser god kommunikasjon og

» samhandling, også tilskrives en samarbeidsavtale mellom sykehuset og kommunene, som studien har til hensikt å belyse hvordan fungerer i praksis.

Sykepleiere i hjemmesykepleien opplever at samhandlingen ikke alltid fungerer når pasienter skrives ut fra sykehuset (21). Dette kan ha sammenheng med skjev maktfordeling mellom aktørene, og at det ikke er etablert en felles forståelse av hva de skal samhandle om og hvordan det skal gjøres (21). Bedring krever kunnskap, vilje og evne til å samarbeide på tvers av organisatoriske enheter, og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver (21).

### **Innholdet i meldingene fra sykehuset**

Det kan synes som meldinger fra sykehuset er til god hjelp for kommunene i utarbeiding av et riktig tilbud til pasientene, men at innholdet i meldingene kan bli bedre. På alle påstandene under innholdet i meldingene fra sykehuset har prosentandelen som har svart helt enig/enig økt fra 2010 til 2015.

I resultat fra studien i 2015 svarer like mange helt enig/enig (48,8 prosent) og uenig/helt uenig (48,8 prosent) på spørsmålet om sykehuset gir en helhetlig kartlegging av pasientens behov i meldinger til kommunen. I 2015 svarer et lite flertall helt enig/enig (53,6 prosent) på spørsmålet om innholdet i meldingene fra sykehuset er i samsvar med det kommunen mener er pasientens hjelpebehov og funksjonsnivå. Resultatene kan bety at informasjonen fra sykehuset oppfattes som mangelfull.

Tilsvarende resultat kommer frem i andre undersøkelser både før og etter samhandlingsreformen (1, 10, 11, 12, 22, 23). Ved utskrivning fra sykehus skal epikrise sendes til helsepersonell i kommunehelsetjenesten for at disse skal kunne vite hvilket behandlingsbehov pasienten har, og på den måten kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging (11).

Konsekvensen av mangelfull informasjonsutveksling kan være at hjemmesykepleien i kommunen blir forsinket i oppfølgingen av pasienten (10, 11, 24). I 2015 uttrykker de fleste respondentene seg helt enig/enig (97,6 prosent) i at informasjon blir innhentet ved elektronisk meldingsutveksling. I studien fra 2015 uttrykker respondentene at dersom informasjonen er utilstrekkelig etterspør de informasjon via e-Link eller telefon.

Det betyr at sykepleiere i kommunehelsetjenesten bruker tid på å etterspørre informasjon fra sykehuset, og dette er resultat som sammenfaller med Riksrevisjonens (10, 11). Når viktig informasjon om pasienten mangler er det utfordrende for kommunen å legge til rette for riktig behandling (10, 11).

I 2015 (70,2 prosent) svarte de fleste at de var helt enig/enig i spørsmålet om meldingene fra sykehuset er til god hjelp for kommunen i utarbeiding av et riktig tilbud til pasienten. Tilsvarende resultat gjenfinnes i Riksrevisjonens resultat og liknende forskning (11, 25).

Ulikheter i kartlegging og vurdering av pasientens behov kan trolig forklares ut fra ulike mål og rammer for sykehus og kommune (23). De organisatoriske rammene for sykehus

og kommune kan forstås som uttrykk for faglige ulikheter mellom sykehuset og kommunen (23).

### **KONKLUSJON**

Studiens resultat gjenfinnes i liknende forskning og er dermed ikke ny kunnskap. På bakgrunn av diskusjon av studiens resultat kan vi hevde at kommunikasjonen og samhandlingen mellom sykehuset og kommunene er forbedret. Forbedringen kan trolig tilskrives både samhandlingsreformen (1), samarbeidsavtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og de elektroniske systemene.

Videre kan vi også hevde at meldinger fra sykehuset er til god hjelp for kommunen i utarbeiding av et riktig tilbud til pasienten, men innholdet i meldingene fra sykehuset kan bli bedre.

Resultatene kan også tilskrives en samarbeidsavtale mellom sykehuset og kommunene, som studien har til hensikt å belyse hvordan fungerer i praksis.

Sykepleiere skal fremme samhandling mellom profesjoner og nivåer i helsetjenesten (16). Studien viser hva sykepleiere kan gjøre for å styrke samhandlingen mellom sykehuset og hjemmesykepleien, slik at pasientene mottar et planlagt tilbud når de kommer hjem. Dette kan gjøres ved å:

- Sørge for at pasientopplysninger fra sykehus kommer tidlig nok til hjemmesykepleien og holde saksbehandlerne i kommunen løpende orientert.
- Tilrettelegge for møter mellom sykehus og hjemmesykepleien før utskrivelse.
- Ha kunnskap, vilje og evne til å samarbeide på tvers av nivåer.
- Sørge for at innholdet i meldingen fra sykehuset gir en helhetlig kartlegging av pasientens hjelpebehov, funksjonsnivå og hjemmesituasjon.

Mangelfull samhandling og kommunikasjon mellom aktører som er involvert i pasienters tilbud i forbindelse med utskrivning fra sykehus, kan sette pasientsikkerheten i fare (2, 12, 26).

Forskningen bør rette seg mot den pasientnære virksomheten og systemet som gjør vedtak som påvirker pasientsikkerheten (2, 12, 26). Studien har vært rettet mot den pasientnære virksomheten og systemet: hva sykepleiere kan gjøre og hvordan samarbeidsavtalen fungerer mellom sykehus og kommune. ●

### **REFERANSER**

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (nedlastet 12.12.2019).
2. Tjostolven I. Trygt hjem fra sykehus. Sykepleien 2016; 04: 54–7. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/03/overforing-av-pasienter-fra-sykehus-til-hjemmet> (nedlastet 12.12.2019).
3. Meld. St. nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000ddd.pdf> (nedlastet 11.12.2019).
4. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252> (nedlastet 11.12.2019).
5. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (nedlastet 11.12.2019).

6. Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=Lovprosent20omprosent20folkehelsearbeid> (nedlastet 11.12.2019).
7. Nasjonal veileder. Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb/id661886/> (nedlastet 12.12.2019).
8. Grimsø A, Magnussen J. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. Oslo: Norsk Forskningsråd; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.bing.com/search?q=norsk+samhandlingsreform+et+internasjonalt+perspektiv&form=EDGTCT&qs=PF&vid=3d9fb516c08847f696b921768698189&refid=35969f3f6be04303939cb20202f3514&cc=NO&setlang=nb-NO&plvar=0> (nedlastet 24.07.19).
9. Viksjø TA. Norsk e-helse i verdenstoppen. Oslo: Dagens Medisin 3. juni 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/03/07/norsk-e-helse-i-verdenstoppen/> (nedlastet 07.03.2019).
10. Riksrevisjonen. Undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten. Oslo: Riksrevisjonen; 12. desember 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/undersokelse-av-helseforetakenes-praksis-for-utskrivning-av-pasienter-til-kommunehelsetjenesten> (nedlastet 24.07.2019).
11. Riksrevisjonen. Undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Oslo: Riksrevisjonen; 12. januar 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2015-2016/ressursutnyttelse-og-kvalitet-i-helsetjenesten-etter-innforingen-av-samhandlingsreformen/> (nedlastet 24.07.2019).
12. Forskningsrådet. Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen. Norges forskningsråd; juni 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&channel=crow&q=Evaluering+av+samhandlingsreformen> (nedlastet 25.07.2019).
13. Helsetilsynet. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Rapport fra Helsetilsynet 1/2016. Oslo: Helsetilsynet; 15. mars 2016. (hentet 24.07.19). Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2016/informasjonen-var-mangelfull-og-kom-ofte-for-sent-oppsummering-av-landsomfattende-tilsyn-i-2015/> (nedlastet 24.07.2019).
14. Grimsø A, Kirchhoff R, Aarseth T. Samhandlingsreformen i Norge. Nordiske organisasjonsstudier. 2015;17(3):3–12. Tilgjengelig fra: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2433316> (nedlastet 24.07.2019).
15. Meld. St. nr. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> (nedlastet 20.01.20).
16. Orvik A. Organisasjonell kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. Oslo: Cappelen Damm; 2015.
17. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser? Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015.
18. Johannessen A. Introduksjon til SPSS: versjon 17.4. utgave. Oslo: Abstrakt forlag; 2015.
19. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Personverntjenester. Må jeg melde prosjektet mitt? Bergen: NSD; 2019. Tilgjengelig fra: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/index.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html) (nedlastet 12.09.2019).
20. Paulsen B, Romøren TI, Grimsø A. A collaborative chain out of phase. *Intergrational Journal of Integrated Care*. 2013;13:110. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653281/pdf/ijic2013-2013008.pdf> (nedlastet 12.12.2019).
21. Tønnessen S, Kassah BL, Tingvoll WA. Samhandling med spesialisthelsetjenesten – sett fra hjemmesykepleiers perspektiv. *Sykepleien Forskning*. 2016;11(1):16–23. Tilgjengelig fra: [https://static.sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/16fol\\_art\\_tonnessen\\_3899.pdf?c=1457356375](https://static.sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/16fol_art_tonnessen_3899.pdf?c=1457356375) (nedlastet 12.12.2019).
22. Bratthim BJ, Hellesø R, Melby L. Elektronisk meldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*. 2016;11(1):26–33. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/elektronisk-meldingsutveksling-ved-utskrivning-av-pasienter-fra-sykehus> (nedlastet 12.12.2019).
23. Danielsen B, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*. 2010;5(1):28–34. Tilgjengelig fra: <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/342952.pdf?c=1410453150> (nedlastet 12.12.2019).
24. Olsen RM. Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter. (Doktorgradsavhandling.) Sundsvall: Mittuniversitetet, Institutionen för Hälsovetenskap; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:628706/FULLTEXT01.pdf> (nedlastet 12.12.2019).
25. Melby L, Bratthim BJ, Hellesø R. Patients in transition – Improving hospital – home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. 2015. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/jocn.12991> (nedlastet 12.12.2019).
26. Ødegård S. Patientsäkerhet. I: Leksell J, Lepp M, red. *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. I utg. Stockholm: Liber AB; 2013. s. 253–4.

Derfor skrev jeg denne artikkelen



**Inger Tjøstolsen**  
Førstelektor.  
Høgskolen i Østfold

**S**om lærer i sykepleierutdanningen er jeg opptatt av å diskutere hva sykepleiere kan gjøre for å fremme god samhandling, og hvordan man i utdanningen kan tilrettelegge for å utvikle denne kompetansen.

Artikkelen diskuterer problemområder forbundet med utskriving av pasienter fra sykehus til hjemmesykepleien før og etter samhandlingsreformen. Diskusjonen av funnene i artikkelen kan være et bidrag til at pasientinformasjon fra sykehus til kommuner kan bli bedre for pasientene. Det er viktig at man i sykepleierutdanningen formidler forskning som diskuterer informasjonsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, og dermed bidra til bevisstgjøring rundt dette temaet i utdanningen.

Sykepleiere skal fremme samhandling mellom profesjoner og nivåer i helsetjenesten. Studien viser hva sykepleiere kan gjøre for å styrke samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien, slik at pasientene mottar et tilbud som er godt planlagt når de kommer hjem. Artikkelen innebærer en operasjonalisering av sykepleierens organisatoriske kompetanse og kan dermed være et bidrag til utdanningens utvikling av denne kompetansen.



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

**FAGARTIKKEL:**  
**Hvordan kan sykepleiere styrke samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien?**



**HOVEDBUDSKAP:**

Elektronisk studentvurdering (ESV) er et effektivt verktøy for å veilede og gi tilbakemeldinger til sykepleierstudenter i praksis. Et pilotprosjekt viser at sykepleiere og lærere er mer samstemte om hva som forventes av studentene, og gir flere og mer konstruktive tilbakemeldinger. Ved å benytte ESV blir det enklere for sykepleiere å gi feedback som en integrert del av arbeidsoppgavene.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.80494

**NØKKELOD:**

► Sykepleierstudent ► Undervisning ► Praksisstudie ► Evaluering

# Elektronisk vurdering er effektivt for studenter i praksisstudier

Et elektronisk studentverktøy kan fremme læringsmiljøet for studenter i veiledet praksis. De får flere og mer presise tilbakemeldinger og en lett tilgjengelig oversikt over læringsmål og -aktiviteter.

**S**ykehuset Innlandet, NTNU i Gjøvik og Høgskolen i Innlandet gjennomførte i 2017–19 et samarbeidsprosjekt om å utprøve et elektronisk verktøy (ESV) for vurdering av studenter i praktiske studier i sykepleie.

Motivasjonen for å prøve ut et nytt verktøy er todelt: behovet for å utdanne flere sykepleiere og behovet for høy kvalitet på veiledning og vurdering av sykepleierstudenter i praksisstudier.

**DET ER BEHOV FOR KVALIFISERTE VEILEDERE**

Norge vil ha behov for flere sykepleiere for å kunne møte den demografiske utviklingen med stadig flere eldre. En bachelorgrad i sykepleie består av 50 prosent teori og 50 prosent praktiske studier. Skal det utdannes flere sykepleiere, betyr det at antall praksisplasser med kvalifiserte veiledere må økes.

I realiteten er det mangelen på kvalifiserte veiledere som begrenser opptak av flere sykepleierstudenter. Vi kan altså argumentere for at praksisplasser er en flaskehals for å ta inn flere studenter på høyskolene og universitetene.

Når studentene er i praksis, forventer de veiledning og tilbakemeldinger. I en hektisk sykehushverdag kan det være vanskelig å få tid til disse oppgavene, da sykepleiere må prioritere pasienter foran studenter.

**FORFATTERE**



**Anne Grethe Kydland**  
Førstelektor, Seksjon for sykepleie, Høgskolen i Innlandet, Elverum



**Solveig Struksnes**  
Dosent, Institutt for helsevitenskap, NTNU, Gjøvik



**Siv Sønsteby Nordhagen**  
Førstelektor, Institutt for helsevitenskap, NTNU, Gjøvik



**Fred Morten Søbakkken**  
IKT Virksomhetsarkitekt, Sykehuset Innlandet, Brumunddal



**Ingeborg Rustad**  
Assisterende avdelingssykepleier, Kirurgisk avdeling H4, Sykehuset Innlandet, Hamar



**Martha H. Høvik**  
Spesialsykepleier, Nevrologisk avdeling, Sykehuset Innlandet, Lillehammer

Det er viktig for studentenes læring at de får en tilbakemelding på det de har utført (1, 2). Tilbakemeldinger bør være relatert til hva som er forventet av studentene på det aktuelle nivået.

Vår erfaring og forskning viser at studenter opplever at lærere og veiledere ikke har de samme forventningene til hva som skal læres, og at utdanningsinstitusjonens dokumenter både er lite tilgjengelige og vanskelige å forstå for veilederne (3–5).

Et annet forhold som kompliserer veiledningsarbeidet for sykepleiere i praksis, er at samme avdeling kan ha studenter på ulike nivåer i utdanningen samtidig. Sykepleierne må dermed forholde seg til ulike læringsmål i sin veiledning.

For å kunne utdanne flere sykepleiere er det behov for gode og effektive verktøy som kan medvirke til at veilederne kan effektivisere og kvalitetssikre arbeidet med å gi

studentene konstruktive og relevante tilbakemeldinger.

**STUDENTENE ØNSKER Å BLI SETT**

Forskning viser at vurdering av sykepleierstudenter i praktiske studier er et problemområde både nasjonalt og internasjonalt (6). Westad fant i sin forskning at sykepleiere synes det er et stort ansvar å veilede studenter, og at de har liten tid til slik veiledning (7).





**BRUKERVENNLIG:** Både studenter og veiledere kan logge seg inn i vurderingsverktøyet ESV gjennom smarttelefonen sin. Illustrasjonsfoto: Syda Productions / Mostphotos

### FAKTA

#### Single-System Designs

En grafisk fremstilling av graden av et måloppfyllelseskriterium.

1-----2-----3-----4-----5  
Ingen Noe Passe Sterk Veldig sterk

Tydliggjøring av oppnådd læringsutbytte:

*Single-System Designs* er et system å for å kunne angi i hvilken grad læringsutbyttet (målet) er oppnådd. Grunntanken med et slikt system er at det skal beskrive et forløp ved hjelp av grafiske illustrasjoner (11).

I en studie om praksisveiledning av sykepleierstudenter kom det frem at studentene ønsker å bli «sett». De stilte spørsmål ved lærernes mulighet til å vurdere studenter i praksis, da de sjelden er til stede i avdelingen.

Studien påpekte at når veilederne var syke eller hadde fri/ferie, kunne det medføre at studentene ikke fikk tilbakemelding. Andre sykepleiere overtok ikke automatisk ansvaret med å følge opp studentene i slike tilfeller (8).

Det er et faktum at tilbakemelding er viktig for læring. Sett i lys av at sykepleiere har mange oppgaver, kan det synes viktig å legge til rette for at veiledning og tilbakemelding blir en integrert del av hverdagens oppgaver for sykepleiere.

Det er et kjennetegn på et godt læringsmiljø at forventningene mellom sykepleieren, læreren og studenten er avklart, og at studenten får veiledning og relevante tilbakemeldinger (1, 8, 9). Ivarjord og Kitzmüller fant i sin studie at sykepleierstudenter synes at kvaliteten på praksisstudiene

er god hvis de får konstruktive tilbakemeldinger (10).

Hensikten med vår studie er å vurdere om bruk av elektronisk studentvurdering kan fremme læringsmiljøet og bidra til å redusere sykepleieres arbeid med veiledning og tilbakemeldinger til studenter (9).

#### **SINGLE-SYSTEM DESIGNS VISER STUDENTENS NIVÅ**

ESV er basert på en vurderingsmal hvor læringsutbyttene er beskrevet som læringsaktiviteter som studentene skal utføre. En nivåinndeling gjør det tydelig for veilederen hva som forventes av studenten.

ESV inneholder åtte kategorier for ulike læringsaktiviteter som studentene skal arbeide med i praksis:

- kunnskaper
- ferdigheter
- medikamenter
- sykepleieprosessen
- helsefremming
- samhandling
- hygiene
- etikk

Vurderingen av læringsutbyttene har vi gjort etter *Single-System Designs* (se faktaboks).

Når vi benytter dette designet, kan vi se i hvilken grad studenten har oppnådd målene ved hjelp av nivåinndelinger. Designet sier noe om graden av måloppnåelse og beskriver læring ved hjelp av ulike nivåer (11). For eksempel er «Tilfredsstillende» («T») nivået som forventes ved sluttvurderingen av studenten for å få bestått praksis (6).

Malen har følgende nivåinndeling:

- LT: Lite tilfredsstillende
- NT: Nokså tilfredsstillende
- T: Tilfredsstillende

- MT: Meget tilfredsstillende
- ST: Svært tilfredsstillende

Vi har utarbeidet vurderingskriterier i alle kategoriene for hver praksisperiode med økende progresjon fra første til tredje praksisperiode på sykehus. For å sikre progresjon fra første til andre og tredje praksisperiode har vi tatt utgangspunkt i beskrivelsen av nivået «T».

Vi har satt beskrivelsen av «T» inn i en tabell som viser hver enkelt kategori i de tre sykehuspraksisene som studentene skal igjennom. Tabell 1 er utarbeidet for å synliggjøre studentens progresjon i praksis.

Beskrivelsen av hva som er forventet ved måloppnåelse, skal være lett å forstå og bruke for å vurdere studenten. Se tabell 1.

I pilottestingen av ESV har vi vurdert beskrivelsene i de ulike syklusene kontinuerlig. Vi har endret vurderingskriteriene underveis slik at de er robuste og tydelige som ledd i en kvalitetssikringsprosess.

### VEILEDERE MARKERER STUDENTENES NIVÅ

Rent praktisk er ESV merket som et ikon som alle sykepleiere

og studenter får opp ved innlogging på sin jobb-PC. Studentene markerer hvilke(n) kategori(er) de vil arbeide med den aktuelle dagen, og skriver en egenvurdering av læringsaktiviteter i den aktuelle kategorien.

Veilederen kan gi tilbakemelding ved å markere nivået («LT», «NT», «T», «MT», «ST»), skrive en kommentar eller begge deler. Se figur 1.

Når veilederen markerer hver enkelt kategori med et nivå mellom «LT» og «ST», synliggjøres kriteriene som gjelder for den aktuelle studenten (figur 1). Studenten skriver egenvurdering daglig samt midt- og sluttvurdering.

Alle tilbakemeldinger blir lagret med dato og signatur og danner grunnlaget for midt- og sluttvurdering. Både studenten og veilederen kan logge seg inn i ESV gjennom mobiltelefonen sin (figur 1).

Nedenfor er et eksempel på nivåer for samtaler som en student har hatt med pasienter (figur 2).

I ESV-verktøyet kan veilederen gi løpende formative og summative tilbakemeldinger underveis og en oppsummert vurdering midtveis som skal bidra til å tydeliggjøre hvordan studenten kan oppnå forventet læringsutbytte.

Til slutt gjør veilederen, læreren og studenten en samlet vurdering opp mot hva det er forventet at studenten skal oppnå for perioden (11–13).

Tabell 1. Kunnskapskriterier for sykehuspraksis 1, 2 og 3

Praksisperiode	Kunnskaper
1	Har oversikt over de mest vanlige sykdommer/skader ved avdelingen og hvordan disse påvirker grunnleggende behov. Kan gi faglig begrunnelse for aktuelle sykepleietiltak og vise til pasienteksempler.
2	Forklarer hvordan akutte, alvorlige og kroniske sykdommer/påvirkninger påvirker grunnleggende behov, og forklarer aktuell sykepleie og behandling. Kjenner til aktuelle prøver og undersøkelser.
3	Forklarer hvordan akutte, alvorlige og kroniske sykdommer/lidelser påvirker grunnleggende behov, hvilke symptomer de gir, og hvilke sykepleietiltak som er aktuelle. Forklarer aktuell behandling, miljømessige tiltak, aktuelle prøver og undersøkelser og ulike reaksjoner hos pasienter og pårørende.

Tabellen viser eksempler på læringsutbyttet studenten skal ha oppnådd (T) for de tre ulike praksisperiodene. Her er nivåene sammenstilt for å synliggjøre studentens forventede progresjon for å bli bestått praksis.

Figur 1. Eksempler på kategorier i ESV



Eksempler på to kategorier i ESV med student- og veilederkommentarer. «Mouse-overs» på nivåene synliggjør kriteriene.

### PROSJEKTET EVALUERES ETTER PRAKSIS

Studenter, veiledere, avdelingsledere og lærere er rekruttert tilfeldig. Pilotprosjektet har utarbeidet en plan for utprøving av ESV i ulike avdelinger på Sykehuset Innlandet. Alle studenter, veiledere, avdelingsledere og lærere som har vært på de aktuelle avdelingene, har blitt invitert til å delta i prosjektet.

Prosjektet har blitt evaluert gjennom et spørreskjema som i etterkant av hver praksisperiode ble sendt til alle studenter, veiledere, lærere og avdelingssykepleiere som har testet ESV.

Spørreskjemaet er utviklet i Forms (Office 365) og består av Likert-skalerte holdningsutsagn fra 1–5, hvor 1 betyr «Helt uenig» og 5 betyr «Helt enig». Spørsmålene omhandler både innholdet og brukervennligheten i ESV.

Informasjon om at deltakelsen var frivillig, og hvordan vi ivaretok informantens anonymitet, sto på spørreskjemaets første side. Når informantene sendte inn spørreskjemaet, betraktet vi det som et samtykke til å delta.

Spørreskjemaet var tilpasset de ulike brukergruppene, og det ble distribuert via e-post. Alle svar ble returnert til prosjektdeltakerne i avidentifisert form.

### STUDENTENE FÅR BEDRE TILBAKEMELDINGER

Resultatene etter fire perioder med ESV viser at studentene (52) opplever at de får flere og mer presise tilbakemeldinger, og at veilederne og lærerne er mer samstemte i sine forventninger til studentene enn uten bruk av verktøyet.

ESV gir en oversikt over hvor mange og hvem av studentene som har fått tilbakemelding, og det er derfor lett å oppdage om noen studenter har få eller ingen tilbakemeldinger.

Verktøyet viser seg å gi god oversikt over aktuelle læringsaktiviteter og -mål, noe alle informantene påpeker. Det er også

et funn i vår studie at studentene opplever å få flere tilbakemeldinger jo flere ganger ESV har blitt anvendt på avdelingen.

Sykepleierne opplever at de får bedre arbeidsflyt, og at de bruker mindre tid på dokumentasjonen når de har brukt ESV flere ganger.

De foreløpige resultatene etter fire perioder viser at studenter, veiledere, lærere og avdelingssykepleiere er overveiende positive til verktøyet. Aktuelle utfordringer studentene har, vil bli synliggjort gjennom tilbakemeldinger som er dokumentert i ESV.

Tilbakemeldingene underveis er signert og tidfestet og fremstår som en «logg» som kan legges til grunn for den summative midt- og sluttvurderingen. Alle sykepleierne i den aktuelle avdelingen kan gi tilbakemelding om studentene i ESV.

«Loggen» med tilbakemeldinger i ESV øker studentenes trygghet på at det er en samstemt forståelse og oppfatning av deres utfordringer eller styrker.

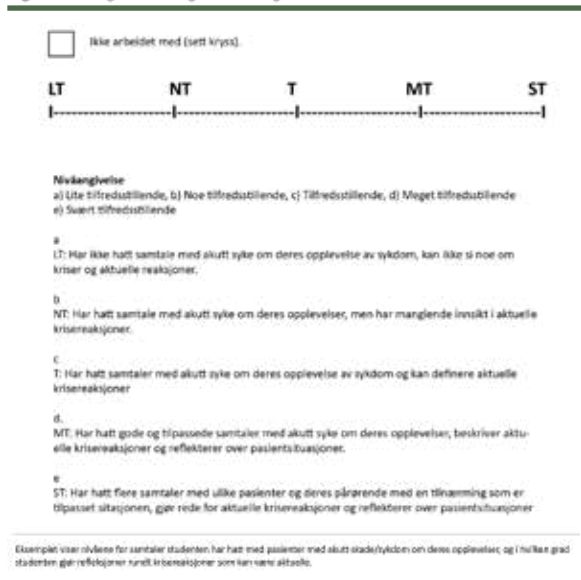
Ved at veilederne bruker ESV, kan problemet med vurdering etter «skjønn» bli mindre, da kriteriene har som mål å være tydelige og lett tilgjengelige for å sikre relevante tilbakemeldinger til studentene.

## KONKLUSJON

ESV er et verktøy som gjør læringsmålene tydelige på en lett tilgjengelig måte, både for studentene, veilederne og lærerne. Prosessen med å finne informasjon om hva som er forventet av studenten, er forenklet.

Å ha læringsmålene elektronisk og dermed lett tilgjengelig gjør det enklere for veilederne å gi relevante tilbakemeldinger. Når de benytter ESV, kan det bidra til at de tar felles ansvar for vurdering av studenter fordi det er enkelt å finne aktuell dokumentasjon om hva studentene har arbeidet med, og gi tilbakemeldinger på utførelsen.

Figur 2. Nivåangivelse i kategorien «Ferdigheter»



Ved å bruke ESV kan flere sykepleiere ta ansvar for å gi tilbakemelding til studentene når eventuell kontaktsykepleier har fravær fordi verktøyet gir en lett tilgjengelig oversikt over læringsmål og -aktiviteter.

Dette er argumenter for at ESV kan fremme læringsmiljøet for studenter i veiledet praksis fordi de får flere tilbakemeldinger og opplever at veiledere og lærere er samstemte om hva som forventes av dem (1).

ESV gir læreren mulighet til å lese studentens tilbakemeldinger og egenvurderinger underveis uten å være fysisk til stede. Det kan medvirke til å kvalitetssikre midt- og sluttvurderingen fordi ESV gir læreren god oversikt over studentens aktiviteter.

Med utgangspunkt i våre erfaringer mener vi at innføring av ESV kan gjøre veiledning og vurdering av studenter i praksis enklere for sykepleiere. Det vil dermed være et godt verktøy når studenttettheten øker, og bidra til å kvalitetssikre vurderingsgrunnlaget samt fremme læring gjennom enighet om måloppnåelseskriterier.

Alle tilbakemeldinger lagres i en samlet oversikt som er lett tilgjengelig for både studenter, veiledere og lærere. En slik oversikt gir mulighet til å få viktig informasjon, for eksempel data om hvilke kategorier studentene har problemer med å oppnå, eller hvilke kategorier de er gode på.

Etter vår mening vil en slik oversikt gi verdifull kunnskap for utdanningsinstitusjonen når det gjelder valg av satsing på eller endring av undervisning, slik at flere sykepleiere utdannes fordi flere oppnår forventet læringsutbytte. ●

## REFERANSER

1. Kydland AGR, Høye S. Samspill mellom øvingsavdeling og praksis i sykepleie – mer læring? Nordisk sykepleieforskning. 2015;5(1):75–83.
2. Øiestad G. Feedback. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
3. Alvsvåg H, Førland O. Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. Vård i Norden. 2006;26(3):34–8. DOI: 10.1177/010740830602600308
4. Bjerknes MS, Christiansen B. Praksisveiledning med sykepleierstudenter. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
5. Ekman S, Fladeby N, Johansen I, Hårdeland C, Leonardsen ACL. Hvordan kan sykepleierstudenter få det bedre når de er i praksis? Sykepleien. 2019;107(74902):e-74902. DOI: 10.4220/Sykepleien.2019.74902
6. Kydland AGR, Nordström G. Nytt skjema er egnet til å vurdere praktiske studier i sykepleie. Sykepleien Forskning. 2018;13(74323):e-74323. DOI: 10.4220/Sykepleien.2018.74323
7. Westad HK. Veilederes beveggrunner for å unnlate å gi ikke-bestått i praksisstudier til tross for at læringsutbyttene ikke er nådd. Scand J Caring Sci. 2015;35(1):20–8.
8. Bogsti WB, Solvik E, Engelen RI, Moen OL, Nordhagen SS, Struksnes S, et al. Strengthened supervision during clinical practice in nursing education. Vård i Norden. 2013;33(1):56–60. DOI: 10.1177/010740831303300112
9. Raaheim A. Læring og undervisning. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
10. Ivarjord L, Kitzmüller G. Veiledning av sykepleiestudenter i klinisk praksis – hva anser sykepleiere som viktig i utøvelsen av veilederrollen? Nordisk sykepleieforskning. 2019;9(01):6–19.
11. Eriksson BG, Karlsson P-Å. Att utvärdera välfärdarbete. Stockholm: Gothia; 2008.
12. Sverdrup S. Evaluering: tilnærming, modeller og eksempler. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
13. Taras M. Assessment – summative and formative – some theoretical reflections. Brit J Educ Stud. 2005;53(4):466–78. DOI: 10.1111/j.1467-8527.2005.00307.x

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:  
**Elektronisk vurdering er effektivt for studenter i praksisstudier**



**HOVEDBUDSKAP:**

Vi brukte et krigsmuseum som undervisningsarena i etikkundervisningen på sykepleierutdanningen. Det førte til at studenter viste etisk sensibilitet og evne til å sette seg inn i andres situasjon. Opplevelser på krigsmuseet satte i gang tankeprosesser om fremtidige forventninger til deres kompetanse. Studentene beskrev at de fikk økt forståelse for at etikk er et viktig tema i utdanningen, og det gjorde dem mer bevisst på at de vil møte etiske dilemmaer i arbeidet som sykepleiere.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.80279

**NØKKELOD:**

► Sykepleierstudent ► Sykepleierutdanning ► Undervisning ► Pedagogikk ► Etikk

# Etikkundervisning på krigsmuseum gjorde studentene mer reflekterte

Studentene fikk bedre forståelse for hvor viktig det er å lære om etikk og empati i sykepleierutdanningen da de besøkte Falstadsenteret.

**K**an det å benytte et krigsmuseum som undervisningsarena i sykepleierutdanningen fremme etisk sensibilitet? Og kan læring gjennom refleksjon fremme forståelse av empati som fenomen i sykepleie?

Etikk inngår som et sentralt tema i sykepleierutdanningen. Empati og etisk sensibilitet er grunnleggende i all sykepleie (1–3). Sykepleierstudenters evne til å utvikle moden empati krever emosjonelt arbeid og læring ved å reflektere over erfaringer (4–7). Derfor kan et krigsmuseum som undervisningsarena være verdt å prøve ut.

Med ønske om å videreutvikle et pedagogisk opplegg i etikk er det etablert et samarbeid mellom en sykepleierutdanning og et krigsmuseum om gjennomføring av et undervisningsopplegg til førsteårsstudenter i sykepleie.

**STUDENTENE LESTE OM ANDRE VERDENSKRIG**

Temaet var etikk, med særlig vekt på empati. Opplegget var tredelt. I forkant av et besøk i krigsmuseet ble studentene anbefalt å lese pensum og artikler som omhandlet en rettsak der sykepleiere under andre verdenskrig hadde deltatt i drap og ble tiltalt etter krigen. Da studentene møtte opp på museet, fikk de en introduksjon av en representant for museet. Han orienterte om museets historie.

Museet hadde vært barnehjem, før det ble fangeleir under andre verdenskrig. Etter forelesning og omvisning på museet fikk studentene utdelt gjenstander som hadde tilhørt fanger, og som studentene kunne se, holde og reflektere rundt.

**FORFATTERE**



**Aud Emelie Evensen**  
Førstelektor, Fakultetet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Levanger Campus



**Hilde Munkeby**  
Stipendiat, Fakultetet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Levanger Campus



**Hildfrid Vikkelsmo Brataas**  
Professor, Fakultetet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Levanger Campus

I etterkant jobbet studentene i grupper med refleksjon og skriving av refleksjonsnotat. Vi har gjennomført innholdsanalyse av notatene. Studentene har gitt informert samtykke til anonymisert sitering fra refleksjonsnotatene i artikkelpublikeringen.

**HUN BLE BERØRT AV DET HUN SÅ**

I løpet av besøket i den tidligere fangeleiren kunne studentene vandre rundt i museet. I kjelleren var det et lite rom som ble brukt som isolat i fangeleiren. Dette var et rom på én kvadratmeter, med glatte murvegger, ingen belysning

og ingen varme. Her ble fangene plassert som straff, uten mat, drikke og lys i opptil tre døgn.

For å gjøre oppholdet ekstra uutholdelig ble det slått kaldt vann på gulvet. «Å stå i dette rommet i tre dager måtte oppleves som umenneskelig», kommenterte en student. Studentens utsagn vitner om at dette berørte studenten emosjonelt og vekket hennes evne til empati. Hun formelig så for seg hvordan fangen måtte ha opplevde det – kald, sulten, i smerte og mest sannsynlig redd.

**HVA ER EMPATI?**

Empati er evnen til persepsjon og å sette seg inn i andres situasjon. Empati er en grunnleggende følelsesmessig evne hos mennesket (8). I sykepleiefaget blir empati ansett som en sentral ferdighet for å forstå og virkelig hjelpe mennesket en står overfor (9). Empati i sykepleieutøvelsen handler om evnen til å oppdage og bli følelsesmessig berørt, en etisk sensibilitet som grunnlag for moralsk handling. Denne evnen inngår i



**STERKE INNTRYKK:** På Falstadsenteret får studenter lære hvordan fanger og soldater hadde det under krigen. Illustrasjonsfoto: Falstadsenteret

etisk kompetanse som Gallagher (10) kaller «ethical seeing or perception».

#### **SYKEPLEIERE UTFØRTE MEDISINSKE FORSØK**

Under andre verdenskrig deltok sykepleiere i å utføre medisinske forsøk og behandlinger som vi i dag vil beskrive som grusomme, samt i drap av mer enn 10 000 mennesker (11). En av de første sykepleierne som tok en doktorgrad, var en tysk sykepleier som utførte undersøkelser av rumenske barn ved et barnehjem. Hennes studier ble benyttet i nazistenes eutanasi-program, og barna endte sine liv i Auschwitz (12).

En kan riste på hodet av tidligere tiders åpenbare synder og mangel på evne til empati og innlevelse. Studier viser at sykepleiere heller ikke i dag alltid er i stand til å oppdage og forstå når etisk krevende situasjoner oppstår i deres hverdagspraksis (13, 14).

Ikke bare nye, men også erfarne sykepleiere må vedlikeholde evnen til å forstå hvordan det oppleves å være pasient. Med evne til etisk sensibilitet bør de formelig kunne kjenne på hvordan det er å være kald, sulten, i smerte, usikker og redd, og legge det til grunn i deres moralske opptreden.

Moden empati krever emosjonelt arbeid og innebærer å kunne skille mellom egne følelser som empatien skaper, og pasientens perspektiv. Det kan i praksis innebære å ikke la seg overmanne av følelser som oppstår i møte med andres lidelse, og heller ikke velge kynisk distanse til opplevelsen. Det er pasienten som lider, men sykepleieren får en innsikt i eller en anelse om hvordan dette oppleves, og sykepleierens handlinger må svare på pasientens behov og ikke deres egne.

#### **STUDENTENE REFLEKTERTE OVER OPPLEVELSENE**

I en empatisk reaksjon fra sykepleieren inngår både emosjonelle og kognitive prosesser. En slik reaksjon utgjør en erfaring

som består av iakttakelser, reaksjoner og handlinger. Mange teoretikere hevder at refleksjon når man erfarer og handler, og refleksjon i etterkant over det som skjedde, er viktig for å lære av erfaringer i både sykepleierutdanning og senere i profesjonsutøvelsen (5, 6, 15, 16).

Studenter kan lære gjennom refleksjon over det en selv eller andre har erfart, for eksempel i studentgrupper som sammen reflekterer over en hendelse (16). Mann, Gordon og MacLeod (17) viser til Dewey, Moon og Boud sine definisjoner av refleksjon, som alle fremhever «purposeful critical analysis of know-

#### **«Museet hadde vært barnehjem, før det ble fangeleir under andre verdenskrig.»**

ledge and experience, in order to achieve a deeper meaning and understanding» (17, s. 597).

Ved å se flere sider av en situasjon kan ettertenking om det persiperte, og faglige og etiske overveielser over handlingsvalg, føre til dypere personlig og faglig innsikt og utvikling av erfaringskunnskap om velgjørenhet i profesjonsutøvelsen.

For å bli reflekterte og etisk bevisste praktikere trenger studentene å trene på å stille kritiske spørsmål, reflektere og vurdere ulike forhold som er aktuelle i den enkelte praksissituasjon. I klinisk praksis har sykepleiere lite tid til å få gjort alle vurderinger som trengs. Studenter kan derimot bruke tid på å øve på slike prosesser.

#### **DE BENYTTET EN MODELL FOR REFLEKSJON**

Det finnes flere verktøy og modeller for etisk refleksjon og strukturering av refleksjonsprosesser (17, 18).

Studentene som deltok i opplegget på krigsmnneuseet skulle benytte en modell for strukturert refleksjon som Even- sen, Wille og Brataas (16) har beskrevet. Den omfatter fem

faser: 1) beskrivelse av en hendelse, 2) å se tilbake på hendelsen og vurdere grunner for det deltakerne tenkte og gjorde, 3) utdyping av hendelsens teoretiske eller etiske sider og mulige syn som motsier hverandre, 4) erkjennelse av hvordan deltakerne ser på situasjonen etter utdypingen, og 5) å sette ord på hva de har lært, og hvordan de kan bruke dette i praktisk yrkesutøvelse (16).

Tilbake til studentens utsagn om «isolatet»: Hadde vi klart å formidle og få frem samme opplevelse i en forelesning? Hadde omgivelsene og den sanselige opplevelsen en betydning? Studentene reagerte på noe som avviker fra det de vanligvis opplever. Denne primærerfaring ble erfart kroppslig, følelsesmessig og i bevisstheten. Isolatet erfares som trangt og kaldt.

Ifølge Deweys' teori er det erfaringens kvalitet som gjør at det skjer læring (19). Når vi opplever noe, skjer læring enten som en intuitiv tilpasning eller gjennom tolkning og refleksjon over hendelsen. En intuitiv tilpasning kunne vært at studenten trakk seg bort fra isolatet, i håp om at følelsen som oppsto, skulle gå over. Det skjedde ikke. Studentene viste etisk sensibilitet og følelsesmessig evne til å sette seg inn i andres situasjon (8).

## LÆRING ER EN PROSESS

Hos førsteårsstudentene kan emosjonelle opplevelser gi læringspotensial for fremtidig utvikling av moden empati. Hoffmann understreker at forutsetningen for moden empati er at sykepleiere er i stand til å skille mellom seg selv og andre angående emosjonelle reaksjoner i forskjellige situasjoner (4).

En studentgruppe begynte refleksjonsarbeidet med å beskrive hendelsen der de fikk se isolatet og at de reagerte intuitivt på beskrivelsen av hvordan fanger ble behandlet. Persepsjon og intuitive reaksjoner er et viktig innledende steg i erfaringslæring. Men erfaringslæring er mer dyptgående enn læring som skjer i form av alminnelig, delvis ureflektert tilpasning i hverdagslivet. Erfaringslæring er en erkjennelsesprosess som omfatter læringsdimensjoner i form av granskende betraktninger og utvikling av dypere, ny innsikt (16, 17, 20).

## HVA SYNES STUDENTENE OM MUSEUMSBESØKET?

I refleksjonsnotatene til studentene var det lagt lite vekt på å beskrive hva og hvordan de hadde diskutert. De la derimot vekt på at opplevelsene på krigsminnemuseet satte i gang tankeprosesser som dreide seg om fremtidige forventninger til deres kompetanse. Flere studenter mente at besøket fikk dem til å tenke over hvilke holdninger og verdier de som sykepleiere bør ha.

Tredje fase i refleksjon strukturert ut fra modellen Evensen og medarbeidere (16) har beskrevet, er å utdype og betrakte hendelsens ulike teoretiske, etiske og holdningsmessige sider.

Vi har ikke data om hvordan studentene arbeidet i en slik fase, men etter en utdyping om hendelsen skrev studentene følgende: «Som sykepleier vil man stå overfor mange etiske dilemmaer. Vi kan ta med oss hvordan pasienter på fangeleiren

## Hva er persepsjon?

Persepsjon er sanseinntrykk eller sanseoppfatninger og den påfølgende tolkningen. Persepsjon innebærer to trinn: at et sanseorgan stimuleres, og at denne stimuleringen så resulterer i en opplevelse.

Kilde: Store norske leksikon

ble behandlet når vi selv skal utføre sykepleie. Dette for å kunne sette oss inn i hvordan vi selv ikke vil bli behandlet og ikke vil behandle andre. Vi har også lært at det er viktig å reflektere over sine handlinger, både gode og dårlige.»

Både denne gruppen og de andre gruppene ga uttrykk for hva de hadde lært og ville bruke i sine studier og senere i sin praksis som sykepleiere. Et eksempel var som følger: «Vi som sykepleiere bør ha et

åpent og godt menneskesyn. Ta hensyn til at alle kan slite med sitt, bakgrunn og religion. Det er viktig å få pasienten til å føle seg trygg, sett, spesiell og/eller føle at man kan få være seg selv uten at vi som sykepleiere dømmer pasienten.»

## DE FORSTÅR AT ETIKK ER VIKTIG

Studentene hadde fått innføring om strukturert refleksjon i grupper (16). Det er usikkert om studentene fulgte fasene i modellen. Å forstå begreper og sammenhenger er en krevende

## «Her ble fangene plassert som straff, uten mat, drikke og lys.»

de prosess (16). Burde denne prosessen om strukturert refleksjon være veiledet?

Refleksjonsnotatene beskrev ikke hvordan studentene reflekterte, og hvordan de forholdt seg til teori, men de viste at undervisningstemaet engasjerte. Undervisningsprinsipper som anvendes, bør legges til rette for at studenter blir engasjerte og aktive (22).

Proessen ga studentene mer forståelse for at etikk er et viktig tema i utdanningen, og den førte til økt oppmerksomhet omkring etiske dilemmaer som kan oppstå. Forskning som er gjort på bruk av ulike refleksjonsmodeller i profesjonsutdanning, viser at veiledning og øving over tid er nøkkelfaktorer for å se nytten av å følge fasene i refleksjonsmodellene, slik at studenter kan tilegne seg refleksjonsferdigheter (17, 21).

## ELEVENE FÅR KOMPETANSE

Målet for sykepleierutdanningen er å utdanne dyktige sykepleiere som er rustet til å møte utfordringene og kravene i praksisfeltet. De trenger kompetanse som er sammensatt av personlig kompetanse, teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter for å utøve yrket (23).

Begrepet personlig kompetanse brukes innenfor yrkesrelaterte fag og utdanninger. Den personlige kompetansen er sammensatt og lar seg vanskelig måle og telle. Det dreier seg om sider ved vår personlighet, som blant annet visdom, mot, sosial intelligens, humor, intuisjon og evne til empati i møte med pasienter i sårbare situasjoner. Empati er en nødvendig egenkap for å hjelpe pasienten der han eller hun er (9).

Personlig kompetanse er individuell og erfaringsbasert og derfor unik og knyttet til personen. Den kan også formidles og deles med andre. I dette prosjektet har vi sett at når studenter reagerer emosjonelt på noe, så kan de i etterkant reflektere

og sette ord på sider ved deres personlige kompetanse. Det gir grunnlag for gradvis utvikling av moden empati (4).

### DE FIKK LÆRE OM EMPATI OG MORAL

Et besøk i en tidligere fangeleir blir en illustrasjon på hvor galt det kan gå når empatien settes til side. Det er også en påminnelse om hvor viktig det er å være bevisst denne evnen i møte med mennesker som både skal innordne seg i et system, og er prisgitt andre menneskers vilje og ansvar.

For førsteårsstudenter ga dagen i museet ikke bare en mulighet til å forstå empatiens betydning, men også å kritisk reflektere over situasjoner der ens egen moral kan bidra til urett.

Gjennom tekster av Peter Singer fikk studentene innsyn i kritiske argumenter om at empati også kan gjøre en blind for flere hensyn i vurdering av hva som er det gode (24).

I dagens helsetjenestekontekst kan sykepleiere bli satt til å prioritere blant annet mellom ulike hensyn til den enkelte og til de mange. NOU-en «Det viktigste først, om prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten» (25) er ute til høring. Prioritering er ikke noe nytt, men sykepleien blir utfordret til å bli mer tydelig på begrunnelse for hvorfor noen får, og noen ikke får tjenester (26).

Nordtvedt (8) belyser to viktige kjennetegn ved sykepleiens etikk. For det ene er mandatet politisk definert som et samfunnsoppdrag. Det andre kjennetegnet bygger på erfaringer i møte med mennesker, som å oppleve andre menneskers sykdomstilstand, å bli berørt og forstå andre menneskers situasjon. Iså henseende er evnen til etisk sensibilitet og granskende refleksjon viktig i profesjonsutøvelsen.

### SYKEPLEIERNE HAR ET VIKTIG SAMFUNNSMANDAT

I undervisningsopplegget vi har omtalt her, ble studentene gjort oppmerksom på hvor viktig samfunnsmandatet er. Mandatet til sykepleierne under andre verdenskrig var preget av det befalet bestemte i en krigstid. I dag er derimot politikere i et demokratisk samfunn viktige aktører som gir sykepleierne mandat.

I dag kan det være relevant å utfordre oppfatninger om helsetjenesten som har blitt aksepterte og dagligdagse, uten at det har blitt reflektert over hva som egentlig ligger til grunn for «selvfølgeligheter» (27). Med en granskende læreprosess kan studenter – og andre – bringe frem motsetninger, deler og helheter, og belyse hva som påvirker det som skjer mellom individer i den sosiale og samfunnsmessige konteksten (5, 28).

### KONKLUSJON

Å legge undervisning om etikk i sykepleierutdanningen til et krigsmuseum kan fremme etisk sensibilitet og motivere til refleksjon over etiske problemstillinger.

Sykepleierstudenter trenger å arbeide med etisk bevissthet om sitt samfunnsmandatet. De må tilegne seg etisk kompetanse som trengs i møte med hver enkelt pasient.

Læring gjennom kritisk refleksjon kan skje gjennom å undersøke og avdekke hva som skaper forutsetninger og begrensninger for moralsk opptreden i omsorgspraksis. Kritisk refleksjon er krevende. Når man skal lære dette kan

veiledning på prosess være nyttig. Det trengs mer forskning om etisk sensibilitet og læringsutbytter av kritisk refleksjon over opplevelser i ulike arenaer på ulike tidspunkter i utdanningsforløpet.

### REFERANSER

- Nordtvedt P. Etikken er sykepleiens grunnlag. *Sykepleien*. 2016;104(8):62–3.
- Norsk Sykepleierforbund. Etiske retningslinjer for sykepleiere. NSF Oslo; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile> (nedlastet 02.09.2019).
- International Council of Nurses, 2006. The ICN code of ethics for nurses. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile> (nedlastet 02.09.2019).
- Konow Lund AS, Heggstad AKT, Nordtvedt P, Christiansen B. Developing mature empathy among first-year students: The learning potential of emotional experiences. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2018;38(3):128–31.
- Dyson SE. *Critical pedagogy in nursing*. London: Pallgrave Macmillan; 2018.
- Benner P, Sutphen M, Leonard M, Day L. Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer. Oslo: Akrib; 2010.
- Kunnskapsdepartementet. Rammepplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) (nedlastet 02.09.2019).
- Nordtvedt P. Sykepleiens grunnlag. Historie, fag og etikk. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
- Kristoffersen NJ. Å styrke pasientens ressurser. I: Kristoffersen NJ, red. *Grunnleggende sykepleie 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 349–406.
- Gallagher A. The teaching of nursing ethics: content and method. Promoting ethical competence. I: Davis A, Tschudin V, De Rave L, red. *Essentials of teaching and learning in nursing ethics. Perspectives and methods*. London: Churchill Livingstone; 2006. s. 223–39.
- Benedict S, Kulha J. Nurses' participation in the euthanasia program of Nazi Germany. *Westen Journal of Nursing Research*. 1999;21(2):246–63.
- Benedict S, Shields L, Holmes C, Kurth J. A nurse working for the Third Reich: Eva Justin, RN, PhD. *J Med Biogr*. 2018;26(4):259–67. DOI: <https://doi.org/10.1177/0967772016666684>
- Milliken A, Grace P. Nurse ethical awareness: Understanding the nature of everyday practice. *Nursing Ethics*. 2017;24(5):517–24.
- Milliken A. Nurse ethical sensitivity: An integrative review. *Nursing Ethics*. 2018;25(3):278–303.
- Brataas HV, Thorsnes S. Teorier om erfaring og læring. I: Brataas HV, Evensen AE, Ingstad K, red. *Pedagogisk praksis i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2019. s. 27–42.
- Evensen A, Wille T, Brataas HV. Modell for gruppebasert refleksjon I: Brataas HV, Evensen AE, Ingstad K, red. *Pedagogisk praksis i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2019. s. 125–38.
- Mann K, Gordon J, McLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;14(4):595–621.
- Norsk Sykepleierforbund. Etiske verktøy. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2018. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/vis-artikkel/2187292/426280/Etiske\\_verktoy](https://www.nsf.no/vis-artikkel/2187292/426280/Etiske_verktoy) (nedlastet 02.09.2019).
- Eikseth AG. Etiske perspektiver på lærers og førskolelærers pedagogiske erfaringer. (Doktorgradsavhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Pedagogisk institutt; 2008.
- Illeris K. Læring. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
- Jayatilike N, Mackie A. Reflection as part of continuous professional development for public health professionals: a literature review. *J Public Health (Oxf)*. 2013;35(2):308–12. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds083>
- Evensen A, Brataas HV. Sykepleierutdanning, undervisningsprinsipper og læringsarbeid. I: Brataas HV, Evensen AE, Ingstad K, red. *Pedagogisk praksis i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2019. s. 255–67.
- Skau MG. Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
- Singer P. The empathy trap. Project syndicate. 12. desember 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.project-syndicate.org/commentary/danger-of-empathy-versus-reason-by-peter-singer-2016-12?barrier=accesspaylog> (nedlastet 14.06.2019).
- NOU 2018:16. Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2018.
- Tønnessen, S. Prioritering i sykepleie. I: Brinchmann BS, red. *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016. s. 187–222.
- Askheim OP. Pasientopplæring i det helsepolitiske landskapet. I: Brataas HV, Evensen AE, Ingstad K, red. *Pedagogisk praksis i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2019. s. 43–53.
- Clancy A. Etikk i vår tid. *Sykepleien*. 2007;95(9):72–3. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2007.004>





**FORSKNINGSSATSING:** Helse Nord ønsket at blant annet flere sykepleiere og jordmødre skulle drive med forskning. Illustrasjonsfoto: Gabby Baldrocco / Mostphotos



## FORFATTERE

### Tove Aminda Hanssen

Fag- og forskningssykepleier og professor, Hjerte- og lungeklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge og Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, Tromsø

### Elin Kristin Evensen

Helsefaglig forskningsveileder, Klinisk forskningsavdeling, Kvalitets- og utviklingssenteret, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

## NØKKELOD

- ▶ Forskning ▶ Strategisk forskningsatsing
- ▶ Akademisk kompetanse ▶ Spørreundersøkelse
- ▶ Spesialisthelsetjeneste

**DOI-NUMMER:** 10.4220/Sykepleienf.2018.81332

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Tidlig på 2000-tallet ble norsk forskning innen sykepleie og andre helsefag betegnet som svak. Siden 2007 har Helse Nord satset strategisk på å styrke helsefaglig forskning.

**Hensikt:** Hensikten med dette prosjektet har vært å evaluere om forskningsatsingen i Helse Nord har gitt resultater, der oppmerksomheten har vært rettet mot forskningsaktivitet, tildeling av forskningsmidler, forskningsproduksjon og vilkår for forskning blant helsefaglige forskere i helseforetakene.

**Metode:** Settingen for undersøkelsen er fire helseforetak i Helse Nord. Vi benyttet en multimetodisk tilnærming og ulike datakilder i undersøkelsen. En kvantitativ kartlegging basert på forskningsadministrative data og systematiske søk etter forskningspublikasjoner registrert i tidsskriftdatabaser ble benyttet sammen med data fra en spørreundersøkelse som ble gjennomført blant helsefaglige forskere og stipendiater i 2015.

**Resultat:** I perioden 2008–2015 er det en økning av stipendiater, forskere og vitenskapelige publikasjoner i helseforetakene. Kompetansehevingen har vært størst innen sykepleie og fysioterapi. Forskerne og stipendiatene har bidratt til flerfaglig forskning og har brukt et bredt spekter av metodologiske tilnærminger, der kvalitative metoder dominerte. I gjennomsnitt er 29 prosent av artiklene i perioden publisert i nivå 2-tidsskrifter. Helse Nord har vært hovedfinansieringskilden for forskningen. Respondentene rapporterte om manglende tid, midler, kultur og tilrettelegging for forskning som hindringer for å gjennomføre forskning.

**Konklusjon:** Det har vært en positiv utvikling og styrking av helsefaglig forskningskompetanse og forskning i Helse Nord i det aktuelle tidsrommet. Resultatene tilsier at en strategisk satsing på helsefaglig forskning har hatt positiv effekt, og en slik satsing anbefales også til andre helseforetak.



# Evaluering av den helsefaglige forskningsatsingen i Helse Nord

Helse Nord har over tid satset spesifikt på å styrke helsefaglig kompetanse og forskning. Det har gitt flere forskere og stipendiater og en økning i antallet publikasjoner.



**N**orges forskningsråd evaluerte i 2003 medisinsk og helsefaglig forskning i Norge, i hovedsak forskning gjennomført ved universitetene (1).

I rapporten konkluderte de med at forskning i sykepleie og andre helsefag kunne betegnes som svak og bak andre land som Sverige og Finland med hensyn til utvikling av forskningsprogram og ressursbruk. Anbefalingene inkluderte blant annet økt satsing på helsefaglig forskningsfinansiering (1).

På basis av evalueringen og identifiseringen av helsefaglig forskning som et nasjonalt forskningssvakt område utarbeidet flere regionale helseforetak, blant annet i nord og vest, strategiske initiativer for å styrke helsefaglig forskning (2, 3).

## Helse Nord styrket forskningen

For å styrke slik forskning i Helse Nord (HN) bevilget Universitetssamarbeidet (USAM) i 2007 midler til en treårig tidsavgrenset prosjektstilling som helsefaglig forskningsleder. USAM er samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket Helse Nord RHF (HN) og universitetene i Nord-Norge.

I tillegg ble helsefaglig forskning utpekt som et av flere forskningssvake satsingsområder i de nye forskningsstrategiske planene for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) (4) og HN (5).

Formålet med den helsefaglige forskningssatsingen i HN har vært å styrke forskningen blant ansatte med treårige helseprofesjonsutdanninger, slik som sykepleie, jordmor, fysioterapi, ergoterapi, bioingeniør, radiograf og sosionom.

## Tiltak som har vært gjennomført

Konkrete tiltak som har vært gjennomført,

er stilling til helsefaglig forskningsleder og prioritering av helsefaglig forskning i tildelingen av HNs forskningsmidler.

Oppgavene til den helsefaglige forskningslederen har vært å drive forskningsveiledning og rådgivning, etablere støttefunksjoner, utvikle kurs eller seminarer og utvikle forskningsnettverk blant helsefaglige forskere fra både somatikk og psykiatri.

Av de utlyste forskningsmidlene er det ikke avsatt egen pott til helsefaglig forskning. Men dersom prosjektene har vært vurdert som støtteverdige, har det hvert år vært tildelt midler til minst ett ph.d.- eller postdoktorprosjekt til en helsefaglig forsker.

## Forskningsatsingen ble evaluert

Arbeidet med ny forskningsstrategi for HN, gjeldende fra 2016, fikk firmaet Sirona Health Solutions (Sirona) oppdraget med å evaluere forskningssatsingen i HN for årene 2002–2013 (6).

Sluttrapporten fra mars 2015 konkluderer med at både forskningsaktiviteten og forskningskompetansen i HN er økt i tråd med den strategiske satsingen (6). For helsefaglig forskning konkluderte Sirona at det på bakgrunn av de innsamlede dataene ikke var mulig å analysere tildelingene her dypere (6, s. 73).

## Hensikten med studien

Hensikten med denne studien har vært å evaluere den helsefaglige forskningssatsingen i HN i perioden 2007–2015. Følgende forskningsspørsmål ble undersøkt:

1. Hva kjennetegner den helsefaglige forskningsaktiviteten i perioden?
2. I hvilken grad er det gitt tildelinger av

forskningsmidler til helsefaglige forskere?

3. I hvilken grad har helsefaglige forskere bidratt til forskningsproduksjonen i HN?
4. Hvordan opplever helsefaglige forskere vilkårene for forskning i foretakene?

## METODE

Settingen for undersøkelsen er fire av de fem helseforetakene i HN, med unntak av Sykehusapotek Nord. Vi benyttet en multimetodisk tilnærming med ulike typer data og datakilder.

Publikasjoner av helsefaglige forskere med tilhørighet og adressering til helseforetakene ble identifisert gjennom søk i Pubmed- og Cristin-databasene. Søket ble avgrenset til publikasjoner i perioden 2008 til og med 2014, der helsefaglige forskere var førsteforfatter eller medforfatter på publikasjonen.

Vi benyttet administrative data fra forskningstildelinger i perioden 2008–2015 for å kartlegge tildelinger av ph.d.-stipender og forskningsmidler til helsefaglige forskere.

Sekretariatet for HNs utlyste forskningsmidler bidro med data om antall søknader og tildelinger. Antallet avlagte doktorgrader i perioden er hentet fra årsrapporteringene for HN-forskningsmidler (2008–2015) (7) samt fra UiTs oversikt over avlagte doktorgrader (8).

## Spørreundersøkelse ble sendt til forskere

Vi benyttet *snowball sampling* eller *network sampling* for å få oversikt over helsefaglige forskere og



stipendiater per juni 2015 (9). Helt kort gikk denne metoden ut på at hver av de identifiserte forskerne eller stipendiatene ble spurt om de kjente til andre som ikke var kommet med på oversikten vi hadde.

Vi tok utgangspunkt i identifiserte forskere basert på data fra tidligere helsefaglig forskningsleder i HN. Alle helsefaglige forskere og stipendiater som var ansatt i hoved- eller bistilling i helseforetak i HN (n = 42), fikk tilsendt en elektronisk spørreundersøkelse utviklet spesifikt for denne kartleggingen.

### Innholdet i spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen inneholdt både enkeltspørsmål fra tilsvarende forskningskartlegginger ved UNN (10, 11) samt spørsmål utviklet spesifikt for dette prosjektet.

Spørreundersøkelsen inneholdt følgende spørsmål med forhåndskodede svaralternativer på nominal- eller ordinalskala: kjønn, arbeidssted (helseforetak), tilknytning til helseforetak i hoved- eller bistilling, tilknytning til universitet eller høyskole i hoved- eller bistilling, år siden avsluttet grunnutdanning, helsefaglig fagbakgrunn, år ansatt i helseforetak i perioden 2008–2015, ph.d.-kompetanse, årstall for oppnådd ph.d.-kompetanse, ph.d.-finansiering, arbeidsoppgaver i klinisk stilling, tid til forskning, metodologiske tilnærminger i egen forskning og samarbeidsparter innen forskning.

I tillegg stilte vi følgende åpne spørsmål: «Nevn opptil tre faktorer som kan bidra til å hemme eller fremme din forskning.»

### Gjennomføringen av spørreundersøkelsen

Spørreskjemaet ble gjennomgått og pilotert i et møte med tre helsefaglige forskere og en stipendiat ved UNN, som alle var sykepleiere. Ingen endringer var nødvendig. Spørreundersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av Questback.

Vi meldte prosjektet til UNNs personvernombud før oppstarten, og personvernombudet hadde ingen innsigelser til den planlagte gjennomføringen av spørreundersøkelsen. En IKT-medarbeider ved Klinisk forskningsavdeling administrerte undersøkelsen i

Questback, inkludert én selektiv påminnelse etter to uker.

Etter endt datainnsamling utleverte IKT-medarbeideren et aidentifisert datasett til forskeren. Data ble lagret i henhold til gjeldende rutiner for hånd-



## «Blant stipendiatene var HN den viktigste finansieringskilden.»

tering av forskningsdata ved UNN.

I informasjonsskrivet til spørreundersøkelsen fikk deltakerne informasjon om at dataene ville bli behandlet konfidensielt og aidentifisert. Totalt 30 – 14 forskere og 16 stipendiater – svarte på spørreundersøkelsen (svarprosent: 71).

### Dataanalyse

Vi gjennomførte deskriptive statistiske analyser ved å bruke statistikkprogrammet SPSS, versjon 20 (IBM SPSS Statistics) og presenterer summariske mål som antall, prosent, gjennomsnitt, median og spredningsmål i denne artikkelen.

Vi brukte Microsoft Excel til å sammenstille resultatet i figurer og tabeller. De åpne spørsmålene er analysert og kategorisert ved hjelp av summativ innholdsanalyse (12).

I presentasjonen av resultater benytter vi begrepet «forsker» om ansatte med helsefaglig fagbakgrunn og ph.d.-kompetanse og «stipendiat» om helsefaglige ansatte som er i gang med kompetansebygging på ph.d.-nivå.

### RESULTAT

#### Forskningskompetanse og fagbakgrunn

Da forskningssatsingen startet opp i 2008, var det totalt sju helsefaglige forskere med ph.d.-kompetanse og fire stipendiater i helseforetakene i HN.

Snowball-samplingen medio 2015 identifiserte totalt 19 forskere og 23 stipendiater i helseforetakene. Av disse var tre forskere og tre stipendiater menn. De fleste var ansatt på UNN, henholdsvis 15 forskere og 17 stipendiater.

De 19 helsefaglige forskerne hadde følgende fagbakgrunn: elleve sykepleiere, to jordmødre, fire fysioterapeuter, en bioingeniør og en ergoterapeut. Fagbakgrunnen til de 23 stipendiatene var tilsvarende: tolv sykepleiere, seks fysioterapeuter, to bioingeniører, en vernepleier, en ergoterapeut og en sosionom.

### Forskningsfinansiering

Når det gjelder tildeling av forskningsmidler til helsefaglige forskere og stipendiater, hadde totalt 17 pågående helsefaglige stipendiater finansiering fra HN i 2015. Over tid har tildelingen variert fra null til fem tildelte ph.d.-stipender per år til personer med helsefaglig bakgrunn.

Fra og med 2009-tildelingen har totalt tre helsefaglige forskere fått postdoktorstipend, hvorav to av totalt 55 tildelte postdoktorstipender er fra HN i perioden 2010–2015.

Tall fra respondentene i spørreundersøkelsen (n = 30) viste at blant stipendiatene var HN den viktigste finansieringskilden. Totalt tolv av 16 stipendiater hadde fått ph.d.-stipend fra HN, tre hadde universitetsstipend, og en hadde stipend fra Norges forskningsråd.

En større andel av stipendiatene (75 prosent) hadde fått ph.d.-stipend fra HN sammenliknet med forskerne (36 prosent).

### Forskningsproduksjon

I perioden 2008–2015 ble det avlagt ti ph.d.-grader som helt eller delvis var finansiert av HN, og der kandidaten hadde helsefaglig bakgrunn. I tillegg hadde helsefaglige ansatte i helseforetakene avlagt fem ph.d.-grader, der graden var finansiert av en annen finansieringskilde (7).

Antallet vitenskapelige publikasjoner per år i perioden 2008 til og med 2014, der foretaksansatte helsefaglige forskere eller stipendiater var en av forfatterne, vises i figur 1.

Over tid har det vært en økning i antallet publikasjoner per år, og totalt 31 vitenskapelige artikler med en helsefaglig forfatter ble publisert i 2014 (figur 1). Andelen artikler på nivå 2 (lysegrønn søyle) har vært stabil med over 25 prosent årlig fra 2011.

Videre illustreres en jevn stigning i antallet artikler der helsefaglige forfattere ansatt i helseforetak var første- eller sisteforfatter (grå søyle). Disse artiklene utgjorde en andel på 68 prosent (21 av 31 artikler) i 2014.

### Kjennetegn ved helsefaglig forskning i HN

Gjennom spørreundersøkelsen identifiserte vi kjennetegn ved og vilkår for helsefaglig forskning. På spørsmålet om hvor lenge det var siden forskerne og stipendiatene hadde avsluttet sin grunnutdanning, viste resultatene

at median (minimum–maksimum) alder siden avsluttet grunnutdanning var 30 (10–35) år for forskerne og 28 (11–36) år for stipendiatene.

På spørsmålet om samarbeidsparter i forskningen oppga 10 av 14 av forskerne (71 prosent) å ha regionale og 10 av 14 (71 prosent) internasjonale samarbeidsparter eller medforfattere i forskningen sin.

Blant stipendiatene oppga 12 av 16 (75 prosent) at de hadde regionale og 10 av 16 (62 prosent) at de hadde internasjonale samarbeidsparter eller medforfattere i egen forskning. Forsknings-samarbeidet var i stor grad tverrfaglig.

Leger var den profesjonen flest oppga som samarbeidspart (70 prosent). De nest mest vanlige samarbeidspartene som ble oppgitt, var sykepleiere og deretter fysioterapeuter.

På spørsmålet «Hvilke metodologiske tilnærminger bruker du / har du brukt i din forskning?» rapporterte 20 av 30 av forskerne og stipendiatene (67 prosent) å ha brukt kvalitative metoder. Oversikt over metodebruk blant forskerne og stipendiatene fremkommer i figur 2.

På det åpne spørsmålet om hvilket fagområde forskerne og stipendiatene forsket innen, viste svarene at det ble forsket innen følgende områder (alfabetisk listet): barn/unges helse, e-helse/e-journal, flyktninghelse, folkehelse, gastrologi, immunologi, intensivmedisin, kardiologi, klinisk etikk, kreft, kronisk somatisk sykdom, kvinnehelse, nevrologi, obstetikk, psykisk helse, rehabilitering og revmatologi.

### Vilkår for forskning for helsefaglige forskere i foretakene

Blant de 14 helsefaglige forskerne i helseforetakene som deltok i spørreundersøkelsen, rapporterte fem (36 prosent) at de ikke hadde noen arbeidstid avsatt til forskning i nåværende stilling.

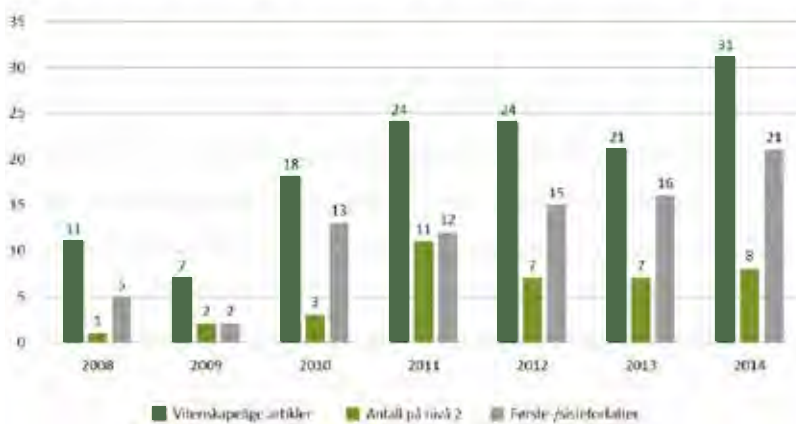
Median tid avsatt til forskning var 10 prosent, varierende fra 0–100 prosent, tre personer var ansatt i 100 prosent-forskerstillinger. Av stipendiatene hadde åtte av 16 (50 prosent) 100 prosent-stipendiatstillinger.

Vi spurte også forskerne om hvilke arbeidsoppgaver stillingen i helseforetaket omfattet, med følgende prekodede svaralternativer: klinisk pasient / klient arbeid, ledelse, undervisning/veiledning av studenter/ansatte, forskning og kvalitetsarbeid/fagutvikling.

Flere alternativer kunne krysses av. Resultatet er presentert i figur 3. Figuren viser at 50 prosent hadde kliniske arbeidsoppgaver, og at om lag 60 prosent arbeidet med forskning.

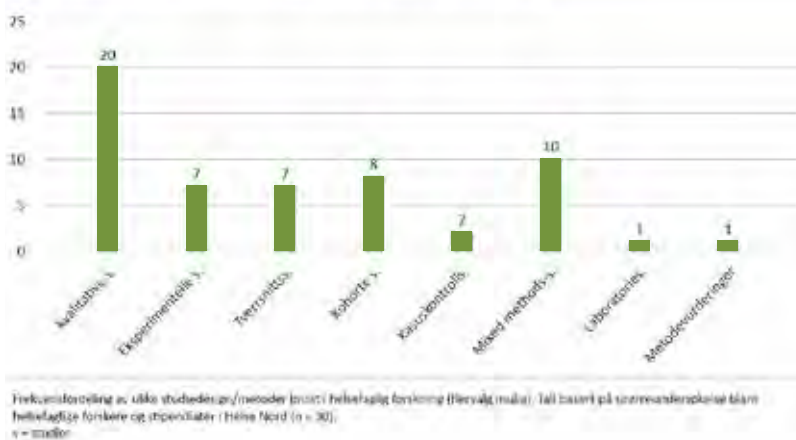
I et åpent spørsmål i spørreundersøkelsen ba vi forskerne om å beskrive de tre viktigste forholdene som de mente hemmer forskning. Forhold som hemmer forskning, er inndelt i kategoriene midler/tid og kultur/miljø, selv om disse overlapper noe.

Figur 1. Antallet vitenskapelige publikasjoner av helsefaglige forskere eller stipendiat



Antallet publikasjoner (frekvensfordeling) i perioden 2008–2014 er basert på systematisk søk i Pubmed- og Cristin-databaser, der helsefaglige forskere eller stipendiat i Helse Nord var første-, siste- eller medforfatter på publikasjonen.

Figur 2. Metodologiske tilnærminger i helsefaglig forskning



Frekvensfordeling av ulike studiedesign/metoder (søst) i helsefaglig forskning (flersvåk mulig). Tall basert på spørreundersøking blant helsefaglige forskere og stipendiat i Helse Nord (n = 30). n = antall.



Kategoriene med undergrupper er presentert i tabell 1.

Forskerne spesifiserte følgende konkrete eksempler: «For liten tid på grunn av andre arbeidsoppgaver», «mangel på hjelp i gjennomføringen og manglende finansiering», «å finne en god kombinasjon mellom forskning og andre oppgaver i klinikken», og «ingen bistilling ved UiT slik at jeg kan være hovedveileder.»

Forskere og stipendiatene ble også bedt om å beskrive de tre viktigste faktorene som kan fremme egen forskning, i et åpent spørsmål.

Etter innholdsanalysen kategoriserte vi forhold som kan fremme forskningen blant forskerne i fire kategorier: tid, forskningsmidler, miljø og karriereutvikling. For stipendiatene delte vi svarene inn i to kategorier: støttefunksjoner og miljø. Resultatene er vist samlet i tabell 2.

## DISKUSJON

### Kjennetegnet ved den helsefaglige forskningsaktiviteten i HN

I perioden fra 2008 til 2015 var det en jevn økning i antallet helsefaglige forskere og stipendiat i HN, spesielt ved UNN. Kompetansehevingen har vært størst innen sykepleie og fysioterapi. I de mindre foretakene og innen noen helsefag, som radiografi, er forskningskompetansen i mindre grad blitt styrket.

Forskningen dekker et bredt spekter av fagområder. Fra HN har det vært

en tildeling av ett til fem nye ph.d.- eller postdoktorstipender årlig til kandidater med helsefaglig bakgrunn. I perioden er det avlagt 15 doktorgrader der kandidaten hadde helsefaglig bakgrunn og finansiering fra HN og/eller ansettelse i helseforetaket.

I takt med et økende antall forskere



**«Leger var den profesjonen flest oppga som samarbeidspart.»**

re og stipendiat har det også vært en jevn stigning i antallet publikasjoner i perioden, der i gjennomsnitt 29 prosent årlig er publisert i nivå 2-tidsskrifter. Kun to av totalt 55 tildelte postdoktorstipender fra HN, i perioden 2010–2015, ble tildelt helsefaglige forskere.

Forskningssatsingen i perioden 2008–2015 har bidratt til å bygge forskningskompetanse blant egne ansatte, som i stor grad har blitt værende i foretakene. Det er imidlertid store forskjeller mellom foretakene.

Ved Helgelandssykehuset har man så langt ikke lyktes med å bygge eller rekruttere helsefaglig forskningskompetanse, mens UNN både har rekruttert flere med denne kompetansen

eksternt samt lyktes med å bygge kompetanse internt.

Det er kjent i HN at det generelt er større utfordringer med å øke forskningsaktiviteten ved de mindre helseforetakene enn ved UNN (6).

Median alder siden avsluttet grunnutdanning var 28 år blant stipendiatene og 30 år blant forskerne. I NIFUs undersøkelse av forskning blant sykepleiere rapporterte stipendiatene gjennomsnittlig 18 år siden fullført grunnutdanning (13). Gjennomsnittsalderen blant kandidatene i HN kan derfor sies å være høy.

Aamodt og medarbeidere fant også at gjennomsnittsalderen blant sykepleierstipendiatene var betydelig høyere enn i hele stipendiatpopulasjonen per 2017 (13). Fremover bør man tilstrebe å rekruttere yngre kandidater for å bidra til lengre karriereløp innen forskning, også i helsefagene.

Flere spesialutdanninger innen sykepleie og fysioterapi er de senere år omgjort til masterutdanninger, og forutsetningene for å bygge kompetanse og rekruttere yngre forskere er nå til stede, dersom muligheten tas i bruk (13).

Resultatene vi har oppnådd i Helse Nord, samsvarer med resultat som er beskrevet i Helse Vest, der det i perioden fra 2009–2013 ble tildelt 8,5 millioner kroner i strategiske forskningsmidler for å styrke helsefaglig forskning (14).

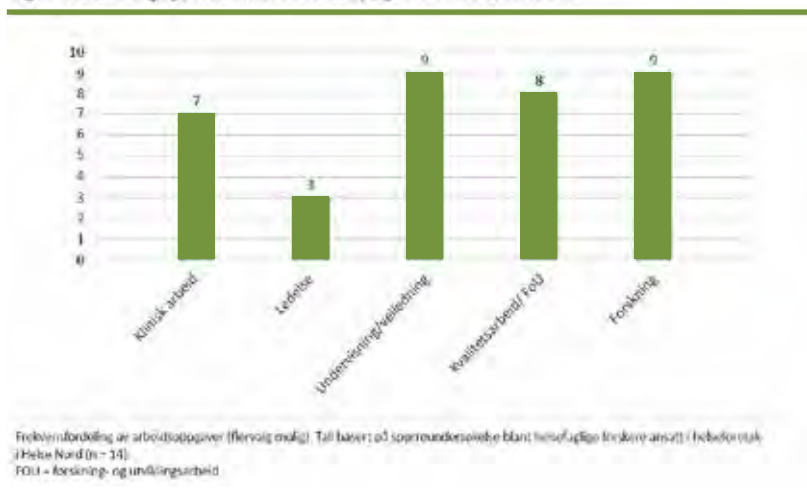
I en oppsummering fra satsingen konkluderes det med at midlene både har bidratt til regionale forskningsnettverk, økt forskningsaktiviteten og forskningsproduksjonen blant helsefaglige forskere og ikke minst bidratt til mer kunnskapsbaserte helsetjenester i Helse Vest (14).

### Kompetanseheving og forskning gjør sykehus bedre

For å bygge opp og beholde forskningskompetanse er gode kandidater med mastergradskompetanse sentralt for å rekruttere de beste videre til et ph.d.-løp.

Det er en utfordring for klinikkene å avsette tid og midler til å utdanne helsefaglige ansatte til mastergradskompetanse, samtidig som de har behov

Figur 3. Helsefaglige forskeres arbeidsoppgaver i helseforetaket



for den kliniske kompetansen i praksis.

Helsepersonell får kjennskap til forskning gjennom ervervelse av kompetanse på mastergradsnivå. Det kan styrke klinisk praksis ved at de bidrar til at forskningsresultatene brukes i praksis. Ifølge Sironas (6) evaluering er koblingen mellom forskning og klinisk praksis fortsatt en utfordring for HN.

I England har helsemyndighetene gjennom National Institute for Health

Research investert i sykepleiernes kompetanseheving på masternivå gjennom et særskilt klinisk, akademisk utdanningsprogram i helseforetakene (15).

Gjennom programmet er det avsatt øremerkede midler til kompetanseheving på mastergradsnivå. I tillegg har de opprettet kliniske, akademiske stillinger for erfarne forskere. Programmet er tilrettelagt slik at sykepleierne øker sin kompetanse innen forskning

parallelt med at de også øker den kliniske kompetansen.

Kompetansehevingstiltakene er begrunnet ut fra forskningsevidens som viser at helseforetak som driver forskning, tilbyr pasientene bedre kvalitet i pleien og behandlingen (15–17). For å sikre rekruttering av yngre forskere er det viktig med en fortsatt satsing på å tildele ph.d.-stipender til nye helsefaglige forskere.

Andre tiltak anbefales, som å heve kompetansen for å kunne skrive gode forskningssøknader og bygge faglige nettverk der kompetanse deles. Hensikten med tiltakene er å øke kvaliteten på prosjekter og søknader og tildelingen av forskningsmidler til helsefaglige prosjekter.

Spørreundersøkelsen viste at forskerne og stipendiatene bidro til flerfaglig forskning, de forsket innen flere fag og innen et bredt spekter av fagområder.

**Tabell 1.** Forhold som hemmer forskning i helseforetak

Midler/tid	Kultur/miljø
Manglende frikjøpt tid til å forske	Ledelse og administrasjon som ikke legger til rette for forskning
Vanskelig å nå opp i konkurransen om forskningsmidler	Forskning er ikke prioritert i klinikken / det kliniske feltet
Manglende finansiering / mulighet til å oppnå forskningsmidler	

Svar basert på spørreundersøkelser blant helsefaglige forskere ansatt i helseforetak i Helse Nord (n = 14).

**Tabell 2.** Forhold som kan fremme forskning blant helsefaglige forskere og stipendiater

	Tid	Miljø
Forskere	Frikjøpt tid til å skrive protokoll, søknad og tid til forskning	Samarbeid mellom forskningsmiljø
	Forskingsmidler	Kultur for forskning for alle helseprofesjoner
	Midler til frikjøpt tid	Karriereutvikling
Stipendiater	Midler til gjennomføring av prosjekt	Mulighet til å være hovedveileder for ph.d.-kandidat
	Støttefunksjoner	Miljø
	Felles kontorplasser	Ledelse som samarbeider med forskningsgruppen
	Andre kontorplasser	Samarbeid/nettoppsett mellom forskningsmiljø / andre stipendiater
	Stabholdere og støttefunksjoner	Møtesteder
Yrkesutdanning, forskning/klinikk	Fordøylet hos ledelse	
Enklere administrative prosesser for å få midler til praktiske (lønn, drift) eller tildeling av forskningsmidler	Inkludere lokaltyskansen i forskningsutvalg	

Svar basert på spørreundersøkelser blant helsefaglige forskere og stipendiater ansatt i helseforetak i Helse Nord (n = 30).

## Forskningsfinansiering og forskningsproduksjon

Selv om det har skjedd en positiv utvikling, i hovedsak ved UNN, er den helsefaglige forskningskompetansen sårbar. Det er fortsatt en meget beskjeden tildelelse av forskningsmidler til helsefaglige forskere ut over ph.d.-nivå.

Derfor har HN i forskningsstrategien for perioden 2016–2020 spisset satsingen på helsefaglig forskning til å støtte postdoktorstipend med ett stipend per år forutsatt at søknadene er støtteverdige (18). Lang klinisk erfaring hos forskerne gir reduserte muligheter til akademiske karriereløp.

I korte akademiske karriereløp vil færre kunne bli erfarne forskere som bygger større forskningsprosjekter eller -grupper, som involverer flere stipendiater og postdoktorer. Derfor anbefaler vi å fortsette å satse strategisk på helsefaglig forskning i HN.

## Vilkår for helsefaglig forskning i foretakene

Median tid avsatt til forskning for helsefaglige forskere var 10 prosent, og 36 prosent hadde ingen tid avsatt til forskning. I hovedsak ble forskning hindret av manglende tid, midler og kultur og



manglende tilrettelegging for forskning.

Manglende tid på grunn av andre arbeidsoppgaver som det viktigste hinderet for forskning er i samsvar med tidligere rapporterte hindringer for forskning blant leger og psykologer (10, 11).

Basert på tilbakemeldingene vi fikk, kan mulige tiltak i en fortsatt strategisk forskningssatsing være som følger:

- satse gjennom ordinære forskningsmidler
- videreføre stilling(er), som helsefaglig(e) forskningsleder(e)
- øremerke midler til master-, ph.d.- og postdoktorstipendier
- utvikle karriereveier for helsefaglige forskere i foretak
- tilrettelegge for miljø og kontorfellesskap for stipendiater ved helseforetakene
- opprette bistillinger mellom universiteter eller høyskoler og helseforetak

For å beholde kompetansen i helseforetakene ser det ut til å være viktig å utvikle karriereveier for helsefaglige forskere, slik at de i større grad enn i dag kan kombinere klinisk arbeid og forskning etter gjennomført ph.d.-grad. Kombinasjonsstillinger med klinikk og forskning er i stor grad modellen for leger og psykologer i foretakene (10, 11).

På grunn av det store forventede erstatningsbehovet for førstestillingskompetente innen universitetssektoren de kommende årene (13) er det essensielt at helseforetakene kan tilby attraktive stillinger med konkurranseverdige vilkår for å unngå en utilsiktet kompetanselekkasje.

Aamodt og medarbeidere fant at de vanligste karriereønskene til sykepleierstipendiater enten var en førstestilling ved en sykepleierutdanning eller kombinert fag- og forskerstilling i spesialisthelsetjenesten.

Det var også vanlig å ønske en fortsatt karriere som postdoktor eller forsker (13). Det skulle derfor være grunnlag for å beholde helsefaglige forskere i foretakene, om man legger forholdene til rette for det.

De helsefaglige forskerne og stipendiaterne etterspurte også infrastruktur og støttefunksjoner for forskning, for eksempel kontorplasser, møteplasser og

miljø, og statistikkhjelp. Slike støttefunksjoner ble etterspurt også i undersøkelsen blant leger og psykologer fra 2001 og 2006 (10, 11).

### Studiens styrker og svakheter

På grunn av små og oversiktlige forhold ved HF-ene i HN har vi en god oversikt over ansatte med doktorgrad og stipendiater. En svarprosent på 71 prosent på spørreundersøkelsen anses å være tilfredsstillende.

Vi kan ikke utelukke at avgrensningen av litteratursøket til kun å omfatte databasene Pubmed og Cristin har medført at antall publikasjoner i perioden er underrapportert.

### KONKLUSJON

Basert på resultatene kan vi konkludere med at det i HN har skjedd en positiv utvikling over tid med styrking av helsefaglig kompetanse og helsefaglig forskning i de fleste helsefaglige profesjonene.

HNs spesifikke satsing, gjennom en egen stilling for helsefaglig forskningsleder, og gjennom de søkbare forskningsmidlene må dermed kunne sies å ha vært vellykket.

Erfaringene fra HN er i samsvar med resultatene som er oppnådd i Helse Vest, og tilsier at en strategisk satsing på helsefaglig forskning har positiv effekt, og at en slik satsing kan anbefales også til andre helseforetak.

*Takk til: Inger Sperstad, IT-konsulent ved Klinisk Forskningsavdeling UNN, Tromsø for utarbeiding og distribusjon av Questback-undersøkelsen. Ellen Blix, professor ved Oslomet – storbyuniversitetet og tidligere helsefaglig forskningsleder i HN 2007–2014 for hjelp med navnelister over aktuelle forskere i HN. Tove Klæboe Nilsen, forskningssjef i Kvalitets- og forskningsavdelingen, Helse Nord RHF, Bodø for innspill og diskusjon av resultat.*

### REFERANSER

1. Kamper-Jørgensen F, Eriksson C, Starfield B, Ahlborn A, Andersen PK, Jensen UJ, et al. Evaluation of clinical, epidemiological, public health, health-related and psychological research in Norway. Public health and health services research – Panel 2. Oslo: Norges forskningsråd; 2004.
2. Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Helsefaglig forskning ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Forslag til plan. Tromsø; 2006.
3. Helse Vest RHF. Strategi for styrking av helsefaglig forskning i

- Helseregion Vest 2007–2010. Arbeidsgruppens rapport. Bergen; 2007. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/820080-Strategi-for-styrking-av-helsefaglig-forskning-i-helseregion-vest-2007-2010-arbeidsgruppens-rapport.html> (nedlastet 15.05.2020).
4. Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Forskningsstrategi Universitetssykehuset Nord-Norge 2008–2012. Tromsø; 2007.
  5. Helse Nord RHF. Forskningsstrategi Helse Nord 2010–2013. Bodø; 2009.
  6. Sirona Health Solutions. Evaluering av forskningssatsingen i Helse Nord RHF perioden 2002–2013. Sluttrapport. Stockholm: Sirona Health Solutions; 2015. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/13088133-Evaluering-av-forsknings-satsingen-i-helse-nord-rhf-perioden-2002-2013.html> (nedlastet 15.05.2020).
  7. Helse Nord RHF. Årlig rapportering på forskning og innovasjon. Faglig rapportering. Hovedrapport forskningsaktivitet. Bodø: Helse Nord RHF; 2008–2015. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/forskning-og-innovasjon/arlige-rapportering-pa-forskning-og-innovasjon> (nedlastet 16.04.2019).
  8. UiT Norges arktiske universitetet. Doktorgrader ved UiT Tromsø 2015. Tilgjengelig fra: [https://uit.no/om/enhet/artikkel?p\\_dimension\\_id=88199&p\\_document\\_id=256499](https://uit.no/om/enhet/artikkel?p_dimension_id=88199&p_document_id=256499) (nedlastet 16.04.2019).
  9. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
  10. Eriksen BO, Evensen E. Hvilke tiltak kan øke forskningsaktiviteten ved universitetssykehusene? Tidsskr Nor Lægeforen. 2001;121:2960–3.
  11. Eriksen BO, Evensen E. Endringer i forskningsaktiviteten ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Norsk Epidemiologi. 2006;16(2):67–72.
  12. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277–88.
  13. Aamodt PO, Nesje K, Olsen BM. Rekruttering til forskning i sykepleie: en kartlegging av rekrutteringsbehov, rekrutteringsgrunnlag og stipendiateres karriereplaner. Oslo: NIFU; 2018. NIFU-rapport; 2018:28.
  14. Hope I, Frisk B, Myklebust H, red. Helsefaglig forskning. Regional helsefaglig forskningssatsing i Helse Vest. Regional helsefaglig forskningssatsing i Helse Vest; 2013.
  15. National Institute for Health Research. Building a research career. A guide for aspiring clinical academics (excluding doctors and dentists) and their managers. Leeds; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.clahrc-ecoe.nihr.ac.uk/2016/02/building-a-research-career-a-guide-for-aspiring-clinical-academics-and-their-managers-from-the-nihr/> (nedlastet 22.05.2020).
  16. Ozdemir BA, Karthikesalingam A, Sinha S, Polonicek JD, Hinchliffe RJ, Thompson MM, et al. Research activity and the association with mortality. PLoS One. 2015;10(2):e0118253.
  17. Hanney S, Boaz A, Soper B, Jones T. Engagement in research: an innovative three-stage review of the benefits for health-care performance. Health Services and Delivery Research. 2013;1(8):2050–4349.
  18. Helse Nord RHF. Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016–2020. Bodø: Helse Nord RHF; 2016. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/Documents/Forskning/Strategi%20for%20forskning%20og%20innovasjon%202016-2020.pdf> (nedlastet 22.05.2020).





**HOVEDBUDSKAP:**

Oslo universitetssykehus inkluderer jevnlig pasienter i forskningsprosjekter, og et stort antall informasjonsskriv blir utlevert til pasientene. I hvilken grad pasientene forstår informasjonen, og mengden og typen informasjon som gis, påvirker deres opplevelse av informasjonsskrivene. Vi ba noen av pasientene om å evaluere informasjonsskrivet de hadde mottatt. De fleste forsto informasjonen i skrevet godt, og de var fornøyd med mengden og typen informasjon. Men illustrasjoner, ytterligere forklaring av begreper og bedre informasjon om det praktiske kan forbedre pasientenes opplevelse av informasjonsskrivet.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.80715

**NØKKELOD:**

► Informasjon ► Pasient ► Forskning

## Kliniske studier: Får deltakerne god nok skriftlig informasjon?

Informasjonsskriv til pasienter som deltar i kliniske studier kan gjøres lettere å forstå med illustrasjoner, viser en studie ved Oslo universitetssykehus. En tydeligere forside og bedre forklaring av begreper hever også kvaliteten.

I forbindelse med et forskningsprosjekt ved Oslo universitetssykehus (OUS) forespurte vi de samme pasientene som deltok i forskningsprosjektet om å evaluere informasjonsskrivet de hadde mottatt i forbindelse med deltakelsen. Deltakerne i forskningsprosjektet ble da også deltakere i et sideprosjekt som omhandlet evaluering av informasjonsskriv, og som blir beskrevet i denne artikkelen.

### PASIENTENE MÅ FÅ NOK INFORMASJON

Ved OUS er 3000 personer involvert i forskning hvert år, og 2000 artikler blir publisert (1). Pasienter samtykker jevnlig til å delta i forskningsprosjekt, og samtykke- og informasjonsskriv har en sentral rolle ved informasjonsutveksling mellom forskere og pasienter.

Informasjonen til pasienter ved de ulike forskningsprosjektene blir vanligvis gitt både muntlig og skriftlig, for å gi pasienten nok kunnskap til å kunne gi et reelt samtykke (2, 3). Hvor mye av den muntlige informasjonen som pasienten oppfatter, er derimot varierende. Vi mener derfor at det er viktig at den skriftlige informasjonen dekker informasjonsbehovet til pasienten.

På generelt grunnlag, med erfaring fra egne forskningsprosjekt og samtaler med pasienter, får vi inntrykk av at enkelte pasienter heller ikke får med seg all informasjonen som står i informasjonsskrivene. Mangel på forståelse av informasjon samt mengde og type informasjon kan

**FORFATTERE**



**Marianne Cecilie Johansen Nævra**  
Sykepleier og tekniker, Nevrokirurgisk avdeling, Seksjon for klinisk neurofysiologi, Oslo universitetssykehus



**Ketil Berg Olsen**  
Klinisk neurofysiolog og overlege, Nevrokirurgisk avdeling, Seksjon for klinisk neurofysiologi, Oslo universitetssykehus



**Luis Romundstad**  
Spesialist i anestesioologi og overlege, Seksjon for anestesioologi, Akutt klinikken, Oslo universitetssykehus



**Pål Gunnar Larsson**  
Klinisk neurofysiolog og seksjonsleder, Nevrokirurgisk avdeling, Seksjon for klinisk neurofysiologi, Oslo universitetssykehus

være en årsak til suboptimal innsikt (4–8).

### VI VILLE KVALITETSSIKRE INFORMASJONSSKRIVET

Informasjonsskrivet (se QR-kode), der vi spør om pasienten vil delta i vårt forskningsprosjekt, omfatter både informasjon om prosjektet og samtykke ved underskrift.

Bakgrunnen for sideprosjektet var å få bedre kjennskap til pasientenes opplevelse av informasjonen som gis i informasjonsskrivet, og om det er grunnlag for endringer av innholdet for å optimere nytten av informasjonsskrivet. Informasjonsskrivet som ble evaluert, er benyttet ved flere tidligere forskningsprosjekt (9, 10)

og oppfyller utformingen og informasjonskravene til informasjonsskriv ved OUS (11).

Hensikten med vårt forskningsprosjekt var å kvalitetssikre informasjonsskrivet som vi bruker i egne forskningsprosjekt.

### «Både anestesilege og sykepleiere var tilknyttet forskningsprosjektet.»

Pasientene svarte på et spørreskjema (se QR-kode) om det aktuelle informasjonsskrivet.

Spørreskjemaet ble utformet av en lege og en sykepleier som var tilknyttet prosjektet, og det ble kvalitetssikret av fem fagpersoner og to pasienter før vi ga det til deltakerne i vårt forskningsprosjekt. Spørsmålene ble utformet for å



## Informasjonsskriv og spørreskjema



Skann koden og kom rett til informasjonsskrivet på nett.



Skann koden og kom rett til spørreskjemaet på nett.

**FORKLARING:** Helsepersonell har ansvar for at pasientene forstår innholdet i informasjonsskrivene. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



undersøke hvordan pasientene opplever informasjonsskrivet i forhold til forståelse, mengde og type informasjon og deltakelse.

### HELSEPERSONELL HAR ET INFORMASJONSANSVAR

Pasienter har rett til informasjon (5, 12), og helsepersonell har ansvar for at pasientene har forstått innholdet og betydningen av informasjonen i de ulike informasjonsskrivene (13, 14).

Krav til utforming av informasjonsskriv (11) og pasientenes behov for informasjon er viktige elementer som forskeren må ta hensyn til i et forskningsprosjekt. Men det oppleves vanskelig, kanskje umulig for forskere, å utforme et informasjonsskriv som tilfredsstillende både retningslinjer for utforming og innhold, samt dekker de ulike pasientenes sine informasjonsbehov (3).

### SPRÅKET ER VANSKELIG Å FORSTÅ

Pasienter uttrykker at helseinformasjon er vanskelig å forstå (4, 7, 15, 16). Dette bekreftes av pasienter som har henvendt seg til Norsk pasientforening (5), som uttrykker at språket er vanskelig og informasjonsmengden er for stor. På den andre siden nevnes det at det kan være informasjon de savner.

En studie (6) viser til at informasjonsskriv kan være for omfattende og ikke tilpasset pasienter. Berger påpeker i sin doktorgrad (8) at lengden på informasjonsskrivene har økt, med flere ord og formaliteter. Pasienter oppga i den sammenheng at de ikke kjente til betydningen av alle fagtermene.

Informasjon må individualiseres (17), og et aktuelt spørsmål er hvorvidt det er mulig å utforme et informasjonsskriv som kan passe alle. Det oppfordres til kontinuerlig arbeid

(18) samt at pasienter inkluderes i utvikling av informasjonsskriv (5, 16, 19–22).

### PASIENTENE BLE SPURT OM Å DELTA

Forskningsprosjektet ved OUS hadde oppstart i februar 2019 og pågikk til juni 2019. I samme periode forespurte vi de samme pasientene som deltok i forskningsprosjektet, om å delta i sideprosjektet med å evaluere informasjonsskrivet de hadde mottatt i forbindelse med deltakelsen.

Inklusjon av pasienter til det aktuelle forskningsprosjektet foregikk samme dag som operasjonen, og informasjonsskrivet ble utlevert og innhentet av anestesilegen ved deltakelsen i prosjektet.

Sykepleierne spurte pasientene om de ville delta i en evaluering av informasjonsskrivet de hadde fått, dagen etter at pasienten hadde blitt operert. Sykepleierne leverte spørreskjemaet til pasienten og samlet det inn samme dag.

Både anestesilegen og sykepleierne var tilknyttet forskningsprosjektet. Pasientene fikk muntlig informasjon om forskningsprosjektet når de ble spurt om de ville delta, og alle pasientene leste gjennom informasjonsskrivet. Begge prosjekter foregikk parallelt og inkluderte 20 pasienter.

Det ble gjennomført en kvantitativ observasjonell prospektiv studie, der målet var å forespørre alle pasientene som deltok i forskningsprosjektet, om å delta i sideprosjektet med å evaluere informasjonsskrivet de hadde fått før operasjonen. Svarene fra spørreskjemaet ble innsamlet, registrert og systematisert etter forståelse, informasjon og deltakelse. Data er analysert med deskriptive frekvensanalyser.

### DE FLESTE FORSTO INFORMASJONEN I SKRIVET

De fleste (95 prosent) av deltakerne svarte at de forsto informasjonen i informasjonsskrivet. Dette samsvarer ikke med



andre studier og tilbakemeldinger fra pasienter (4, 5, 7, 15, 16) som viser til at helseinformasjonen er vanskelig å forstå og at språket er vanskelig.

Til tross for resultatene fra vår undersøkelse og på bakgrunn av hva andre studier viser til, reflekterte vi rundt hvorvidt man kan forvente, og med sikkerhet vite at pasienter forstår informasjonen i en situasjon hvor det mest sannsynlig er både smerter og engstelse til stede.

Pasient- og brukerrettighetsloven (13) og helseforskningsloven (23) viser til at samtykkekompetanse kan falle helt eller delvis bort dersom pasienten ikke er i stand til å forstå innholdet i informasjonsskriv som blir gitt.

Det henvises til fysiske eller psykiske forstyrrelser, som kan være tilfelle for mange pasienter som skal til en operasjon. Det er ikke uvanlig at pasientene føler smerte, er engstelige og er påvirket av beroligende og/eller smertestillende medisiner. Pasientenes helsetilstand bør derfor vurderes før de blir spurt om å delta i et forskningsprosjekt.

### NOEN SAVNET INFORMASJON OM PROSJEKTET

Resultatene fra vår undersøkelse viser at de fleste pasientene var fornøyd med mengde og type informasjon i informasjonsskrivet. Pasientene savnet noe informasjon, og funnet samsvarer med det pasienter har gitt tilbakemeldinger på til Norsk pasientforening (5). Ved vårt prosjekt savnet enkelte pasienter informasjon rundt det praktiske ved gjennomføring av forskningsprosjektet.

I skrevet som pasientene mottok var det praktiske ved gjennomføringen av prosjektet beskrevet under avsnittene: «Hva innebærer studien», «Mulige fordeler og ulemper» og «Kap A», som er et ekstra kapittel på slutten av skrevet, med utfyllende informasjon. Tilbakemeldinger fra pasientene viser at informasjon om det praktiske ikke kom godt nok frem.

### HVA KAN VI GJØRE BEDRE?

I spørreskjemaet fikk pasientene mulighet til å komme med forbedringsforslag til fremtidig utforming av informasjonsskrivet, både ved fritekst og

i en avkrysningstabell. Tilbakemeldingene handlet om at forskerne burde benytte illustrasjoner, og at forskerne burde informere mer rundt det praktiske ved prosjektgjennomføringen.

I en avkrysningstabell med seks alternativer, kommer det frem at 15 prosent av pasientene ønsket kortere tekst, 30 prosent ønsket bilde/illustrasjon i teksten, 10 prosent ønsket forklaring av begreper og 5 prosent ønsket utfyllende overskrifter.

Det ble også utformet tre ulike typer informasjonsskriv A, B og C, som ble vist til pasientene etter at de hadde besvart spørreskjemaet, slik at de kunne gi tilbakemelding på hvilket skriv de foretrakk (tabell 1).

De ulike informasjonsskrivene ble utformet med ulik mengde tekst og/eller mer utfyllende og forklarende overskrifter på forsiden, men med ellers få forskjeller. Hensikten var å undersøke om mengden og typen tekst på forsiden var avgjørende for hva pasientene mente om informasjonsskrivet. Pasientene syntes ikke det var så stor forskjell på informasjonsskrivene, men informasjonsskriv C ble foretrukket av flest pasienter.

Informasjonsskrivet (type C) hadde kun enkelte beskrivende setninger om prosjektets temaer på forsiden. Pasientene kunne lese utdypende informasjon om prosjektet på de neste sidene, hvis de ønsket det. Når sykepleierne snakket med pasientene, sa pasientene at dette skrevet var enkelt å forholde seg til, og at de fikk nok informasjon med kun beskrivende setninger på forsiden.

### VI HAR FÅTT NY INNSIKT

Styrken ved sideprosjekt er at vi har fått innsikt i hvordan pasienter opplevde informasjonsskrivet vi benyttet i vårt forskningsprosjekt når det gjelder forståelse, mengde og type informasjon. Vi involverte pasienter i prosessen med å evaluere informasjonsskrivet og svarene vil påvirke utformingen av fremtidige informasjonsskriv.

Sideprosjektet ble gjennomført parallelt med et forskningsprosjekt ved OUS der det skulle inkluderes 20 pasienter. Utvalget til vårt prosjekt besto også av 20 pasienter, og det lave antallet svekker generaliserbarheten. I studien innhentet vi opplysninger kun fra en avdeling ved OUS, og vi evaluerte bare en type informasjonsskriv. Dette svekker muligheten til å generalisere funnene.

Det vil alltid være en usikkerhet i forhold til på hvilket grunnlag pasientene svarte på spørreskjemaet, om de svarte basert på skriftlig og/ eller muntlig informasjon, når informasjonsflyten mellom pasient, lege og sykepleier som regel består av både muntlig og skriftlig informasjon. Vi anser likevel at hensikten med prosjektet er oppnådd, da de to prosjektene ble gjennomført på lik måte, i samme tidsrom og at de samme personene var involvert i begge prosjekter.

### KONKLUSJON

Prosjektet har bidratt til å gi bedre innsikt i hvordan pasienter opplever informasjonsskrivet til det aktuelle

Tabell 1. Informasjonsskriv

Forside type A	Forside type B	Forside type C
<b>Bakgrunn og hensikt</b>	Vi ønsker å finne ut hva som skjer i hjernen under anestesi.	Vi ønsker å finne ut hva som skjer i hjernen under anestesi.
<b>Hva innebærer studien</b>	Vi ønsker å registrere hjernens aktivitet fra hodebunnen under anestesi.	Vi ønsker å registrere hjernens aktivitet fra hodebunnen under anestesi.
<b>Mulige fordeler og ulemper</b>	Vi vil få operasjon klistre fast elektroder i hodebunnen.	Vi vil få operasjon klistre fast elektroder i hodebunnen.
<b>Hva skjer med prøvene og informasjonen om deg?</b>	Vi vil etter operasjonen analysere endringer i hjernens nettverk.	Vi vil etter operasjonen analysere endringer i hjernens nettverk.
<b>Frivillig deltakelse</b>	Det er frivillig deltakelse og du kan trekke deg når som helst.	Det er frivillig deltakelse og du kan trekke deg når som helst.
		Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Tre ulike informasjonsskriv med ulik forside som ble vist for pasientene, hvor pasientene skulle velge den typen de foretrakk. Pasientene foretrakk type C.

forskningsprosjektet og viser at pasientene får god, nok og forståelig informasjon.

Vi har registrert tilbakemeldinger fra pasienter relatert til forbedring av informasjonsskrivet, som indikerer at pasiente-

### «15 prosent av pasientene ønsket kortere tekst.»

ne foretrekker informasjonsskriv med en tydeligere forside, bruk av illustrasjoner, bedre forklaring av begreper og bedre informasjon om praktisk gjennomføring.

#### REFERANSER

1. Bakke P. Norges største aktør innen medisinsk og helsefaglig forskning. Oslo: OUS; 2019. Tilgjengelig fra: <https://eksportsykehusetblog.wordpress.com/https://eksportsykehusetblog.wordpress.com/2019/08/09/norges-storste-aktor-innen-medisinsk-og-helsefaglig-forskning/> (nedlastet 25.02.2020).
2. Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD003716.
3. Ferguson PR. Information giving in clinical trials: the views of medical researchers. Wiley Online Library. 2003;17(1):101–11.
4. Edwards M, Hill S, Edwards A. Health literacy-achieving consumer 'empowerment' in health care decisions. Oxford: Oxford University Press; 2009 s. 101–7.
5. Norsk pasientforening. Jeg trenger informasjon. Oslo: Norsk pasientforening; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.pasient.no/pasienters-problemer/jeg-trenger-informasjon/> (nedlastet 25.02.2020).
6. Rokstad IS. Relevant informasjon til forskningsdeltakere. Tidsskr Nor Legeforen. 2013;4(133):392.
7. Sworkdal MBH. Ordbruken er såpass komplisert at jeg sliter med å forstå hva det betyr. Opdalingen. 16.12.2017. Tilgjengelig fra: <https://www.opdalingen.no/meninger/2017/12/16/Ordbruken-er-s%C3%A5pass-komplisert-at-jeg-sliter-med-%C3%A5-forst%C3%A5-hva-det-betyr-15764831ece> (nedlastet 25.02.2020).
8. Berger O. Informing cancer patients. (Doktoravhandling). Trondheim: Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU; 2017.
9. Juel BE. Electrophysiological markers of consciousness: measures of connectivity, complexity, and signal diversity in EEG for distinguishing between conscious and unconscious brain states. (Doktoravhandling). Oslo: Oslo universitet; 2019.
10. Juel BE, Romundstad L, Kolstad F, Storm JF, Larsson PG. Distinguishing anesthetized from awake state in patients: A new approach using one second segments of raw EEG. Front Hum Neurosci. 2018;12:40.
11. Oslo universitetssykehus. Samtykke og forskning. OUS E-håndbok: OUS nevroklinikken; 2019.
12. Norsk senter for forskningsdata (NSD). Informasjon til utvalgt. NSD; 2018 Tilgjengelig fra: [https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informasjon\\_samtykke/](https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/) (nedlastet 25.02.2020).
13. Lov 2. juli 1999 om rett til medvirkning og informasjon (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3) (nedlastet 25.02.2020).
14. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. Frankrike: WMA; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (nedlastet 25.02.2020).
15. Flory J, Emanuel E. Interventions to improve research participants' understanding in informed consent for research: a systematic review. JAMA. 2004;292(13):1593–601.
16. Shaw A, Ibrahim S, Reid F, Ussher M, Rowlands G. Patients' perspectives of the doctor – patient relationship and information giving across a range of literacy levels. Patient Educ Couns. 2009;75(1):114–20.
17. Gulbrandsen P. Informasjon må individualiseres. Tidsskr Nor Legeforen. 2010;130(23):2336.
18. Ruyter KW. Bruk av skjønn for å styrke informasjon og frivillighet. In: Ingjerd I, Fosshem H, red. Etisk skjønn i forskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2015. s. 40–9.
19. Gulbrandsen P, Førde R, Kristvik E. Informasjonsskriv før innlegg. Tidsskr Nor Legeforen. 2010;130(17):1705.
20. Falagas ME, Korhila IP, Giannopoulou KP, Kondilis BK, Peppas G. Informed consent: how much and what do patients understand? Am J Surg. 2009;198(3):420–35.
21. Sherlock A, Brownie S. Patients' recollection and understanding of informed consent: a literature review. ANZ J Surg. 2014;84(4):207–10.
22. Austvoll-Dahlgren A, Johansen M. Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. Norsk Epidemiologi. 2013;23(2).
23. Lov 20. juni nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (nedlastet 25.02.2020).



### Marianne C. Johansen Nævra

Sykepleier og tekniker. Nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus

**V**i ønsket å undersøke hva pasientene mente om den skriftlige informasjonen som ble gitt når de ble inkludert i et forskningsprosjekt. Bakgrunnen for å belyse dette var at vi var usikre på om pasientene fikk den informasjonen de trengte.

Seksjon for klinisk nevrofysiologi ved nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet er en del av Nasjonal behandlingstjeneste for epilepsikirurgiutredning og er sentrale i å bygge opp intraoperativ nevrofysiologisk monitorering i Norge.

Arbeidet består av varierte arbeidsoppgaver og involverer flere pasientgrupper. Sterk faglig forankring rundt epilepsi og kirurgiutredning med intrakranielle elektroder samt det perifere og sentrale nervesystemet står sentralt. Fagområdet er under rask utvikling, og det er viktig at sykepleiere tilegner seg nødvendig kompetanse.

I tidligere forskning har jeg belyst sykepleierens rolle ved monitorering av nervebaner under operasjon. I dag arbeider jeg med å fullføre en studie som belyser metoder for å måle bevissthet under anestesi. Jeg ønsker å starte opp en studie som kvalitets-sikrer epilepsikirurgiutredningen ved Rikshospitalet.

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**



QR-KODE

FAGARTIKKEL:  
Kliniske studier:  
Får deltakerne god nok skriftlig informasjon?



**HOVEDBUDSKAP:**

Andelen eldre og personer med langvarig sykdom er økende. I tillegg er funksjonsfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten endret. Det medfører flere og sykere pasienter på alle nivåer. Femti prosent av sykepleierutdanningen er praksisstudier. Forskning og vår egen erfaring viser at det er en stor utfordring å sikre god kvalitet i praksisstudiene. I denne artikkelen presenterer vi «Østfoldmodellen», som kan optimalisere praksisstudiene for studenter, veiledere og undervisningspersonell.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.79917

**NØKKELOD:**

► Sykepleierutdanning ► Sykepleieryrket ► Veiledning

# «Østfoldmodellen» kan forbedre kvaliteten på praksisstudier

Helsetjenestens utvikling preger sykepleien. For å gi studentene best mulig yrkeskompetanse er det viktig å kvalitetssikre praksisdelen av utdannelsen gjennom et tettere samarbeid mellom høyskoler og praksisfelt.

**F**ormålet med sykepleierutdanningen er å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten – i og utenfor institusjoner. Studiet omfatter totalt 180 studiepoeng, hvorav 90 er praksisstudier.

Formålet med praksisstudiene er at studentene skal oppnå best mulig yrkeskompetanse for å kunne møte pasientens og samfunnets behov for sykepleie som en del av et samlet behandlingstilbud. Det er en forutsetning at

- praksisstudiene er planlagt og målrettet,
- yrkesutøvelsen ved praksisstedet er relevant for sykepleierfunksjonen,
- studentene får jevnlig veiledning, oppfølging og vurdering,
- lærestedets undervisningspersonell veileder og medvirker til å tilrettelegge gode læresituasjoner, noe som innebærer jevnlig tilstedeværelse i praksis, og
- praksisstedets sykepleiere har ansvar for daglig veiledning og opplæring (1).

Ansatte på høyskolen har begrenset tid til oppfølging av studenter og veiledere i praksisstudiene. Sykehuset er lite tilrettelagt for samtaler, og det er få tilgjengelige møterom som egner seg for veiledningssamtaler.

Hver enkelt lærer har flere studenter å følge opp og dermed også flere praksisveiledere å forholde seg til. Praksisoppfølgingen skal gjennomføres parallelt med

**FORFATTERE**



**Mona Martinsen**  
Seksjonsleder, Akuttgeriatrisk sengepost, Sykehuset Østfold



**Ann Katrin Larsen Reinell**  
Fagsykepleier, Akuttgeriatrisk sengepost, Sykehuset Østfold



**Vigdis Abrahamsen Grøndahl**  
Professor, Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold



**Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen**  
Førsteamanuensis, Sykehuset Østfold og Høgskolen i Østfold

undervisning, veiledning og sensurering, noe som medfører en utfordring med å få på plass avtaler om veilednings- og vurderingssamtaler.

**PRAKSISVEILEDERE ØNSKER MER KOMPETANSE**

Det er opprettet et samarbeidsorgan mellom sykehus og høyskoler som har ansvar for å inngå avtaler mellom partene og utveksle informasjon som blant annet tidsrom og mål for praksisstudier. Likevel har ikke alltid den enkelte praksisveileder mottatt denne informasjonen.

Årsakene kan være at praksisveilederen ikke har lest e-posten, at informasjonen ikke er sendt til korrekt mottaker, eller at det har skjedd en endring i hvem som skal ha veilederfunksjon ved den enkelte avdeling.

Studenter rapporterer om utfordringer knyttet til praksis, både med tanke på praksisveilederens forberedelser og motivasjon og den avsatte tiden til og innholdet i veiledningen (2). Studier har vist at praksisveiledere ofte føler seg usikre i veilederrollen, og at det å veilede krever mye tid og innebærer et stort ansvar (3, 4).

Mange veiledere i praksis mangler pedagogisk utdanning eller erfaring, og mange nyutdannede sykepleiere får raskt veilederansvar (5–7).

Praksisveiledere har også utfordringer med å balansere mellom pasientansvar og veiledningsansvar, og de etterlyser mer tid til samtale med studenter. I tillegg etterlyser



**BEHOV FOR KOMPETANSE:** Studier viser at praksisveiledere kan føle seg usikre. Veilederrollen krever mye tid og innebærer et stort ansvar. (Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB scanpix)

de mer samarbeid med lærere og bedre rutiner for veiledningsarbeidet (3, 4).

#### DEPARTEMENTET ETTERLYSER MER FORSKNING

Universitets- og høyskolerådet (UHR) gjennomførte i 2014–2015 «Praksisprosjektet» på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet der de la vekt på kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning.

I rapporten fra prosjektet etterlyser departementet forskning og prosjekter som undersøker arbeidsformer og læringsutbytte i praksisstudier (8). Det er altså behov for bedre tilrettelegging av praksisstudiene for sykepleierstudenter.

Målsettingen med prosjektet var å utarbeide et verktøy som kan bidra til at høyskoler og praksisfelt tilrettelegger for best mulig klinisk praksis, slik at både studenter og veiledere opplever mestring og økt kompetanse. Vi ønsket også å etablere et tettere og bedre samarbeid mellom høyskoler og praksisfelt. Vi startet derfor utviklingen av «Østfoldmodellen».

#### EN BEDRE STRUKTUR VAR NØDVENDIG

Våren 2018 etablerte deltakere fra Høgskolen i Østfold, Norsk Sykepleierforbund (NSF) Østfold og Akuttgeriatrisk sengepost ved Sykehuset Østfold et samarbeid. Formålet var å utarbeide en strukturert praksismodell – «Østfoldmodellen».

Initiativtaker var Mona Martinsen, seksjonsleder ved akuttgeriatrisk sengepost. Martinsen hadde erfaring både som sykepleier, praksislærer ved høyskolen, veileder i praksis og leder.

Hennes erfaringer med at både studenter, praksisveiledere og undervisningspersonell hadde behov for en bedre struktur og tilrettelegging av praksisperiodene, var sammenfallende med tidligere forskning. Arbeidet var sentrert rundt noen grunnleggende målsettinger:

- å tilstrebe god tilgjengelighet av nødvendige praksisdokumenter
- å samle all informasjon på ett sted
- å gi innblikk i hvor studenten befinner seg i prosessen, slik at det blir mer oversiktlig for andre å ta over veiledningen ved for eksempel bytte av praksisveileder eller ved praksisveileders fravær
- å tydeliggjøre roller og forventninger til studenten, praksisveilederen og undervisningspersonell

Avdeling for akuttgeriatri gjennomførte tre heldags workshoper hvor ulike områder av praksis ble diskutert, og arbeidet med en «læringstrapp» ble planlagt og videre-

**«Målsettingen med prosjektet var å utarbeide et verktøy som kan bidra til at høyskoler og praksisfelt tilrettelegger for best mulig klinisk praksis.»**

utviklet. Læringstrappen beskriver hvilke ferdigheter studenten skal inneha, samt hovedområder, på ulike trinn.

Det innebærer at studenten kan bruke ulik tid på de ulike trinnene, avhengig av egne forutsetninger og praksislengde. Læringstrappen bygger blant annet på beskrivelser av læringsutbytte i høyskolens studieplaner.

#### DISKUSJONSØVELSER ER HENSIKTSMESSIG

Videre gjennomførte avdelingen to hele dager med tabletop-diskusjoner hvor sykepleiere og helsefagarbeidere med både kort og lang fartstid fra akuttgeriatrisk sengepost deltok.

Diskusjonsøvelser er hensiktsmessig ved at deltakerne som er med i simuleringen, kan komme frem til de beste løsningene på en problemstilling gjennom diskusjon og dialog. På den måten kan de få en større forståelse for sin

egen og andres rolle (9). Figur 1 viser diskusjonstemaet disse dagene.

Utviklingen av praksismodellen er basert på medvirkning fra ansatte (både på høyskolen og ved akuttgeriatrisk avdeling), ledere og studenter gjennom hele prosessen.

Modellen har blitt justert som følge av tilbakemeldinger fra både studenter og praksisveiledere i løpet av fire praksisperioder ved sengeposten. Arbeidet er gjennomført i samråd med Folkehelseinstituttets modell for kvalitetsforbedringsarbeid (se figur 2) (10).

### HVORFOR ER EN PRAKSISMODELL VIKTIG?

Våren 2019 ble en ny forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning vedtatt (11). Retningslinjen er utformet i tråd med tjenestenes kompetansebehov, brukernes behov for kvalitet i tjenestene, oppdatert og forskningsbasert kunnskap, sentrale politiske føringer, nasjonale reformer, utvikling av utdanningssektoren og helse- og sosialsektoren samt nasjonalt og internasjonalt regelverk.

Retningslinjen inneholder formålsbeskrivelse, kunnskapsområder og læringsutbyttebeskrivelser, som er strukturert etter kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse.

Figur 1. Tabletop-øvelse

Sted:	Kalnes
Skal ha lært:	Å veilede studenter i praksis
Situasjon:	Veiledning av studenter
Du har vært veileder for sykepleierstudent Turid i 3 uker. I dag skal dere ha midtveisevaluering.	
Bruk noen minutter på å reflektere over følgende spørsmål:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er din rolle og ditt ansvar?</li> <li>• Hvordan er dine erfaringer med veiledning av studenter nå?</li> <li>• Hvordan ønsker du at veiledning av studenter skal gjennomføres i fremtiden?</li> </ul>	

Figur 2. Kunnskapscenterets modell for kvalitetsforbedringsarbeid



Retningslinjen stiller krav til praksisveilederes kompetanse og skal tre i kraft for studenter høsten 2020.

Alle studiesteder som utdanner sykepleiere, må følge den nye retningslinjen – også der studenten har praksis. I den nye retningslinjen står det at studentene skal vektleg-

### «Alle studiesteder som utdanner sykepleiere, må følge den nye retningslinjen – også der studenten har praksis.»

ge læringsutbyttene når de har praksis, ikke hvilke sykdommer pasientgruppen har.

Studentene skal legge vekt på hva det forventes at de skal lære i den aktuelle praksisperioden. Det skaper et godt utgangspunkt for å implementere en helt ny praksismodell.

### LEDERE MÅ SETTE AV TID

Det er stor nasjonal variasjon i gjennomføringen av praksisstudiene. Erfaringene våre fra både høyskole og praksisfelt tilsier at det er store forbedringsmuligheter, både når det gjelder planlegging, veilederkompetanse, struktur og samarbeid på tvers mellom høyskolen og praksisstedet.

Våre erfaringer støttes av en studie som påpekte at de viktigste faktorene for å sikre praksisperioder av god kvalitet er at ledere må sette av tid til veiledning, kompetansen til praksisveilederne må styrkes, og samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonen og praksisarenaen må bli bedre (12).

Praksisveiledere mener at det er utfordrende å balansere mellom pasientansvar og veiledningsansvar, og de etterlyser mer tid til samtale med studenter. I tillegg etterlyser veilederne mer samarbeid med lærere og bedre rutiner for veiledningsarbeidet (3, 4).

En kartlegging av rammebetingelser for veiledning av sykepleierstudenter viser at under femti prosent av veilederne har formell kompetanse i veiledning (13).

Praksissykepleiere opplever også et spenningsforhold mellom teori og praksis, hvor så vel faglige som mellommenneskelige og organisatoriske utfordringer får innvirkning på deres veiledning av studentene (14). Studentene står i et «spenningsfelt» mellom teori (høyskolen/lærerne) og praksis (veiledningssituasjonen).

Praksisveiledningen påvirkes av både faglige, mellommenneskelige og organisatoriske utfordringer, idet studenten skal knytte teori og praksis sammen i sin utøvelse av sykepleie. Forskning viser at mange nyutdannede sykepleiere synes at kravene til yrkesutøvelsen er komplekse og overveldende.

Sykepleierne ønsker mer kompetanse i konkrete situasjoner og bedre kunnskap om prosedyrer som det forventes at de mestrer (15–18). Det tilsier et behov for endringer allerede under studietiden.

### INNHALDET I PRAKSISMODELLEN

Praksismodellen inneholder flere ulike elementer:

- informasjon om de ulike døgnområdene (avdelingene) på sykehuset

## FAKTA

- en plan for mottakelse av studenten
- en læringsplan i ulike trinn for studenten i løpet av gitt antall uker på et praksissted (læringstrappen)
- en plan for veiledningsprosessen med blant annet en studentansvarlig som gjennomfører felles refleksjoner med alle studentene i avdelingen
- tips til praksisveiledere

I tillegg inkluderes ulike praksisdokumenter, for eksempel rammeplan (erstattes av ny forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning), vurderingsdokument og ferdighets-skjema (en avkryssing av ulike praktiske ferdigheter studenten har observert/utført under veiledning eller utført selvstendig).

### VIDEREUTDANNING I VEILEDNING GIR TRYGGHET

Praksismodellen skal være lett tilgjengelig på sykehusets intranettsider, og studentene kan også gå inn på sidene før praksisperioden for å forberede seg.

Valgte områder i praksismodellen støttes av en tidligere studie som fant at en god mottakelse av studentene når de kommer ut i sine praksisstudier, samt avklaring av forventninger, er av stor betydning for studentenes læring (19).

Studier viser også at praksisveiledere ofte er ukjent med studentenes utdanningsprogram, og at de har behov for kontakt med og veiledning av lærere (5, 20, 21).

Praksisveiledere som har formell videreutdanning i veiledning, sier at det gir dem en trygghet når det gjelder hvordan de skal møte studentene, og hvordan de kan stille krav til dem. Det styrker at et krav om veiledningsutdanning vil være et viktig tiltak for å sikre kvalitet i praksisstudier (19, 22).

Likevel kan det ta tid før alle veiledere har den formelle kompetansen på plass. I så måte vil vår praksismodell være et nyttig verktøy for de som ikke har videreutdanning i veiledning.

### VEIEN VIDERE FOR «ØSTFOLDMODELLEN»

Praksismodellen er nå inkludert i et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Østfold og Sykehuset Østfold: SVEKOMP (Syke- og vernepleierstudenters sluttkompetanse etter endt bachelorutdanning).

Ett av målene i prosjektet er å implementere «Østfoldmodellen» og at studentene, veiledere, undervisningspersonell og ledere skal evaluere den ut fra sitt perspektiv. Modellen planlegges implementert i alle avdelingene på Sykehuset Østfold, Kalnes, samt i utvalgte avdelinger i kommunehelsetjenesten.

Videre inkluderer SVEKOMP-prosjektet også vernepleierstudenter. Derfor vil implementering og evaluering også involvere denne yrkesgruppen.

### Prosjektgruppen for SVEKOMP

#### Foruten artikkelforfatterne består prosjektgruppen av:

- **Høgskolen i Østfold:** Mette Hansen og Inger Hjeltnand (begge vernepleierutdanningen), Siri Brynhildsen, Anne-Grethe Gregersen, Hilde-Marie Andreassen og Stina Ekman (permisjon) (alle sykepleierutdanningen)
- **Fredrikstad kommune:** Anne Herwander Kvarnsnes
- **Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold:** Wenche Charlotte Hansen
- **Eidsberg kommune:** Ina Kristin Blågestad
- **Sykehuset Østfold:** Richard Olsen og Lars Gunheim-Hatland
- **Kommunenes sentralforbund:** Elin Sogn

Vi håper og tror at modellen blir et godt verktøy for studenter, veiledere, undervisningspersonell og ledere, og at den kan løftes til et nasjonalt nivå. Ved å sikre god praksis vil vi også sikre rett kompetanse for nyutdannede, slik at de kan ivareta pasientenes, pårørendes, helse-tjenestens og samfunnets behov. ●

#### REFERANSER

1. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) (nedlastet 05.12.2019).
2. Ekman S, Fladeby N, Johansen I, Hardseland C, Leonardsen A. Hvordan kan sykepleierstudenter få det bedre når de er i praksis? Sykepleien. 2019;107:e-74902.
3. Aigeltinger E, Haugan G, Sørli V. Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. Sykepleien Forskning. 2012;2(7):160–6.
4. Aigeltinger E, Haugan G, Sørli V. Relasjonen til veileder betyr mye for sykepleierstudenter i sykehuspraksis. Sykepleien Forskning. 2012;7(2):152–8.
5. Hallin K, Danielson E. Preceptor nursing students: registered nurses' perceptions of nursing students' preparation and study approaches in clinical education. Nurse Educ Today. 2010;30(4):296–302.
6. Brammer J. Issues in undergraduate education. RN as gatekeeper: gatekeeping as monitoring and supervision. J Clin Nurs. 2008;17:1868–76.
7. Lofmark A, Morberg Å, Öhlund L. Supervising mentors' lived experience on supervision in teaching, nursing and social care education. A participation-oriented phenomenological study. High Education. 2009;57(1):107–23.
8. Universitets- og høyskolerådet. Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: praksisprosjektet. Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt gjennomført på oppdrag fra KD i perioden 2014–2015. Oslo: Universitets- og høyskolerådet; 2016.
9. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Metodehefte: diskusjonsøvelse. Veileder i planlegging, gjennomføring og evaluering av øvelser. Oslo: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap; 2016.
10. Konsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, et al. Modell for kvalitetsforbedring Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring> (nedlastet 20.08.2019).
11. Forskrift 15. mars 2019 nr. 412 om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412> (nedlastet 20.08.2019).
12. Gulbrandsen T, Myhre K, Asmyhr M, Bjørknes G. Seksjonslederens vurdering av praksisstudier for bachelor- og videreutdanningsstudenter i sykepleie. Nordisk sykepleieforskning. 2018;8(1):75–84.
13. Norsk Sykepleierforbund. Stor vilje – lite ressurser. En kartlegging av rammebetingelser for veiledning av sykepleierstudenter i kommunehelsetjenesten. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2018.
14. Fillingnesnes A, Thylen I. Praksissykepleierens pedagogiske utfordringer i klinisk veiledning av sykepleierstudenter. Nordisk Sykepleieforskning. 2012;4(2):249–62.
15. Alvsvåg H, Førland O. Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. Vård i Norden. 2006;26(4):25–30.
16. Kyland A, Hov S. Samspill mellom øvingsavdeling og praksis i sykepleie – mer læring? Nordisk Sykepleieforskning. 2015;4(1):61–9.
17. Nilsen C, Stenholt B, Lomborg K, Bjørk I. Praktiske ferdigheter i profesjonsrettede sundhedsuddannelser. Dansk Universitetspædagogisk Tidsskrift. 2013;8(15):60–73.
18. Ravik M, Havnes A, Bjørk I. Defining and comparing learning actions in two simulation modalities: student training on latex and each other's arms. J Clin Nurs. 2017;(23–24):4255–66.
19. Maaso A. Kvalitet og kompetanse i praksisveiledning av vernepleier- og sykepleierstudenter i kommunehelsetjenesten i Nord-Trøndelag. Namsos: Senter for Omsorgsforskning; 2016.
20. Lofmark A, Morberg Å, Öhlund L. Supervising mentors' lived experience on supervision in teaching, nursing and social care education. A participation-oriented phenomenological study. Higher Education. 2009;57(1):107–23.
21. Hatlevik I. Praksis i studiene. En undersøkelse blant praksisveiledere, faglærere og studenter ved fem profesjonsutdanninger. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2012.
22. Bogsti W, Vassbø K. Sparer tid ved veiledning på nett. Sykepleien. 2015;103(6):40–2.



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:  
«Østfoldmodellen» kan forbedre kvaliteten på praksisstudier



**ÅNDENØD:** Dyspné rammer opptil 50 prosent av pasienter som kommer til akuttinnleggelse, og en fjerdedel som vurderes ambulant. Illustrasjonsfoto: Wavebreakmedia/ Mostphotos



#### FORFATTERE

##### Hege Selnes Haugdahl

Intensivsykepleier og forskningsrådgiver, Forskningsavdelingen, Helse Nord-Trøndelag HF og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

##### Marlen Knutli

Sykepleier og konsulent for datautlevering, Forskningsavdelingen, Helse Nord-Trøndelag HF

##### Hanne Sorger

Spesialist i lungemedisin, overlege og postdoktor, Klinikk for medisin og rehabilitering, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF og Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

#### NØKKELOD

- Dyspné ► Lungesykepleie ► Pustebesvær
- Spørreskjema ► Symptomvurdering

**DOI-NUMMER:** 10.4220/Sykepleienf.2020.81376

#### SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Å vurdere selvrapportert dyspné er viktig for å følge opp og behandle en rekke tilstander, men vi manglet et validert norsk verktøy som kan måle flere dimensjoner av dyspné.

**Hensikt:** Å oversette og språklig validere Multidimensional Dyspnea Profile (MDP).

**Metode:** Vi utførte norsk oversettelse og språklig validering etter internasjonale retningslinjer i samarbeid med rettighetshaveren av MDP og Mapi, som har spesialisert seg på oversettelse og språklig validering av pasientrapporterte endepunkter. Oversettelse til norsk ble utført av to lungespesialister, en lungesykepleier og en intensivsykepleier, og tilbakeoversettelse til engelsk av en profesjonell oversetter og en tospråklig person med engelsk som morsmål. For å sikre instrumentets klarhet og forståelse gjennomførte vi strukturerte intervjuer av fem pasienter med dyspné.

**Resultat:** En norsk versjon av MDP inkluderer elleve målbare temaer: umiddelbart ubehag av pusteopplevelsen, tilstedeværelse og intensitet av fem ulike typer dyspné og intensitet av fem typer følelsesmessig respons på dyspné. Utviklere av MDP har opphavsretten, men MDP er gratis tilgjengelig for ikke-kommersiell bruk via Mapis nettsted.

**Konklusjon:** MDP er det første instrumentet på norsk som måler flere dimensjoner av dyspné, uavhengig av underliggende sykdomstilstand. MDP bør valideres i et større pasientutvalg med variasjon i diagnoser, alder og sykdomstilstand. Instrumentet kan ha nytteverdi i forskning og klinisk behandling.



# Norsk oversettelse av nytt, pasientrapportert flerdimensjonalt spørreskjema ved dyspné

Multidimensional Dyspnea Profile er det første instrumentet på norsk som måler flere dimensjoner av dyspné, uavhengig av underliggende sykdomstilstand.



**D**yspné defineres som en subjektiv opplevelse av pustebesvær som består av kvalitativt ulike følelser med varierende intensitet. Adekvat vurdering av dyspné er avhengig av selvrapporing (1). Dyspné rammer opptil 50 prosent av pasienter som kommer til akuttinnleggelse, og en fjerdedel som vurderes ambulant (1).

I en studie fra St. Olavs hospital var dyspné det tredje vanligste symptomet (9 prosent) blant pasienter henvist til akuttmottaket, etter magesmerter (13 prosent) og brystmerter (13 prosent) (2).

## Viktig prediktor for sykkelighet og dødelighet

Opplevelsen av dyspné er en viktig prediktor for sykkelighet og dødelighet (3–6), inklusive årsaksspesifikk død av hjerte- eller lungesykdom (7).

En prospektiv multisenterstudie viste at selvrapportert dyspné er en bedre prediktor for fem års overlevelse hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) enn fysiologiske målinger som forsert ekspiratorisk volum etter ett sekund (FEV1) (4).

## Dyspné oppleves forskjellig

Det finnes ulike former for dyspné, avhengig av hvilke stimuli som fører til pustebesvær, og hvilke nevrofysiologiske nettverk som sender stimuli tilbake til hjernen (8). Personer med samme sykdomstilstand kan også oppleve dyspné helt forskjellig (8, 9).

Nedsatt lungefunksjon målt ved FEV1 har tidligere vært ansett som hovedårsaken til symptomet dyspné (10). Likevel konkluderte en kanadisk kohortstudie med at bare 28 prosent av variasjonen i grad av dyspné blant pasienter med mild til moderat kols kunne forklares ved variasjon i FEV1 (9).

FEV1 korrelerer heller ikke nødvendigvis med pasientens helsetilstand (11). Ifølge Faull og medarbeidere bør derfor dyspné vurderes og forsøkes behandlet parallelt med og uavhengig av lungefunksjon (12).

## Mest brukte måleverktøy for dyspné

De mest brukte måleverktøyene for selvrapportert dyspné er visuell analog skala (VAS), Numerical Rating Scale (NRS) og ulike varianter av Borgs skala (13).

Ved etablert kols benyttes diagnosespesifikke spørreskjemaer som Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC) eller COPD Assessment Test (CAT), både for å vurdere graden av dyspné hos pasienten, og for å klassifisere sykdommens alvorlighetsgrad (14, 15). mMRC klassifiserer dyspné i hvile og aktivitet på en fempunkts skala og kan også ha prognostisk verdi ved kols (16).

Samtlige av de nevnte verktøyene har til felles at de måler bare én dimensjon ved dyspné. Kartleggingen spesifiserer ikke hvilken *type* dyspné pasienten opplever, heller ikke *intensiteten* av dyspné eller den

*følelsesmessige responsen* dyspné gir (13).

Disse faktorene kan ha betydning for hvor syk eller frisk en pasient med pusteplager opplever å være, og hvilken subjektiv behandlingsrespons som måles (17–19).

## Vi mangler et norskspråklig verktøy

I USA er det nylig utviklet og validert et flerdimensjonalt verktøy for selvrapportert dyspné, kalt Multidimensional Dyspnea Profile (MDP) (13). MDP kartlegger både graden og intensiteten av dyspné, skiller mellom ulike typer av pustebesvær og beskriver symptomenes innvirkning på pasientens mentale helsetilstand (20).

Vi mangler i dag et norskspråklig verktøy som uavhengig av diagnose evaluerer flere dimensjoner av pasientens pustepoplevelse.

En norsk versjon av MDP har potensial for bruk i klinisk praksis og ved forskning. Hensikten med studien var derfor å utvikle en systematisk språklig validert, norsk oversettelse av MDP.

## METODE

Vi oversatte den originale amerikanske versjonen av MDP (13) fra engelsk til norsk og gjennomførte en språklig validering i nært samarbeid med Robert Banzett, som har utviklet MDP, og det kliniske lungemiljøet ved et norsk lokalsykehus.

Vi innhentet originalversjonen av MDP fra Mapi, som har spesialisert



seg på oversettelse og språklig validering av pasientrapporterte endepunkter (Mapi Research Trust, Lyon, Frankrike).

MDP ble oversatt og språklig validert i henhold til Linguistic Validation Guidance of the Multidimensional Dyspnea Profile (Mapi 2016) (figur 1) og internasjonale retningslinjer (21, 22). I figuren har vi beholdt skjemaet på engelsk fordi det var dette skjemaet som

lå til grunn for oversettelsesprosessen, og for dialogen med Banzett, utvikleren av MDP.



**«Resultatet viste at alle  
'i stor grad' syntes at  
spørreskjemaet brukte  
forståelig norsk.»**

Metoden inkluderte oversettelse (trinn 1–4), klinisk vurdering (trinn 5), pasientintervju (trinn 6) og internasjonal samstemming og språkvask (trinn 7).

#### **Oversettelse**

(Trinn 1) Andre- og tredjeforfatterne, som er henholdsvis sykepleiere og lungespesialist, oversatte MDP



individuellt fra engelsk til norsk sammen med en lungespesialist med lang erfaring fra lungemedisinsk avdeling og poliklinikk.

(Trinn 2) Andre- og tredjeforfatterne sammenliknet oversettelsene og utviklet en omforent versjon (norsk versjon 1) i samarbeid med førsteforfatteren, som har klinisk kompetanse og forskningserfaring på dyspné hos respiratorpasienter. Alle forfatterne behersker engelsk flytende, både muntlig og skriftlig.

(Trinn 3) Den oversatte versjonen ble så oversatt fra norsk til engelsk av en profesjonell oversetter og en tospråklig person med engelsk som morsmål, og som behersker flytende norsk.

(Trinn 4) Alle forfatterne sammenliknet oversettelsene, og vi utviklet en ny, omforent versjon (norsk versjon 2).

### Klinisk vurdering

(Trinn 5) Versjon 2 ble deretter vurdert av de to lungespesialistene og en lungesykepleier med mange års erfaring fra lungepoliklinikk. De ga detaljert tilbakemelding på om nøkkelbegrepene ble oppfattet som gyldige og relevante for pasienter med dyspné (norsk versjon 3).

### Pasientintervju

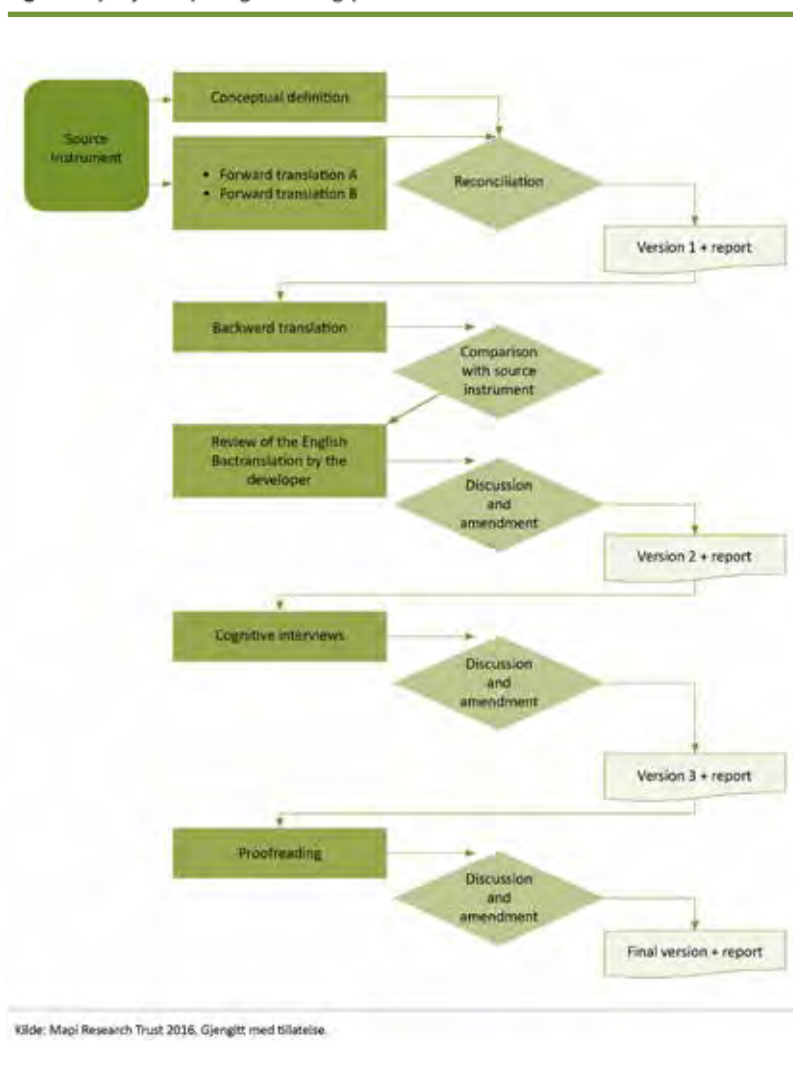
(Trinn 6) For å sikre at verktøyet var klart og forståelig for pasienter, testet et strategisk utvalg av polikliniske pasienter med dyspné den oversatte versjon 3, ved hjelp av intervju. Utvalgsriterier inkluderte variasjon i kjønn, alder og diagnose (hvor dyspné var forventet symptom).

En lungesykepleier gjennomgikk hvert enkelt spørsmål, og ved uklarheter ba hun pasientene om å foreslå alternative formuleringer. På forhånd hadde førsteforfatteren gitt sykepleieren nødvendig informasjon om bruken av MDP.

Førsteforfatteren deltok som observatør under utprøvingen og skrev feltnotat. Sykepleieren satte seg ved siden av pasienten, leste introduksjonstekst og spørsmål, og lot pasienten selv holde pennen for avkryssning. Dersom lungesykepleieren observerte at pasienten ble sliten, hjalp hun til med avkryssningen.

Etter utprøving besvarte pasienten

Figur 1. Flytskjema språklig valideringsprosess



spørsmål om verktøyet brukte forståelig norsk, om spørsmålene var relevante, og om de forsto hvor de skulle sette

.....

**«Flere begreper som inngikk i MDP, måtte drøftes gjentatte ganger før vi kom frem til en omforent forståelse.»**

kryss (svaralternativer: «Ja, i stor grad», «Ja, i noen grad» og «Nei, i liten grad»).

Vi diskuterte pasientenes tilbakemeldinger og innarbeidet nødvendige

endringer til en siste språklig validert oversatt norsk versjon 4.

(Trinn 7) Etter hver oversatte versjon skrev førsteforfatteren en evalueringsrapport på engelsk, som inngikk som vurderingsgrunnlag for internasjonal samstemming og harmonisering. Vi utviklet den endelige norske versjonen av MDP i samarbeid med rettighets-haveren av skjemaet og en profesjonell oversetter.

En lungesykepleier informerte pasientene som deltok i intervjuet, om hensikten med studien, at det var frivillig å delta, og at vi ikke samlet inn personidentifiserbare data. Personvernombudet for forskning i Helse Nord-Trøndelag



HF godkjente studien (saksnummer 2017/4569).

## RESULTAT

Mapi godkjente den norske versjonen av MDP 9. oktober 2018, og den er gratis tilgjengelig via Mapis nettsted (se QR-kode). På grunn av opphavsrett presenteres kun deler av skjemaet her (figur 2). Spørreskjemaet er på fire sider.

På forhånd defineres et bestemt

tidstrom eller tidspunkt som besvarel- sen gjelder for. På første side etterspør- res et enkelt, overordnet mål på pasientens pustebeviser (A1-skala): «Bruk denne skalaen for å gradere hvor ube- hagelig dine pusteopplevelser er [var], hvor dårlig pusten din føles [kjentes], angitt med en NRS-skala (0 = nøytral – 10 = uutholdelig).

Side to omfatter fem spørsmål om sensorisk kvalitet av pusteopplevelsen

(SQ-skala): (1) «Pusten min krever mus- kelarbeid eller anstrengelse», (2) «Jeg får ikke nok luft eller jeg føler at jeg kve- les eller jeg må ha mer luft», (3) «Det fø- les tett eller trangt i brystet og lungene», (4) «Pusten min krever mental anstreng- else eller konsentrasjon», (5) «Jeg pus- ter mye»

På side tre blir pasienten bedt om å gradere intensiteten på sin pusteopple- velse med en NRS-skala (0 = «Stemmer ikke i det hele tatt» – 10 = «Det mest in- tense jeg kan forestille meg») (SQ-skala).

På side 4 skal pasienten angi i hvor stor grad han eller hun opplever fø- lelsler knyttet til sin pusteopplevelse (A2-skala): (1) «Deprimert», (2) «Eng- stelig», (3) «Frustrert», (4) «Sint» og (5) «Redd»

## Utvalget og spørreskjemaet

Seks polikliniske pasienter samtykket til å delta, men en trakk seg før det før- ste spørsmålet var ferdigstilt. Den kli- niske utprøvingen inkluderte derfor fem pasienter, der to var kvinner. Ut- valget representerte følgende diagno- ser: nyhenvist tungpustet, astma, in- terstitiell lungesykdom, sarkoidose og kols.

Median alder var 51 år (variasjons- bredde 26–67). Resultatet viste at alle «i stor grad» syntes at spørreskjemaet brukte forståelig norsk. Tre pasien- ter anså spørsmålene som relevan- te «i stor grad», og to pasienter «i no- en grad».

På spørsmål om de forsto hvor de skulle sette kryss, svarte tre «i stor grad» og to «i noen grad». Det tok gjennomsnittlig sju minutter (median) å svare på spørsmålene (mellom 7 og 8 minutter).

Lungesykepleieren var informert på forhånd om at all tekst skulle leses, men valgte for de første to pasiente- ne intuitivt å hoppe over de tre linjene innledningsvis, der et radioeksempel ble brukt for å skille mellom «ubehag» og «intensitet» på pusteopplevelsen (fi- gur 2, side 1).

Forskjellen på disse to pusteopple- velsene er eksemplifisert med lyden fra en radio: «For eksempel kan mu- sikk som du misliker, være ubehage- lig, selv om volumet er lavt, og bli enda

Figur 2. Eksempel fra spørreskjema, side 1 og 2 av 4

Multidimensional dyspneaprofil Side 1 av 4 navn/lede: \_\_\_\_\_ dato & tid \_\_\_\_\_

Multidimensional Dyspnea Profile © 2011 R.B. Banzett. All Rights Reserved.

Tales som med levede første gang:  
Målet med dette spørreskjemaet er å hjelpe oss å forstå hvordan du opplever pusten din.  
Det finnes ikke noe svar som er riktig eller galt. Vi er interessert i hva du kan fortelle oss om din egen puste.

På denne siden spør vi deg om å beskrive hvor ubehagelig du opplever pusten. Vi kommer senere til å spørre om intensiteten eller styrken på din pusteopplevelse. Forskjellen mellom disse to pusteopplevelsene kan bli mer tydelig om du tenker deg at du hører en lyd, for eksempel fra en radio. Når lydvolumet øker, kan jeg spørre deg hvor høyt du hører lyden (ubehagelig det er å høre lyden). For eksempel kan musikk som du misliker være ubehagelig selv om volumet er lavt, og bli enda mer ubehagelig når volumet øker; musikk som du liker vil ikke være ubehagelig, selv om volumet øker.

Skala A1

Bruk denne skalaen for å gradere hvor ubehagelig dine pusteopplevelser er [var], hvor dårlig pusten din føles [kjentes].

Tenk på perioden der \_\_\_\_\_

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

BEHAGELIG NØYTRAL UUTHOLDELIG

Banzett, R. B., C. R. O'Donnell, et al. (2011). "Multidimensional Dyspnea Profile: an instrument for clinical and laboratory research." Eur Respir J 45(6): 1681-1691.

MDP Norway/Norwegian - Version of October 1, 2018 Nitro Software, Inc. 100 Portable Document Lane Wonderland

Multidimensional dyspneaprofil Side 2 av 4 navn/lede: \_\_\_\_\_ dato & tid \_\_\_\_\_

SQ (Sensorisk kvalitet) valg

Nedstener er det påstander eller beskrivelser med lignende betydning.  
Trite 1: Sett et kryss for hvert påstand som innebærer at du beskriver hvordan pusten din føles [kjentes] når \_\_\_\_\_ (angt akuttall periode).  
Trite 2: Sett også et kryss for alle påstander som mest nøyaktig beskriver hvordan pusten din føles [kjentes].

Derens NRS på påstandene stemmer for deg, velg din gruppe:	Trite 1		Trite 2
	STEMMER IKKE	STEMMER	STEMMER MIST
Pusten min krever muskelarbeid eller anstrengelse			
Jeg får ikke nok luft eller jeg føler at jeg kveles eller jeg må ha mer luft			
Det føles tett eller trangt i brystet og lungene			
Pusten min krever mental anstrengelse eller konsentrasjon			
Jeg puster mye			

Banzett, R. B., C. R. O'Donnell, et al. (2011). "Multidimensional Dyspnea Profile: an instrument for clinical and laboratory research." Eur Respir J 45(6): 1681-1691.

MDP Norway/Norwegian - Version of October 1, 2018 Nitro Software, Inc. 100 Portable Document Lane Wonderland

Kilde: Banzett RB, O'Donnell CR, et al. Multidimensional Dyspnea Profile: an instrument for clinical and laboratory research. Eur Respir J. 2015;45(6):1681–91. Gjengitt med tillatelse av Mapi og RB Banzett.

mer ubehagelig når volumet øker; musikk som du liker, vil ikke være ubehagelig, selv om volumet øker.»

Førsteforfatteren presiserte at all tekst på spørreskjemaet skulle leses. En av pasientene syntes det var en påkjenning å forstå radioanalogien og bestemte seg for ikke å gjennomføre besvarelsen etter at innledningsteksten var lest opp.

## DISKUSJON

Oversettelsen av MDP til norsk resulterte i et godkjent, språklig validert spørreskjema som uavhengig av underliggende sykdomstilstand gjør det mulig å kartlegge intensiteten av dyspné, skille mellom ulike typer av pustebesvær og beskrive symptomenes innvirkning på pasientens mentale helsetilstand.

Den språklige valideringen blant et utvalg polikliniske pasienter viste at spørreskjemaet var brukbart i klinisk sammenheng i Norge. MDP er allerede tatt i bruk i andre land, og er oversatt til nederlandsk, fransk, tysk, japansk, portugisisk, tyrkisk og svensk (23).

I tillegg er det utført en valideringsstudie på originalspråket (24). En norsk oversettelse av MDP kan ha nytteverdi i utredning, behandling og oppfølging av pasienter med dyspné, og ved kliniske studier.

### Språklig validitet, reliabilitet og relevans

Språklig forståelse og betydning varierer, avhengig av land, kultur, tid og kontekst (25). Vi ønsket å sikre at begrepene som er brukt i den amerikanske versjonen av MDP, har samme betydning i en norsk kontekst.

Derfor gjennomførte vi en språklig harmonisering og tilpasning i nært samarbeid med rettighetshaveren av MDP, en profesjonell oversetter og representanter fra det kliniske lungemiljøet. Flere begreper som inngikk i MDP, måtte drøftes gjentatte ganger før vi kom frem til en oforent forståelse.

Et eksempel var det engelske ordet «hate» i radioanalogien («music that you hate») (side 1). Å hate kan oppfattes som et sterkt, negativt ladet ord i norsk sammenheng og brukes annerledes i det engelske språket. «Hate» ble

## FAKTA



### Få norsk versjon

Her kan du laste ned den norske versjonen av MDP gratis. Skann koden og kom rett til Mapis nettsted.



derfor erstattet med det norske ordet «misliker».

Et annet eksempel var ordet «discomfort» (i forbindelse med begrepet «breathing discomfort»), som først ble oversatt til «ukomfortabel» (side 1). Ukomfortabel har en litt annen betydning i norsk dagligtale, og vi kom frem til at det var riktigere å bruke ordet «ubehagelig», slik at setningen lød: «Bruk denne skalaen for å gradere hvor ubehagelig».



**«I tillegg til sidemål har norsk også mange dialekter, noe som kan tenkes å påvirke ord- og begrepsforståelsen.»**

hagelige dine pustepplevelser er [var], hvor dårlig pusten din føles [kjentes].»

Vi oversatte den engelske påstanden «My chest and lungs feel tight and constricted» ved å utelate det engelske «my». I en norsk kontekst er det ikke like vanlig å snakke om «mine lunger», og vi mente derfor at oversettelsen «Det føles trangt eller tett i brystet og lungene» var mer presis.

Til tross for at det var enighet mellom oversetterne om at påstanden «I am breathing a lot» burde oversettes til «Jeg puster mye», er ikke formuleringen så vanlig i norsk dagligtale. Men en helt ny svensk studie viste at 18 prosent av pasientene rapporterte at det å puste

mye var det utsagnet som passet best med deres pustepoplevelse (26).

### Norske dialekter kan påvirke ord- og begrepsforståelsen

I tillegg til sidemål har norsk også mange dialekter, noe som kan tenkes å påvirke ord- og begrepsforståelsen. På den andre siden er språket i stadig endring som følge av blant annet utdanning, sosial mobilitet og bruk av sosiale medier.

Det forventes at de fleste norskspråklige personene vil være i stand til å forstå et skjema utformet på bokmål. Pasientene i Trøndelag var i stand til å besvare alle spørsmålene i MDP.

Det kan likevel tenkes at lungesykepleieren gjennom muntlig omformulering eller presisering bidro til en bedre forståelse av skjemaet. Hun kjente målgruppen godt og hadde erfaring i å instruere pasienter ved utfylling av spørreskjema som for eksempel CAT og Borgs skala.

Med unntak av radioanalogiene, som kan være utfordrende å forstå for personer uten tradisjon for å bruke radio, anså vi den øvrige teksten og påstandene i MDP som relativt lettfattelige.

Den norske versjonen av MDP bør imidlertid prøves ut i et større pasientutvalg med variasjon i alder, sykdomstilstand, dialekt, sosioøkonomisk status og geografisk tilhørighet.

Den som administrerer MDP for første gang, bør ifølge rettighetshaveren lese MDP-artikkelen, inkludert den praktiske framgangsmåten som er beskrevet i supplementet (13).

Vår erfaring tilsier at bruk av MDP vil kreve opplæring av personen som skal veilede pasientene gjennom skjemaet, selv om rettighetshaveren ikke stiller et slikt krav.

### STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN

En styrke ved arbeidet er at oversettelsesprosessen ble gjennomført i en tverrfaglig gruppe der også rettighetshaveren av MDP deltok. Prosessen var diskusjonsdrevet og involverte klinikere med pasientnært arbeid og erfaring i bruk av spørreskjema for selvrappotering av dyspné.



En av klinikerne hadde også erfaring fra oversettelsen av St. George's Respiratory Questionnaire til norsk (27). Vi gjennomførte oversettelsen og den språklige valideringen systematisk og i henhold til aksepterte, internasjonale retningslinjer (21, 22).

Fire personer deltok i utformingen av den første norske versjonen av MDP. Språklige nyanser kan ha blitt oversatt eller tolket på annen måte enn intensjonen var i originalversjonen. Vi har forsøkt å redusere denne typen feil ved å involvere rettighetshaveren i oversettelsesprosessen.

Et større antall oversettere kunne ha vært invitert med i arbeidet, men da med fare for å vanskeliggjøre utarbeidelsen av en endelig, konsensusbasert versjon. Det bidro trolig til å minimere svakheter ved oversettelsesprosessen at vi brukte en profesjonell oversetter med ikke-medisinsk bakgrunn og prøvde ut spørreskjemaet blant pasienter.

Manglende språkforståelse eller svak norskkunnskap kan medføre misforståelser og tap av nyanseforskjeller i den norske MDP-versjonen. Standardisert opplæring av leger og sykepleiere som skal veilede pasientene med å fylle ut MDP, kan bidra til å redusere slike feil.

Pasientene brukte sju-åtte minutter på å besvare spørreskjemaet. Den ekstra tiden kan tenkes å utgjøre en

merbelastning for personer som er syke.

Tidsbruken anses likevel som akseptabel når vi sammenlikner med den totale tidsbruken ved en lungemedisinsk poliklinikk, som oftest innebærer både



### «Pasientene brukte sju-åtte minutter på å besvare spørreskjemaet.»

respirasjonsfysiologiske undersøkelser, røntgenbilder og legekonsultasjon.

#### Studiens kliniske nytte

Den engelske versjonen av MDP er validert i en laboratoriesetting og på akuttmottak i sykehus (24, 28). Skjemaet er relativt enkelt å bruke (17, 29) og kan tilpasses det tidspunktet eller den tidsperioden helsepersonellet ønsker å kartlegge hos pasienten (dyspné nå / dyspné i løpet av de siste 24 timer / dyspné ved beslutning om å ta kontakt med legevakt) (13).

Fordelen med MDP sammenliknet med de mest brukte kliniske spørreskjemaene for dyspné er at det gir kvantitativt målbare parametre, samtidig som det vektet sensoriske kvaliteter ved dyspné og kartlegger følelsesmessig respons på pustebesvær, som er viktig for en helhetlig

tilnærming til pasientene (30).

Blant pasienter som til tross for diagnose og behandling fortsatt har pustebesvær (mer enn 3), kan kartlegging med MDP gi mer dybdeinformasjon og øke helsepersonellens forståelse av hvordan ulike tiltak virker, sammenliknet med informasjon fra en endimensjonal skala.

Ved å bruke MDP kan man følge med på hvordan en behandling virker, for eksempel: Gir behandlingstiltaket umiddelbar reduksjon av pustebesvær, eller reduseres nivået av angst uten at pustebesværet reduseres?

På denne måten anerkjennes kompleksiteten ved pustebesvær, og helsepersonellet blir bedre i stand til å skreddersy behandlingen til den enkelte pasienten.

#### Rutinemessig vurdering av dyspné

Rutinemessig vurdering av dyspné er ikke vanlig på norske sykehus, men det er gjennomførbart og gjør det mulig å optimalisere pleien og behandlingen, inkludert symptomlindring (17).

I en studie fra Beth Israel Deaconess Medical Center i Boston i USA innførte de rutinemessig vurdering og dokumentasjon av dyspné blant alle medisinske og kirurgiske pasienter, fra ankomst og deretter på hvert skift gjennom hele sykehusoppholdet (16).

De brukte en modifisert versjon av

## Nå ut internasjonalt

Sykepleien Forskning oversetter alle forskningsartiklene til engelsk

  
sykepleien.no/forskning/arkiv/en

MDP, kalt MDP A1-skalaen, (kun ett spørsmål, se figur 2, side 1), og etter ett år rapporterte 94 prosent av sykepleierne at det var lett eller veldig lett å gjennomføre dyspnévurderingen uten at det påvirket arbeidsflyten (17).

### MDP kan ha klinisk nytteverdi

En svakhet er at det så langt ikke foreligger vitenskapelig evidens for å bruke MDP som grunnlag for klinisk beslutning. MDP er ikke validert for enkeltpasienter per i dag (13), og det er behov for mer forskning for å etablere et mål for klinisk signifikant forskjell eller endring (31).

Vi anser likevel at MDP har klinisk nytteverdi fordi når helsepersonell bruker MDP, blir pasienten i stand til selv å gi uttrykk for sin subjektive erfaring med dyspné.

Kunnskap om pasientens sensoriske opplevelse av dyspné eller følelse (for eksempel lufthunger versus tranghet i brystet, angst versus depresjon) er viktig for å vurdere hvordan pasienten har det her og nå, og/eller for å vurdere effekten av en bestemt intervensjon eller behandling (32).

MDP kan brukes både i akuttfasen og for å følge opp pasienter i en mer stabil fase (13) og kan muligens forbedre kommunikasjonen mellom helsepersonellet i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Vi har ikke testet ut MDP i akuttsituasjoner her i Norge, men vi antar at det er for tids- og ressurskrevende for både pasienten og helsepersonellet, med unntak av det første spørsmålet i MDP (A1-skalaen), som er et overordnet mål på dyspné (17).

### Mer forskning trengs i norsk kontekst

For å avgjøre spørreskjemaets måleegenskaper i forhold til hensikten i en norsk kontekst må det gjennomføres en valideringsstudie, inkludert testing av reliabilitet og validitet i en større gruppe informanter og i ulike kliniske settinger.

MDP er anbefalt av et internasjonalt forskernettverk innen dyspné, The Dyspnea Society (33), blant annet fordi man i større grad ønsker å vektlegge

pasientrapporterte resultatmål (19), og fordi det blir enklere å sammenlikne forskningsresultater mellom pasientkategorier eller sykdomstilstander og mellom ulike land (13, 19).

### KONKLUSJON

Gjennom en systematisk flertrinnsmetode har vi utviklet et språklig validert en norsk oversettelse av MDP. Dette spørreskjemaet for selvrapportert dyspné kan ha nytteverdi i utredning, behandling og oppfølging av pasienter med pustebesvær og i forskning.

### REFERANSER

- Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012;185(4):435–52.
- Langlo NM, Orvik AB, Dale J, Uleberg O, Bjørnsen LP. The acute sick and injured patients: an overview of the emergency department patient population at a Norwegian University Hospital Emergency Department. *Eur J Emerg Med.* 2014;21(3):175–80.
- Johnson MJ, Currow DC, Booth S. Prevalence and assessment of breathlessness in the clinical setting. *Expert Rev Respir Med.* 2014;8(2):151–61.
- Nishimura K, Izumi T, Tsukino M, Oga T. Dyspnea is a better predictor of 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD. *Chest.* 2002;121(5):1434–40.
- Abidov A, Rozanski A, Hachamovitch R, Hayes SW, Aboul-Enein F, Cohen I, et al. Prognostic significance of dyspnea in patients referred for cardiac stress testing. *N Engl J Med.* 2005;353(18):1889–98.
- Pesola GR, Ahsan H. Dyspnea as an independent predictor of mortality. *Clin Respir J.* 2016;10(2):142–52.
- Pesola GR, Argos M, Chinchilli VM, Chen Y, Parvez F, Islam T, et al. Dyspnea as a predictor of cause-specific heart/lung disease mortality in Bangladesh: a prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70(7):689–95.
- Lansing RW, Gracely RH, Banzett RB. The multiple dimensions of dyspnea: review and hypotheses. *Respir Physiol Neurobiol.* 2009;167(1):53–60.
- Johnson KM, Safari A, Tan WC, Bourbeau J, FitzGerald JM, Sاداتsafavi M, et al. Heterogeneity in the respiratory symptoms of patients with mild-to-moderate COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2018;13:3983–95.
- Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J.* 1977;1(6077):1645–8.
- Murray CJ, Atkinson C, Bhalla K, Birbeck G, Burstein R, Chou D, et al. The state of US health, 1990–2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA.* 2013;310(6):591–608.
- Faull OK, Marlow L, Finnegan SL, Pattinson KTS. Chronic breathlessness: re-thinking the symptom. *Eur Respir J.* 2018;51(1).
- Banzett RB, O'Donnell CR, Guilfoyle TE, Parshall MB, Schwartzstein RM, Meek PM, et al. Multidimensional Dyspnea Profile: an instrument for clinical and laboratory research. *Eur Respir J.* 2015;45(6):1681–91.
- Karloh M, Fleig Mayer A, Maurici R, Pizzichini MMM, Jones PW, Pizzichini E. The COPD Assessment Test: What do we know so far? A systematic review and meta-analysis about clinical outcomes prediction and classification of patients into GOLD stages. *Chest.* 2016;149(2):413–25.
- Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Fontana; 2019. Tilgjengelig fra: <https://goldcopd.org/gold-reports/> (nedlastet 01.11.2019).
- Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2004;350(10):1005–12.
- Baker KM, DeSanto-Madeya S, Banzett RB. Routine dyspnea assessment and documentation: nurses' experience yields wide acceptance. *BMC Nurs.* 2017;16:3.
- Steindal SA, Torheim H, Oksholm T, Christensen VL, Lee K, Lerdal A, et al. Effectiveness of nursing interventions for breathlessness in people with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2018;75(5):927–45.
- Celli BR, Decramer M, Wedzicha JA, Wilson KC, Agusti A, Criner GJ, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: research questions in COPD. *Eur Respir J.* 2015;45(4):879–905.
- Laviolette L, Laveneziana P, Faculty ERSRS. Dyspnoea: a multidimensional and multidisciplinary approach. *Eur Respir J.* 2014;43(6):1750–62.
- Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health.* 2005;8(2):94–104.
- Wild D, Eremenco S, Mear I, Martin M, Houchin C, Gawlicki M, et al. Multinational trials – recommendations on the translations required, approaches to using the same language in different countries, and the approaches to support pooling the data: The ISPOR Patient-Reported Outcomes Translation and Linguistic Validation Good Research Practices Task Force Report. *Value Health.* 2009;12(4):430–40.
- Mapi Research Trust. Multidimensional Dyspnea Profile (MDP). Lyon: Mapi Research Trust; 2020. Tilgjengelig fra: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/multidimensional-dyspnea-profile> (nedlastet 29.05.2020).
- Meek PM, Banzett R, Parshall MB, Gracely RH, Schwartzstein RM, Lansing R. Reliability and validity of the Multidimensional Dyspnea Profile. *Chest.* 2012;141(6):1546–53.
- Gjersing L, Caplehorn JR, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Med Res Methodol.* 2010;10:13.
- Ekstrom M, Bornefalk H, Skold M, Janson C, Blomberg A, Sandberg J, et al. Validation of the Swedish Multidimensional Dyspnea Profile (MDP) in outpatients with cardiorespiratory disease. *BMJ Open Respir Res.* 2019;6(1):e000381. DOI: 10.1136/bmjresp-2018-000381
- Morland L. Et skjema for måling av helserelatert livskvalitet hos obstruktive lungepasienter – St. George's Respiratory Questionnaire i norsk oversettelse. *Lungeforum.* 1996;6(1):4–6.
- Stevens JP, Dechen T, Schwartzstein R, O'Donnell C, Baker K, Howell MD, et al. Prevalence of dyspnea among hospitalized patients at the time of admission. *J Pain Symptom Manage.* 2018;56(1):15–22.e2.
- Ekstrom M, Sundh J. Swedish translation and linguistic validation of the multidimensional dyspnoea profile. *Eur Clin Respir J.* 2016;3:32665.
- Stevens JP, Sheridan A, Bernstein H, Baker K, Lansing R, Schwartzstein RM, et al. A multidimensional profile of dyspnea in hospitalized patients. *Chest.* 2019;156(3):507–17.
- Ekstrom M, Currow DC, Johnson MJ. Outcome measurement of refractory breathlessness: endpoints and important differences. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2015;9(3):238–43.
- Banzett RB, Moosavi SH. Measuring dyspnoea: new multidimensional instruments to match our 21st century understanding. *Eur Respir J.* 2017;49(3).
- Currow DC, Abernethy AP, Allcroft P, Banzett RB, Bausewein C, Booth S, et al. The need to research refractory breathlessness. *Eur Respir J.* 2016;47(1):342–3.





**HOVEDBUDSKAP:**

Spenningar mellom faglege ideal og realitet i yrkeskvardagen kjem i konflikt. Spenningane og verdisynta set sjukepleiaren i eit krysspress som kan løyse ut moralsk stress og utfordringar i organisasjonen. Her drøftar vi dei opplevde krava i yrkeskvardagen, som er ein konsekvens av politisk styringsideologi, og den leiande funksjonen til sjukepleiaren. Teksten er basert på bacheloroppgåva til førsteforfattaren og spring ut frå korleis ho opplevde realitetssjokket.

**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.80947

**NØKKELOD:**

► Realitetssjokket ► Omorganisering ► Arbeidsmiljø

# Nytdanna sjukepleiarar får realitetssjokk i yrkeskvardagen

Dei går inn i yrkesutøvinga med empati for pasientar og entusiasme for faget. Men organisatoriske og faglege rammer som tidspress og manglande støtte hindrer engasjement og iver etter å lære.

I utdanninga stiftar me kjennskap med ulike delar av helse- og omsorgstenesta. Erfaringar frå praksis, i kommune- og spesialisthelseteneste, og eige arbeid i sjukeheim har starta ei tankerekkje.

På eine sida finn me dei oppteikna ideala: Sjukepleie skal skje i lys av etikk og sjukepleieteori – ho skal vere upartisk pasientorientert. Sjukepleiaren skal utføre den grunnleggande pleia på ein fagleg kunnig og omsorgsfull måte med ein lojalitet som er forankra i pasienten, og tanke for korleis sjukdom og helsesvikt blir opplevd av pasienten (1).

Nytdanna sjukepleiarar er skulerte med vekt på heilskapleg tilrettelagd omsorg for den einskilde (2). På den andre sida opplever eg ei travel og oppgåveorientert teneste med ein lojalitet som er forankra i systemet og arbeidsgjevaren. Kari Ingstad fortel om travle sjukepleiarar som kjenner seg overmanna av oppgåver (3).

Opplevinga kjem fram i ein studie frå 2018 (4). Studien syner stort gap mellom oppgåver sjukepleiarar meiner dei burde nytte tida si til, og kva dei faktisk gjer. Ikkje-sjukepleiefaglege oppgåver stel tida til sjukepleiarane, og dei må dermed nedprioritere sentrale sjukepleiaroppgåver.

Utdanninga med det sjukepleieteoretiske innhaldet har gitt ei romantisk førestilling av kva sjukepleie inneber, medan opplevingar frå praksis og eigen arbeidsplass fortel at arbeidsgjevaren etterspør noko heilt anna.

**«REALIETETSSJOKKET» VART INTRODUSERT I 1974**

Skuleringa til nytdanna samsvarar berre i avgrensa grad

**FORFATTERE**



**Randi Mona Århus**  
Utviklingsjukepleiar,  
Voss kommune



**Terje Årsvoll Olsen**  
Førstelektor, Desentralisert  
sjukepleiar-utdanning, Høgskulen  
på Vestlandet

med forventningane i helsetenestene (2). Vilkårane for å utøve sjukepleie har blitt dårlegare etter at sjukepleiendar med kunnskap om verdien av pleie blei vekke (5). Avdelingsleiarar i dagens helse- og omsorgssektor legg større vekt på budsjett disiplin enn faglege krav. Fenomenet eg opplever, er kjent.

I 1974 blir *realitetssjokk* introdusert (6) som ei beskriving av opplevinga når nytdanna sjukepleiarar

oppdagar at dei ikkje kan praktisere alt dei har lært. Spenningar mellom fagleg ideal og realitet på arbeidsplassen kan arte seg ulikt, men nybegynnarfasen kan få preg av krisereaksjon.

Organisatoriske faktorar, som mangelfull forståing av eigen plass i helseorganisasjonen og manglande leiareigenskapar kan spele inn (2).

Nytdanna sjukepleiarar går inn i yrkesutøvinga med empati for pasientar og entusiasme for faget, men organisatoriske og faglege rammer som tidspress og manglande støtte er til hinder for engasjement og iver etter å lære (7).

Utdanningskulturen legg vekt på autonomi, eigenkontroll og profesjonsetikk, medan den kliniske kvardagen er prega av systemorientering med hierarkisk styring, ekstern kontroll og økonomisk tenking (2).

**FAGLEG FORSVARLEG OG OMSORGSFULL SJUKEPLEIE ER IDEAL**

Norsk forskning syner at sjukepleiarar set fagleg forsvarleg og omsorgsfull sjukepleie som ideal for å gjere godt arbeid. God sjukepleie heng òg saman med ei pasientsentrert haldning (8).





**TRUGSMÅL MOT SJUKEPLEIE:** Sjukepleiarar erfarer eit krysspress mellom ideal og realitet, ofte på grunn av nedskjering, effektivisering og standardisering av sjukepleieoppgåver. Illustrasjonsfoto: Doug Olson / Mostphotos

Yrkesetiske retningslinjer beskriv det fagleg forsvarlege og omsorgsfulle (9), og presiserer kva ansvar sjukepleiaren har for å dekkje det behovet kvar enkelt pasient har for heilskapleg omsorg og ansvaret for å yte omsorgsfull hjelp.

Retningslinjene peikar jamvel på det ansvaret sjukepleiaren har for å varsle når pasientar blir utsette for kritikkverdige eller uforsvarlege forhold. Kvalitetsforskrifta inngår som juridisk ramme for fagleg forsvarleg sjukepleie (10).

Forskrifta set krav til kvalitet og skal sikre at personar som får pleie- og omsorgstenester, får dekt dei grunnleggjande behova sine, med respekt for sjølvbestemming, eigenverd og livsførsel. Plikt til omsorgsfull sjukepleie inneber å gje helsehjelpa på eit vis som yter pasienten omtanke og respekt, utan å krenkje.

Denne plikta handlar om korleis helsepersonell opptrer overfor og kommuniserer med pasienten og pårørande. Ein må vere merksam på, oppfatte og ta innover seg situasjonen og reaksjonen til pasienten, for så å gje pasienten medkjensle, omtanke og ei god oppleving (11).

Omsorg og forsvarleg utøving er avhengige av kvarandre og skal opptre saman. Det er naudsynt at sjukepleiaren er fagleg skulert og har den tekniske fagkunnskapen. Men om pleia blir teknisk og hjartelaget manglar, har sjukepleie lite for seg. Den verkande krafta vil mangle (12).

### FØRINGAR FOR SJUKEPLEIEUTØVINGA

Den politiske organiseringa av helsetenesta i Noreg er gjort etter LEON-prinsippet. Oppgåver skal handterast og problem løysast på det lågaste effektive omsorgsnivået, med mål om å fordele ressursar slik at flest mogleg personar skal få best mogleg helsetenestetilbod (13).

Behandling og omsorg skal vere fagleg forsvarleg, parallelt med at omsynet til ressursbruk skal vege tungt (2).

Innhaldet i helsetenestene blir utforma på bakgrunn av helseutfordringar, sjukdomsmønster, medisinsk kunnskapsutvikling og velferdsteknologi. Slik er det samfunnsutviklinga som formar organiseringa av helsetenestene.

Noreg har høg levestandard, høg materiell velstand, høg yrkesdeltaking og jamn inntektsfordeling. Men utgiftene i helsesektoren har synt seg å vekse raskare enn verdiskapinga. I slutten av 1900-talet blei helsetenesta organisert meir marknadsorientert. New Public Management (NPM) vart introdusert i all offentleg forvaltning (13).

### NPM HAR PREGA UTVIKLINGA

Særleg på tre område har NPM prega utviklinga av helse- og omsorgssektoren: *Avdelingsvis leiingsform*, der ein leiar har heilskapleg ansvar for drift av ei resultatføring med delegert økonomisk ansvar og krav om målopp-

**«Omsorg og forsvarleg utøving er avhengige av kvarandre og skal opptre saman.»**

nåing. Størst mogleg del av dei tilgjengelege ressursane skal gå til tenesteproduksjon, og ikkje til administrasjon.

*Autonomisering og fristilling* gjev dei næraste til problema fridom til å velje korleis dei ønskjer å organisere ei verksemd, så lenge krav om forsvarleg verksemd er ivaretekte. Fristilling kan også innebere at ansvar og dilemma blir delegert til den næraste pasienten.

*Marknadslignande løysingar* siktar på å auke

effektiviteten og talet på fornøgde brukarar ved auka konkurranse, gjennom å synleggjere kvalitetsindikatorar for brukarane (2).

### **NPM KAN SVEKKJE SJUKEPLEIARENS ROLLE**

Sjukepleiaren som profesjonell blir råka av NPM ved at leiarrolla blir profesjonalisert, gjennom krav om profesjonell leiar-kompetanse. Profesjonaliseringa av leiarrolla kan svekke andre profesjonelle roller, slik at dei gjev frå seg makt til leiaren (2).

Orvik gjev eksempel på at ein lege som er avdelingssjef, er forventta å endre merksemda frå medisinsk leing til å leie heile verksemda til avdelinga. Det same gjeld for sjukepleiarar som er leiarar. Fause hevdar at dersom leiaren ikkje løftar fram pleia, blir verksemda til sjukepleiaren råka (5).

I organiseringa av helsevesenet opplever sjukepleiaren å bli overlest med ansvar. Ansvaret for å få arbeidet gjort blitt delegert nedover med NPM. Samstundes har arbeidstakarar fått mindre påverkningskraft over dei tilgjengelege ressursane. Kvar enkelt sjukepleiar får dermed ansvar for stadig fleire oppgåver, både egne og andre sine (14).

NPM kan ha bidrege til at kliniske verksemdar har utvikla seg frå humane institusjonar til økonomiske bedrifter (2). Kari Ingstad skriv om arbeidsforhold ved norske sjukeheimar, med mål om å vise korleis sjukepleiarar i slutten av arbeidskarrieren opplever og meistrar endringar i arbeidssituasjonen (3).

### **KRAV TIL EFFEKTIVITET KJEM I KONFLIKT MED OMSORGSIDEALA**

Effektivitetskravet i yrkeskvardagen fordrar at dei tilsette skal få meir helse ut av kvar krone, det kjem i konflikt med omsorgsideala. Sjukepleiarane kjende seg strekt mellom direkte pasientkontakt og dei delegerte oppgåvene, som kontakt med pårørande og sjukehus, innleing av vakter, bestilling av utstyr og ansvar for tryggingssalarar (3).

Endringar og spesialisering innanfor spesialist- og kommunehelsetenesta stiller krav til kompetansen til sjukepleiaren, og mange sjukepleiarar saknar tilrettelegging for fagleg oppdatering og utvikling (8).

Maria Strandås forskar på sjukepleiar-pasient-relasjonar og korleis sjukepleiaren og pasienten handterer organisatoriske system dei er underlagde. Ansvarsområda og funksjonane til sjukepleiaren spenner vidt og aukar stadig.

Nedskjering, effektivisering og standardisering av sjukepleieoppgåver er alvorlege trugsmål mot sjukepleie som profesjon og mot pasienttryggleik. Strandås ser med uro på at moglegheita til å gjere sjølvstendige vurderingar, og å handle ut frå fagleg og etisk skjønn i møte med pasientar med komplekse og skiftande behov, blir innskrenka (15).

### **SJUKEPLEIARAR GÅR PÅ AKKORD MED EIGNE PRINSIPP**

Christensen og Bjørk (8) stadfestar tidspresset på sjukepleiaren i yrkeskvardagen som utfordrande for å gjere det dei sjølve meiner er kvalitativt godt for pasientane. Sjukepleiarane blir konfronterte med tidsskjema som sprekk,

marginal bemanning og arbeidsoppgåver på sida av det dei var utdanna for (8).

Sjukepleiarane opplevde ein personleg dimensjon i tidspresset som medførte kjensle av å gå på akkord med egne faglege prinsipp og ideal. Samanfatta forskning syner at liberalistisk ideologi og marknadsøkonomisk tenking vanskeleg lét seg sameine med grunnleggjande verdiar i sjukepleieutøvinga (16).

Dei beskriv asymmetri mellom ansvar og mynde for kvaliteten på tenestene dei utfører, og ressurstilgang (16). Det er ei spenning mellom fagleg ideal og realitet. Også den

### **«I organiseringa av helsevesenet opplever sjukepleiaren å bli overlest med ansvar.»**

røynde sjukepleiaren kjenner eit prestasjonsjag som liknar *realitetssjokket*.

### **SJUKEPLEIARAR HAR KRYSSPRESS OG MORALSK STRESS**

Samanfatta forskning tyder på at sjukepleiarar erfarer eit krysspress mellom ideal og realitet (8). Krysspress pregar det å utføre eit godt arbeid som sjukepleiar. Omsorgsidealet til sjukepleiaren blir ståande i opposisjon mot ansvar og oppgåver som blir delegerte frå leiaren og andre kollegagrupper.

I behandlingssammenheng ligg det fleire konkurrerande verdiar som kan skape rollekonfliktar. I den kliniske kvardagen rører sjukepleiaren seg mellom tre arbeidskontekstar, med ulike forventningar, verdiar og normer, og med ulik forståing av tid.

Sjukepleiaren kan hamne i tidsmessig krysspress mellom ulike arbeidskontekstar, og i nokre situasjonar kan det vere vanskeleg å sjå gode løysingar. Ulike verdiar som kolliderer på systemnivå, resulterer i krysspress og krisereaksjon på individnivå (2).

### **TRAVELHEIT KAN VERE BÅDE GOD OG VOND**

Også Martinsen snakkar om at sjukepleiaren står i eit krysspress. Den profesjonelle skal vere effektiv, kunne standardisere og ha overblikk over komplekse situasjonar i ein kvardag der stadig meir tid blir nytta til dokumentasjon og tidsmåling av tiltak.

Samstundes skal sjukepleiaren vere vaken for den enkelte pasient og situasjonen hans (17). Martinsen beskriv to måtar å vere travel på.

Ein kan vere travel på ein vond måte som er kulturelt bestemt av prioriteringar, normer og gjeremål sjukepleiaren er pålagt. Sjukepleiaren spring då frå ansvaret sitt ved å unnlåte å hjelpe den andre som han/ho kunne hatt høve til å hjelpe (17).

Ein god måte å vere travel på er derimot når sjukepleiaren er til stades, tek vare på pasienten og har ansvar for den andre sitt liv. Sjukepleiaren skuldar den andre å ta hand om vedkommande på best mogleg vis (17).

Å ikkje ta imot dei behova pasientane ytrar for

merksemd, er krevjande. Då får me eit ønske om å bli sett som ikkje blir svart på. Sjukepleiaren hamnar i ein etisk konflikt når ho går på akkord med det ho meiner er riktig for pasienten – ho taper for ei kulturell, befalende plikt. Slik oppstår moralsk stress (17).

Aakre peikar på at prioriteringane blir synlege når tidsskjemmet strammar. Objektivisering av pasientar og kynisme kan bli resultat av at pleiepersonell reduserer på krava (18). Etiske dilemma kombinert med travelheit og mangel på refleksjon, gjev sjukepleiaren få andre løysingar enn å tilpasse seg dei rådande rammene (18).

### IDEALA VART UMOGLEGE Å ETTERLEVE

Situasjonar der sjukepleiaren opplever å ikkje imøtekomme profesjonelle og personlege ideal, handlar om ein kamp for å halde oppe fagleg forsvarleg verksemd og kvalitet på omsorga, trass i motarbeidande faktorar.

Lill Sverresdatter Larsen hevdar det er større krav enn tidlegare til utføring av sjukepleie. Dårlig koordinert og organisert pasientarbeid er eit trugsmål mot kvalitet og tryggleik i pasienthandsaminga (19).

Kva gjer sjukepleiaren som kjenner på å ikkje strekkje til? To ytterpunkt av meistringsstrategiar utpeika seg blant respondentane i studien til Ingstad (3).

På eine sida innsåg sjukepleiarane at idealet for sjukepleie var eit umogleg mål å arbeide mot. Dei gjorde så godt dei kunne innanfor dei rammene dei hadde, og var dermed nøgde med sin eigen innsats. På den andre sida strekte sjukepleiarane seg langt for å utføre pleie i tråd med omsorgsidealet.

Desse sjukepleiarane opplevde ofte dårleg samvit for oppgåver dei ikkje fekk gjort, og dei kompenserte med ein tendens til å forlengje vaktene utan kompensasjon.

Slik verka eigeninnsatsen til den enkelte sjukepleiar som buffer mellom sjukepleiefaglege ideal og manglande politisk ressursprioritering for å kunne etterleve slike ideal. Kortsiktige konsekvensar av NPM-inspirert organisering blir dermed skjult (3).

### KLINISK KOMPETANSE AVHENG AV ORGANISATORISK KOMPETANSE

Med omgrepet *dobbeltkompetanse* viser Orvik til at klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse ikkje er motsetningar, men eigenskapar som er gjensidig avhengig av kvarandre og utfyllande (2).

Forståinga gjer organisatoriske rammer og prosessar rundt pasienthandsaming til ein del av faginnhaldet i profesjonsutøvinga. For ein nyutdanna kan klinisk kompetanse oppfattast som tilstrekkeleg til å sikre god pasientbehandling.

Men den dobbelte kompetansen rommar ein påstand om at

kombinasjon av klinisk og organisatorisk kompetanse kan vere avgjerande for kvalitet. Dobbeltkompetansen styrkjer sjukepleiaren som profesjonell kunnskapsarbeidar i profesjonsutøvinga – også i pasientnært arbeid, indirekte pasientarbeid og i utvikling av arbeidsplassen og profesjonen.

Orvik argumenterer for at sjukepleiar må ha kunnskap om korleis moderne helseorganisasjonar blir drivne, og logikk bak gjentakande organisatoriske endringar for å forstå korleis styringsstrukturar legg rammer for arbeidskvardagen.

### «Ansvarsområda og funksjonane til sjukepleiaren spenner vidt og aukar stadig.»

Det skapar forståing for at dilemma som oppstår når sjukepleiefaglege ideal møter organisatoriske produktivitets- og effektivitetskrav, handlar om avgjersler og prioriteringar som blir gjorde på premissane til organisasjonen (2).

### DOBBELTKOMPETANSE ER EIT KVALITETSSTEMPEL

Pasientarbeid er uføreseieleg og krev skjønn, evne til omstilling og improvisasjon. Sjukepleiarar med dobbeltkompetanse er rusta til å organisere eige og andre sitt arbeid, har føresetnad til å opptre dynamisk og kunne sørge for behova til pasienten under skiftande forhold. Slik sett kan dobbeltkompetanse vere eit kvalitetsstempel.

Også ved handtering av interesse- og verdikonflikhtar mellom pasient-, produksjons- og profesjonsomsyn i den kliniske kvardagen kan organisatorisk kompetanse bidra. Orvik nyttar omgrepet trikkulturell organisatorisk kompetanse om pasient-, produksjons-, og profesjonsperspektivet (2).

Desse er avgjerande former for kompetanse som framhevar omsynet til både pasient og profesjonsutøvar. Organisatorisk kompetanse blir stadig viktigare for sjukepleiarar i det norske helsevesenet. Dei må ha kunnskap om drift av moderne helseorganisasjonar, organisatoriske endringar og forhold som fører til endringar i yrkesrolla (16).

Slik kunnskap vil ruste sjukepleiarar til å handtere endringar i eige arbeid betre og å delta med forslag til problemløysing og vidareutvikling. Sjukepleiarane skjerma seg frå helsepolitiske diskusjonar og organisatoriske omstillingar, og la tillit til avgjersler over til leiinga. Ei slik utvikling blir framstilt som ugunstig (16).

### AVRUNDING

Realitetssjokket som fenomen er ikkje ugrunna. Spenn mellom fagleg ideal og realitet famnar



vidare enn opplevinga til den nyutdanna. Sjukepleiaren kjem i krysspress mellom forståing av tid og etiske verdisyn, og dette krysspresset fører til moralsk stress og skuld kjensle.

Med sterk stemme og medvitne faglege og etiske forpliktingar har sjukepleiaren makt og moglegheit til å påverke. Verdien av den profesjonelle omsorga og å løfte fram det fagleg forsvarlege og omsorga i pasientperspektivet må vernast (20).

#### REFERANSER

1. Nordtvedt P. Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016.
2. Orvik A. Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. Oslo: Cappelen Damm; 2015.
3. Ingstad K. Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter. Vård i Norden. 2010;2:14–17. DOI: 10.1177/010740831003000204
4. Bergsagel I. 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre. Sykepleien 06.02.2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore> (nedlastet 04.10.2019).
5. Ousdal CK. Det er tøffere i dag enn på 50-tallet. Sykepleien 25.02.2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/02/det-er-toffere-i-dag-enn-pa-50-tallet> (nedlastet 04.10.2019).
6. Orvik A. Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. Sykepleien. 2002;8:42–6.
7. Bjerknes MS, Bjørk IT. Entry into nursing: an ethnographic study of newly qualified nurses taking on the nursing role in a hospital setting. Nursing Research and Practice. 2012;artikkel-ID 690348. DOI: 10.1155/2012/690348
8. Christiansen B, Bjørk IT. Godt – eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket? Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2016;12:65–76. DOI: 10.7557/14.3774
9. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/219384/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (nedlastet 29.03.2019).
10. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenestetung etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-06-27-792> (nedlastet 04.02.2019).
11. Norsk Sykepleierforbund. Forsvarlighet – om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie. Oslo: Norsk sykepleierforbund 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3506829/569797/Forsvarlighet---Om-faglig-kompetent-og-omsorgsfull-sykepleie> (nedlastet 29.03.2019).
12. Martinsen K. Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforlaget; 2000.
13. Nylenna M. Helsetjenesten i Norge. Et overblikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2014.
14. Ousdal CK. Mener sykepleiere oversvømmes av ansvar. Sykepleien 26.02.2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2018/12/mener-sykepleierne-oversvømmes-av-ansvar> (nedlastet 12.04.2019).
15. Johansen LB. Hva er sykepleie, og hva burde det være? Sykepleien 12.04.2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/sykepleien/2019/04/hva-er-sykepleie-og-hva-burde-det-vaere> (nedlastet 01.05.2019).
16. Breivik E, Obstfelder A. Yrkesmotivasjon og arbeids glede i helse reformens tid. Nordisk Sykepleieforskning. 2012;2:109–20. Tilgjengelig fra: <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/4952/article.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (nedlastet 25.3.2020).
17. Martinsen K. Vil du meg noe? Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I: Alvsvåg H, Førland O, Jacobsen FF, red. Rom for omsorg. Bergen: Fagbokforlaget; 2014. s. 225–45.
18. Aakre M. Moralsk stress – og hva det gjør med oss. Sykepleien 27.11.2009. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/etikk/2009/11/moralsk-stress-og-hva-det-gjor-med-oss> (nedlastet 21.03.2019).
19. Avdagic D. Hun mener det usynlige arbeidet må beskrives bedre. Sykepleien 07.04.2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/04/hun-mener-det-usynlige-arbeidet-ma-beskrives-bedre?cid=sm8389813942> (nedlastet 09.04.2019).
20. Støstad JE. Velferd i pakt med våre verdier. Sykepleien 24.09.2015. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2015/09/velferd-i-pakt-med-vare-verdier> (nedlastet 04.04.2019).



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

**FAGARTIKKEL:**  
**Nyutdanna sjukepleiarar får realitetssjokk i yrkesvarden**

Derfor skrev jeg denne artikkelen



**Terje Årsvoll Olsen**

**Førstelektor. Desentralisert sjukepleiarutdanning, Høgskulen på Vestlandet**

I den moderne sykepleierutdanningens tid har det alltid vært snakk om realitetssjokket, og mange har tatt det for gitt, og som noe vi bare må leve med. Randi Mona Århus og jeg synes at særlig arbeidsgiverne bør være opptatt av å dempe denne situasjonen. Spenninger mellom faglig ideal og realitet kommer i konflikt. Spenningene og verdisynet setter sykepleieren i et krysspress som kan utløse moralsk stress.

Svært få nyutdannede sykepleiere ønsker å jobbe i eldreomsorgen generelt og sykehjem spesielt. Det gjør det utfordrende å sikre faglig forsvarlige og omsorgsfulle tilbud til gamle, både i hjemmesykepleien og på sykehjem. Som sykepleiere bør vi være opptatt av kompetanseutvikling gjennom faglig og etisk refleksjon, slik at nyutdannede sykepleiere blir ivaretatt og får utvikle seg.

Akkurat nå er det korona og covid-19 som opptar oss. Hvordan kan vi ta vare på dem som bor på sykehjem når pårørende ikke får komme på besøk? Stillhetens konsekvenser for beboerne bør ikke blir større enn høyst nødvendig. Vi sykepleiere må klare å balansere smittevern med behov for omsorg og trygghet for enkeltmennesket i livets slutfase. Det krever god faglig kompetanse, høy etisk bevissthet, en god porsjon innlevelse og ikke minst tydelig og kvalifisert sykepleiefaglig ledelse.

VEILEDNING

# FORFATTERVEILEDNING FOR FAG- OG FORSKNINGSARTIKLER

Før du sender inn fagartikkel til Sykepleien eller forskningsartikkel til Sykepleien Forskning, må du lese forfatterveiledningen.

Veiledningen inneholder viktig informasjon om blant annet maksimal lengde på manuskriptet, oppsett og tips til godt språk. Her står det også hvordan referansene skal skrives, og hvordan figurer og tabeller skal se ut.

**FAG**  
Skann koden og kom direkte til forfatterveiledningen for fagartikler.



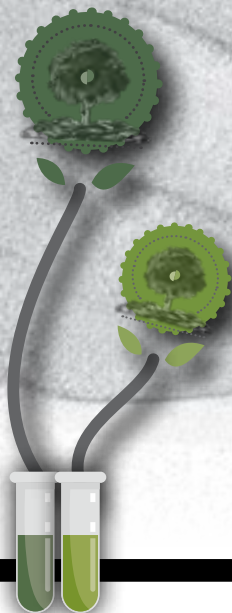
Forfatterveiledning for fagartikkel

**FORSKNING**  
Skann koden og kom direkte til forfatterveiledningen for forskningsartikler.



Forfatterveiledning for forskningsartikkel

Illustrasjon: Sissel Væter



## Med faggruppene i front: – Klinisk fagutvikling og forskning må være våre fremste oppgaver

«Faget i front.» Hva betyr det? For faggruppene er det selvsagt. Vi har alltid jobbet med faget i front.



**D**et er en ny vind i Sykepleierforbundet. Sosiale medier har denne våren vært fulle av artikler, innspill og faglige kronikker fra sykepleiere. Aviser og Dagsnytt 18 har kappet om å få tilgang til vår forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen.

Men mange sykepleiere har ikke noen tradisjon for å skrive. Å skrive om sykepleie er en måte å utvikle profesjonen på, det utfordrer oss og er en vei til bevissthet og refleksjon.

Å skrive fagartikler og forskningsartikler, og å gjøre disse tilgjengelige for våre sykepleierkolleger, er, slik jeg ser det, noe av det viktigste vi gjør. Det trengs en klar og tydelig sykepleierstemme i fremtidens helsetjenester, og den starter med solid sykepleierdeltakelse i utviklingen av vårt eget fag.

Sykepleiefag og klinisk kompetanse er i stadig bevegelse og i kontinuerlig utvikling. Vi sykepleiere har et viktig ansvar i å henge med på, og bidra til, denne utviklingen.

Det tar fortsatt cirka 17 år før dokumentert forskning etableres i praksis. Det er altfor lang tid. Vi må selv produsere forskning om vårt eget fag.

### HVORFOR ER DET VIKTIG Å SKRIVE OG FORMIDLE?

Fagartikler og forskning bidrar til å styrke kunnskapsbasen og kvaliteten på sykepleierutdanningen, sykepleieutøvelsen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Kunnskapen som formidles, er viktig i praksisnært arbeid, for generell fagutvikling og for å løfte frem sykepleie som fag i et tverrfaglig samarbeid.

Gjennom å dokumentere kan vi knytte sammen teori og praksis, samtidig som vi kontinuerlig utvikler et felles språk for utøvelsen av faget vårt. Vi kan



**Mette Irene Ramstad Dønåsen**

Leder, Sentralt fagforum i Norsk Sykepleierforbund



tallfeste og måle, men også utvikle kritisk tenkning som styrker faglig identitet og artikulering.

Metode og vitenskapsteori har fått en større plass i sykepleiefaget, og det stilles stadig høyere krav til fagartikler. Fagfelleurderte artikler har blitt vanlige for tidsskrifter innen sykepleie, og artiklene gjøres søkbare.

Lov om helsepersonell pålegger helsepersonell å holde seg oppdatert. Viktigst av alt er betydningen og resultatet når vi kan gi pasienten og brukeren det ferskeste og best dokumenterte tilbudet innen sykepleie. Faggruppene er opprettet blant annet med tanke på å oppnå dette.

### KLINISK PRAKSIS OMSETTES TIL FAGLIG ARGUMENTASJON

I Sykepleierforbundet har vi 35 ulike faggrupper med rundt 27 000 medlemmer. Faget vårt spenner vidt, fra migrasjon til intensiv. Vi er der i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Fellestrekket er grunnleggende sykepleie.

For faggruppene og deres medlemmer innebærer de vedtektsfestede formålene at man er aktiv faglig, og samtidig klinisk nær, innen det spesifikke feltet. Flere faggrupper er sterke politiske pådrivere gjennom for eksempel kronikker, fagartikler og forskningsformidling.

Dette har resultert i bedre nasjonale retningslinjer og praksis. Noen ganger tar dette lang tid, men vi ser at strategisk arbeid gjennom artikler og forskning bidrar til et bedre helsetilbud.

Mange av faggruppene bidro til faglige nasjonale retningslinjer og veiledere i helsetjenesten under covid-19. Sykepleierne sto i front og var viktige aktører for å vise vei gjennom pandemien. Det å



### Faggruppens formål

- Skape møteplass for fag- og kunnskapsutvikling
- Bidra til utvikling av faglig identitet og tilhørighet
- Bidra til utvikling, anvendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap
- Bidra til samarbeid og utvikling av kompetansenettverk på tvers av faggruppetilhørighet
- Bidra til å utvikle strategier, systematisk arbeid og kompetanse innen NSF's fag- og helsepolitiske prioriteringer
- Bidra til å utvikle og videreutvikle utdanningsprogrammer av høy kvalitet for sitt fagområde

*Fra NSF's vedtekter § 5, faggruppens vedtektsmodell § 3*

**KONTROLL OVER FAGUTVIKLINGEN: – Vi trenger klinisk forskningskompetanse i sykepleie for å styrke kunnskapen og kompetansen til sykepleierne. Her er faggruppene i front, og vi ønsker flere med på laget, skriver innleggsforfatteren. Arkivfoto: Bo Mathisen**

argumentere faglig med sykepleie ble da avgjørende for å få gjennomslag.

Sentralt fagforum bidro ved å være en samarbeidsarena for faggruppene. Her kan faggruppene få hjelp til å omsette klinisk praksis til faglig argumentasjon. Vi motiverer hverandre, skaper nettverk og støtter opp om og legger til rette for å formidle den særegne kunnskapen og erfaringen faggrupped medlemmene har.

Vi trenger klinisk forskningskompetanse i sykepleie for å styrke kunnskapen og kompetansen til sykepleierne. Her er faggruppene i front, og vi ønsker flere med på laget.

### VI MÅ KUNNE SKILLE GOD OG DÅRLIG KUNNSKAP

Større oppmerksomhet på ny forskning og fagutvikling tror jeg kan styrke rekrutteringen til faget vårt. Generasjonene som utdanner seg nå, er vokst opp med internett og rask tilgang til å få svar på det meste. Vi «oversvømmes» av informasjon fra internett og andre steder som er mer eller mindre kvalitetssikret.

Å kunne skille mellom kunnskap av god og dårlig kvalitet er blitt spesielt viktig gjennom de siste 15–20 årene. Kunnskapen fra en utdanning som er tjue år gammel, er ikke nødvendigvis relevant eller riktig lenger, og da blir det viktig at vi vender blikket mot nyere forskning.

Forskning handler om systematisering av erfaring og kunnskap og bevissthet rundt hvordan man handler og forstår. Flere rekrutteres til å søke opp forskning og fagartikler, dele kunnskap og påvirke gjennom selv å skrive artikler.

### BØR VI HA SKRIVEPLIKT?

Flere videreutdanninger i sykepleie, helsesykepleie og jordmorutdanning endres nå til masterløp. Nye masterutdanninger for sykepleiere er med på at vi gjør faget til

vårt eget. I stedet for at andre skal utvikle faget for oss, deltar vi aktivt nasjonalt i dette.

I Norge utdannes det hvert år rundt 660 spesialsykepleiere innen anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreftsykepleie (ABIOK), 100–150 jordmødre og rundt 235 helsesykepleiere. Rundt 50 sykepleiere avlegger årlig en doktorgrad.

Kan vi snu tradisjonen til at det blir en positiv «plikt» å skrive artikler – minst én! – når du har gjennomført studiene dine? Herved er du og utdanningsfeltet ditt utfordret!

### FÅR VI FAGLIG BOOST ETTER PANDEMIEN?

Sykepleie i praksis er både handy, tøft og aksjonsorientert. Du må kunne handle raskt, sette deg inn i pasientens situasjon og behov, og mestre avansert medisinsk utstyr på bakgrunn av kunnskap og erfaring.

Samtidig anvender vi nye, vitenskapelige forskningsmetoder ved hjelp av kunnskapspyramiden. Det er en

### «Vi må selv produsere forskning om vårt eget fag.» Mette Dønåsen

kraftig vekst i tilgjengeliggingen av forskning og svært mange gode metaanalyser. Metaanalyser gjør at vi får sikrere kunnskap ved at de samler mange enkeltstudier.

Sykepleie som fag kan etter pandemien få en ny faglig boost. Pandemien har for mange synliggjort verdien av sykepleie som fag og kompetanse, ikke bare som profesjon. Faget i front må dokumenteres og skrives om.

Klinisk fagutvikling og forskning må være vår fremste oppgave for å vise for oss selv, befolkningen og politikerne hva sykepleie er. Inviter andre til å få del i din innsikt og kunnskap som sykepleier – kanskje det motiverer kollegaen din til å skrive? Vi må bruke denne muligheten til å møte samfunnets behov for fremtiden. 📌



# Sykepleiere kan gjøre helsetjenesten mer miljøvennlig

Som sykepleier er du etisk forpliktet til å tenke bærekraftig. Hvordan kan du redusere bruken av engangsutstyr eller påvirke politiske miljømessige beslutninger?



**K**limaforandringer er en realitet. Den moderne helsetjenesten både bidrar til og blir påvirket av de globale og lokale endringene. Kloden har fått dårligere helse, og den triste ironien er at helsevesenet verden over faktisk bidrar til dårligere helse hos den største pasienten av dem alle.

Global oppvarming er vår tids største helsetrussel. Dessverre har helsesektoren bidratt til økt forbruk og forurensning gjennom sitt virke, sine bygningskonstruksjoner og sin aktivitet.

Brasilianske sykehus bruker 10,6 prosent av den kommersielle energien, NHS i Storbritannia er ansvarlig for om lag en fjerdedel av utslippene, og i USA står helsevesenet for det største forbruket av kreftfremkallende kjemikalier (1).

## HVA ER MILJØSTATUS I NORSK HELSEVESEN?

Hvordan står det til i Norge? Ifølge energi- og klimaregnskapet i Helse Bergen HF i 2017 står kategorien «Medisinsk og helse» for 47 prosent av det totale utslippet i 2014 og 45 prosent i 2015.

Utslippene knyttet til innkjøp har økt jevnt. Utslippene fra pasientbehandling har økt i samme periode, og utslippene knyttet til årsverk er uforandret.

Haukeland universitetssykehus' (HUS) største utslippskilde er innkjøp av varer og tjenester, og det er i den kategorien HUS kan gjøre store tiltak gjennom å sette spesifikke miljø- og klimakrav når de kjøper varer og tjenester.

Medisinske forbruksvarer har en økning på 26 prosent i utslipp fra økt forbruk (2). Antakelig er disse tallene nok så like ved andre helseforetak, så vi ser at mye er gjort

også i Norge på veien mot en mer bærekraftig og miljøvennlig helsetjeneste.

Helsetjenesten jobber målrettet, men sykepleierne kan bidra mer. Derfor er det viktig å peke på de etiske forpliktelsene som ligger i å tenke bærekraftig i vårt faglige virke. Ta en runde i kollegiet og drøft bruk og kast på din avdeling.

## SYKEHUS SKAPER MYE MILJØAVFALL

Miljøhelse sykepleier Gary Laustsen definerer «greening» som «behaviors or activities that improve environmental outcomes» (3). Å bli grønn innebærer avfallsreduksjon og energi- og ressursbevaring.

Miljøhelseaktivist Hollie Shaner-McRae (4) poengterer at det er tidkrevende og viktig å skape miljømessig bærekraftig helsetjeneste, og forklarer at sykehus skaper avfall som er noe av det mest innholdsrike og vanskelige å håndtere, uavhengig av bransje.

Fast avfall, bioavfall og farlig avfall produseres i store mengder 24/7 året rundt, vanligvis tett på mennesker som

## «Helsetjenesten jobber målrettet, men sykepleierne kan bidra mer.»

er særlig sårbare. HUS er opptatt av å bevisstgjøre sine medarbeidere gjennom en vedtatt miljøpolitikk. Rapporten om Haukeland universitetssykehus' energi- og klimaregnskap er nyttig lesning (2).

## SYKEPLEIERE KAN PÅVIRKE DIREKTE

Selv Florence Nightingale hadde en streng miljømessig kontroll som en grunnpilar. Å legge pasientene i det

### FORFATTERE



**Håkon Johansen**  
Medlem av Rådet for sykepleietikk, rådgiver og spesialsykepleier, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold



**Terje Årsvoll Olsen**  
Medlem av Rådet for sykepleietikk og førstelektor, Høgskulen på Vestlandet





**BLI GRØNNERE:** I dagens situasjon med klimautfordringene bør sykepleiere ta inn over seg klodens dårlige helse og ta initiativ som bidrar til en bedre tilstand for jorden vår. Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

sunneste miljøet var essensielt for helbredelse. Også i dag er sykepleiere i en unik posisjon til å forfekte forandringer og gjøre helsetjenesten miljømessig bærekraftig.

På verdensbasis representerer sykepleiere den største helsepersonellgruppen. Sykepleiere innehar i dag mange sentrale posisjoner i samfunnet. Vi har en stortingspresident, en statsråd og flere stortingsrepresentanter som er sykepleiere.

Det er også rikelig med politikere på lokalnivå som er sykepleiere. I tillegg finner vi sykepleiere i helsevesenet på direktør- og styrenivå, institusjonsnivå og avdelingsnivå, for ikke å glemme på gulvet i daglig kontakt med pasienten.

Nightingale ville kanskje argumentere for at vi burde forvente et miljøengasjement hos sykepleierne og en bevissthet om forbruket knyttet til daglige sykepleietjenester. Helsetjenesten påvirker både pasienter og ansatte direkte innenfor veggene og befolkningen generelt utenfor med sin virksomhet.

Helsetjenesten kan dermed positivt påvirke den miljømessige helsen med å rette oppmerksomheten mot avfallshåndtering, ressursbevaring og resirkulering. Harris og medarbeidere (5) peker på at utdanningene bør bli mer opptatt av bærekraftig helsetjenestedrift.

### **BÅDE SMÅ OG STORE TILTAK MONNER**

Topf (5) hevder at fornekting, gruppetenkning, uvitenhet og diffuse ansvarsområder hindrer ansatte i å ta tak for å gjøre tjenestene grønnere. Er det forenlig med god sykepleie å være klimafornekter?

Hvordan står det til med avfallshåndteringen og resirkuleringen i spesialist- og kommunehelsetjenesten? Hva med unødig bruk av engangsutstyr? Hvor kommer utstyret fra?

Den etiske forpliktelsen er åpenbar, og ingen medisinsk

kunnskap vil minske sykepleierens ansvar for å håndtere miljøet slik at det fremmer positive livsprosesser.

NSFs landsmøte i 2019 vedtok at sykepleiere er klare til å ta ansvar både i egen organisasjon og gjennom å øve innflytelse på beslutninger som påvirker klimaet i helse- og omsorgstjenesten. Små og store tiltak kan monne.

### **VI MÅ FÅ TIL EN ENDRING**

Rådet for sykepleieetikk oppfordrer til å legge press på politikere og ledere for å gjøre en kursendring med å redusere klimautslipp også i helsesektoren, i solidaritet med kommende generasjoner.

Sykepleiere må dessuten ta tak selv i sitt daglige virke. Bli bevisst på når du må bruke hansker, og når du kan la

### **«Sykepleiere innehar i dag mange sentrale posisjoner i samfunnet.»**

det være og heller vaske hendene. I eldreomsorgen tror vi det kan være mangel på berøring som følge av ureflektert hanskebruk.

Et berg av plastforklær kan elimineres med kunnskap og holdningsendring. Ser vi igjen til HUS som en representant for alle sykehus, og som har en vedtatt miljøpolitikk, har utslipp knyttet til medisinsk utstyr gått opp med 41 prosent mellom 2013 og 2017 (2).

Sykepleieren i klinikken har som regel blikket rettet mot situasjonen her og nå og i mindre grad mot fremtiden i et globalt perspektiv. Vi gir omsorg i nære møter med pasientens lidelse, og vi handler ut fra en plikt til å gjøre godt og ikke skade, respektere pasientens selvbestemmelse og ivareta rettferdighet.

### **SYKEPLEIERE HAR ET ETISK MILJØANSVAR**

I dagens situasjon med klimautfordringene bør sykepleiere la

» seg berøre av klodens dårlige helse og ta initiativ som bidrar til en bedre tilstand for jorden vår.

I dag står vi midt i koronavirusets utfordringer, og sparing og miljøhensyn kommer i bakgrunnen. En dag vil vi være tilbake i en tilnærmet normal situasjon, og da må vi være miljøbevisste i handlingene våre.

Sykepleierens etiske plikt til å fremme miljøvennlige helsetjenester

ligger både i å utdanne seg selv i tillegg til studenter, pasienter og pårørende, og miljøaspektet må ivaretas i de små hverdagslige handlingene, både privat og profesjonelt.

REFERANSER

1. Dhillon VS, Kaur D. Green hospital and climate change: their interrelationship and the way forward. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015;9(12):LE01-LE05.
2. Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus. Energi- og klimaregnskap 2017. Anskaffelser i helsesektoren. Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus; 2018.
3. Laustsen G. Reduce-recycle-reuse: guidelines for promoting perioperative waste management. AORN J. 2007;85(4):717-28.
4. Shaner-McRae H, McRae G, Jas V. Environmentally safe health care agencies: nursing's responsibilities, Nightingale's legacy. Online J Issues Nurs. Tilgjengelig fra: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No2May07/EnvironmentallySafeHealthCareAgencies.html> (nedlastet 19.03.2020).
5. Harris N, Pisa L, Talioaga S, Vezeau T. Hospitals going green – a holistic view of the issue and the critical role of the nurse leader. Holist Nurs Pract. 2009;23(2):101-11.



Illustrasjon: Sissel Verter

# Forskingens ABC

Det du som student trenger for å finne, forstå og bruke forskning



Skann koden og kom rett til Forskingens ABC på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)





**sykepleienjobb.no**

Skann koden og kom rett til Sykepleiens stillingsportal. Her finner du stillinger som er relevante for deg som er sykepleier.



**NIKUT & UNIVERSITETET I SØRØST NORGE**

**USN** Universitetet i Sørøst-Norge

**Introduksjonskurs i Kunst og Uttrykksterapi (KUT)**

Forkurs er obligatorisk om du ønsker å søke videreutdanning i kunst og uttrykksmetoder i terapi ved USN. Påmelding: send mail til: [Melinda.Meyer@usn.no](mailto:Melinda.Meyer@usn.no)

**Tema: EXIT: Stressmestring i Corona tiden**

Dato: 9.-11.oktober 2020  
Ledere: Melinda Meyer, PhD i KUT og Gunnar Reinsborg, KUT

**Tema: KUT og avhengighet**

Dato: 13.-15.november  
Ledere: Eva Amundsen, psykologspesialist og KUT & Lena Kalland, sosionom og KUT

**Tema: KUT og Kroppens smerte**

Dato 3. – 4. desember  
Ledere: Melinda Meyer, PhD i KUT og Margareta Warja, PhD, KUT

**EXIT- leder sertifisering**

11.feb- 15.mai 2021  
Søknadsfrist: 10.desember 2020  
\*Obligatorisk å delta på for introduksjonskurset i EXIT  
Påmelding: send mail til [meli-m@online.no](mailto:meli-m@online.no) med kopi til [gu-rein@online.no](mailto:gu-rein@online.no), [miradans@gmail.com](mailto:miradans@gmail.com)

For mer info: [www.nikut.org](http://www.nikut.org)

# MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell

Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon [mediyoga.no](http://mediyoga.no)  
Tlf.: +46 85 40 882 80



**Fag og forskning 2020**

**Fikk du ikke rett utgave?**

Hvis du ønsker å få tilsendt en annen utgave enn den du har mottatt, kan du bestille den i fordelsbutikken på [nsf.no](http://nsf.no). Dette er gratis for medlemmer og gjelder så langt lageret rekker.

Alle utgavene finner du på [sykepleien.no/temasaker](http://sykepleien.no/temasaker)

Bestill her!

**GRATIS** utgaver for medlemmer

QR-KODE

Skann koden og kom rett til NSF's fordelsbutikk, der du kan bestille de enkelte utgavene.



## Sykepleier – ønsker du frihet og gode betingelser?

---

Vi har jobb til deg som er sykepleier eller spesialsykepleier i hele Norge. Hos oss får du fleksibilitet, og kan påvirke både hvor og når du vil jobbe.

Vi gir deg god lønn, og dekker din reise og bolig. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske. Vi er en trygg arbeidsgiver med spesialkompetanse på helsebemanning. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info!

[www.dedicare.no/nurse](http://www.dedicare.no/nurse)  
+47 74 80 40 70  
[nurse@dedicare.no](mailto:nurse@dedicare.no)

**DEDICARE**