

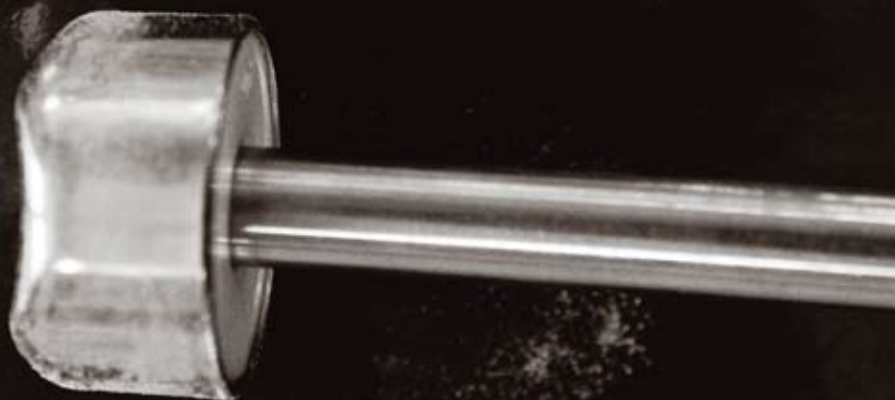
# forskning

01|09



Tablettknusing  
på sykehjem

6



I denne utgaven av **Sykepleien Forskning** beskriver Wenke Wannebo at 15 prosent av tablettene som ble knust en tilfeldig dag var depot- og enterotabletter. Disse tablettene er bare beregnet for å skulle inntas hele. Artikkelen reiser en problemstilling som det kreves faglig kompetanse for å løse. Igjen blir vi minnet på at å dele ut medisiner til pasienter ikke bare handler om å gi riktig medisin til den rette pasienten. Å gi medisiner til syke mennesker kan innebære vanskelige faglige overveielser. I yrkes-sammenheng påhviler det derfor medisinutdeleren et stort ansvar.



Foto: Erik M. Sundt

## REDAKSJONSKOMITÉ:



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



**Bård Nylund**  
Bachelorstudent i sykepleie ved Høgskolen i Oslo.



**Per Nortvedt**  
Professor ved Universitetet i Oslo.



**Monica Nortvedt**  
Professor og leder ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.



**Liv Wergeland Sørbye**  
Førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo.



**Marit Kirkevold**  
Professor ved Universitetet i Oslo.



**Lars Mathisen**  
Seksjonsover-sykepleier ved thoraxkirurgisk sengepost ved Rikshospitalet i Oslo.



**Liv Merete Reinart**  
Seksjonsleder, Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten.



**Tone Rustøen**  
Professor ved Høgskolen i Oslo.

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

**Sykepleien Forskning**  
Bilag til Sykepleien  
Tollbugt 22, 5. etg.  
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo  
Tlf. 22 04 32 00. Faks: 22 04 33 75  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Ansvarlig redaktør:**  
**Barth Tholens**  
[barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)

**Redaktør: Anners Lerdal**  
[anners.lerdal@hibu.no](mailto:anners.lerdal@hibu.no)

**Assisterende redaktør: Liv Merte Reinart**  
[livmerete.reinar@kunnskaps-senteret.no](mailto:livmerete.reinar@kunnskaps-senteret.no)

**Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson**  
[susanne.dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne.dietrichson@sykepleien.no)

**Markedssjef: Ingunn Roald**  
[ingunn.roald@sykepleien.no](mailto:ingunn.roald@sykepleien.no)

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

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

# Å utvikle en kunnskapsbasert praksiskultur

Samfunnet forventer at sykepleiere og andre helsearbeidere tar beslutninger og handler ut fra den beste tilgjengelige kunnskapen. Forskningsresultater bør derfor inngå i grunnlaget for faglige beslutninger og evalueringen av iverksatte tiltak. Som et ledd i å utvikle en arbeidskultur hvor etablert praksis og ny kunnskap diskuteres, er det en forutsetning at arbeidsgiverne gjør relevant forskning lett tilgjengelig for alle helsearbeidere. Hvordan er tilgangen til relevante forskningsresultater på ditt arbeidssted? I tillegg har vi som ansatte medansvar for å skape en kultur preget av nysgjerrighet på forskning og hvor nye forskningsresultater inngår i diskusjoner av aktuelle kliniske problemstillinger.

Når man skal bestemme hvilken betydning forskningsresultater bør ha i den enkelte situasjon krever det en kvalifisert kritisk vurdering. Mens praksis er kompleks og finner sted i en konkret sammenheng, befatter de enkelte forskningsstudiene seg med avgrensede og teoretisk forskningsspørsmål. En ansvarlig anvendelse av kunnskap krever derfor innsikt i ulike kunnskapskilder og en pågående faglig debatt.

Et sentralt mål for Sykepleien Forskning er å bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teoretiske studier og i klinisk

praksis. Sykepleien Forskning lanserer i disse dager nye nettsider. Her har alle gratis tilgang til kunnskapsoppsummeringer og forskningsresultater relevant for sykepleiere samt tips til hvordan finne, lese og rapportere forskning. For å stimulere til faglig diskusjon publiserer vi fast praksiskommentarer til forskningsartiklene. På de nye nettsidene inviterer vi nå deg til å melde deg på kunnskapsdebatten. I kommentarfeltet har lesere muligheter til å gi innspill til artikler og annet stoff vi publiserer. Her ved oppfordres alle til å bruke mulighetene og bidra til å utvikle kunnskapskulturen. Forumet bør også være det beste for helsefagstudenter på alle nivåer til å bidra med faglige innlegg.

Hva gjør dere på ditt arbeidssted for å gjøre forskning tilgjengelig og skape en levende fagkultur? Hva med å gjøre et lite bidrag ved å legge denne utgaven av Sykepleien Forskning igjen på jobb?



Redaktør

**Anners Lerdal**

[anners.lerdal@hibu.no](mailto:anners.lerdal@hibu.no)

*Anners Lerdal*

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

# PASIENTNÆR FORSKNING

› Det er på høy tid at den pasientnære forskningen får den plassen den fortjener.

Som følge av den demografiske utviklingen får vi dobbelt så mange eldre over 67 år innen 2050 sammenlignet med i dag. Med en samtidig nedgang i mennesker i arbeid er det viktig at helse- og omsorgstjenester blir så gode som mulig.

Flere overlever og lever med sykdom og skade. Den medisinske utviklingen gjør det mulig for mennesker som rammes av kreft å leve med sykdommen i flere år. Kirurgiske inngrep, som ble ansett for å være dramatiske for få år siden med stor fare for ikke å lykkes, er i dag enkle og ukompliserte. Like fullt vil mange mennesker trenge tjenester fra helse- og omsorgspersonell for å klare seg i hverdagen. Det trengs kunnskap og innsikt for å gi så gode tjenester som mulig. Videre trengs det kunnskap om kronikergrupper. Det er for få som forsker på kronisk syke, hvordan det er å leve med sykdom og hva som hjelper disse i hverdagen.

## DATAINNSAMLING

Det er avgjørende å sikre et godt datagrunnlag for å fremskaffe kunnskap om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene, om organiseringen av tjenestene og om hvordan brukerne av tjenestene har det. Samtidig er det avgjørende at den tiden som brukes på registrering og rapportering vil resultere i noe mer og ha en funksjon. Norske myndigheter må sikre en kritisk og helhetlig vurdering av hvilke data som skal samles inn. Det er tidkrevende å kontinuerlig registrere opplysninger, og registrering av irrelevante opplysninger vil være sløsing med verdifull tid for helsepersonell. De som registrerer må vite at dataene er relevante og meningsfulle.

## UNDERVISNINGSHJEMMETJENESTER

Gjennom eldreadtalen som ble inngått mellom KrF, Venstre og regjeringspartiene høsten 2007, fikk KrF gjennomslag for å innføre

undervisningshjemmetjenester etter modell fra undervisningssykehjemmene. Dette er viktig av flere grunner, blant annet vil det sikres arenaer der kunnskapsutvikling kan skje. Undervisningssykehjemmene skal bidra til økt kvalitet i omsorgstjenestene ved å fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving. Undervisningssykehjemmene skal etablere samarbeidsavtaler med kommune/sykehjem, høyskole og universitet. Dette har skjedd blant annet med Nasjonalt kunnskaps-senter for aldring og helse, FoU-senteret for omsorgsforskning på Gjøvik, samt andre forskningsmiljø rundt omkring i landet (St. prp.nr. 1 (2008-2009)). Det er desto viktigere at det samme kan skje i hjemmetjenestene, når vi vet at det er et uttalt politisk mål at mottakere av helse- og omsorgstjenester skal bo hjemme så lenge som mulig. Når hjemmebaserte tjenester skal videreutvikles, må tiltakene være kunnskapsbaserte.



Foto: Erik M. Sundt

” Det trengs kunnskap og innsikt for å gi så gode tjenester som mulig.

Denne kunnskapen mangler på mange områder i dag.

#### **PSYKISKE LIDELSER**

Utover omsorgsforskning er det behov for kunnskap på en rekke områder, som innenfor psykisk helse. Det trengs kunnskap om psykiske lidelser, og hvordan det er å leve med det. I et forskningsprosjekt om bedring ved stemningslidelser som depresjon og bipolar lidelse, som inngår i Mood Net, et forskningsnettverk i Helse Vest, har brukere deltatt i utforming av problemstilling og premisser for forskningen. Ved å involvere brukere mener forskningslederen, ifølge Tidsskriftet Psykisk helse, at det kan komme frem nye spørsmål og nye svar. Dette er en lovende utvikling, som muligens kan bidra til et mer likeverdige forhold mellom behandlere og pasienter.

#### **OMSORG VED LIVETS SLUTT**

Likeverd knytter en overgang til

verdighet. Vi kan vanskelig forestille oss hvilke økonomiske og menneskelige ressurser som må til for å møte behovene i fremtidens eldreomsorg. I takt med at det blir stadig større knapphet om ressursene, og dertil muligheter for omsorgssvikt, vil det komme krav om å legalisere aktiv dødshjelp. En verdig eldreomsorg vil være det viktigste tiltaket for å demme opp for et slik krav. I tilknytning til Røde Kors sykehjem i Bergen er det et forskningsprosjekt som heter «En verdig alderdom – en livsgaranti» som nettopp favner dette. Å dekke grunnleggende behov, både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige, i alderdommen generelt, og i livets slutfase spesielt, vil trenge kunnskap og kompetanse. Forskning er en nøkkel for å oppnå det. Vi må sikre at mennesker, uansett funksjonsnivå, må få muligheten til å leve slik de selv ønsker og at de beholder sin verdighet.

#### **POLITISK OPPGAVE**

Det er politisk viktig å styre ressursene dit vi mener det er behov for dem. Foreløpig har ikke den pasientnære forskningen den stilling den bør ha sammenlignet med den medisinske forskningen. Derfor må institusjoner som rår over midler til forskning prioritere disse annerledes. Samarbeidet mellom kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten, universiteter og høyskoler må bli bedre. Det må bli større sikkerhet for at den utdannelsen man velger vil gi mulighet for å gjøre en karriere innen forskning.



# Å KNUSE TABLETTER ER VANLIG I SYKEHJEM



Foto: Erik M. Sundt



**Hva tilfører denne artikkelen?**

Knusing av tabletter ser ut til å være en vanlig forekommende praksis i mange sykehjem. Å knuse tabletter kan redusere effekten av legemidlet, gjøre legemidlet ustabil, endre smaken i negativ retning eller

redusere effekten av legemidlet og/eller gjøre legemidlet uvirksomt. Tablettknusing kan derfor innebære en risiko for pasientens helse.

**Mer om forfatter**

Wenche Wannebo er høg-

skolelektor/stipendiat ved Høgskolen i Nord-Trøndelag, Steinkjer.

Kontaktperson:  
wenche.wannebo@hint.no.



Foto: Erik M. Sundt

**Studiens bakgrunn:** Knusing av tabletter ser ut til å være en vanlig forekommende praksis på mange sykehjem. Det er imidlertid lite kunnskap om dette, blant annet i hvor stor grad tabletter som ikke skal knuses blir knust. Å endre et legemiddels formulering som ved tablettknusing, kan medføre økt toksisitet, redusere effekten av legemidlet og/eller gjøre legemidlet uvirksomt. Samtidig er eldre sårbare i forhold til legemiddelinduserte skader på grunn av aldersrelaterte fysiologiske endringer, multimorbiditet og polyfarmasi.

**Hensikt:** Å kartlegge omfanget av tablettknusing på sykehjem i Nord-Trøndelag, og se i hvilken grad det knuses depot- og enterotabletter som eventuelt kan være en risiko for pasienten.

**Metode:** Registrering av tablettknusing i eget skjema på 19 sykehjem i Nord-Trøndelag i løpet av en tilfeldig valgt dag. Registreringen ble foretatt av sykepleierstudenter fra Høgskolen i Nord-Trøndelag.

**Hovedresultat:** Alle sykehjem knuste tabletter. 42 prosent av sykehjemmene knuste over 20 tabletter daglig. 15 prosent av total mengde knuste tabletter var depot- eller enterotabletter,

og de tre sykehjemmene som knuste flest tabletter totalt, sto for halvparten av depottablettknusingen.

**Konklusjon:** Knusing av tabletter er vanlig i nordtrønderske sykehjem. Ni av ti sykehjem knuste også depottabletter eller enterotabletter som kan være en potensiell risiko for pasienten.



# >> TABLETTKNUSING I SYKEHJEM

## – en sikkerhetsrisiko for pasienten?

Forfatter: **Wenche Wannebo**

### NØKKELORD

- Medisinhåndtering
- Legemidler
- Eldre
- Sykehjem
- Spørreskjema

### INTRODUKSJON

Eldre i sykehjem har ofte flere medisinske problemer som medfører livslang legemiddelbehandling (1;2). Bruk av mange legemidler i kombinasjon med aldersrelaterte farmakokinetiske og farmakodynamiske endringer øker risikoen for uheldige bivirkninger og skadelige effekter av legemidlene (3) samt dårlig compliance (4). Uheldige og alvorlige effekter av legemidler er en hyppig årsak til innleggelse i sykehus og død blant eldre (5).

Sykepleiere har en nøkkelrolle når det gjelder legemiddelbehandling i sykehjem. Det kan være mange problemer knyttet til administrering av legemidler blant eldre, for eksempel interaksjonsproblematikk knyttet til polyfarmasi, i det mange eldre i sykehjem bruker flere legemidler enn jevnaldrende eldre som bor hjemme (6). Det kan imidlertid også dreie seg om praktiske

problemer med å få gitt legemidlet til pasienten på en forsvarlig måte, da pasienten kan ha svelgproblemer som gjør det vanskelig å innta faste legemidler peroralt, eller at pasienten ikke vil ta medisin, spytter den ut eller gjemmer den i munnen. Forskning viser at det, på grunn av blant annet svelgproblemer, i stor grad foregår endringer i forhold til foreskrevet medisinerings ved mange sykehjem (for eksempel dose og legemiddelform) (7;8). Og at disse endringene ofte foretas av sykepleiere uten at lege konsulteres (7). De vanligste endringer er knusing av tablett og/eller blanding av legemidler i mat, en praksis som kan tenkes å sette pasientens velbefinnende og sikkerhet i fare (9-11).

Internasjonal forskning viser at knusing av tablett er ganske vanlig ved mange sykehjem. En engelsk studie fra 2002 viste at ved over 80 prosent av sykehjemmene som deltok i studien, ble det daglig knust tablett eller åpnet kapsler, og blant 540 sykepleiere knuste 84 prosent (N = 540) tablett regelmessig. 40 prosent av sykepleierne knuste alle tablett til pasienter med svelgproblem og 29 prosent knuste tablett daglig til slike pasienter. Studien viste også at alle tabletttyper som ble oppgitt

knust fantes i andre former, enten som disperse formuleringer (suspensjon) eller i flytende form (9;12). I en annen engelsk undersøkelse av 34 sykepleiere forekom åpning av kapsler og knusing av tablett i tre av fire sykehjem og omsorgsenheter for demente (N = 34). I en tredjedel av tilfellene skjedde dette daglig (13). I en australsk studie blant ti sykehjem fra 2002, fant man at i 34 prosent av alle observerte legemiddeladministreringer (N = 1207), ble tablett knust eller kapsler åpnet (14). Videre fant man at 17 prosent av de tablettene som ble knust, var tablett som på grunn av knusingen kunne forårsake økt toksisitet eller redusert effekt hos pasienten. Tablettene ble knust i samme beholder, og i 59 prosent av tilfellene ble beholderen ikke rengjort etterpå. Rester, og dermed potensielt tap av virkestoffdose, ble observert i 70 prosent av tilfellene. Det er ikke funnet norske studier med tablettknusing, men Kirkevold og Engedal (15) har påvist en omfattende praksis med å skjule medisin i sykehjemspasienters mat. De fant at 11 prosent av pasientene ved 160 vanlige sykehjemsavdelinger, og 17 prosent av pasientene ved 91 demensavdelinger, fikk legemidler blandet i mat (15). Noe som ble funnet å være

dårlig dokumentert i pasientenes journal. I en undersøkelse fra Nord-Trøndelag, oppga 77 prosent av de ansatte (N = 48) ved et bo- og servicesenter at knusing av tabletter uten beboers samtykke skjer ofte eller av og til. Samtidig oppga 19 prosent at medisin ofte ble tilsatt i beboernes mat og drikke uten at beboerne visste om det (16).

Å endre et legemiddels formulering slik man gjør ved å knuse tabletter eller åpne kapsler, kan medføre økt toksisitet, redusere effekten av legemidlet, gjøre legemidlet ustabil, endre smaken i negativ retning eller føre til potensiell risiko for den som håndterer legemidlet (17). Å knuse depottabletter, såkalte controlled-release eller extended-release tabletter, kan påvirke legemidlets absorpsjonsrate, og vil medføre høye peak i blodkonsentrasjonen, noe som potensielt kan gi toksisk effekt (18). En laboratoriestudie ved Høgskolen i Nord-Trøndelag viste for eksempel en forskjell på mellom 65 prosent og 75 prosent frigjort virkestoff etter fem minutter mellom hele tabletter og knuste tabletter. Selv etter tre timer var det frigjort mellom 50 prosent og 70 prosent mer virkestoff fra de knuste tablettenes enn fra de hele tablettenes (19). Knusing av enterotabletter, såkalte delayed-release tabletter, kan føre til inaktivering av virkestoff når det kommer i kontakt med det sure miljøet i magesekken, og dermed nedsatt effekt av legemidlet. Videre, hvis tablettedrasjeringen er formulert for å beskytte magesekken mot irriterende stoffer i tablettene,

kan knusing medføre økt lokal irritasjon og plager fra magen.

Knusing av tabletter ser ut til å være en vanlig forekommende praksis i mange sykehjem. Mange tabletter kan knuses, men det er lite sikker kunnskap om forekomst av knusing, for eksempel i hvor stor grad tabletter som ikke skal knuses, blir knust. Hensikten med den foreliggende studien var å kartlegge omfanget av knusing av tabletter i sykehjem i Nord-Trøndelag, og i hvilken grad det knuses depot- eller enterotabletter som kan være en risiko for pasienten.

#### METODE

Data til studien er hentet fra en spørreskjemaundersøkelse blant sykepleiere og studenter ved sykehjem i Nord-Trøndelag i 2007, som del av en bacheloroppgave i farmasi ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Hensikten med undersøkelsen var å få kvantitative data på forekomsten av tablettknusing ved administrering av legemidler til pasientene. Omfang av tablettknusing og hvilke tabletter som blir knust ble kartlagt.

#### Informanter

Informanter var 26 sykepleierstudenter og studenter ved videreutdanning i aldring og eldreomsorg, som ble spurt om å samle inn data i forbindelse med sine praksisstudier i sykehjem. I samarbeid med ansvarlig lærer for praksisstudiene ble det plukket ut studenter slik at alle sykehjem i praksisfeltet til høgskolen ble representert. Studentene samarbeidet med sine

sykepleierveiledere om å samle inn data. På enkelte sykehjem hadde to studenter praksis samtidig, og gjennomførte datainnsamlingen sammen. Totalt 19 sykehjem deltok. Antall pasientplasser varierte mellom 22 og 39 senger, med et gjennomsnitt på 30 pasienter.

#### Spørreskjema

Det ble laget et enkelt spørreskjema med fire spørsmål som samtidig fungerte som et registreringsskjema. Spørsmålene var: 1. «Hvilke tabletter knuses?» Navn på tablett og styrke skulle angis. 2. «Hvorfor knuses tablett?» Her skulle årsak angis. 3. «Blir det knust flere legemidler sammen med dette? Eventuelt hvilke(t)?» 4. «Når tablett knuses, blandes den i mat/drikke? Eventuelt hva?»

#### Prosedyre/gjennomføring

Studenter i begge klassene fikk informasjon om undersøkelsen og datainnsamlingen i en skoletime. Sykepleierstudentene fikk i tillegg informasjon sammen med sine praksisveiledere. Hensikten med undersøkelsen, spørreskjema samt prosedyre rundt datainnsamlingen ble nøye gjennomgått med både studenter og veiledere. Det ble utdelt spørreskjema/registreringsskjema, ett skjema for hvert sykehjem og eventuelt hver avdeling hvis det var flere avdelinger på sykehjemmet. Hver student fikk et brev hvor det sto beskrevet hva undersøkelsen dreide seg om og hva som skulle gjøres, et skjema hvor det skulle registreres funn og en frankert konvolutt. Studentene og deres sykepleierveiledere registrerte hvor mange tabletter som ble knust i løpet av en tilfeldig valgt dag (dagskift og kveldsskift) den uka



Sykepleiere har en nøkkelrolle når det gjelder legemiddelhåndtering i sykehjem.

innsamlingen pågikk. Det ble til sammen utdelt 26 spørreskjema hvorav 19 kom tilbake. Alle sykehjem i praksisfeltet var representert.

### Databearbeiding/Analyser

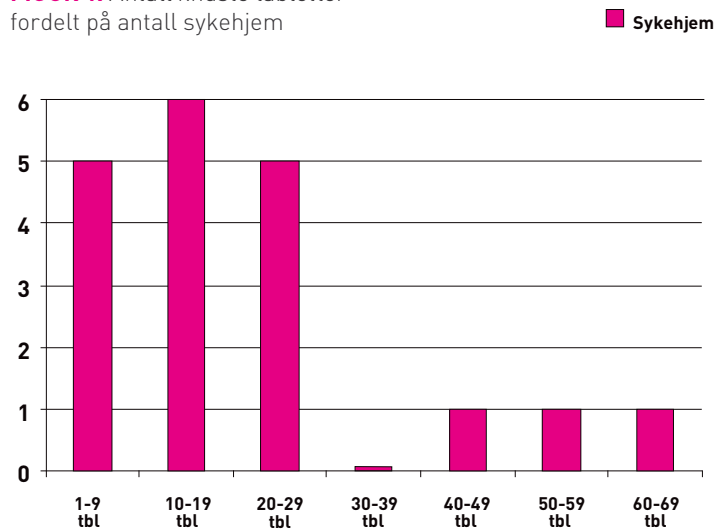
Svarene fra spørreskjemaet ble registrert i et excel-skjema. Tablettene ble klassifisert som vanlige tabletter, depottabletter og enterotabletter. I klassen vanlige tabletter ble tabletter der det ikke står noe om deling og/eller knusing av tablettene i Felleskatalogen 2007 (20) registrert. Tabletter som er klassifisert som depot- og enterotabletter i Felleskatalogen (20) ble registrert i de respektive klasser i undersøkelsen. Noen få registreringer kom inn uten styrke på tablettene og uten produsentnavn. Da tabletter i forskjellige styrker kan ha depotformulering i noen styrker og vanlige tablettformulering i andre styrker, ble disse derfor ekskludert. Spørsmål 3 var fylt ut i liten grad, og ble ikke undersøkt nærmere. Det ble gjort univariate og bivariate frekvensanalyser i excel på antall tabletter som ble knust, årsak til knusing og om de knuste tablettene ble blandet med mat/drikke.

### RESULTATER

Resultatene viste at det ble knust tabletter ved alle sykehjem som deltok i undersøkelsen. Det var imidlertid sterk variasjon mellom sykehjemmene når det gjaldt antall tabletter som ble knust, vist i figur 1. Som figuren viser, knuste fem sykehjem under ti tabletter, mens tre sykehjem knuste godt over 40 tabletter.

Åtte av 19 sykehjem (42 prosent) knuste mer enn 20 tabletter, hvorav tre knuste godt over 40 tabletter. Det var ingen sam-

**FIGUR 1:** Antall knuste tabletter fordelt på antall sykehjem



**TABELL 1:** Oversikt over preparater og registrerte knusinger blant 597 pasienter

	Type preparater Antall (prosent)	Registrerte knusinger Antall (prosent)
Tabletter	80 (80)	318 (85)
Depottabletter	12 (12)	27 (27)
Enterotabletter	8 (8)	30 (8)
Legemidler totalt	100 (100)	375 (100)

menheng mellom antall pasienter og antall tabletter som ble knust. Sykehjemmet som knuste flest tabletter – 63 registreringer – hadde 32 pasienter, mens det sykehjemmet som knuste minst – en registrering – hadde 29 pasienter.

Tabell 1 viser en oversikt over demografiske data, inkludert antall typer legemidler og registrerte knusinger. 57 av 375 (15 prosent) knuste tabletter, var depot- eller enterotabletter. 100 ulike preparater ble regis-

trert knust, av disse var 20 prosent registrert som depot- eller enterotabletter i Felleskatalogen (20). To sykehjem hadde ikke registrert knusing av depot- eller enterotabletter, mens tre sykehjem hadde mer enn seks registreringer. Tre sykehjem sto alene for om lag 47 prosent av knuste depot- og enterotabletter. De 14 siste sykehjemmene hadde en til tre registreringer av knuste depot- eller enterotabletter.

I kategorien vanlige tabletter

ble Paracet 500 mg og 1 g hyppigst knust med 49 registreringer. Andre tabletter som hyppig ble knust var Furix 20 mg og 40 mg, og Hiprex 1 g. I kategorien depottabletter ble Selo-zok 50 mg og 100 mg hyppigst knust med syv registreringer. Ferroretard ble registrert fem ganger, mens Imdur 30 mg og Nuelin 250 mg hadde tre registreringer hver. I kategorien enterotabletter sto Albyl-E 160 mg og 75 mg for 18 av registreringene.

uavhengig av hvilken kategori tablettene tilhørte. Melk, juice, saft, syltetøy, most mat, diverse middagsmat, brødsriver og sondeernæring ble oppgitt som blandingsmedium.

#### DISKUSJON

Hensikten med studien var å kartlegge omfanget av knusing av tabletter i sykehjem i Nord-Trøndelag, og se i hvilken grad tabletter som knuses er depot- eller enterotabletter.

en del av knusingen skjer uten at pasientene vet om det, noe som ikke diskuteres nærmere i denne sammenheng. Derimot er det interessant å registrere at en utbredt praksis med å knuse tabletter viser økt hyppighet av knusing av depot- og enterotabletter. Resultatene viste at 15 prosent av de tablettene som ble knust, var depot- og enterotabletter, alle med anmerkninger i Felleskatalogen om at de ikke skal knuses, deles, eller at de må svelges hele. Flere sykehjem registrerte over 20 tablettknusinger per dag, og de tre sykehjemmene som knuste flest tabletter sto for nesten 50 prosent av knuste depot- og enterotabletter. Dette gir grunn til å anta at knusing av tabletter har blitt en rutine der sykepleierne i liten grad vurderer og gjennomgår egne legemiddelhandteringsrutiner. Det kan riktignok tenkes at en større andel pasienter ved de tre sykehjemmene har svelgproblem eller av andre grunner er vanskelig å få gitt medisin. Dette er ikke undersøkt i studien, men ved to av de tre sykehjemmene som knuser flest depottabletter er det forholdsvis mange små deltidstillinger og også en høy andel demente pasienter. En svensk undersøkelse viser at når legemiddelhandtering delegeres eller deles på mange skjer det oftere feil (8). Samtidig viser flere studier at høy andel demente har sammenheng med tablettknusing og skjuling av medisiner i pasientens mat (15;21;22). I den foreliggende undersøkelsen ble over 80 prosent av de knuste tablettene blandet i mat og drikke, noe som kan ha sammenheng både med svelgproblem og skjuling av medisiner for pasienten.

En praksis med knusing av

**” Knusing av tabletter har blitt en rutine der sykepleierne i liten grad vurderer og gjennomgår egne legemiddelhandteringsrutiner.**

Tabell 2 viser oversikt over tabletter som ble registrert knust der felleskatalogen angir at de ikke skal knuses eller deles. Tekst som i Felleskatalogen er merket med fet skrift, er merket på samme måte i tabellen. Analysene viser at de tre sykehjemmene som knuste flest tabletter totalt også er de som knuste flest depot- og enterotabletter, henholdsvis elleve, seks og ti ulike typer tabletter som ikke skal knuses. De to sykehjemmene som ikke knuste slike tabletter, knuste også klart færrest tabletter totalt med bare én og to registreringer.

I sju av ti tilfeller ble svelgproblemer hos pasientene oppgitt å være årsak til knusing av tabletter. Andre nevnte årsaker var at tablettene ble spyttet ut eller liggende i munnen, at pasienten gjemte tablettene i munnen og at legemidlet måtte gis i sonde. 304 av 375 (80 prosent) knuste tabletter, ble blandet i mat og/eller drikke,

Resultatene viser at knusing av tabletter er et vanlig forekommende fenomen, samtidig som det er store forskjeller mellom sykehjemmene. Åtte sykehjem knuste mer enn 20 tabletter per dag, hvorav tre knuste mer enn 40 tabletter per dag. Sett i forhold til at antall pasienter gjennomsnittlig lå på 30, må dette kunne sies å være knusing av stort omfang, noe som samsvarer med andre undersøkelser om tablettknusing i sykehjem (12;14). Årsakene som ble oppgitt for knusing er i hovedsak å lette legemiddelinntak hos pasienter med svelgproblem, samt å gi medisin til pasienter som ikke vil ta medisin.

Selv om de fleste tabletter kan knuses uten at det påvirker farmakologisk effekt og får noen medisinsk betydning for pasienten, er det nødvendig å sette spørsmålsteget ved en slik praksis. Det er blant annet etiske problemstillinger knyttet til dette, da det kan antas at

**TABELL 2:** Registrerte knuste depot- og enterotabletter

Preparat/type	Antall registreringer		Fordelt på antall sykehjem	Tekst i Felleskatalogen
	Tabl.	Pasi- enter		
Albyl-E 160 mg, 75 mg. Tromboseprofylakse Enterotablett	18	16	12	<b>Skal svelges hele</b>
Selo-zok 50 mg, 100 mg Betablokker. Depottablett	7	7	6	Depottabletter kan deles. Må ikke tygges eller knuses
Ferro-retard. Jernpreparat. Depottablett	5	4	2	Skal svelges hele
Toilax. Avføringsmiddel. Enterotablett	5	5	4	Svelges hele
Imdur 30 mg. Nitropreparat. Depottablett	3	3	3	Depottabletten kan deles, men må ikke tygges eller knuses
Nuelin 250 mg. Teofyllinprep. Depottablett	3	3	1	Må ikke tygges eller knuses, men kan deles én gang uten at depotvirkningen forandres
OxyContin 10 mg. Analgetikum ved sterke smerter. Depottablett	2	2	2	Skal svelges hele. Må ikke deles, tygges eller knuses
Dulcolax. Avføringsmiddel. Enterotablett	2	2	2	Tablettene skal svelges hele
Tramagetic retard 200 mg. Analgetikum Depottablett	1	1	1	Depottablettene svelges hele og må ikke tygges
Ismo 40 mg. Nitropreparat. Depottablett	1	1	1	Må svelges hele
Sinimet depot mite. Antiparkinsonmiddel. Depottablett	1	1	1	Skal ikke deles. Skal ikke tygges eller knuses
Kaleorid 750 mg. Kaliumklorid. Depottablett	1	1	1	Depottablettene skal svelges hele
Monoket 100 mg. Nitropreparat. Depottablett	1	1	1	Kapslene svelges hele sammen med halvt glass væske
Omnicep 0,4 mg. Alfablokker. Depottablett	1	1	1	Tabletten skal svelges hel med væske og må ikke knuses eller tygges
Persantin retard 200 mg. Tromboseprof. Kapsler med modifisert frisetting	1	1	1	Kapslene svelges hele. Kan åpnes, men innholdet må ikke tygges eller knuses
Losec 20 mg. Syrepumpehemmer. Enterotablett	1	1	1	Innholdet i enterotabletten må ikke tygges eller knuses
Remeron 30 mg. Antidepressivum. Filmdrasjert tablett	1	1	1	Tabletter svelges hele
Salazopyrin 500 mg. Sulfapreparat. Enterotablett, resistensdrasjert	1	1	1	Enterotabletter skal svelges hele
Somac 40 mg. Syrepumpehemmer. Enterotablett	1	1	1	Enterotabletter svelges hele med litt vann. Må ikke knuses eller tygges
Triatec 10 mg. ACE-hemmer	1	1	1	Tablettene skal svelges med minst halvt glass væske. Skal ikke tygges eller knuses

depot- og enterotabletter kan ikke sies å tilfredsstille kravene til faglig forsvarlighet (23) og riktig administrering av legemidler (24), da slik knusing vil kunne få konsekvenser for pasientene på flere måter, og i verste fall gå ut over pasientenes sikkerhet. Knusing av de depottablettene som ble registret her kan gi ulike typer konsekvenser for pasientene. For eksempel vil knusing av enterotabletten Albyl-E medføre irritasjon av ventrikkelslimhinnen og dermed gi økt risiko for magesår (25). Videre er betablokkeren Selo-zoc en depottablett der virkestoffet metoprolol frigis kontinuerlig i cirka 20 timer, noe som sikrer en jevn og tilnærmet konstant plasmakonsentrasjon over 24 timer (25). Når tablettene knuses, ødelegges depoteffekten, og rask frigjøring av virkestoff vil medføre store variasjoner i plasmakonsentrasjon, med en høy peak i plasmakonsentrasjonen etter inntak, og en raskt dalende plasmakonsentrasjon etter tre og en halv time (halveringstiden). Dette er det motsatte av ønsket effekt, og kan i verste fall tenkes å få alvorlige konsekvenser for pasienten. Nevnes kan også Oxy-Contin, et opioidanalgetikum med kraftig analgetisk effekt der dosen skal titreres individuelt. Depottablettene har et bifasisk absorpsjonsmønster, med en initialdose som gir umiddelbar terapeutisk effekt, mens resten av virkestoffet frigis over lengre tid for å forlenge effekten til 12 timer (25). Ved å knuse tablettene får man i stedet et monofasisk absorpsjonsmønster med overmedikasjon på kort sikt og undermedikasjon på lang sikt. Det vil si at pasienten får for høy dose av virkestoffet like etter inntak, mens

dosen på lengre sikt blir for lav til å ha terapeutisk effekt. I verste fall kan det tenkes at en høy peak i plasmakonsentrasjon etter inntak kan være farlig for pasienten, da overdosering kan medføre respirasjonsdepresjon og blodtrykksfall.

Mye informasjon om mulige konsekvenser for pasienten ved knusing av depottabletter er tilgjengelig i Felleskatalogen. Som framstilt ovenfor kan konsekvensene være alvorlige på flere måter, og undersøkelsen viser at flere eldre i sykehjem blir utsatt for slik risiko. Depot- og enterotabletter skal i prinsippet aldri knuses, i det minste ikke uten å ha konsultert lege eller farmasøyt først. Wrights studier fra Storbritannia viser imidlertid at få sykepleiere diskuterte dette med lege, og 10 prosent av sykepleierne i hans undersøkelse uttalte også at de aldri ville spørre om råd før de knuste en tablett (12).

Det er mulig å tenke seg flere årsaker til at knusing av depottabletter likevel forekommer. Pasienter med svelgproblem og/eller demens er en årsaksfaktor i forhold til tablettknusing. At man rutinemessig knuser tabletter til disse pasientene, kan tenkes å gå ut over sykepleierens kritiske vurdering av legemiddelhåndteringen. Høyt arbeidspress og stor travelhet på mange sykehjemsavdelinger kan også være en mulig forklaring, da det kan gå ut over kvalitetssikring, som for eksempel å sjekke i Felleskatalogen eller diskutere med andre sykepleiere. Det kan også være manglende rutiner og dokumentasjon i forbindelse med legemiddelhåndtering. For eksempel at knusing av tabletter ikke dokumenteres i journalen eller rapporteres til/tas opp med lege, slik Kirkevold og Engerdal

(15) fant at bare 40 prosent av tilfellene med å gjemme tabletter i mat var dokumentert. Videre kan en mulig årsak være mangel på kunnskap hos pleiepersonellet og/eller dårlig legedekning ved sykehjemmene.

Farmakologi undervises i sykepleierutdanningene, men to utenlandske studier viser at farmakologi og legemiddelhåndtering er områder der mange sykepleiere har begrenset kunnskap, og at dette er noe som også oppleves av sykepleierne selv (26;27). Nygaard m.fl. (4) fant i en norsk undersøkelse sammenheng mellom legemiddelhåndtering på sykehjem og hvor stor stillingsandel lege var til stede. Og selv om studien ikke inkluderte knusing av tabletter, kan samarbeid med andre helsepersonellgrupper som lege og farmasøyt tenkes å redusere antall tilfeller med tablettknusing i sykehjem.

Det kan stilles spørsmål ved hvilke konsekvenser det kan få for pasienten hvis man i stedet for å knuse depottabletter ikke gir pasienten tablettene. Vil for eksempel knusing av tablettene være nest beste løsning? Det er ikke noe enkelt svar på det da det avhenger av flere forhold, blant annet sykdom, preparat og hvilke bivirkninger som kan oppstå. Lege eller farmasøyt bør konsulteres i slike tilfeller.

### Begrensninger

Studien har flere begrensninger. Den omfatter bare nordtrønderske sykehjem, og resultatene kan ikke generaliseres til å gjelde hele landet. Det er kun registrert antall knuste tabletter, og ikke antall pasienter som fikk knuste tabletter. Totalt antall utdelte tabletter er heller ikke registrert slik at en kan si noe om hvor stort omfanget av knusing er i

forhold til total mengde tabletter på sykehjemmet. En nærmere beskrivelse av pasientgrunnlaget mangler også, for eksempel antall pasienter med svelgproblem og/eller demens.

### Implikasjoner

Praksis med knusing av tabletter i sykehjem bør vurderes kritisk. Liste over legemidler som ikke skal knuses bør være lett tilgjengelig, og i problemtilfeller bør sykepleier konsultere lege eller farmasøyt for eventuelt å

finne alternativt legemiddel. I videre studier er det av interesse å se på sykehjemmets rutiner for legemiddelhåndtering og dokumentasjon. Hvilke vurderinger som gjøres i forbindelse med knusing, legedekning og farmasøytisk tilsyn ved sykehjemmet og eventuelt samarbeid mellom lege, farmasøyt og sykepleiere.

### Konklusjon

Knusing av tabletter er vanlig i nordtrønderske sykehjem. Ved ni av ti sykehjem knuses det

også depottabletter og/eller enterotabletter. Knusing av slike tabletter vil påvirke legemidlets tilsiktede effekt, og kan dermed være en potensiell risiko for pasienten.

### Takksigelser

En stor takk rettes til reseptarfarmasøyt Janita Reirå, som gjorde de innsamlede data fra bachelorprosjektet sitt tilgjengelig for videre analyser.

### REFERANSER

1. Roberts MS, King M, Stokes JA, Lynne TA. Medication prescribing and administration in nursing homes. *Age and Ageing* 1998;27: 385.
2. Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Multidisciplinary medication review in nursing home residents: What are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *Quality & Safety in Health Care* 2003;12: 176.
3. Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, m. fl. Risk Factors for Adverse Drug Events Among Nursing Home Residents. *Arch Intern Med* 2001;161: 1629-34.
4. Nygaard HA, Naik M, Ruths S, Straand J. Nursing-home residents and their drug use: a comparison between mentally intact and mentally impaired residents. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2003;59: 463.
5. Manesse CK, Derxk FHM, de Ridder MAJ, Man in 't Veld AJ, van der Cammen TJM. Contribution of adverse drug reactions to hospital admission of older patients. *Age and Ageing* 2000;29: 35.
6. Furniss L, Craig SK, Burns A. Medication use in nursing homes for elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13(7): 433-9, 1998.
7. Barnes L, Cheek J, Nation RL, Gilbert A, Paradiso L, Ballantyne A. Making sure the residents get their tablets: medication administration in care homes for older people. *Journal of Advanced Nursing* 2006;56: 190-9.

8. Kapborg I, Svensson H. The nurse's role in drug handling within municipal health and medical care. *Journal of Advanced Nursing* 1999;30: 950-7.
9. Wright D. Medication administration in nursing homes. *Nursing Standard* 2002;16: 33.
10. Mitchell J. Oral dosage forms that should not be crushed: 1998 update. *Hospital Pharmacy* 1998;33:399-415.
11. Mistry B, Samuel I, Boeden S, McCartney R. Simplifying oral drug therapy for patients with swallowing difficulties. *Pharmaceutical journal* 1995;254:808-9.
12. Wright D. Tablet crushing is a widespread practice but it is not safe and may not be legal. *The Pharmaceutical Journal* 2002;269:132-3.
13. Freeman M. Pill Sandwiches hidden from pharmacists. *Community Pharmacy*, 26. 2000. Tonbridge. Ref Type: Magazine Article
14. Paradiso L, Roughead EE, Gilbert A, Cosh D, Nation RL, Barnes L, m. fl. Crushing or altering medications: what's happening in residential aged-care facilities? *Australasian Journal on Ageing* 2002;21: 123-7.
15. Kirkevold Ø, Engedal K. Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. *BMJ: British Medical Journal* 2005 1;330 (7481): 20-2.
16. Kolstad J, Kristiansen H, Lindseth MK. Tvang er ikke et tema i avdelingen – effekten av undervisning på tvangsbruk et bo- og servicesenter. *Høgskolen i Nord-Trøndelag*; 2007.

17. Mitchell J. Oral dosage forms that should not be crushed: 1998 update. *Hospital Pharmacy* 1998;33:399-415.
18. Aulton ME. *Pharmaceutics: the science of dosage form design*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2002.
19. Reirå J. Knusing av tabletter, et problem? *Høgskolen i Nord-Trøndelag*; 2007.
20. **Felleskatalogen**. Felleskatalogen. [49]. 2007. Oslo, Fagbokforlaget. Ref Type: Catalog
21. Treloar A, Philpot M, Beats B. Concealing medication in patients' food. *Lancet* 357: 62-4, 2001 6.
22. Treloar A, Beats B, Philpot M. A pill in the sandwich: covert medication in food and drink. *Journal of the Royal Society of Medicine* 93: 408-11, 2000.
23. Moelven O. Kravet om faglig forsvarlighet. *Tidsskriftet Sykepleien* 2000;88: 48-9.
24. Holm SG, Notevarp JO. *Administration af lægemidler*. København: Gad; 2005.
25. **Felleskatalogen**. Felleskatalogen. 50. 2008. Oslo, Fagbokforlaget. Ref Type: Catalog
26. King RL. Nurses' perceptions of their pharmacology educational needs. *Journal of Advanced Nursing* 2004;45: 392-400.
27. Bullock S, Manias E. The educational preparation of undergraduate nursing students in pharmacology: a survey of lecturers' perceptions and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 2002;40: 7-16.

# Forskjellige årsaker til medikament-håndtering

► Interne retningslinjer må diskuteres og revideres jevnlig.

Erik M. Sundt



**Av TURID MOOD**

Avdelingssykepleier, undervisningspsykehjemmet Abildsø bo og rehabiliteringssenter

Jeg har med stor interesse lest Wenche Vannebos artikkel «Tablettknusing på sykehjem. En sikkerhetsrisiko for pasienten?» Artikkelen belyser et problem som er godt kjent for oss som har praksis i sykehjem. Selv har jeg praksis både som hjelpepleier, sykepleier og som avdelingspsykepleier med ansvar for å lage rutiner og retningslinjer for medikamenthåndtering.

Knusing av tabletter gjøres ut fra flere motiv. Et er å gjøre det lettere for pasienter med svelgproblematikk å svelge tablettene. Et annet er å få pasienter som nekter å ta tablettene, til faktisk å ta dem. Selv om de forskjellige motivene kan synes gode vil konsekvensene av handlingen ikke være i tråd med faglig forsvarlighet, god kvalitet eller etiske prinsipper.

En problemstilling jeg reflekterte mye over etter å ha lest artikkelen er sammenhengen mellom et generelt høyt faglig fokus og nivå

og hyppigheten av tablettknusing. Et høyt faglig fokus betyr at rutiner og interne retningslinjer til enhver tid diskuteres og revideres opp mot lovverk og statlige og kommunale retningslinjer. Det betyr at det må etableres rom i hverdagen for faglige diskusjoner blant personalet i avdelingene. På den måten vurderes og evalueres avdelingens praksis uten at det går på enkeltpersoners prestasjoner og kunnskaper. Det er et lederansvar å skape slike rom i hverdagen og legge tiltrette for en kultur hvor et høyt faglig nivå og faglig fokus er selvsagt. I en slik avdeling blir evaluering og revidering av rutiner en naturlig del av det sykepleiefaglige ansvaret.

En annen problemstilling jeg reflekterte over handler om sykepleiernes mulighet til samarbeid med lege og farmasøyt. I en travelt sykepleiehverdag på avdelingen vil det å diskutere eventuelle endringer i måten å administrere

medikamenter på innebære telefonsamtaler med lege via legevakt eller med farmasøyt via apoteket. Slike samtaler gjennomføres ikke i den grad de burde. Alle sykehjem har imidlertid legevisitt i løpet av en uke. I visitten er det naturlig med en gjennomgang av pasientens medikamenter. I den sammenheng må administrasjonsmåten diskuteres og vurderes. Begrunnelsene som er gitt i artikkelen for tablettknusing tar ikke utgangspunkt i akutte situasjoner, noe som tilsier at en god ukentlig gjennomgang vil legge grunnlag for riktig administrering.

Selv om ansvaret for gode rutiner og interne retningslinjer ligger på ledernivå og ordinasjon av medikamentene ligger på legene, fratar ikke det hver enkelt sykepleier eller hjelpepleier det personlige ansvaret for riktig administrasjon.

Les artikkelen på side 6





**Av Bård Nylund**Bachelorstudent,  
Høgskolen i Oslo

Foto: Marit Fonn



# STUDENT- FORSKEREN

> En del studenter er rammet av fremmedfrykt når det kommer til forskning.

Flere av de sykepleierstudentene jeg kjenner har allerede fra de var ganske små hatt en helt klar drøm om å bli både jordmødre, helsesøstre og sykepleiere. Andre har i et langt arbeidsliv vært hjelpepleiere, og vil ha andre utfordringer i samme bransje. Noen av oss har jobbet noen år her og der og føler at tiden er inne for å få seg en utdanning. Felles for oss alle er at vi har gledet oss til å ta fatt på en utdanning hvor forventningene om å lære praktiske prosedyrer på øvingspost, ha praksis i sykehusverdenen, gå i hvit uniform og utvikle relasjoner til pasienter og pårørende har vært store. Jeg er usikker på om forventningene til at forskning er en viktig del av vår vitenskap er like fremtredende.

Mens jeg synes å ha sett at vi studentene gyver løs på øvelser i å sette injeksjoner, deltar ivrig på kommunikasjonskurs og dedikert diskuterer etiske

problemstillinger, så er en del av oss i noe større grad rammet av fremmedfrykt når det kommer til dette med forskning. Ifølge noen veiledere så har vi kanskje lett for å bruke medisinsk forskning kontra sykepleieforskning i litt for stor grad, og en del av oss er nok ganske skremte når vi skal begynne på større prosjekter hvor vi i større eller mindre grad tenderer til å «forske» selv. Metode, statistikk og representativitet blir kanskje litt skumle ord.

Sykepleieforskningen har ingen lang tradisjon. Allikevel har en del skoler etter hvert økt sitt fokus på forskning i undervisningen. Den utdanningen jeg går på har forskning høyt oppe på agendaen og har et stadig større krav til å integrere forskningsbasert kunnskap i studieoppgaver. Jeg er opptatt av at vi utøver vårt fremtidige yrke med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis, og i så henseende skulle

jeg ønske at man var enda tydeligere på dette med forskning – både på øvingspost og ikke minst i praksisperiodene.

Jeg ser for meg at man – studenter og lærere i fellesskap – kan initiere aktuelle prosjekter hvor man kobler sammen utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet. Lærere kan inkludere studenter i sin eventuelle forskning, og studentene kan igjen knytte prosjektene sammen med erfaringer man gjør seg i praksis. En slik modell kan også gi positive ringvirkninger ut i et norsk helsevesen med en ressursknapphet som nok ofte gir seg utslag i manglende faglige oppdateringer. Jeg lanserer herved den nye obligatoriske modulen i sykepleierutdanningen «Studenten som fagutvikler».

I Norge har foreldre med nyfødt barn rett til hjemmebesøk av helsesøster. Hva sier forskningen om foreldrenes erfaringer og tilfredshet med dette tilbudet? Forfatterne konkluderer med at mødre har en tendens til å være mer fornøyd med det første møte

med helsesøster når det skjer i hjemmet enn når det finner sted på helsestasjonen.

#### Mer om forfatter:

Esther Hjalmlhult, Dr.polit, helsesøster, Førsteamanuensis ved Institutt for videreutdan-

ning/helsesøsterutdanningen og programleder ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen.

Kontaktperson:

esther.hjalmlhult@hib.no



Foto: Erik M. Sundt

**Studiens bakgrunn:** Helsesøstre har gjennom årtier tilbudt hjemmebesøk til foreldre med nyfødte barn i de nordiske land, i motsetning til andre høyinntektsland. Ifølge norske forskrifter skal dette tilbys helst innen to uker etter fødsel. Det tyder på at antall utførte hjemmebesøk er redusert de siste årene, paradoksalt nok, samtidig som mor og barn ofte utskrives tidlig fra fødeinstitusjon.

**Hensikt med studien:** Å finne ut hva forskning sier om erfaringer omkring helsesøsters hjemmebesøk til foreldre med nyfødte.

**Metode:** Vi søkte etter studier i Sve-Med+, Cochrane Library, Cinahl,

Medline, PubMed og Embase, Mother and Child Care i mars 2008.

**Hovedresultat:** Åtte empiriske enkeltartikler ble valgt ut etter inklusjonskriteriene, hvorav seks fokuserte direkte på resultater av universelle hjemmebesøk. Disse viste at hjemmebesøk ga mødre bedre ammeveiledning, større trygghet, at helsesøster var mer personlig og hadde tid, sammenlignet med mødre som bare møtte på helsestasjonen. Mødre med lav sosioøkonomisk status og utenlandskfødte mødre var mindre tilfredse i møtet med helsesøster

uansett kontekst. Helsesøstre anser at hjemmebesøk er viktig for en god barnehelsetjeneste.

**Konklusjon:** Resultatene tydeliggjør at Norden er spesiell med et universelt tilbud og avslører sparsom forskning. Litteraturstudien peker på at hjemmebesøk er nyttig for foreldre med nyfødte. Mødre var mer tilfredse når det første møtet med helsesøster skjer på hjemmebesøk framfor et møte på helsestasjonen. Helsesøstre fikk et bedre grunnlag for den forsatte kontakten med familien.

# >> Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn?

Forfatter: **Esther Hjälmhult**

## NØKKELORD

- Primærhelsetjeneste
- Familie
- Nyfødt
- Helsestasjon

## INNLEDNING

Helsefremmende og forebyggende arbeid er grunnlaget for nasjonale program i barne- og ungdomshelsetjenesten i mange land (1-4). I Norge har helsesøster ansvar for mye av programmet, organisert gjennom kommunenes lovpålagte helsestasjon- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom null til 20 år (3, 5). Disse tjenestene skal fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade.

Helsestasjonstjenesten for barn null til fem år er et frivillig tilbud med nærmere 100 prosent oppslutning fra barnefamiliene (6-8). I de øvrige nordiske land er også helsesøster en nøkkelperson i tjenesten, ulikt resten av den vestlige verden (9).

For å drive effektiv forebygging, må helsestasjonstjenesten bruke både befolkningsrettet

og høyrisikorettet strategi. Befolkningsrettet strategi er generelt rettet mot alle, for eksempel i forhold til alder, kjønn, sosialstand, geografi. I høyrisikostrategi er utgangspunktet en eventuell disposisjon for å utvikle sykdom eller helseproblem (3). Selv om det er mange ubesvarte spørsmål om virkning av helsefremmende og forebyggende tiltak, er det et grunnleggende prinsipp at tjenesten skal være kunnskapsbasert (10).

## HJEMMEBESØK

Hjemmebesøk til brukerne er en sentral oppgave i helsestasjonsarbeidet. Helsesøsters første møte med familien skjer som regel ved besøk til dem få dager etter hjemkomst med nyfødt barn. Hensikten er å skape kontakt med familien i deres eget miljø, å observere/undersøke barnet, å samtale om fødselen, barseltid, stell og amming/ernæring, å være lydhør og veilede ut fra familiens behov, å informere om helsestasjonens tilbud og så videre. Arbeidsmetoden har lange tradisjoner, og det er forskriftsfestet at alle nyblivne foreldre skal tilbys hjemmebesøk (11 § 2-3), fortrinnsvis innen to uker etter fødsel. I Veileder til forskriften

(3 s. 37-38) framheves at hjemmebesøk i familiens eget miljø ofte gir en bedre innfallsvinkel til det videre samarbeidet. Arbeidsformen er tidkrevende, men blir her framhevet som viktig i det forebyggende arbeidet.

Tidligere var gjerne hjemmebesøk en kontroll av familiens bolig, hygiene og barnets ernæring (12). Etter hvert som samfunn og helseutfordringer har endret seg, har kontrollaspektet fått en underordnet betydning til fordel for foreldrenes deltakelse og selvstendighet (13,14, 9). Målet er at foreldrene skal kjenne seg trygge i sin foreldrerolle (15, 16).

Tidlig hjemreise etter fødsel, kan gi nye utfordringer for familien. Det er derfor et paradoks at det i noen kommuner skjer en reduksjon i antall hjemmebesøk til nyfødte barn (17). Har hjemmebesøksstilbud utspilt sin rolle? Er forskriften uaktuell? Helsesøstre bør, som andre profesjoner, være oppdaterte og basere sin yrkesutøvelse på en kunnskapsbasert praksis (18, 19). Hensikten med artikkelen er å undersøke hva relevant forskning sier om effekter og erfaringer omkring helsesøsters hjemmebesøk og å sammenligne det med offentlige anbefalinger.

Det kan dermed bidra til kunnskapsgrunnlaget for helsesøsters beslutninger.

## METODE

Vi gjorde systematiske søk etter vitenskapelig litteratur om helsesøsters hjemmebesøk til foreldre med nyfødt barn og har med få unntak begrenset søket til artikler publisert etter 1990. Inklusionskriterier var at artikkelen i tittel eller abstrakt inneholdt «noe» om helsesøsters hjemmebesøk til («vanlige») nyfødte og om effekter eller erfaringer i forhold til hjemmebesøket. Vi gjorde litteratursøk i databasene SveMed+, Cochrane, Medline, PubMed, Chinal, Embase og Mother and Child Care. Søkeord/MeSH-termer var: House call\*, home visit\*, parent\*, infant, newborn, public health nurs\*, community health nurs\*, health visit\*, child health services. Tabell 1 viser antall treff i databasene november 2007, gjen tatt mars 2008. I Maternal and

Infant Care søkte vi kun i august 2008. Referanselister og «linker» ga ytterligere tilgang på artikler, likeledes sjekket vi Helsebiblioteket, Bibsys og ForskPub databasene, samt individuelle kontakter for «grå litteratur».

## RESULTAT

Av 77 treff var åtte artikler relevante og ble vurdert i fulltekst (tabell 2). Ved vurdering av de 77 artiklene leste vi tittel og/eller abstrakt og avgjorde om det var relevant å lese hele artikkelen. De ekskluderte artiklene handlet om hjemmebesøk til mødre i sårbare eller vanskelige situasjoner eller til barn med spesielle situasjoner (sykdommer, premature med mer) og om serier hjemmebesøk i ulike forebyggingsprogram. Disse var således utenfor problemstillingen (for eksempel 20-29). Vi fant en ny hovedoppgave som delvis berørte problemstillingen (30), for øvrig ga søk etter «grå» litteratur ingen nye treff.

**TABELL 1:** Oversikt over antall relevante og inkluderte artikler

Database	Treff	Relevante	Inkluderte
SveMed+	3	2	2
Cochrane Library	13	0	0
Medline	13	2	2
PubMed	9	(2)	(2)
Chinal	28	3	3
Embase	8	1	1
Mother and Child Care	3	0	0
<b>I alt</b>	<b>77</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

**TABELL 2:** Funn i artiklene

Forfatter og utgivelsesår	Land	Hensikt
Christ M, Sawyer T, Muench D & Huillet A. 2007 (34)	USA	Vurdere «liv laga» for hjemmebesøk til nyfødte, foreldres tilfredshet, praktiske utfall, økonomisk innvirkning.
Fagerskiöld A, Timpka T & Ek AC. 2003 (45)	Sverige	Undersøke mødres erfaringer med helsesøster.
Jansson A, Sivberg B, Wilde Larsen B & Udén G. 2002 (33)	Sverige	Beskrive førstegangsmødres syn på tilfredshet med første møte med helsesøster, for å undersøke forskjeller mellom hjemmebesøk og helsestasjonsbesøk og mellom mødre i høy/middel og lav sosialklasse (hypotesetesting).
Jansson A, Pettersson K & Udén G. 2001 (40)	Sverige	Belyse helseøstres syn på det første møte med foreldre og deres nyfødte barn.
Bild H, Finnvold JE, Lie KK, Nordhagen R, Schjalm A. 1998 (38)	Norge	Belyse variasjoner mellom grupper av barnefamilier når det gjelder erfaringer med ulike helse-tilbud og sykdom.
Jansson A, Isacson Å, Kornfält R & Lindholm L. 1998 (32)	Sverige	Vurdere mødres og helsesøstres syn på barnehelse-tjenestens tilbud og det første hjemmebesøk til foreldre med nyfødt barn og gjøre ulike sammenligninger
Vehvilhäinen-Julkunen K. 1994 (39)	Finland	Undersøke mødres holdninger til innhold i hjemmebesøk hos nyfødte barn.

Design/metode	Deltakere	Resultat
Kontrollert studie, telefon-inter-vju/spørre-skjema	630	Signifikant større tilfredshet i hjemmebesøksgruppen, større forventninger til god veiledning. 47 % fullammet mot 38 % i helsestasjonsgruppen. Mer praktisk og bekvemt å få hjemmebesøk.
Survey, critical incident technique, innholds-analyse	140	Majoriteten hadde fått verdifull støtte av helsesøster i vanskelige situasjoner, men noen var skuffet og kjente seg krenket. Viktig at helsesøster var åpen og villig til å dele ulike emosjoner og forståelse av moderskapet. Mødre vedsatte helsesøstre med kunnskap og erfaring til å gi gode råd, men ønsket mer informasjon og at de ble mer involvert i beslutninger.
Nasjonal survey, postenqueter	800	Signifikant mer tilfredse mødre i hjemmebesøksgruppen. De vurderte bedre ammeveiledning, større trygghet, fikk snakke i fred og ro, helsesøster hadde tid og var personlig. Mødre anså det praktisk å få hjemmebesøk, de slapp å gi seg ut med den nyfødte. Mødre med lav sosioøkonomisk status var mindre fornøyd med første møtet med helsesøster uansett kontekst.
Fokusgruppe-intervju	21 i 4 grupper	Tre definerte kategorier: skape tillit, skape et støttende miljø og å få et helhetsbilde av familiens livssituasjon. Helsesøstre hadde ingen forskjeller i vektning av hjemmebesøk, anså det viktig for en god barnehelsetjeneste, uavhengig av helsesøsters erfaring, alder, organisering av tjenesten eller geografi.
Survey, postenqueter	7319	Hvert fjerde barn hadde ikke fått hjemmebesøk før fire uker. Grupper med høy inntekt og utdanning hadde sjeldnere hjemmebesøk av helsesøster (og færre besøk på helsestasjonen, men var overrepresentert ved gruppebaserte aktiviteter).
Nasjonale surveys, postenqueter	850 og 291	Viktig for mødre å møte samme helsesøster og de vektlegger tilgjengelighet. Helsesøstre anså at hjemmebesøk ga bedre helhetsbilde av familiens situasjon, var verdifullt for videre kontakter. Mødres og helsesøstres syn på god barnehelsetjeneste samstemmer med offentlige mål for tjenesten.
Nasjonal survey, postenqueter	345	Finske mødre ønsket at helsesøster undersøkte og veide barnet, at mor fikk informasjon om vekst, stell og omsorg av barnet. Innhold i hjemmebesøk tyder på å være endret, men spiller fortsatt en viktig rolle i denne helsetjenesten.

Vi vurderte blant annet om de inkluderte artiklene hadde en klart formulert problemstilling og passende design til hensikt og problemstilling. Videre sjekket vi hvordan utvalget var bestemt, om det var representativt og om spørreskjema var pilottestet og eventuelt validert. Andre vurderinger var hvordan innsamling av data foregikk, om svarprosenten var høy nok, om frafall var gjort rede for (19, 31 s.162-164).

Metodisk kvalitet var jevnt over høy eller middels høy i de åtte inkluderte artiklene, og vi ekskluderte ingen av dem (tabell 2). Studiene viste seg vesentlig å komme fra nordiske forhold. Fem nasjonale survey-undersøkelser var fra Sverige og Finland, med representative utvalg, lite frafall, presise resultat og god presentasjon av studiene (32, 33, 37, 39, 45). En amerikansk studie med to grupper fra militærbaser hadde vansker med å få nok deltakere innen rimelig tid, og forskerne kunne dermed ikke foreta alle statistiske analyser som var ønsket (34). Dette er en svakhet i studien. Øvrige kvaliteter gjør likevel denne studien akseptabel med veldefinerte grupper, redegjøring av demografiske data, ikke spesielle særtrekk for gruppene, like målemetoder, presise resultater. Resultatene sammenfaller med de nordiske studiene omkring mødres tilfredshet med gjennomført hjemmebesøk. En delstudie om norsk helsetjeneste dekket enkelte spørsmål om fakta ved bruk av hjemmebesøk (38). Den ga begrenset informasjon, men den metodiske kvaliteten er vurdert som tilfredsstillende. Den amerikanske studien var en kontrollert studie (34), og en av de svenske studiene var en kvalitativ studie med

bruk av fokusgrupper (40).

Resultatene fra litteratursøkene er oppdelt etter emner som sier noe om opplevelser eller meninger fra foreldre som fikk hjemmebesøk. Samme funn framkom i flere av artiklene, og det tyder på at det første møtet med helsesøster er viktig for den fortsatte kontakten med familien. Jansson et al. (9) oppsummerte flere undersøkelser fra sitt doktorgradsarbeid med at «Hembesøk kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj».

### TILFREDSHET

I en tverrsnittsstudie ble 10 prosent av nyblivne mødre som hadde fått barn en viss måned slumpmessig trukket ut fra et nasjonalt fødselsregister i Sverige (n 850 mødre). Spørreskjema (postenqueter) var pilottestet og validert og svarprosenten var 80 prosent. Det var fokus på ulike kvalitetsfaktorer som mødre oppfattet som viktige i programtilbudet i barnehelsetjenesten, deriblant hjemmebesøk (32, 33).

Studien viste at mødre som hadde fått hjemmebesøk, var signifikant mer tilfredse med det første møtet med helsesøster enn mødre som hadde sitt første møte på helsestasjonen.

Dette gjaldt aspekter som:

- ammeveiledning
- trygghet i eget miljø
- muligheter til å snakke i fred og ro
- helsesøster hadde tid
- helsesøster var personlig

Lignende resultat framkom i en undersøkelse av 630 nyfødte i en militærbase på Hawaii (34). Forskerne sammenlignet de nyblivne mødrene tilknyttet marine- og sjøforsvar, som

fikk hjemmebesøk innen to uker etter fødsel, med mødre tilknyttet hær- og luftforsvar, som besøkte militærets helsestasjon. Fire–seks uker etter fødsel gjennomførte forskerne telefonintervju der mødrene svarte på

vært svært høy siden 1980-tallet (35). I Sverige har amme-frekvensen imidlertid sunket i takt med kortere opphold på barselavdeling og reduksjon av hjemmebesøksfrekvensen (36). Ammerådgivning var svært vik-



For noen kan ammeproblem være en medvirkende årsak til barseldepresjon.

spørreskjema. Mødre som fikk hjemmebesøk var signifikant mer tilfreds med tjenesten enn de som ikke fikk besøk, og de hadde større forventninger til god veiledning sammenlignet med helsestasjonsgruppen. Veiledningen gjaldt for eksempel barnets sovestilling, hvordan en kunne trøste en skrikende baby, hvordan skaffe (akutt) hjelp om det var nødvendig. Forfatterne redegjør for et frafall på 40 prosent, der det meste skyldes at familien hadde frakoblet telefon, var bortreist og feil telefonnummer. Funnene er usikre på grunn av lavere rekruttering til hjemmebesøksgruppen, men viser lignende resultat som svenske studier (32, 33). Det var ingen statistiske forskjeller mellom gruppene når det gjaldt demografiske forhold i gruppene eller arbeidsoppdrag.

### AMMING

I den amerikanske studien fullammet 47 prosent i hjemmebesøksgruppen mot 38 prosent av dem som møtte på helsestasjonen (34). Blant barna som fikk morsmelkerstatning prøvde 69 prosent av alle mødrene initialt å amme, og 40 prosent sluttet innen de første ti dagene. I Norden, der fullamning er mye vanligere, har amme-frekvensen

blant mødre som fikk hjemmebesøk (33).

### PRAKTISK OG NYTTIG

Mødre i den amerikanske studien kommenterte at det var praktisk å få hjemmebesøk, de slapp å ta seg ut med den nyfødte, noe som kunne være strevsomt den første tiden (33, 34). Tilsvarende funn er beskrevet i den svenske studien der mødre svarte at hjemmebesøk var svært nyttig, og at støtte og individuelle råd var viktige for kvaliteten av helsestasjonstjenesten (32). I en finsk studie om mødres syn på om hjemmebesøk (n 323, svarprosent 79 prosent) vurderte nærmest alle mødre at hjemmebesøk var et nødvendig tilbud (37).

### DEMOGRAFISKE FORSKJELLER

Svenske mødre fra storbyområder svarte i større grad enn de på landsbygda at hjemmebesøk var en viktig faktor for en god barnehelsetjeneste (32). Mødre med lav sosioøkonomisk status var signifikant mindre fornøyde med det første møtet med helsesøster enn de med middels eller høy status. Dette var uavhengig av sosial kontekst (33). Mødre med lav sosioøkonomisk status og utenlandskfødte mødre var

mer skeptiske til videre kontakter med helsestasjonstjenesten. De var også mindre tilfreds med informasjon, kontakten med helsesøster og den respekt de opplevde.

En norsk survey-undersøkelse om hvordan småbarnsfamiliene møter helsetjenesten (n 7319, svarprosent 74 prosent) hadde enkelte spørsmål om hjemmebesøk (38). Funnene viste ujevn praksis for hvem som fikk hjemmebesøk: 11 prosent ønsket ikke, 10 prosent fikk ikke tilbud, 3 prosent var uaktuelle. Kjennetegn hos dem som av ulike grunner ikke fikk hjemmebesøk i barnets første levemåned var kategoriene «flergangsfødende», «skeptisk holdning til helseprofesjoner», «høyeste inntektsgruppe» eller «barnet innlagt på sykehus».

### PROFESJONALITET

Mødre i hjemmebesøksgruppen i den amerikanske studien vurderte at helsesøster hadde større ferdigheter enn mødre som besøkte helsestasjon (34). Dette avviker fra funn i Jansson et al.'s studie (32), der mødre som møtte helsesøster først på helsestasjonen, oppfattet helsesøsters kompetanse som høyere. Disse forfatterne tolket at dette kunne ha bakgrunn i at helsesøster på hjemmebesøk kom mer som en gjest og var mindre institusjonell, eller at hun undersøkte barnet i mindre utstrekning på hjemmebesøk, kanskje fordi barnet sov eller lignende.

### VALGFRIHET

I studien fra militærbase hadde 57 prosent preferanse for hjemmebesøk, 38 prosent for helsestasjonsbesøk, og 5 prosent hadde ingen preferanse. Av dem som hadde fått hjemme-

besøk svarte over 91 prosent at de ville foretrukket hjemmebesøk, mens gruppen som ikke ble tilbudt hjemmebesøk, svarte 46 prosent det samme (34). 6 prosent av mødre som fikk hjemmebesøk ville foretrukket helsestasjonsbesøk. Dette samsvarer med Jansson et al.'s studie (33), 60 prosent av mødre mente at det første møtet burde være et hjemmebesøk. Hver tredje mor mente det ikke spilte noen rolle, og 6 prosent mente det burde være på helsestasjonen. Førstegangsmødre poengterte hjemmebesøk sterkere, og de som hadde fått hjemmebesøk, mente i større grad at første møte med helsesøster burde skje hjemme, ulikt dem som besøkte helsestasjonen ( $p < 0.001$ ). I en finsk undersøkelse kontaktet fire av fem finske mødre selv helsestasjonen for å avtale hjemmebesøk, uavhengig om de var førstegangs- eller flergangsfødende (37).

De fleste helsesøstre mente at foreldre kunne velge mellom hjemmebesøk eller besøk på helsestasjonen, mens svar fra brukerne viste at bare halvparten mente dette (37). I en annen undersøkelse (32) mente hver tredje mor at de ikke var klar over at de kunne velge. I en norsk studie av fem foreldrepar med nyfødt barn der ingen i distriktet fikk hjemmebesøk, mente foreldre at det hadde vært positivt med valg og at de var blitt «oppvartet» av helsesøster (30).

### FORELDRES ØNSKER

Vehviläinen-Julkunen (39) spurte i en nasjonal survey-undersøkelse hva kvinnene ønsket ved et hjemmebesøk, samt evaluering av hjemmebesøk fra brukeres og helsesøstres synspunkt (37). Svarene viste at

foreldre oppga at undersøkelse av barnet var viktig, likeledes informasjon om stell av barnet, særlig navlestell, samt ernæring og utvikling.

Funn som indirekte berørte hjemmebesøk, handlet om aspekter ved kvaliteten på helsestasjonstjenesten (32). 91 prosent mente at det var meget viktig å møte den samme helsesøsteren. Tilgjengelighet i form av geografisk nærhet, telefonid og åpne besøkstider var også oppgitt som meget viktig hos 87 prosent av de cirka 700 som svarte. Dette var uavhengig av hvorvidt de var svenske eller utenlandskfødte mødre, førstegangs- eller flergangsfødende, enten barna hadde helseproblem eller ikke og hvorvidt de bodde i bystrøk eller i landlige omgivelser.

### HELSESØSTRES OPPFATNINGER

Helsesøstre i fokusgruppestudien identifiserte viktige faktorer relatert til det første møtet med familien som: «skape tillit», «få et helhetsbilde av familiens livssituasjon» og «skape et støttende miljø» (40). Dette samstemte med en studie der 10 prosent av alle helsestasjoner i Sverige ble trukket tilfeldig fra et nasjonalt register (32). Åttien prosent av helsesøstrene oppga at hjemmebesøk bidro positivt til økt kvalitet på deres arbeid, og 77 prosent svarte at hjemmebesøk ga et bedre helhetsbilde av familiens situasjon og var verdifullt ved videre kontakter i barnets oppvekst. Helsesøstre hadde ingen forskjeller i vektlegging av hjemmebesøk. 96 prosent anså at dette var viktig for en god barnehelsetjeneste, uavhengig av helsesøsters erfaring, alder, organisering av tjenesten eller geografi. I

Vehviläinen-Julkunens studie (37) vektla helsesøstre at hensikten med hjemmebesøk var å gi støtte og oppmuntring og å sikre omsorgen for barnet, og hadde således lignende resultat.

## DISKUSJON

Vi fant sparsom forskning om erfaringer rundt helsesøsters hjemmebesøk til nyblivne foreldre. Dette er noe oppsiktsvekkende med tanke på at det i mange årtier er lagt ned store ressurser fra helsevesenet til denne type tilbud. Den beskjedne forskningen kan være en begrensning ved litteraturstudien, en styrke er god kvalitet på studiene og til dels sammenfallende funn. Forskning som var relevant for problemstillingen kom fra Norden, mens hoveddelen av hjemmebesøksforskningen kom fra Nord-Amerika og Storbritannia, og var dominert av hjemmebesøksprogram som tiltak

med det første møtet med helsesøster er det tankevekkende at dette viste signifikante forskjeller i forhold til hvor møtet fant sted. Forskningen viste at mødre som hadde fått hjemmebesøk, var mer tilfredse i møtet enn mødre som besøkte helsestasjonen. Når mødre oppga for eksempel at de fikk bedre ammeveiledning, var tryggere i eget miljø, fikk snakke i fred og ro, og at helsesøster var mer personlig (32, 33, 40) er dette viktig informasjon til helsestasjonstjenesten. Et trygt miljø vil være en forutsetning for å ta opp for eksempel emosjonelle samtaleemner.

Når mor opplever større trygghet i eget miljø, virker det rimelig med større tilfredshet ved ammeveiledning. I tillegg er gjerne far oftere til stede og en støtte i situasjonen. I hjemmet kan det være enklere å gi tilpasset veiledning om ammestillinger, om eventuelt utstyr eller hjelpemidler de anvender. Et

fødeinstitusjon og helsestasjon er derfor viktig for å sikre effektivitet omkring oversendelse av fødselsmeldinger og mulighet til tidlig hjemmebesøk.

For noen kan ammeproblem være en medvirkende årsak til barseldepresjon. En oppsummerende forskningsrapport (29 s. 4) viser: «Intensive og fleksible hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor, tilpasset den enkelte kvinnes behov, kan fremme mental helse og gi lavere forekomst av depresjon etter fødsel». Ved universelle hjemmebesøk der det utvikles gode relasjoner, gir dette nettopp grunnlag for selektive innsatser.

Litteraturstudien pekte videre på at det var praktisk og nyttig for mor å få hjemmebesøk, ikke minst hos førstegangsmødre. Dette sammenfaller med helsesøstres vurderinger om at hjemmebesøk var viktig for å skape tillit, støtte og økt kvalitet på arbeidet (40, 32, 37). Det er her verd å merke seg demografiske forskjeller i mødres erfaringer, for eksempel at mødre fra storbyområder vektla hjemmebesøk høyere enn de på landsbygd. Kan svarene være et uttrykk for at mødre i storbyområder har mindre nettverk som kan gi støtte og informasjon i spedbarnsperioden? Eller har mødre i storby større aksept for «offentlig» inntreden i hjemmet? Et annet spørsmål er om hjemmebesøk dermed er mindre viktig på landsbygden? Resultatene skriver seg fra én av studiene (32) og må leses med forsiktighet. Det er videre interessant hvordan litteraturstudien pekte på ulik forståelse og tolkning av foreldres valgfrihet omkring hjemmebesøk både i Sverige og Finland. Det synes derfor å

” Et trygt miljø vil være en forutsetning for å ta opp for eksempel emosjonelle samtaleemner.

blant (høy-) risikofamilier. Ved problemstillinger som berører utsatte grupper finnes det derfor mer kunnskap.

Samtlige studier fokuserte på mor. Vi behøver kunnskap fra ulike perspektiv, og sentrale signaler i Norge er at helsestasjonene skal ha et familiesentrert fokus. På dette området etterlyser vi forskning som inkluderer fars behov og meninger omkring hjemmebesøksstilbud.

Angående mødres tilfredshet

annet aspekt er at når mor er tilfreds med ammeveiledningen, har det også betydning for barnets vekst og utvikling.

God ammeveiledning blir også et viktig aspekt ved implementering av «ammekyndig helsestasjon» i Norge (42), og vi må være oppmerksomme på statistikk som viser at ammefrekvensen har sunket i takt med kortere barseltid på kvinneklinikk og færre hjemmebesøk (36). Gode rutiner og samarbeid mellom



være nødvendig å tydeliggjøre valgfrihet for foreldrene.

Ellers er det tankevekkende når funn viste at mødre med lav sosioøkonomisk status og mødre med utenlandsk bakgrunn var mindre tilfredse med møtet med helsesøster og uttrykte en viss skepsis til videre kontakt. Misnøyen berørte tema omkring informasjon, kontakt og respekt, og utfordrer oss i forhold til hva som kan gjøres for å imøtekomme brukerne. En studie om helsesøsters kommunikasjon på hjemmebesøk til nyblivne foreldre viser at helsesøster inviterte foreldrene til å komme med spørsmål. Forskeren oppsummerer likevel at samtalen var oppgaveorientert og styrt av helsesøster og derfor en risiko for at foreldre kan være tilbakeholdne med å ta opp egne spørsmål som har betydning for dem (43). Studien var liten og kan ikke generaliseres (tre helsesøstre på fem hjemmebesøk). Har studien likevel fanget inn aspekter som kan være relevante å vurdere? Baggen har funnet lignende resultat i konsultasjoner på helsestasjonen, der helsesøstre og foreldre vektlegger informasjonsbehov ulikt (44, 30).

Brukermedvirkning og brukeres ønsker og behov er derfor vesentlig. Foreldre som opplever traumatiske situasjoner omkring en fødsel vil ofte behøve ekstra oppmerksomhet og innsats. Studier om mødres erfaringer av «kritiske hendelser» viste at mange var positive til støtten de fikk av helsesøstre, mens noen var skuffet (45, 46). Savnet gikk på åpenhet og villighet til å dele ulike typer emosjoner, forståelse av «moderskapet» og at de ble mer involvert i beslutninger. Urolige og stressete mødre ønsket en

bekreftende og tilgjengelig helsesøster. Det er her interessant når 91 prosent av mødre i en av studiene mente at det var meget viktig å møte den samme helsesøsteren. Det setter dermed fokus på kontinuitet og kvalitets sikring.

Hjemmebesøk alene er ikke et universalmiddel med kvalitetsgaranti. Det skal være et tilbud, og det kan derfor stilles spørsmål om hvilke faglige begrunnelser helsesøstre har når de vurderer tilbud om hjemmebesøk eller ikke. Handler det om ressurser, at de ikke har tid? Er helsesøstre «en yrkesgruppe hvis oppgaver er så uviktige at de bare kan kutte de ut til fordel for noe annet som andre pålegger dem»? Dette er spørsmål Glavin stiller (47 s. 49) og bør skape diskusjoner og bevissthet hos berørte parter. Det er her interessant når Briggs (48) beskriver at i 2005 har offentlige helsemyndigheter i Australia i de fleste stater gitt direktiv til å introdusere hjemmebesøk av sykepleier til alle foreldre med nyfødte. Forskeren refererer til Skandinavia som har denne befolkningsrettede og veletablerte formen. Hjemmebesøk forbeholdt risikogrupper kan virke stigmatiserende. Kanskje dette var et utslag i den refererte amerikanske studien fra militærbaser?

Den metodiske kvaliteten var jevnt over høy i de inkluderte artiklene. Temaet er tydelig underkommunisert, og det mangler randomiserte kontrollerte studier om effekter av hjemmebesøk. Det mangler også observasjonsstudier. Ut fra studiene vi fant er det likevel mulig å si noe om mødres tilfredshet og behov og helsesøstres meninger.

Fokusgrupper synes velegnet til problemstillingen (40) og

kompletterer kunnskap om helsesøsters hjemmebesøk. Resultatene sammenfaller med annen forskning (37, 32). De øvrige studiene var survey-studier, alle med klare problemstillinger og egnethet for å finne sammenhenger eller gjøre sammenligninger omkring hjemmebesøksstilbudet. Jansson et al.'s studier gir her særlig grundige inntrykk med store representative utvalg, lite frafall, gode beskrivelser og signifikante resultat (32, 33, 41).

## KONKLUSJON

Norden har et universelt tilbud om hjemmebesøk til familier med nyfødte barn ulikt andre vestlige land. Det er en metode i det helsefremmende arbeidet og gir et spesielt grunnlag for helsesøsters videre prioriteringer. Forskning på området er begrenset. Eksisterende forskning tyder på at mødre er mer tilfredse når det første møtet med helsesøster skjer på hjemmebesøk framfor et møte på helsestasjonen. Blant annet er bedre ammeveiledning og større trygghet utslagsgivende. Tilgjengelig forskning bekrefter offentlige anbefalinger om hjemmebesøk til alle nyfødte, og gir helsesøstre muligheter til god praksis med tilpasset veiledning i arbeidet for å støtte og styrke familien.

## REFERANSER

1. Hall D M. Health for all children, 3rd edn. Oxford, Oxford University press, 1996.
2. Nordhagen R. Barns helse i Norge. Rapport 2/93. Seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid. Statens Institutt for Folkehelse. Oslo.
3. Sosial og Helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, 2004. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.
4. Sundelin C. Skydda skyddsnetet, en utredning om barnhälsovårdens funktion och uppgifter under 1990-talet. Socialstyrelsen, Stockholm, 1992.
5. Sosialdepartementet. Lov om helsestjenesten i kommunen av 19. november 1982.
6. Glavin K & Kvarme L. Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap, Oslo, Akribe, 2003.
7. Misvær N & Oftedal G. (red.) Håndbok for helsestasjoner 0-5 år, Oslo, Kommuneforlaget, 2006.
8. Bild H. Småbarnsforeldrenes synspunkter på helsestasjonen 1995. Statens helsetilsyn, Rapport 2/95.
9. Jansson A, Sivberg B, Wilde Larsson B, Udén G. Hembesøk kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. Första mötet med barnhälsovården viktig för den fortsatta kontakten. Läkartidningen, 2003;15,100, 1348-51.
10. Glavin K. Kunnskapsbasert helsestøstertjeneste. I: Glavin K, Helseth S & Kvarme L G (red.) Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten, Oslo, Akribe, 2007.
11. Helsedepartementet. Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 3. april 2003 nr. 450.
12. Janson S. Home visitation: from sanitary control to support of the young family. Acta Pædiatrica 2002; 91 (5), 505-506.
13. Helseth S. Psychosocial intervention in child health centres. Vård i Norden, 2001; 21 (2) 16-20.
14. Helseth S. Hjemmebesøket. I: Bjørk IT, Helseth S & Nortvedt F Møte mellom pasient og sykepleier, Oslo, Gyldendal Akademisk, 2002.
15. Brudal L. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Bergen, Fagbokforlaget, 2000.
16. Helseth S. Help in time of crying: nurses approach to parents with colicky infants. Journal of Advanced Nursing 2002, 40 (3), 267-274.
17. Statistisk sentralbyrå. KOSTRA. 2005.
18. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2005.
19. Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B & Reinart L M. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund 2007.
20. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomizes trials to community replication. Prevention Science 2002; 3 153-172.
21. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R & Tatekbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics 1986; 78, 65-78.
22. Kendrick D Elkan R Hewitt M et al. Review: Home visiting programmes that include > 1 postnatal home visit are associated with improved quality of home environment and parenting. Evidence based nursing 2001; Volume 4, January.
23. Heaman M, Chalmers K, Woodgate R & Brown J. Relationship Work in an early Childhood Home Visiting program. Journal of Pediatric Nursing 2007; Vol 22, No 4.
24. Macdonald GM, Bennett C, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M & Abbott J. Home-based support for disadvantaged teenager mothers (Review). The Cochrane Database of Systematic Review 2007; issue 3. Art. No. CD006723, DOI: 10.1002/14651858.CD006723.
25. Sweet M, & Appelbaum A. Is home Visiting an Effective Strategy? A meta-Analytic review of Home Visiting Programs for families With Young Children. Child Development 2004; 75 (5), 1434-1456.
26. Olds DL & Kitzman H. Review of research of home visiting for pregnant women and parents of young children. Home Visiting 1993; 23, 23-38.
27. Lagerberg D. Hembesøk. Barnbladet 2001; 28, 20-23.
28. Lagerberg D & Sundelin C. Risk og prognos i sosialt arbete med barn. Forskningsmretoder og resultat. Stockholm, Centrum för utvärdering av socialt arbete och Förlagshuset Gothia, 2000.
29. Larun L, Lyngstadaas A, Wiik IN, Mørtland B. Svangerskap og psykisk helse. Kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og det første året etter fødsel. Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten Rapport nr. 2-2005. Oslo.
30. Fagerlund B H. Det første møtet mellom helsesøster og foreldre med nyfødt barn. En observasjons- og intervjustudie. Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet, institutt for sykepleievitenskap. Hovedfagsoppgave, 2003.
31. Bobasi S Jackson D, Langford R. Navigating the maze of Nursing Reasearch: an interactive learning adventure. Sydney, Mosby, 2005.
32. Jansson A, Isacsson Å, Kornfält R, Lindholm L. Quality in Child Healthcare. The views of Mothers and Public Health Nurses. Scandinavian Journal of Caring Sciences 1998; 12 (4), 195-204.
33. Jansson A, Sivberg B, Wilde Larsson B, Udén G. First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child health care: home visit or visit to the clinic? Acta Pædiatrica 2002; 91 (5), 571-577.
34. Christ M, Sawyer T, Muench D, Huillet A. Comparison of Home and Clinic Well-Baby Visit in a Military Population. Military Medicine. Bethesda 2007; Vol. 172, (5), 515-519.
35. Sosial- og helsedirektoratet. Spedkost – 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneders gamle barn. 2006-2007. IS-1535.
36. Socialstyrelsen. Statistik – Hälsa och sjukdomar. Amning av barn födda 2000. 2002:7.
37. Vehviläinen-Julkunen K. The function of home visits in maternal and child welfare evaluated by service providers and users. Journal of Advanced Nursing 1994; 20 (4) October.
38. Bild H, Finnvold JE, Lie K K, Nordhagen R, Schjalm A. Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten? Analyser og variasjoner i helsetilstand, sosiale nettverk og erfaringer med helsetjenesten. Statistisk sentralbyrå, rapport 11-1998.
39. Vehviläinen-Julkunen K. What do Finnish women want from home visits of public health nurses? Holistic Nursing Practice 1994; July 8(4) 59-66.
40. Jansson A, Pettersson K, Udén G. The nurses first encounter with parent of newborn. The public health nurse's view of the good meeting. Journal of Clinical Nursing 2001; 10 (1), 140-151.
41. Jansson A. Sjuksköterskan i primärvård med särskilt fokus på barnhälsovård. Doktorgradsavhandling, Lund universitet, 2000.
42. Nasjonalt kompetansesenter for amming. Mor-barn-vennlig initiativ – helsestasjonen. Gjennomføring av sertifisering av helsestasjonen som "Ammekyndig helsestasjon". Rikshospitalet universitetsklinikk, 2007.
43. Baggens C. The Institution Enters the Family Home: Home Visits in Sweden to new parents by the Child Health Care Nurse. Journal of Community Health Nursing 2004; 2/(1) 15-27.
44. Baggens C. What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. Journal of Advanced Nursing 2001; 36, 659-667.
45. Fagerskiöld A, Timpka T & Ek AC. The view of the child health nurse among mothers. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2003; 17,160-168.
46. Fagerskiöld A & Ek AC. Expectations of the child health nurse in Sweden: two perspectives. International Nursing Review 2003; 50,119-128.
47. Glavin K. Tydelig helsesøster- hvor er vi og hvor skal vi? Helsesøstre 2007; 3, 47-53.
48. Briggs C. Nursing practice in community child health: developing the nurse-client relationship. Contemporary Nurse 2007; 23 (2), 303-311.

# Ja, til hjemmebesøk!

› Som helsesøster er det et privilegium å kunne dra på hjemmebesøk til foreldre med nyfødt barn.

Erik M. Sundt



Av **HEGE HOLEN**

Helsesøster og pmto-terapeut,  
Harstad helsestasjon

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Hjemmebesøket er en hyggelig måte å bli kjent med en familie på og danner et godt utgangspunkt for det videre samarbeidet vi senere skal ha på helsestasjonen.

På helsestasjonen har helsesøstrene cirka 20–30 minutter per konsultasjon inkludert tid til journalføring. Det betyr at tiden er knapp når man skal hilse på familien, undersøke barnet, veie og måle det samt snakke om trivsel, amming, søvn, hjemmeforhold, gi råd og veiledning med mer. I denne situasjonen er foreldrene på «helsesøsters arena», på hennes kontor. Å være på en annens arena og samtidig ha begrenset med tid, kan gjøre at foreldrene ikke får tatt opp alt de hadde tenkt.

Når helsesøster mottar fødselsmelding fra fødeavdelingen, ringer hun familien for å gratulere med barnet og avtale tid for hjemmebesøk. Familien får besøk i sitt eget hjem og slipper å stresse med å ta barnet med til en oppsatt time. På hjemmebesøket møter man familien i egne trygge omgivelser. Vi er gjester

og får mulighet til å bli bedre kjent med familien. Dette tror jeg skaper trygghet og tillit hos foreldrene og gjør det lettere for dem å ta opp ting de lurte på der og da og ved senere kontroller på helsestasjonen. Kontinuitet, å ha *en* helsesøster å forholde seg til er også viktig her.

Dersom familier av ulike grunner ikke skulle ønske tilbud om hjemmebesøk, skal dette noteres i journalen. Skulle helsesøster av en eller annen grunn ikke få mulighet til å tilby hjemmebesøk, eller at hjemmebesøket ikke blir foretatt i løpet av de to første ukene etter at fødselsmelding er mottatt, skal dette meldes ved avviksmelding. På denne måten blir det dokumentert og «synlig» dersom tilbudet ikke blir gitt, eller ikke blir gitt slik det skal. Når det er dokumentert kan man gå gjennom rutineene og se på hvordan man kan endre disse slik at prosedyren for tilbud om hjemmebesøk blir fulgt slik den skal. Dersom det er familier som takker nei til hjemmebesøk, pleier vi å tilby dem «hjemmebesøk» ved

en time på helsestasjonen. Hvis de i tillegg takker nei til et «hjemmebesøk» på helsestasjonen, kan vi tilby å sende informasjonsmaterieill hjem.

Jeg synes hjemmebesøket er ekstra viktig nå når det er blitt redusert liggetid på fødeavdelingene. Noen mødre må dra hjem med sitt nyfødte barn før melken er kommet helt i gang. Viktigheten av å følge opp mødrene med ammeveiledning og generell støtte og veiledning er spesielt sentral nå, blant annet for å forebygge at mødrene gir opp ammingen tidlig. Ved Harstad helsestasjon har vi nå i tillegg en ekstra kontroll, to–fire-ukerskontrollen, dette har vi sett behov for blant annet på grunn av den reduserte liggetiden.

Mitt svar til artikkelen: «Skal helsesøstre tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn?» er ja, helsesøstre skal tilby alle foreldre med nyfødt barn hjemmebesøk!

Les artikkelen på side 18



**Hva tilfører denne artikkelen?**

Artikkelen er basert på en lesning av boken «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere». Forfatterne ser boken som et innspill i måten å tenke om syke-

pleieres yrkeskompetanse på. De mener teksten dobbeltkommuniserer.

**Mer om forfatter:**

Kristin Heggen, dr.polit, professor, Universitetet i Oslo,

professor II, Høgskolen i Vestfold. Eivind Engebretsen, Førsteamanuensis dr.art, Høgskolen i Oslo. Kontaktperson: k.m.heggen@medisin.uio.no



Foto: Erik M. Sundt

**Studiens bakgrunn:** I denne artikkelen utforskes forståelser av kunnskap som kommer til syne i boka «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere», utgitt av Norsk Sykepleierforbund.

**Hensikt:** Spørsmål som belyses er hvilke holdninger til kunnskap som uttrykkes i boka, og hvordan tenkning om overføring av kunnskap fra forskning til praksis tematiseres.

**Metode:** Metodisk benyttes en

dekonstruktiv tekstanalytisk tilnærming inspirert av den franske filosofen Jacques Derrida. Analysen fordypes i fremstillingen av bokas kjernebegrep «kunnskapsbasert praksis».

**Hovedresultater:** Tekstanalysen synliggjør hvordan teksten dobbeltkommuniserer samtidig som den har et dominerende nytteorientert syn på kunnskap. Videre i artikkelen diskuteres det hvordan den forståelsen av kunnskap som kommer til

uttrykk står i klar kontrast til det vide kunnskapsbegrepet store deler av sykepleieforskningen har fokusert på de siste tiårene. Artikkelen bidrar også med kritisk refleksjon om bokas begrensede problematisering omkring anvendelse av forskningskunnskap i klinisk praksis.

Tvetydig om kunnskapsbasert praksis:

## » En dekonstruktiv nærlesning av arbeidsbok for sykepleiere

Forfattere: **Kristin Heggen, Eivind Engebretsen**

### NØKKELORD

- Kunnskapsbasert sykepleie
- Filosofi
- Kvalitativ studie
- Språk
- Teori

### INNLEDNING

Fremhevingen av den forskningsbaserte kunnskapens betydning har vært et sentralt trekk ved kunnskapspolitikken i drøyt ti år. Det forventes at både utdanning og klinisk praksis baserer seg på oppdatert og holdbar forskningskunnskap. Fra 1995 (med videreføring i 2005) har vi i Norge hatt et lovfestet krav om at all høyere utdanning skal være forankret i forskning og systematisert erfaringskunnskap (1). Internasjonalt har uttrykk som kunnskapsbasert praksis, kunnskapsbasert utdanning og evidensbasert sykepleie vunnet terreng. Det å forankre utdanning og praksis i kunnskap er selvsagt verken nytt eller originalt. Det nye synes å være oppmerksomheten om den vitenskapelige og systematiserte kunnskapens betydning for opplæring av sykepleiere og utøvelse av faget. Følgelig er det interessant å utforske hvilke forståelser av kunnskap som gjør

seg gjeldene når forskningskunnskap tenkes integrert med klinisk kompetanse.

I denne artikkelen vil vi analysere boken «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere». Boken er forfattet av Monica W. Nortvedt, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. Den ble utarbeidet i forbindelse med landsmøtet til Norsk Sykepleierforbund (NSF) i 2007 og er distribuert bredt til medlemmer av NSF. Boken er totalt på 224 sider inndelt i åtte deler/kapitler som etterfølges av tre vedlegg (en ordliste, en kunnskapstest og et såkalt PICO-skjema til hjelp i søking av kunnskap). Boken er merket med forbundets logo og innledes med et forord av daværende forbundsleder Bente G. H. Slaatten. Både logo og forord er betydelige symbolske markeringer og kan leses som formidlingshjelp og mulig tilslutning til den kunnskapslinjen boken budbærer.

Boken kan forstås som et viktig innspill i måten å tenke om sykepleieres yrkeskompetanse på og den fortjener grundig lesing, kritikk og debatt. Vår tilnærming er å ta tak i tittelens hovedbegrep, nemlig kunnskapsbasert, og utforske hvilke syn på kunnskap som kommer til uttrykk. Vi vil også fokusere på hvilken forståelse av integrasjon mellom forskning og klinisk virksomhet som uttrykkes i boken.

### KUNNSKAPSKONTEKST

Hva er kunnskap? Er noe kunnskap mer verdifull enn annen kunnskap? I Benners (2) klassiske studie av læringsprosesser fra nybegynner til ekspert ble øverste trinnet i læringsprosessen forstått som en egenartet kompetansetype som forutsatte førstehåndserfaring med utøvelse av sykepleie i kombinasjon med refleksjon. Særlig fra 80-tallet og fremover har en rekke forskere bidratt til å artikulere en bred forståelse av kunnskap og fått frem mangfoldet av kunnskapsformer. Og utfordret en hierarkisk forståelse om at abstrakt verbal kunnskap er overordnet erfaringskunnskap. Det er studier innenfor sykepleie (eksempelvis 3, 4, 5), innenfor norsk filosofi (eksempelvis 6, 7) og internasjonal filosofi (8, 9). Mye forskning på tvers av profesjonsfag har de siste tre tiårene artikulert kvalitetstrekk ved godt profesjonelt arbeid. Og poengtert betydningen av den abstrakte kunnskapens samspill med den enkelte yrkesutøvers erfaring, kontekstuelle forståelse og evne til å skjønnsvurdere ulike situasjoner (10, 11, 12, 13).

Kunnskapsdebattene fra 1980-tallet løftet altså den lite påaktede konkrete personlige kunnskapen frem i lyset. Dagens aktuelle kunnskapsdiskusjoner synes å dreie seg mer om integrasjon mellom vitenskapelig kunn-

skap og erfaringskunnskap (14, 15). Forestillingen om at praksis og utdanning tilrettelegges og gjennomføres på grunnlag av de nyeste og mest sikre forskningsresultater er attraktiv, men også krevende og problematisk. Klagen om gapet mellom forskning og praksis er velkjent og dreier seg typisk om at forskningsresultater sirkulerer innenfor lukkede forskningssystemer og ikke inkorporeres som grunnlag for forbedring av praksis. Praktikere kritiseres videre for mangelfull kompetanse til å orientere seg i forskningslitteraturen og vurdere kunnskapen kritisk og konstruktivt. Og det påpekes at de har svake forutsetninger for å fornye praksis i henhold til forskningsresultater. Profesjonsutdanninger kommer kritikken i møte med å presentere fersk forskning for studentene og undervise dem om vitenskapsteori og metode. Også i debatten om forskningsbasert utdanning og praksis uttrykkes bekymring for de lineære forestillinger om implementeringen av forskning i praksis. Og for en forenklet forståelse av utfordringer knyttet til anvendelse av forskningsresultater i praktisk profesjonsutøvelse (16).

### DEKONSTRUKTIV METODE

Denne artikkelen har en annen inngang til debatten om kunnskapsbegrepet. Gjennom tekstanalyse studeres hva slags syn på kunnskap den ovenfor nevnte arbeidsboken argumenterer for. Hva er kunnskap ifølge boken? Fremstilles noe kunnskap som mer verdifull enn annen? Og er det kunnskapsformer som holdes helt utenfor? Metoden er influert av den franske filosofen Jacques Derrida (17) og hans begrep om dekonstruksjon. Dekonstruksjonen skiller seg fra tradisjonell tekstanalyse ved at den ikke bare fokuserer på tekstens mening, hva

den betyr, men på dens funksjoner, hva den gjør. Dekonstruksjonen er en fortolkning som undersøker om tekster gjennom sin konstruksjon sender ut andre signaler enn de eksplisitt formulerte, om de gjør noe annet enn det de sier. En tekst kan gjøre noe annet enn det den sier fordi språk er makt (18). Språket er ikke nøytralt, men bærer av kultur og historie. Når vi «tar ordet», begynner vi ikke på bar bakke, men vi forhandler med kulturelt aksepterte tanke- og talemåter som lader språket med mening før vi tar det i bruk (19). Derfor kan vi heller aldri få full kontroll over språket. Språket trekker språkbrukeren inn i et maktfelt preget av skjulte ideologier og logikk. Dekonstruksjonen fokuserer på tekstens tause forutsetninger og skjulte logikk og viser hvordan tekster kan være bærende av flere og til dels motstridende tankeformer. Men for at man skal kunne oppdage ideologiske motsetninger i en tekst, må de aktivt letes frem. Dette forutsetter en kritisk lesemåte og et bevisst blikk på tekstens meningsbrytninger.

Målet med vår analyse er å identifisere brudd, uklarheter og brytninger i bokens kunnskaps-syn. Er boken tuftet på et helhetlig kunnskapsbegrep eller bygger argumentasjonen på skjulte forutsetninger? For å søke svar på spørsmålene skal vi i vår analyse konsentrere oss om bokens første del som har overskriften «Hva er kunnskapsbasert sykepleie?». Denne delen legger etter vår mening premissene for kunnskapsforståelsen boken bygger på. Vi starter med å undersøke hvordan forfatterne henvender seg til bokens mottakere.

### HVEM ER MODELL-MOTTAKEREN?

Boken henvender seg tilsynelatende til en bred målgruppe. Det

er sykepleiere, lærere og studenter. Men ved nærmere lesning finner vi frem til den ønskede mottaker; modellmottakeren (20), som besitter spesifikke egenskaper. «Du-et» eller modellmottakeren er den som lærer seg metoden som presenteres uten å stille seg spørsmålet «hvorfor?». La oss som eksempel se nærmere på det «du-et» vi møter gjennom læringsmålene som innleder første del av boken.

Rett under overskriften er læringsmålene angitt i en form for ingress. Her kan følgende leses: «Etter denne delen skal du:

- kunne forklare hva kunnskapsbasert praksis innebærer
- kunne vurdere styrker og svakheter ved ulike informasjonskilder i fagutøvelse
- kjenne til trinnene i kunnskapsbasert praksis» (s. 13).

Ordvalgene er i seg selv interessante. Det er tydelige læringskrav og ingen mål som handler om å reflektere, utforske eller stille kritiske spørsmål. Dette dreier seg om å kunne kunnskapsbasert praksis. Leseren kan også kontrollere sin egen kunnskap gjennom testen i vedlegg to, hvor det er spørsmål med tre svaralternativer hvorav et er riktig i henhold til den medfølgende fasit. Det er eksakt kunnskap med et riktig svar forfatterne vil formidle.

«Forklare» innebærer i motsetning til ord som «diskutere» eller «reflektere over» at boken gir et objektivt svar som det er meningen at «du» skal akseptere. «Du» skal riktignok kunne «vurdere styrker og svakheter ved ulike informasjonskilder», men dermed avgrenses også vurderingens handlingsrom til ikke å omfatte selve den kunnskapsbaserte praksismetodens gyldighet. Endelig skal «du» som resultat av lesnin-

gen «kjenne til» trinnene i kunnskapsbasert praksis, et uttrykk som innebærer aksept, ikke kritisk refleksjon. Bokens modellmottaker er altså den som underkaster seg bokens ideer om kunnskapsbasert praksis. Tilsynelatende er fremstillingen inkluderende ved at den benytter seg av et vidt og positivt ladd hverdagsbegrep, nemlig kunnskap. «Kunnskap» assosieres ikke med en bestemt teoretisk retning og er derfor et begrep mange kan identifisere seg med. Men fremstillingen er på samme tid ekskluderende ved at den så og si tar patent på kunnskapsbegrepet ved å fylle det med et bestemt teoretisk innhold. Kunnskap og kunnskapsbasert praksis er lik denne bokens metoder. Gjennom denne fordypende lesingen av bokens læringsmål settes vi på sporet av at boken formidler et metodisk eller nytteorientert begrep om kunnskap.

En slik tolkning styrkes når vi ser nærmere på det uthevede avsnittet som følger like etter læringsmålene og som bærer tittelen «scenario»: Det er en beskrivelse hvor «du-et» skal tenke seg at hun/han er sykepleier på en hjertepost hvor en av pasientene sannsynligvis er i ferd med å utvikle lungeødem. Sykepleieren gjør alle de riktige tiltakene med tilførsel av surstoff, leirer pasienten riktig, måler blodtrykk og teller puls, tar de nødvendige telefoner og vurderer om det er riktig å ringe pårørende.

«Du»-formen i fortellingen skaper forventninger om at dette er et scenario alle sykepleiere kan eller bør kjenne seg igjen i. Et påfallende trekk er det kalkulerende og instrumentelle ved sykepleier-duets bevegelser. Omsorg må kombineres med en annen og mer instrumentell form for profesjonell aktivitet for å tilskrives kunnskapsstatus. «Gjennom

håndtrykket måles puls og temperatur». Det å ta Hansen i hånden er en del av prosedyren. Resultatet er at relasjonskunnskap ikke fremstår som en egen kunnskapsform blant flere. Relasjonskunnskapen må kombineres med en annen og mer instrumentell form for profesjonell aktivitet for å tilskrives kunnskapsstatus. Riktignok påpekes det på s. 17 at «empati og kunnskap om kommunikasjon» er nødvendig for at modellen for kunnskapsbasert praksis skal settes sammen (jamfør tegning av modellen nedenfor). Men hva denne kompetansens rolle i kunnskapsbasert praksis egentlig går ut på blir ikke nærmere presisert. På samme måte som læringsmålene peker scenarioet i retning av et innsnevret og nytteorientert kunnskapsbegrep. Men hvordan definerer forfatterne selv kjernebegrepet kunnskapsbasert sykepleie?

Kunnskapsbasert praksis er altså det samme som evidens basert praksis, og evidens betyr i henhold til forfatterne klarhet, tydelighet og visshet. Den engelske definisjonen synes klart å innebære en forskyvning av fokus i forhold til den norske. Ordet «evidence» har et snevrere meningsinnhold enn «kunnskap».

«Evidence» oversettes også ofte med bevis (21). Synonymer til «bevis» er «påvisning», «attest», «dokumentasjon» og «vitnesbyrd». «Bevis» eller «evidence» innebærer i motsetning til «kunnskap» en forsikring om objektivitet. Kunnskapsbegrepet har plass for subjektive opplevelser, mens bevis kun henspiller på objektive fakta. Bevis er også et instrumentelt begrep; det er nødvendigvis et bevis for noe og tjener derfor en bestemt hensikt eller funksjon. Kunnskapsbegre-



Arbeidsboken for sykepleiere mangler en grundig kritisk og analytisk refleksjon om kompleksiteten i det å kombinere kunnskap.

#### KUNNSKAP OG EVIDENS

Forfatterne påpeker at definisjonene av kunnskapsbasert praksis har endret seg etter hvert som konseptet har utviklet seg og nye fagområder har sluttet seg til denne måten å arbeide på. De gir en relativt romslig definisjon av kunnskapsbasert sykepleie på side 15, og legger vekt på at den best tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap skal integreres med kliniske erfaringer og brukerens verdier og preferanser. Samtidig velger forfatterne også å sitere en engelsk definisjon med den begrunnelse at «Evidence based nursing er synonymt med kunnskapsbasert sykepleie» (s. 15).

pet derimot er ikke bundet av den samme funksjonslogikken. Noe kan utmerket godt være kunnskap uten å være «for noe», uten å fylle en praktisk funksjon. Mye kunnskap bidrar til ny kunnskap, uten at det enkelte kunnskapsbidragets konkrete funksjon lar seg identifisere. Like fullt er det altså kunnskap. Beviser er kun beviser hvis de beviser noe, hvis funksjonen lar seg identifisere. Det innebærer således en innsnevring av kunnskapsbegrepet når det hevdes at evidence based nursing er synonymt med kunnskapsbasert sykepleie. Vi skal fortsette diskusjonen av bokens kunnskapssyn ved å se nærmere på modellen forfatterne

bruker for å illustrere det de kaller kunnskapsbasert praksis.

### MODELLEN FOR KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS?

I det første kapitlet i boken tegnes modellen for kunnskapsbasert praksis opp som følger (s. 14):

Forskningsbasert kunnskap og erfaringskunnskap utgjør de to øverste sirkelene. Nederste sirkel er brukerkunnskap og brukermedvirkning. Sirkelene er like

det er mulig. Forskningsbasert kunnskap er ikke tilstrekkelig, sies det, men vil og skal «farges av» faglig skjønn som tilskrives klinisk erfaring og etiske vurderinger. I tillegg må du alltid «vise hensyn til pasientens preferanser og ønsker» (s. 14). Ordvalget skaper et hierarki mellom begrepene i den tilsynelatende symmetriske figuren. Gjennom uttrykket «bør baseres på» kommer det frem at forskningsbasert kunnskap er

selve grunnmuren i modellen. Formuleringen «praksis skal alltid farges av faglig skjønn» tilskriver det skjønnsmessige elementet en mer overflatisk farge, ikke basen i modellen. Enda mindre vekt tillegges «pasientens preferanser og ønsker»; det kreves at det «skal tas hensyn» til dem.

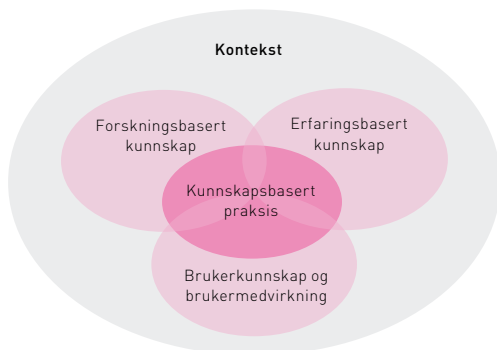
Formuleringen «hensyn» stiller strengt tatt kun krav til intensjon, ikke til resultat. Pasientens ønsker skal prege sykepleierens «hensyn», men – ulikt forsknings og skjønnsnets vedkommende – kreves det ikke eksplisitt at de skal påvirke beslutning og praksis.

Brukerkunnskapen står i en særstilling ved at det er den eneste kilden som ikke konsekvent omtales som kunnskap. Flere steder brukes uttrykk som «pasientens preferanser og ønsker» eller liknende. I figuren på side 14 omtales denne kilden som brukerkunnskap og brukermedvirkning. Bare det at kunnskap alterneres med medvirkning åpner for at brukerkunnskap også er ikke-kunnskap. Det dreier seg altså om en kilde som kun delvis er kunnskap. Figuren åpner for

at brukernes eller pasientenes oppfatninger i visse tilfeller kan representere noe annet enn kunnskap, potensiell ikke-kunnskap.

I den sammenhengen er det interessant å merke seg at teksten inneholder en del uklårheter og glidninger i forhold til hvem som er kunnskapsutøveren innenfor modellen. Er det sykepleieren eller pasienten? Gjennom store deler av boken omtales kunnskapsbasert praksis som en ferdighet hos sykepleieren. På side 16 støtter forfatterne seg til Gordon Guyatt, en av grunnleggerne av evidence based medicine, og fremhever at det er pasienten, – ikke sykepleieren, som skal ta beslutninger. Sykepleierens rolle fremstilles her som det å være hjelper og tilrettelegger. Når brukerkunnskap skal utdypes (fortsett s. 16), med en henvisning til NOU 2005:3 «Fra stykkevis til helt», hevdes det at pasientens syn skal imøtekommes og vektlegges «når beslutninger om dem skal fattes». Her er sykepleieren den som skal fatte beslutningen. Begge parter, både sykepleieren og pasienten, fremstilles som tilretteleggere og beslutningstakere. Disse subjektforskjvningene kan henge sammen med pasientoppfatningenes uklare kunnskapsstatus (både kunnskap og ikke-kunnskap), som påpekt ovenfor.

Teksten brytes mellom to dominerende diskurser som er vanskelig å forene: demokratiseringsdiskursen og evidensdiskursen (22). Demokratiseringsdiskursen krever at pasienten skal høres, mens evidensdiskursen ikke tillater å klassifisere pasientens syn som kunnskap i egentlig forstand. Det er som om forfatterne vakler mellom to løsninger på denne konflikten; dels marginaliseres pasientens syn til fordel for ekspertkunnskapen, dels skrives ansvaret for pasientens helse over



Figuren er gjengitt med tillatelse fra Norsk Sykepleierforbund.

store. De tre hovedformene for kunnskap som inngår i modellen fremstår ved første øyekast som sidestilte. Figuren tegner et symmetrisk bilde av tre likeverdige kunnskapskomponenter som er ment å skulle påvirke praksis i like stor grad. De tre sirkelene er også innfelt i kontekst, noe som indikerer at den kontekstuelle forståelsen av kunnskap er bygget inn i modellen. Modellen i seg selv er lovende og krevende, men blir problematisk når vi undersøker nærmere hvordan forfatterne fyller den med innhold.

Ser vi nærmere på teksten som står som innledende forklaring på figuren (s. 14) kan vi lese at samhandling mellom sykepleier og pasient «bør baseres på» forskningsbasert kunnskap i den grad



på pasienten. Begge tendensene vitner om at forfatterne ikke helt vet hva de skal gjøre med pasientens stemme. Dette kommer også eksplisitt til uttrykk i avsnittet om brukerkunnskap (s. 16). Der beskrives sykepleierens forhold til pasientens oppfatninger som en ny utfordring som stiller nye kompetansekrav og fordrer at man holder seg «oppdatert». I tråd med bokens overordnede nytteorienterte kunnskapsbegrep konkluderes det med at løsningsen på denne utfordringen er nye metoder eller verktøy som «skal lette dette arbeidet» (s. 17).

### VITENSKAP OG PRAKSIS

Bokens forfattere understreker betydningen av at forskningskunnskap integreres med kliniske erfaringer og pasientenes preferanser. Det er lite utforskende, kritisk og reflekterende kunnskap om kompleksiteten i det å integrere vitenskapelig kunnskap med handlingskompetanse.

Hammersley (23) peker på at det er en generell tendens til harmoniserende tenkning om mulig-

heter for interaksjon mellom forskning og praksis. De argumenterer for nødvendigheten av å forstå at forskning og undervisning er to funksjonelt atskilte veier til kunnskapsgenerering. Det er kunnskapsfrembringelse som skjer ut fra ulike sett av kriterier. Forskning finner sted i en annen kontekst og bedømmes ut fra kriteriet sann/usann. Sannhetsbegrepet og kriteriene for å vurdere kunnskap som sann eller falsk blir riktignok til stadighet diskutert i det vitenskapelige system som del av vitenskapens selvrefleksjon, men det står ikke til diskusjon at det forskningsmessige vurderingskriteriet for kvalitet er sannhet. Sykepleiepraksis orienterer seg ikke etter vitenskapens kriterier om sant/ikke sant, men ut fra overveielser om hva som er rimelig og brukbar kunnskap i ulike kontekster. Arbeidsboken for sykepleiere mangler en grundig kritisk og analytisk refleksjon om kompleksiteten i det å kombinere kunnskap fra sykepleiens kliniske virkelighet med kunnskap som er arbeidet frem av vitenskapere.

### KONKLUSJON

Gjennom en dekonstruktiv analyse av arbeidsboken for sykepleiere har vi vist hvordan forståelsen av kunnskap som uttrykkes i teksten er dobbeltkommuniserende. Bokens budskap om kunnskapsbasering virker ved første øyekast inkluderende fordi kunnskapsbegrepet i utgangspunktet ikke er bundet til et teoretisk paradigme. Budskapet fungerer også selvautoriserende ved at kunnskaper er noe samvittighetsfulle yrkesutøvere ikke for alvor kan være i mot. På samme tid dekonstruerer boken et slikt bredt syn på kunnskap gjennom gradvis og implisitt å innsnevre det til et nytteorientert syn på kunnskap. Boken bidrar derfor til å usynliggjøre de siste tiårenes revitalisering av erfaringskunnskap innenfor profesjonsfagene samt til å forenkle det komplekse forholdet mellom teori og praksis.

### REFERANSER

1. **Bernt, J F:** Universitets- og høyskoleloven – med kommentarer. Fagbokforlaget, Bergen. 2006.
2. **Benner, P:** From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley Publishing Company, California. 1984.
3. **Hamran, T:** Den tause kunnskapen. Universitetsforlaget, Oslo. 1987
4. **Martinsen, K:** Omsorg, sykepleie og medisin. Tano, Oslo. 1989.
5. **Fjelland, R. og Gjengedal, E:** Videnskap på egne premisser: videnskapsteori og etikk for sundhetspersonale. Munksgaard, København. 1996.
6. **Grimen, H. og Nortvedt, P:** Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag. Gyldendal akademisk, Oslo. 2004.
7. **Skjervheim, H:** Deltakar og tilskodar og andre essays. Aschehoug, Oslo. 1996.
8. **Dreyfus, H L:** What computers still can't do. A critique of artificial reason. MIT Press. Cambridge, Mass. 1992.

9. **Flyvbjerg, B:** Rationalitet og magt. Akademisk Forlag, København. 1991.
10. **Polanyi, M:** Personal knowledge. Routledge & Kegan Paul. London. 1958.
11. **Schoen, D A:** The Crisis of Professional Knowledge and the Pursuit of an Epistemology of Practice. I: Christensen, C R: Teaching and The Case Method. Harvard Business School, Boston. 1983.
12. **Lave, J & Wenger, E:** Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation. Cambridge University Press, Cambridge. 1991.
13. **Nielsen, K & Kvale, S:** Mesterlære: læring som social praksis. Hans Reitzel, København. 1999.
14. **Martinsen, K:** Care and vulnerability. Akribe, Oslo. 2006
15. **Nelson, A. M.** Addressing the threat of evidence-based practice to qualitative inquiry through increasing attention to quality: A discussion paper. International Journal of Nursing Studies 2008; 45: 316-322.
16. **Rasmussen, J., Kruse, S. & Holm,**

- C: Viden om uddannelse. Uddannelsesforskning, pædagogik og pædagogisk praksis. Hans Reitzels Forlag. Copenhagen 2007.
17. **Derrida, J:** De la grammatologie. Edition du Seuil, Paris. 1969.
18. **Engebretsen, E:** Hva sa klienten? Retorikken i barnevernets journaler. Cappelen, Oslo. 2007.
19. **Foucault, M:** Diskursens orden. Spartacus, Oslo. 1999.
20. **Eco, U:** De la littérature. Bernard Grasset, Paris. 2004.
21. **Christiansen, B., Heggen, K & Karseth, B:** Klinik og akademia. Reformere, rammer og roller i sykepleierutdanningen. Universitetsforlaget, 2004.
22. **Stubberud, A. L:** Familierådets retorikk. Dekonstruksjon av Sveinung Horveraks doktorgradsavhandling. Masteroppgave i sosialt arbeid, Høgskolen i Oslo. 2008.
23. **Hammersley, M:** Educational Research, Policymaking and Practice. London: Sage Publication Company. 2002.

# Ja takk, begge deler!

› Sykepleiere har behov for flere og ulike kunnskapskilder.



Av **KARIN AAKER**

fagansvarlig ved Lindrende enhet, Skinnarberga bo- og rehabiliteringssenter

Boka som artikkelen omtaler er ei bok vi på min arbeidsplass kjente lite til fra før, det var bare hovedtillitsvalgte som hadde fått den. Når vi har diskutert boka, sammenlignes boka med prosedyrelignende bøker. Boka vil være til god hjelp for å strukturere det å arbeide kunnskapsbasert. Sykepleierne har pekt på at bildene er tatt av teknisk sykepleie og at det er bilder fra sykehusmiljø. At Norsk Sykepleierforbund (NSF) har sin logo på boka blir oppfattet som et kvalitetsstempel både av medlemmer og ikke medlemmer.

Artikkelen tar opp til debatt viktige perspektiver også for sykepleiere i praksis. Forfatterne peker på at synet på kunnskap innsnevrer seg til nytteorientert kunnskap utover i boka. I en praktisk arbeidshverdag har vi behov for alle kilder til kunnskap. Ulik vinkling og ulik bakgrunn for kunnskap er viktig for pasientene. På min arbeidsplass

arbeider vi med alvorlig syke pasienter. Vi erfarer at mange pasienter forteller at deres kunnskap om egen sykdom og livssituasjon blir undervurdert av helsevesenet. Samarbeidet med pasientens pårørende er også en kilde til kunnskap for å kunne gi pasienten best mulig behandling, pleie og omsorg. Det oppleves problematisk at kunnskap graderes. Målet for sykepleiere er nettopp å gi pasientene best mulig behandling pleie og omsorg. Sykepleiere har behov for flere kunnskapskilder, ulik tilnærming og ulik vinkling på problemer og behov.

Artikkelen påpeker at bokens forfattere mener at kunnskapsbasert sykepleie er synonymt med evidence based nursing. Dette er også en viktig debatt for sykepleiere i praksisfeltet. Fagspråket og engelskspråklige artikler i forskning er en barriere for mange sykepleiere. Det er derfor meget velkomment at

diskusjonene og artikler skrives på norsk i norske tidsskrifter. For mange klinikere er det å lese debattene en måte å få andre innfallsvinkler til faget på.

Ved å løfte fram slike debatter som Heggen med flere gjør her, gir de sykepleiere i praksisfeltet innspill til refleksjon og hjelp til å gjøre egne vurderinger. Det er derfor meget viktig at noen tar opp, leser kritisk og debatterer i fagtidsskriftene – vi tåler og ønsker diskusjonen om sykepleie og utvikling av faget, nye begreper er veldig velkomne.

Ja takk til alle perspektivene! Vi ønsker gode forskere, akademikere og praktikere som deler med oss og hverandre. Vi ønsker bøker som den artikkelen omhandler og vi ønsker debatten om innholdet. Det gir oss økt bevissthet om faget vårt.

Les artikkelen på side 28





# Kunnskapstørst?

---

Som sykepleier tilhører du en profesjonell yrkesgruppe som tar faget sitt alvorlig. Mange sykepleiere ønsker å holde seg faglig oppdatert, blant annet ved å lese internasjonale forskningsartikler og kunnskapsbaserte nyheter.

Gjennom Sykepleien Forskning får du tilgang til denne typen innhold – på norsk – samt oversikt over andre aktuelle temaer innen faget ditt. Sjekk også ut våre nye nettsider med ny avansert søkefunksjon og gratis tilgang til alt stoff vi publiserer.

Sykepleien Forskning er et vitenskapelig tidsskrift som formidler forskning og nyttestoff relevant for sykepleiere i praksis, sykepleierstudenter og vitenskapelige ansatte som jobber innen sykepleie- og helsefagutdanninger.

sykepleien

forskning

**Hva tilfører denne artikkelen?**

Artikkelen beskriver utviklingen av en modell for refleksjon i pleie- og omsorgstjenesten, med fokus på bedre mestring av utfordringer de ansatte i organisasjonen møter i arbeidshverdagen.

**Om forfatterne**

Elisabeth Gjerberg, Sosiolog, dr.polit, Seniorforsker ved Arbeidsforskningsinstituttet/ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.  
Nina Amble, Psykolog, Senior-

forsker ved Arbeidsforskningsinstituttet.

Kontaktperson:

Elisabeth.gjerberg@afi-wri.no.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

**Bakgrunn:**

Helsemyndighetene har de senere år iverksatt en rekke tiltak for å sikre kvaliteten på pleie- og omsorgstjenesten. På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har vi i dette prosjektet utviklet en modell der en gjennom systematisk refleksjon og øvingsarbeid i grupper søker å øke de ansattes opplevelse av mestring.

**Teoretisk perspektiv:**

Utviklingen av prosjektet må sees i lys av teorier om lærende organisasjoner og en forståelse av arbeidet i pleie- og omsorgssektoren som emosjonelt arbeid.

**Metode:**

Prosjektet omfattet to faser. I fase 1 etablerte vi tre fokusgrupper der hensikten var å «oversette» erfaringer fra privat tjenesteyting til situasjoner som var typiske for pleie- og omsorgssektoren. I fase 2 startet vi tre «refleksjonsgrupper» i tre fylker, ledet av lokale fasilitatorer. Gruppene arbeidet etter en bestemt struktur, basert på en systematisk kombinasjon av individuell og kollektiv refleksjon.

**Resultater:**

Vi erfarte at erfaringer som til dels hadde vært «tause» ble

løftet fram i fellesskapet. Og at systematisk refleksjon bidro til gjensidig læring, ansvarliggjøring og utvikling av nye handlingsstrategier og endret adferd. Tid til refleksjon over utfordringer i arbeidshverdagen bidro til fagliggjøring av jobben, kanskje spesielt blant de med minst kompetanse og erfaring.

**Konklusjon:**

Gitt visse rammebetingelser synes en systematisk kombinasjon av individuell og kollektiv refleksjon å bidra til organisatorisk læring og økt mestring.

# >> Pleie- og omsorgssektoren som lærende organisasjon

Forfattere: **Elisabeth Gjerberg og Nina Amble**

## **NØKKELORD:**

- Sykehjem
- Hjemmesykepleie
- Mestring
- Kvalitativ studie
- Fokusgrupper

## **INNLEDNING**

Den kommunale pleie- og omsorgssektoren utgjør en stor og viktig sektor i norsk arbeidsliv. I 2007 ble det utført 118 200 årsverk i brukerrettet tjeneste i henholdsvis sykehjem, omsorgsboliger eller i brukerens eget hjem, fordelt på cirka 160 000 personer (1). Flertallet av dem som arbeider i direkte kontakt med brukerne har helse- og sosialfaglig utdanning av ulik karakter, men cirka 38 prosent av de ansatte er uten formell utdanning (ibid). God omsorg oppstår i samspillet mellom ansatte og brukere, og kvaliteten på tjenesten er først og fremst avhengig av personalets kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Det er en uttalt målsetting å øke andelen med helse- og sosialfaglig utdanning for å gi brukerne best mulig pleie og omsorg (2;3). Utfordringene er dels knyttet til å sikre og videreutvikle den fagkompetansen som allerede finnes blant de ansatte, dels å styrke rekrutteringen og redusere avgangen av kompetent personell. Helsemyndighetene har

de senere år satt i verk ulike tiltak for å sikre kvaliteten på pleie- og omsorgstjenesten. Med bakgrunn i «Rekrutteringsplanen for bedre kvalitet» (2) henvendte Helsedirektoratet (tidligere Sosial- og helsedirektoratet) seg til Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) våren 2004, med spørsmål om å sette i gang et forsknings- og utviklingsprosjekt som kunne bidra til kunnskapsutvikling og økt mestring av det daglige pleie- og omsorgsarbeidet.

Spørsmålet om utvikling, formidling og formidling av kunnskap innen organisasjoner, kan møtes gjennom ulike former for faglig opplæring, og gjennom veiledning individuelt eller i grupper (4-6). Vi har valgt en tilnærming som er en konkretisering av ideen om lærende organisasjoner, der en gruppe gjennom systematisk refleksjon og strukturert øvingsarbeid arbeider med utfordringer i arbeidssituasjonen. I denne artikkelen beskriver vi utviklingen av modellen, hvordan den har vært anvendt, og diskuterer om dette kan være en fruktbar tilnærming for å skape robuste kulturer for mestring og læring i pleie- og omsorgssektoren. Men først litt om bakgrunnen for prosjektet og den teoretiske referanseramme prosjektet befinner seg innenfor.

## **BAKGRUNN**

Bakgrunnen for Helsedirektoratets henvendelse var AFI's tidligere forskning med fokus på mestring av utfordringer i servicearbeid. I

perioden 2001–2003 arbeidet vi med et stort forskningsprosjekt i flybransjen med søkelys på ansattes arbeidsmiljø og mestring av utfordringer i jobben (7,8). Direktoratet utfordret oss til å videreføre disse erfaringene til kommunalt omsorgsarbeid; kunne erfaringene fra flybransjen med hvordan ansatte mestret utfordringer i ansikt-til-ansikt kontakt med kundene overføres til pleie- og omsorgstjenesten? Til tross for viktige forskjeller mellom de to sektorene, har de også vesentlige fellestrekk. Begge sektorene er preget av travle arbeidsdager med økende krav til effektivitet. Det jobbes ofte skift/turnus og det rulleres i skiftene. Arbeidet er i stor grad relasjonelt; de ansatte må stadig forholde seg til andre mennesker i form av tjenestebrukere og kollegaer.

Basert på et omfattende kvalitativt og kvantitativt materiale viste «flyprosjektet» at de aller fleste kunderelasjonene ble opplevd som uproblematiske, og bare et mindretall opplevdes som krevende. Likevel var det disse som de ansatte ble gående å tenke på. Vi fant at ansatte i møte med krevende utfordringer brukte forskjellige mestringsstrategier (7,8) og at ulike strategier hadde betydning for jobbengasjement, trivsel med jobben og utbrenthet. Utvikling og bruk av grenser fremsto som et viktig element i differensiering mellom ulike strategier. Læring av mestringsstrategier syntes individuelt basert, det vil si det forelå

ingen struktur eller organisering med tanke på å videreutvikle gode mestringsstrategier på et kollektivt nivå. Individuell kompetanse og ferdigheter er viktig, men ikke tilstrekkelig for å kunne kalle seg en lærende organisasjon. Kunnskapen forsvinner lett ut av organisasjonen når den som sitter med kompetansen slutter. Det var denne utfordringen vi tok med oss over i prosjektet i pleie- og omsorgstjenesten; Er det mulig å lage en struktur der for eksempel uerfarne på en systematisk måte kan lære gode mestringsstrategier av de mer erfarne, slik at mestringkunnskap blir et felleseie?

#### TEORETISK REFERANSE- RAMME

Utviklingen av dette prosjektet må sees i lys av ideen om lærende organisasjoner, samtidig som det er nødvendig å beskrive hvordan vi forstår det spesielle arbeidet som foregår i pleie- og omsorgssektoren og hvordan dette kan mestres.

#### Pleie og omsorgstjenesten som emosjonelt arbeid

Det meste av arbeidet i pleie- og omsorgssektoren foregår i tett relasjon til brukerne. Denne type betalt omsorgsarbeid innebærer å ta seg av andres fysiske, emosjonelle og sosiale behov, med fokus på å bevare pasientens verdighet, betydning og individualitet i en situasjon der helsa svikter. Det krever ikke bare en faglig plattform som omfatter kunnskaper, innlevelse, og toleranse; det handler også om å kunne reflektere over egne handlinger og de følelser det medfører (6). Både i helsetjenesten og i annet servicearbeid er mye av arbeidet såkalt emosjonelt arbeid (9-11). Selv om det har vært diskusjoner om de prosesser som er involvert i emosjonelt arbeid, er det enighet om at det innebærer en viss regulering av følelser. Det vil

si at den ansatte i ansikt-til-ansikt relasjon med brukere, kunder forventes å vise visse følelser som en del av jobben, uansett om det er på tvers av det den ansatte føler inni seg (10;12). Emosjonelt arbeid kan slik sees som usynlig arbeid der den ansatte må bruke følelser som arbeidsredskap for skape en stemning hos brukeren/kunden. Overført til pleie- og omsorgsarbeid, betyr det at det forventes at personalet i kontakt med pasienter og pårørende forholder seg på en måte som gir brukerne en positiv følelse. I denne type arbeid ligger forventningene både på et organisatorisk og individuelt plan; som integrerte faglige og yrkesetiske verdier hos helsearbeideren. Emosjonelt arbeid kan være kilde til arbeidsglede, så vel som emosjonell belastning nyttet til egen og andres reaksjoner i samspillet

som reduserer stress. Responsene (copingstrategier), kan være problemorienterte (aktive), eller emosjonsorienterte (passive) (16-18). Dette perspektivet gir en prosessuell forståelse av hvordan den enkelte håndterer spenningsforhold, der tiltak som reduserer spenningen karakteriseres som mestring. I forskningen på utstøting og inklusjon i arbeidslivet, brukes mestring av livssituasjonen om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv (19). Mestringsbegrepet er også sentralt i AFI's forskning (8;20-22), der Banduras teori om mestringsforventning («self-efficacy») og «mastery» inngår som et sentralt bidrag (23;24). Høy forventning til egen mestring gjør at den enkelte ser muligheter der de med lav mestringsforventning ser hind-

” Relasjonelt arbeid representerer daglig en rekke utfordringer det ikke finnes oppskrift for hvordan skal løses.

(11). Det krever selvinnsikt og selvledelse. Du må av og til legge bånd på deg, skjule det du føler i ansikt-til-ansikt kontakt med en tjenestemottaker. Dette kalles dissonans og er en viktig del av det emosjonelle arbeidet i seg selv (12).

#### Mestring og mestrings- strategier

Relasjonelt arbeid representerer daglig en rekke utfordringer det ikke finnes oppskrift for hvordan skal løses. God mestring av denne type utfordringer forutsetter læring i og av praksis der refleksjon over eget arbeid er et viktig verktøy (13-15).

Begrepet mestring brukes av flere fagmiljøer. I stressforskningen knyttes mestring til responser

ringer. Organisasjonen har et særskilt ansvar for det Bandura (24) kaller kultivering av mestringsforventning, det vil si å sørge for kompetanseoverføring slik at alle har tilstrekkelig mestringsforventning. Denne tradisjonen er opptatt av samspillet mellom mestring av arbeidsoppgaver på individnivå og organisatoriske betingelser for mestring (21;24). I tråd med denne tradisjonen bruker vi ordet mestring om en måte å gjennomføre arbeidsoppgaver på, i kombinasjon med organisasjonens tilretteleggelse for mestring. Det siste kaller vi kollektiv eller organisatorisk mestring. Det er glideende overganger mellom mestringsperspektivene; de to første handler om individuell håndtering av krav slik at det som oppleves som negativt,

reduseres eller bringes i balanse, mens vi definerer mestring med forbehold om at oppgaveløsning har noe nytt ved seg som gir endret atferd.

I «flyprosjektet» fant vi som nevnt at ansatte mestret utfordringer på ulike måter. Noen hadde lært mestring gjennom å analysere for seg selv hva de gjorde når noe gikk galt og hva de kunne gjøre annerledes. I tråd med Banduras teori om mentale handlingsguider (23) hadde de utviklet en mental beredskap for neste gang det dukket opp en krevende episode. En del av denne utviklingsprosessen handlet om refleksjon rundt egne grenser, en forutsetning for å kunne «kaste seg utpå» i ukjente situasjoner og prøve ut nye handlingsmønstre. Det var nettopp denne prosessen vi ønsket å sette i system og prøve ut for tjenesteytere i pleie og omsorg: Hvordan kan mestring videreutvikles og spres til flere gjennom systematisk refleksjon og kompetanseoverføring mellom kolleger slik at fellesskapet også styrkes?

### **Pleie- og omsorgssektoren som læringsarena**

Ideen om lærende organisasjoner er basert på teorier om organisatorisk læring, som først og fremst har sett på de prosesser som er involvert i individuell og kollektiv læring i organisasjonen. Litteraturen om lærende organisasjoner er mer handlingsorientert, mer rettet mot det som kan identifisere og fremme kvaliteten på læreprosessene; modeller og metoder for å skape endring (25). En lærende organisasjon gir sine ansatte muligheter for læring, slik at det skapes positive resultater; innovasjon gjennom praktisk samarbeid. Dette er i overensstemmelse med den kunnskapstradisjon som utdanning og opplæring av hjelpe- og sykepleiere står i. En praktisk

kunnskapstradisjon, der kunnskap om hva man gjør, hvordan man gjør ting og hvorfor man gjør som man gjør, er fasetter av en og samme oppgaveløsning. Dette er situert, kroppsliggjort kunnskap, praktisk kyndighet og reflektert erfaring (26).

Refleksjon dreier seg om utvikling av ny kunnskap gjennom å lære av en situasjon, og er ifølge Donald Schön et nøkkelelement i all fagutvikling (14;15). I hjertet av Schöns arbeider (ibid) ligger en forståelse av at fagpersoner daglig møter komplekse situasjoner det ikke finnes standardiserte løsninger på. Problemer oppstår innenfor en bestemt kontekst og må løses innenfor den. Ved å reflektere over de utfordringene en møter kan dette bidra til læring og nye løsninger. Schöns arbeider har også stått sentralt i senere års litteratur om sykepleieres utdanning og praksis (27-29). Schön (15) identifiserte to typer refleksjon, «reflection on action» og «reflection in action». «Reflection on action» skjer i ettertid, enten individuelt eller sammen med andre, der man gjennom et tilbakeblikk på situasjonen analyserer hva som skjedde og hvorfor. I refleksjonen skapes nye mentale handlingsguider, i tråd med Banduras teori (23). Neste gang man står i en tilsvarende situasjon utløses «reflection in action»; det skjer en slags «indre dialog» med situasjonen som gjør at man kan klare å hente fram den nye atferden man har planlagt å bruke. Det er samspillet mellom disse to måtene å reflektere på vi ønsket å bygge på i utviklingen av en modell som kunne tjene som læringsarena for individuell og kollektiv mestring i pleie- og omsorgssektoren.

### **METODISK TILNÆRMING**

*Design:* Prosjektet har et kvalitativt design og omfattet to faser. En pilotfase med bruk av

fokusgrupper, der hensikten var å «oversette» erfaringene fra flybransjen til situasjoner, ord og uttrykk som var typiske for pleie- og omsorgssektoren. Fase to omfattet etablering av grupper av ansatte i ulike organisatoriske enheter. Hensikten var i samarbeid med deltakerne å utvikle og prøve ut en modell for refleksjon i praksis, det vil si en interaktiv tilnærming der demokratisk dialog er et sentralt virkemiddel (30).

### **Fase 1**

*Utvalg:* Via Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) fikk vi forslag til enheter som kunne tenkes å delta i prosjektet, det vil si at vi foretok et strategisk utvalg (31) som i pilotfasen omfattet to sykehjem og en hjemmebasert tjeneste i Oslo. Ved hver av disse enhetene ble det etablert en fokusgruppe, hver på seks personer.

Hver av fokusgruppene møttes én gang. Deltakerne fikk før møtet tilsendt en kort oppsummering av de viktigste erfaringene fra «Flyprosjektet», og en beskrivelse av vår hensikt med møtet. De ble bedt om å tenke gjennom arbeidssituasjoner og episoder de ofte opplevde som krevende i eget arbeid, og å legge dette fram i fokusgruppen. Her ble erfaringene presentert og diskutert. Deretter diskuterte gruppen hvordan en kunne jobbe videre med sikte på økt mestring av utfordringer. Erfaringene fra møtene munnet ut i et forslag til arbeidsstruktur som vi ville prøve ut i fase 2.

### **Fase 2**

*Utvalg:* Ett av sykehjemmene fra pilotfasen ble med videre til fase 2. Vi rekrutterte i tillegg ett sykehjem og en hjemmebasert tjeneste i to andre kommuner. Lederen ved hver av enhetene kom med forslag på personer som ønsket å

delta i en refleksjonsgruppe. I tillegg skulle det oppnevnes en til to personer som skulle fungere som ledere, fasilitatorer for gruppen. Disse skulle være erfarne medarbeidere, men ikke nødvendigvis sykepleiere. Hver gruppe besto av fem–sju deltakere med ulike fagbakgrunn: sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Med ett unntak var alle deltakerne kvinner i alderen 25–62 år, med aldersspredning i alle gruppene.

Gruppene møttes to timer hver fjortende dag gjennom et halvt år (ti–tolv møter). Fasilitatorene hadde ansvar for at gruppearbeidet fulgte en bestemt struktur: Til hvert møte hadde to deltakere ansvar for å legge fram en selvopplevd, problematisk episode fra arbeidshverdagen. De som skulle legge frem, forberedte seg ved å fylle ut en «situasjonslogg» i seks punkter: Her beskrives episoden detaljert, i stikkordsform; hva har utløst den vanskelige situasjonen og hvordan er den taklet. Loggen gir en struktur for dekomponering av den aktuelle episoden (32;33), som forberedelse til fremlegg i gruppen. Gruppen reflekterte så i fellesskap over episoden. Med bakgrunn i gruppediskusjonen skrev «eieren» av episoden ned forslag til hvordan hun kunne håndtere en tilsvarende situasjon. Erfaringen med utprøving av ny praksis ble formidlet tilbake til gruppa i et senere møte. Loggene ble samlet inn og overlevert forskerne underveis i prosjektperioden.

Denne måten å jobbe på impliserer et samspill mellom ulike former for refleksjon og handling, det vil si utprøving av ny praksis. Først reflekterer den enkelte for seg selv, gjennom situasjonsloggen; hva var det som skjedde? Deretter reflekterer gruppen sammen og kommer med forslag, som prøves ut i handling. En enkel, strukturert metode som veksler mellom selvrefleksjon,

dialog («reflection on action») og utprøving av ny arbeidspraksis («reflection in action») over en periode på et halvt år.

### VÅR ROLLE

I tråd med en interaktiv forskningstradisjon (34) deltok vi som «med-fasilitatorer» på de to første møtene. Det vil si at vi medvirket i refleksjonen rundt episodene, og diskuterte med fasilitatorene hvordan gruppens oppgaver best kunne løses. Vi møtte også gruppene midtveis i perioden, men hadde da en mer observerende rolle. Fasilitatorene hadde hele perioden mulighet til å kontakte oss for å drøfte problemer som oppsto i gruppen. Vi deltok også på gruppens siste møte, der erfaringene med denne arbeidsformen ble evaluert, og tatt opp på bånd. I alt 50 «logger» ble samlet inn og har tjent som underlagsmateriale i videreutviklingen av prosjektet.

### HVA LÆRTE VI?

I den innledende fasen av prosjektet diskuterte vi hvilke episoder eller situasjoner ansatte opplevde som emosjonelt krevende og som best kunne egne seg for denne type refleksjonsarbeid. Det var stor grad av enighet i fokusgruppene om at følgende situasjoner ofte ble opplevd som utfordrende og vanskelige å mestre:

- Situasjoner med pasienter/brukere som av ulike grunner opplevdes å ha en «krevende» personlighet eller atferd
- Pårørende som ble opplevd som krevende
- Pleiefaglige vanskelige oppgaver, for eksempel terminal pleie og omsorg
- Organisatoriske utfordringer

Dette ble bekreftet ved de episoder som ble tatt opp refleksjonsmøtene i fase to. Vi gir her to eksempler på

episoder som ble loggført og drøftet, og som kan relateres til de to første punktene.

### Episode 1

En erfaren sykepleier hadde hatt kveldsvakt på en annen avdeling på sykehjemmet enn der hun vanligvis jobbet. Hun skulle delta i stellet av en dement pasient, der det trengtes to til å løfte pasienten over fra senga til en stol. Hun kjente ikke pasienten fra tidligere. I det de skal legge et «seil» under pasienten kjenner hun plutselig kraftige knyttneveslag i magen, først to og så to til. Hun opplever at den andre pleieren registrerer dette, men ikke kommer til unnsetning. Hun utsettes også for slag fra pasienten. De forlater rommet sammen, og pleieren som er fast på avdelingen mener at dette ikke er mer enn de må finne seg i, og ikke noe å snakke mer om. «Vår» sykepleier er sjokkert. Hva kunne hun gjort annerledes? Hvilke grenser kan settes, og hvorfor er ikke dette et tema?

### Episode 2

En godt voksen hjelpepleier med lang fartstid på sykehjemmet hadde over noe tid utviklet et stadig mer anstrengt forhold til en pårørende som daglig var på sykehjemmet. Den pårørende var selv sykepleier. Daglig henvender hun seg til hjelpepleieren som var mannens primærkontakt, med et eller annet klagemål; pasienten blir liggende for lenge om morgenen, han får medisiner på galt tidspunkt, det er for lite kontakt med lege, påkledningen er feil og så videre. Hjelpepleierens utfordringer er ikke klagemålene i seg selv, men at den pårørende stadig forstyrrer henne mens hun utfører annet arbeid, for eksempel at hun kommer inn på andre pasienters rom med sine klager.



Hjelpepleieren opplever at den pårørende ikke viser respekt for henne og det arbeidet hun utfører. Hun gruer seg til å møte den pårørende. Hvordan kan hun på en bedre måte komme henne i møte og hvilke grenser er det mulig å sette?

Utfordringene som ble tatt opp i refleksjonsgruppen var i liten grad diskutert tidligere. Temaer

å organisere møtearenaer som gjør det mulig for alle deltakere å møte hver gang. De fleste gruppene valgte et tidspunkt i skjæringspunktet mellom dag- og kveldsvakt, slik at de som skulle på kveldsvakt kunne møte et par timer før. Forutsetningen var at dette ble kompensert, enten økonomisk eller ved avspasering.

Flere av deltakerne hadde i

spesielle utfordringen på en annen og bedre måte. Det vil si at refleksjonsarbeidet er oppgavefokustert, ikke person- eller følelsesfokustert. Loggen fungerer som en struktur for egen refleksjon, samtidig blir den et bindeledd til det som foregår på gruppenivå. Deltakerne både gis og tar ansvar ved å ville prøve ut nye oppgaveløsninger, og å dele dette med andre. For å få til dette har vi etablert en modell med faste, tverrfaglige grupper, som skaper trygghet for å legge fram episoder den enkelte strever med. Dette bidrar samtidig til økt åpenhet og fellesskap i arbeidsmiljøet. Vår modell skiller seg også noe fra refleksjonsgrupper slik de tidligere har vært beskrevet innen sykepleierarbeid i Norge (35;36), som en form for veiledning som er temabasert, ledet av en lærer og der oppmøtet er mer uforpliktende. Det vil si at gruppens medlemmer varierer fra gang til gang. Dette karakteriserer også det som betegnes som «avdelingsvis veiledning» som er lite preget av kontinuitet med hensyn til hvem som er til stede (37). På den annen side har vår tilnærming mange felles trekk med modeller for læring på arbeidsplassen blant sykepleiere, beskrevet i internasjonal litteratur (28;29;38).

Vi har kombinert selvrefleksjon og loggføring med gruppe-refleksjon. I refleksjonsgruppen bringer aktørene aktuelle utfordringer inn i en strukturert dialog. Dialogen skal føre fram til en handlingsplan for alternativ oppgaveløsning og bedre mestring. Når aktøren neste gang møter liknende utfordringer, vil refleksjon i situasjonen være det som utløser en planlagt forbedret atferd.

Vår erfaring var at to timer refleksjon hver fjortende dag bidro til bedre mestring og styrket faglig selvfølelse. Dette gjaldt

” Vår erfaring var at to timer refleksjon hver fjortende dag bidro til bedre mestring og styrket faglig selvfølelse.

som vold og seksuell trakassering var dels tabubelagte. I løpet av prosessen ble den enkelte mer bevisst både egen håndtering av utfordringene, og på hvordan andre møtte denne type situasjoner. Diskusjonene avdekket med andre ord hvilken kunnskap som fantes med hensyn til å håndtere både den aktuelle situasjonen, og denne type utfordringer mer generelt. Dette bidro til økt forståelse av at også andre erfarte utfordringer, det vil si mindre grad av privatisering. Tverrfagligheten i gruppen var en styrke, og bidro til følelse av fellesskap og økt respekt for hverandres arbeid.

Vårt utgangspunkt for etablering av refleksjonsgrupper var at en slik tilnærming først og fremst egnet seg for episoder som var knyttet til ansattes relasjonelle arbeid. Dette syntes vi å få bekrefte. Spørsmål de ikke hadde beslutningsmyndighet til å endre, for eksempel knyttet til organisering av arbeidet, var mindre egnet.

Gruppene var gjennomgående, med faste deltakere. Ingen sluttet i løpet av prøveperioden, og det var svært lite frafall på grunn av sykdom, ferie eller avspasering. Men i organisasjoner der ansatte går turnus er det en utfordring

utgangspunktet problemer med å fylle ut «loggen». Dette var dels knyttet til usikkerhet med henhold til hva som var en «riktig» måte å beskrive utfordringer på, dels at mange var utrenet med å skriftliggjøre tankene. Det måtte understrekes flere ganger at det her ikke var noe som var riktig eller galt, men at de med egne ord, i en enkel form, skulle skrive ned sine erfaringer. Vi samlet inn 50 «logger» i denne fasen, det vil si at ikke alle skrev ned episodene de la fram, og ikke alle ønsket å levere fra seg «loggen». Utviklingsfasen resulterte i en håndbok, en veileder for hvordan en kan drive denne type refleksjonsarbeid (33).

#### DISKUSJON

Denne måten å arbeide på har mange fellestrekk med ulike former for gruppeveiledning. Møtene er formalisert og avtalt på forhånd, de har et formulert mål, det er tydelig hva som er deltakernes oppgaver i gruppen, og de forplikter seg til aktiv involvering i en prosess (4). Det som kjennetegner vår modell, er at det fokuseres på konkrete arbeidsoppgaver; hvordan en problemsituasjon har oppstått og hvordan den enkelte pleier kan håndtere denne

i særlig grad de med minst utdanning. Disse gruppene hadde få arenaer hvor de kunne diskutere faglige spørsmål. Dette problemet forsterkes ved at mange av disse formelt sett bare var ansatt i deltidstillinger, selv om de reelt sett arbeidet mye mer. Ansatte i pleie- og omsorgssektoren i kommunene har i mindre grad enn sykehussektoren hatt tilbud om kompetansehevede tiltak (39), og det har vært liten tradisjon for å drive veiledning i denne sektoren (37). Behovet for denne type arenaer er kanskje spesielt stort blant de som har lite kompetanse fra før.

I utprøvningsfasen møtte vi noen sentrale utfordringer som

må håndteres dersom gruppene skal fungere og bidra til å skape robuste kulturer for refleksjon. For det første er det viktig at prosjektet forankres både i topp og bunn i organisasjonen. Det vil si at ledelsen må informeres og aktivt støtte prosjektet ved å sikre de nødvendige rammebetingelsene. Deretter må det informeres i organisasjonens ulike fora, ikke bare ved oppstart og invitasjon til å delta, men også underveis når møtene skal holdes. Dette er viktig for å skape legitimitet i organisasjonen og for at de som deltar kan gå fra arbeidet uten dårlig samvittighet. Å være en lærende organisasjon slik vi har erfart det, krever ikke

mye tid, likevel er tiden et sprinngende punkt i moderne helse-tjeneste. Turnus, deltid, fravær og lav bemanning er nøkkelvariabler. Det er krevende å finne tid til å møtes i et forpliktende diskusjonsfelleskap. Vår erfaring er at slike utfordringer kan løses ved god planlegging, informasjon og mulighet for å kompensere oppmøte på fritiden.

Prosjektet videreføres, dels ved at arbeidsorganisasjonene fra den første fasen selv har jobbet videre med nye refleksjonsgrupper, dels ved opplæring av lokale fasilitatorer i flere kommuner som selv initierer og driver refleksjonsgrupper på sin arbeidsplass.

## REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Kommunal pleie- og omsorgsstatistikk. [http://www.ssb.no/pleie/]. Statistisk sentralbyrå oppdatert 2008.
2. Sosial- og Helsedirektoratet. Rekrutteringsplan for helse-sosialpersonell 2003-2006. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. nr 3.
3. Helsedirektoratet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006. Rekruttering for bedre kvalitet. Oslo 2008. Rapport nr 4.
4. Bang S, Heap K. Skjulte ressurser: om veiledning i grupper. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.
5. Boge M, Markhus G, Moe R. Læring gjennom veiledning. Meningskaping i grupper. Oslo: Fagbokforlaget; 2005.
6. Teslo AL. Mangfold i faglig veiledning. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
7. Amble N, Enehaug H, Forseth U., Gjerberg E, Grimsmo A, Iversen T. Arbeidsmiljø og mestring hos frontlinjearbeidere i flytransporttjenesten. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 2003. Rapport nr 6.
8. Amble N, Gjerberg E. Emosjonelt arbeid og mestringspraksis. Sosiologisk Tidsskrift 2003;11(3): 248-72.
9. Forseth U. Boundless Work – Emotional Labour and Exhaustion in Interactive Service Work and Occupation NTNU; 2001.
10. Hochschild A. The Managed Heart. Commercialization of Human Feelings. London: England University of California Press; 1983.
11. Wharton A. The Affective Consequences of Service Work. Work and Occupation 1993;2(2): 205-32.
12. Morris AJ, Feldman DC. The Dimensions Antecedents and Consequences of Emotional Labour. Academy of Management Review 1996;4(4): 986-1010.
13. Johns C. The value of reflective practice for nursing. J Clin Nurs 1995;4(1): 23-30.
14. Schön D. Educating the Reflective Practitioner. San Francisco: Jossey Bass; 1987.
15. Schön D. The Reflective Practitioner: How professionals think in action. New York: Basic Books; 1983.
16. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J Pers Soc Psychol 1986;50(5): 992-1003.
17. Knardahl S. Kropp og sjel. Psykologi og helse. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
18. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984.
19. Vifladt EH, Hope L. Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring.: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom; 2004.
20. Grimsmo A, Sørensen B, Løkken O. Det moderne tjenerskap: Varm på bena, kald i hjertet? Noen sider ved arbeidsmiljøet i tjenesteyting. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 1992. nr 12.
21. Sørensen B, Grimsmo A. Varme og kalde konflikter i det nye arbeidslivet. Oslo: Tiden Norsk Forlag AS; 2001.
22. Sørensen B. Det grådige arbeidslivet. I: Roness A, Mathiesen SB, editors. Utbrent: Krevende jobber – gode liv? Bergen: Fagbokforlaget; 2002. p. 116-43.
23. Bandura A. Self-efficacy. The Exercise of Control. New York: Springer Publishing Company; 1997.
24. Bandura A. Cultivate Self-Efficacy for Personal Organizational Effectiveness. I: Locke EA, editor. Handbook of Principles of Organizational Behaviour. Oxford: Blackwell; 2000.
25. Finger M, Brand SB. The concept of the «learning organization» applied to the transformation of the public sector. I: Organizational Learning and the Learning Organization. M. Easterby-Smith, L. Araujo and J. Burgoyne utg. London: Sage; 1999.
26. Eikeland O, Ausland LH, Enehaug H, Klemsdal L, Widding S. Har systematisk læring på arbeidsplassen noe med livsfase- og seniorpolitikk å gjøre? Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 2006. Rapport nr 5.
27. Atkins S, Murphy K. Reflection: a review of the literature. J Adv Nurs 1993;18(8): 1188-92.
28. Carkhuff MH. Reflective learning: work groups as learning groups. J Contin Educ Nurs 1996;27(5): 209-14.
29. Hannigan B. A discussion of the strengths and weaknesses of 'reflection' in nursing practice and education. J Clin Nurs 2001;10(2): 278-83.
30. Reason P, Bradebury H. Introduction. I: Reason P, Bradebury H, editors. Handbook of Action Research. London: SAGE; 2001. p. 1-14.
31. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Tano Aschehoug; 1996.
32. Dysthe O, Hertzberg F, Hoel TL. Skrive for å lære. Skrivning i høyere utdanning. Oslo: Abstract forlag; 2000.
33. Amble N, Gjerberg E. Hjerte, hode, hender – et refleksjonsverktøy for mestring i pleie- og omsorgstjenesten. Arbeidshåndbok. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet; 2007.
34. Gustavsen B. Theory and Practice: The Mediating Discourse. I: Reason P, Bradebury H, editors. Handbook of Action Research. London: Sage; 2001. p. 17-27.
35. Tennø EH. To tenker bedre enn en. Sykepleien 2005;15:58-9.
36. Fermann T, Horntvedt R. Den gode samtalen. Sykepleien 2006;19:62-3.
37. Bergland Å, Hestetun M, Kristiansen M. Veiledning: Erfaring med avdelingsvis veiledning. Sykepleien 2003;18:46-8.
38. Haddock J. Reflection in groups: contextual and theoretical considerations within nurse education and practice. Nurse Educ Today 1997;17(5): 381-5.
39. Thidemann IJ. Vi bare tar oss av hverandre. Sykepleien 2002;19:42-6.

# Modell for å utvikle mestringskunnskap og kvalitet

► Artikkelen om pleie- og omsorgssektoren som lærende organisasjon, omtaler mange av de daglige utfordringer vi møter i arbeidshverdagen.



**Av SVANHILD BYSVEEN**

Fagutviklingspsykeleier,  
Løten

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Gjennom lover stilles det stadig økende krav til kvaliteten på tje- nestenes innhold, ansvarliggjø- ring, dokumentasjon, planer og samhandling. Dette er viktige styringsverktøy, med ett innhold som stemmer godt med helsepersonells verdier og kunnskaper. Men hvor godt gjenspeiles dette i praksis og det som verdsettes der?

Effektivitetskrav i hverdagen sikter ofte mot andre resultatmål enn kvalitet. Hvordan påvirker dette «krysspresset» våre medarbeidere over tid? Hvilken betydning har dette for å rekruttere, beholde, redusere avgangen, trivsel, faglig utvikling, ivaretagelse og utnyttelse av våre menneskelige ressurser?

Refleksjon i grupper kan være et tiltak for å øke trivsel, trygghet og kompetanse. Det er viktig med kunnskapsutvikling ut fra egenopplevde praktiske utfordringer, og i læring gjennom faglige og etiske refleksjoner sammen med andre. Meningsutveksling gjen-

nom å dele det vi kan, bidrar til at mestringskunnskap blir felleseie. Tverrfaglig sammensatte grupper bidrar til at saken belyses fra flere perspektiver og posisjoner. Slik kan vi skape en arena for økt forståelse for de enkeltes fagområder og bedre samarbeid mot et helhetlig omsorgstilbud til våre pasienter.

Erfaringer med refleksjonsgrupper er at møtene kan oppleves som et «fristed», der deltakerne fritt kan ta opp saker de opplever i hverdagen – selvsagt innenfor de rammer som er gitt. Allerede ved å formulere en presentasjon av saken skjer en bevisstgjøring og mange oppdager nye perspektiver og muligheter. Ved å løfte saken litt ut av konteksten der den finner sted, åpnes det for å se den i et større perspektiv. Spørsmål og innspill fra andre bidrar til å utdype sakens faglige utfordringer. Prosessen går deretter ofte over i å dele kunnskap, praktiske erfaringer og verbibaserte syns-

punkter. Deltakerne vil dermed få bekreftelse/utvidelse av egen kompetanse, med et større reper- toar å prioritere og velge ut fra. Uansett utgangspunkt øker forut- setningene for faglig trygghet og engasjement.

Kompetanseutvikling på denne måten viser seg å være lettere å huske og overføre til praksis. Læringsmåten gir øvelse i refleksjon, – en forutsetning for livslang læring? Refleksjonsgrupper kan dermed være et nyttig tiltak for å tilrettelegge for mestringskunnskap og kompetanseutvikling, sentrale elementer i en lærende organisasjon. De ansatte ivaretas og får muligheter til faglig utvikling – noe som igjen kan bidra til et kvalitativt bedre tilbud til pasientene. Praksisrettet forsknings- og utviklingsprosjekter gir mye nyttig faggrunnlag vi kan tilpasse og overføre til egen virksomhet.

Les artikkelen på side 36



**Hva tilfører denne artikkelen?**

Når mange sykepleierstudenter skal ha praksis samtidig kan dette skape utfordringer for høyskolene. Høgskolen i Oslo testet ut en ordning hvor to og to studenter deler veileder og går sammen til pasienter i hjemmesykepleien. Artikkelen presenterer resultatet av evalueringen

av denne såkalte tospannsmodellen. Hovedfunnet er at både studenter og sykepleiere er tilfredse med ordningen.

**Mer om forfatterne:**

Åshild Slettebø, autorisert sykepleier, professor og Dr.polit ved Høgskolen i Oslo, Vigdis Bryn,

høgskolelektor, MPh, autorisert sykepleier, Kine Cecilie Veitsle, autorisert sykepleier og Anne Lisbeth Syvertsen, fagkonsulent, autorisert sykepleier.

Kontaktperson:

Aashild.Slettebo@su.hio.no.



Foto: Erik M. Sundt

**Studiens bakgrunn:** I rammeplan for sykepleierutdanning kreves at sykepleierstudenter har 50 prosent av sine studier i klinisk praksis, hvorav en periode skal knyttes til kommunehelsetjenesten, inkludert i hjemmesykepleiepraksis. I Oslo er det stort press på bydelenes hjemmesykepleiesoner om å ta imot sykepleierstudenter.

**Hensikt:** Å dokumentere hvilke opplevelser studenter og sykepleiere har med bruk av tospannmodell i hjemmebaserte tjenester.

**Metode:** Prosjektet hadde preg av

aksjonsforskning der en referansegruppe bestående av representanter for praksisfeltet, studentene og høgskolen sammen utformet design, problemstillinger og fulgte opp prosjektet underveis. En evaluering av prosjektet ble gjort via tre fokusgruppeintervjuer: en fokusgruppe med representanter for praksisfeltet og to fokusgrupper hvor studentene deltok. Data ble analysert ved tematisk innholdsanalyse.

**Hovedresultat:** Både sykepleiere og studenter var i hovedsak for-

nøyd med tospannmodellen. Resultatene ga viktige forståelser for hvordan erfaringene med tospann var tematisert ved «kuskens rolle i tospann», «den planløse hverdag» i praksisperioden og «tidsklemmen i hverdagen».

**Konklusjon:** For å få ivare tatt studier med studenttett gruppe i samsvar med sosiokulturelt læringsssyn i hjemmesykepleien anbefales tospannmodell som en viktig forutsetning for gjennomføring av praksisperioden.

# >> Hjemmesykepleien: PRAKSISSTUDIER I TOSPANN

Forfattere: **Åshild Slettebø, Vigdis Bryn, Renate Kristine Hovdsveen, Kine Cecilie Veitlsle og Anne Lisbeth Syvertsen**

## NØKKELOD

- Hjemmesykepleie
- Sykehjem
- Mestring
- Kvalitativ studie
- Fokusgrupper

## INTRODUKSJON

Sykepleierutdanningen anvender to læringsarenaer; høyskole og praksisfelt. Når studentene er i høyskolen gjelder til enhver tid de lover og forskrifter og nasjonale utdanningspolitiske føringer som Kunnskapsdepartementet legger opp til, blant annet Rammeplan for sykepleierutdanningen (1-2). Når studentene er i kliniske studier er de definert som helsepersonell og da gjelder lover og forskrifter og nasjonale helsepolitiske føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet (3-8).

I dette prosjektet ønsket vi å se nærmere på hvilke muligheter og hvilke begrensninger for læring som ligger i praksisfeltet i hjemmebaserte tjenester når praksisperioden ble gjennomført med studenttett gruppe. Med studenttett gruppe menes at bydelens hjemmetjeneste tok imot dobbelt antall studenter totalt sett i perioden, det vil si

vårt tilfelle si at de tok imot åtte studenter mot tidligere fire studenter. Forutsetningen var at studentene gikk i tospann som betyr at to og to studenter hele tiden gikk til samme brukere og fikk veiledning sammen av en sykepleier. Hensikten med studien var å dokumentere hvilke opplevelser studenter og sykepleiere har med bruk av tospannmodell i hjemmebaserte tjenester.

## BAKGRUNN OG LITTERATUR- GJENNOMGANG

Det har vært hevdet at mange kommuner og bydeler i Oslo har et sykepleiefaglig minimumsnivå i primærhelsetjenesten (9-11). Tross denne manglende sykepleiefaglige bemanning er praksisfeltet lovpålagt å ta imot studenter for opplæring (7). Dette skaper spesielle utfordringer for veilederrollene sykepleierne skal ha og for studentenes sosialisering til sykepleieryrket. Gjensidig kompetanseheving som resultat av endret praksisveiledning og utvikling av veiledningsmodell for sykepleierutdanningens kliniske studier i hjemmesykepleie er tidligere utført ved Høgskolen i Vestfold (12, 13). En studie fra Dia-konhjemets høyskole studerte gjensidig kompetanseutvikling i helsetjenesten hvor både tjenesten forbedres og studenter, lærerveileder og ansatte utviklet seg og lærte (14). Hovedfokus for studenter i hjemmesykepleie-

praksis er primærsykepleie til hjemmeboende personer med behov for pleie, rehabilitering og omsorg. Pasienter har store behov for informasjon og oppfølging i både behandlings- og rehabiliteringsprosessen, etter at de er rammet av sykdom eller en annen livskrise. Mange har gjennomgått behandling på sykehus og har behov for videre oppfølging etter utskrivning. Pasientene trenger informasjon om sykdommen, prognose, hvordan de kan forebygge tilbakefall og unngå kompliserende faktorer. Pasientene er mennesker med kroniske sykdommer, ofte med sammensatte behov. Det er rehabiliteringspasienter, eldre med store pleie og omsorgsbehov og psykiatriske pasienter. I en studie av sykepleierstudenters læring ved å delta i kommunehelsetjenestens tilbud (15) fikk studentene større forståelse for servicetilbudet og i tillegg ønsket halvparten å starte med å jobbe i kommunehelsetjenesten etterpå. Med økende behov for sykepleiere i kommunehelsetjenesten synes dette å være et viktig funn og viser betydning av godt tilrettelagte praksisstudier i kommunehelsetjenesten i utdanningen. Læringsmodellens betydning for betingelser for og faser i læring via praktisk veiledning er studert (16). Studier (17) viser betydningen av veilederes rolle i praksisstudiene og hvordan både et konstruktivistisk og et sosiokulturelt

lærings syn fremmer læring og utvikling av ekspertkunnskap i praksis. De mest vellykkede lærings situasjoner er preget av en teoretisk forståelse ut fra sosiokulturelt lærings syn der student og veileder deltar i et fellesskap fokusert på lærings situasjonene (18).

### TEORETISK RAMMEVERK

Høgskolens teoretiske tilnærming til læring er et sosiokulturelt lærings syn hvor samhandling mellom mennesker er det primære utgangspunkt for læring. Studentene ansees som ressurspersoner og medarbeidere i læringsprosessen (19). Kunnskap skapes ved at en forståelse av situasjoner blir «konstruert» i en sosial kontekst der studenter, sykepleiere og høyskolelektorer i samarbeid skaper den kunnskaps kroppen som utvikles ved teoritilfang og erfaring (20). Dette innebærer en høy grad av ansvar for egen læring. I denne sammenheng er tospannmodellen, der studentene arbeider to og to og går til pasientene i fellesskap og kommenterer hverandres arbeid, en modell for læring. De får også felles veiledning og evaluering av sykepleier og høyskolelektor. Her er felles læring utgangspunkt for tilbakemeldinger og videre konstruksjon i praksislæringen.

### DESIGN OG METODE

#### Gjennomføring av studien

Prosjektet ble gjennomført etter et modifisert aksjonsforskningsdesign (21). Aksjonsforskning er en metode der man ikke forsker på personer, men sammen med dem. Schei (22) sier at aksjonsforskning har karakter av en samhandlende, syklisk prosess ved at forskeren i samhandling

med aktørene planlegger, gjennomfører og deretter evaluerer handlinger. For så på nytt å planlegge og gjennomføre de endringer som er fokus for prosjektet. I dette prosjektet var aksjonen en tilrettelegging av læring ut fra tospannmodell. Eikeland (23) betegner aksjonsforskning som en viktig læringsprosess, der forskeren er «utenforstående» i forhold til den praksis som endres, slik at forskeren beholder det analytiske blikket til det som skjer i organisasjonen.

#### Praksisarenaens faglige forutsetninger

Bydelen (28 656 innbyggere per desember 2006) hvor prosjektet ble gjennomført, har to sykepleiegrupper for hjemmesykepleie. Fra 1. september 2006 ble det innført brukervalg på praktisk bistand. Praktisk bistand, som for eksempel vaktmestertjenester og hjemmetjeneste, ble skilt ut som en egen gruppe. Den øverste sykepleiefaglige ansvarlige i hjemmesykepleien er resultatansvarlig, med blant annet en fagkonsulent (sykepleier) og to spesialsykepleiere. En av spesialsykepleierne arbeidet med fokus på lindrende

nistrerer brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Fagkonsulenten skal sikre opplæring for de ansatte og for studenter og elever i pleiesektoren som har sin praksis i tjenestestedet. Den totale arbeidsstokken består av sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, hjemmehjelpere og ufaglærte.

Bydelen har innført bestiller-/utførermodellen (BUM). BUM innebærer at en egen gruppe med sykepleiere vurderer pasientens behov og fatter vedtak om hvor stor tidsressurs og hvilke tiltak brukeren har rett til, mens en annen gruppe pleiepersonell har ansvar for å utføre de tjenestene brukeren har fått vedtak på. Begge hjemmesykepleiegruppene ledes av sykepleier. Gruppen for praktisk bistand ledes av en hjelpepleier. Budsjetterte stillinger for de to gruppene: cirka 24 stillingshjemler for fagpersoner som sykepleiere og hjelpepleiere i hver gruppe. Det har vært fire studenter i hver gruppe, dobbelt så mange som tidligere perioder, såkalt studenttett gruppe.

#### Forberedelse av praksisarena

Det ble gjennomført ett inn-



Studentene har læringsutbytte av å gå sammen to og to og diskutere faglige spørsmål med hverandre.

behandling og den andre spesialsykepleieren var psykiatrisk sykepleier og ble benevnt «psykiatri i stab». Enheten har en hjelpepleier som koordinator for demensomsorgen. Enheten har også ansvar for tilrettelagte boliger og dagtilbud og admi-

ledende styringsgruppemøte i vårsemesteret. Deltakere på møtet var bydelens ledelse for hjemmesykepleiedistriktet og representanter fra høgskolen. Ingen studenter deltok på dette møtet. Det ble nedsatt en referansegruppe for prosjektet

bestående av de prosjektansvarlige fra høyskolen, sykepleieleder, fagkonsulent, samt sykepleierveileder fra hjemmetjenesten og representanter for sykepleierstudentene. Referansegruppen utarbeidet endelig design for prosjektet, og har hatt kontinuerlige prosessmøter hver fjortende dag i prosjektets operative fase. Det sammenfaller med studentens kliniske studieperiode; totalt åtte uker våren 2007. Det ble skrevet referater fra møtene.

### Utvalg og datasamling

På slutten av perioden ble det gjennomført tre fokusgruppeintervjuer (24-27). En fokusgruppe bestående av involverte sykepleiere, inkludert fagkonsulent og avdelingsledelse. Og to fokusgrupper bestående av alle studentene som hadde hatt kliniske studier i distriktet i den aktuelle perioden. Til sammen var det fire sykepleiere og seks studenter (to studenter hadde forfall). Det var tre menn og syv kvinner i utvalget. Alle fokusgruppesamtalene varte cirka en time og ble tatt opp på lydband og transkribert ordrett. En forsker ledet fokusgruppene og høyskolelektoren tilknyttet prosjektet var assistent.

### Analyse

Transkripsjoner fra fokusgruppeintervjuene ble analysert ved tematisk innholdsanalyse (28). Analysen fulgte Malteruds (29) anbefaling for innholdsanalyse ved at utsagnene ble kondensert til meningsfortattede utsagn og kategorisert og deretter tematisert ut fra hovedtema i intervjuene.

### Etiske overveielser

Studenter og sykepleiere fikk skriftlig informasjon og ga sitt

skriftlige samtykke til deltakelse i prosjektet og i fokusgruppeintervjuer. Ledelsen i distriktet godkjente gjennomføringen av prosjektet før igangsettelse. Prosjektet falt utenfor mandatet til Regional Etisk Komité fordi ingen pasienter ble inkludert som forsøkssubjekter og ingen helse- eller pasientopplysninger ble innsamlet. Studentene fungerte som studenter i ordinære praksisstudier overfor pasientgruppen. Prosjektet ble forhåndsgodkjent av Personvernombudet for forskning hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

### RESULTATER

Hovedfunnet er at både studenter og sykepleiere er tilfredse med ordningen med tospannmodell. Det er arbeidsbesparende for sykepleierne når det er mange studenter og disse jobber tett sammen. Også studentene erfarer at de har støtte i hverandre og får rom for refleksjoner sammen. På spørsmål om det å gå i tospann svarer studentene: «Kjempefint, men jeg har savnet individuell oppfølging. Ellers synes jeg at det har fungert veldig, veldig godt. Student 2: Det er stort utbytte faglig av å gå to og to sammen. Student 3: Det er mye enklere å diskutere med en på samme nivå» (studenter).

### «Kusk for tospannet?»

Studentene gir alle uttrykk for at de opplevde det som en styrke å gå to og to studenter sammen i tospann. De følte at de kunne spille på hverandre og de hadde hele tiden en medstudent som de var trygge på og som de kunne diskutere aktuelle problemstillinger med: «Hvis du har en å diskutere med, så blir du mye mer klar over alt som kan diskuteres også, på en

måte». De mente imidlertid at det forutsatte «god kjemi» mellom studentene. Et dilemma som både studentene og sykepleierne reflekterte rundt var utfordringer som kunne oppstå i de tilfellene hvor en student var «sterk» og den andre studenten i tospannet var «svak», teoretisk og praktisk. Da er det viktig at både sykepleiere og studenter ser at å være svak innen et felt kan være en styrke i andre sammenhenger og vice versa. Det vil si at man må skifte på å være «kusken» for tospannet. Dette synet ble støttet av sykepleiernes erfaringer. De erfarte i tillegg at studentene arbeidet mer selvstendig. En av sykepleierne sier: «Jeg mener at tospannmodellen har mye for seg, fordi studentene kan bruke hverandre som ressurser. Men jeg mener at det skorter veldig mye på betingelsene for sykepleierne på praksisstedet».

Studentene utfylte hverandre og søkte sammen for å finne svar på problemstillinger de møtte ute hos pasientene. Det synes som studentene i noen situasjoner ønsket at sykepleieren skulle vært delaktig som «kusken» for tospannet, mens de andre ganger selv delte på rollen med å lede tospannet. En positiv opplevelse var at «medstudentveiledning» var mulig. Sykepleierne var noe usikre på i hvilken grad de følte de hadde fått fulgt studentene godt nok opp, når studentene var «selvforsynte» med refleksjonsmuligheter seg imellom. Studentene var uenige om muntlige refleksjoner, med og for sykepleierne, kunne erstatte skriftlige oppgaver: «Student 1: Jeg synes det er greit å ha refleksjonsnotater. Student 2: Det ble veldig, veldig, veldig halvhjertet, de siste oppgavene. Student 3: Jeg synes det

er altfor teoretisk. For eksempel refleksjonsnotatene. Vi kunne mye heller møttes i gruppa og reflektert muntlig. Det tror jeg vi hadde fått mye mer ut av». Også sykepleierne diskuterte nytten av alle skriftlige oppgaver som studentene måtte gjøre mens de hadde praksisstudier: «Jeg har tatt opp med lærer tidligere, at skolen pålegger studentene for mange oppgaver, og det går på bekostning av praksisen» (sykepleier). Studentene reflekterte over egeninnsatsen og reflekterte selvkritisk over manglende innsats. Dette gjaldt spesielt når det var gitt mange studieoppgaver uten rom for å gå i dybden. Studentene var imidlertid enige om at det var viktig med tilbakemeldinger fra høyskolelektor og sykepleiere på de skriftlige oppgavene. De savnet den faglige dybden som de mer erfarne sykepleiere kunne bidra med til refleksjonene.

#### «Den planløse hverdag»

Noen studenter erfarte at sykepleierne og pasientene var forberedt på at det kom studenter. Andre studenter savnet dette: 1) Det var ingen plan når studentene kom for hvilke pasienter de kunne gå til. Det kunne for eksempel vært en idé å ha en oversikt over pasienter som var informerte om studentenes tilstedeværelse, og hadde sagt seg villige i forkant til å være disponible for studenter i praksis. Som studentene formulerte det: «De kunne jo hatt faste studentlister med noen (pasienter) som synes at det var greit». 2) Det manglet adgang for studentene til dataprogrammet Gerica som praksisstedet brukte som blant annet rapportsystem. 3) Det manglet plan for veiledningstider mellom studenter og sykepleierne.

4) Det var dårlig planlegging fra høyskolens side. Studentene var så vidt innom praksisstedet før de hadde en lengre periode inne på høyskolen i forbindelse med påskeferie og diverse kurs: «Det var ikke noe kontinuitet, du fikk ikke flyt i praksisperioden. Vanskelig å bli kjent med brukerne, vekk en uke, og så tilbake igjen den neste. Det tok tid å komme i gang».

Studentene etterlyste også muligheten til å gå alene og arbeide selvstendig i slutten av praksisperioden. Enkelte av studentene fikk anledning til dette, men det var mer tilfeldig enn planlagt. Det var imidlertid positivt for studentene som erfarte det fordi de fikk mulighet til å prøve seg på egen hånd. Det ble anbefalt som en del av opplegget at studentene måtte gå alene en ukes tid i praksisperioden: «Det kan være positivt det, å gå alene på slutten av praksisperioden (student)». Sykepleierne på sin side mente studentene ikke søkte veiledning så ofte og så mye som studenter som gikk alene. Dette var både positivt og negativt. Det avlastet sykepleierne, men samtidig ble sykepleierne til tider usikre på hva og hvor mye studentene kunne om ulike funksjoner i hjemmesykepleien.

Et annet tiltak som ble påpekt av sykepleierne, var å bli forberedt på at det kom mange studenter og hva tospannmodellen innebar for både sykepleiere og studenter. De ønsket å bli bevisstgjort hvilket ansvar som lå på både sykepleiere og studenter, i forbindelse med at studentene gikk i tospann. Studentene var der for å lære og for å få veiledning av sykepleierne, ikke for å avlaste praksis ved ressursmangel. Avlastning av mer akutte situasjoner var imid-

lertid en del av praksisperioden, fordi det manglet en plan om hvilke læresituasjoner som var aktuelle og hvordan studentene best kunne utnytte tiden til egen læring fremfor «brannslukking» for praksis.

#### «Tidsklemme i praksisfeltet»

Praksisfeltet var preget av mangel på sykepleierressurser i den perioden prosjektet varte: «Det var mangel på sykepleiere på praksisstedet, så jeg føler at vi kunne blitt tatt bedre hånd om. Vi var litt usikre på hvor mye vi kom til å lære i begynnelsen, men vi lærte vel mer enn det vi trodde vi skulle gjøre» (student). Grunnbemanningen var tilstrekkelig, men på grunn av sykmeldinger og sykepleiere i permisjon var det likevel en større mangel på sykepleiere i praksisfeltet enn forutsatt før prosjektet startet. Studentene erfarte sykepleiere som «løp» og som var dyktige i sin jobb, men som hadde for liten tid både til pasienter, rene sykepleiefunksjoner og til veiledning av studentene. Ifølge sykepleierne kunne dette avhjelpes ved at det ble satt av mer tid til systematisk veiledning underveis i praksisperioden: «Jeg tror det er større behov for planlagt veiledning når det er to. Jeg tror ikke nødvendigvis at man er mer aktiv når man er alene, men jeg tror man må planlegge det på en helt annen måte når det er to stykker» (sykepleier). Det ble presisert av sykepleierne, inkludert ledere, at det var et ledelsesansvar å organisere sykepleierens tid på en slik måte at de fikk muligheter til systematisk veiledning med studenten. Og at det ble satt av tid til dette i sykepleierens arbeidsplaner: «Jeg som leder måtte inn og sette av tid. For



det er helt nødvendig, man må organisere det på et vis» (sykepleier).

## DISKUSJON

Tospannmodellen er diskutert i litteraturen ut fra erfaringer i sykehjem (30). Vi har tilsvarende erfaringer fra hjemmesykepleie: studentene har læringsutbytte av å gå sammen to og to og diskutere faglige spørsmål med hverandre. Dette kan relateres til det sosiokulturelle læringsynet som høgskolen funderer sin utdanningsfilosofi på (19, 31). Læring skjer i et fellesskap der kunnskap utvikles og forstås i sammenheng ved at den utveks-

det er satt av tid på ukeplanen til samtaler mellom sykepleieveileder og studenter. Dette fordrer tilrettelegging fra ledelsen i hjemmesykepleiedistriktet og nok ressurser til at sykepleierne faktisk kan prioritere å ta seg av studentene. Det var en erfaring som ble tydeliggjort gjennom de avsluttende fokusgruppeintervjuene, og som kan være en anbefaling der tospannmodell skal brukes i praksisveiledning andre steder. I tillegg kommer den veiledning høgskolelektor gir, og eventuell samling studentene imellom for utveksling av felles erfaringer og utfordringer i praksisperioden. Dette er i tråd med internasjonal

nærhet til praksisfeltet og referansegruppens styring med gjennomføringen av prosjektet. Referansegruppen har utformet problemstillinger og hatt løpende møter i hele prosjektperioden. Praktisk har det betydning at man underveis har forsøkt å møte utfordringer ved å tilrettelegge for flere læresituasjoner. Samt øke deltakelse fra høgskolelektors side i refleksjonsprosessene til studentene. En etisk refleksjon knyttet til pasientene var relatert til at studentene gikk to og to og ikke alene. Det kunne virke «overveldende» på pasienter at de kom flere. En slik refleksjon ble gjort kontinuerlig og der pasienten ga uttrykk for at studentene ikke var velkomne, ble dette respektert ved at studentene trakk seg tilbake.

Svakheter ved opplegget er at det har vært kort tid til gjennomføring og bare en praksisperiode som har vært grunnlag for gjennomføring av prosjektet. Erfaringene er ikke udelt positive. Det var positivt med medstudentveiledning og medstudentrefleksjon i tospannet. Likeledes var det positivt med felles evaluering og tilbakemeldinger. Ulempen var mindre mulighet for selvstendig arbeid og tett oppfølging av sykepleier. Ut fra et sosiokulturelt læringsyn er imidlertid en slik ulempe mindre relevant fordi læringen skal skje i et fellesskap og i samarbeidet med andre (17-19).

## KONKLUSJON

Erfaringer med å ha studenttettgruppe i hjemmesykepleien hvor studentene går etter tospannmodell er i hovedsak positive. Til tross for ressursmangel i den perioden prosjektet ble gjennomført. Prosjektets resultater tyder på at det er en fordel om

” Ulempen var mindre mulighet for selvstendig arbeid og tett oppfølging av sykepleier.

les og diskuteres. Studentene vektla at de var mer bevisste på problemstillinger til refleksjon og drøfting når de gikk sammen enn når de arbeidet selvstendig. Samtidig er det et paradoks at både studentene og sykepleierne ønsket at studentene skulle ha en periode på slutten av praksistiden der de skulle gå alene til pasientene for å lære å arbeide selvstendig. Dette synes å tale imot sosiokulturelt læringsyn der medlæring er viktig og der læring ses på som en forståelse som utvikles i samarbeid med andre.

Studentansvarlig sykepleier for studentgrupper i tospann er anbefalt (20). Det er viktig at forholdene legges til rette også i praksis slik at sykepleierne har tid og mulighet til å følge opp. Dette kan med fordel skje ved mer systematisk veiledning der

forskning som anbefaler studenter å samarbeide i partnerskap i kommunehelsetjenesten. Slik kan man bedre utvikle lederskapsevner og sosialt ansvar i kliniske studier i sykepleierutdannelsen (15-18). Vektleggingen av betydningen av det å motivere studenter og bidra med veiledning blir ansett som sentralt for egeninnsats og studentdrevet læring (31, 32). Studentenes egeninnsats var stor i forhold til oppfølging av pasientene, men mer halvhjertet når det gjaldt studieoppgaver. Studentene mente selv det i stor grad skyldtes mangel på tilbakemeldinger og lite rom for å gå i dybden. Sett ut fra sosiokulturelt læringsyn (19) er tilbakemeldinger og samrefleksjon over praksis viktig for læring, noe studentene og sykepleierne i dette prosjektet bekreftet.

Prosjektets styrke har vært

sykepleierne får avsatt tid til systematisk veiledning av studentene underveis i perioden. Og at ledere støtter sykepleiernes veilederfunksjon. Jevnlig oppfølging av høgskolelektor er også av betydning for verdien av tospannmodell i hjemmesykepleiepraksis. Konklusjonen er at ved bruk av tospannmodellen ivaretas sosiokulturell læring der kunnskapen fra hjemmesykepleiepraksis konstrueres i

samspillet mellom studentene i tospannet, sykepleieren og høyskolelektoren og møtet med pasienten.

#### TAKK

Takk til førstelektor og studieleder Gry Opsahl for støtte underveis i prosjektet. Takk også til sykepleierne Ann-Kristin Knutsen og Elsebeth Mørkøre for viktige bidrag i prosessen. Takk til første-

lektor Mette Karoliussen, førsteamanuensis Betty-Ann Solvoll og professor Dagfinn Nåden for verdifulle kommentarer til tidligere utkast av artikkelen.

#### REFERANSER

1. Kirke-, Undervisnings- og Forskningsdepartementet (KUF). Rammepplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning, 2004.
2. Kirke-, Undervisnings- og Forskningsdepartementet (KUF). Rapport 99: Tiltak for å styrke sykepleierutdanning.
3. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Lov om pasientrettigheter [av 2. juli 1999 nr 63], 1999: <http://www.lovdato.no/>
4. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Lov om helsepersonell [av 2. juli 1999 nr 64], 1999: <http://www.lovdato.no/>
5. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Lov om spesialisthelsetjenesten [av 2. juli 1999 nr 61], 1999 <http://www.lovdato.no/>
6. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern [av 2. juli 1999 nr 62], 1999 <http://www.lovdato.no/>
7. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Lov om helsetjenesten i kommunen (1982-11.19. nr. 66), 1982 <http://www.lovdato.no/>
8. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting 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. 2003; <http://www.lovdato.no/>
9. Østby BA. Satsingsområde med mange lovbrudd. Sykepleien, 1999; 13:10-15.
10. Hernæs N, Østby BA. Tilfeldighetenes omsorg. Sykepleien, 2002; 2: 10-17.
11. Østby BA. Sykehjem praktiserte tilnærmet fri medisinflyt. Sykepleien, 2003; 8: 25.
12. Horntvedt R, Kyrkjebø V. Blått + Gult = Grønt: gjensidig kompetanseheving- et resultat av endret praksisveiledning

innen sykepleierutdanningen: sluttrapport fra et samarbeidsprosjekt for Ramnes sykehjem, Vestfold og Høgskolen i Vestfold, avd. for Helsefag. 2001.

13. Fermann T. Prosjekt klinisk lektor: et utviklingsprosjekt i samarbeid mellom Vestfold avdeling Helsefag og Nøtterøy og Sandefjord kommuner. 2001.

14. Brunborg B, Opsahl G. Sluttrapport FoU-prosjekt vår 2003: Individrettet læring og systemrettet forbedring i helsetjenesten – to sider av samme sak? Hvordan utvikle og sikre helsetjenestetilbudet til pasienter i hjemmesykepleien? Oslo: Diakonhjemmets høyskole, Avdeling for sykepleierutdanning, 2003.

15. Narsavage GL, Batchelor H, Lindell D, Chen YJ. Developing personal and community learning in graduate nursing education through community engagement. *Nursing Education Perspective*, 2003; 24: 300-305.

16. Alutu, ANG. The guidance role of the instructor in the teaching and learning process. *Journal of Instructional Psychology*, 2006; 33: 44-49.

17. Field, DE. Moving from novice to expert – the value of learning in clinical practice: a literature review. *Nurse Education Today*, 2004; 24: 560-565.

18. Spouse, J. Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 2001; 33: 512-522.

19. Dysthe O. Sosiokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring. I: Dysthe O. (red.): Dialog, samspill og læring. Oslo: Abstrakt forlag, 2000.

20. Pettersen RC. Kvalitetstlæring i høgere utdanning. Innføring i problem- og praksisbasert didaktikk. Oslo, Universitetsforlaget, 2005.

21. Reason P, Bradbury, H. (eds). *Handbook of Action Research – Participative Inquiry and Practice*. London: Sage Publications, 2001.

22. Schei B. Aksjonsforskning. I: Lorentsen M. (red.). *Spørsmålet bestemmer metoden – forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.

23. Eikeland O. Action Research as the Hidden Curriculum of the Western Tradition. I: Reason P, Bradbury H. (eds). *Handbook of Action Research – Participative Inquiry and Practice*. London: Sage Publications, 2001: 145-155.

24. Hummelvoll JK. The multistage focus group interview: A relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2008; 10: 3-14.

25. Maunsbach M, Dehlholm-Lambertsen B. Det fokuserte gruppeinterview og deltagerobservasjon. *Nordisk Medicin*, 1997; 112: 126-128.

26. Morrison RS, Peoples L. Using Focus Group Methodology in Nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 1999; 30: 62-65.

27. Tillgren P, Wallin E. Fokusgrupper – historik, struktur och tillämpning. *Sociomedical Tidsskrift*, 1999; 4: 312-321.

28. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer; Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

29. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

30. Gregersen AG, Nilsen SR. Lærer av hverandre. Sykepleien, 2005; 15: 56-57.

31. Hallett CE. Learning through reflection in the community: the relevance of Schon's theories of coaching to nursing education. *International Journal of Nursing Studies*. 1997; 34: 103-110.

32. Regan JA. Motivating students towards self-directed learning. *Nurse Education Today*, 2003; 23: 593-599.

# Trenger tett oppfølging

› I en tid der behovet for sykepleiere i kommunen er økende, bør studentveiledning prioriteres.

Erik M. Sundt



## Av SIDSE NIELSEN

Sykepleierstudent på  
Høyskolen i Buskerud

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Gode opplevelser er viktig for rekruttering av fremtidig arbeidskraft. Med dårlig forberedt mottakelse og en periode preget av planløs hverdag kan man lett føle seg i veien og uønsket.

Mine praksisstudier ble gjennomført tradisjonelt, med én kontaktsykepleier per student, men vi oppdaget fordelene ved å reise to studenter sammen. Man får da mulighet til å reflektere over spesifikke pasientsituasjoner, og drar nytte av hverandres kunnskap.

Men dersom løsningen med to studenter sammen i praksis velges for å avlaste en allerede travel sykepleier, kan det være et problem at den enkelte student går glipp av individuell oppfølging. Som studenter trenger vi tilbakemeldinger. For min del er disse avgjørende for å finne trygghet på praksisstedet, og vil påvirke mitt valg av arbeidssted etter endt studietid. Har

kontaktsykepleier grunnlag for å gi tilbakemeldinger dersom de ikke følger oss tett hos brukerne? En annen fordel med tett oppfølging av kontaktsykepleier er at vi drar nytte av deres praksiserfaring. Kan vi være sikre på samme utbytte av praksis dersom det utføres etter tospannmodellen?

Et annet punkt som trekkes frem i artikkelen er at kjemien mellom studentene er avgjørende for opplevelsen. Studenter er ingen ensartet gruppe, og man er ikke garantert et godt og likeverdig samarbeid. Men slike problemer møter vi også i arbeidslivet eller i møte med kontaktsykepleier. Er ikke dette en del av praksisstudiet, og forberedelsen til arbeidslivet?

Noen av tilbakemeldingene fra studentene i forsøket med tospannmodell går på generelle problemer som kan oppstå uavhengig av hvilken modell man velger. Dårlig planleg-

ging fra skolens side setter preg på perioden, men vi må ikke glemme studentenes ansvar under praksisstudiet. Vi avtaler tid for veiledning og utarbeider arbeidsplaner for å strukturere arbeidet. I samarbeid med kontaktsykepleier velger vi aktuelle brukere, og har muligheten til å tilrettelegge slik at vi kan dra alene til brukere i slutten av perioden.

Min mening er at modellen kan fungere, men tett oppfølging av kontaktsykepleier er en forutsetning for fullt utbytte av praksisstudier. Er det aktuelt å øke nedslagsfeltet for praksis, slik at studentene må reise litt lenger, men får tettere oppfølging av kontaktsykepleier? Takk til Stine Buxrud og Hallgeir Vik for gode innspill!

Les artikkelen på side 44



**Hva tilfører denne artikkelen?**

Arbeidsgivere forventer at nyutdannede sykepleiere skal fungere optimalt i jobb fra dag en, men studien viser at dette er urealistisk.

**Mer om forfatteren:**

Hilde Solli, Høgskolelektor, Institutt for helsefag, Høgskolen i Telemark, Porsgrunn.

Kontaktperson: hilde.solli@hit.no

**Dobbeltpublisering:**

Artikkelen har tidligere vært publisert i Klinisk Sykepleie nr. 3, 2008, s. 4-13.



Foto: Erik M. Sundt

**Bakgrunn:** Overgangen fra student til nyutdannet sykepleier blir av mange beskrevet som et realitetssjokk og 35–60 prosent av disse skifter arbeidsplass allerede i løpet av det første året.

**Hensikt:** Hensikten med studien er å få kunnskap om nyutdannede sykepleiere utvikler sin handlingsberedskap til handlingskompetanse innenfor den administrative-, veiledende/undervisende- og forskning/fagutviklende funksjon i løpet av de første fem år etter endt utdanning. Det undersøkes også om sykepleierne opplever at arbeidsgiver legger forhold-ene til rette for kompetanseheving.

**Metode:** Studiens design er beskrivende og utforskende med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Fokusgruppeintervju er benyttet som metode.

**Funn:** Funnene viser at nyutdannede sykepleiere kan sies å ha oppnådd handlingskompetanse i den administrative sykepleiefunksjonen etter nærmere tre år, men at arbeidsgivere forventer denne kompetansen allerede ved nyansettelse. Handlingskompetansen innen funksjonene veiledning/undervisning og fagutvikling/forskning har i liten grad vært gjenstand for utvikling. Organisert veiledning av sykepleierne viser seg å være tilstede i ulik grad og er

avhengig av arbeidsgiver.

Studien viser at nyutdannede sykepleiere bare har oppnådd handlingskompetanse innenfor den administrative sykepleiefunksjonen i løpet av fem år. Innenfor funksjonene veiledning/undervisning og fagutvikling/forskning mangler de organisert støtte og veiledning fra arbeidsgiverne, slik at handlingsberedskapen de hadde ved utdanningens slutt, ikke er nevneverdig utviklet i løpet av fem år.

# >> Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse

Forfatter: **Hilde Solli**

## Nøkkelord:

- Administrasjon
- Sykepleier
- Veiledning
- Fokusgruppeintervju

## BAKGRUNN

Overgangen fra student til nyutdannet sykepleier blir av mange beskrevet som et realitetssjokk. Travelhet, stort ansvar for pasienter, personalkonflikter, daglig ledelse og organisering av avdelingen oppleves som skremmende og overveldende (1-4). Forskning viser at 35–60 prosent av de nyutdannede sykepleierne skifter arbeidsplass allerede i løpet av det første året. Noe av årsaken viser seg å være opplevelsen av at teamjobbing er tungt, vanskeligheter med å organisere arbeidet og å kunne se pasientens familie som ansvar og ressurs, samt dårlige utviklingsmuligheter på grunn av ressursmangel (3-5). Thidemann (4) beskriver at nyutdannede sykepleiere fikk minimal opplæring ved ansettelse, stort sett bare to til fem «bli-kjent-vakter» og 25 prosent hadde ingen opplæring. 85 prosent av disse informantene oppga at erfarne kolleger og

godt arbeidsmiljø var de viktigste faktorene for læring og kompetanseutvikling i de første tre årene etter avsluttet utdanning. Nedd m.fl. (6) fremhever at forutsetninger for at arbeidstakeren skal ha et arbeidsmiljø som stimulerer til praktisk og teoretisk kompetanseheving, er at det er tilgang på informasjon, støtte, oppmuntring, tilstrekkelige ressurser for å kunne utføre jobben og mulighet til vekst og utvikling. Arbeidstakerne som ikke har slike forutsetninger vil kunne oppleve utbrenthet og makteløshet, noe som hindrer vekst og utvikling.

For å kunne imøtekomme behovet for kompetanseheving har det i løpet av de seinere år blitt igangsatt systematiske kompetansehevingsprogrammer for sykepleiere både i Norge og andre steder. Etterutdanningsprogrammene er institusjonelle og kommer ikke inn under universitetenes og høyskolenes gradsstruktur (7-9). Norsk forskning viser at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten som fullfører programmet, er misfornøyd med organiseringen og ledernes engasjement i kompetansehevingen, men at de forblir lenger i jobben sin (10).

Med bakgrunn i kunnskap om nyutdannede sykepleieres

møte med arbeidslivet og deres behov for videre opplæring underveis i yrkeslivet, tar prosjektet utgangspunkt i «Rammeplan for sykepleierutdanningen» (11-13). Planene beskriver nyutdannede sykepleieres behov for kompetanseutvikling innen sykepleiefunksjonene: administrasjon, veiledning/undervisning og forskning/fagutvikling (FoU), og arbeidsgivers ansvar for tilrettelegging. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om nyutdannede sykepleieres opplevelse og vurderinger av egen mestring i forhold til arbeidslivets krav til fungeringsnivå innen ovennevnte funksjoner. Videre ønskes det innsikt i sykepleiernes erfaringer med arbeidsgivers oppfølging av deres behov for kompetanseheving i de første fem år etter avsluttet utdanning.

## TEORETISK RAMME

### Handlingsberedskap og handlingskompetanse

Gjennom flere rammeplaner for sykepleierutdanningen går det fram at det ikke kan forventes at den nyutdannede sykepleier skal ha fullt utviklet kompetanse innen alle områder etter avsluttet utdanning (11-13). Rammeplan av 1992 (11) sier at sykepleieren skal ha generelle og grunnleggende kunnskaper, og

at spesialkunnskaper må være en «kontinuerlig opplæring i arbeidssituasjonen» (s.2) samt at sykepleierens lederskapsfunksjoner er et område hvor «studentene oppnår et handlingspotensial som utvikles til dyktighet gjennom erfaring og praksis» (s.13).

Rammeplan av 2000 og 2004 (12,13) konkretiserer kompetansekravet for nyutdannede sykepleiere. Begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap beskriver hvilken forventning arbeidsgiverne skal ha til nyutdannede sykepleieres fundering.

Handlingskompetansen knyttes til områdene hvor utdanningen gis ansvar for at nyutdannede sykepleiere kan fungere selvstendig, spesielt i forhold til ivaretagelse av grunnleggende sykepleiefunksjoner til pasienter og pårørende. Det innebærer å kunne planlegge og evaluere eget arbeid, samt kunne administrere sykepleie til en eller flere pasienter. Innenfor undervisning og veiledning skal sykepleieren kunne utføre dette innen sitt fagområde ut fra situasjonsbestemte problemer og behov. Fag- og kvalitetsutvikling skal ivaretas ved dokumentasjon

å utføre bestemte oppgaver som hører til profesjonen. I uttrykket «mestring av oppgave» ligger det en forståelse av at dette innebærer å mestre oppgaver i en gitt situasjon i forhold til spesielle krav, som på forhånd er tillagt fagfeltet. Slike krav kan være prosedyrer, kvalitetskrav, etiske standarder og så videre. Dette er kvalifikasjoner som går på personens indre ressurser, mens begrepet «å ha myndighet» leder videre til ytre ressurser. I enhver arbeidsprosess er det avgjørende med en viss grad av myndighet over ressurser og arbeidsforhold som personalressurser, tid, teknologi og så videre, som dermed vil kunne sette personen i stand til å sette kvalifikasjoner og arbeidskapasitet ut i praksis. Når de indre og ytre vilkårene er til stede for utøvelse av arbeidsoppgavene, vil legitimiteten eller anerkjennelsen fra øvrige kolleger være viktige for å kunne få gjennomslagskraft.

Begrepet handlingsberedskap, blir i Rammeplan for sykepleierutdanningen (12,13) beskrevet som at sykepleieren mangler tilstrekkelig arbeids erfaring og mer spesialisert opplæring for å kunne handle selvstendig. Arbeidsgiver kan

lede grupper av pasienter og medarbeidere, forskning og fagutvikling (FoU), samt utførelse av avanserte sykepleieroppgaver. Det kan ikke forventes at nyutdannede sykepleiere skal kunne lede og administrere sykepleie til mer enn enkelt-pasienter og deres pårørende. Også innenfor undervisning og veiledning av medarbeidere og studenter vil det kreves at den nyutdannede får mer kunnskap og veiledning for å kunne bli en kompetent endringsagent. Beredskapen innenfor FoU innebærer at sykepleieren har behov for EVU innen disse områdene. Arbeidsgiveren bør tilrettelegge for systematisk deltagelse i klinisk utviklingsarbeid og/eller klinisk forskning for at beredskapen skal utvikles til handlingskompetanse(12,13).

Den formelle kompetansen nyutdannede sykepleiere har ved avsluttet utdanning danner grunnlaget for utvikling av den profesjonelle handlingskompetansen hver enkelt vil utvikle i møte med kravene på den fremtidige arbeidsplassen. Det er i møte med den profesjonelle, kontekstspesifikke praksiskulturen at yrkesutøveren kan ta del i refleksjoner som er relatert til handlingskonteksten, og dermed utgjøre en form for situert læring (14).

## ” Gjennom det første året gir sykepleierne på somatisk avdeling tilbakemelding om stor frustrasjon i forhold til å mestre de administrative oppgavene

og vurderinger ut fra lover og forskrifter (12,13).

Nygren (14) sier at profesjonell handlingskompetanse innbefatter å kunne mestre forskriftsmessige profesjonsoppgaver, å ha myndighet til å ta beslutninger og ha legitimitet til

bare forvente at den nyutdannede sykepleier tar selvstendig ansvar etter at det har blitt tilrettelagt for opplæring, etter- og videreutdanning (EVU). Beredskap omfatter undervisning og veiledning til studenter og medarbeidere, administrere og

### Kompetanseutvikling

Utvikling av sykepleierens handlingsberedskap frem til handlingskompetanse vil gå gjennom ulike nivåer i tiden etter avsluttet utdanning. Benner (15) har utviklet teorien «Fra novise til ekspert» med fem utviklingsstrinn innen klinisk sykepleie. Utviklingsstrinnene karakteriseres slik: Novisen har lite erfaring i å bygge på og vil være avhengig av regler og prosedyrer for å

kunne utføre ferdigheter på en tilfredsstillende måte. Bundet-heten innskrenker muligheten til å kunne reflektere over og prioritere situasjonsbestemte oppgaver. Enhver som begynner på et nytt sted må gjennomgå novisettrinnet for en kortere eller lengre periode.

- **Avansert nybegynner** vil gjenkjenne tilbakevendende faktorer som meningsfulle etter hvert som man utfører oppgaver og er i situasjoner gjentatte ganger. Fremdeles er man avhengig av retningslinjer og veiledning for å kunne prioritere det viktigste i de situasjonene man er i.

- **Kompetent utøver** kan man være når man har arbeidet med noenlunde det samme området i to–tre år. Sykepleieren kan planlegge mål og tiltak frem i tid og begrunne dette ut fra en bevisst, abstrakt og analytisk vurdering av situasjonen eller problemet. Personen kan også i større grad enn tidligere lede de mer eller mindre forutsigbare omstendigheter som oppstår og har opparbeidet seg en mer effektiv arbeidsmetode enn tidligere.

- **Kyndig utøver** er ikke noe særlig bundet av spesifikke teorier eller regler, men ser helheten i situasjonen og kan raskt fokusere på det viktigste og ta beslutninger ut fra en nyansert og helhetlig forståelse. Erfaringer fra tidligere gjør at en vet hva som er forventet forløp, og raskt kan se og forstå når forløpet avviker fra det normale. Intuisjon og antagelser vil være med på å styre observasjoner og handlinger før de synlige tegnene kan vise seg hos pasienten. Kyndigheten i praksis utvikler seg gjerne hos sykepleiere som har

hatt omtrent den samme jobben i tre–fem år.

- **Eksperten** har en dyp, intuitiv, forståelse av situasjonen, slik at passende tiltak raskt kan velges. Stor erfaringsbakgrunn gjør at sykepleieren er selvstendig, rask og sikker på sin vurdering. Det tar omtrent fem år med analytisk jobbing innenfor samme område for å fungere på ekspertnivå.

## DESIGN OG METODE

Designet er utforskende og beskrivende med en hermeneutisk tilnærming (16). Det benyttes kvalitativ metode og strategisk utvalg av informanter.

Fokusgruppeintervju ble valgt som metode, siden informanter og tidligere lærer hadde en naturlig relasjon til hverandre etter å ha vært sammen i refleksjonsgruppe gjennom tre praksisperioder i andre og tredje studieår i sykepleierutdanningen. Brandth (17) hevder at det er viktig at det skapes et godt klima i gruppen med en aksepterende atmosfære, og at det utvikles et tillitsforhold til forskeren. Metoden åpner for å få mangfoldige data som utvikles, vurderes og settes under diskusjon gjennom samspelet i gruppen. «Den spontane samhandlingen som oppstår blant gruppedeltakere, produserer inn-sikt som sjelden eller aldri kan oppnås gjennom andre metoder», sier Brandth (17).

Delvis strukturert intervjuguide ble utarbeidet etter inspirasjon fra nivåene i teorien «fra novise til ekspert» (15). Som eksempel kan nevnes at ekspertkompetansen kjennetegnes ved at sykepleieren anvender intensjon og analyse som medvirkende i sin forståelse av situasjonen. Aktuelle spørsmål knyttet til dette var: «Hva legger dere i intuisjon, og i hvil-

ken grad er dette noe som dere benytter i det daglige arbeidet med pasientene?» Og: I hvilken grad benytter/gir dere rom for refleksjon etter at dere har utført jobben deres?»

Første året var fokusgruppeintervjuene relatert til begrepet «novise» med temaene: Møte med sykepleieryrket, yrkeskompetanse, tilbakeblikk på utdanning, praksis og kontakt med tidligere medstudenter. Fokusgruppeintervju etter to år, relatert til begrepet «avansert nybegynner», hadde samme tema som første år. Etter tre år var fokusgruppeintervjuet knyttet til «kompetent utøver» med temaene: arbeidsopplevelse, arbeidsmestring, ansvar, veiledning/oppfølging i praksis. Fokusgruppeintervjuet etter fire år var tilknyttet begrepet «kyndig utøver» med fokus på: arbeidsoppgaver, arbeidsmestring, personlig/formell kompetanseutvikling. Det siste fokusgruppeintervjuet etter fem år var knyttet til «ekspert»: helhetsforståelse, arbeidsoppgaver, arbeidsmestring, personlig/formell kompetanseutvikling.

## Utvalg

Som lærer på grunnutdanning i sykepleie hadde jeg praksisoppfølging og refleksjonsgruppesamlinger med en gruppe på syv studenter gjennom tre praksisperioder. Da studentene ble uteksaminert sommeren 2001, ønsket seks av dem å fortsette med refleksjonssamlinger. Disse seks sykepleierne ble inkludert i studien. I tiden studien varte jobbet sykepleierne slik:

- Fem år kommunehelsetjeneste – hjemmetjeneste
- Fem år i spesialisthelsetjenesten – psykiatri (to svangerskapspermisjoner)

- Fire og et halvt år i spesialisthelsetjenesten – medisin deretter et halvt år privat psykiatrisk institusjon
- Fire år kommunehelsetjenesten – pleiehjem, sluttet så å arbeide som sykepleier og ble derfor ikke invitert til siste fokusgruppeintervju
- Ett år spesialisthelsetjenesten – kirurgi, fire år operasjonsavdeling (inkludert ett og et halvt år videreutdanning i operasjons-sykepleie)
- Ett år spesialisthelsetjeneste – kirurgi og fire år kommunehelsetjeneste – legevakt (en svanekapspermisjon).

### Gjennomføring

Prosjektet var etterspurt av informantene og basert på frivillighet. I utgangspunktet var det enighet om å ha kontakt i to år. Etter to år ønsket informantene å utvide med tre år, slik at prosjektperioden ble på fem år og avsluttet sommeren 2006.

I forkant av hver fokusgruppe tok forskeren initiativ til møtedato. Første år var det to fokusgruppeintervjuer hvorav tre og fire informanter møtte. Andre året møtte fire av seks informanter, tredje året fem av seks, fjerde året kom seks av seks, og det femte året møtte fem av fem informanter til intervju.

### Analysemetode

Som analysemetode benyttes nivåene: meningsfortetning, meningskategorisering, menings-tolkning og ad hoc meningsgenerering (18). Meningen ble kategorisert etter Benners kompetansenivåer (15). Tolkning av beredskap kontra kompetanse er gjort ut fra Nygrens beskrivelse (14) og rammeplanenes beskrivelse (12,13). Ad hoc meningsgenerering, som kvantifisering av fenomen og utdypende tolkning,

har blitt brukt der mening og sammenhenger ikke har fremkommet klart ved gjennomlesning av intervjuene.

### Forskningsmessige overveielser

Prosjektet startet opp etter ønske fra informantene og skriftlig samtykkeskjema ble derfor ikke benyttet. Det var enighet om at alle hadde taushetsplikt i forhold til opplysninger som fremkom i gruppen, og det ble innhentet muntlig samtykke til å kunne bruke data i utarbeidelse av et skriftlig arbeide. Informantene ble gjort kjent med at de når som helst kunne trekke seg, at dataene ville bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Da prosjektet, etter ønske fra informantene, ble utvidet til fem år ble det innhentet tillatelse fra Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste til innsamling og registrering av data.

Begrepet «kontekst» kan forstås på to plan; området for det som er tema for forskningen, for eksempel helsevesenet, og stedet hvor intervjuene foregår. Sykepleierne hadde fått jobber innenfor offentlig sektor i helsevesenet, fordelt på spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Sykepleierrollen var derfor felles kontekst og målet for forskerspørsmålene. For å kunne analysere data er det en forutsetning for forskeren at konteksten er kjent (17). Både helsevesenet og sykepleierrollen var kjent for forsker gjennom flere år som sykepleier/spesialsykepleier i spesialisthelsetjenesten og flere år som lærere for sykepleiestudenter med praksis i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Forskeren hadde derfor mulighet til å ta informantenes perspektiv og stille utfyllende spørsmål underveis.

I metodelitteratur (16,19) anbefales det å bruke lydopptak, slik at det skal være mulig å kunne gå tilbake til opptaket i tilfelle de nedskrevne data skulle vise seg å være mangelfulle. Fokusgruppeintervjuer uten lydopptak beskrives også som en mulighet der forskeren er rask til å notere (19). Forskeren besluttet derimot å utelate bruk av lydopptak, men var forberedt på å kunne ta dette i bruk hvis det skulle vise seg påkrevd. En fortløpende vurdering etter hvert intervju resulterte i en avgjørelse om at notatene syntes å være tilstrekkelig dekkende.

### FUNN

#### Handlingskompetanse

**Administrasjon og ledelse.** Det første året var preget av stress og følelse av ikke å strekke til, spesielt knyttet til somatisk spesialisthelsetjeneste. En informant uttrykte: «Det er begrenset hvor mye en kan ha i hodet på en gang! Det kommer nye pasienter og pasienter fra intensivavdelingen som du får rapport på, den ene etter den andre i så tett rekkefølge at du rekker ikke å få hilst på pasienten, få han inn på et rom eller ordne papirene. Tilslutt vet du ikke hvem pasienten var, hvor han ligger eller hvilke papirer som hører til hvem!»

I begynnelsen var det redsel for å være alene om ikke å mestre oppgavene som hindret informanten i å dele problemet med kollegene. Arbeidspresset var så stort at flere informanter våknet om natten og måtte ringe til avdelingen for å fortelle ting de hadde glemt. En informant sa etter fire måneder: «Det er grusomt, jeg gruer meg til hver dag! Det er altfor mye å gjøre, for mye som skjer på en gang. Jeg vil bare være 'Kari' jeg, ikke si at jeg er sykepleier engang, det blir



så alvorlig!» Etter elleve måneder syntes hun det var greit å si at hun var sykepleier. På slutten av året var det legitimt å snakke om arbeidspresset, fordi erfarne sykepleiere sa ifra.

Etter det andre året opplevde de fortsatt at det var flere sykepleieoppgaver enn de kunne overkomme og at delegering av arbeidsoppgaver var vanskelig. En, som tidligere hadde vært hjelpepleier, opplevde det vanskelig å delegere oppgaver til denne gruppen, fordi hun var redd for å bli omtalt som en som bare «delegerte bort oppgaver». På sykehjem opplevde en at det hadde vært vanskelig å bli godtatt av hjelpepleiere og assistenter. Som eneste sykepleier på skiftet hadde hun vært redd for at hun ikke skulle ha tilstrekkelig fagkunnskap eller ikke kunne etterkomme deres forventning om at hun skulle være med på alt stell av pasienter samtidig som spesifikke sykepleieoppgaver skulle dekkes.

Mestring av ledelsesfunksjonen gikk lettere etter tredje året. De var tryggere på seg selv og sykepleieridentiteten og brukte mindre energi. En som tidligere ikke sov godt, sov nå bra enten det var noe som var glemt eller ikke. Det var mer bevissthet rundt hva som var sykepleieoppgaver og ikke. En tidligere hjelpepleier kunne berette om mot til å irettesette en hjelpepleier.

Etter det fjerde året opplevde de større ansvar, hadde mer oversikt og prioriterte oppgaver annerledes. De så viktigheten av å reflektere over det de gjorde og brukte også magesfølelsen eller intuisjon som begrunnelse for handling. De var opptatt av å synliggjøre mangelen på ressurser, dokumentere avvik og å verne om sykepleieoppgavene.

De hadde mer ro i seg etter

det femte året og kjente ikke så mye på stress. Administrasjon av oppgaver gikk greit, de var ikke så opptatt av å tenke på det. Enkelte hadde blitt mer direkte i å ta opp konflikter med ledelsen: «Jeg har argumentert faglig så godt jeg kunne og sto i det!»

**Veiledning/undervisning.** De fleste hadde hatt veiledning av sykepleiestudenter en eller flere ganger, noe de synes var ganske

” I løpet av det tredje året skjedde det en merkbar modning av sykepleieridentiteten

greit. En sykepleier hadde hatt opplæring/veiledning av nyansett. I løpet av fem år var det en som hadde hatt planlagt undervisning/forelesning for kolleger eller studenter. Kollegaveiledningen hadde vært ustrukturert og fungert med kjappe spørsmål til hverandre i forbifarten: «Vi møtes i gangen, – kan du hjelpe meg med det? – Det er slik det fungerer. Det er alltid noen du kan spørre ... noen som kan noe ...»

**FoU.** Noen av sykepleierne brukte en del tid hjemme til å lese seg opp på temaer de følte de trengte i jobben.

To sykepleiere hadde jobbet med fagutvikling i avdelingen i løpet av det fjerde året: Den ene hadde fått 20 prosent arbeidstid til fagutvikling, og den andre hadde fått fagdager til å formidle aktuell kunnskap til kolleger i forbindelse med et prosjekt hun deltok i. I løpet av fem år hadde et par av dem deltatt i utarbeidelse av avdelingsinterne prosedyrer.

Ingen hadde vært trukket inn i forskningsoppgaver i forbindelse med enten egne eller andres prosjekter på arbeidsplassen. Det var heller ingen av sykepleierne som aktivt gikk inn for å oppsøke forskningsartikler, men et par leste Tidsskriftet Sykepleien og MSIS-rapport fra Folkehelseinstituttet. En uttalte: «Har ikke vært opptatt av det ... Feil å si at jeg ikke har vært opptatt av forskning, – for prosedyrene er jo basert på forskning.»

**EVU/oppfølging.** Fire av sykepleierne i spesialisthelsetjenesten hadde tilbud om Klinisk Stige første året de var i arbeid. Tre pleiere på somatisk avdeling benyttet seg av første nivå, og en fullførte andre trinnet. Evalueringen av nivå én var at det var for likt det de hadde gjennomgått i utdanningen. Dessuten var det vanskelig å forlate jobb når kursene ble arrangert i arbeidstiden, og vikarer ikke ble satt inn. På den annen side var det belastende å gå på kursene når de falt på fridager. På psykiatrisk avdeling vurderte sykepleieren at hun hadde tilstrekkelig støtte i den etablerte sykepleiefaglige veiledningen på avdelingen. Denne veiledningen hadde hun gjennom alle fem årene.

Tre informanter jobbet fire- fem år i kommunehelsetjenesten, men ingen fikk noe tilbud om strukturert opplæring eller sykepleiefaglig veiledning. Savnet var spesielt stort knyttet til pleiehjem hvor sykepleier som oftest jobbet med personer med

lavere kompetanse. Etter tredje året uttalte hun: «Vi er overlatt til oss selv ... vi må ordne selv ... får ikke noe ... Jeg orker ikke ta opp noen ting, – alt blir bare skjøvet fremover og ingenting blir gjort. Jeg føler meg ikke ivaretatt!»

I løpet av andre året hadde en sykepleier begynt på etterutdanning 30 studiepoeng, i løpet av tredje året hadde en begynt på sykehusintern videreutdanning, og i løpet av fjerde året hadde to begynt på videreutdanning 60 og 30 studiepoeng. Arbeidsgiverne viste større eller mindre grad av villighet til å tilrettelegge arbeidstiden for de tre som tok EVU i tillegg til jobben.

## DISKUSJON

### Handlingskompetanse

**Administrasjon og ledelse.** Nygren (14) sier at profesjonell handlingskompetanse innebærer å kunne mestre forskriftsmessige profesjonsoppgaver, å ha myndighet til å ta beslutninger og ha legitimitet til å utføre bestemte oppgaver som hører til profesjonen. Studien viser at gjennom det første året gir sykepleierne på somatisk avdeling tilbakemelding om stor frustrasjon i forhold til å mestre de administrative oppgavene. Disse sykepleierens erfaring sto i kontrast til en sykepleier i hjemmetjenesten som hadde en roligere hverdag med fokus på færre pasienter og som gjennom dette hadde en følelse av å mestre utfordrende oppgaver. Relatert til rammeplanene (11-13) som beskriver begynnerkompetansen, viser studien at sykepleieren som fikk oversiktlige og få oppgaver ad gangen hadde den kompetansen hun trengte for å utføre jobben tilfredsstillende. Sykepleierne som hadde høyt tempo og fikk mange pasienter

og oppgaver samtidig, viste at de ikke mestret dette, og at de opplevde utilstrekkelighet, stress og nedsatt livskvalitet. Deres arbeidskrav kunne ikke sies å være i samsvar med rammeplanene. Erfaringer fra annen sykepleierforskning (20,21) viser at det er viktig å ha et arbeidsmiljø som lar en være ny i den forstand at en har oppgavemengde avpasset etter kompetansen og har mulighet til å få veiledning i situasjonene. Travelhetene i en produktiv sykehusavdeling fører til at det er vanskelig å få refleksjonstid, til tross for at det er refleksjon som fremmer læring og ivaretar novisenens muligheter til å oppleve mestring av profesjonsoppgavene (22,23). Stort tempo og redsel for å glemme informasjon og oppgaver fulgte informantene hjem og påvirket nattesøvnen, førte til stress, motløshet og skuffelse. Resultatet av dette var at to av tre sykepleiere som begynte i spesialisthelsetjenesten, sluttet etter ett år. Stor turnover blant sykepleiere er et kjent problem og fører til at personalsammensetningen ofte er relativ ung i arbeidserfaring, noe som fører til liten mulighet for å tilegne seg kunnskap fra ekspertsykepleiere (24,25).

Kompetanseutviklingen etter to år merkes i positiv retning ved at de hadde bedre oversikt over pasienter og oppgaver. Det gikk lettere å delegerer oppgaver, men flere opplevde dette problematisk overfor hjelpepleiere. De opplevde at det ikke var samsvar mellom indre og ytre ressurser, og at de manglet nødvendig legitimitet spesielt fra hjelpepleiere.

I løpet av det tredje året skjedde det en merkbar modning av sykepleieridentiteten og deres følelse av å mestre ledelse av pasientomsorgen og arbeids-

fordeling. Ingen av informantene gav uttrykk for at delegering og ledelse var problematisk. De hadde blitt bevisste på hva som tilfalt deres jobb og lot være å ta på seg det de mente ikke tilfalt dem. De kunne vise til episoder som viste større grad av oversikt, forståelse for hva som burde gjøres før de fikk beskjed fra legen og til selvstendighet i å igangsette tiltak. På dette tidspunkt kan fortolkningen være at de hadde utviklet sitt kompetansenivå på linje med «kompetent utøver» (15) og kunne da ha mestret arbeidstempoet og mengden som enkelte av informantene ble utsatt for på novisenivå. Dette viser stor grad av misforhold mellom hvilke krav sykepleierne ble utsatt for i oppstarten av sin karriere og hvor lang tid det tok før de faktisk hadde utviklet tilstrekkelig kompetanse til å kunne oppleve mestring.

**Undervisning og veiledning.** Studien avdekker at det hadde vært lite fokus på utviklingen av handlingskompetanse innen disse funksjonene. Undervisning som en planlagt handling, hadde kun en av dem blitt utfordret på. De hadde ingen opplevelse av at denne kompetansen ble etterspurt. En av sykepleierne hadde fått sykepleiefaglig veiledning jevnlig, de andre hadde ikke det. Kompetanse som veileder for studenter eller hvordan de mestret dette, hadde heller ikke vært gjenstand for diskusjon eller evaluering.

I løpet av det første året på somatisk avdeling opplevde sykepleierne at det var lite snakk om hvordan hver av dem opplevde arbeidsmiljø og samarbeid. Etter hvert fikk de innsyn i at de mer erfarne også strevde med å strekke til på alle oppgavene og

tempoet på avdelingen. Dette lettet presset på dem ved at de da visste at arbeidspresset var stort for alle. Eksemplet viser at det er viktig med åpenhet blant kolleger om hvordan man opplever jobben. Studier viser at kollegial veiledning har betydning for sykepleieres faglige og personlige utvikling. Tilbakemelding fra kolleger viser at det får sykepleiere til å reflektere, noe som er viktig for å utvikle seg videre (24,26,27). Informantene sa at kollegaveiledning for det meste skjedde i forbiarten i korridoren hvor de spurte om kjenne råd eller hjelp til noe. Dette vitner om at det sjelden skjer i rolige former hvor man gir hverandre konkret tilbakemelding og hvor fokuset er å veilede hverandre.

FoU. Fagutvikling var ikke noe som flertallet av sykepleierne var opptatt av, det var lite fokus fra arbeidsgivers side og ikke prioritert innenfor arbeidstiden. Ingen av sykepleierne var blitt invitert med i forskningsprosjekter som hadde gitt dem mer kunnskap og kompetanse innen dette feltet. Gjennom sitt arbeid hadde de ikke erfaring med å lese forskningsartikler eller søke etter forskningsresultater. De opplever at den kunnskap som ble etterspurt var den «konkrete fagkunnskapen», som de for det meste fant svar på i oppslagsverk.

Utviklingen fra beredskap til kompetanse innen fagområdet syntes derfor å ha ligget i bero. De hadde i liten grad fått økt erfaring, og det er derfor ikke grunnlag for å kunne si at de da hadde oppnådd den handlingskompetanse som skisseres i rammeplanene: «arbeide systematisk med fag- og kvalitetsutvikling og bidra til å videreutvikle egen yrkesrolle, delta i klinisk fors-

kning og formidle resultater» (12,13). Bjørn m.fl. (28) viser til at sykepleiere selv har ansvar for å tilføre anvendbar forskning til praksis. Utfordringen for sykepleiere er imidlertid at de ikke har noen tradisjon for å drive frem slikt arbeid og derfor vil være avhengig av at ledere tilrettelegger og støtter en forskningsbasert praksis. Det vil igjen avhenge av at sykepleiere får støtte til kompetanseheving innen forskning, og at praksis endres slik at forskning blir en integrert del av sykepleiernes arbeide.

#### **EVU/oppfølging**

Studien viser at arbeidsgivere ivaretar ansvar for kompetanseheving ulikt. I spesialisthelsetjenesten fikk sykepleierne tilbud om Klinisk Stige, men erfarte at den praktiske organiseringen av kurset var dårlig samkjørt med turnus og arbeidsbelastning. En sykepleier på sykehjem fikk ingen tilbud om kompetanseheving eller veiledning i de fire årene hun jobbet der. Opplevelsen var at hun ikke ble ivaretatt, ble motløs og tilslutt gav opp sykepleierjobben. Viktigheten av å bli ivaretatt, at ledelsen engasjerer seg i hvilken kompetanse arbeidsplassen trenger og praktisk tilrettelegger dette, viser seg å være grunnleggende for at sykepleiere skal fullføre opplæringen. Likeledes viser det seg at økt kompetanse fører til mer trivsel og stabilitet i arbeidstokken (29).

Rammeplanene (12-13) forutsetter at arbeidsgivere må tilrettelegge for systematisk arbeid med fag- og kvalitetsutvikling som kan bidra til klinisk utvikling og forskning. Dette vil så bidra til utvikling av et tidsaktuelt helsevesen. Ingen av informantene kunne opplyse om

systematikk innen forskningsarbeid eller fagutvikling. De fortalte at fagutviklingsarbeid ofte ble salderingspost, og at forskning ble sett på som ekstraarbeid for legene. Studien tyder på at arbeidsgiver i liten grad setter inn krefter og ressurser for å sikre at sykepleierne utvikler sin handlingsberedskap til handlingskompetanse, slik som departementet presiserer. Det ser ut til at kompetanseutvikling er mest opp til hver enkelt sykepleier og at arbeidsgiver i liten grad er bevisste på hvilket nivå sykepleierne har oppnådd. Det ser også ut til at arbeidsgivere i liten grad skiller på hvilke oppgaver nyutdannede sykepleiere skal ha, gir dem oppfølging eller sikrer seg at de har tilstrekkelig faglig støtte rundt seg. Bjørk (21) kan vise til lignende tendens i sin studie hvor sykepleiere uttaler at oppgavene blir fordelt i forhold til antall og hoder og ikke i forhold til kompetanse. Dette fører til at de blir kastet ut i oppgaver enten de kan dem eller ei. Thidemann (4) kan vise til at de fleste sykepleierne fikk to-fem «blikjent-vakter», hvor fokus var å orientere seg om arbeidsstedet. Sykepleierne får på denne måten en presset og belastende inntrreden på arbeidsarenaen som i stor grad er energitappende og i noen tilfeller fører til at sykepleiere slutter i yrket. Når vi vet at det er sykepleiermangel burde det settes alt inn på å ivareta novisene på en slik måte at de føler seg verdifulle og ettertraktede.

#### **KONKLUSJON OG BETYDNING FOR PRAKSIS**

Studien viser at nyutdannede sykepleiere som var inkludert i studien, ikke kan sies å ha oppnådd handlingskompetanse i den administrative sykepleierfunksjonen før etter nærmere tre

år, men at arbeidsgivere forventet denne kompetansen allerede ved nyansettelse. Undersøkelsen viste også at i løpet av fem år hadde det vært minimal fokus på utvikling av sykepleierens kompetanse innen veiledning/undervisning og FoU. Det kan tyde på at sykepleierne etter fem år ikke hadde utviklet handlingskompetanse innen funksjonene. Årsaken til dette kan være at det har vært for lite fokus på denne kompetanseutviklingen fra arbeidsgivers side. Systematisk kompetanseutvikling for sykepleierne kan ikke sies å ha fungert tilfredsstillende etter de formål som rammeplanene (11-13) beskriver og setter som premiss for en fullendelse av sykepleierens utdanning.

Mange nyutdannede sykepleiere møter en arbeidsdag som er så krevende at enkelte forlater yrket før de har oppnådd den kompetanse de har forutsetninger for å tilegne seg. Tilbud om Klinisk Stige i spesialisthelsetjenesten er et godt tiltak, men den praktiske arbeidsbelastningen må også tilpasses sykepleierens kompetansenivå i de første årene inntil erfaringen har resultert i tilstrekkelig kompetanse. Med hensyn til kommunehelsetjenesten så viser studien at Klinisk Stige eller annen form for kompetanseheving var fraværende og at arbeidslederne ikke tok departementets pålegg om oppfølging av nyutdannede sykepleiere på alvor. En måte å ansvarliggjøre sykepleietjenestens arbeidsle-

delse på, kan være å opprette et organ for godkjenning av kvalitets- og kompetanseutviklingsprogram for sykepleiere – slik det er gjennomført for sykepleierutdanningene med NOKUT (Nasjonal Organ for Kvalitet i Utdanningen). Med det fokus som det i dag er på kunnskapsbasert praksis (28), er det mye som tyder på at mange institusjoner har lang vei å gå før de får etablert en praksis hvor det er fokus på at den vanlige sykepleier skal arbeide kunnskapsbasert.

#### REFERANSER

1. Orvik A. Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. Tidsskriftet Sykepleien. 2000; 42-46.
2. Alsvåg H, Førland O. Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. Vård i Norden. 2006;25:34-38.
3. Schoessler M, Waldo M. The First 18 Months in Practice. A Developmental Transition Model for the Newly Graduated Nurse. Journal of Nurses in Staff Development. 2006;22(2):47-52.
4. Thidemann I-J. Den sårbare læringsarenaen - om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. Vård i Norden. 2005;25:10-15.
5. Førland O. Yrkesdeltagelse og jobbpreferanser blant nyutdannede sykepleiere ett år etter endt sykepleierutdanning. FoU-rapport. Diakonissehjemmets Høgskole. 2004(4).
6. Nedd N, Gailindo-Cicon D, Belgrave G. Guided Growth Intervention. From Novice to Expert Trough a Mentoring Program. Journal of Nursing Care Quality. 2006;21:20-23.
7. Davis R, Turner E, Hicks D, Tipson M. Developing and integrated career and competency framework for diabetes nursing. Journal of Clinical Nursing. 2007;(17):168-174.
8. Robinson K, Eck C, Keck B, Wells N. The Vanderbilt Professional Nursing Practice Program. JONA. 2003;33:441-450.
9. Hofstad E. Ensom i trinnene på klinisk stige. Sykepleien. 2007;(17):50-51.
10. Bjørk IT, Hansen BS, Samdal GB, Tørstad S. Gir ny giv. Sykepleien. 2007:52-55.
11. Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag. Rammepan for 3-årig grunnutdanning i sykepleie. August 1987, ajourført 1992,17.juli.
12. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Rammepan for sykepleierutdanning. Norgesnett-rådet. 7.januar 2000.
13. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammepan for sykepleierutdanning. Fastsatt 1.juli 2004.
14. Nygren P. Handlingskompetanse - Om profesjonelle personer. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2004.
15. Benner P, Tanner C.A, Chesla CA. Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgement, and Ethics. New York: Spring Publishing Company. 1996.
16. Polit DF, Beck CT. Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
17. Brandt B. Gruppeintervju: perspektiv, relasjon og kontekst. I: Holter H, Kalleberg R.(red) Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Oslo:Universitetsforlagets Metodebibliotek. 1996.
18. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo:Gyldendal Norsk Forlag AS. 1997.
19. Krueger RA. Moderating Focus Groups. Kit.4. London: SAGE Publications
20. Steed K. «Eating Our Young» isn't practiced here. Nursing. 2004;34:43.
21. Bjørk I.T. Sykehusavdelingen - et miljø for læring? Vård i Norden. 2001;21(4):4-9.
22. Bégat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study. Journal of Nursing Management. 2005:221-230.
23. Kaupang T, Næss T, Søndena AE. Å lære i et stressfylt arbeidsmiljø. Fagocopet. 2000(2):19-22.
24. Gran SV. Kollegial tilbakemelding. Tidsskriftet Sykepleien. 2002:38-42.
25. Krogstad U, Veenstra M, Sjetne IS, Østhus R, Røttingen J-A. Sykehusorganisasjoner sett med personalets øyne. Tidsskrift Norsk Lægeforening. 2002;122:1890-4.
26. Kvamme E. Gir økt kompetanse anerkjennelse? Tidsskriftet Sykepleien. 2004:42-45.
27. Severinsson EL, Borgenhammar EV. Expert views on clinical supervision: a study based on interviews. Journal of Nursing Management. 1997:175-183.
28. Bjørk K, Schou I, Smeby N.A. Kunnskap for praksis. Tidsskriftet Sykepleien. 2001:48-52.
29. Bjørk IT, Hansen BS, Samdal GB, Tørstad S. Hva skal klinisk stige være? Tidsskriftet Sykepleien. 2005:44-47.

# Spesialisttjenesten krever opplæring

> Det er viktig at lederne ser betydningen av kompetanseheving.

Erik M. Sundt



AV **INGUNN JAHREN HORVLI**

Sykepleier, Drammen,  
geriatrisk kompetansesenter,  
lindrende enhet

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Etter mitt syn gir artikkelen om nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse en svært god beskrivelse av situasjonen slik jeg har erfart den. Artikkelen beskriver forskjellen på mestrings- og kompetansenivået hos sykepleiere som valgte å jobbe i spesialisthelsetjenesten, opp mot dem som valgte jobb i kommunehelsetjenesten.

Jeg tenker at det er en rekke spørsmål man må ta stilling til før man søker sin første jobb som sykepleier: Hva vil jeg oppnå og gjennomgå den første tiden som nyutdannet? Hvilke utfordringer trenger og ønsker jeg? Hva er jeg villig til å satse i starten, på vei mot den jobben jeg kanskje har drømt om?

Til en viss grad kan man forutse hvordan man vil få det i begynnelsen ved valg av arbeidsarena. Velger man en avdeling med høyt tempo, mange akutte innleggelser og forskjellige prosedyrer i tillegg

dårlig bemanning, vil dagene bli hektiske. Alt tilsier at opplæringen kan bli mangelfull og oppstykket. Man må fort gape over flere utfordringer enn det man kanskje har kapasitet til. Jeg tror da man fort vil føle seg utilstrekkelig og hjelpeløs.

Sett i lys av de akutte situasjonene som mer normalt oppstår i spesialisthelsetjenesten, er opplæringsfasen i spesialisthelsetjenesten spesielt viktig. I kommunehelsetjenesten blir man som oftest kjent med pasientene over en lengre periode, og dagene blir som regel mer forutsigbare og oversiktlige.

Jeg jobber på en lindrende enhet. Der har de fleste av sykepleierne etter- eller videreutdanning. Vi har et godt og inspirerende fagmiljø. Avdelingen gir mye og tett oppfølging av hver enkelt pasient. Det gir en god arena for opplæring i form av grundige observasjoner, og å se sammenheng i prosedyrer, rutiner og stedets normer og regler. Men, jeg har erfart

at man ikke kan vente på at noen skal spørre om man vil ha opplæring. Man må selv innhente og ofte gripe de mulighetene som finnes, mellom utførende oppgaver. Man må vise egeninitiativ, være pågående og spørre medarbeidere om det man er usikker på. Vær ærlig på hva man mangler kunnskap om.

Artikkelen tok også opp manglende fagutvikling i form av forskning. Forskning er et ganske nytt felt innen sykepleierutdanningen. Jeg tror at det ennå vil ta år før forskning blir en naturlig del av fagutviklingen, men nåtidens sykepleierstudenter blir drillet i FoU og vil etter hvert få et mer naturlig forhold til det. Det har stor betydning at ledere er pådrivere og ildsjeler i dette arbeidet. At de gir rom for og ser viktigheten og betydningen av kompetanseheving.

Les artikkelen på side 52





> F. v: Jannicke Henanger, Veslemøy Hegland og Kristin Person Nordby

## MED HODET PÅ HALS

På preoperativ poliklinikk på Aker Sykehus forsker anestesisykepleierne Jannicke Henanger og Kristin Person Nordby på halsar under kyndig veiledning av fagutviklingssykepleier Veslemøy Hegland.

📌 Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Erik M. Sundt**

Henanger og Nordby undersøker effekten av anestesi til pasienter som opereres for hyperthyreose og parathyroideaadenom. De to hadde inntrykk av at pasienter som ble operert for hyperthyreose kunne ha et større medikamentbehov under kirurgi enn pasienter som opereres for parathyroideaadenom. Litteratursøk viste at det er kjent at pasienter med Graves krever spesiell oppmerksomhet under anestesi da de kan bli sirkulatorisk ustabile. Graves pasienter har forhøyet stoffskifte, men skal være behandlet for dette på operasjonstidspunktet.

– Vi har erfart at noen pasienter kan være vanskelig å styre anestesimessig og hadde en oppfatning om at pasienter med hyperthyreose trengte høyere medikamentdoser enn de pasientene som ikke hadde hyperthyreose, men andre sykdommer i thyroidea. Vi tok også med pasienter som ble ope-

ret for parathyroideaadenom i undersøkelsen, da vi mente dette var en sammenlignbar gruppe. Disse pasientene har tildekket hode under operasjon, derfor mister vi muligheten til å observere pupillreaksjoner og tåreflod for å kunne vurdere anestesidybden, forklarer Henanger.

### TODELT UNDERSØKELSE

For å kartlegge om antagelsen stemte har de registrert pasientene under operasjon og gjennomført en spørreundersøkelse i etterkant av denne.

– Undersøkelsen er todelt: vi har sett både på medikamentforbruk og pasientopplevelser, presiserer Nordby.

For å kartlegge pasientenes opplevelser under operasjon registrerte vi puls, blodtrykk, bevegelser og hoste. Deretter fulgte vi opp med et spørreskjema som ble utdelt dagen etter operasjonen og fulgt opp på telefon til pasienten etter to uker. Svarene ble sammenlignet

med registreringskjemaet under operasjonen.

Henanger og Nordby er klinikere uten tidligere forskningserfaring og presiserer at prosjektet ikke hadde latt seg gjennomføre uten hjelp fra fagutviklings- sykepleier. Prosessen fra idé til gjennomføring er lang og ressurskrevende.

– Det kreves mye pågangsmot og stå-på-evne for å gjennomføre et prosjekt som dette, supplerer Hegland.

– Vi begynte med å søke økonomisk støtte, slik at vi kunne leie inn ekstra bemanning og frigjøre tid til å forske, forteller Nordby og tillegger at bare det å skrive søknader krever kunnskap og erfaring.

### TUNG PROSESS

Henanger og Nordby understreker at de har møtt støtte og velvilje fra avdelingsledelsen og sykehuset, men at perioder med dårlig bemanning har vært en utfordring. I disse periodene har



det vært umulig å sette av tid til forskningen og prosjektet har der- for tidvis blitt lagt på is.

– Etter en slik periode blir det nesten som å starte helt på nytt igjen, innrømmer Nordby. Det kan være ganske tungt.

Hun tror det ville vært lettere å forske i klinikken hvis forholdene lå enda bedre til rette. På Aker er velviljen stor hos ledelsen. Det er skriftlig nedfelt i sykehusets strategiske plan at det er nødvendig å drive aktiv forskning med hovedtyngde på klinisk forskning. I tillegg har anestesisykepleierne sin egen målsetning om å tilstrebe at det til en hver tid er en anesthesisykepleier som deltar i et forsknings- eller kvalitetsforbedrende prosjekt. Det er også ansatt flere fagutviklingssykepleiere ved sykehuset, men de færreste av disse har mastergrads- eller hovedfagsutdannelse og har derfor ikke kompetanse til å være veiledere ved forskningsprosjekter som dette.

Hegland har mastergrad i

sykepleievitenskap i tillegg til at hun er anesthesisykepleier, noe som har vært en stor fordel i forbindelse med akkurat dette prosjektet. Henanger og Nordby har i tillegg hatt god hjelp av for-

” – Det kreves mye pågangsmot og stå på-evne for å gjennomføre et prosjekt som dette

skeransatt sykepleier May Solveig Fagermoen som er seniorforsker ved sykehuset.

#### FÅ FULLFØRER

Hegland tror det beste ville vært om sykepleiere som forsker i klinikken ble frikjøpt i en prosent av stillingen sin – for eksempel 20 prosent – mens prosjektet pågikk, slik at de kunne fordype seg uten å bli avbrutt. På den måten ville

prosjektene vært sikret større kontinuitet. Hun mener det er liten tvil om at sykepleiere uten forskningserfaring, som Nordby og Henanger, har en ekstra stor arbeidsbelastning. Samtidig som det gjerne er i praksis at problemstillingene oppstår.

– Har dere eksempler på andre problemstillinger dere gjerne skulle forsket på?

De to forskerspirene ser på hverandre og nikker:

– Ja. For eksempel postoperativ smertebehandling. Eller bruk av muskelavslappende medisiner under operasjon.

Hegland mener det ikke er idene det skorter på, men ressursene og evnen til å gjennomføre et prosjekt.

– Mange setter i gang gode prosjekter som aldri blir fullført fordi det er så ressurskrevende både bemanningsmessig og når det gjelder kompetanse. Det er ikke alle som har like stor utholdenhet som disse to, smiler hun i retning av Henanger og Nordby.

# Et pulver reduserte smerter ved venepunksjon hos barn

Uvalg og oversettelse ved  
Liv Merete Reinar

Illustrasjonsfoto: Colourbox .com

## Vil administrasjon av et nålfritt pulver med lignocaine (lidocaine) redusere smerter ved venepunksjon hos barn?

### METODE

**Design:** randomisert, placebo kontrollert studie

**Allokering:** uklart om denne var skjult

**Blinding:** blindet (pasienter, foreldre, klinikere og utfallsmåler)

**Oppfølgingstid:** fire dager

**Setting:** Barnesykehus i Hartford, Connecticut, USA.

**Pasienter:** 306 barn tre til 18 år som skulle ha venepunksjon på håndbaken og hadde nok kognitiv funksjon til å være med på å vurdere smerter. Pasienter ble stratifisert etter alder: tre–sju år (n=102, 56 prosent gutter), åtte–tolv år (n=103, 54 prosent gutter) og 13 til 18 år (n=101, 53 prosent gutter). Eksklusjonskriteriene var kjent allergi til lokalanestesi eller hudskade på håndbaken.

### INTERVENSJON

Et nålfritt administrasjonssystem for lignocaine-pulver (apparatet ble presset fast på håndbaken til barnet der hvor det var planlagt å legge veneflon, så ble helium aktivert og dette førte til at 0,5 mg lignocaine-pulver penetrerte huden) (n=151) eller placebo (n=155). Venepunksjon ble utført

etter to til tre minutter ved hjelp av metoden som den som utførte punksjonen valgte («butterfly»-nål i 99 prosent av tilfellene).

### UTFALLSMÅL

Ubehag i forbindelse med intervensjonen, smerter ved venepunksjon og bivirkninger (hånden ble vurdert av en forsker etter ett, 30 og 60 minutter, og av en foresatt i < fire dager).

**Pasientoppfølging:** 99 prosent (intention-to-treat analyse).

### HOVEDRESULTATER

Totalt viste studien at nålfritt administrasjonssystem for lignocaine-pulver reduserte smerter ved venepunksjon mer enn placebo (tabell). Smerter ved venepunksjon ble redusert for den yngste og

den eldste aldersgruppen. Smerter ble ikke redusert i den midterste aldersgruppen, disse rapporterte mindre smertenivå enn de andre gruppene (tabell). Ubehag var minimalt for alle barn. Bivirkninger var få, sjeldne og lik for alle grupper, bortsett fra mildt erythem som forekom oftere i intervensjonsgruppen etter 30 minutter (19 prosent versus 3 prosent).

**Sammendrag fra:** Zempsky WT, Robbins B, Richards PT, et al. A novel needlefree powder lidocaine delivery system for rapid local analgesia. *J Pediatr* 2008;152:405-11.

**Korrespondanse:** Dr. WT Zempsky, Connecticut Children's Medical Center, Hartford, CT, USA; wzempsk@ccmckids.org

**Finansiering:** anesiva, Inc.

**TABELL:** Nålfritt administrasjonssystem for lignocaine-pulver versus placebo for å redusere smerter ved venepunksjon hos barn

Aldersgruppe	Smerteskala*	Smerte skåre		Standardisert effektstørrelse	p-verdi
		Lignocaine	Placebo		
Alle	FACES og VAS	-	-	-0,43	<0,001
Kolonisering	FACES	1,5	2,4	-0,46	0,02
8-12 år	FACES	1,0	1,4	-0,36	0,07
	VAS	11	18	-0,33	0,10
13-18 år	VAS	14	23	-0,46	0,02

\* FACES, Wong-Baker FACES pain rating scale [0-5 (worst)]; VAS, visual analogue scale [0-100 (worst)].

©EBN October 2008 Vol 11 No 4.





Introduksjonen av lokale smertelindrende midler var et viktig framskritt når det gjaldt å behandle kortvarig skarp smerte i forbindelse med inngrep som intravenøse kanyler og venepunksjon, særlig hos barn (1,2). Likevel, det er et underforbruk av midlene fordi man for eksempel tror at kortvarige smerter er uunngåelig, eller det er lang ventetid (20 til 90 minutter) før de virker optimalt. Det er også vanskelig å forutsi når og hvor lokal smertelindring trengs. Zempsky og medarbeidere rapporterte en reduksjon i smerteintensitet som var assosiert med bruk av nålfritt administrasjonssystem for lignocainepulver hos barn som fikk venepunksjon. Denne studien er interessant fordi barrieren ved lang ventetid blir eliminert og det tar to-tre minutter før det

har effekt. Det betyr at tiltaket kan være lettere å bruke i praksis og kan føre til at flere bruker lokal smertelindring på barn. Det er noen begrensninger i studien når det gjelder rapportering og design som reduserer validiteten i resultatene. For det første, en bedre beskrivelse av pasientgruppen – som tar med viktige faktorer som barnas tidligere erfaring med medisinske prosedyrer og medisinske diagnoser, kan hjelpe med å forstå effekter og interaksjoner med andre faktorer som påvirker smerte. For det andre, Zempsky og medarbeidere sammenlignet det nye middelet mot placebo. Denne studien hadde vært styrket om det var inkludert en tredje gruppe som mottok lokale midler som allerede er i bruk. Dermed kunne effekten av den nye metoden sammenlignes med

den konvensjonelle. Til slutt, forfatterne vurderte ikke kostnader og tilgjengeligheten ved den nye metoden. Uten denne informasjonen er det umulig å vurdere om man skal anskaffe og bruke dette systemet. Likevel, måten å gi lokal smertelindring på er lovende og har potensial for å bedre smertelindring til barn ved nålestikk og venepunksjon.

Helene Lacroix, RN, MSC, Saint Elizabeth Health Care, Markham, Ontario, Canada

1. Fetzer SJ, Nurs Res 2002;51:119-24
2. Taddio A, Sooin HK, Schuh S, et al. CMAJ 2005;172:1691-5.

# Pasienters opplevelse av velvære i sykehus

Utvalg og oversettelse ved  
Liv Merete Reinar

Illustrasjonsfoto: Colourbox .com

## Hvilke aspekter i et sykehusmiljø påvirker pasienters følelse av personlig kontroll og emosjonell velvære?

**Design:** Kvalitativ studie som brukte «grounded theory» metode.

**Setting:** Sykehus i Perth, Australia

**Deltakere:** 56 pasienter > 18 år (median 54 til 64, 59 prosent kvinner) som var innlagt i sykehus uansett grunn og som kunne snakke engelsk.

### METODE

Data ble innhentet ved hjelp av 78 timer med observasjoner og semistrukturerte intervjuer med pasienter. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Data ble analysert tematisk ved hjelp av konstant sammenlignende metode («the constant comparative method»).

### HOVEDFUNN

Pasientene identifiserte tre faktorer ved sykehusmiljøet som påvirket deres følelse av personlig kontroll og velvære. 1) *Nivå av sikkerhet*. Pasienters følelse av personlig kontroll økte når det var noen tilgjengelig som kunne hjelpe dem med det de ikke kunne gjøre selv; de følte seg utrygge og uvel når de ikke fikk slik hjelp. En pasient beskrev redsel for å bli

skadet og at han følte seg utrygge da han ikke fikk hjelp til å fikse en ødelagt seng. Noen pasienter økte trygghetsfølelsen ved aktivt å be om hjelp fra andre, som sykepleiere og familiemedlemmer. 2) *Kunnskapsnivå*. Pasienter opplevde utrygghet når de var usikre på hva de skulle gjøre på sykehuset, selv om tidligere erfaring fra sykehus og sykdom, eller tilgjengelig informasjon, førte til økt følelse av personlig kontroll og følelsesmessig velvære. Pasienter innhentet også informasjon selv hvis det var mulig (for eksempel fra andre personer, bøker, internett). 3) *Nivå av personlig verdi*. Pasienter følte at deres personlige kontroll og verdi ble redusert og de opplevde tap av verdighet når de var avhengige av andre. Flere pasienter beskrev hvordan de mistet selvstendighet på sykehus: «Du kan ikke komme ut ... du kan ikke gå ut og sitte i solen, du kan ikke drikke ditt eget vann og du kan ikke spise din egen mat». De følte at de kunne gjøre mer hjemme hos seg selv og at dette hemmet prosessen med å komme seg. Sykehusmiljø som var mer som hjemme fremmet følelsesmessig velvære, og tre aspekter ved miljøet påvirket følelsen av personlig verdi. a) Mangel på kontroll over utstyr og møbler som var fysisk ukomfortable økte følelsen av ubehag. Utvalget av mat og drikke som var tilgjengelig påvirket også pasientenes erfaringer. Ubehag kunne noen ganger overkommes hvis familiemedlemmer kom med mat eller utstyr. b) Pasienten vur-

derte omgivelsene (for eksempel adgang til frisk luft, utsikt) som viktige. De ønsket også egne soner hvor de kunne omgås familie, venner, andre pasienter og til og med kjæledyr. Noen pasienter ønsket enerom: «når du har andre rundt deg, er det én som hoster og en annen som snakker med seg selv halve natten, og alt mulig annet». Andre pasienter foretrakk flermannsrom: «Jeg hadde noen å snakke med ... Jeg tenker mer positivt enn hvis jeg er på enerom». Noen pasienter var bekymret over manglende hygiene på sykehus. c) Fasiliteter og utstyr som bidro til uavhengighet på sykehuset økte pasientenes følelse av personlig kontroll (for eksempel mobilt intravenøsutstyr drevet av batteri).

### KONKLUSJON

Pasientenes følelse av kontroll og følelsesmessig velvære i sykehus økte når de følte seg sikre, informert og verdsett.

**Sammendrag:** Williams AM, Dawson S, Kristjanson LJ. Exploring the relationship between personal control and the hospital environment. *J Clin Nurs* 2008;17:1601-9.

**Korrespondanse:** Dr. AM Williams, Curtin University of Technology, Perth, Western Australia, Australia; anne.williams@curtin.edu.au

**Finansieringskilde:** National Health and Medical Research Council.



Denne studien av Williams og medarbeidere gir et innsiktsfullt perspektiv på effekten av sykehusmiljø og pasientenes følelse av personlig kontroll og følelsesmessig velvære under sykehusopphold. De framhever nivå av sikkerhet, informasjon og opplevelse av personlig verdi som viktige faktorer som påvirker opplevelsen av å være på sykehus. Forfatterne peker dermed på områder som det er mulig for sykepleiere å gjøre noe med og de åpner for debatt om viktigheten av disse faktorene. Funnene belyser viktigheten av at pasienter forstår regler eller sedvaner ved sykehus: Kan familien min komme med mat? Kan jeg bruke eget sengeteppe? Hva er rutinene og hva er forventningene? De viser den sentrale rollen sykepleiere kan ha for å øke pasienters følelsesmessige velvære og bidra til at de slipper

å «gjette» ved å kommunisere til pasientene det de har behov for å vite om sykehusmiljøet. Forfatterne foreslår at framtidige studier som tester enkle tiltak for å øke følelsesmessig velvære har verdi. Slike tiltak innebærer avdelingsspesifikke brosjyrer, en måte å formidle rollene til de ulike personer/profesjoner på avdelingen, og en liste over avdelingsrutiner.

Funnene illustrerer også paradokset mellom pasienters manglende vilje til å motta hjelp og deres frustrasjon når hjelp ikke er tilgjengelig. Selv om dette paradokset er kjent blant sykepleier trengs det mer kunnskap om hvordan pasienter og deres familier kan bidra til i større grad å være involvert i pleie uten at det skapes forventninger som er urealistiske, upassende og som diskriminerer dem som mangler sosial støtte.

Sykepleiere kan være interessert i å finne ut hvordan disse funnene kan bidra til å bedre pasientutfall. Selv om verdien av økt privatliv, adgang til uteområder og mer komfortable møbler ikke nødvendigvis gir gjenklang hos de fleste beslutningstakere, vil forskning på disse virkemidlene være interessante for sykepleiere. Slike studier bør også omfatte tiltak som fremmer kommunikasjon i profesjonsteamet, infeksjoner, og tidlig mobilisering assosiert med endringer i sykehusets infrastruktur. Studien støtter at sykepleiere i større grad blir involvert når det gjelder planlegging av fysiske miljøer og evaluering av pasienters behov.

Sandra Lauck, RN, MSN, CCN (C), St Paul's Hospital, Vancouver, British Columbia, Canada.  
 ©EBN January 2009 Vol 12 no 1.

# Akupunktur hjelper for tensjonshodepine

Akupunktur fører til en reduksjon i hyppighet av hodepine og av smerteintensitet når det sammenlignes med narreakupunktur. Effekten av akupunktur er ikke så tydelig når det sammenlignes med fysioterapi, massasje eller øvelser/avspenning/trening. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

## AKUPUNKTUR OG HODEPINE

Tensjonshodepine er ikke uvanlig. Det gir smerter som rammer begge sider av hodet og kan gi milde, moderate eller svært plagsomme smerter. For de fleste personer som rammes er episodene med hodepine forholdsvis sjeldne og kan behandles effektivt med smertestillende som kjøpes reseptfritt. For noen personer derimot kan hodepinen ramme ofte, fra flere ganger per måned til daglig.

Akupunktur er en ikke-medikamentell behandling som har sin opprinnelse fra Kina. Det kan være et tilbud blant annet på smertepoliklinikker og hos autorisert helsepersonell eller andre som tilbyr komplementær eller alternativ behandling. Akupunktur gis både for å behandle og forebygge tensjonshodepine.

## VIRKER AKUPUNKTUR?

Studiene viste at:

- Akupunktur sammenlignet med narreakupunktur gir muligens litt færre dager med hodepine.
- Akupunktur sammenlignet med narreakupunktur senker trolig smerteintensiteten noe.

Studiene som sammenlignet akupunktur med fysioterapi, massasje eller øvelser/avspenning/trening var av mangelfull kvalitet og resultatene var vanskelige å tolke.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et internasjonalt forskerteam lette etter studier som har undersøkt hvordan akupunktur virker på personer med tensjonshodepine. Forskerne fant elleve studier som oppfylte kravene de hadde fastsatt på forhånd. Studiene hadde til sammen 2317 deltakere. Studiene de fant sammenlignet akupunktur med vanlig behandling, narreakupunktur, massasje, fysioterapi eller avslapningsøvelser. De største og beste studiene viste at 50 prosent av deltakerne fikk halvert antall dager med hodepine. Oppfølgingstiden var minst åtte uker. Antall akupunk-



Illustrasjon: Lene Ask

turbehandlinger varierte fra seks til 15 ganger. I de fleste studiene førte deltakerne dagbok for å rapportere hodepine. Det diskuteres i fag- og forskningsmiljøer om narreakupunktur er å narre – eller om den kanskje også er virksom.

## Kilde

Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD007587. DOI: 10.1002/14651858.CD007587.

Les hele artikkelen i Cochrane Library (gratis tilgjengelig via [www.cochrane.no](http://www.cochrane.no))

Skrevet av Liv Merete Reinart, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

# Fysisk trening er bra for eldre som bor i omsorgsboliger



Illustrasjon: Lene Ask

Mange former for fysisk trening eller rehabilitering har positiv effekt på Eldres fysiske helse. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

## ELDRE OG FYSISK TRENING/REHABILITERING

I høyinntektsland verden over øker andelen eldre i befolkningen. En av følgene av dette er økt behov for langtids omsorgstilbud. Det er behov for tiltak som kan forebygge at helsen blir dårligere og som kan fremme uavhengighet i daglige aktiviteter. Praksis i forhold til aktiv og systematisk «trening» er ulik både når det gjelder omsorgsboliger og sykehjem i Norge.

## VIRKER TRENING OG FYSISK REHABILITERING?

Studiene viste at:

- Styrketrening, aerobic, fysio- og ergoterapi, hagearbeid og Tai Chi trolig bedrer funksjon målt som «activities of daily living» (ADL) hos eldre som bor på institusjon.
- Trening og mobilitetstrening øker muligens balansen noe hos eldre som bor på institusjon. Det var noen få studier som fant at noen eldre var utsatt for fall og små skader i forbindelse med trening.
- Fysisk rehabilitering gir muligens mer sosial deltakelse, redusert agitasjon, mindre engstelse for fall og noe bedre kognitiv funksjon.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Et internasjonalt forskerteam lette etter studier som har undersøkt hvordan fysisk rehabilitering og trening virket på fysisk funksjon hos eldre som bor i institusjon. Forskerne fant 49 studier som oppfylte kravene de hadde fastsatt på forhånd. Studiene hadde til sammen 3611 deltagere. Gjennomsnittsalder var 82 år (range 69 til 89), over to tredjedeler var kvinner. Tretti av studiene foregikk i USA. De fleste studier hadde oppfølgingstid på cirka tre måneder. Studiene de fant sammenlignet rehabiliteringstiltak som hadde til hensikt å holde ved like eller bedre fysisk funksjon med ingen eller alternative tiltak. Studiene målte blant annet de Eldres «activities of daily living» (ADL). Forskerne tok ikke med studier som vurderte fallforebygging, disse er dekket i en annen systematisk oversikt i Cochrane Library.

## Kilde

Forster A, Lambley R, Hardy J, Young J, Smith J, Green J, Burns E. Rehabilitation for older people in long-term care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD004294. DOI:10.1002/14651858.CD004294.pub2.

Les hele artikkelen i Cochrane Library (gratis tilgang via [www.cochrane.no](http://www.cochrane.no))

Skrevet av Liv Merete Reinart, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

# Forskningsnytt

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



## Kvinnens opplevelse av smerter etter hjertekirurgi

Etter gjennomgått hjertekirurgi var kvinnene uforberedt på smerter i nakke, skuldre og rygg i ukene etter at de kom hjem.

Hensikten med studien var å utforske postoperative smerter etter hjertekirurgi etter utskrivning fra sykehus. Problemstillingen ble besvart ved hjelp av kvantitative og kvalitative metoder. Beskrivende data om personenes smerteopplevelse i de to første ukene etter utskrivelse fra sykehus ble samlet

inn ved hjelp av semistrukturerte intervjuer og smertedagbok. I tillegg ble kortutgaven av Brief Pain Inventory (BPI-SF) brukt. BPI-SF inneholder ni spørsmål om smerteforekomst, lokalisasjon, smerteerfaringer og -lindring, samt hvordan smertene påvirker aktiviteter i dagliglivet og søvnkvalitet.

Ved hjelp av hensiktsmessig utvalgelse ble ni deltakere som hadde gjennomgått hjertekirurgi rekruttert til studien. Pasienter som før utreise hadde ytret ønske om å delta ble oppringt to dager etter hjemreise av forskeren som spurte om de fremdeles ønsket å delta. Alderen på kvinnene varierte fra 44–70 år.

Alle rapporterte om brystsmertene nesten hver dag i løpet av de to ukene. Smertene i nakke, skuldre og rygg varte lengre enn smerter andre steder. Smertene var svakest

ved lunsjtid og sterkest om kvelden. Brystsmertene var sterkest om natten, mens smerter i nakke og skuldre var sterkest om kvelden. Kvinnene fortalte om hvordan smertene medførte problemer med å ligge på ryggen gjennom hele natten og dermed skapte søvnproblemer. Kvinnene som tok smertestillende medikamenter hadde jevnere smertescore enn dem som tok smertestillende uregelmessig.

Studien fant at flere kvinner som fortalte om moderat smerte ikke brukte smertestillende medikamenter regelmessig.

### REFERANSE

Leegaard M, Fagermoen MS. Women's descriptions of postoperative pain and pain management after discharge from cardiac surgery. *J Clin Nurs* 2008;17:2051–60.

Mens liggetiden på sykehus etter hjerteoperasjoner går ned, viser undersøkelsen at de ni kvinnene i utvalget hadde smerter som påvirket deres fungering i dagliglivet og søvnkvaliteten. Studien underbygger viktigheten av sykepleiernes undervisning om smerter og smertebehandling før hjemreise.

## Sosial støtte, opplevelse av sammenheng og livskvalitet

Grad av sosial støtte er forbundet med helserelatert livskvalitet, og mulighet til å gjøre noe for andre er viktig for sosial fungering.

Dette er noen av funnene i en tverrsnittsstudie som hadde til hensikt å undersøke om grad av sosial støtte og grad av opplevelse av sammenheng (OAS) samvarierte med helserelatert livskvalitet (HrL).

Data ble samlet inn ved hjelp av standardiserte intervjuer blant 227 langtids sykehjemsbeboere i Bergen. Sosial støtte ble målt ved bruk

av Social Provisions Scale. Spørreskjemaet består av 24 spørsmål som måler: hengivenhet, sosial samhandling, omsorg, bekrefteelse av egenverd, pålitelighet, veiledning.

Spørreskjemaet Sence of Coherence-13 målte OAS. Begrepet OAS har sitt opphav i Antonovskys begrep salutogenese hvor hypotesen er at menneskets motstandsressurser har betydning for hvordan man takler sykdom og sykdomsutvikling.

HrL ble målt ved hjelp av spør-

reskjemaet Short Form-36 Health Survey (SF-36). I tillegg til et generelt spørsmål om vurdering av egen helse, består spørreskjemaet av åtte dimensjoner: fysisk funksjon, rollebegrensning knyttet til dårlig fysisk helse eller tilsvarende begrensninger knyttet til følelsesmessige problemer, smerter, vitalitet, generell helse, sosial funksjon og mental helse.

Gjennomsnittlig alder i utvalget var 84,4 år. Deltakerne hadde i gjennomsnitt to sykdommer, hvor

## > TIPS OSS

Kjenner du til nye studier presentert i internasjonale tidsskrift som du mener har klinisk relevans og interesse for norske sykepleiere?

Tips kan sendes til [Annerns.Lerdal@hibu.no](mailto:Annerns.Lerdal@hibu.no)

# Kvalitet på omsorgen i norske sykehjem

Over halvparten av beboere i norske sykehjem mottok omsorg som sviktet på minst to kvalitetsmål.

Hensikten med studien var å utforske mulige kvalitetsmål for omsorgstjenester i sykehjem. En gruppe av 12 forskningssykepleiere samlet inn data ved hjelp av et strukturert intervju med primærkontakter til sykehjemsbeboere og avdelingssykepleiere.

Det ble samlet data om bruk av frihetsbegrensede tiltak og hvor ofte disse var brukt den siste uken. Disse tiltakene ble kategorisert i fire grupper: fysiske begrensninger, ikke-fysiske begrensninger, overtalelse eller tvang ved inntak av medikamenter og bruk av makt i tilknytning til utførelse av dagliglivets aktiviteter. Bruk av disse tiltak ble ansett som en kvalitetsmangel. Med utgangspunkt i Forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene ble det utarbeidet syv kvalitetsmål knyttet til om beboerne fikk tilfredsstillende sine grunnleggende behov som for

eksempel beboeren har mulighet til å legge seg eller stå opp når hun/han ønsker eller til "normal" tid og beboeren kan bruke den tiden hun/han ønsker for å innta måltider. Hvis behovet ble vurdert til å bli helt eller vanligvis innfridd, ble kvalitetskravet vurdert til akseptabelt i motsetning til en kvalitetsmangel. Antall kvalitetsmangler ble summert.

Data til studien kom fra 1926 beboere innlagt ved 251 enten generelle sykehjemsavdelinger eller demensavdelinger i Norge. Av disse var 1501 rekruttert tilfeldig ved klyngeutvelgelse i 54 kommuner. I tillegg ble data fra 305 beboere ved tilsvarende avdelinger ved fire undervisnings-sykehjem inkludert.

I hele utvalget ble det ikke registrert kvalitetsmangler hos 401 beboere (20,8 prosent). Hos over halvparten ble det registrert to eller flere kvalitetsmangler i løpet av en uke. Åtte kvalitetsmangler ble registrert hos ni pasienter (0,5 prosent).

Forekomsten av aggressiv atferd, lavere fungering i forhold til utførelse av aktiviteter i dagliglivet og moderat til alvorlig demens hadde en tendens til å samvariere med høyere antall kvalitetsmangler. Det ble registrert færre kvalitetsmangler hos beboere på sykehjem med høyere bemanning enn hos beboere på sykehjem med lavere bemanning.

## REFERANSE

Kirkevoold Ø, Engedal K. Quality of care in Norwegian nursing homes – deficiencies and their correlates. *Scand J Caring Sci* 2008; 22: 560–7.

Datamaterialet til studien er stort og trolig i stor grad representativt for sykehjem i Norge. Studien viser på en interessant måte hvordan kvalitetsindikatorer som er politisk vedtatt kan operasjonaliseres og brukes i forskning.

KOMMENTAR

# alitet blant beboere på sykehjem

den hyppigst forekommende var hjerneslag (29,5 prosent). Deltakerne rapporterte dårligst HrL på dimensjonen fysisk funksjon, og høyest på dimensjonene smerte og sosial fungering. Når det gjaldt sosial støtte, scoret deltakerne høyest (best) på hengivenhet og lavest på omsorg. Menn opplevde høyere OAS enn kvinner. Deltakerne som rapporterte stor mulighet til å gi omsorg rapporterte også høyere sosial fungering. Deltakere som i høy grad opplevde bekræf-

telse av egenverd erfarte også høy vitalitet og bedre mental helse.

Studien konkluderer med at samhandlingen mellom sykehjemsbeboere og andre er knyttet til deres opplevelse av mental helse. Det er derfor viktig at helsepersonell har oppmerksomheten rettet mot å legge til rette for god samhandling mellom beboerne og andre.

## REFERANSE

Drageset J, Eide GE, Nygaard HA, Bondevik M, Nortvedt MW, Natvig GK.

The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents – A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 65–75.

Studien dokumenterer sammenhenger som er lett å anta. Resultatene understreker viktigheten av å planlegge og organisere aktiviteten på sykehjemmene på en måte som innbyr til kontakt mellom beboerne, deres pårørende og andre.

KOMMENTAR

## Amerikanske forskningsmiljøer: INSPIRASJONEN BLOMSTRER

› Norsk forskning best i verden? Tja, er vel svaret. På mange felter presterer norske forskere glimrende resultater. Men det bør ikke avholde noen fra å dra ut for å finne ny kunnskap.

Etter ett års deltakelse i doktorgradsprogrammet ved University of California i San Francisco (UCSF) i USA, kan jeg komme med en klar anbefaling: Så vel forskere som undervisere bør spandere på seg et opphold ved et amerikansk universitet. Gjennom aktiv deltakelse i forskningsmiljøet ved UCSF, fikk jeg selv ikke bare interessant forskererfaring, men også innsikt i et utrolig kreativt og motiverende læringsmiljø preget av høye forventninger til både studenter og lærere.

Når man kommer til et amerikansk universitet, blir man med en gang konfrontert med det som gjør mange av lærestedene i USA så fremragende, nemlig arbeidsinnsatsen. Både studenter og ansatte arbeider hardt, ofte veldig hardt.

Det akademiske nivået og resultatene blir tilsvarende imponerende. Søker man i internasjonal faglitteratur innen nær sagt

hvilket som helst felt, finner man nesten alltid et flertall avhandlinger og artikler skrevet ved amerikanske universiteter. Det harde arbeidet som nedlegges, gir med andre ord høyst konkrete resultater.

Amerikanske læresteder har dessuten en størrelse som man i andre land bare kan misunne dem. Andelen sykepleiere med master- og doktorgrader overskrider tilsvarende andeler i andre vestlige land. School of Nursing ved UCSF har 125 personer ansatt innen undervisning og forskning på master- og doktorgradsnivå og et tilsvarende antall doktorgradstipendiater. Forskningsmiljøet er med andre ord stort og aktiviteten høy. Dette går igjen ved et utall sykepleiefakultet i USA.

Det store antallet som driver med forskning og undervisning gir en betydelig bredde i fagfeltet. Uansett innen hvilket felt man måtte arbeide, vil man finne spiss-

kompetanse som ligger på et høyt internasjonalt nivå.

Dette merker man med en gang man setter sin fot på et amerikansk universitet. Det er få som spør deg hvilke krav du setter til lærestedet. Hva som gjelder, er hvilke krav lærestedet setter til deg. Hver enkelt student får tett oppfølging. Læreren engasjerer seg i problemstillinger som studentene er opptatt av og de er oppdatert på forskning innen sitt undervisningstema. Til gjengjeld forlanger professoren at man følger med i timen og følger opp forslag til litteratur man bør sette seg inn i. Fravær, i fysisk eller åndelig forstand, blir ikke akseptert. Skulle man mot formodning ha en uheldig dag og ikke være særlig godt forberedt, vil professoren sørge for at du ikke glemmer nettopp den timen. Dessuten er du garantert å bli grillet med spørsmål den påfølgende timen. Som student må man legge ned minst





Foto: Erik M. Sundt

” Det forventes at man stiller forberedt til timene og har gjort hjemmeleksene.

like mange arbeidstimer i faget som professorene og de andre vitenskapelig tilsatte. De timene kan bli veldig mange.

For en norsk Ph.D.-student kan nok de amerikanske undervisningsmetodene bli oppfattet som noe gammeldagse. Det forventes at man stiller forberedt til timene og har gjort hjemmeleksene. Hvis man deltar på et seminar, må man regne med å sette seg godt inn i både en artikkelsamling og ett par bøker til samlingen påfølgende uke. I tillegg har studentene jevnlig egne framlegg. De høye forventningene til studieinnsats og kvalitet fører til et inspirerende og utviklende fagmiljø som utløser den indre motivasjonen for forskning og studier. Dette bidrar til at det faglige utbyttet ved oppholdet blir stort. Ved å være i et så aktivt fagmiljø kan man trekke på kunnskaper og ressurser og man blir inspirert til å arbeide hardt.

Ved mange typer studie- og forskningsoppgaver vil faglig støtte fra kompetente fagpersoner være essensielt. De fleste professorene hadde et meget tett samarbeid med det kliniske felt, hvilket førte til en unik tilgang på

faglig ekspertise. Dessuten hadde studentene ved UCSF tilgang til en stor avdeling med statistikere som kunne bistå med å løse store og små problemer nær sagt syv dager i uken. Det sier seg selv at dette kan være avgjørende for å gi egen avhandling det ekstra puff som skal til for å komme videre.

I Skandinavia har vi avskaffet det aller meste av symboler, titler og høytideligheter som tidligere preget academia. Ikke så i USA. Amerikanske universiteter bidrar til at studentene skal være stolt av den institusjonen de er utdannet ved. Universitetsansatte sørger for å holde symbolapparatet i hevd ved å holde strengt på noe så umoderne som titler, og ikke minst høytidelige seremonier i forbindelse med den akademiske årssyklus. Man kan spørre seg om dette har noen verdi utover å understreke forskjellen på mennesker med og uten akademiske titler. En amerikansk universitetsansatt vil si at dette dreier seg om noe annet: Ved å opprettholde de gamle tradisjonene, gis faget en status og anseelse som er livsviktig i et moderne samfunn.

Gode råd: Søker man seg til

et amerikansk universitet, er det en del ting man skal være klar over: For det første er universitetene i USA rangert på en skala ut ifra prestasjoner og såkalt «funding», det vil si finansiering. Hvilket lærested man søker seg til, er naturligvis ikke likegyldig. Et godt utbytte av et studieopphold får man først og fremst ved de beste universitetene, ganske enkelt fordi de har tiltrukket seg de beste lærerkreftene.

For det andre er det viktig før man reiser å ha opparbeidet seg god kontakt med en professor som kan være veileder og guide deg gjennom studieoppholdet. Er man så heldig å ha en veileder i Norge som fra før har gode kontakter i USA, stiller man sterkt i utgangspunktet. Amerikanere er i prinsippet vennlige og imøtekommende, men som Ph.D.-student fra Norge er man ikke verdens viktigste person i møte med det amerikanske universitetssystemet. Her, som overalt ellers, er det en fordel å kjenne noen som kjenner noen. Men igjen: Den beste og raskeste metode for å komme på radarskjermen til en amerikansk professor, er å arbeide hardt.



## Har du tatt doktorgrad?

**Sykepleien Forskning** publiserer nye doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Som et ledd i å formidle forskningsarbeider og forskerkompetanse blant sykepleiere ønsker vi å publisere sammendrag også av tidligere avlagte doktorgrader på våre nye nettsider.

Vi oppfordrer derfor alle aktuelle sykepleiere å sende inn nødvendig informasjon til **[forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no)**.

Følg veiledning for utforming av sammendrag av doktorgrader som du finner på våre nettsider **[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)**.

# NYTT OG NYTTIG



**76:** DOKTORAVHANDLINGER

**79:** PUBLISERING AV VITENSKAP

**80:** HVORDAN SKRIVE INNLEDNINGSKAPITLET?



# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**MARIT LEEGAARD**

**Tittel:** «Self-management of postoperative pain: Women's experience after early discharge from cardiac surgery» («Egen håndtering av smerter etter hjertekirurgi. Kvinners opplevelser etter tidlig utskriving fra sykehus»)

**Arbeidssted:** Høgskolen i Oslo, Avdeling for Sykepleierutdanning

**Disputas:** 23. jan. 2009 ved Universitetet i Oslo

**E-post:**  
marit.leegaard@su.hio.no

> Forskning viser at opp mot 40 prosent av pasientene hadde vedvarende problemer med smerter i brystbeinet ett-tre år etter operasjonen, og kvinner rapporterer mer smerter enn menn før utskriving. Tidlig utskriving medfører aktiv deltakelse fra pasientene når det gjelder å ta ansvar for egen smertebehandling.

Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan kvinner opplever å håndtere smerter på egen hånd etter

tidlig utskriving fra hjertekirurgi.

Avhandlingen bygger på en teoretisk syntese av hvordan 19 kvalitative studier beskrev pasienters opplevelser etter koronar bypass kirurgi, og en empirisk studie av hvordan elleve norske kvinner opplevde smerter og egen håndtering etter hjertekirurgi. Smertedagbøker og personlige intervjuer ble brukt for å samle data.

Studien viser at kvinnene ikke fulgte anbefalte retningslinjer vedrørende håndtering av smerter selv om de rapporterte at verste opplevde smerte var sterk eller moderat. Egen håndtering av smerter etter tidlig utskriving fra hjertekirurgi var mer avhengig av tidligere kunnskap og forventninger til smerter og smertelindring generelt enn de rådene de fikk av helsepersonell etter operasjonen. Ingen ønsket å klage over smertefulle opplevelser, de tok så lite smertestillende medikamenter som mulig, eller ventet til smertene var utholdelige. Opplevelser etter koronar bypass kirurgi ble tematisert som en paradoksall opplevelse av å overleve alene med støtte fra de nærmeste, ødelagt selvfølelse, tap, frykt og ønsket om å leve videre.

Pasienter trenger mer til-

passet informasjon og konkret undervisning om egen behandling og bruk av smertestillende før utskriving, og mer kunnskap om at god smertelindring er viktig for hele rehabiliteringsprosessen som kan påvirke pasientene i mange år fremover.



**Kandidat:**  
**KAREN BJØRØ**

**Tittel:** Smertebehandling som risikofaktor for delirium hos gamle mennesker med hoftebrudd

**Arbeidssted:** Oslo Universitetssykehus

**Disputas:** 29. oktober 2008 ved Universitetet i Iowa i USA

**E-post:**  
karen.bjoro@ullevel.no

> Delirium og smerte forekommer hyppig hos gamle mennesker med hoftebrudd. Svært få studier har vist en sammenheng mellom inadekvat smertebehandling og delirium. Hensikten med denne studien var å undersøke sammenhen-



gen mellom smerte, smertebehandling og delirium hos eldre med hoftebrudd kontrollert for andre potensielle risikofaktorer.

Studien ble gjennomført på to sykehus i Oslo og omfattet 204 pasienter i alderen 65 år og oppover med hoftebrudd. Ingen av pasientene hadde delirium da de ble oppsøkt av forskeren første gang. The Confusion Assessment Method ble brukt som instrument for å identifisere delirium gjennom observasjon og intervju av pasient og sykepleier samt daglig gjennomgang av pasientens journal. Multivariat logistisk analyse ble anvendt som analysemetode.

Av 204 pasienter, utviklet 70 (34,3 prosent) delirium etter operasjonen. Pasienter som fikk utilstrekkelig smertebehandling hadde økt risiko for delirium sammenlignet med pasienter som fikk høyere doser med analgetika. Andre signifikante risikofaktorer for delirium var kognitiv svikt, hemiartroplasti og postoperativ anemi.

Gamle mennesker med hoftebrudd fikk utilstrekkelig smertebehandling i forhold til sitt smertenivå. Underbehandling av smerte ser ut til å være risikofaktorer for delirium hos gamle pasienter med hoftebrudd både med og uten kognitiv svikt.



**Kandidat:**

**LIV WERGELAND SØRBYE**

**Tittel:** Frail homebound elderly: basic nursing challenges of home care – A comparative study across eleven sites in Europe

**Arbeidssted:** Diakonhjemmet høgskole

**Disputas:** 12. Februar 2009 ved Universitetet i Tromsø

**E-post:** soerby@diakonhjemmet.no

› Det er et helsepolitisk mål i Norge at eldre pleietrengende får anledning til å bo hjemme så lenge som mulig. Hensikten med avhandlingen var å beskrive, analysere og sammenligne grunnleggende behov (som ernæring og eliminasjon) og kliniske trekk hos et utvalg av eldre mennesker som mottok hjemmetjenester.

Data ble hentet fra Aged in Home Care (AdHOC) prosjektet, en befolkningsbasert undersøkelse i elleve byområder i Norden, sentral- og sør Europa. Vurderingsverktøyet Resident Assessment Instrument for hjemmetjenester ble brukt ved

oppstart i 2001/2002, og ved oppfølging etter seks og tolv måneder.

Totalt deltok 4010 informanter (80 prosent av de forespurte). Kvinner utgjorde 74 prosent av utvalget. Gjennomsnittsalder var  $80,9 \pm 7,5$  år for menn og  $82,8 \pm 7,3$  år for kvinner. Avhandlingens seks artikler omhandler temaene utilsiktet vekttaap, ekstrem overvekt, inkontinens for urin og avføring, samt vurdering av omsorgsnivå. Å være «lenket til hjemmet» (homebound) er et samlebegrep for artiklene.

Studien viste en signifikant sammenheng mellom tegn og symptomer på problemer med ernæring og eliminasjon og det å være «lenket til hjemmet». Den relative risiko utledet fra odds ratio var alle statistisk signifikante 95 prosent konfidensintervall. En logistisk regresjonsmodell forklarte 51 prosent av beregnet risiko for å bli lenket til hjemmet.

Det å motta sykepleieprosedyrer var den sterkeste prediktor for innleggelse i sykehjem (OR= 3,7 (95 prosent CI; 1,7–7,8). Pasienter med utilsiktet vekttaap ved første vurdering hadde doblet dødelighet i løpet av tolv måneder.

Å være lenket til hjemmet var signifikant assosiert med ernærings- og eliminasjonsproblemer.



**Kandidat:**  
**JEANNE BOGE**

**Tittel:** Kroppsvask  
i sjukepleia

**Arbeidssted:** Høgskolen  
i Bergen, Institutt for  
Sjukepleie

**Disputas:** 19. desember  
2008, Institutt for sam-  
funnsmedisinske fag,  
Seksjon for sykepleievi-  
tenskap, Universitetet i  
Bergen

**E-post:** [jhb@hib.no](mailto:jhb@hib.no)

> Då moderne sjukepleie opp-  
sto i siste halvdel av 1800-talet,  
var det vanleg at helseper-  
sonell argumenterte for  
kroppsvask ved hjelp av ulike  
hygiene-teoriar. Etter 1960 har

sjukepleiefaget også argu-  
mentert for kroppsvask ved  
hjelp av behovsteori. Den fran-  
ske filosofen Michel Foucault  
argumenterte for at samankop-  
linga mellom ulike teoriar og  
kroppslege praksiser har vore  
brukt som disiplineringsverk-  
tøy i moderne industrisamfunn.  
Med denne argumentasjonen  
som bakteppe, er det gjen-  
nomført analyser av tilhøvet  
mellom kroppsvask i sjuke-  
pleia og hygiene- og behovs-  
teori. Studien er basert på  
norske lærebøker i sjukepleie  
frå 1877–1911, 1967 og 2004, på  
Eilert Sundt sin studie Om ren-  
ligheds-stellet i Norge frå 1869  
og på observasjonar og intervju  
av pleietrengjande og pleiarar i  
ein norsk sjukeheim i 2002 og  
2006. Studien viser at normer  
for lukt, utsjånad og kroppslig  
samkvem på den eine sida, og  
utnytting av pleiarane si tid

på den andre sida, ser ut for å  
vera viktigare ved kroppsvask  
i sjukepleia enn omtanken for  
hygiene og pleietrengjande  
sine behov. Dette tyder ikkje at  
praksisane treng vera mangel-  
fulle eller dårlege, men studien  
utfordrar argumentasjonen for  
at undervising og praksis i sju-  
kepleia skal vere kunnskaps-/  
evidensbasert, og den under-  
støttar Foucault sin argumen-  
tasjon for at samankoplinga av  
teoriar og kroppslege praksiser  
kan ha vore brukt som disipli-  
neringsverktøy.

Kroppsvask i sjukepleie er  
finansiert av Helse og Rehabi-  
litering, gjennom Nasjonalfore-  
ningen for folkehelsen.

## HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no).

Retningslinjer for utforming av sammendrag av doktorgradsavhandlingar finner du på våre nettsider: [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).

# VITENSKAPELIG PUBLISERING

Offentliggjøring av resultatene er et kjennetegn ved forskning.

Av **Preben Aavitsland,**  
Avdelingsdirektør, Folkehelseinstituttet

Med vitenskapelig publisering menes en skriftlig publisering der fremstillingsmåte, språk og kanal gjenspeiler at fagfeller er målgruppa. Ethvert forskningsprosjekt skal ha vitenskapelig publisering som mål, og planlagt publiseringsmål skal fremgå av prosjektbeskrivelsen.

Vitenskapelig publisering har flere formål:

**Byggverket:** Hver studie kan ses på som en byggstein i det store byggverket som utgjør verdens samlede kunnskap på et fagfelt. Byggsteinen har liten nytte i laboratoriet eller på sengeposten; den må ut i verden.

**Læring:** Studien kan bringe kolleger ny kunnskap som bør tas i bruk raskt for bedre å pleie pasienter eller forebygge, diagnostisere og behandle sykdom.

**Kvalitet:** Gjennom tre trinn – redaksjonens vurdering, lesernes reaksjoner og andre forskeres forsøk på å gjenta studien – bidrar publiseringen til at forskningens kvalitet øker. Gode studier får mer oppmerksomhet, dårlige studier mister betydning.

**Tillit:** Publisering gir omverdenen innsikt i forskningen. Uredelighet er vanskelig å skjule når tusener av andre forskere leser artikkelen. (Den norske forskeren som for noen få år siden publiserte sensasjonelle resultater basert på fabrikkerte data, ble avslørt nettopp av kolleger som leste artiklene og visste at slike data ikke fantes.)

**Kvittering:** En publisert artikkel er en fin avslutning på en studie og en kvittering til arbeidsgiver og finansieringskilde for utført studie.

**Meritt:** Den publiserte artikkelen øker meritten til forskeren personlig og hennes forskningsmiljø.

Den normale publiseringskanalen for forskere i helsefagene er de helsevitenskapelige tidsskriftene, for eksempel de norske Sykepleien Forskning og Tidsskrift for Den norske legeförening. Man bør velge et tidsskrift som når den gruppa man vil nå.

De vitenskapelige tidsskriftene tilbyr forfatterne en ryddig redaksjonell prosess der artiklene forbedres både i form og innhold. Redaktøren og eksterne fagvurderere (som gjerne er eksperter på artiklens tema eller metode) vurderer og sliper manuskriptet i samarbeid med forfatteren. De er særlig opptatt av at det er sammenheng mellom metode, resultat og konklusjon. Ofte må konklusjonen dempes fordi redaktøren har et mer nøkternt syn enn forfatteren selv, som gjerne er oppglødd over de spennende resultatene.

Tidsskriftene tilbyr også en betydelig spredning av artiklene, både på Internett og i papirversjonen som sendes abonnentene, herunder biblioteker. I tillegg blir artikkelens tittel og sammendrag tilgjengelig på internasjonale litteraturlitteratordatabaser, som PubMed/Medline i søkbar form.

Publisering i vitenskapelige rapporter har den store fordelen at man har mer plass tilgjengelig. Ulempen er at kvalitetssikringen blir dårligere. Noen forskningsinstitutter forsøker å bøte på dette ved å utnevne redaktører og fagvurderere også for rapporter, men dette gir nok ikke den samme troverdigheten for andre forskere. Tilgjengeligheten blir heller ikke så god ettersom rapporter ikke kommer i PubMed/Medline og andre baser. Man kan tenke seg en kombinasjon, altså først publisering av en vitenskapelig artikkel og deretter som en lengre rapport med alt bakgrunnsstoffet det ikke ble plass til i artikkelen. Dette må i så fall skje i forståelse med tidsskriftets redaktør og i riktig rekkefølge. Mange tidsskrifter er avvisende til å publisere resultater som allerede foreligger i rapporter; da er jo resultatene gammelt nytt.

Publisering av forskningen som foredrag på vitenskapelige konferanser regnes som bare en foreløpig publisering. Det er nyttig for å spre kunnskapen og få umiddelbar kritikk, men må følges opp med skriftlig publisering.

# INNLEDNINGSKAPITLET

Hvordan skrive et godt innledningskapittel til en vitenskapelig artikkel?

Av **Anners Lerdal**

Utforming og publisering av den vitenskapelige artikkelen kommer som ett av de siste leddene i forskningsprosessen. Hovedhensikten er å formidle vitenskapelige arbeider med betydning for utvikling av praksis, teori eller forskningsmetoder. Publisering innebærer også at man gir noe tilbake til samfunnet ved å dele ny kunnskap med klinikere, forskere og kanskje også personene som har deltatt i studiene.

## > FØR MAN STARTER SKRIVNINGEN

Før man går i gang med å skrive er det viktig at man tenker nøye igjennom hva man har å fortelle. Er budskapet viktig nok til å bli publisert? Videre må man bestemme hvem man skal fortelle dette til for så igjen å bestemme hvor man vil formidle budskapet. Vinklingene på problemstillingene vil være forskjellig om man formidler klinisk relevante funn som kan endre praksis eller om hensikten er å utvikle eller bygge nye begreper eller ny teori. Etter å ha avklart disse spørsmålene og forutsatt at man fremdeles mener at budskapet bør publiseres starter man å lete etter tidsskrift som har sammenfallende ønsker. Når man leter etter aktuelle tidsskrift å publisere i, finner man viktig informasjon i tidsskriftenes målsettinger og i forfatterveiledningene (guidelines to authors). Ved å studere disse kildene kan man unngå unødvendig tidsbruk og ekstraarbeid som å skreddersy et manuskript til et tidsskrift som har en annen målgruppe enn man har skrevet for eller at de ikke publiserer manuskript i det formatet (for eksempel vitenskapelig essay) man ønsker å skrive i.

## > HVA VET VI?

Etisk forsvarlig forskning forutsetter at den bygger på den best tilgjengelige forskningen som

eksisterer. Dette innebærer at man gjør en systematisk gjennomgang av all tilgjengelig kunnskap, inkludert forskningsresultater, før man starter et forskningsprosjekt. På bakgrunn av denne konkluderer man med at nettopp denne studien er nødvendig å gjennomføre. Innledningskapitlet i en vitenskapelig artikkel vil presentere denne omfattende jobben i en kortversjon.

## > HVA ER ORIGINALT MED STUDIEN?

I innledningen må leseren få en forståelse av hvorfor studien var nødvendig å gjennomføre. Argumentasjonen bør få klart frem at eksisterende forskning ikke var god nok eller ikke omhandlet den viktige problemstillingen som den aktuelle studien vil besvare. Hvis tidligere forskning har rapportert motstridende funn, kan dette være gode argumenter for en ny studie. Noen kaller dette for å finne «hullet» i forskningen. Det er essensielt å få frem hva som er originalt med studien. Argumentasjonen bør dreie seg om både viktigheten og nytteverdien av å få svar på problemstillingen, samt gode grunner for det valgte forskningsdesignet og metodene man valgte.

## > KORT ELLER LANG INNLEDNING?

Innledningen må vekke leserens nysgjerrighet og få vedkommende til å lese resten av artikkelen. Forskjellige tidsskrift og fag har ulike tradisjoner når det gjelder lengde på innledningskapitlet. Den totale lengden på artikkelen avhenger av tidsskriftets retningslinjer. Dess lengre artikkelen er jo lengre kan naturligvis innledningen være. Det er imidlertid sjelden at man har plass i innledningen til å gjennomgå all tidligere forskning på området. Klassiske arbeider, aktuell teori og definisjon av sentrale begreper bør prioriteres. Ved å lage en kort innledning kan man prioritere



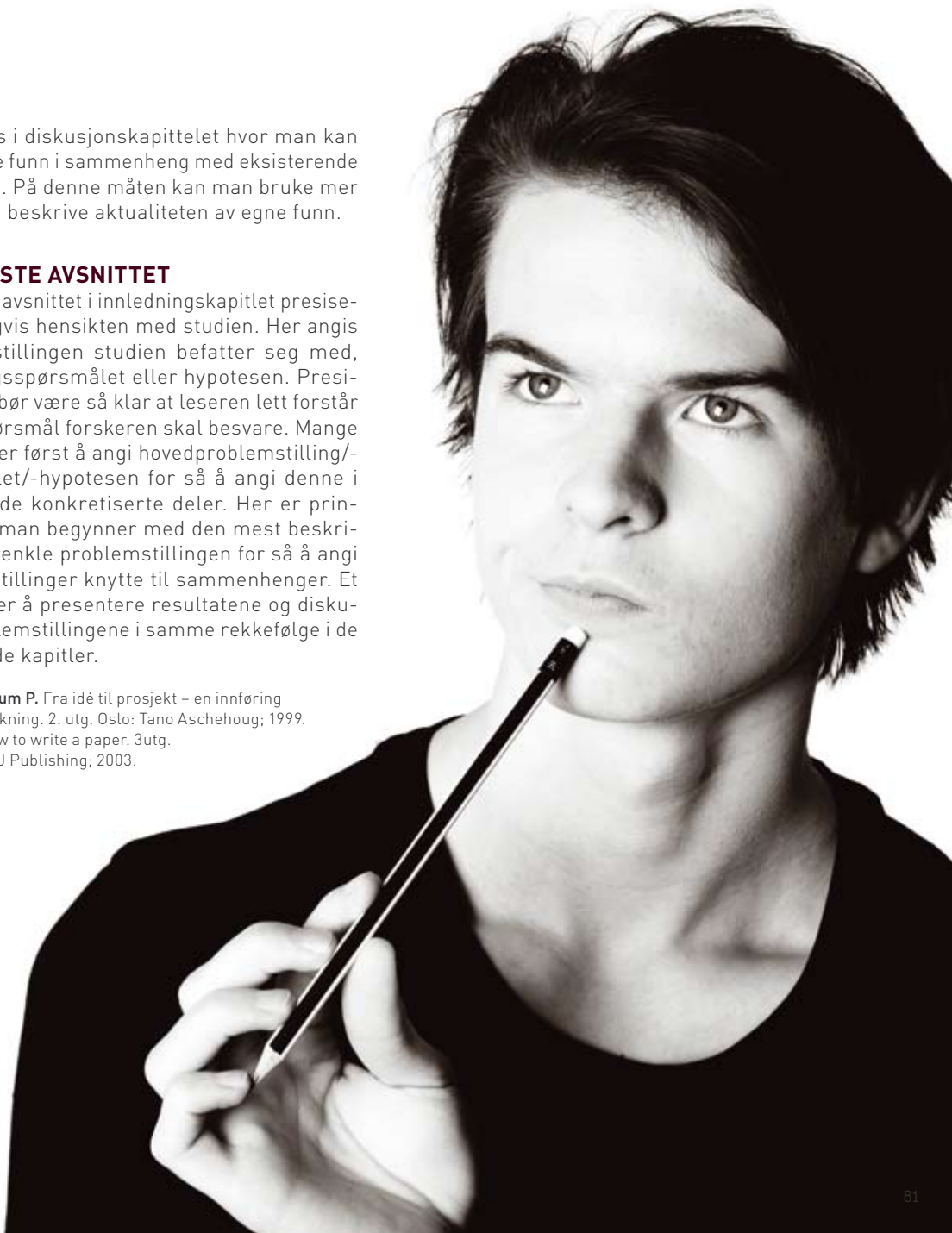
mer plass i diskusjonskapittelet hvor man kan sette egne funn i sammenheng med eksisterende kunnskap. På denne måten kan man bruke mer plass til å beskrive aktualiteten av egne funn.

### > DET SISTE AVSNITTET

I det siste avsnittet i innledningskapitlet presiseres vanligvis hensikten med studien. Her angis problemstillingen studien befatter seg med, forskningsspørsmålet eller hypotesen. Presiseringen bør være så klar at leseren lett forstår hvilke spørsmål forskeren skal besvare. Mange foretrekker først å angi hovedproblemstilling/-spørsmålet/-hypotesen for så å angi denne i avgrensede konkretiserte deler. Her er prinsippet at man begynner med den mest beskrivende og enkle problemstillingen for så å angi problemstillinger knytte til sammenhenger. Et godt råd er å presentere resultatene og diskutere problemstillingene i samme rekkefølge i de kommende kapitler.

**Friis S, Vaglum P.** Fra idé til prosjekt – en innføring i klinisk forskning. 2. utg. Oslo: Tano Aschehoug; 1999.

**Hall GM.** How to write a paper. 3utg. London: BMJ Publishing; 2003.



# Med blick for barna

**VENKE MARHAUG SØRLIE**  
f. 1946.

---  
**Utdanning:** Doktorgrad i sykepleievitenskap med fokus på etikk i helse-tjenesten.

**Arbeidssted:** Høgskolen i Bodø/ Lovisenberg Diakonale Høgskole

› Hvordan uttrykker et døende barn sin redsel? Og hvordan møter sykepleiere denne redselen? Dette er store spørsmål som det finnes lite kunnskap om, ifølge Venke Marhaug Sørli. Hun finner svar i barnas usagte handlinger.

Tekst: Anita Thorolvsen Munch  
Foto: Therese Borge

– Det er forsket en hel del på barns redsel for fysisk smerte. Sykepleiere har tradisjonelt vært opptatt av det, og helsepersonell er både dyktige og bevisste på å forebygge denne type redsel. Men det er gjort få studier på barns redsel for døden, og den eksistensielle smerten og angsten barn føler i ekstreme sykdoms-

pleieres erfaring med hvordan kreftsyke barn uttrykker redsel. Nylig veiledet hun fram prosjektets første doktorgradskandidat om håndtering av redsel hos barn med kreft.

## REDSLEN VISES I ØYNENE

– Fremfor alt viser det seg at det er blikket som avslører redsel. Derfor er det enormt viktig at man har en bevissthet rundt de stille usagte handlingene og signalene barn gir, sier Sørli.

mye om temaet, og er blant dem som ønsker en mye større åpenhet om vanskelige etiske problemstillinger blant sykepleiere og leger.

– For barn med en alvorlig sykdom er foreldrenes og helsepersonalets støtte enormt viktig. Det finnes stor bevissthet rundt dette. Men etablerte sannheter gjør også at man lett kan hoppe over de virkelige etiske utfordringene: å se barnas egne signaler. Vi har kanskje en tendens til å la profesjonens stemme overdøve barnas stemme, sier Sørli.

” Mens små barn er utagerende, kan eldre være innadvendte, og kvie seg for å snakke om døden.

situasjoner, sier professor ved Høgskolen i Bodø og Lovisenberg diakonale høgskole, Venke Marhaug Sørli.

De siste seks årene har hun ledet et forskningsprosjekt om redsel hos barn med kreft. Målet er både å forstå barns redsel bedre og belyse legers og syke-

Allerede som ung helsesøster og lektor i barnesykepleie ble hun opptatt av mangelen på refleksjon rundt barns tanker rundt egen eksistens. I dag, flere år og forskningsarbeid senere, regnes hun som en av de fremste etikk-ekspertene innenfor sykepleieforskningen. Hun har skrevet

## INTERVJUET LEGER OG SYKEPLEIERE

I prosjektet ble leger og sykepleiere med lang erfaring i behandling og pleie av barn med kreft intervjuet. Sørli forteller at de som ble intervjuet utdypet hvordan barna uttrykker redsel, samtidig som det viste seg at de også hadde mange felles bilder av redselens uttrykk.

– Barna reagerer fysisk på forskjellige måter. De kan være avvisende, utagerende eller til og med lekende. Informantene



meldte allikevel at man kunne se noe bedende og sørgelig i barnets øyne – en slags stille bønn om hjelp, forteller Sørлие.

– Et av de viktigste funnene vi fant var derfor at selv om barna ikke sier det høyt eller forteller om det selv, så deler de sin fortvilelse og redsel med personalet. En viktig problemstilling for helsepersonalet var: *leker* barna, eller uttrykker de redsel?

#### TAUS KUNNSKAP

Sørлие kaller den erfaringskunnskapen sykepleiere med omsorg for kreftsyke barn erverver for *taus kunnskap*. Forskningsprosjektet er ifølge henne et godt eksempel på hvordan man utvikler en kunnskap gjennom å *synliggjøre sykepleiernes egne erfaringer* i feltet.

– Den såkalte tause kunnskapen er veldig viktig i forhold til det vi allerede vet, og framfor alt er den et viktig bidrag til det vi ikke vet. Det handler om å *synliggjøre* den slik at den også kan komme barna til gode.

Det eksisterer også en god del myter å avkrefte når det gjelder

” Historisk sett ble barn misbrukt i forskningen.

pleie av alvorlig syke barn, ifølge Sørлие. For eksempel at eldre barn er lettere å møte fordi de er lettere å informere og snakke med. Men det er ingen regel, ifølge henne.

– Mens små barn er utagerende, kan eldre være innadvendte og kvie seg for å snakke om døden. Tenk deg tenåringsgutten som gjemmer seg bak avisen samtidig som han lytter intenst til alt personalet og foreldrene prater om. Tilsynelatende nonchalant, men så spent i kroppen at knokene rundt avisen blir hvite. Dette er et viktig signal helsepersonalet plukker opp.

#### MANGLER FORSKNING PÅ BARN

Forskningsprosjektet kommer også til å involvere barna direkte, både gjennom observasjoner og direkte intervjuer med barna og

fokusgrupper med foreldrene.

– Forskning med barn er en ung vitenskap i sin nåværende form. Historisk sett ble barn misbrukt i forskningen. Etter at man satte strengere forskningsetiske regler for hvordan forskningen skulle foregå, oppsto en periode hvor forskning med barn nesten var fraværende, forteller Sørлие.

– Derfor mangler vi også enormt mye kunnskap om denne gruppen pasienter, utover det rent medisinske. Det gjør denne forskningen ekstra spesiell. Jeg har et sterkt ønske om å se mer forskning med barn og barns stemme representert i framtidig sykepleieforskning, avslutter hun.



## Innhold >>

Leder.....	3
<b>Innspill:</b> Laila Dåvøy.....	4
<b>Artikkel:</b> Tablettknusing i sykehjem, en sikkerhetsrisiko for pasienten? Av Wenche Wannebo.....	6
Kommentar fra praksisfeltet.....	16
<b>Innspill:</b> Bård Nylund.....	17
<b>Artikkel:</b> Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? Av Esther Hjalnhult.....	18
Kommentar fra praksisfeltet.....	27
<b>Artikkel:</b> Tvetydig om kunnskapsbasert praksis. Av Kristin Heggen og Eivind Engebretsen.....	28
Kommentar fra praksisfeltet.....	34
<b>Artikkel:</b> Pleie- og omsorgssektoren som lærende organisasjon. Av Elisabeth Gjerberg og Nina Amble.....	36
Kommentar fra praksisfeltet.....	43
<b>Artikkel:</b> Praksisstudier i tospann. Av Åshild Slettebø, Vigdis Bryn, Renate Kristine Hovdsveen, Kine Cecilie Veitsle og Anne Lisbeth Syvertsen.....	44
Kommentar fra praksisfeltet.....	51
<b>Artikkel:</b> Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. Av Hilde Solli.....	52
Kommentar fra praksisfeltet.....	61
<b>Forskning i praksis:</b> Med hodet på hals.....	62
Evidence based nursing.....	64
Cochrane.....	68
Forskningsnytt.....	70
<b>Innspill:</b> Inger Utne.....	72
Nytt og nyttig.....	75