



Sykepleien

Fag og forskning

2019



#Etikk, metode
og verktøy

Sedix®

Demper mild uro - letter innsovning

Omtrent en tredjedel av den voksne befolkningen rapporterer om søvnevansker i perioder¹. Mange strever med å sovne om kvelden. Det kan være ulike grunner til dette, men for noen dreier det seg om indre stress og uro. Virkestoffet i det plantebaserte legemiddelet Sedix (*passiflora incarnata*), har gjennom årtier vært benyttet til behandling av uro og innsovningsvansker.



- ✓ Virker beroligende
- ✓ Letter innsovning
- ✓ Ingen påvist avhengighet

 Reseptfritt på alle apotek

Sedix®

Plantebasert sedativum. Beroligende.

TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsovning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering:** Lindring av mild uro: 1-2 tabletter morgen og kveld. Lette innsovning: 1-2 tabletter om kvelden, 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel. **Pakning:** 28 stk. blisterpakning, Sedix SPC, sist endret: 30.08.2016

Referanser: 1 Bjorvatn et al. *Insomni. Tidsskrift for Norsk Legeforening* 2009;129:1766-8.



En fin og varm serie. Personene ble jeg fort kjent med, og gleder meg til fortsettelsen. Hovedpersonen vil jeg ha som venninne.

LISE SOLENG, BOKELSKER



Wow! Vi ble helt hektet! Sidene lukker seg rundt oss når vi leser og vi blir sugd inn i atmosfæren. Vi kjenner lukten av regnet, vi kjenner redselen på kroppen.

ELIN & ANNE-BRIT, SERIELESERE

Tårnsvalene

Sterk romanserie fra Merete Lien, forfatteren bak seriesuksessene *Barn av stormen* og *Rosehagen*.

Bli med til Bergen i 1896

De tre søstrene Engevik er av god familie, men moren måtte forsake mye da hun giftet seg av kjærlighet, med en fri kunstnersjel. Når han ikke dikter skillingsviser, drømmer faren om å seile til fjerne farvann. Moren prøver å holde begge bena på jorden, men det er ikke lett når eventyret lokker.

Mathilde, Louise og Leah aner ikke at hele deres fremtid kan falle i grus dersom den store seilasen settes ut i livet ...

En familie med hemmeligheter – tre søstre som ikke kjenner fortiden ...

**Få første bok
tilsendt GRATIS!
Send BOK til 2205**

porto- og gebyrfritt,
HELT uforpliktende.

VI SPANDERER FØRSTE BOK!

Bestill den på www.norskeserier.no
eller ring kundeservice 21 89 70 70

C Fragmin Pfizer

INJEKSJONSØSÆTTE, oppløsning 12 500 IU anti-Xa/ml og 25 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneholder Dalteparinatrium (anti-faktor Xa) 12 500 IU, resp. 25 000 IU, natriumklorid, vann til injeksjonsøsning og 1 ml. Uten konserveringsmiddel. INJEKSJONSØSÆTTE, oppløsning 10 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneholder Dalteparinatrium (anti-faktor Xa) 10 000 IU, benzylalkohol, vann til injeksjonsøsning til 1 ml. Med konserveringsmiddel. **Indikasjoner:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander, som f.eks. ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter. **Dosering: Tromboseprofylakse ved kirurgi:** Ved generell kirurgi med risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver morgen. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis 5-7 dogn eller lenger. Ved kirurgi med høy risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen. **Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi:** 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen i 5 uker. **Behandling av akutt dyp venetrombose:** Doseringen er individuell. Kan administreres s.c. enten som 1 daglig injeksjon, eller som 2 daglige injeksjoner. Administrering 1 gang daglig: Følgende initiale doseringer anbefales: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig. Maks. s.c. dose (maks. engangsdose) bør ikke overstige 18000 IU. Monitorering av antikoagulant effekt er ikke nødvendig. Tabell 1. Følgende vektintervall anbefales:

Vekt (kg):	Dose (IE)
46-56	10 000 (0,4 ml sprøyte)
57-68	12 500 (0,5 ml sprøyte)
69-82	15 000 (0,6 ml sprøyte)
83-90	18 000 (0,72 ml sprøyte)
>90 kg:	Se Spesielle pasientgrupper, Overvektige.

Administrering 2 ganger daglig: For pasienter med komplisert trombose sykdom eller økt blødningsrisiko, kan doseringen 100 IU/kg 2 ganger daglig s.c. gis. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, men ved behov kan aktiviteten følges med funksjonelle metoder for anti-Xa. Etter s.c. administrering nås Cmax etter 3-4 timer. Da bør første måling av plasmanivået gjøres. Plasmanivået etter dosering 2 ganger daglig bør ligge mellom 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ev. behandling med vitamin K-antagonister startes samtidig som en starter behandling med Fragmin. Behandling med Fragmin bør fortsettes i minst 5 dogn, eller inntil nivåene av protrombin kompleks faktorer (F II, F VII, F IX, F X) har sunket til terapeutisk nivå. Det er liten klinisk erfaring med behandling av alvorlige, proksimale trombose. **Behandling av lungeemboli:** Fragmin administreres s.c. 1 eller 2 ganger daglig som angitt for behandling av dyp venetrombose. Ved dosering 2 ganger daglig gis 100-120 IU/kg kroppsvekt hver 12. time. Ved valg av dose og administreringsmåte tas det hensyn til tilstandens alvorlighetsgrad og eventuelle risikofaktorer for blødning. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, se for øvrig behandling av akutt venetrombose. **Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon:** Ved kronisk nyresvikt, pasienter uten kjent blødningsrisiko: Hemodialyse og hemofiltrasjon i inntil 4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 5000 IU, eller tilsvarende dosering som ved varighet over 4 timer. Hemodialyse og hemofiltrasjon i >4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 30-40 IU/kg kroppsvekt, deretter 10-15 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ved akutt nyresvikt, pasienter med stor blødningsrisiko: I.v. bolusinjeksjon av 5-10 IU/kg kroppsvekt, deretter 4-5 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,2-0,4 IU anti-Xa/ml. **Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk:** 120 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 2 ganger i dognet (maks. 10 000 IU 2 ganger i dognet) til pasienter som oppfyller følgende kriterier: Ustabil angina pectoris eller vedvarende brystmerter ledsaget av EKG-forandringer i form av forbigående eller vedvarende ST-senkninger (0,1 mV eller mer) og T-takkinngang (0,1 mV eller mer) i minst 2 tilgrensende avledninger uten at det foreligger patologiske Q-takk i de samme avledningene. Vanlig behandlingstid er 6 dager. Lengre behandlingsperiode må vurderes individuelt. For pasienter som har hatt stigning av troponin T eller I og som venter på revascularisering, kan Fragmin gis frem til dagen for det invasive inngrepet (PTCA eller CABG), men ikke utover 45 dager. Etter en initial stabilisering på 5-7 dager, med mindre 120 IU/kg 2 ganger daglig, gis en fast dose på 5000 IU (kvinner <80 kg og menn <70 kg) eller 7500 IU (kvinner ≥80 kg og menn ≥70 kg) 2 ganger daglig. Fragmin bør gis i tillegg til standardbehandling av ustabil angina pectoris (f.eks. lavdose acetylsalisylsyre, betablokkere og nitrater). **Tromboseprofylakse til pasienter som er immobilisert pga. akutt sykdom:** 5000 IU gis s.c. 1 gang daglig inntil pasienten er oppveggede, maks. 14 dager. **Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter:** 1. måned: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig de første 30 dagene. Den totale dosen bør ikke overstige 18 000 IU (se tabell 1). 2.-6. måned: 150 IU/kg bør gis s.c. 1 gang daglig ved bruk av forhåndsfylte engangsprøyer (se tabell 2). Pasienter med kjemoterapiindusert trombotypeni: Ved blodplattell <50 000/µl, bør behandlingen avbrytes inntil blodplattellet er >50 000/µl. Ved blodplattell 50 000-100 000/µl, reduseres dosen med 17-33% avhengig av pasientens vekt (se tabell 2). Ved blodplattell ≥100 000/µl, bør full dosering gjenopptas. Tabell 2. Dosereduksjon ved trombotypeni (50 000-100 000/µl):

Vekt (kg)	Dose (IE)	Redusert dose (IE)	Gjennomsnittlig dosereduksjon (%)
≤56	7500	5000	33
57-68	10 000	7500	25
69-82	12 500	10 000	20
83-98	15 000	12 500	17
≥99	18 000	15 000	17

Nyresvikt: Ved kreatininnivå >3 ganger øvre normalområde, bør dosen tilpasses for å opprettholde et terapeutisk nivå av anti-Xa på 1 IU/ml (0,5-1,5 IU/ml) målt 4-6 timer etter injeksjon. Dersom anti-Xa-nivået er utenfor det terapeutiske området bør dosen justeres til nærmeste engangsprøye og anti-Xa-målinger bør gjentas etter 3-4 nye doser. Dosejusteringen gjentas til det terapeutiske nivået av anti-Xa nås. **Spesielle pasientgrupper:** Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CrCl <30 ml/minutt): Ved bruk av doser på ≥10 000 IU og ved behandling >3 dager, bør anti-Xa-nivåene overvåkes. Barn: Ingen doseringsanbefaling kan gis. Det bør vurderes å foreta måling av maks. anti-Xa-nivå ca. 4 timer etter dosering. For terapeutisk behandling med dosering én gang daglig skal maks. anti-Xa-nivå generelt ligge mellom 0,5-1 IU/ml. Ved tilfeller av lav og varierende fysiologisk nyrefunksjon, som hos nyfødte, se Fordeling under Egenskaper, og det skal sikres nøye kontroll av anti-Xa-nivå. For profylaktisk behandling skal anti-Xa-nivå generelt vedlikeholdes ved 0,2-0,4 IU/ml. Overvektige: Ved profylaktisk behandling mot VTE bør det gis høyrisikodoser med Fragmin, 5000-7500 IU daglig. Ved behandling av VTE/lungeemboli er det begrenset erfaring med dosering 200 IU/kg hos pasienter med normal nyrefunksjon med en kroppsvekt opp til 190 kg. Ingen tilgjengelige data fra pasienter >190 kg. For pasienter >90 kg bør det brukes en kombinasjon av ferdigfylte prøyer som er tilpasset den totale dosen pasienten trenger. **Tilberedning/Håndtering:** Fragmin injeksjonsøsning er blandbar med isoton natriumklorid og isoton glukose. Blandbarhet med andre oppløsninger er ikke undersøkt. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin, f.eks. tidligere bekreftet eller mistanke om immunologisk mediert heparinindusert trombotypeni (type II). Akutt gastroduodenal ulcus og hjerneblødning, eller andre aktive blødninger. Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser. Akutt eller subakutt septisk endokarditt. Skader og operasjoner i sentralnervesystemet, øyet og øret. Ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom, der pasientene samtidig får behandling med høye doser Fragmin, er spinal- og epiduralanestesi kontraindisert pga. økt fare for blødning. Positivt eller ukjent resultat av in vitro-test for trombotypenistoff i nærvær av dalteparin eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin. Epiduralanestesi ved fødsel er absolutt kontraindisert hos kvinner som blir behandlet med høydose antikoagulantia. Injeksjonsøsningen som inneholder benzylalkohol må ikke brukes hos premature eller nyfødte babyer. **Forsiktighetsregler:** Ved bruk av spinal-/epiduralanestesi eller spinalpunksjon er det risiko for at pasienter som er antikoagulert eller som planlegges antikoagulert med lavmolekylære hepariner eller heparin for å forhindre tromboemboliske komplikasjoner kan utvikle spinalt eller epiduralt hematoma. Tilstanden kan føre til langtids- eller permanent paralys. Risikoen øker ved bruk av innleggende epiduralkateter for administrering av analgetika eller ved samtidig inntak av legemidler som påvirker hemostasen, som f.eks. NSAID, platehemmere eller andre antikoagulantia. Risikoen ser også ut til å øke ved traumatisk eller gjentatt epidural- eller spinalpunksjon. Insetting eller fjerning av epidural-/spinalkateter bør først skje 10-12 timer etter administrering av dalteparin for tromboseprofylakse, og

etter minst 24 timer hos personer som får høye dalteparindoser (f.eks. 100-120 IU/kg hver 12. time eller 200 IU/kg én gang daglig). Ved administrering av antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi, skal det utvises særskilt oppmerksomhet og forsatt høy oppvåkning for å se etter tegn eller symptomer på neurologisk svekkelse, f.eks. ryggsmertor, sensorisk eller motorisk svikt (nummenhet og svakhet i benene) samt tarm- eller blærefunksjon. Sykepleiere bør være trent til å fange opp slike tegn og symptomer. Pasienten bør instrueres om umiddelbart å informere sykepleier/lege ved ovennevnte tegn/symptomer. Ved mistanke om tegn/symptomer på epiduralt eller spinalt hematoma vil rask diagnose og behandling kunne omfatte ryggmargskompressjon. Legen må vurdere potensiell nytte mot risiko for spinal-/epiduralanestesi gitt til pasienter som er antikoagulert for tromboseprofylakse. Sikkerhet og effekt ved bruk av Fragmin i forebygging av klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer er ikke klarlagt. Profylaktiske doser Fragmin er ikke tilstrekkelig for å forhindre klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer og anbefales ikke brukt til dette formålet. Forsiktighet anbefales i forbindelse med trombotypeni og blodplattelfunksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv eller diabetetretinopati. Forsiktighet bør også utvises ved høydosebehandling (f.eks. ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom) hos nyopererte pasienter og andre tilstander som medfører mistanke om forhøyet blødningsrisiko, f.eks. perinatalt. Forsiktighet skal utvises ved bruk av høye doser hos nylig opererte pasienter pga. risiko for systemisk blødning. Etter at behandling er initiert skal pasienten kontrolleres nøye for blødningskomplikasjoner. Det kan gjøres ved jevnlig fysisk undersøkelse av pasienten, nøye observasjon av kirurgisk innlagt dren og regelmessige målinger av hemoglobin- og anti-Xa-nivå. Klinisk erfaring med Fragmin ved lungeemboli med allernivå koagulasjonsforstyrrelse, lavt blodtrykk og sjøkk mangler. Hepariner kan undertrykke sekresjon av aldosteron fra binyrene, som igjen kan føre til hyperkalemi, spesielt hos pasienter som har diabetes mellitus, kronisk nyresvikt, tidligere har hatt metabolsk acidose, økt kalcium i plasma eller tar kaliumsparende legemidler. Risiko for hyperkalemi synes å øke med behandlingens lengde, men er vanligvis reversibel. Risikopasienter bør måle kaliumnivå i plasma for oppstart av behandling med hepariner og kontrolleres regelmessig, spesielt hvis behandlingen varer i >7 dager. Det er anbefalt å bestemme antall trombotocytter før behandlingsstart og jevnlig under behandling. Generell kontroll av den antikoagulerende effekten bør vurderes for spesifikke pasientgrupper slik som hos barn, pasienter med nyresvikt, eller hos veldig tynne eller sykkelig overvektige, gravide eller ved økt risiko for blødning eller retrombose. Risiko for antistoffmediert heparinindusert trombotypeni er til stede. Slik trombotypeni oppstår vanligvis mellom 5. og 21. dag etter behandlingsstart. Det anbefales derfor å bestemme antall trombotocytter før og jevnlig under behandlingen. I løpet av behandlingstiden bør det utvises forsiktighet ved rask utvikling av trombotypeni og alvorlig trombotypeni (<100 000/µl). Koagulasjonstiden, målt som APTT, og hemningen av trombin påvirkes bare i liten grad. For monitorering av effekt anbefales måling av anti-Xa. Pasienter som får kronisk hemodialyse med Fragmin trenger normalt bare noen få dosejusteringer og dermed noen få undersøkelser av anti-Xa-nivåene. Pasienter som får akutt hemodialyse har et smalere terapeutisk doseringsområde og bør få omfattende monitorering av anti-Xa-nivåene. Den biologiske aktiviteten til forskjellige lavmolekylære hepariner, urafuksjonert heparin eller syntetiske polysakkarider kan ikke uttrykkes i en prøve som gir en enkel sammenligning av dose mellom de forskjellige preparatene. Det er derfor viktig at retningsslinjene for bruk av hvert enkelt produkt følges. Hvis et myokardinfarkt oppstår hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom (ustabil angina og hjerteinfarkt uten Q-takk), kan trombolytisk behandling være nødvendig. Det betyr ikke nødvendigvis at Fragmin må seponeres, men kombinasjonen kan gi risiko for blødning. Eldre (særlig ≥80 år) kan ha økt risiko for komplikasjoner med blødninger innenfor terapeutisk doseringsområde. Nøye klinisk overvåkning anbefales. Det er begrenset erfaring mhp. sikkerhet og effekt hos barn. Ved bruk hos barn skal anti-Xa-nivå kontrolleres. Administrering av legemidler som inneholder benzylalkohol til premature nyfødte er assosiert med fatalt «gaspung syndrom». Benzylalkohol kan gi toksiske reaksjoner og anafylaktoid reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. Må ikke administreres i.m. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se B01A B04. Samtidig behandling med preparater som har effekt på hemostase, som blodplatehemmere, NSAID, GP IIb/IIIa-hemmere, vitamin K-antagonister, trombolytiske legemidler og deokstran kan øke den antikoagulerende effekten av Fragmin. Spesiell forsiktighet bør utvises når dalteparin gis samtidig som NSAID eller høydose acetylsalisylsyre hos pasienter med nyresvikt, da disse i smertestillende/anti-inflammatoriske doser reduserer produksjon av vasodilatoriske prostaglandiner og derved renal blodstrom og renal ekskresjon. Fragmin kan likevel kombineres med lavdose acetylsalisylsyre (75-160 mg) hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom. Det er vist interaksjoner mellom heparin og i.v. nitroglyserin, høye doser penicillin, sulfonpyrazon, probencid, etakrinsyre, cytotastika, kinin, antihistaminer, digitalis, tetrasykliner, askorbinsyre og røyking av tobakk. Interaksjon kan derfor ikke utelukkes med dalteparin. Pga. risiko for hematoma skal i.m. injeksjon av andre legemidler unngås ved dalteparindoser >5000 IU i løpet av 24 timer. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Dalteparin går ikke over i placenta. Data på gravide indikerer ingen misdennende eller foto-/neonatal toksisitet. Kan benyttes under graviditet. Da benzylalkohol kan passere over i placenta, bør Fragmin uten konserveringsmiddel brukes under graviditet. Forsiktighet anbefales ved økt risiko for blødninger, f.eks. hos perinatale kvinner. **Amning:** Små mengder med dalteparinatrium går over i brystmelk. Hittil har studier vist anti-Xa-nivå på 2-8% av plasmanivå i brystmelk. Det er lite trolig at det oppstår en antikoagulerende effekt hos spedbarn. Risiko for spedbarn som ammes kan derfor ikke utelukkes. Fordelene av amning for barnet må avveies mot fordelene av behandling for moren. **Fertilitet:** Det foreligger ingen dokumentasjon på at fertiliteten påvirkes. **Bivirkninger:** Ca. 3% av profylaksebehandlede pasienter rapporterte bivirkninger. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymf: Mild trombotypeni (type I) som vanligvis er reversibel i løpet av behandlingsperioden. Hjerte/kar: Blødninger. Lever/galle: Forbigående, mild til moderat økning av levertransaminaser (ASAT, ALAT). Øvrige: Subkutant hematoma og smerte ved injeksjonsstedet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Immunsytemet: Overfølsomhet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Hudnekrose, forbigående alopeci. Ukjent frekvens: Blod/lymf: Immunologisk mediert heparin-indusert trombotypeni (type II, med eller uten ledsagende trombotiske komplikasjoner). Gastrointestinale: Retroperitoneale blødninger, noen med dødelig utgang. Hud: Utsett. Immunsytemet: Anafylaktiske reaksjoner. Neurologiske: Intrakranielle blødninger, noen med dødelig utgang. Øvrige: Spinalt eller epiduralt hematoma. De fleste blødningene er milde, risiko avhenger av dose. Heparin kan forårsake hypoadosteronisme som kan føre til økt kalcium i plasma. I sjeldne tilfeller kan klinisk signifikant hyperkalemi oppstå delvis hos pasienter med kronisk nyresvikt eller diabetes mellitus. Langtidsbehandling med heparin er assosiert med en risiko for osteoporose. Selv om dette ikke er observert med dalteparin, kan ikke risiko for osteoporose utelukkes. **Overdosering/Forgiftning:** Den antikoagulerende effekten indusert av dalteparinatrium kan nøytraliseres av protamin. Den induserte forlengelse av koagulasjonstiden blir helt nøytralisert, mens anti-Xa-aktiviteten vil bli nøytralisert til 25-50%. 1 mg protamin nøytraliserer effekten av 100 anti-Xa-enheter (100 IU) av Fragmin. Protamin har i seg selv en inhibitorisk effekt på den primære hemostasen og bør bare brukes i nødstilfeller. Se Giftinformasjonsen anbefalinger for heparin B01A B01. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Etter fornyning høyst 12 timer. **Pakninger og priser:** 12 500 IE anti-Xa/ml: (0,2 ml = 2500 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 269,90 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) 613,20. 25 000 IE anti-Xa/ml: (0,2 ml = 5000 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,70, 25 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 979,60. (0,3 ml = 7500 IE) 5 × 0,3 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 653,10, (0,4 ml = 10 000 IE) 5 × 0,4 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,70, (0,5 ml = 12 500 IE) 5 × 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 499,90, (0,6 ml = 15 000 IE) 5 × 0,6 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 580,10, (0,72 ml = 18 000 IE) 5 × 0,72 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 681,80, 10 000 IU anti-Xa/ml 10 ml (hettegl.) kr. 723,20. **Refusjonsberettiget bruk:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander som for eksempel ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende venøs tromboembolisme (VTE) med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos pasienter med kraftig. **Refusjonskode:** IPC: -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -51 Organtransplantasjon (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt spesifisert, K74 Angina pectoris ustabil, K75 Akutt hjerteinfarkt, K93 Lungeemboli, K94 Dyp venetrombose, U28 Redusert funksjonsevne nyredialyse. IC: -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), D68,8 Andre spesifiserte koagulasjonsforstyrrelser, D68,9 Uspesifisert koagulasjonsforstyrrelse (vilkår 136), I20,0 Ustabil angina, I21 Akutt hjerteinfarkt, I22 Påfølgende hjerteinfarkt, I26 Lungeemboli, I80 Flebitt og tromboflebitt, I82 Anen emboli og trombose i vener, Z94 Status etter transplantert organ og vev (vilkår 136), Z99,2 Avhengighet av nyredialyse. Vilkår: 136 Refusjon utvises selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Sist endret: 09.05.2016

Kreftpasienter bør kjenne til symptomer på venøs tromboembolisme (VTE)

Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få VTE

- Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få kreftsassosiert trombose i løpet av sykdomsforløpet¹
- Risikoen er høyest de første månedene etter diagnostisering²
- Kreftassosiert trombose er den nest hyppigste årsak til død hos pasienter med kreft³



Fragmin[®]
dalteparinnatrium

Indikasjon for Fragmin:

Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter.

Viktig sikkerhetsinformasjon:

Bivirkninger: vanligste bivirkninger er blødninger, subkutan hematom og smerte ved injeksjonsstedet, mild trombocytopeni og forbigående, mild til moderat levertransaminaseøkning. **Kontraindikasjon:** Fragmin er kontraindisert ved akutt ulcus, hjerneblødning, andre aktive blødninger, alvorlige koagulasjonsforstyrrelser, samt ved akutt/subakutt septisk endokarditt eller skader og operasjoner i CNS, øyet og øret. **Advarsler og forsiktighetsregler:** Særskilt oppmerksomhet kreves ved antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi. Forsiktighet i forbindelse med trombocytopeni og blodplate-funksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv- eller diabetes retinopati, og ved tilstander som kan medføre forhøyet blødningsrisiko.



INNHOOLD

Fag og forskning 04 | 2019

#Etikk, metode og verktøy

- 8 Leder, Barth Tholens: Vi skriver, altså er vi
- 10 Gjesteleider, Elisabeth Sveen Kjølrsrud: Vi har alle noe til felles.
Det er vårt grunnleggende behov for å bli sett
- 14 Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme
- 20 Sykepleier- og farmasistudenter lærte mye av hverandre i praksisstudiet
- 26 Hvordan kan sykepleierstudenter få det bedre når de er i praksis?
- 32 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Stina Ekman
- 34 Små organisatoriske grep kan gi bedre praksisveiledning på intensivavdelinger
- 40 Involvering øker motivasjonen til å delta i undervisningen
- 46 Kompetanseheving i eldreomsorgen kan gjøre helsepersonell tryggere
- 51 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Catrine Buck Jensen
- 52 Nettside med virtuelt pasientrom forbereder studentene på praksis
- 56 Avdelingslederens betydning for sykepleierstudenters læringsmiljø i sykehjem
- 62 Sykepleierstudenter kan få medisinsk praksis på helsehus
- 68 Etikk, Terje Årsvoll Olsen: Tar vi vare på faglig og etisk kompetanse?
- 70 Hvordan unngå at språkvansker fører til feilbehandling?
- 76 Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell
- 84 Møt forskeren: Ellen Benestad Moi: Ønsker at helsepersonell snakker bedre sammen
- 88 Studentutviklet lydsensor ga bedre kommunikasjon mellom pasient og pleiere
- 92 Sykepleiefaglig veiledning kan gi bedre helse og økt trivsel
- 96 Ulike kulturer har forskjellige smerteuttrykk
- 99 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Alf Kristian Bjørkli
- 100 Første- og andrespråklige sykepleiere har ulik journalføring
- 108 Slik kan pårørende til intensivpasienter få en mer aktiv rolle
- 116 Slik kan sykepleiere oppdage sepsis tidligere
- 122 SAFE avdekker funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre
- 127 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Edith Roth Gjevjon
- 128 Hvilke oppgaver kan sykepleiere ha i primærhelseteam?
- 134 Slik har sykepleieforskningen utviklet seg
- 140 Møt forskeren: Kari Toverud Jensen: – I vår studie viser vi hva sykepleierne gjør
- 144 Hvorfor går pasienter fra legevakten før de får hjelp?
- 149 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Monica Skogly
- 150 Etikk, Kristin Haugen og Håkon Johansen:
Digital dømmekraft er et tema – du bør diskutere med dine kolleger
- 152 Etikk, Elisabeth Sveen Kjølrsrud: Tvang i psykiatrien:
Blir vi mer voktere enn pleiere?
- 154 Forfatterveiledning for fagartikler
- 157 Forfatterveiledning for forskningsartikler

150





Sykepleien

Fag og forskning 2019

Ansvarlig redaktør:

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no
Tlf 40852179

Temareduktør:

Liv Bjørnhaug Johansen
liv.bjornhaug.johansen@sykepleien.no
Tlf 97632910

Design og forside:

Hilde Rebård Evensen

Grafisk produksjon:

Hilde Rebård Evensen, Sissel Vetter
og Monica Hilsen

Manusredaktør:

Signe Marie Flåt

Fagredaktører:

Eli Smedstad og
Torhild Apall Dybvik

Forskningsredaktør:

Edith Roth Gjevjon

Deskansvarlig:

Ellen Morland

Desk:

Johan Alvik og Eivind Solfjell

Journalister:

Kari Anne Dolonen,
Ingvald Bergsagel, Ellen Morland
og Elin Marie Fredriksen

Mer om redaksjonen:

Se sykepleien.no

Repro og trykk:

Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato:

29. august 2019

.....

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf 99402409

Tlf.: (+47) 994 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no



128



116



62



96



76



140

Vi skriver, altså er vi

For første gang utgir Sykepleien en komplett samling av fag- og forskningsartikler publisert i år. Den utgaven du nå har i hendene, vil inneholde artikler som er relevante for ditt fagfelt.

Jeg tenker, altså er jeg, skrev filosofen Rene Descartes for mer enn 300 år siden. Han grunnet mye på hva vi egentlig kan si med sikkerhet, når alt som vi antar er sant, kan møtes med tvil. Ingenting er sikkert, konkluderte han, bortsett fra vår egen eksistens som tvilende vesener. Faktisk er vår evne til å tvile kanskje det ultimate beviset på at vi er til: Cogito, ergo sum (jeg tenker, derfor er jeg).

PRAKSISEN MÅ VURDERES KRITISK

Slik er det også med sykepleie som fag. I diakonistiden var sykepleie en praktisk beskjeftigelse, en hjelpende hånd til de syke. Faget var basert på neste-kjærlighet, observasjon og muntlig overlevert erfaring. Men skulle sykepleie få ordentlig substans, måtte den bli beskrevet og vurdert kritisk. Det holdt ikke lenger å si at «slik har vi alltid gjort det». Med oppblomstringen av sykepleie som egen vitenskap er den kritiske tenkingen – og tvilen om eksisterende sannheter – selve grunnlaget for fagets utvikling.

FORSKNING GIR GEVINST

Veien mot sykepleie som vitenskap har vært lang og kronglete. Det unge faget ble i sin tid møtt med skepsis og nedlatenhet. Selv i dag finnes det røster som mener at sykepleiere ikke bør teoretisere seg bort fra sin egen praktiske betydning.

Men de fleste forstår nå at sykepleiens tilnærming til pasienten ikke bare kan baseres på håndlag og magefølelse. Videreutvikling av faget gjennom forskning og systematisk kunnskapsdeling kan gi betydelige gevinster

for helsetjenesten. Kritisk tenkning kan drive faget videre, bidra til å forkaste gammelt gods og bane veien for nytenkning. Da må fag- og forskningslitteratur være lett tilgjengelig, forståelig og konkret nok til å bli anvendt i praksis.

VIL BEKJEMPE ORDMAGI

Sykepleien har formidlet fagartikler nær sagt helt siden den spede begynnelse for 100 år siden, og siden 2006 ble vi også en viktig kanal for formidling av fagfelle-vurderte, vitenskapelige artikler. Kvaliteten på disse artiklene er blitt bedre med årene.

Som redaksjon har vi vært opptatt av å bekjempe kvasi-akademisk tåkeprat og ordmagi. Vi har dyrket de

«**Vi skulle ønske at flere så det som en «plikt» å formidle resultatene av sin forskning etter fullført akademisk løp.**»

knappe, kritiske og konsise artiklene der forfatterne kommer raskere til poengene sine. Det har sammenheng med at vi har vært mer opptatt av å kommunisere med de brede massene blant sykepleiere enn av å skape en plattform der forskere kun kommuniserer med hverandre.

NY KUNNSKAP MÅ DELES

Vi trenger ikke bare de gode pennene som tør utfordre vedtatte sannheter i faget på en måte som sykepleiere forstår. Vi trenger også at flere tar seg bryet med å skrive. Sykepleien får inn mange vitenskapelige artikler



Barth Tholens

Ansvarlig redaktør



KUNNSKAP: Hva er vitsen med at stadig flere sykepleiere tar master- eller doktorgrad om ikke den kunnskapen disse tilegner seg, deles med flere, spør Sykepleiens redaktør Barth Tholens. Foto: Mostphotos

og fagutviklingsartikler, men vi har også en mistanke om at mye klokskap blir lagt i en skuff og ikke når ut til praksis. Stadig flere sykepleiere tar master- eller doktorgrad, men funnene de har kommet frem til, når dessverre ikke alltid ut til klinikken. Det er synd. Vi skulle ønske at flere så det som en «plikt» å formidle resultatene av sin forskning etter fullført akademisk løp.

FAGGRUPPENE KAN BIDRA

Med denne artikkelsamlingen håper vi å bidra til at flere sykepleiere klarer å holde seg faglig oppdatert. Ikke minst håper vi at utgaven inspirerer flere til å ta i bruk tastaturet for å dele ny kunnskap. Her må faggruppene i Sykepleierforbundet (NSF) spille en aktiv rolle. Faggruppene har en spesiell interesse i utvikling av faget på sine spesifikke områder. Erfaringsutveksling og kunnskapsdeling står høyt på deres agenda. Sykepleien ønsker derfor å samarbeide tett med faggruppene for å finne frem til ressurspersoner som kan ha «en artikkel i magen».

I denne utgaven gir vi faggruppene anledning til å presentere seg for alle sykepleiere som driver med det samme som dem.

ARTIKLER FRA DITT FAGOMRÅDE

Vi i Sykepleien har også gjort et helt nytt og ganske drastisk grep for at denne artikkelsamlingen skal «treffe» best mulig. I stedet for å sende alle fag- og forskningsartikler til alle medlemmene i NSF, vil den utgaven du nå holder i hendene, kun inneholde artikler innenfor det feltet du selv jobber. Vi har delt

sykepleierne inn i fem hovedkategorier som hver får sitt eget tidsskrift. Hver kategori representerer nødvendigvis nedslagsfeltet for flere fagområder og faggrupper, men stoffet vil kunne være interessant for alle som mottar utgaven.

FEM FORSKJELLIGE TIDSSKRIFT

Du har nå mottatt utgaven som handler om etikk, metode og verktøy.

Vi har valgt denne utgaven til deg på grunn av opplysninger i NSF's medlemsregister om hvor du jobber, hvilken stillingsbetegnelse du har og eventuelt hvilken faggruppe du tilhører.

Tilsvarende sender vi fire andre tidsskrift til sykepleiere som jobber med:

- #Migrasjonshelse, psykisk helse og rus
- #Akutt, kritisk og kronisk sykdom
- #Rehabilitering, alderdom og død
- #Seksualitet, fødsel og oppvekst

VIL DU HA ET ANNET TIDSSKRIFT?

Om du fikk tilsendt «feil» tidsskrift, eller ønsker å lese et annet tidsskrift enn det du fikk tilsendt, kan du etterbestille det ønskede tidsskriftet kostnadsfritt på www.webshop.nsf.no, under fanen Produkter.

Artikkelsamlingen med fag- og forskningsartikler vil bli en årlig utsending. Neste utgave er planlagt i august 2020. Allerede nå kan du gå til Min side i NSF's medlemsportal og krysse av hvilken kategori du ønsker å bli gruppert under. Da vil neste års utsending bli mer presis enn årets. ●

Vi har alle noe til felles. Det er vårt grunnleggende behov for å bli sett

Pasienter er sårbare, de er avhengige av at noen forstår og ser deres situasjon. Når sykepleiere løper og ikke ser hva som er rundt dem, står de i fare for å krenke den andre.

Kanskje er du glad i blomster både i hagen og i stuevinduet. Da vet du at alle ikke skal vanes og gjødsles likt. Noen skal ha mye lys, noen skygge.

Hver blomst er forskjellig; tenk deg en rosebukett: Plutselig er det en av rosene som bøyer nakken; tilsynelatende tar den ikke til seg vann. Den er ikke så motstandsdyktig som de andre. Kanskje trenger den mer næring.

Personlig er jeg veldig glad i pelargonja. Jeg gir dem alle den samme gjødselen, de har samme lysforhold, men noen blomstrer mer enn de andre. Blomster reagerer forskjellig, og ingen er like, akkurat som oss mennesker.

«Det at jeg blir sett og lyttet til, bekrefter at jeg er verdt en annens tid og tilstedeværelse.»

For at plantene skal kunne trives, må jeg ha kunnskap om nettopp det særegne hos hver plante. Jeg må både se og forstå – med andre ord, jeg må ha kunnskap og gi dem godt stell for at de skal blomstre.

UNIVERSELT OG GRUNNLEGGENDE

Å bli sett er et universelt behov. Det er grunnleggende i all sykepleie, og det er vårt mest grunnleggende følelsesmessige behov som mennesker. Det at jeg blir sett og lyttet til, bekrefter at jeg er verdt en annens tid og tilstedeværelse. Kierkegaard skrev om hjelperollen for lenge siden:

«At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa

passé paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpkunst.»

Kierkegaards anliggende er å styrke hjelperens moralske ansvar. Vi kan med andre ord ikke fraskrive oss det moralske ansvaret og kun stole på vitenskapelige fakta.

VOND TRAVELHET

I et forskningsprosjekt jeg hadde for noen år tilbake, fortalte en sykepleier på en psykiatrisk institusjon at hun løp så fort at hun ikke så hva som var rundt henne. Oppgavene var mange, og hun ensat ikke omgivelsene.

Hun løp for å utføre alle prosedyrene. Noen skulle ha medisiner, noen mat, noen skulle innlegges og noen skulle utskrives, og rommene skulle gjøres klare.

Hun jobbet så det holdt, men jeg tenker: Når hun ikke ser hva som er rundt henne, hva ser hun da? Oppgavene hun utfører, er viktige, ingen tvil om det.

Kari Martinsen kaller dette for vond travelhet. Krav om budsjett disiplin, effektivitet og ressursutnyttelse bidrar til stor avstand mellom ideal og virkelighet. Liknende fortellinger hører vi hver eneste uke. Sykepleiere melder om moralsk stress.

SUBJEKT TIL SUBJEKT

For en tid tilbake hørte jeg på et intervju med en svensk mann som hadde fått konstateret lungekreft. Han fortalte om oppholdet sitt på sykehuset da sykdommen ble oppdaget, om hvor langt nede han hadde vært. Tanken om å avslutte livet selv der og da var ikke langt unna. Inntil en sykepleier en dag tok seg tid til å samtale med ham.

Det var ikke det at hun satt der i timevis, fortalte



Elisabeth Sveen Kjølrsrud

Leder,
Rådet for
sykepleietikk



Å SE: Som mennesker er vi forskjellige. Vi skal ikke «vannes og gjødsles» likt. Dette har vi som sykepleiere kunnskap om. Illustrasjonsfoto: Mike Richter / Mostphotos

mannen, men i de minuttene hun var der, følte jeg meg sett og forstått. Jeg fikk fortelle om mine tanker som menneske, og samtalen dreide seg ikke bare om min diagnose. Da skjedde det en endring, fortalte mannen, og tilføydde: Jeg tror at hun der og da blåste nytt håp og liv inn i meg.

Situasjonen som mannen fortalte om, handler også om noe den norske filosofen Hans Skjervheim var opptatt av, det han kalte en treleddet relasjon, en relasjon med en felles interesse. Motsatsen er en toleddet relasjon, når vi for eksempel møter en pasient og bare ser diagnosen.

Sykepleieren var opptatt av og brydde seg om det mannen sa. Mannen var ikke et kasus som hun hadde definert på forhånd; diagnosen var ikke det eneste fokuset, forholdet mellom de to var et subjekt-til-subjekt-forhold. Sykepleieren var opptatt av å se og forstå.

Å BLI USYNLIGGJORT

Jeg har på nytt lest boken til Arnhild Lauveng (psykolog i dag), *I morgen var jeg alltid en løve*. Lauveng skriver om en periode i livet sitt da hun var syk og fikk diagnosen schizofreni. Under sykehusopphold forteller Lauveng at behandlingspersonalet bare så sykdommen og symptomene; og hun beskriver sårt at det eneste hun ønsket, var at noen skulle se henne.

Da ønsket ikke ble innfridd og «stemmene brølte inni meg og jeg virkelig trengte noen å snakke med, kuttet jeg meg opp. Det kunne ikke pleierne overse», skriver Lauveng.

Etter hvert møtte Lauveng en pleier som lærte henne til kjennetegn på en god nyhet. «Dette ble vår felles verden, en verden vi delte. Han tok meg på alvor og så meg», skriver Lauveng.

Å ikke bli sett er å bli usynliggjort, skriver Lauveng. Sykepleieren jeg skrev om innledningsvis, som løp så fort at hun ikke så hva som var rundt henne, pekte på mangel på tid. «Inntoningen» med den andre eksisterte ikke.

AVMAKT

Men det er så mange andre motiver som også gjør at vi ikke ser. I vårt virke som helsearbeidere, hvor standardiserte prosedyrer og systemer (som selvfølgelig også er viktige!) tar mye plass, kan vi stå i fare for å glemme mennesket bak sykdom og diagnose.

Både Lauvengs fortelling om pleieren som så henne, og mannen som fortalte sin historie i radio om sykepleieren som «reddet livet hans», er eksempler på betydningen av å se. Pasienter er sårbare, de er avhengige av at noen ser og forstår deres situasjon, og de kan oppleve sorg og frykt når de blir oversett og usynliggjort. De kan oppleve seg som verdiløse og føle avmakt.

Vi vet også at skammen kan komme. Vi føler oss ubeskyttet. Når vi løper og ikke ser hva som er rundt oss, står vi også i fare for å krenke den andre.

GODT Å HANDLE MORALSK

Når vi ser og verdsetter andre, begynner andre å verdsette seg selv, og vi verdsetter også oss selv, og vi synes det er godt å handle moralsk. Det moralske stresset uteblir.

Som mennesker er vi forskjellige. Vi skal ikke «vannes og gjødsles» likt. Dette har vi som sykepleiere kunnskap om. Men vi har alle noe til felles. Det er vårt grunnleggende behov for å bli sett – ikke bare som en pasient, men som det mennesket vi er. Da blomstrer vi. ●



Sykepleien

Fag og forskning 2019

Fem skreddersydd spesialutgaver!

Du som har fått dette bladet i postkassen, har fått en utgave av Sykepleien som er rettet mot medlemmene som jobber med det samme som deg. Ut fra opplysningene som NSF har om deg, hvilken faggruppe du tilhører og hvor du jobber, har vi delt NSF's 115 000 medlemmer inn i fem grupper.

Hver av disse gruppene har fått tilsendt en skreddersydd spesialutgave med fag- og forskningsartikler.

Dersom du ønsker å få tilsendt en annen utgave enn den du har fått, kan du bestille den i Fordelsbutikken på nsf.no. Dette byr vi på så lenge lageret rekker. Mye av innholdet fra de andre bladene kan også leses på sykepleien.no



Sykepleiens samling av fag- og forskningsartikler vil bli sendt ut hvert år.

Den neste kommer høsten 2020. Dersom du i fremtiden ønsker å bytte interessegruppe, kan du enkelt gjøre dette ved å gå inn på Min side på nsf.no.



Fordelsbutikken:

Skann QR-koden og kom rett til [Nsfs](http://nsf.no) sin fordelsbutikk hvor du kan bestille de enkelte utgavene.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



Sykepleien

Fag og forskning 2019

Slik bruker du mobilen for å finne artiklene på nett

Nå kan du enkelt bruke mobilens
kamera til å skanne QR-koder.



Bruk mobilkameraet
og plasser koden innenfor
de gule merkene.

Det dukker opp en lenke
øverst på skjermen.

Trykker du på denne,
kommer du direkte til
artikkelen, videoen eller
PDF-en på nett.

sykepleien.no

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



HOLDNINGER MÅ ENDRES: Personer som har fedme, blir stigmatisert av omgivelsene. Skammen kan få konsekvenser for livsutfoldelsen. Illustrasjonsfoto: Mikhail Kokhanchikov / Mostphotos

FORFATTER

Venke Ueland
Førsteamanuensis,
Avdeling for omsorg og etikk,
Det helsevitenskapelige
fakultet, Universitetet
i Stavanger

NØKKELOD

- ▶ Fedme ▶ Stigmatisering
- ▶ Stigma ▶ Skam

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.77012

SAMMENDRAG

Bakgrunn: De som lider av fedme, kan føle seg stigmatisert og skambelagt av samfunnet, noe som kan medføre at de ikke får levd livet sitt fullt ut.

Hensikt: Vi trenger dypere forståelse av hvordan stigmatisering og skam erfares av personer som har fedme, hvordan stigma og skam skapes og opprettholdes, og hva skammen gjør med den som opplever den. Helsevesenet trenger innsikt i hvordan stigmatisering blir til skam, og hvilke konsekvenser skammen har for det enkelte mennesket.

Metode: Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming og et utforskende design. Vi gjennomførte kvalitative dybdeintervjuer med 18 personer som lever med fedme. Intervjuene er bearbeidet med Kvaless fenomenologisk-hermeneutiske analysemetode.

Resultat: De som lever med fedme, opplever stigma både fra samfunnet generelt og fra omgivelsene spesielt. Internalisert stigma skaper skam som kan prege den grunnleggende måten personen ser og oppfatter seg selv på. Skammen kan få konsekvenser for livsutfoldelsen.

Konklusjon: Å overkomme skam som følge av selvstigma kan skje ved å oppøve en motstand mot å bli definert av skammen. Skammens grep løser man ikke alene. Derfor blir det viktig at helsepersonell har innsikt i hvordan stigma og skam påvirker personen for å kunne møte vedkommende med holdninger som reduserer skammen. Det kreves i tillegg samfunnsmessige og helsepolitiske tiltak som reduserer stigmatisering.

Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme

Helsepersonell bør møte personer med fedme åpent og fordomsfritt.
Da kan de hjelpe dem med å bygge opp
en motstand mot skammen.

Studien beskriver hvordan de som lever med fedme, opplever stigmatisering og skam.

Voksne med en kroppsmasseindeks (KMI) på mer enn 25 er overvektige og har fedme når KMI-en er over 30 (1). I 2016 hadde 13 prosent av verdens voksne befolkning fedme. Ifølge den norske folkehelse rapporten fra 2017 har cirka 1 av 4 middelaldrende menn og 1 av 5 kvinner fedme (2).

Malterud og Ulriksen definerer stigma som et intersubjektivt fenomen som konstrueres via interaksjon med omgivelsene (3). Vektstigma defineres som sosial avvisning og devaluering som fremtrer når man ikke innretter seg etter rådende sosiale normer for kroppsvekt og -figur (4). De vektbaserte stigmaene kan føre til sosial devaluering og diskriminering og fremtrer i de fleste av livets relasjoner (5).

Ifølge Luoma er skam den emosjonelle kjernen i erfaringen av stigma (6). Skam er en selvrelatert og selvevaluerende emosjon som har forbindelse til en form for selvbevissthet der man ikke lenger eier sin egen kropp (7). Selvstigmatisering betyr at den sosialt devaluerte statusen som man har som overvektig, blir internalisert (8).

Verdens helseorganisasjon hevder at fedme er en av de mest presserende helsemessige utfordringene i dag (1). Over hele verden er det en kulturell forståelse av fedme som det å feile moralsk, som fører til forringet helse og livskvalitet. Brewis og medarbeidere hevder at måten skambelegging og diskriminering relateres til

fedme på, etter hvert vil undergrave folkehelsearbeidet (9).

Tidligere forskning

Normen i vestlige samfunn er å være slank, og den som lider av fedme, blir stadig konfrontert med dette idealet (10–13). Samfunnets retorikk i beskrivelsen av fedme er i seg selv stigmatiserende med utsagn som «fedmeepidemi», «kampen mot overvekten» og

«Prøv å kjøpe
sportsklær når du
veier 137 kilo.»
Informant

«krigen mot fedmeepidemien» (14, 15). Den som lever med fedme, blir et medisinsk, finansielt og sosialt problem i et samfunnsperspektiv (14, 15).

På et individnivå fremstilles de som lider av fedme, gjerne som mindre fysisk attraktive, udisiplinerte og grådige individer som burde skamme seg, og den overvektige kroppen blir ofte sett på som lat og karaktersvak (3, 15). En tilleggsbyrde legges på den enkelte når fedme fremstilles med et moralsk imperativ som peker mot at fedme kan forebygges og behandles (15).

Personer med fedme erfarer at samfunnets kroppsnormer også gjenspeiles i blikket fra de profesjonelle hjelperne. Slik forsterkes stigmatiseringen og skammen (16). De kjenner seg ekskludert som unormale og unngår kontakt med helsevesenet (12, 14, 17).

Det er ikke mulig å unndra seg det kulturelle budskapet. Dermed kan

erfaringen med å leve med overvekt overskygge hele livet og bli «the very scene of life» (3). Den som ikke har den ideelle kroppen, kan oppfatte stigmatisering som en beskjed om at vedkommende ikke passer helt inn i verden, som kan gi en følelse av ikke å være et fullverdig menneske (16, 18).

Vektbasert stigmatisering og skam er underrapportert som helseutfordring, hevder Kahan og Puhl (5). Vektstigma er i stor grad fraværende både på det individuelle behandlingsnivået og i nasjonale diskurser, så vel som i helsefremmende tiltak og politiske satsingsområder (19). Det første steget for å legge til rette for helsefremmende tiltak til denne sårbare gruppen er å få mer kunnskap om hvordan vektstigma erfares, og hvilke helsemessige konsekvenser det får (19).

Hensikten med studien

Studien utforsker hvordan stigmatisering og skam oppleves for den som lever med fedme. Kunnskap kan bidra til å forbedre helsevesenets tilnærming til dem som lider av fedme, og øke samfunnets forståelse. Studiens hensikt er å få en dypere forståelse for hvordan den som lever med fedme, erfarer stigmatisering og skam.

METODE

Studien er basert på et fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk perspektiv og har et eksplorerende design. Det ble benyttet kvalitative forskningsintervjuer, som bidrar til å gi innsikt i enkeltmenneskets livsverden (20). Prosjektets hermeneutiske aspekt har en fortolkende karakter (21).

Gadamer hevder at fortolkning av

mening er menneskets måte å være i verden på, og studien utforsker det dypere meningsinnholdet. Ny forståelse kan oppstå når man åpner seg for det ukjente og setter sin egen forforståelse på spill (22). Forfatteren er sykepleier med interesse for helsefremmende prosesser, noe som preger forforståelsen.

Deltakere og datainnsamling

Studien er basert på kvalitative dybdeintervjuer med 18 personer med fedme. Deltakerne representerer et bekvemmelighetsutvalg og ble rekruttert i startfasen av et treukers livsstilsendringkurs ved en norsk rehabiliteringsinstitusjon. Kurslederen ved klinikken ga skriftlig informasjon om forskningsprosjektet til alle deltakerne. De som ønsket å delta i studien, 18 av 30 inviterte, ga tilbakemelding til de ansatte ved klinikken, som videreformidlet deres telefonnummer til forfatteren.

Deltakerne ble kontaktet, og tidspunkt og møtested for intervju ble avtalt. Femten kvinner og tre menn deltok i prosjektet. Informasjonsskrivet inneholdt informert samtykke og presisering om anonymitet. Inklusjonskriteriene var KMI over 30, alder 18–75 år og interesse for å uttrykke seg muntlig. Forskningsprosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-nummer 2015/1720).

Forfatteren gjennomførte intervjuene, som varte fra 30 til 90 minutter. Intervjuene hadde en åpen tilnærming: «Fortell om hvordan det er for deg å leve med fedme. Hvordan ser du på deg selv?»

I informasjonsskrivet ble det tydeliggjort at tematikken kropp og overvekt kan berøre noe sårbart og derfor er utfordrende å samtale om. På denne måten hadde de som sa ja, blitt forberedt på at intervjuet ville berøre følsomme områder og følelser i eget liv.

Analyse

De transkriberte intervjuene ble analysert ved å benytte Kvale og Brinkmanns kvalitative analysemetode med tre fortolkningsnivåer (20). Hvert enkelt intervju ble gjennomgått i sin helhet for å få en overordnet forståelse av hva det

handlet om. Det første analysesteget og fortolkningsnivået er å se etter den enkeltes selvforståelse. Meningsbærende enheter i datamaterialet hentes ut og organiseres under foreløpige overskrifter som er tett på sitatene.

Det andre analysesteget og fortolkningsnivået er å gi en rimelig, allmenn fortolkning av det som er blitt uttalt. Ut fra en forsiktig abstraksjon reformuleres deltakernes selvforståelse, og det dannes nye temaer som presenteres i funnene. Temaene fremkommer i en hermeneutisk prosess som fremstår som

«Det å føle seg mindre attraktiv skaper en selvoppyllende profeti og fører til at de trekker seg tilbake.»

holdbar når deler og helhet faller på plass (22).

Funnene belyser hvordan stigmatisering fra både kulturen, samfunnet og de nære omgivelsene oppleves, og hvordan stigmatiseringen integreres i dem selv og føles som skam. I det tredje nivået av fortolkning leder det empiriske materialet til relevant teori, som kan utdype og utvide forståelsen av materialet. Teoretisk forståelse og videreforklaring av dataene utdypes i diskusjonen.

RESULTATER

Analysen av det transkriberte materialet viser at intervjupersonenes uttalelser beskriver tre perspektiver på hvordan stigmatisering og skam skapes og opprettholdes:

- presset fra samfunnet
- krenkelser fra omgivelsene
- devaluering av seg selv

Stigmatisering og skam kommer direkte til uttrykk i materialet og fortolkes også frem av beskrivelsene.

Presset fra samfunnet

Kroppsfokus slik det oppleves i samfunnet, legger et press på dem som lever med fedme og påfører dem en byrde av skam. Den som lever med fedme, er spesielt utsatt og sårbart for et massivt

trykk, da størrelsen på kroppen alltid er synlig. Budskapet fra samfunnet kan ikke stenges ute og fratir dem friheten til å være seg selv og ha egne tanker om seg selv:

«Hva er det som gir den bebreidelsen jeg har adoptert? Det har mye med samfunnet å gjøre. Det er et fokus på trening og slanking som er helt vanvittig. Det er en følelse av at samfunnet i dag har en veldig smal tankegang.»

Dette presset fra kulturen uttrykkes på mange måter: «Er jeg mislykket og mindre begavet som ikke er klok nok til å skjønne at jeg burde ta av?»

Helsevesenet kommuniserer noe av det samme i sin tilnærming til personer med fedme: «For meg gir det bare enda mer skyldfølelse når jeg får høre at jeg ikke skal spise det og det. Å gå i gang med undervisning om hva overvekt er, er fordummende. Vi tykke vet så godt hva som er feil. Vi sitter jo der og har for mange kilo. Jeg tror at både helsevesenet og folk flest mener at dette er selvforskyldt.»

I det offentlige rom oppfatter de som har fedme, signaler om at det ikke er plass for dem. Personer med fedme føler seg ikke velkomne: «Prøv å kjøpe sportsklær når du veier 137 kilo. Når du kommer inn på treningssenteret, står det maks kroppsvekt på apparatene!»

De har en redsel for å bli overflødige: «Jeg er redd for å bli presset ut av arbeidslivet, ikke bli regnet med, ikke få kurs, ikke få ansvar. Jeg vil vise at jeg teller med. Dette tenker jeg mye på.»

Krenkelser fra omgivelsene

De fleste av intervjupersonene føler seg kontinuerlig overvåket fra omgivelsene. Andre mennesker kommer tett på den som lever med fedme, gjennom blikk og stemme – verbalt og nonverbalt. Disse erfaringene preger den som er rammet av fedme, og bidrar til skammen de må håndtere i hverdagslivet:

«Hvis jeg går på kafé, så følger de med på hver eneste bit du tar når du spiser. Det er litt tilbake til at 'tykke er dumme fordi det å ta det kakestykket er jo dumt'. Hvis jeg hadde vært dem, så hadde jeg jo tenkt: 'A herre gud, hun er jo så tykk! Hvorfor tar hun det stykket, kan hun ikke la det være da?' Du kjenner

igjen blikkene. De klarer ikke å skjule ovenfra-og-ned-holdningen.»

Selv om inntrykkene fra omverdenen kan være sterke, reiser det seg en motstand mot å la seg definere. Det å bli konfrontert med fedme fordrer et gjensvar for å dempe sårbarheten. Å ta det inn over seg ved å latterliggjøre seg selv forsterker sårbarheten: «Jeg har alltid tøysset det vekk, men jeg kjenner meg falsk og rar etterpå. Så nå har jeg begynt å si ifra at jeg ikke setter pris på det, og da blir det veldig stille, pinlig og dumt.»

En annen sier følgende: «Jeg går og spøker om meg selv, spøker om det for dem, men er trist inni meg.»

Personene opplever at de må stå til rette for kroppen og kiloene: «Så bra at du har tatt av. Nå må du ikke legge på deg igjen.»

De synes det er belastende når andre gir skryt hvis de har gått ned i vekt. Det er som om de sier: «Nå er du på vei til å bli et verdifullt menneske.»

Andre blir daglig minnet på vekten sin: «Ja, nå var det mange kilo siden sist, ja du har det godt, så tjukk du har blitt.»

Devaluering av seg selv

Den som lever med fedme, formes også av sin egen selvforståelse. Det skaper en forakt til seg selv og kroppen sin:

«Å tenke på hva de tenker, gjør meg bare deprimeret. Jeg ser jo på meg selv som fryktelig tykk og klumpete, en som har feilet, som en svakhet ved meg selv. Men jeg har jo hatt en jobb, og jeg har ikke mislykkes i det hele tatt. Min første evaluering av enhver person er: 'Er du tykk, eller er du tynn? Trener du?' Derfor tror jeg at andre òg har det fokuset. Det går ut over selvfølelsen min.»

Deltakerne uttrykker på ulike måter at de er en byrde for seg selv og andre: «Jeg tenkte når jeg gikk med venninner: 'Jeg må jo ødelegge deres sjanse til å få seg en mann når de går med meg, jeg som er sånn'.»

Kroppen og utseendet vurderes fortløpende. Det å føle seg mindre attraktiv skaper en selvoppfyllende profeti og fører til at de trekker seg tilbake: «Når jeg er tjukk, så føler jeg meg mindre attraktiv. Jeg oppfører meg sikkert ikke som om jeg er attraktiv heller. Jeg har jo isolert meg veldig! Jeg har ikke klart

å opprettholde det sosiale livet mitt. Alt avhenger av vekten. Hvis jeg blir invitert i klubb, og jeg føler at jeg har feil vekt, så går jeg ikke.»

Deres eget fundament gir grobunn for skam: «Jeg føler en slags håpløshet. Skam og håpløshet henger sammen her og er en stor del av min personlighet. Hvordan skal jeg klare å forandre på det, da? Jeg kunne gi opp. Hvorfor skal jeg bale med dette? Kan jeg ikke heller leve godt, da, resten av livet, jeg er jo så stygg, og nå skal jeg snart forlate verden.»

Skammen forsterkes ved å skjule hva

«Informantene i studien beskriver sårbar skam, men det er også spor av stolthet knyttet til indre kvaliteter.»

de spiser: «Jeg tenker at nå spiser jeg bare én skive, men planlegger å spise når de andre har lagt seg. Det er forbundet med skammen, det er ille. Når jeg trøstespiser, får jeg veldig selvforakt.»

Skammen og stoltheten kjemper om plassen: «En drøm er å føle at du er helt normal utseendemessig, en som føyer seg inn i rekken, at ikke noen reagerer, at ikke noen tenker: 'Å gud, se på den magen eller de lårene eller den rumpen eller de armene, se hvordan hun spiser, uffa meg.' Jeg har lyst til å være helt vanlig. Ja, tynnere og flottre! Sånn at jeg kunne reise meg litt og på en måte være litt stolt av mitt ytre også. Jeg er ikke så verst stolt av mitt indre.»

DISKUSJON

Studiens hensikt var å utforske hvilke sammenhenger det er mellom stigmatisering og skam, og hvilke konsekvenser det får for personer som lever med fedme. På bakgrunn av funnene vil jeg diskutere muligheter for å forebygge og håndtere stigma og skam på individnivå og samfunnsnivå.

Et sentralt trekk ved funnene er at den devaluerende stemmen fra samfunnet og omgivelsene er dominerende og kan føre til internalisert stigma. Internaliseringen uttrykkes av deltakerne i

måten de omtaler seg selv på: Overvektige er dumme, mindre begavet, mislykket, noen som har feilet. Fedme er avvik fra den normative kroppen, og mennesker som erfarer selvstigma, ser seg selv med en devaluert sosial identitet (6, 15).

Videre viser studien at de helsemessige konsekvensene av vektstigma og skam er en helseutfordring som beskrives av intervjupersonene med ord som som håpløshet, tristhet, oppgitt, ikke å bli regnet med, være en belastning for omgivelsene og leve et skjult og isolert liv. Studier bekrefter at konsekvensene av selvstigma er en følelse av verdiløshet og isolasjon, med tap av livsutfoldelse (3, 6, 23).

I et kroppsfenomenologisk perspektiv (24) er personen med fedme et utslørt objekt for den andre (7). Den pre-refleksive kroppsligheten som en form for uskyld og umiddelbar væren i verden kan gå tapt, og personen mister sin spontanitet. Prerefleksiv kroppslighet vil si det forholdet vi har til kroppen, som vi vanligvis ikke tenker over, men som det er mulig å ha et bevisst forhold til. Skammen fører til at man mister muligheten til å orientere seg mot fremtiden (7, 23).

Må forholde seg til kulturen

Mennesker som har fedme, kan ikke rømme fra den kulturelle konteksten, men må finne en måte å mestre kulturens påvirkning på (3). Deres streben med å komme videre slik at livet kan leves, uttrykkes i funnene som en streben med selvforståelsen: «Jeg vil telle med, jeg har begynt å si fra, jeg har lyst til å være helt vanlig og være stolt av mitt ytre.» Men de uttrykker også en resignerende holdning: «Hvordan skal jeg klare å forandre på dette?»

Det er en lengsel etter å være kroppslig normal, samtidig som de uttrykker en håpløshet og maktesløshet. Welz hevder at man ikke løser skammens grep alene, men i dialog med andre (25). Fuchs sier at det er avgjørende å holde opp et metaperspektiv: «Taking a metaperspective on situations that cause shame and guilt helps to cope with the self-devaluation [...]. The capability of adopting a metaperspective depends on an open interpersonal space which allows for

freedom of self-distance.» (7, s. 234, 240)

Informantene i studien beskriver sårbar skam, men det er også spor av stolthet knyttet til indre kvaliteter. Det er avgjørende å løfte frem disse elementene av stolthet som byggesteiner til å komme inn i et friere rom med seg selv, sin kropp og sitt liv. Lippitt viser, med utgangspunkt i den danske filosofen Kierkegaards tekst om kjærligheten, hvordan sunn selvkjærlighet har en kime av stolthet (26).

Skammen paralyserer og kan hindre oss i å ta tak i livet, mens selvkjærlighet kan bidra til en frigjøring fra skammen. Slik kan man bli i stand til å åpne seg for fremtidens muligheter (26).

Omfattende vektdiskriminering

Vekt-diskriminering er en global helseutfordring og finnes ved ansettelser og i utdanningsinstitusjoner, massemedier og helsevesenet. Samfunnsmessige tiltak er nødvendige for å møte denne utbredte helsetrusselen (9). Det kreves en bredere innsats i samfunnet mot vektstigma enn det vi har sett hittil, ifølge Puhl og Suh (19).

Malterud og Ulriksen hevder at kvalitativ omsorg for dem med fedme innbefatter at helsepolitikken og det medisinske fagfeltet anerkjenner kulturens fordommer mot kroppsvekt, slik at de utsatte kan mobilisere egne helseressurser (3). Fremtidige fedmeforebyggende intervensjons- og behandlingsmetoder må i større grad myndiggjøre personer med fedme i stedet for å forsterke stigma, skam eller skyld (19).

Implikasjoner for praksis

Helsepersonell har gode muligheter til å bidra til helsebringende endringsprosesser, både på individnivå og samfunnsnivå (4). De helsemessige utfordringene knyttet til stigma og skam og konsekvensene av disse utfordringene kan ikke løses uten å arbeide forebyggende i et samfunnsoperspektiv.

Medvedyuk hevder at fokuseringen fra helseforskning og helsevesenet gjør personer med fedme til ofre. Derfor er det vesentlig at helsepersonell selv legger til side disse kulturelle og negative normene og åpent og fordomsfritt møter den som lider (27). Når samfunnets og behandlingstilbudenes oppmerksomhet

endres fra vektreduksjon til i større grad å adressere hva det gjør med personen å leve med fedme, kan det bidra til å redusere stigmatiseringen (5).

Begrensninger ved studien

Studiens funn gir forståelse for noen sammenhenger og konsekvenser av stigma og skam, men kan ikke uten videre generaliseres. Erfaringen med sårbarhet relatert til stigmatisering og skam er individuell. Skammen ligger skjult i stigmaet og er både eksplisitt og tolket frem i intervjuene (6). Studiens validitet styrkes ved at intervjupersonenes beskrivelser er rikt presentert (20). Videre valideres funnene ved at tidligere forskning understreker sammenhenger og konsekvenser.

KONKLUSJON

Internalisert stigmatisering kan utkrystallisere seg i skamprosesser, noe som begrenser livskvaliteten. Muligheten til å kunne overkomme skam som følge av selvstigma ligger i å oppøve en motstand mot skammen, noe som bare kan fremmes i relasjon til andre.

Vi som helsepersonell spiller en viktig rolle med å støtte dem som lider av fedme, slik at de ser på seg selv som fullverdige mennesker. Videre har vi et ansvar for å fremheve dette aspektet i det offentlige rom og dermed bidra til at også samfunnet som helhet kan akseptere dem som lider av fedme. ●

REFERANSER

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). Obesity and overweight [Internett]. WHO; 16.02.2018 [siteret 09.01.2019]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. Folkehelseinstituttet. Overvekt og fedme i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017 [oppdatert 04.10.2017; siteret 09.01.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/>
3. Malterud K, Ulriksen K. «Norwegians fear fatness more than anything else» – a qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Educ Couns*. 2010;81(1):47–52. DOI: 10.1016/j.pec.2009.10.022
4. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Medicine*. 2018;16(1):123. DOI: 10.1186/s12916-018-1116-5
5. Kahan S, Puhl R. The damaging effects of weight bias internalization. *Obesity*. 2017;25(2):280–1. DOI: 10.1002/oby.21772
6. Luoma JB, Platt MG. Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology*. 2015 april;2:97–101. DOI: 10.1016/j.copsyc.2014.12.016
7. Fuchs T. The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression. *Journal of Phenomenological Psychology*. 2002;33(2):223–43. DOI: 10.1163/15691620260622903
8. Pila E, Sabiston CM, Brunet J, Castonguay AL, O'Loughlin J. Do body-related shame and guilt mediate the association between weight status and self-esteem? *J Health Psychol*. 2015;20(5):659–69. DOI: 10.1177/1359105315573449
9. Brewis A, SturtzSreetharan C, Wutich A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Global Health*. 2018;14(1):20. DOI: 10.1186/s12992-018-0337-x

lizing health challenge. *Global Health*. 2018;14(1):20. DOI: 10.1186/s12992-018-0337-x

10. Moola FJ, Norman ME. On judgement day: Anorexic and obese women's phenomenological experience of the body, food and eating. *Feminism & Psychology*. 2017;27(3):259–79. DOI: 10.1177/0959353516672249
11. Lewis S, Thomas S, Blood R, Castle D, Hyde J, Komesaroff P. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Soc Sci Med*. 2011;73(9):1349–56. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.08.021
12. Owen-Smith A, Donovan J, Coast J. «Vicious Circles»: The development of Qualitative Health Research. 2014;24(9):1212–20. DOI: 10.1177/1049732314544908
13. Grønning I, Scambler G, Tjora A. From fitness to badness: the modern morality of obesity. *Health*. 2013;17(3):266–83. DOI: 10.1177/1363459312447254
14. Brown-Bowers A, Ward A. Treating the binge or the (fat) body? Representations of fatness in a gold standard psychological treatment manual for binge eating disorder. *Health*. 2017;21(1):21–37. DOI: 10.1177/1363459316674788
15. Throsby K. «How could you let yourself get like that?» Stories of the origins of obesity in accounts of weight loss surgery. *Soc Sci Med*. 2007;65(8):1561–71. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.06.005
16. Christiansen WS, Karlsten TI, Larsen IB. Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt. *Nordisk tidskrift for helseforskning*. 2016;13(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.7557/14.4195>
17. Barber SW. Being large: an interpretive phenomenological enquiry into the lived world of problematic weight. (Doktoravhandling.) Middlesex: New School of Psychotherapy and Counselling; 2016.
18. Merrill E, Grassley J. Women's stories of their experiences as overweight patients. *J Adv Nurs*. 2008;64(2):139–46. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x
19. Puhl R, Suh Y. Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment. *Current Obesity Report*. 2015;4(2):182–90. DOI: 10.1007/s13679-015-0153-z
20. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
21. Thagaard T. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
22. Gadamer HG. Sannhet og metode. 2. utg. Århus: Academia; 2007.
23. Shaughnessy MJ. Integrative literature review on shame. *Nursing Science Quarterly*. 2018;31(1):86–94. DOI: 10.1177/089431841774120
24. Merleau-Ponty M. Phenomenology of perception. London: Routledge; 2002.
25. Welz C. Shame and the hiding self. *Passions in context: International Journal for the History and Theory of Emotions*. 2011 august;(2).
26. Lippitt J. True self-love and true self-sacrifice. *International Journal for Philosophy of Religion*. 2009;66(3):125–38. DOI: 10.1007/s11513-009-9201-5
27. Medvedyuk S, Ali A, Raphael D. Ideology, obesity and the social determinants of health: a critical analysis of the obesity and health relationship. *Critical Public Health*. 2018;28(5): 573–85. DOI: 10.1080/09581596.2017.1356910



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Lunixen®

Bedre søvn - hele natten!

Lunixen® 500 mg (valerianarot) er et reseptfritt legemiddel som forbedrer søvnkvaliteten og søvnlengden. Legemidlet har klinisk dokumentert effekt på søvnproblemer, som urolig søvn eller for tidlige oppvåkninger. Brukes daglig for optimal effekt. Det er ingen påvist avhengighet ved bruk.



- ✓ Bedrer søvnkvalitet
- ✓ Forbedrer søvnlengde
- ✓ Ingen avhengighet påvist

✚ Fås reseptfritt på apoteket

Ta 1 tablett 1/2 til 1 time før leggetid.

Dersom symptomene forverres eller ikke blir bedre etter 2 ukers daglig bruk, bør lege kontaktes.

Lunixen anbefales ikke til gravide eller ammende. For barn under 12 år kun i samråd med lege.

F. Hypnotika og sedativa - farmakoterapeutisk gruppe

TABLETTER, filmdrasjerte 500 mg: Reseptfritt. Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av valerianarot (*Valeriana officinalis* L.) 500 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk for å lindre mild uro og søvnforstyrrelser. **Dosering:** For lindring av søvnforstyrrelser: 1 tablett ½-1 time før leggetid. Ved behov tas også 1 tablett tidligere på kvelden. Lindring av mild uro: 1 tablett opptil 3 ganger daglig. Maks. daglig dose er 4 tabletter. **Administrering:** Daglig bruk over tid anbefales, det kan ta 2-4 uker før optimal behandlingseffekt oppnås. Lege/apotek kontaktes hvis symptomene vedvarer eller forverres etter 2 uker med kontinuerlig bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Interaksjoner:** Ingen rapportert. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Graviditet, amming og fertilitet:** Anbefales ikke under graviditet eller hos fertile kvinner som ikke bruker prevensjon. Kontraindisert under amming. Fertilitet: Ingen kliniske data. **Bivirkninger:** Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Magetarmsymptomer (feks. kvalme, magekramp) kan oppstå etter inntak av valerianarot. Lege/apotek bør kontaktes ved andre bivirkninger. **Egenskaper:** Valerianarot i anbefalt dose forbedrer søvnlengde og søvnkvalitet. **Pakninger:** 28 stk. avlange tabletter (blister). Basert på SPC sist endret: 14.11.2018

ATC-nr.: NO5C M09

HOVEDBUDSKAP

Sykepleierstudenter på Hjertemedisinsk sengepost på UNN har deltatt i et tverrprofesjonelt samarbeidsprosjekt med masterstudenter i klinisk farmasi. Samarbeidet handlet om å utføre screenings i pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender». Studentene oppdaget at felles kartlegging var viktig for samarbeid og behandling av pasienten. Det ga økte kunnskaper. Farmasistudentene ble bedre integrert i avdelingen. Deres kompetanse ble tydeligere, og det bidro til økt forståelse av deres profesjon.

NØKKELORD:

- ▶ Prosjektarbeid ▶ Samarbeid
- ▶ Tverrfaglighet ▶ Pasientsikkerhet

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.74563

Sykepleier- og farmasistudenter lærte mye av hverandre i praksisstudiet

Sykepleierstudenter og farmasistudenter fikk stort utbytte av å samarbeide når de hadde praksis på sykehus. De fikk bedre forståelse for hverandres arbeid og delte kunnskap om pasientbehandling og medisinering.

Med samhandlingsreformen ble tverrprofesjonelt samarbeid for å kunne forebygge og komme i gang med tidlig behandling satt på dagsorden (1). I utdanningsmeldingen og Nasjonal helse- og sykehusplan er det blitt tydeliggjort at utdanningene må se til at behovet for kompetanse samstemmer med framtidens helse- og velferdsbehov, og tverrprofesjonell samhandling er en sentral tematikk også i disse dokumentene (2, 3).

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Universitetet i Tromsø (UiT) er tverrprofesjonelt samarbeid et satsingsområde, og flere prosjekter er gjennomført (4, 5). For sykepleiere i spesialisthelsetjenesten består mye av arbeidet i å koordinere og samhandle med andre yrkesprofesjoner på en måte som gagnar pasienten.

Kliniske farmasøytter blir i økende grad involvert i spesialisthelsetjenesten, ofte i tverrfaglige team rundt pasienten (6, 7). Denne kompetansen er helt sentral for å oppnå optimal legemiddelbruk- og håndtering (8). Kliniske farmasøytter kan forbedre kvaliteten av legemiddelbruken både klinisk og økonomisk (9). Imidlertid krever dette deltakelse og samarbeid med andre profesjoner.

I rapporten «Kvalitet i praksisstudiene i helse- og

FORFATTERE


Eva Mäki
Lektor, Det helsevitenskaplige fakultet,
Institutt for helse og omsorgsfag, UiT,
Norges arktiske universitet



Linn Tangen
Sykepleier, Hjertemedisinsk sengepost,
Universitetssykehuset Nord-Norge

sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet» fra Universitetets- og høyskolerådet var målet å heve kvaliteten og sikre relevansen i praksisstudiene for de ulike helse- og sosialfagutdanningene. Dette for å møte framtidens kompetansebehov, samt oppfylle krav om å etablere kombinerte stillinger for å ivareta utvikling og samarbeid mellom

universitet og høyskoleutdanning og praksisfelt (10).

Kombinerte stillinger er allerede etablert på UNN og UiT. Dette er med på å skape felles forståelse mellom utdanning og praksisfelt om læring og utvikling i praksisstudier, noe som i sin tur skaper muligheter for å legge til rette for spennende tverrprofesjonelle lærings situasjoner (11).

I TRYGGE HENDER

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» er et fem-årig (2014–2018) nasjonalt program som har tre hovedmål: redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Pasientsikkerheten skal styrkes ved målrettede tiltak i hele helsetjenesten (12, 13).

På Hjertemedisinsk sengepost ved UNN har man valgt



SAMARBEID: Studentene fikk bedre forståelse for hverandres arbeidsoppgaver når de jobbet i team. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

ut følgende fokusområder fra pasientsikkerhetsprogrammet: samstemming av legemiddellister, screening av ernæringstilstand, forebygging av fall og trykksår, forebygging av infeksjoner som ved sentralt og perifert venekateter, urinveisinfeksjoner og indikasjon for innleggelse av urinkateter.

Med dette som utgangspunkt ble målene i vårt prosjekt kort oppsummert:

- Få økte teoretiske kunnskaper, få praksiserfaring og økt forståelse i fokusområder fra pasientsikkerhetsprogrammet
- Delta aktivt i tverrfaglig samarbeid
- Intervjue og samtale med pasienter
- Mengdetrening i bruk av screeningverktøy og dokumentasjon
- Gjøre observasjoner, vurderinger og sette i verk relevante tiltak
- Analysere og reflektere kritisk omkring screening og funn
- Følge opp funn og rapportere videre

KVALITETSHJULET

I prosessen med utviklingen av det tverrprofesjonelle samarbeidsprosjektet har vi benyttet trinnene i kvalitets-hjulet: plan, do, study og act som bygger på Demings sirkel, også navngitt som PDSA-sirkel (PUKK-sirkel på norsk) (14). Modellen er videreutviklet av kunnskapscenteret og

viser til en sirkel med de fem fasene: forberede, planlegge, utføre, evaluere/vurdere og følge opp. Sirkelen viser en kontinuerlig prosess i systematisk forbedringsarbeid (15). Vi har i vårt tverrprofesjonelle prosjekt brukt en modifisert modell som viser trinnene vi har gjennomført (figur 1, se neste side).

PLANLEGGING

Vi gjennomførte høsten 2016 og 2017 prosjektet på Hjertermedisinsk sengepost på UNN. Der deltok 20 andreårs bachelorstudenter i sykepleie og fire førsteårs masterstudenter i klinisk farmasi. Prosjektets varighet var tre

«**Kliniske farmasøyer kan forbedre kvaliteten av legemiddelbruken, både klinisk og økonomisk.**»

uker, og studentene samarbeidet to dager hver uke. Personalet på avdelingen ble informert om prosjektet for å kunne bistå med utvalg av pasienter, hjelp og veiledning. Prosjektmidler ble satt av til å kjøpe fri praksisveileder og fagsykepleier til veiledning, refleksjon og evaluering, samt ha et overordnet ansvar underveis.

Studentene ble informert om prosjektet før første møte med praksis, og de fikk en informasjonsbrosjyre om prosjektet. Videre deltok de på en felles introduksjonsdag. Der fikk de informasjon om pasientsikkerhetsprogrammet

FAKTA

Screening

Screening er undersøkelse av en gruppe mennesker med en test eller annen standardisert undersøkelsesmetode for å påvise en nærmere bestemt, ennå ikke oppdaget, sykdom eller risikofaktor for sykdom.

Kilde: Store norske medisinske leksikon

Legemiddel-samstemming

Legemiddelsamstemming handler om å få en fullstendig liste over de legemidlene pasienten faktisk bruker i samarbeid med pasienten (12, 13).

og repetisjon og påfyll av teori rundt de ulike fokusområdene. I tillegg fikk studentene muligheten til å praktisk øve på å bruke de ulike screeningverktøyene og lære mer om hvordan dette skal dokumenteres.

GJENNOMFØRING

Studentene ble satt sammen i tverrfaglige par hvor de skulle samarbeide om de utvalgte fokusområdene. Videre skulle studentene selv ta ansvar for å oppsøke hverandre og få utført ulike screeninger.

Det var egne digitale screeningverktøy for ernæring, fall og trykksår som de skulle benytte seg av. Målet var at alle studentene skulle ha samlet data i de ulike fokusområdene, samt prøvd å utføre screeningene før prosjektet sluttet.

Sentralt for fremdriften av prosjektet var frikjøp av tid for praksisveileder og fagsykepleier, slik at de kunne veilede og reflektere med studentene rundt observasjoner og tiltak de gjorde.

FORLØPENDE TILBAKEMEDINGER

Evalueringen av prosjektet ble gjort fortløpende underveis gjennom spontane muntlige tilbakemeldinger fra studenter og personell på avdelingen, samt observasjoner som ble gjort fra frikjøpte sykepleierveiledere. Underveis i prosjektet ble det gjort noen få justeringer, som at veiledere gikk inn og styrte hvilke studenter som skulle gå sammen, klarte hvilke screeninger som skulle prioriteres, og hvor funn skulle dokumenteres.

På forhånd var det avtalt tidspunkt for evaluering av prosjektet som helhet med studenter, veiledere i praksis, lærer i kombinert stilling og ansvarlige lærere for studenter i klinisk farmasi.

DISKUSJON

Å skape naturlig tverrfaglig samarbeid som gir læring

Det sentrale i vårt prosjekt har vært å skape naturlige og lærerike tverrfaglige samarbeidsmuligheter mellom de to profesjoner som var samtidig ute i praksis. Fokusområdene i pasientsikkerhetsprogrammet ble nøkkelen til det naturlige samarbeidet, siden begge parter skulle utføre legemiddelsamstemming. Dette er i tråd med anbefalinger fra Universitets- og høgskolerådet om relevans og kvalitet omkring samhandling og pasientsikkerhet (10).

Få av de deltakende studentene hadde hørt om pasientsikkerhetsprogrammet. En teoretisk gjennomgang med praktiske øvelser på introduksjonsdagen var derfor nødvendig. Studentene fikk muligheten til å lese seg opp teoretisk på fokusområdene for å kunne være forberedt. Dette ble påpekt av studentene som viktig for å kunne gjøre observasjoner og komme med relevante tiltak.

Introduksjonsdagen bidro også til at studentene ble kjent med hverandre, noe som skapte trygghet og ufarliggjorde det å ta kontakt. Dette var viktig for farmasistudentene, siden de kun var i praksis to dager i uken, mens sykepleierstudentene gikk i turnus. Farmasistudentene opplevde prosjektet som en døråpner til en praksis de var ganske ukjent med. De ble raskere invitert til samarbeid og dermed bedre integrert i avdelingen.

Nivåforskjellen i hvor langt studentene var kommet i utdanningen ble uvesentlig. Sykepleierstudentene trengte å lære seg mer om innsamling av informasjon om medisiner og hvordan medisiner teoretisk virker og forhold

der seg til hverandre, for å kunne gjøre gode observasjoner av pasienten. Farmasistudenten trengte på sin side viktige data om pasienten i sin legemiddelsamstemming, for å kunne gjøre sin legemiddelgjennomgang og ivareta pasientens medisiner.

Studentene fikk i fellesskap praktiske erfaringer i det å observere og samtale med pasientene. Dette var utfordrende for studenter i klinisk farmasi, siden de ikke var vant til å være på sykehusavdelinger.

Å samtale og intervju pasienten

For å kunne gjennomføre screening hos en pasient trenger man informasjon både om og fra pasienten. Når to profesjoner møtes, oppstår mye læring i å kommunisere. Skal man samtale med pasienten eller intervju?

«Farmasistudentene opplevde prosjektet som en døråpner til en praksis de var ganske ukjent med.»

Studentene i vårt prosjekt lærte av hverandre og ble selv mer bevisste på hvordan de ordla seg for å få til en god kommunikasjon. I begynnelsen gikk studentene mer direkte til verks ved å stille konkrete spørsmål til pasienten likt et intervju med spørsmål og svar. Etter hvert opplevde studentene at kommunikasjonen med pasienten ble mer en målrettet «naturlig» samtale. En student sa: «En samtale ble ikke lenger bare en samtale, men også en kilde til informasjon».

Sykepleierstudentene ble gjennom å observere farmasistudentene mer bevisste på hvilke spørsmål og hvordan og hvorfor de stilte spørsmålene til pasienten ved legemiddelsamstemming. De observerte at farmasistudentene brukte mer vanlige ord som pasienten er kjent med, for å få pasienten til å redegjøre for sine medisiner.

Hos farmasistudentene var det utfordrende å selv ta ansvaret for å gå inn og møte og få en god samtale med pasienten. Det er mer naturlig at pasienten/kunden tar kontakt

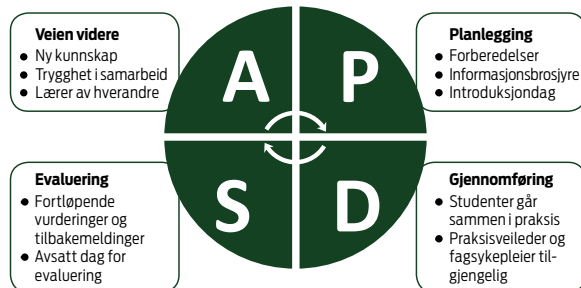
med dem ved uthenting av medisiner. Dette var noe sykepleierstudenten kunne veilede farmasistudenten på. Gjennom å lære seg hvordan man kan tilnærme seg pasienten på en tillitsfull måte, opplevde farmasistudentene å få tilgang til mer informasjon som var viktig i deres arbeid.

Studentene erfarte i fellesskap at den trygge samtalen med pasienten var med på å skape et helhetlig bilde av pasienten. Her kunne man avdekke problemstillinger i pasientens egen medikamentadministreringen, for eksempel at pasienten bare tar tablettene annenhver dag eller at pasienten plages med svimmelhet. Studentene oppdaget at samtalen bidro med viktige data som ble reflektert over, analysert og vurdert til en felles forståelse i oppfølgingen av pasienten.

SCREENING OG DOKUMENTASJON

Studentene fikk mengdetrening i å bruke screeningverktøy og oppdaget underveis at de ulike screeningverktøyene er hjelpemidler, ikke en fastsatt fasit. Refleksjon og analysering over funnene som ble gjort, var viktig. Farmasistudenten uttrykte at det var nyttig å være med sykepleierstudenten for å få det helhetlige synet av

Figur 1. PDSA-prosessen



pasienten. De så for eksempel nytten av at pasienten var ernæringscreenet eller fallscreenet innen de utførte medikamentsamstemming.

Når studentene fikk økte kunnskaper om fokusområdene i pasientsikkerhetsprogrammet, ble også kartleggingen av pasienten og pasientens behov bedre. Screeninger og utveksling av informasjon og kunnskap mellom studentene

ANNONSE



Gaven som redder liv

En gave til Leger Uten Grenser er et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bryllup**, **bursdag** eller **jubileum**.

Ring oss på tlf **21 04 24 52**, eller gå inn på www.legerutengrenser.no.

Kontonummer: **5005 06 36728**
Vipps til **2177**

Merk innbetalingen med navn på jublant/brudepar, samt navn på giver(e) av gaven.



bidro til større fokus på observasjon, raskere tiltak og bedre oppfølging av pasienten.

Underveis fikk studentene god trening i å bruke ulike typer av sykepleiedokumentasjon og lære seg hvor viktig det er å dokumentere riktig. Erfaringen med at det som ikke var dokumentert ikke var gjort, var nyttig. Studentene ble mer beviste på hva de skulle dokumentere og hvorfor og hvordan dette skulle rapporteres videre til andre yrkesgrupper.

MEDIKAMENTER OG OBSERVASJON

Sykepleierstudentene fikk økte kunnskaper om medikamenter, både med å lese mer teori og gjennom diskusjon med farmasistudentene. De fikk også øvelse i å observere virkning og bivirkninger som legemidler kan påføre pasientene. Sykepleierstudentene fikk god veiledning fra farmasistudentene i det å forstå interaksjoner mellom ulike legemidler. Ny kunnskap for sykepleierstudentene var også at andre preparat som kosttilskudd påvirker pasientens medisinerings.

For farmasistudenten ble ikke bare legemiddelet til pasienten sentralt, men også forståelsen omkring det arbeidet som utføres av sykepleiere på avdelingen. Farmasistudentene fikk erfare sykepleierens arbeid med å observere, komme med tiltak og følge opp pasienten som får legemiddelet. Sykepleier- og farmasistudentene så nytten av å ha felles møter hvor pasienten og pasientens medisinerings ble diskutert for å få en optimal medikamentell- og sykepleiebehandling. Dette samsvarer med føringer i «Nasjonal helse- og sykehusplan» om å jobbe tverrprofesjonelt og mer helhetlig omkring pasientens behov (3).

LÆRTE AV HVERANDRE

Både sykepleier- og farmasistudentene var enige om at de hadde lært mye av samarbeidet. De hadde fått et annet blikk på hverandres profesjon og arbeidsoppgaver. Sykepleierstudentene så viktigheten av å ha kliniske farmasøytter i praksis. En sykepleierstudent sa: «De kunne rydde i pasientenes legemiddellister».

Farmasistudentene hadde oppdaget at sykepleieren har oversikt over hele avdelingen organisatorisk, både for pasienter og pårørende, men også for annet personell. Farmasistudentene mente at sykepleieren sin rolle på en sykehusavdeling er å være en viktig koordinator. En farmasistudent sa: «Det ikke sykepleieren vet om hva som foregår på avdelingen – vet ingen».

GA ØKT KVALITET

Det tverrprofesjonelle samarbeidet mellom sykepleierstudenter og studenter i klinisk farmasi ga økt læring i å samhandle og veilede hverandre i direkte møter med pasienten. Vi vil påstå at tverrprofesjonelt samarbeid er med på å øke kvaliteten i praksisstudiene for de profesjoner som deltar.

En utfordring underveis for studentene var å finne balanse mellom andre oppgaver som det forventes av utdanningene at de utfører i praksis, og å delta i prosjektet. Studentene etterlyste også mer struktur og styring på

de dagene de var sammen, så frikjøp til veiledning av studenter er viktig.

Studentene ga uttrykk for at de ønsker mer samarbeid på tvers av profesjoner, fordi det øker kvaliteten på deres praksis og forbereder dem på den virkeligheten de vil møte når de er ferdigutdannet.

Det tverrfaglige samarbeidet bygget bro mellom de ulike profesjonene, både mellom studenter i praksis og mellom de ulike universitetsutdanningene. Terskelen for å ta kontakt blir mindre når man kjenner til hverandre og har fått bedre forståelse av hva den andre part kan bidra med. Det er med på å åpne for flere muligheter i fremtiden til å utvikle nye områder å samarbeide på.

Takk til de ansatte på Hjertemedisinsk sengepost og fag-sykepleier Elisabeth Valanes ved Hjertemedisinsk sengepost. Beate H. Garcia, førsteamanuensis, Institutt for farmasi, Kjell H Halvorsen, førsteamanuensis, Institutt for farmasi og Tove Aminda Hanssen, førsteamanuensis, Institutt for Helse og omsorgsfag ved UiT.

REFERANSER:

1. Meld. St. nr. 4B (2008–2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2009.
2. Meld. St. nr. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2012.
3. Meld. St. nr. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
4. Cheetham BN. Får innsikt i hverandres fag. Oslo: Sykepleien; 2016. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/09/tverrprofesjonell-læring-mellom-sykepleie-og-medisinstudenter> (nedlastet 06.09.2017).
5. Norbye B, Gudmundsen AC. Ny kunnskap etter tverrfaglig praksis. Sykepleien. 2016;104(6)(46-47) Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/05/tverrfaglig-praksis> (nedlastet 06.09.2017).
6. Giverhaug T. Farmasøyt på Hjertesviktpoliklinikk UNN. NFT 2007;(1):23. Tilgjengelig fra: <http://www.farmatid.no/artikler/fag/farmasoyt-pa-hjertesviktpoliklinikken-unn> (nedlastet 03.10.2017).
7. Johansen PC. Vil legge til rette for økt livskvalitet. Pingvinvisa. 28.08.2018. Tilgjengelig fra: <https://www.pingvinvisa.no/kvalitetssikker-legemiddelbruk-i-ny-studie/> (nedlastet 15.08.2019).
8. Meld. St. nr. 28 (2014–2015). Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
9. Pretsch P, Hertzberg SW, Humerfelt S. Klinisk farmasøyt forbedrer legemiddelbruken i sykehus. Oslo: Tidsskrift Norsk Lægeförening; 2004 august;(124):1923–5.
10. Universitets- og høyskolerådet. Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Oslo: UHR; 2015.
11. Grongstad M, Olsen K, Hanssen TA. Å bygge bro mellom utdanning og praksis. Sykepleien; 2018; 106(65022)(e-650222). Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/01/kombinerestillinger-bygger-bro-mellom-utdanning-og-praksis> (nedlastet 19.1.2018).
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Pasientsikkerhetsprogrammet-I-trygge-hender-24-7/id2005291/> (nedlastet 23.02.2017).
13. Helse- og omsorgsdepartementet. I trygge hender 24/7, pasientsikkerhetsprogrammet [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. [oppdatert 28.09.17; sitert 23.02.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
14. Frich J. Metode og verktøy for kvalitetsforbedring. Oslo: Det medisinske fakultet UiO; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/verktoy-og-metoder.html> (nedlastet 19.01.2018).
15. Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G et al. Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Notat nr.1. Oslo: Kunnskapsenteret; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/publikasjoner/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf> (nedlastet 19.01.2018)



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

FAGGRUPPENE



NSFs faggruppe for e-helse

NSFs faggruppe for e-helse støtter sykepleiere med interesse for e-helse, slik at pasienten opplever tjenester som er helhetlige, tilgjengelige og av høy kvalitet.

E-helse og velferdsteknologi er en viktig del av fremtidens helse- og sosialtjenester. Det er viktig at sykepleiere er kompetente og bidrar til å bruke mulighetene som ligger i de nye teknologiene.

NSFs faggruppe for e-helse er et levende forum for deling av aktuelle saker innenfor e-helseområdet. Faggruppen bidrar i de

sentrale diskusjonene på e-helsefeltet og sikrer at sykepleierens stemme blir hørt i utviklingen og implementeringen av digitale løsninger.

Faggruppens hovedfokus:

- terminologi og sykepleiedokumentasjon i den elektroniske pasientjournalen (EPJ), hvor utarbeidelse og revisjon av «Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ» står sentralt
- e-helsetjenester levert til pasienter via internett og relaterte teknologier, slik som

for eksempel videokonsultasjon, sikre meldinger, velferdsteknologi og tjenester via helsenorge.no

- stipendordning for faggruppens medlemmer

- nasjonal årlig e-helsekonferanse i samarbeid med NSF

Faggruppen har cirka 300 medlemmer, og medlemskap lar seg godt kombinere med medlemskap i andre faggrupper.

Ønsker du å bli medlem? Send SMS med kodeordet EHELSE til 02409.

ANNONSE

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels**TM



«Et bilde sier mer enn tusen ord». Det kan til og med ha en beroligende og stimulerende effekt. Det er grunnen til at Silentia utviklet StoryPanels, en ny funksjon i Silentia-systemet for foldeskjermene og et effektivt hjelpemiddel for helsepersonell, pasienter og pårørende. Et barn som ligger på sykehus, er langt hjemmefra og må forholde seg til ukjente fjes. Men så begynner en sykepleier å snakke om de fargerike bildene med planeter og gøyale figurer. Dermed settes barnets fantasi og forestillingsevne i sving. Fokus skifter til noe nytt og positivt.

Kontakt oss i dag for mer informasjon, eller se StoryPanels på silentia.no.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70
info@avalon-medical.no • www.avalon-medical.no
www.silentia.no

HOVEDBUDSKAP

Denne artikkelen tar utgangspunkt i fokusgruppeintervjuer med elleve sykepleierstudenter som var i praksis ved fire ulike sykehusavdelinger.

Formålet er å belyse studentenes erfaringer med veiledning samt deres tanker om hvordan veiledning bør gjennomføres. Funn viser til flere forhold ved praksisveiledning som er nyttige å ha i tankene på veien videre mot å lage nye praksismodeller og ved forbedring av praksisveiledning.

NØKKELORD:

- ▶ Praksisstudie ▶ Fokusgrupper
- ▶ Sykepleierutdanning ▶ Veiledning

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.74902

Hvordan kan sykepleierstudenter få det bedre når de er i praksis?

Studenter ønsker veiledere som er motiverte for oppgaven, har forberedt seg godt og har tid til å gi god veiledning, viser denne undersøkelsen, der elleve sykepleierstudenter som har hatt praksis på sykehus, har delt sine erfaringer.

En viktig del av opplæringen av sykepleierstudenter som er i praksis, er at de får dele erfaringer med veiledere, og at de sammen reflekterer over opplevelsene.

En ny kartlegging av rammebetingelser for veiledning av sykepleierstudenter (5) viser at under 50 prosent av veilederne har formell kompetanse i veiledning (5). Kun en av fire har avsatt tid til veiledning, og 96 prosent rapporterer at de ikke har fått uttelling for veiledning av studenter i forbindelse med lokale lønnsforhandlinger. Studier har vist at veiledere ofte føler seg usikre i veilederrollen, og at det å veilede krever mye tid og innebærer stort ansvar (6, 7). Mange veiledere mangler pedagogisk utdanning eller erfaring, og en del nyutdannede sykepleiere har veilederansvar (3, 8, 9).

Praksisveiledere har utfordringer med å balansere mellom pasientansvar og veiledningsansvar og etterlyser mer tid til samtale med studenter. I tillegg etterlyser veiledere mer samarbeid med læreren og bedre rutiner

FORFATTERE


Stina Ekman
Høgskolelektor, Helse og velferd,
Høgskolen i Østfold



Nina Fladeby
Høgskolelektor, Helse og velferd,
Høgskolen i Østfold



Ingunn Johansen
Høgskolelektor, Helse og velferd,
Høgskolen i Østfold



Camilla Hardeland
Førsteamanuensis, Helse og velferd,
Høgskolen i Østfold



Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen
Anestesisykepleier, ph.d.-stipendiat
og redaktør, Sykehuset Østfold
og tidsskriftet Inspira

for veiledningsarbeidet (6, 7). Videre opplever de et spenningsforhold mellom teori og praksis, hvor så vel faglige, mellommenneskelige og organisatoriske utfordringer får innvirkning på praksissykepleierens veiledning av studenten (10).

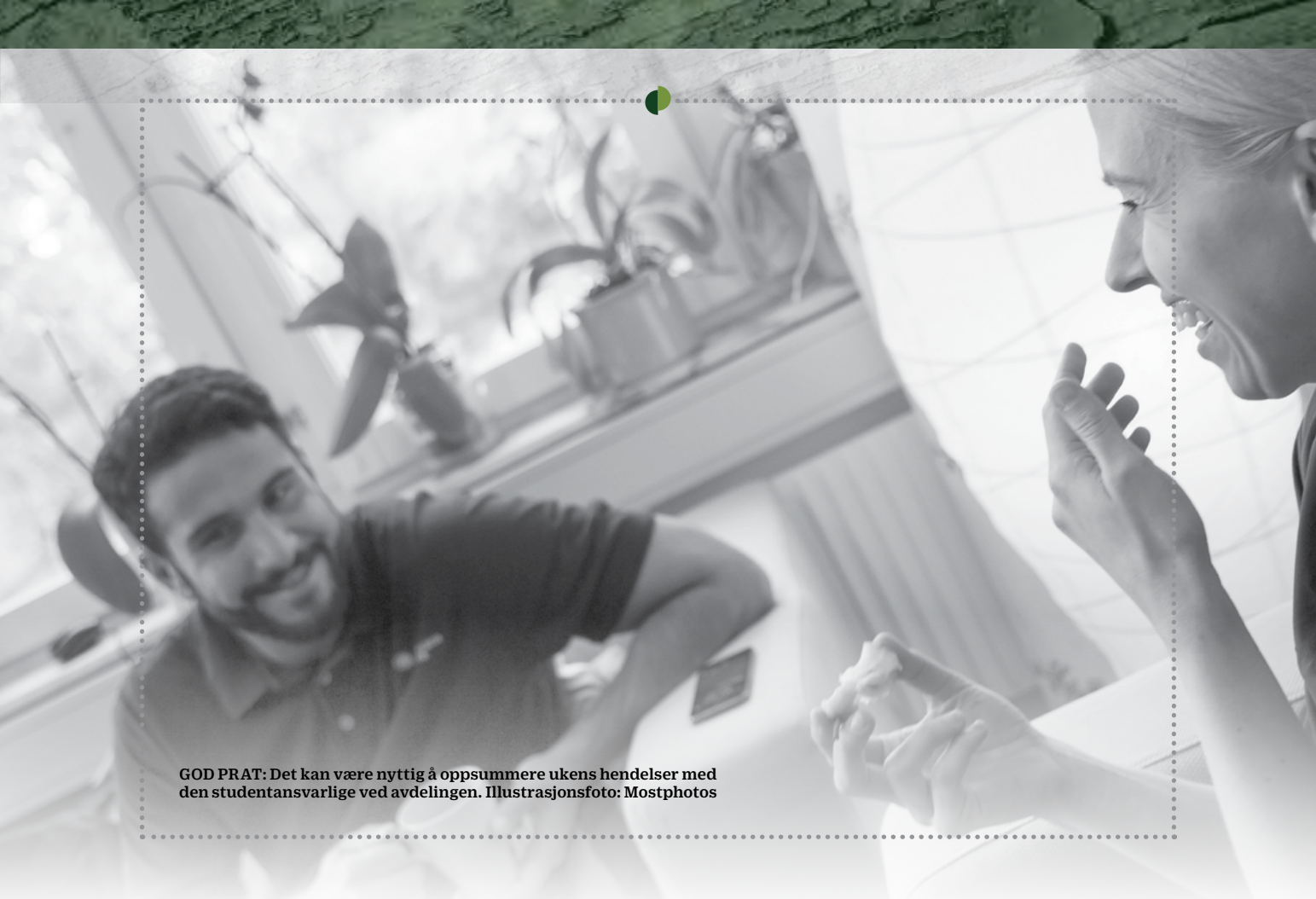
Vår erfaring er at veiledning ikke alltid er en prosess preget av kontinuitet, på grunn av for eksempel sykmeldinger, ferieavvikling og uforutsette hendelser. Dette kan medføre at studenter får stadig nye veiledere å forholde seg til.

Formålet med denne studien var å utforske studenters erfaringer med og ønsker for praksisveiledning.

METODE

For å kartlegge sykepleierstudenters erfaringer med og ønsker for praksisveiledning, ble det gjennomført tre kvalitative fokusgruppeintervjuer (11, 12).

Studenter fra andre år av sykepleierutdanningen, i sin første sykehuspraksis, ble invitert til å delta. Totalt elleve studenter samtykket til å delta. Disse ble delt i tre ulike



GOD PRAT: Det kan være nyttig å oppsummere ukens hendelser med den studentansvarlige ved avdelingen. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

grupper. Studentene var i praksis ved fire ulike medisinske og kirurgiske avdelinger i samme sykehus.

Forfatterne utarbeidet en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene ble gjennomført på høyskolen og hadde en varighet på 45–60 minutter. Det ble benyttet digital lydopptaker, og intervjuene ble transkribert ordrett.

Data ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering etter anbefalinger fra Malterud (12). Analysen foregikk i fire trinn: 1) materialet ble gjennomlest for å få et helhetsbilde, og temaer som representerte erfaringer med praksisveiledning, ble identifisert, 2) materialet ble gjennomgått systematisk linje for linje, hvor meningsbærende enheter i teksten ble identifisert og systematisert, 3) den delen av materialet der det ikke var identifisert meningsbærende enheter, ble lagt til side. Deretter ble de meningsbærende enhetene sortert og fortettet i grupper, og 4) meningsbærende enheter ble sammenliknet opp mot et ukodet eksemplar av transkriptene.

ETISKE BETRAKTNINGER

Studentene mottok muntlig og skriftlig informasjon om studien. Det var frivillig å delta, og de kunne når som helst velge å trekke seg fra studien uten negative konsekvenser for dem selv. Studien følger forskningsetiske prinsipper i henhold til Helsinkideklarasjonen (13). Studentene leverte skriftlig samtykke ved oppstarten av intervjuet. Siden studien var en kvalitetsforbedringsstudie var det ikke

påkrevet å søke godkjenning fra Regionale etiske komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK).

RESULTATER

Ved analyse av dataene ble to hovedtemaer identifisert:

- 1) Studentenes erfaringer med veiledning.
- 2) Studentens ønsker for oppfølging i praksis.

Tabell 1 viser en oversikt over hovedtemaer med tilhørende undertemaer.

STUDENTENES ERFARINGER

Manglende avklaring av forventninger

Det var viktig for studentene at både skolen, veilederen og studentene hadde de samme forventningene til hva stu-

«Enkelte studenter opplevde at veiledere ikke hadde satt seg inn i emneplaner eller annen informasjon de hadde fått fra skolen.»

dentene skulle kunne når de startet praksisperioden, og hva de skulle lære i løpet av praksisen. Noen studenter hadde opplevd at veilederen forventet at de nesten skulle være ferdig utlærte sykepleiere når de kom i praksis, og at de derfor ble kritisert når de stilte spørsmål om fag. Noen påpekte at det virket som om veilederne ikke helt viste hva de skulle gjøre med studentene.

Enkelte studenter opplevde at veiledere ikke hadde satt seg inn i emneplaner eller annen informasjon de hadde fått fra skolen, og at de derfor ikke visste hvilke forventninger de burde ha til studentene. En av studentene beskrev det slik: «Og da vi møtte opp i praksis, tenkte vi at de hadde fått informasjon, veilederne [...]. Og så på en måte hadde ikke de satt seg noe inn i det [...]. Hadde ikke tittet på et skjema eller noen ting.»

Det første møtet

Det opplevdes som viktig hvordan man ble møtt av veilederen. Noen av studentene hadde erfaringer med at veiledere ikke var forberedt på å ha student i det hele tatt. Noen veiledere ga uttrykk for at det ikke var frivillig å ha student, og at de heller ikke fikk lønn for det. En student uttalte følgende: «Sånn som de valgte veiledere hos oss da, så var det bare at de sendte en mail til åtte stykk, og så ble de veiledere. Ferdig.»

Noen av studentene opplevde at veilederne ga uttrykk for at studentene var i veien, og at de som ikke ønsket å ha studenter, heller ikke tilrettela for relevante læresituasjoner. En av studentene sa dette: «Nei, det handler jo litt om at det ikke er frivillig å være veiledere. Og hvis man får en veileder som ikke ønsker å ha student så [...]. Det har jeg hatt, så det er ikke så hyggelig å være der, så sier det seg selv at det ikke blir så bra.»

Studentrollen

Studentene opplevde det som utfordrende å være i studentrollen. De oppga at de ikke fant sin plass, og at de følte seg sårbare, særlig på grunn av skjev maktfordeling. En student beskrev det slik: «Det er en skjev maktfordeling, og vi er veldig sårbare også [...]. Vi blir utsatt for alle slags prøvelser og krav.»

Studentene møtte veilederne på deres hjemmebane. De erfarte at de ble vurdert hele tiden, noe som skapte stress. Noen følte seg til bry og visste ikke helt hvor de skulle gjøre av seg. Noen ganger opplevde de at dersom veilederen ikke helt visste hva som var forventet av studenten, kunne de bli gående som assistenter.

Tabell 1. Hovedtemaer og undertemaer

Studenters erfaringer med veiledning	Studentens ønsker for oppfølging i praksis
Manglende avklaring av forventninger	At forventninger avklares
Det første møtet	Å bli møtt med respekt
Studentrollen	Ønsker for veiledning og refleksjon
Veiledningssituasjonen	

Det var også begrenset fysisk plass på avdelingen, og studentene var siste prioritet til å ha et sted å være når de hadde behov for å lese litteratur, diskutere med medstudenter eller spise lunsj. En av studentene sa følgende: «Du blir som en førsteklasing igjen.» En annen beskrev dette: «Du føler at du ikke kan noen ting, og så må du forklare hvem du er, og så føler du deg dum og [...]. Men det er kanskje mye læring i det også?»

Veiledningssituasjonen

Studentene hadde veldig ulike erfaringer med det å bli veiledet. En student sa følgende: «Det er forskjell på å drive

«Noen følte seg til bry og visste ikke helt hvor de skulle gjøre av seg.»

opplæring og veiledning.» På spørsmål om hva studentene tenkte at veiledning er, svarte en student: «Veiledning i praksis er egentlig alt: få svar på spørsmål og få positive og negative tilbakemeldinger.»

Utfordringen for flere av studentene var at de opplevde at det var lite tid til veiledning. Dette handlet om veiledning av vurderinger og tankemåter, som en student beskrev som følger: «[...] sier det samme flere ganger om dagen at sånn må du gjøre og sånn skal du gjøre og sånn er det ikke [...]. I stedet for å gå på meg, da. Hva jeg gjør bra, eller hva jeg gjør dårlig [...]. Jeg får liksom ikke plass til å tenke selv.»

For noen studenter var det viktig at veilederen ikke kom

ANNONSE

Ser du også etter forskningsartikler?
sykepleien.no/forskning



med svar med én gang, men ga dem rom til å tenke selv. En student sa dette: «Det er frustrerende det der, at man er på gang til å skjønne noe selv, men så sier hun det før du rekker å komme dit.» Dette ble utdypet av en annen student: «[...] gjennom at man kommanderer andre, så blir det ikke, det blir ikke resultat av det jeg har gjort. Det blir et resultat jeg egentlig bare har blitt dirigert gjennom. Altså, jeg har brukt kroppen min, men jeg har ikke brukt mitt eget hode. Og da har jeg egentlig ikke lært noen ting.»

Flere studenter hadde gode erfaringer med veiledning. En av dem sa følgende: «Veileder kommer til meg og prøver å trekke frem kunnskapen [...] ved å stille spørsmålet: Kan du tenke deg om en gang til?»

En annen student sa dette: «Hun spør meg ofte: Hva tenker du før du går inn på det rommet? Eller hva var det du så inne på det rommet? Sånn at jeg må reflektere veldig mye selv, da.»

STUDENTENES ØNSKER

At forventninger avklares

Studentene ville at læreren skulle forsikre seg om at veilederen var klar over hvilke forventninger som stilles til studenten. En student ønsket at læreren skulle møte veilederen med for eksempel: «Det stilles krav til at studenten skal sånn og sånn [...]. Sånn at vi er på samme sted. At man har samme utgangspunkt. Så det ikke blir noen misforståelse.»

Flere av studentene mente at et felles møte mellom veiledere og lærere før praksisperioden ville være hensiktsmessig. Noen tenkte også at studentene burde være med på et slikt møte: «Vi kan ha et felles møte på forhånd, sånn at vi blir litt trygge før vi starter. Ellers blir vi bare kastet ut i det.»

En annen sa dette: «[...] ha et tre timers kurs eller møte i forhold til hva deres oppgaver er. En ting er å få ting på et papir. Men da får de jo muligheten til å spørre.»

Videre mente flere studenter at læreren kunne hatt en mer tydelig rolle i praksis. En student sa som følger:

«Det jeg mener sånn presist hva læreren kunne gjort da, det er liksom sånn, bare sånn, hatt et sånt infoskriv av det de skal

kunne om pensum og sånt, det har vi eksamen på skolen om.»

Å bli møtt med respekt

Flere studenter syntes det var frustrerende med veiledere som manglet motivasjon og ønsket seg «håndplukkede» veiledere. En uttrykte det slik: «Noen som er motivert til det, og som gidder å lese seg opp.»

Hvem som var veileder, hadde stor betydning for studentenes erfaring med møtet med praksis. En student sa dette: «Noen burde jo aldri vært veiledere. De gjør ikke alltid noe man kan ta med til lærer, da.» Studentene mente dette kunne løses ved å tilstrebe at kun sykepleiere med motivasjon til å være veileder ble valgt ut til denne rollen.

Studentene hadde også ønsker om at veilederen ikke bare skulle «veilede», men også gi konkrete, positive og negative tilbakemeldinger. En student sa dette: «Skryt må man høre. Det er også et viktig punkt for en veileder å gi skryt eller konstruktiv kritikk.»

Videre påpekte studentene at det var viktig at det ble avsatt tid til veiledningen. En student sa følgende: «[...] at

«Flere studenter syntes det var frustrerende med veiledere som manglet motivasjon.»

det er rom for at jeg som student blir litt prioritert hvis jeg har noe å spørre om.» En annen student tilføyde: «Når man spør om noe, så er det viktig at man ikke blir avfeid.»

Et annet poeng var at studentene mente at det å ha studenter var et avdelingsansvar, ikke kun ansvaret til den enkelte veilederen – og at dette var noe som burde fremheves: «At man da kanskje blir mer synliggjort som student. Og at hele avdelingen kan være med på at hun er faktisk student.»

Ønsker for veiledning og refleksjon

Studentene hadde flere forslag til hvordan de ønsket at

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

Wima®
produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no



68.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien **Sykepleien**

veiledningen og refleksjonen skulle gjennomføres. En student sa dette: «Det må være en balansegang mellom å gjøre ting selv og prøve på ting du ikke mestrer. Du må jo gjøre ting for å lære det. Du må ha en trygg base da, eller en trygg havn å komme tilbake til. Og spørre om ting. Eller vite at noen følger med på deg». Dette innebar at studentene også ønsket å utføre oppgaver uten veileder til stede når de følte seg trygge på det.

For noen studenter føltes det trygt å ha med en veileder. En student sa følgende: «Veileder er med i bakhånd. Jeg er redd for å gjøre feil.» Dette ble støttet av en av de andre studentene: «Veileder passer på meg og følger med», og en annen student sa det slik: «Veileder ser det jeg ikke ser, og gir tilbakemelding på det.»

En annen student ønsket ukentlig oppsummering av studentansvarlig ved avdelingen: «Jeg tror det kunne være gøy at vi snakket sammen om uka [...]. Og samlet oss og delte erfaringer med studentansvarlig. For det blir jo ikke veilederen vår, det blir noe annet. En uavhengig person på en måte.»

DISKUSJON

Studentene fremhevet at det var viktig for dem at forventninger ble avklart på forhånd eller tidlig i praksisperioden. Videre var det viktig for dem hvordan de ble mottatt i avdelingen og av veilederen. Dette støttes av en studie fra Nord-Trøndelag (14) som fant at en god mottakelse av studentene når de kommer ut i sine praksisstudier, er av stor betydning. Betydningen av å avklare gjensidige forventninger til hverandre fortløpende gjennom praksisstudiene ble også understreket.

Som praksisveileder for studenter skal man både veilede og

«Veilerollen kan styrkes ved at veileder har både en faglig, pedagogisk og personlig kompetanse.»

vurdere, noe som også innebærer å gi tilbakemeldinger og bedømme (15). Dette var noe studentene fremhevet: skjevheten i makt og følelsen av å være «den svake parten» i forholdet mellom studenten og veilederen.

Ulike studier viser at det anbefales å skille veiledning og vurdering. For eksempel viser Nolan og Hoover (16) at relasjonen mellom student og veileder blir påvirket ut ifra om man vurderer (bedømming) eller veileder (tilbakemelding). En veileder skal være på den veilededes side. Dette er viktig i en veiledningssituasjon for å skape en god relasjon (15).

På den andre siden kan det være vanskelig for studentene å vite hvor de har veilederen når veilederen skal «være på deres side», samtidig som veilederen skal vurdere om de består eller stryker i praksis. De aktuelle studentene påpekte at studentansvarlig kunne ha en rolle i felles refleksjoner. Det kunne kanskje også være aktuelt at studentansvarlig har en mer aktiv rolle i vurderingsprosessen for å tilstrebe og utjevne veileders «makt» i forhold til selve vurderingen av studenten.

Studentene påpekte også at de var svært sårbare når det gjaldt hvilken veileder de fikk tildelt. Hatlevik (17) påpekte i sin studie at profesjonelles motivasjon for å bli praksisveiledere kan tenkes å påvirke deres utførelse av veilederoppgaven. Måten veiledningen utføres på, synes å variere alt etter

praksisveilederens motivasjon for å «ha student», interesser og faglig veiledningskompetanse (17). Aigeltinger og medarbeidere (7) viste at relasjonen mellom student og veileder spilte en betydelig rolle for hvordan praksisstudiene ble opplevd. Studenter erfarte å være i et sterkt avhengighetsforhold til veilederne. Forholdet gjorde dem sårbare i relasjonen og påvirket læringsutbyttet.

Ifølge Hauge og medarbeidere (18) var det kun 6 prosent som selv ønsket å være veileder. Samtidig uttryktes et ønske om faste praksisveiledere på hver avdeling, og at det skal være frivillig å være veileder, ikke noe som kan pålegges dem uavhengig av motivasjon. Hele 94 prosent av respondentene oppga at studentveiledning gir en faglig og personlig utvikling, og at dette er en motivasjonsfaktor.

Sykepleiere har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende. Undervisningsansvaret omfatter også medarbeidere og studenter (1). Likevel viser studier at praksisveiledere ofte er ukjente med studentenes utdanningsprogram, og at de har behov for kontakt med og veiledning fra lærere (8, 9, 17). Dette var også noe studentene i denne studien påpekte: at veilederne ikke kjente til hva de skulle lære.

Nittini prosent av praksisveilederne i studien til Hauge og medarbeidere (18) svarte at de hjelper studentene med å se sammenhengen mellom teori og praksis. Hatlevik (17) påpeker at sammenheng mellom det studentene lærer i undervisningen ved utdanningsinstitusjonen, og det de lærer i praksisstudiene, er et viktig kvalitetsaspekt ved profesjonsutdanninger. Det å bli i stand til å oppfatte og se sammenhenger, kan være med på å minske et eventuelt praksissjokk og opplevelsen av at det er et gap mellom teori og praksis.

Veilerollen kan styrkes ved at veilederen har både en faglig, pedagogisk og personlig kompetanse. Støtte fra ledelsen, praksismiljøet og høyskolen vil også være avgjørende for å styrke veilerollen. Funnene tyder på at kvalitet i praksis i stor grad er avhengig av om studenten får etablert en god relasjon til sin veileder. Veilederens trygghet og selvavgrensning i rollen kan være avgjørende for å kunne tilby både anerkjennelse og korrigerende etter studentens behov (14). Veiledere med formell videreutdanning i veiledning sier at dette gir dem en trygghet i hvordan de skal møte studentene, og hvordan de kan stille krav. Dette styrker at et krav om veiledningsutdanning vil være et viktig tiltak for å sikre kvalitet i praksisstudier (14, 19).

For å kvalitetssikre praksisstudiene vil det være viktig at utdanningen og praksisfeltet samarbeider om å utarbeide tydelige vurderingsverktøy, og sikrer at dette blir brukt. Videre må skolene og praksisfeltet jobbe sammen for tidlig å identifisere studenter som forårsaker bekymring og ha prosedyrer for hvordan man følger opp slike situasjoner. Betydningen av tilbakemeldinger og mot til å stille krav understrekes (20).

VEIEN VIDERE

Funnene beskriver utfordringer knyttet til veiledning av studenter i praksis – fra studentenes perspektiv. Dette gjelder både med tanke på forberedthet, motivasjon til å være veileder,

tid til veiledning og hva veiledning bør inneholde. Funnene i denne studien kan gi viktig kunnskap ved videre utvikling av praksisstudier. Det må tas i betraktning at utvalget er lite, og derfor ikke nødvendigvis gjenspeiler de generelle holdningene til studentmassen.

Til tross for at den aktuelle studien tar utgangspunkt i praksisstudier i sykehus, er dette utfordringer som er overførbare til praksisoppfølging andre steder og til andre studieretninger med praksisstudier, hvor veilederen har en sentral funksjon. Videre forskning bør fokusere på intervensjoner for å bedre praksisoppfølging samt effektene av disse. ●

REFERANSER:

1. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (nedlastet 10.01.2019).
2. Prestbakmo R. En studie av veiledningssamtalen mellom kontaktsykepleier og student. *Vård i Norden*. 2006;80(2):36–9.
3. Brammer J. Issues in undergraduate education. RN as gatekeeper: gatekeeping as monitoring and supervision. *J Clin Nurs*. 2008;17:868–76.
4. Pedersen K. Vurdering av sykepleiestudenten i kliniske studier- et usikkert prosjekt? I: Alvsvåg H, Førland O, red. Engasjement og læring Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribes; 2007. s. 133–48.
5. Norsk Sykepleierforbund. Stor vilje – lite ressurser. En kartlegging av rammebetingelser for veiledning av sykepleierstudenter i kommunehelsetjenesten. Oslo: NSF; 2018.
6. Aigeltinger E, Haugan G, Sørli V. Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. *Sykepleien Forskning*. 2012;2(7):160–6. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/06/utfordringer-med-veilede-sykepleierstudenter-i-praksisstudier> (nedlastet 10.01.2019).
7. Aigeltinger E, Haugan G, Sørli V. Relasjonen til veileder betyr mye for sykepleierstudenter i sykehuspraksis. *Sykepleien Forskning*. 2012;2(2):152–8. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/06/relasjonen-til-veileder-betyr-mye-sykepleierstudenter-i-sykehuspraksis> (nedlastet: 10.01.2019).
8. Hallin K, Danielson E. Preceptor nursing students: Registered nurses' perceptions of nursing students' preparation and study approaches in clinical education. *Nurse Education Today*. 2010;30:296–302.
9. Löfmark A, Morberg Å, Öhlund L. Supervising mentors' lived experience on supervision in teaching, nursing and social care education. A participation-oriented phenomenological study. *High Education*. 2009;57:107–23.
10. Fillingnes AB, Thølen I. Praksissykepleieres pedagogiske utfordringer i klinisk veiledning av sykepleierstudenter. *Nordisk sykepleieforskning* 2012;4(2):249–62.
11. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *J Adv Nurs*. 2004;48:145–53.
12. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
13. The World Medical Association. Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects. Helsinki: The World Medical Association; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects> (nedlastet 25.03.2018).
14. Maasø AG. Kvalitet og kompetanse i praksisveiledning av vernepleier- og sykepleierstudenter i kommunehelsetjenesten i Nord-Trøndelag. Namsos: Senter for omsorgsforskning; 2016.
15. Handal G, Lauvås P. Veiledning og praktisk yrkesteorier. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
16. Nolan J, Hoover L. Teacher supervision and evaluation. Hoboken: John Wiley & Sons; 2011.
17. Hatlevik IKR. Praksis i studiene. En undersøkelse blant praksisveiledere, faglærere og studenter ved fem profesjonsutdanninger. Høgskolen i Oslo og Akershus; 2012. Tilgjengelig fra: <https://skriftserien.hioa.no/index.php/skriftserien/article/view/366> (nedlastet 14.04.2018).
18. Hauge KW, Maasø A-G, Barstad J, Elde HS, Karlsholm G, Stannes A, et al. Kvalitet og kompetanse i praksisveiledning av studenter i helse- og sosialfag i spesialisthelsetjenesten. Molde: Møreforskning Molde og Høgskolen i Molde; 2015. Rapport nummer 1514.
19. Bogsti W, Vassbø K. Sparer tid ved veiledning på nett. *Sykepleien* 2015;6:40–2.
20. Hauge KW, Brask OD, Bachmann L, Bergum IE, Heggdal WM, Inderhaug H, et al. Kvalitet i praksisstudier i sykepleier- og vernepleierutdanning. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2016;1(12):19–23. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.7557/14.3772>. (nedlastet 01.04. 2018).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



www.medica.de

Leading International Trade Fair

DÜSSELDORF, GERMANY
18–21 NOVEMBER 2019

Member of  MEDICAlliance

WORLD FORUM FOR MEDICINE

MEDICA 2019 – Always a heartbeat ahead!



Norsk-Tysk Handelskammer
Drammensveien 111 B _ N-0273 Oslo
Susanne Hawkins
Tel. +47 22 12 82 31

hawkins@handelskammer.no _ www.handelskammer.no


Messe
Düsseldorf

*Derfor skrev jeg
denne artikkelen*



Stina Ekman

Høgskolelektor, Høgskolen i Østfold,
Helse og velferd

Helt siden jeg ble ferdig utdannet sykepleier i 1990, har jeg vært opptatt av sykepleiefaget og alt hva det innebærer av faglige utfordringer, samarbeid med gode kolleger og pasientkontakt.

De senere årene har jeg også fattet stor interesse for å delta i undervisning og opplæring av nye sykepleierstudenter, og jeg har stilling som høgskolelektor ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold. I dette arbeidet er jeg opptatt av kunnskapsbasert og oppdatert formidling om sykepleiefaget, basert på min lange erfaring som spesialsykepleier og jordmor.

Pedagogisk anser jeg det som en stor fordel å ha god praktisk erfaring, ikke minst i veiledningsarbeidet med sykepleierstudentene. Dette er også noe av temaet i min fagartikkel, som

handler om hva studentene opplever som meningsfull og god veiledning for sykepleierstudenter.

Pasientsikkerhet er et område som lenge har opptatt meg, av hensyn til pasienten, men også av hensyn til

I dette arbeidet er jeg opptatt av kunnskapsbasert og oppdatert formidling om sykepleiefaget.

helsepersonell som blir involvert i uønskede hendelser.

De siste tre årene har jeg deltatt i et Erasmus-prosjekt om pasientsikkerhet, SLIPPS (Shared Learning from Practice to improve Patient Safety), sammen med deltakere fra fem andre europeiske land, hvor vi tar utgangspunkt i studentenes egne refleksjonsnotater om temaet pasientsikkerhet. ●

FAGGRUPPENE

NSFs faggruppe for undervisning, fagutvikling og forskning (NSF FUFF)

NSF FUFF er en pådriver i utviklingen av sykepleierutdanning på bachelor-, videreutdannings-, master- og doktorgradsnivå. Styret arbeider for å styrke sykepleierutdanningens posisjon i universitets- og høyskolesystemet, for gode rammebetingelser for faglig ansatte og for å tydeliggjøre tilknytningen til klinikken og for å sikre kompetente sykepleiere med relevant praksiskunnskap og handlingsberedskap.

Faggruppen er en møteplass for spørsmål om fagutvikling og forskning, og for sykepleiefaglige og yrkesdidaktiske problem-

stillinger i klinikk og akademia.

Vi trenger flere medlemmer for å ha større innflytelse over NSF's utdannings- og forskningspolitikk. Medlemskap gir deg mulighet til å påvirke arbeidet for å styrke NSF's satsing på utviklingen av sykepleierutdanning på alle nivåer. NSF FUFF deler ut, etter søknad, støtte til prosjekter, reiser og konferansedeltakelse.

NSF FUFF er også en helsepolitisk aktør. Styret har i 2018 og 2019 blant annet bidratt med innspill i høringer om RETHOS I og om stillingsstrukturer ved universiteter og høyskoler.

I inneværende periode har styret tatt initiativ til samarbeidsmøter med NSF's faggruppe Norsk selskap for sykepleieforskning. Faggruppene har viktige tangeringspunkter i faglige spørsmål og i interessen for utviklingen av sykepleierutdanningen.

Faggruppene arrangerer konferansen Perspektiver på sykepleierkompetanse – utdanning og forskning i Oslo 16.–17. september, som er aktuell for ansatte i helse-tjenesten, UH-sektoren og forskermiljøene. Det vil også bli avholdt generalforsamling.

ANNONSE

Pascoflair®
425 mg

Lindrer mild uro - letter innsovning

- Ingen påvist fysisk avhengighet
- Ingen residualeffekt (hangover) rapportert
- Godkjent for ungdom over 12 år

Reseptfritt legemiddel

Dosering:
Søvnproblemer: 1–2 tab. en halvtime før leggetid
Stress og uro: 2–3 tab. jevnt fordelt utover dagen
Maksimum 3 tabletter pr. døgn.

Pascoflair® kan dempe mild uro og lette innsovning. **Virkestoff:** Ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) - hele 425 mg per tablett. Virker i løpet av 30 minutter. Pakning på 30 tabletter. Pascoflair® kan kjøpes reseptfritt på apoteket. For mer informasjon se: www.pascoflair.no

vitusapotek+ **APOTEK 1**

Pascoflair 425 mg anbefales ikke til gravide og ammende, eller til barn under 12 år. Oppbevares utilgjengelig for barn. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. For ytterligere informasjon henvises det til apotek eller lege. Markedsføres av Norges NaturmedisinSentral as, Terminalen 9 - 3414 Lierstranda - Telefon: 32 24 05 50.



PRAKSIS: Intensivsykepleier Michael Mortensen veileder Veslava Petrovskaja på Haukeland universitetssjukehus. Foto: Marit Fonn

FORFATTERE

Ragnhild Nyhagen
Intensivsykepleier og høgscolelektor,
Oslo universitetssykehus og Lovisenberg
diakonale høgscole

Mons Sjøberg
Intensivsykepleier og seksjonsleder,
Oslo universitetssykehus

Mona Austenå
Intensivsykepleier og høgscolelektor,
Oslo universitetssykehus og Lovisenberg
diakonale høgscole

Anne Lene Sørensen
Førstelektor og studieleder,
Lovisenberg diakonale høgscole

Jofrid Høybakk
Høgscolelektor, Lovisenberg diakonale høgscole

Kristin Heggdal
Professor og forskningsleder,
Lovisenberg diakonale høgscole

NØKKELOD

- ▶ Aksjonsforskning
- ▶ Organisering
- ▶ Veiledning
- ▶ Ledelse
- ▶ Intensivsykepleie

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.74893

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Utdanningen av intensivsykepleiere i Norge er i stadig endring ved at utdanningen beveger seg i retning av å bli mer akademisk samtidig som kravet til en høy andel praksisstudier opprettholdes. Denne endringen stiller krav til organiseringen av praksisveiledningen.

Hensikt: Prosjektet hadde til hensikt å øke kvaliteten på praksisveiledningen ved hjelp av organisatoriske endringer.

Metode: Dette aksjonsforskningsprosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom en intensivseksjon ved Oslo universitetssykehus og Lovisenberg diakonale høgscole (LDH). Seks intensivsykepleiere som var veiledere for intensivstudenter i praksis, deltok i prosjektet og fulgte et kull med studenter ved masterutdanningen ved LDH gjennom tre praksisperioder. I den samme perioden gjennomførte de et opplærings- og oppfølgingsprogram bestående av et emne i klinisk veiledning på 10 studiepoeng, og deltok i veiledningsgrupper, refleksjonsgrupper samt planleggings- og evalueringsmøter. Veiledernes erfaringer ble studert gjennom fokusgruppeintervjuer før, underveis og etter prosjektperioden.

Resultat: Veilederne opplevde at prosjektet hadde positive konsekvenser for kvaliteten på studentveiledningen. Fellesskapet med de andre veilederne, kompetansutvikling og mulighet til diskusjon og veiledning på problemstillinger i praksis var verdifullt for å utvikle veilederrollen. Gjennom kontinuerlig evaluering av praksis og utprøving av nye tiltak fikk veilederne mulighet til å delta i utvikling av praksis. Gjennom nært samarbeid mellom ledelsen og veilederne gjorde vi noen organisatoriske grep for å tilpasse driften til veiledning.

Konklusjon: Det vil alltid være et gap mellom hva som er ønskelig, og hva som er mulig å få til på en arbeidsplass med høy aktivitet, stadige endringer og begrensede økonomiske og bemanningsmessige ressurser. I dette prosjektet var det et mål å verksette tiltak som var gjennomførbare innenfor ordinære driftsrammer. Vi erfarte at små grep kan gi store gevinster.

Små organisatoriske grep kan gi bedre praksisveiledning på intensivavdelinger

Tiltak som bli-kjent-dag, tidlig løs-funksjon, gruppemøter og internundervisning ga store gevinster for veilederne og studentene på Oslo universitetssykehus.

Utdanningen av intensivsykepleiere i Norge er i stadig endring. Utviklingen har gått fra bedriftsintern opplæring via videreutdanning på høgskolenivå til spesialisering som intensivsykepleier på mastergradsnivå. Samtidig som utdanningen beveger seg i retning av å bli mer akademisk, opprettholdes kravet til en høy andel praksisstudier (1).

Når utdanningen blir mer avansert, øker også kravet til veiledere i praksis. Hvis kvaliteten på praksisstudiene skal holde tritt med utviklingen, må det tenkes nytt rundt organiseringen av praksisveiledningen.

Tidligere forskning

Internasjonale studier peker på at veiledning er en krevende oppgave, og at rammefaktorene for veiledning ofte ikke er tilfredsstillende. En australsk studie viste at mangelen på et formalisert veiledningsprogram resulterte i at veilederne opplevde høyt arbeidspress, manglende opplæring, lite samarbeid med andre veiledere og lite tid til planlegging (2).

En svensk studie viste at nettopp veiledningsutdanning, tilbakemeldinger på veiledningen, tid til forberedelser og støtte fra ledelsen var faktorer som fasiliterte veiledningen (3). Veiledere ved en norsk intensivavdeling rapporterte at nok tid og involvering fra ledelsen var viktige rammefaktorer (4).

Veiledere av svenske bachelorstudenter evaluerte en veiledningsmodell som var utarbeidet for å redusere mangler og fasilitere et godt akademisk læringsmiljø. De syntes veiledningsmodellen var nyttig. En risikofaktor i praksisstudier var at praksisveilederne ikke hadde tilstrekkelig akademisk eller pedagogisk

kompetanse (5). En litteraturstudie oppsummerer med at strukturerte veiledningsprogrammer er viktige for både opplæring, rekruttering og tilfredshet hos sykepleiere (6).

Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen er en pedagogisk modell som kan være til hjelp med å planlegge, gjennomføre og evaluere undervisning og veiledning. Modellen ble utviklet av Bjørndal

«Veilederne etterlyste større forståelse fra ledelse og kollegaer for hvor ressurskrevende det er å ha veilederansvar.»

og Lieberg (7) og er videreutviklet av Hiim og Hippe (8). Modellen beskriver følgende seks sentrale faktorer som har betydning for læring: læreforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, læreprosessen og vurdering.

Faktorene er avhengige av hverandre og inngår i et helhetlig system der ingen av faktorene egentlig kommer først (8). Vi har i denne artikkelen valgt å trekke frem de organisatoriske rammefaktorene og vil vise hvordan disse faktorene påvirker deltakerne i prosjektet og således er avgjørende for helheten.

Hensikten med studien

Dette prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom en intensivseksjon ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Lovisenberg diakonale høgskole (LDH). Vi ønsket å utforske nye måter

praksisveiledningen av intensivsykepleierstudentene ved seksjonen kunne organiseres på. Motivasjonen var å lage rammer for veiledningen som ga et bedre tilbud til både veiledere og studenter. Det ledet oss til følgende forskningsspørsmål:

Hvordan kan veiledning organiseres for å øke kvaliteten på praksisveiledningen?

METODE

Forskningsdesign

Vi anså aksjonsforskning som et godt design for dette prosjektet, da hovedideen med aksjonsforskning er at problemer i praksis kan studeres vitenskapelig sammen med dem som faktisk kjenner på problemene (9). Metoden innebærer at løsninger kommer fra bunnen i organisasjonen, et såkalt bottom-up-perspektiv (10).

Praktikerne deltar aktivt for å kritisk vurdere gjeldende praksis og finne forbedringsmuligheter. Aksjonsforskning er en dynamisk prosess, og praksis kan endres gjennom tidsperioden der datainnsamlingen skjer, og nye tiltak iverksettes (11). Forskning og endringer i praksis skjedde parallelt, og data ble samlet inn og analysert kontinuerlig.

Forskergruppa

Fra intensivseksjonen deltok to intensivsykepleiere med mastergrad, der den ene var prosjektleder. I tillegg deltok seksjonslederen. Fra høgskolen deltok en høgskolelektor samt studielederen og forskningslederen. De to intensivsykepleierne hadde også delstillinger ved høgskolen i prosjektperioden. Gruppa hadde jevnlig møter

fra vi startet planleggingen av prosjektet i mai 2016 frem til vi publiserte prosjektets resultater.

Etiske overveielser

Vi innhentet godkjenning til å gjennomføre prosjektet fra personvernombudet på sykehuset. Prosjektet ble gjort kjent gjennom rundskriv og muntlig informasjon til sykepleierne ved seksjonen.

Vi informerte om at det var frivillig å delta, og at det var anledning til å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt i prosessen. Intensivsykepleiere med spesielt engasjement for veiledning ble oppfordret til å delta. Prosjektdeltakerne signerte informert samtykke før prosjektstart.

Utvalg

Seks intensivsykepleiere deltok i prosjektet. De hadde 2–16 års erfaring som intensivsykepleiere og ulik erfaring med veiledning. Felles for dem var interessen og engasjementet for studentveiledning.

Aktiviteter i prosjektet

Prosjektdeltakerne fikk tilbud om et studium i klinisk veiledning ved høgskolen. Studiet hadde et omfang på 10 studiepoeng og var organisert i tre moduler. I starten av hver praksisperiode var det informasjonsmøte med studenter, veiledere, prosjektleder og lærer. Disse møtene fungerte som en arena for å bli kjent, utveksle erfaringer og avklare forventninger. Høgskolelektoren presenterte læreplan og plan for praksisperioden.

I forkant av praksisperiode to og tre holdt veilederne, prosjektlederen, læreren og seksjonsledelsen planleggingsmøter der vi diskuterte erfaringer fra tidligere praksisperioder og la planer for kommende praksisperiode. Underveis i alle praksisperiodene arrangerte vi veiledningsgruppemøter for veilederne, der veilederne fikk anledning til å ta opp og få veiledning i problemstillinger fra praksis.

Vi arrangerte også to refleksjonsgruppemøter for veiledere og studenter sammen, med tid til å reflektere over pasientsituasjoner og veiledningsmetoder.

Datainnsamling

Vi valgte fokusgruppeintervju som hovedmetode for datainnsamling.

I tillegg skrev vi feltnotater under veiledningsgruppene, refleksjonsgruppene og planleggingsmøtene. Et fokusgruppeintervju er et forskningsintervju der deltakerne i størst mulig grad diskuterer fritt rundt et forhåndsbestemt tema (12).

Utfordringen består i å skape en dynamikk i gruppa som bidrar til å få frem ulike perspektiver som gir mangfold og bredde, og som kan be-

«Bli-kjent-dagen ble positivt evaluert: Den skapte en felles forståelse for målene med praksisperioden.»

svare forskningsspørsmålene. Det er et mål at ingen blir for dominerende, og at gruppa ikke er for homogen (13, 14).

Vi gjennomførte fem fokusgruppeintervjuer med veilederne i perioden september 2016 til oktober 2017, det første før prosjektstart og det siste etter prosjektslutt. Alle fokusgruppeintervjuene ble innledet med en presentasjon av forskningsspørsmålet. Deretter stilte vi åpne spørsmål om veilederne sine erfaringer med studentveiledning og organiseringen av veiledningen. De åpne spørsmålene ble utdypet og konkretisert ved å spørre om hvordan veilederne samarbeidet, og hvordan samspillet med ledelsen bidro til å legge til rette for studentveiledning.

I fokusgruppene kunne veilederne drøfte og dele sine erfaringer med nye veiledningsmetoder og komme med forslag til endringer i prosjektet. Vi diskuterte resultatene fra hvert enkelt intervju i forskergruppa. Resultatene var utgangspunkt for eventuelle nye spørsmål og behov for utdypning i neste fokusgruppe.

Analyse

Vi transkriberte lydbåndene fra fokusgruppeintervjuene og analyserte dem sammen med feltnotatene fra gruppemøtene. For å

sikre refleksivitet, relevans og validitet (15) var hele forskergruppa involvert i analyseprosessen. Vi gjennomførte Brinkmann og Kvaales (16) femtrinnsmetode for kvalitativ innholdsanalyse. Meningsbærende enheter ble trukket ut av teksten, deretter kondensert, og foreløpige temaer ble dannet.

I neste fase kondenserte vi meningsenhetene ytterligere med en viss grad av fortolkning. Etter dette ble temaet dannet med et overordnet og abstrahert innhold. Vi diskuterte resultatene i forskergruppa før vi bearbeidet datamaterialet ytterligere. Etter at vi hadde analysert intervjuene, sammenfattet vi resultatene og brukte dem i den kontinuerlige evalueringen av iverksatte endringer i prosjektet.

RESULTATER

Før prosjektstart beskrev veilederne mangler ved hvordan praksisveiledningen var organisert. For eksempel mente veilederne at mye var styrt av tilfeldigheter: «Det har nok ikke vært så mye oppfølging og sånn. Det har vært veldig opp til oss veiledere å styre skuta.»

Seksjonen tok imot mange studenter, og på grunn av ulike arbeidstidsordninger falt studentansvaret ofte på de samme intensivsykepleierne. Veilederne etterlyste større forståelse fra ledelse og kollegaer for hvor ressurskrevende det er å ha veilederansvar: «Det krever at drift ser at det å ha student innebærer planlegging og mye ekstraarbeid i løpet av en dag. De sier at de forstår, men det stemmer ikke helt med det de gjør i praksis.»

Veilederne erkjente at de selv hadde et ansvar for å formidle behovene sine til ledelsen: «Jeg tror også at vi er for dårlige til å si fra. Vi må bli tydeligere på hva det krever å ha studenter.»

Med utgangspunkt i førsituasjonen samt erfaringene vi gjorde oss gjennom prosjektperioden, identifiserte vi tre hovedtemaer som hadde betydning for hvordan praksisveiledningen ved seksjonen ble organisert.

Disse temaene var *veilederfelleskap, tilrettelegging av drift og bygging av kultur for veiledning.*

Veilederfelleskap

Prosjektdeltakerne var positive til å være i en gruppe som kunne ta felles studentansvar, utveksle erfaringer og gi hverandre tilbakemeldinger: «Vi er en gruppe faste veiledere som skal jobbe sammen. Vi skal ha den samme undervisningen, og vi kan diskutere, samarbeide og spørre hverandre om råd.»

Flere hadde erfaringer med utfordrende situasjoner der det var godt å kunne nyttiggjøre seg av kollegaers kompetanse for å gjøre studenten god. Veilederne fortalte at det å ha egne fora for erfaringsutveksling og diskusjon ga mulighet til å samarbeide og benytte seg av hverandres kompetanse.

Gruppemøtene ble lagt til dager da bemanningen gjorde det mulig for veilederne å gå fra seksjonen i det aktuelle tidsrommet. De som møtte opp på fritiden, fikk timer til avspasering. Veilederne uttrykte følgende: «Gruppesamtalene både med og uten studenter har vært fine. Man blir tatt ut av seksjonen og får rom for å prate og rom for å diskutere.»

Selv om veilederne snakket sammen om veiledningsoppgaver i hverdagen, ga veiledningsgruppene dem større rom til å gå i dybden på problemstillinger. De var enige i at det var ønskelig å fortsette med veiledergrupper også etter at prosjektperioden var over.

Tilrettelegging av drift

Prosjektdeltakerne la vekt på betydningen av et godt samarbeid mellom veiledere og seksjonsledelsen for at driften skulle kunne tilpasses veiledningen. Veilederne hadde et håp om at prosjektet kunne virke positivt i så måte: «Jeg føler at veiledning blir litt høyere prioritert nå, at studentene kommer mer i fokus.»

En av hovedutfordringene veilederne trakk frem, var det å skulle ivareta både studenten og intensivpatienten samtidig. Av hensyn til studentens

læringsutbytte var det ønskelig å få jobbe med komplekse pasienter, men det var krevende å rekke alle gjøremål og samtidig finne tid til veiledning og refleksjon:

«Jeg syns at det ofte blir litt knapt med tid. Fordi det er ikke en post-pasient som snart skal hjem. Det er en komplisert pasient med multi-organsvikt, og den ene endringen du gjør, får konsekvenser for det andre.

«Aktiv og imøtekommende ledelse var sentralt for å kunne gjennomføre tiltakene.»

Så skal du drive med veiledning, og så skjer det noe, og så måtte du stille, og så er det visitt, og så var den dagen over.»

I en slik hverdag var det vanskelig for veilederne å trekke seg tilbake sammen med studenten for å reflektere over læresituasjonene.

For å styrke samarbeidet mellom ledelsen og veilederne gjennomførte vi planleggingsmøter i forkant av praksisperiodene, der veiledere, den faglige ledelsen og driftsledelsen var til stede. Der ble vi enige om flere tiltak for å imøtekomme veilederens ønsker. For å sikre studentene gode læresituasjoner skulle veilederne selv ta et større ansvar for å formidle konkrete ønsker om pasientfordeling og læresituasjoner.

For at veilederen og studenten skulle få tid til å bli kjent og planlegge samarbeidet dem imellom, skulle de ha «løs-funksjon» første vakt sammen, altså ikke ha pasientansvar, men eventuelt hjelpe til der det er behov.

En uke etter forventningssamtalen med læreren satte vi av tid til en ekstra oppfølgingssamtale mellom veilederen og studenten for å kunne gjøre en tidlig evaluering av hvorvidt planene som ble lagt under forventningssamtalen, var hensiktsmessige. Disse tiltakene ble høyt verdsatt av veilederne: «Jeg synes det er bra

at vi har fått til det at vi første dagen kan få lov til å være 'løse'. At det har blitt standard. At første dagen vi er sammen, går vi rundt og ser på ting, og så lenge det går for driften, så er det veldig ålreit å gå den runden. Bli kjent og vise rundt. Da flyter ting bedre senere.»

Tid til å legge et godt grunnlag for praksisperioden viste seg å være verdifullt for studenten og veilederen, og det var noe de dro nytte av senere: «Jeg tror nok jeg har blitt mer bevisst på å gi beskjed til drifterne om at 'studenten min trenger sånn og sånn', og da har vi faktisk fått et veldig godt samarbeid med drifterne, så vi har egentlig fått det sånn som vi har villet.»

I løpet av prosjektperioden ble veilederne mer bevisste på sitt eget ansvar for å legge til rette for gode læresituasjoner for studentene. De opplevde at de ble hørt av ledelsen når de ga uttrykk for ønsker og behov i forbindelse med praksisveiledningen.

Bygging av kultur for veiledning

Veilederne var opptatte av at studentene skulle bli godt mottatt. Fra prosjektperiodens start ble det arrangert en bli-kjent-dag på første praksisdag for studenter, læreren og veiledergruppa. Høgskolelektoren presenterte studiets læringsutbyttmål, og studenter og veiledere utvekslet forventninger.

Bli-kjent-dagen ble positivt evaluert: Den skapte en felles forståelse for målene med praksisperioden. Videre fungerte tiltaket som en arena for å utveksle informasjon om studentenes læring i praksis.

Veilederne følte at det ikke var tilstrekkelig aksept i avdelingen for at det kan være en krevende oppgave å ha student. De ønsket mer anerkjennelse for veiledningsoppgavene fra kollegaene sine.

En av veilederne uttrykte det slik: «Det er jo ikke lett for avdelingen, sånn som i dag, når det er åtte pasienter og det løpes [...] Det er ikke sånn at vi bare kan gå og si lykke til. Når man i tillegg får litt sånne

kommentarer som 'når er du tilbake?', så føles det ikke godt i det hele tatt.»

For å skape en felles forståelse og kultur for studentveiledning i personalgruppa tok veilederne initiativ til å holde internundervisning om veiledning. Prosjektdeltakerne ønsket å gi noe igjen i forbindelse med studiet. De så det også som en fordel for dem selv at kollegaene lærte mer om veiledning. I tillegg inviterte prosjektdeltakerne kollegaene til en diskusjon om utfordringer og muligheter ved å ha studenter i seksjonen.

Veilederne opplevde at det var viktig at hele personalgruppa tok et kollektivt ansvar for studentene, og at også kollegaer som ikke hadde særskilt veiledningsansvar, bidro. De fremhevet at de selv kunne bidra til å bygge en kultur for veiledning ved å dele av sine kunnskaper og erfaringer, og ved å inkludere kollegaene i arbeidet med studentene.

DISKUSJON

Ideen til prosjektet kom fra et ønske om å gjøre praksisveiledning mer attraktivt for intensivsykepleierne ved seksjonen. Det er dokumentert at veiledere har behov for god støtte fra ledelsen, og at god veiledning best kan gjennomføres dersom veiledningssituasjonen er godt organisert (3, 17).

I den didaktiske relasjonsmodellen fremheves det at alle faktorene påvirker hverandre, det vil si at rammene for veiledningen vil påvirke blant annet hvordan veilederen og studenten har mulighet til å jobbe. Rammene vil også påvirke hvilket innhold veilederen greier å legge i veiledningen, altså hva det er mulig å veilede i (8). Rammefaktorene er således avgjørende for hvilket mulighetsrom studenter og veiledere gis.

Endringene som ble gjennomført, ble dels innført fra starten av prosjektet, og dels underveis (tabell 1). De første endringene var et resultat av antakelsene våre om hva som skulle til for å heve kvaliteten på veiledningen. Disse antakelsene baserte vi på forskning og erfaringer fra seksjonen. Underveis i prosjektet vurderte vi både etablert praksis og de nyinnførte aktivitetene

og gjorde ytterlige endringer på bakgrunn av dette.

Tidlig løsfunksjon var lett å gjennomføre

I en intensivavdeling handler relevante rammefaktorer for god veiledning av studenter om veilederkompetanse, daglige arbeidsoppgaver og tilgjengelige ressurser i form av tid og organi-

«Studentenes læringsprosess var en motivasjonsfaktor for veilederne.»

sering (17). Rammene i prosjektet tillot ikke at bemanningen økte eller andre ressurskrevende tiltak for å frigjøre tid til veiledning.

Vi kom imidlertid frem til flere mindre tiltak som lot seg gjennomføre innenfor gjeldende økonomiske og bemanningsmessige rammer. Løsfunksjon tidlig i praksisperioden

ga veilederen og studenten tid til å bli kjent og legge rammer for samarbeidet dem imellom. Tidlig løsfunksjon var en endring som var enkel å gjennomføre, men som like fullt krevde planlegging og samarbeid mellom veilederne og ledelsen.

Endringen ble gjennomført som et resultat av at veilederne hadde blitt ansvarliggjort og utfordret til selv å foreslå forbedringer, og av at lederen så muligheter til å gjøre endringer innenfor eksisterende rammer. Aktiv og imøtekommende ledelse var sentralt for å kunne gjennomføre tiltakene. I tidligere studier etterlyser veiledere støtte fra ledelsen og tydelige rammer (4).

Barrierer for god veiledning

Studentenes læringsprosess var en motivasjonsfaktor for veilederne, mens rammefaktorer som forstyrret læringsprosessen, virket demotiverende. Faktorer som tidspress, usikkerhet på egen kompetanse og følelsen av å være alene med studentansvaret ble trukket frem som barrierer for å påta seg veiledningsoppgaver. Disse funnene støttes

Tabell 1. Gjennomførte endringer i prosjektet

Endringer	Gjennomført fra prosjektets begynnelse	Gjennomført underveis i prosjektet	Videreføres etter prosjektslutt
Tilbud om 10 studiepoengs studium i veiledning for veiledere	✓		To veiledere årlig tilbys fullt studium
Bli-kjent-dag for studenter, veiledere og lærer første praksisdag	✓		✓
Veiledningsgruppe for veiledere underveis i praksisperiodene	✓		✓
Refleksjonsgruppe for studenter og veiledere underveis i praksisperiodene	✓		✓
Planleggingsmøte med veiledere og seksjonsledelse i forkant av praksisperiodene		✓	✓
Veiledere involveres i pasientfordeling		✓	✓
Veileder og student har løsfunksjon første dag de går sammen i praksis		✓	✓
Avsatt tid til ekstra oppfølgingsamtale i starten av praksisperioden		✓	
Internundervisning om veiledning for sykepleiergruppa ved seksjonen		✓	✓

av annen forskning, som viser at adhoc-løsninger for å organisere veiledningen gir dårlige resultater (2, 17).

Veilederne opplevde at verken ledelsen eller kollegaer forsto hvor ressurskrevende det er å ha veilederansvar, noe som underbygges av flere internasjonale studier (18, 19). Det å ha veiledningsansvar samtidig med å ha ansvar for pasienter med komplekse behov ble beskrevet som en krevende kombinasjon.

Virkninger av endrede rammefaktorer

Allerede før noen endringer var iverksatt, uttrykte veilederne at de var positive til at det nå ble arbeidet for bedre rammer rundt praksisveiledningen. Underveis i prosjektet ble veilederne mer bevisste på sin rolle. De tok mer ansvar, foreslo forbedringer og deltok aktivt i å prøve ut endringer. I tråd med fremstillingen i den didaktiske relasjonsmodellen så vi at når rammefaktorene ble endret, fikk det ringvirkninger for de øvrige faktorene som hadde betydning for veiledningen (8).

Selv om driftsrammene ikke alltid tillot at veiledernes forbedringsforslag ble gjennomført, opplevde vi at den tette dialogen mellom ledelsen og veiledergruppa gjorde det enklere å finne gode løsninger. Flere studier viser til at usikkerhet om rammene rundt og innholdet i veilederrollen er en barriere for god veiledning som vanskeliggjør situasjonen for veilederne (17, 20).

I prosjektet vårt løftet vi frem ansvaret som ligger i veilederrollen og tydeliggjorde mulighetene veilederne har for å få innflytelse på rollen sin. Ved at veilederne tok et større ansvar selv, opplevde vi at de fikk mer innflytelse på sin egen arbeidssituasjon.

Mindre ensomt veilederansvar

Fellesskapet i veiledergruppa gjorde at det ble mindre ensomt å veilede. Det ble et forum for læring ved at veilederne delte erfaringer og ga hverandre tilbakemeldinger på praktiske problemstillinger. Flere studier har pekt på at veiledere synes det er ensomt å være alene med ansvaret for en student. De etterlyser muligheter for mer samarbeid og delt ansvar (4, 18).

Mot slutten av prosjektperioden vektla veilederne også verdien av å inkludere øvrige kollegaer i arbeidet med studentveiledningen gjennom internundervisning og ved å benytte kollegaers spesialkompetanse. Veilederne tok således selv ansvar for å bygge en kultur for veiledning ved seksjonen som kunne danne en bedre ramme for praksisveiledningen.

I den didaktiske relasjonsmodellen

«Fellesskapet i veiledergruppa gjorde at det ble mindre ensomt å veilede.»

er rammene gitte forhold som begrenser eller muliggjør læring (21). Endringene i rammefaktorene (tabell 1) som vi har gjennomført, er grep vi har gode erfaringer med, og som fremmer en god læringsprosess i tråd med den didaktiske relasjonsmodellen.

KONKLUSJON

Det vil alltid være et gap mellom hva som er ønskelig, og hva som er mulig å få til på en arbeidsplass med høy aktivitet, stadige endringer og begrensede økonomiske og bemanningsmessige ressurser. I dette prosjektet har det vært viktig for oss å holde oss til tiltak som er gjennomførbare innenfor ordinære driftsrammer.

Fellesskap og organisering har vært suksessfaktorer for å bedre vilkårene for studentveiledning ved seksjonen. Styrket opplæring og oppfølging har økt veiledernes kompetanse og engasjement for studentveiledning. Tettere samarbeid mellom veilederne og ledelsen har gjort at vi har sett nye muligheter for å tilrettelegge driften for veiledning.

Gjennom dette prosjektet har vi erfart at små grep kan gi store gevinster som innebærer høyere kvalitet på praksisveiledningen i intensivavdelinger. ●

REFERANSER

1. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammepplan for videreutdanning i intensivsykepleie. Oslo; 2005. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammepplan_for_intensivsykepleie_05.pdf (nedlastet 20.04.2018).
2. Trede F, Sutton K, Bernoth M. Conceptualisations and perceptions

of the nurse preceptor's role: a scoping review. *Nurse Education Today*. 2016;36:268–74.

3. Martensson G, Engstrom M, Mamhidir AG, Kristofferzon ML. What are the structural conditions of importance to preceptors' performance? *Nurse education today*. 2013;33(5):444–9.
4. Hansen BS, Gundersen EM, Bjørna GB. Improving student supervision in a Norwegian intensive care unit: a qualitative study. *Nursing & Health Sciences*. 2011;13(3):255–61.
5. Hall-Lord ML, Theander K, Athlin E. A clinical supervision model in bachelor nursing education – purpose, content and evaluation. *Nurse education in practice*. 2013;13(6):506–11.
6. Nash DD, Flowers M. Key elements to developing a preceptor program. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2017;48(11):508–11.
7. Bjørndal B, Lieberg S. Nye veier i didaktikken? En innføring i didaktiske emner og begreper. Oslo: Aschehoug; 1978.
8. Hiim H, Keeping D, Hippe E. Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
9. Hummelvoll JK. Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
10. Sjøvoll N. Aksjonsforskning i sykepleie: en kommunikativ utfordring: en litteraturstudie av utviklingen i aksjonsforskning i sykepleien etter 1994. Bodø: Høgskolen i Bodø; 2002.
11. McNiff J. Action research: principles and practice. 3. utg. London: Routledge; 2013.
12. Wibeck V. Fokusgrupper: om fokuserte gruppintervjuer som undersøkingsmetode. Lund: Studentlitteratur; 2000.
13. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
14. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
15. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
16. Brinkmann S, Kvale S. *InterViews: learning the craft of qualitative research interviewing*. 3. utg. Thousand Oaks, California: Sage; 2015.
17. Williams L, Irvine F. How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. *Journal of Nursing Management*. 2009;17(4):474–83.
18. Valizadeh S, Borimejad L, Rahmani A, Gholizadeh L, Shahbazi S. Challenges of the preceptors working with new nurses: a phenomenological research study. *Nurse Education Today*. 2016;44:92–7.
19. McCarthy B, Murphy S. Preceptors' experiences of clinically educating and assessing undergraduate nursing students: an Irish context. *J Nurs Manag*. 2010;18(2):234–44.
20. Omansky GL. Staff nurses' experiences as preceptors and mentors: an integrative review. *J Nurs Manag*. 2010;18(6):697–703.
21. Hiim H, Hippe E. Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling: en studiebok i didaktikk. Oslo: Universitetsforlaget; 1993.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

HOVEDBUDSKAP

Denne artikkelen viser hvordan deltakermedvirkning blant helsepersonell kan bidra til at opplæringen oppleves som relevant og meningsfull.

Deltakerne har medvirket i et aksjonsforskningsprosjekt for å videreutvikle undervisning og samhandlingstrening i voldsrisikohåndtering ved Regional sikkerhetsseksjon (RSA).

NØKKELOORD:

► Psykisk helse ► Samhandling ► Brukermedvirkning ► Aksjonsforskning ► Helsepersonell

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.74682

Involvering øker motivasjonen til å delta i undervisningen

For å videreutvikle undervisning og samhandlingstrening i voldsrisikohåndtering har man fått deltakerne til å medvirke. Dette har vist seg å øke motivasjonen til helsepersonell.

V RSA er en høyspesialisert seksjon med regional funksjon for Helse Sør-Øst. Ved Dikemark har RSA tre kliniske enheter som mottar pasienter med alvorlige sinnslidelser og alvorlig voldsatferd til utredning og behandling.

For å møte pasientene med felles holdninger med hensyn til behandling og omsorg, og samtidig ivareta sikkerheten både for pasienter og personalet, er undervisning i voldsrisikohåndtering en avgjørende faktor.

Miljøpersonalet på RSA har ukentlig undervisning og samhandlingstrening. Her trener de på autentiske utageringssituasjoner for å øke sikkerheten og tryggheten i situasjoner med utagerende pasienter. Undervisningen består først og fremst av samhandlingstrening, hvor det legges stor vekt på kommunikasjon med pasienter, å oppdage forvarslar på voldsrisikoatferd, tidlig intervensjon for å unngå utagering, deeskalering ved aggressivitet, etikk og holdninger, ransaking og tvangsmiddelbruk som fysisk holding og beltelegging.

Psykiatriske sykepleiere har en sentral rolle i utvikling og gjennomføring av den simuleringsbaserte undervisningen og treningen (1).

OMFANGET AV VOLD OG UTAGERING

I Norge er ansatte i helse- og sosialsektoren særlig utsatt

FORFATTER


Toril Garborg
Miljøterapeut, Regional sikkerhetsseksjon,
Dikemark sykehus og Oslo universitets-
sykehus Ullevål

for vold, noe som innebærer store utfordringer for arbeidsmiljøet. I 2005 kom voldsbegrepet inn i arbeidsmiljøloven for første gang, og vi fikk en presisering om at arbeidstaker – så langt det er mulig – skal beskyttes mot vold og trusler (2). Noen arbeidsplasser har stort omfang av vold og utagering, og det er viktig at de ansatte får relevant opplæring og praktiske øvelser slik at de kan håndtere dette.

Opplæringen bør inneholde forståelse av vold og aggresjon som fenomen og praktiske øvelser i aggresjonsdempende kommunikasjon og fysisk håndtering. Flere offentlige virksomheter har egne opplæringsprogrammer for ansatte, og

» **«Mange kviet seg for rollespill, og det var behov for å videreutvikle undervisningsmetodene.»**

det finnes ulike tilbydere av kurs i håndtering av utfordrende atferd (3).

Miljøpersonalet ved RSA har hatt ukentlig undervisning i voldsrisikohåndtering i mange år. Tidligere foregikk undervisningen i avdelingens gymsal og hadde hovedvekt på rollespill, hvor deltakerne ble tildelt ulike roller og trente på kommunikasjon, samhandling og mekanisk bruk av tvangsmidler. Erfaringsmessig var personalet lite motivert for



AUTENTISKE SITUASJONER: For å øke sikkerheten og tryggheten i situasjoner med utagerende pasienter over helsepersonell ved å bruke rollespill. Foto: Toril Garborg

DELTAKERMEDVIRKNING: I undervisningen trener deltakerne på hvordan de skal håndtere utagerende pasienter. Her ved Regional sikkerhetsseksjon (RSA). Foto: Toril Garborg

undervisningen. Mange kviet seg for rollespill, og det var behov for å videreutvikle undervisningsmetodene.

VIDEREUTVIKLE UNDERVISNINGEN

I 2013 startet undervisningsgruppen ved RSA et aksjonsforskningsprosjekt med den hensikten å videreutvikle undervisningsmetodene i undervisningen og treningen. Instruktørene i undervisningsgruppen ved avdelingen består blant annet av godt erfarne psykiatriske sykepleiere.

Problemstillingen i prosjektet var: På hvilken måte kan undervisning og samhandlingstrening ved RSA videreutvikles slik at rollespill blir ufarliggjort og deltakerne opplever en relevant og meningsfylt opplæring i sitt kliniske arbeid med pasienter?

Min rolle som yrkespedagog var å lede aksjonsforskningsprosjektet. Jeg skulle legge til rette for videreutvikling av undervisningen gjennom systematisk utprøving av ulike tiltak (aksjoner), refleksjon over gjennomføringen og planlegging av nye tiltak. Det var fokus på deltakermedvirkning under hele prosjektet. Deltakerne førte logg etter undervisning, slik at deltakernes tanker, følelser og opplevelser ble synliggjort. Loggene ble brukt som data i prosjektet, og undervisningen ble justert gjennom tiltak (aksjoner) etter deltakernes ønsker og behov.

Oslo universitetssykehus (OUS) har en simulerings- og treningsavdeling (SIM-Oslo), som fungerer som en opplæringsenhet. Her kan man trene på simulering av både medisinske og psykiatriske scenarier, og det blir lagt

FAKTA

vekt på pedagogiske metoder (1).

Instruktørene i undervisningsgruppa ved RSA deltok på kurs ved SIM-Oslo for å bli fasilitatorer, og modellen ble tilpasset vårt bruk. Underveis i prosjektet fikk undervisningen navnet SIMBA.

LÆRING GJENNOM OPPDAGELSER

John Dewey er kjent for begrepet Learning by Doing. Hans opprinnelige formulering skal ha vært: Learn to Do by Knowing and to Know by Doing (4). Det kan tolkes som at aktivitet alene ikke er tilstrekkelig i en læringsprosess, men at vi lærer ved å oppdage sammenhengen mellom det vi gjør, og de konsekvensene det får.

Etienne Wenger beskriver hvordan læring er et spørsmål om engasjement, som er avhengig av en mulighet til aktiv deltakelse i et praksisfellesskap (5). Og Patricia Brenner hevder at kyndige sykepleiere fortrinnsvis bør undervises induktivt ved å begynne med en klinisk situasjon for deretter å supplere med sin oppfattelse av situasjonen (6).

Scenariotrening er en form for induktiv opplæring, hvor deltakerne i scenariot først gjennomfører praktisk samhandling i en case for deretter å dele sine opplevelser. Læring skjer ved at deltakerne opplever at det de gjorde i scenariot, får konsekvenser som de får mulighet til å reflektere over i en debriefing etterpå.

Scenariotrening starter med at fasilitator for timen informerer deltakerne om læringsmål, hendelsesforløp og pasientbeskrivelse. Alle deltakere skal være seg selv på jobb som sykepleiere eller annet helsepersonell, i motsetning til tidligere da de fikk tildelt roller. Ansvarsvakt i scenariot er alltid en sykepleier som også har ansvaret i avdelingen, og som fordeler oppgaver som ved en rapport. Den eneste som spiller en rolle, er markøren. Markøren spilles av en av instruktørene i undervisningsgruppa.

TAR DEL I EGEN LÆRING

Etter scenariot leder fasilitator en strukturert debriefing med faktafase, analysefase og anvendelsesfase. I faktafasen blir deltakerne enige om hva som faktisk skjedde. I analysefasen reflekterer deltakerne over hva den enkelte gjorde som var bra, hvilke vurderinger som ble gjort underveis, og hva som kunne vært gjort annerledes.

Det er fokus på mestring, og deltakerne får muligheten til å gi tilbakemelding anonymt i logg etter undervisningen. Det er avgjørende at deltakerne er aktive i egen læreprosess. De lærer best når de selv oppdager og blir utfordret. På denne måten blir de motivert til selv å finne løsninger. «Det er bare jeg som kan oppdage noe for meg», hevder Nils Magnar Grendstad (7).

Spetalen viser til Vygotskys «utviklingszone», der utvikling skjer gjennom læring. Her får den mindre erfarne hjelp til å løse problemer av den mer erfarne (8). Deltakerne

Fenomenologi

Fenomenologi er læren om hvordan fenomener oppleves: at mine opplevelser er noe jeg vet best om selv, og jeg kan ikke være sikker på at andre oppfatter virkeligheten på samme måte som meg (13).

Hermeneutikk

Hermeneutikk dreier seg om hva det vil si å forstå, og ifølge Hans-Georg Gadamer begynner all forståelse med undring (12). Vi undrer oss over det vi står overfor, og vi undrer oss over om vi kan ha misforstått. Et fravær av en slik undring vil være til hinder for forståelse (13).

i prosjektet var en blanding av erfarne og uerfarne sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte, der de erfarne veiledet de uerfarne underveis. Ved å bli sett og tatt på alvor vil de fleste oppleve at motivasjonen øker.

Det er dessuten viktig at opplæringen føles virkelighetsnær for deltakerne (8). Scenarioene ble derfor utarbeidet etter deltakernes ønsker om å trene på ulike kliniske utfordringer de hadde i avdelingen. Det er nødvendig å føle et behov for det som skal læres, og at man opplever å være medansvarlig for læringen (5).

I starten opplevde deltakerne det som utrygt å ha scenariotrening på

tvers av enhetene ved avdelingen, og undervisningen ble derfor gjennomført i små grupper enhetsvis. På grunn av gjensidig beredskap på tvers av enhetene har avdelingen behov for at enhetene kan trene sammen. Så etter hvert som deltakerne ble tryggere på scenariotrening, ble enhetene blandet. Første forutsetning for at mennesker kan delta, er at en ikke er utrygg, passivisert eller undertrykt (9).

UTVIKLE NY KUNNSKAP

Forskning og utviklingsarbeid er kreativ virksomhet som utføres systematisk for å få mer kunnskap, herunder kunnskap om mennesker, kultur og samfunn (10).

Aksjonsforskning er en form for forskning som utføres ved at den som forsker, er tett på virksomheten, eller området det forskes på. Aksjonsforskning er en metode som kan brukes til å utvikle ny kunnskap og en mulighet til å opp-

«Deltakerne gjennomfører en praktisk samhandling for deretter å dele sine opplevelser.»

nå en kollektiv endring. Det å forske i egen praksis vil kunne tilføre egen arbeidsplass nytenkning gjennom å prøve ut ulike aksjoner (11).

Hans-Georg Gadamer tanker om forståelse er vesentlig i et aksjonsforskningsarbeid. Han mener at åpenhet er en forutsetning for å kunne hevde at man driver med forståelse (12). Fokuset i prosjektet var nettopp å være åpen for alle deltakernes opplevelser i undervisningen de deltok på. Fenomenologiske og hermeneutiske utfordringer ble tatt på alvor ved å ta den enkelte deltakers tanker, følelser og opplevelser på alvor.

Fenomenologi er teorien om at mine opplevelser er noe jeg vet best om selv (13). Gjennom å ta den enkelte på alvor bidro vi til den enkeltes opplevelse av å bety noe. For å kunne gjennomføre prosjektet var alle deltakernes perspektiver viktige.

Undervisningen ble videreutviklet gjennom tiltak og handlinger (aksjoner). Hensikten var å forske sammen med alle

deltakerne i prosjektet. Alle som deltok, ble utfordret til å komme til orde, og praksis ble produsert av deltakerne gjennom enighet om hva som var meningsfylt (5). Grunnstrukturen i aksjonsforskningsprosjektet så slik ut: avklaring av situasjonen nå – avklaring av ønsket situasjon – utvikling av tiltak for å oppnå ønskesituasjonen – gjennomføring av tiltak – refleksjon over gjennomføring – justering av fremtidige strategier som følge av det vi har lært (13).

STRUKTURERT LOGG

Data ble samlet inn på en måte som i størst mulig grad ivaretok den enkelte deltakers forståelse av virkeligheten de befant seg i. Som et pedagogisk redskap var strukturert logg tenkt som et refleksjons- og læringsverktøy etter all undervisning.

Det er avgjørende for læring at deltakerne aktivt deltar og blir engasjert i meningsfylt praksis som involverer aktivitet, diskusjon og refleksjon (5). Ved å skrive logg fikk deltakerne satt ord på egne reaksjoner og opplevelser relatert til undervisningen. Refleksjon er å ta ansvar for de fremtidige konsekvensene av nåtidens handlinger, og interesse utgjør den motiverende kraften i enhver erfaring som har et

formål (14). Ved å bevisstgjøre deltakerne på egne ønsker og behov kunne undervisningen justeres i henhold til det deltakerne hadde behov for.

ANALYSE AV LOGGENE

Den kvalitative tilnærmingen har som mål å avdekke meninger og forståelse i spesifikke sammenhenger. Av den grunn kan det være lite fruktbart å bruke kvantitative vurderingskriterier på kvalitativ forskning (5). En grunntanke i aksjonsforskning er at man forsker sammen med og ikke på deltakere (13).

Det ble systematisk jobbet med deltakermedvirkning ved at data fra deltakernes logger jevnlig ble analysert. Videre ble undervisningen justert og videreutviklet gjennom nye tiltak i forbindelse med deltakernes tilbakemeldinger om ønsker og behov for undervisning. For å analysere data ble en variant av grounded theory benyttet.

Loggene ble sammenfattet og kopiert opp til alle i undervisningsgruppa, og alle merket seg det som kom til syne under gjennomlesing av loggene. Arbeidet ble validert ved at det samme kom til syne for flere. Metoden er inspirert av

ANNONSE

Har du en medarbeider som fortjener heder?



30 ÅR HOS SAMME ARBEIDSGIVER
– et kvalitetsbevis
MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

Les mer på medaljen.no



Bruce McKenzie (15) og hans tro på «emergence», tilsynelatet. Analysemetoden tar hensyn til enkeltindividene i fellesskapet og viser hvordan en demokratisk analyseprosess kan konstrueres og som har til hensikt å bidra til at en form for gyldig fellesforståelse kan komme til syne (16).

Kathy Charmaz har jobbet med å videreutvikle grounded theory. Hun oppfordrer til å samle mye data som ser det samme fenomenet fra ulike perspektiver. Det er nettopp det med at noe kommer til syne, som er av betydning for Charmaz. Det skal utfordre oss til justeringer og nye veier (17).

INNFLYTTELSE PÅ EGEN OPPLÆRING

I lys av det læringsteoretiske perspektivet kom det tydelig frem at deltakermedvirkning ga deltakerne innflytelse på egen opplæring. På denne måten opplevde de undervisningen som mer meningsfylt og relevant i sitt kliniske arbeid. Ved å bruke læringsmål og tid på refleksjon etter scenariotreeningen, fikk deltakerne mulighet til å analysere og diskutere hva de gjorde bra, hvilke vurderinger de gjorde underveis, og hva de kunne gjort annerledes.

Analyse av logger viste at deltakerne opplevde undervisningen som mer lærerik og virkelighetsnær. Etter hvert som deltakerne ble tryggere på scenariotreeningen, skrev blant annet deltakerne i loggene at undervisningen var «lærerik og virkelighetsnær», «mer realistisk enn før» og «lærte at jeg faktisk kan noe». Tilbakemeldingene viste at deltakerne opplevde undervisningen og samhandlingstreeningen som nyttig. De opplevde å bli hørt. Og de fikk påvirke sin egen opplæring, noe som igjen ga motivasjon for deltakelse.

Å ta del i meningsfylte aktiviteter gir engasjement som bidrar til å danne praksisfellesskap, noe som igjen skaper engasjement og tilhørighet (5). Benner hevder at kyndige sykepleiere lærer best ved bruk av caser, og at sykepleiere på et kompetent nivå lærer mye ved å øve på planlegging og koordinering i rollespill (6).

DISKUSJON

Alle instruktørene deltok i analysearbeidet gjennom hele prosjektet, og arbeidet ble validert ved at flere så det samme komme til syne til tross for at vi hadde forskjellig bakgrunn og forforståelse.

I startfasen av prosjektet var det søkelys på hvordan helsetjenestepersonell kunne motiveres til å delta på undervisningen. Dewey hevder at man i pedagogisk utvikling må ta hensyn til individets spesifikke ønsker og behov (14). For å oppleve at det vi gjør er meningsfylt, må vi aktivt delta for å finne mening, påvirke og bli påvirket og involvere deltakerne i handlinger, diskusjoner og refleksjoner som utgjør en forskjell (5).

Kredibilitet ble ivarettatt ved at det var deltakernes opplevelser som bidro til data (18). Validering fungerte som en kvalitetskontroll gjennom hele forskningsprosessen (19) ved at undervisningsgruppa jevnlig analyserte data og var opptatt av å avdekke mangfoldigheten i det som kom frem.

Et aksjonsforskningsprosjekt starter alltid med et behov

om å endre noe til det bedre (11), og ved å involvere deltakerne kan man komme langt i en utviklingsprosess. Om prosjektet har gyldighet, handler om avdekkede fenomen som kan overføres til en annen kontekst (18). Vi mener at deltakermedvirkning kan benyttes i sammenhenger der det er et ønske om å forbedre noe. Når deltakerne blir hørt og tatt på alvor, vil motivasjonen kunne øke, enten de er helsetjenestepersonell eller brukere av helsetjenester. SØT-modellen (13) og logg vil kunne være gode verktøy.

KONKLUSJON

Deltakermedvirkning har økt motivasjonen til å delta på undervisning og samhandlingstreening ved RSA. Ved at deltakernes ønsker og behov hele tiden er i fokus, blir handlingsmuligheter og videreutvikling kontinuerlig vektlagt, og prosjektet har derfor ingen tydelig slutt. Det vil alltid være mulig å forbedre praksis, og undervisningsgruppa fortsetter å justere undervisningen etter deltakernes ønsker og behov. ●

REFERANSER

1. Oslo universitetssykehus. Medisinsk simulering, Psykisk Helse og Avhengighet. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.simoslo.no/pha> (nedlastet 24.05.2018).
2. Lov 17. juni 2005 om krav til det psykososiale arbeidsmiljøet (arbeidsmiljøloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_5#4-3 (nedlastet 24.05.2018).
3. Lillevik OG, Øien L. Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2014.
4. Vaage S. Perspektivtaking, rekonstruksjon av erfaring og kreative læringsprosesser. I: Dysthe O, red. Dialog, samspel og læring. Oslo: Abstract forlag; 2001. s.130.
5. Wenger E. Communities of Practice. Learning, Meaning and Identity. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
6. Benner P. Fra novice til ekspert. Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis. København: Munksgaard; 2004.
7. Grendstad NM. Å lære er å oppdage. 7. utg. Oslo: Didakta Norsk Forlag; 1986. s. 17–25.
8. Spetalen H. Voksenpedagogikk og opplæring i arbeidslivet. Lillestrøm: Høgskolen i Akershus, Småskrift; 1/2007.
9. Freire P. De undertryktes pedagogikk. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 1999.
10. NIFU, Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning [internet]. Oslo: NIFU; 2015 [siteret 03.01.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.nifu.no/fou-statistiske/fou-statistikk/om-fou/definisjoner-og-klasifiseringer/>
11. Whitehead J, McNiff J. Action research living theory. London: SAGE Publications; 2006.
12. Gadamer HG. Truth and method. 4. utg. London: Continuum; 2004.
13. Hartviksen M, Kversøy KS. Samarbeid og konflikt: to sider av samme sak. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
14. Dewey J. Democracy and education. Middelsex: The Echo Library; 2007.
15. McKenzie B. Systemic leadership [internet]. Australia: Center for Systemic Leadership [siteret 02.01.2019]. Tilgjengelig fra: http://centerforsystemicleadership.com/?page_id=9
16. Kversøy K. Metodeeksperimenter med radikal medvirkning i utdanning og forskning. (Doktoravhandling.) Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2015.
17. Charmaz K. Constructing grounded theory, a practical guide through qualitative analysis. London: SAGE Publication; 2012.
18. Sannerud AR. Interaktiv forskning. Lillestrøm: Høgskolen i Akershus, Småskrift; 1/2003.
19. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2001.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

FAGGRUPPENE



NSFs landsgruppe av sykepleieledere (NSF LSL)

Landsgruppen av sykepleieledere er faggruppen for deg som brenner for lederskap i helse- og omsorgstjenesten. Totalt har vi 1148 medlemmer fra hele helsetjenesten. Mer enn 6000 sykepleiere er ledere innen helse- og omsorgstjenesten i Norge, og de fleste er medlemmer i NSF.

Faggruppen jobber primært med fag- og helsepolitikk som bygger på NSF's overordnede formål, prinsipper og prioriteringer. Utviklingen og endringene i Helse-Norge stiller krav til ledelse og ledere, og NSF LSL vil være en pådri-

ver for å sikre godt lederskap inn i en ny tid.

I kommune- og spesialisthelsetjenesten ledes komplekse organisasjoner, og vi er i en posisjon hvor ledere har myndighet og kan påvirke. NSF LSL skal bidra til gode helsetjenester for befolkningen og best mulig arbeidsvilkår for de ansatte.

NSF LSL er en faggruppe for deg som vil dele av din erfaring og hente inspirasjon og gode tips i samspill med andre lederkolleger. Som medlem vil du få tilgang til et nettverk av gode lederkolleger. Du kan søke om midler til kurs og

stipend, og delta på våre digitale plattformer og bidra til å fremme god sykepleieledelse.

NSFs årlige nasjonale lederkonferanse arrangeres i samarbeid med NSF LSL og er en viktig møteplass. I 2018 deltok 500 ledere på konferansen i Bergen. Her kan du som medlem delta til subsidierte priser.

Vil du bli med på laget, send kodeordet LSL til 02409, og du registreres automatisk i medlemsystemet.

Du kan følge oss på Facebook, søk på NSF LSL - Landsgruppen av sykepleieledere.

ANNONSE

BARNE- OG FAMILIETJENESTEN I ARNA OG ÅSANE, BERGEN KOMMUNE SØKER AVDELINGSLEDERE

Etat for barn og familie har overordnet driftsansvar for barne- og familietjenesten som blant annet omfatter helsestasjons- og skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og Barne- og familiehjelpen.

Etaten har videre ansvar for barneverntjenesten, bosetting av enslige mindreårige flyktninger, Barnevernvakten, Utekontakten og SLT-arbeid. Avdelingsleder vil ha økonomi-, personal- og fagansvar for sin avdeling.

Vi ønsker avdelingsledere med helsesykepleierutdannelse med et stort og tydelig engasjement for ledelse, utviklingsarbeid, og motivasjon for ledelsesoppgaver og -ansvar. Barne- og familietjenesten er under modernisering og utvikling, du som avdelingsleder får muligheter til å være en pådriver i dette spennende arbeidet.

Les mer om stillingene på Sykepleienjobb.no og søk enkelt derfra. Vi ser frem til å høre fra deg!



Foto: Katarina Lunde/
Bergen Kommune

HOVEDBUDSKAP

Verdighetsenterets etterutdanning Akuttmedisinsk eldreomsorg (AME) har til hensikt å øke kompetansen til fagutdannet helsepersonell i møte med akutt og alvorlig syke gamle. Det ble utført en evalueringsstudie tre måneder etter fullført utdanning. Resultatene viste blant annet at deltakerne følte seg tryggere, både faglig og i utførelsen av praktiske prosedyrer. Den samlingsbaserte, tverrfaglige etterutdanningen har høy relevans for ansatte i eldreomsorgen.

NØKKELOORD:

► Tverrfaglighet ► Akuttmedisin ► Etterutdanning ► Eldreomsorg ► Prosedyretrening

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.74579

Kompetanseheving i eldreomsorgen kan gjøre helsepersonell tryggere

Verdighetsenterets etterutdanning Akuttmedisinsk eldreomsorg skal øke kompetansen til fagutdannet helsepersonell. Denne undersøkelsen viser at utdanningen har høy relevans for ansatte i eldreomsorgen.

Hensikten med Verdighetsenteret er å skape en verdig alderdom for sårbare gamle. Det er en grov krenkelse av verdigheten at gamle syke og døende blir transportert til og fra sykehus i deres siste levetid (1, 2). En viktig forutsetning for å forebygge at dette skjer, er at kompetansen blant de ansatte i eldreomsorgen blir styrket.

Verdighetsenteret foretok i 2015 en evaluering av etterutdanningen «Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom» (OLS). OLS hadde til hensikt å styrke kompetansen til ansatte i eldreomsorgen innen palliasjon og demens. Evalueringen viste blant annet at deltakerne ble tryggere på å ivareta pasienter og pårørende ved livets slutt, men at de ønsket å lære mer om akutt og alvorlig sykdom hos eldre (ikke publiserte data).

Dette gjenspeiler også konsekvensene ved innføring av samhandlingsreformen (3). Den har ført til at pasienter utskrives tidligere fra sykehus, og at flere dør på sykehjem (4). De gamle er sykere, har økt behov for medisinsk behandling og har mer sammensatte problemer ved utskrivelsen til kommunehelsetjenesten enn for bare få år siden (4, 5).

BEHOV FOR MER KUNNSKAP

I tillegg øker generelt andelen eldre i befolkningen. Eldre

FORFATTERE


Gro Helen Dale
Faglig leder, Verdighetsenteret



Silje Bergliot Eikemo
Leder, Avdeling Helse & Omsorg, Verdighetsenteret

er ofte multimorbide og bruker flere legemidler enn tidligere (6–8). Dette har medført et økt krav til kompetanse blant helsepersonell på sykehjem og i hjemmetjenesten. Bing-Jonsson og medarbeidere påviste i 2016 store kunnskapshull innen flere områder i kompetansen til ansatte i eldreomsorgen (9). Samlet sett har dette resultert i at Verdighetsenteret valgte å utvikle en

ny etterutdanning for fagutdannet helsepersonell: Akuttmedisinsk eldreomsorg (AME).

Vi foretok fortløpende evaluering av AME som blant annet viste at vi traff med hensyn til faglig nivå og innhold. Vi ønsket i tillegg å belyse hvilken effekt utdanningen hadde på lengre sikt for deltakerne og foretok derfor en ytterligere evaluering tre måneder etter avsluttet utdanning. Resultatene av denne sluttevalueringen presenteres her.

UTFØRTE EN EVALUERINGSSTUDIE

Målet med evalueringsstudien var å undersøke om deltakerne på AME hadde hatt nytte av etterutdanningen på lengre sikt når det gjelder både faglig og praktisk kompetanse, herunder å avdekke eventuelle utilsiktede effekter av utdanningen.

Vi utførte en evalueringsstudie med innhenting av både



POSITIVE EFFEKTER: Økt yrkesstolthet og motivasjon til å fortsette i jobben var en av de uventede positive effektene av AME, ifølge artikkelforfatterne. Illustrasjon: Mostphotos

kvantitative og kvalitative data. Det ble brukt et elektronisk spørreskjema bestående av obligatoriske, lukkede spørsmål med graderte svarmuligheter. Det var åpne og valgfrie spørsmål, og det var mulig å svare i utfyllende setninger.

Svarene på de åpne spørsmålene ble gjennomgått systematisk for å identifisere eventuelle overordnede temaer som gikk igjen blant deltakernes ordvalg og formuleringer, som for eksempel ord som «tryggere» og «trygghet». Skjemaet ble sendt deltakerne cirka tre måneder etter avsluttet etterutdanning, og svarene var anonyme. Totalt 122 personer fullførte AME i 2017. Alle ble tilsendt evalueringsskjemaet, og det ble oppnådd en svarprosent på 80 prosent.

KARTLEGGING GJENNOM SPØRRESKJEMA

Siden AME var tverrfaglig, ønsket vi å kartlegge deltakernes utdanning i spørreskjemaet. Vi ba dem om å svare på utsagn omkring faglig trygghet og trygghet ved praktiske prosedyrer etter fullført utdanning. De hadde også anledning til å kommentere utsagnene. Vi spurte dessuten om deltakerne hadde begynt å utføre noen prosedyrer oftere enn før som følge av AME, og i så fall hvilke.

Videre spurte vi om deltakelsen på AME hadde fått noen spesielle konsekvenser for deltakerne og/eller jobben, og om de kunne komme med konkrete eksempler på situasjoner hvor de hadde hatt nytte av utdanningen. Vi spurte

også om nytten av utlevert studiemateriell, om de ville anbefale AME til andre, og om deltakerne fikk dekket utgiftene i forbindelse med etterutdanningen. Svarene på disse spørsmålene blir ikke presentert her.

KUNNSKAPSBASERT UNDERVISNING

Akuttmedisinsk eldreomsorg ble startet i januar 2017 og besto av to samlinger à tre dager som foregikk over ett semester i Bergen. To tredjedeler av undervisningen var teoretisk, med forelesninger, visning av film og gjennomgang av pasienthistorier med påfølgende diskusjon. Sentralt sto også etisk refleksjon om blant annet behandling kontra overbehandling.

En tredjedel av undervisningen var praktisk prosedyretrening. Foreleserne var intensivsykepleiere og en lege med bred og lang klinisk erfaring. Det ble også samarbeidet tett med erfarne spesialsykepleiere fra intensiv- og overvåk-

«Vi utførte en evalueringsstudie med innhenting av både kvantitative og kvalitative data.»

ningsavdelinger ved Haraldsplass Diakonale Sykehus og Haukeland universitetssjukehus. Spesialsykepleierne var med som veiledere i prosedyretreningen.

Det ble lagt stor vekt på at undervisningen var kunnskapsbasert. De aktuelle temaene og prosedyrene kan ses

i tabell 1. Valget ble foretatt dels på bakgrunn av funn i OLS-evalueringen og studien til Bing-Jonsson og medarbeidere, dels ut fra undervisernes egne kliniske erfaringer og en uformell forespørsel i vårt faglige nettverk. Enkelte prosedyrer var valgfrie (blodsuktermåling og lungestetoskopi), mens resten var obligatoriske. Sykepleiere og helsefagarbeidere fikk samme undervisning og anledning til å øve på samme prosedyrer. Det ble presisert at opplæring i prosedyrer ikke medførte sertifisering.

FUNN FRA SPØRREUNDERSØKELSEN

Sammensetningen av deltakernes utdanning i evalueringsstudien (n = 98) ses i figur 1. Tabell 2 viser at 93 prosent av deltakerne var delvis eller helt enig i utsagnene om økt faglig trygghet og trygghet på praktiske prosedyrer etter fullføring av AME. Ordene «tryggere» og «trygghet» ble i tillegg brukt uoppfordret av 36 prosent i de åpne kommentarfeltene. Eksempler på kommentarer fra deltakere: «Tryggere i arbeidsdagen min (som sykepleier), da vi ikke har lege på sykehjemmet og må ta en del vurderinger selv før lege tilkalles» og «I min jobb som hjelpepleier føler jeg meg tryggere og sikrere når jeg skal assistere sykepleieren i praktiske prosedyrer».

50 prosent svarte «ja» på spørsmålet: «Har du begynt å utføre noen praktiske prosedyrer oftere enn før som følge av AME?» Seks prosent svarte «vet ikke», men nevnte likevel flere prosedyrer. Figur 2 viser hvilke prosedyrer det dreide seg om. 75 prosent av respondentene var sykepleiere/spesialsykepleiere, mens resten var hjelpepleiere/helsefagarbeidere med eller uten spesialisering.

De tre mest brukte prosedyrene var for sykepleierne måling av blodtrykk (BT) og oksygenmetning i blodet (saturasjon, SpO2), innleggelse av permanent urinkateter og nevrologisk undersøkelse. De tilsvarende prosedyrene for helsefagarbeiderne var BT- og SpO2-måling, 12-avlednings-EKG og nevrologisk undersøkelse/blodsuktermåling (delt tredje plass).

DELTAKELSE FØRTE TIL DISKUSJONER

På spørsmålet «Har deltakelsen på AME hatt noen spesielle konsekvenser for deg og/eller jobben din?» rapporterte 30 prosent at de nå utførte grundigere undersøkelser før de kontaktet lege eller AMK. De hadde bedre kommunikasjon med lege og AMK og opplevde å bli tatt mer på alvor av lege og AMK.

Tjuefem prosent hadde bidratt til direkte og/eller indirekte spredning av kunnskap på arbeidsplassen, for eksempel undervisning av kolleger, økt rådgivning/veiledning og faglige diskusjoner. Eksempel på utsagn fra en deltaker: «Vi har hatt undervisning til resten av personalet i infeksjoner, sepsis og hjertesvikt. Det var godt motatt. UVI, pneumoni og hjerneslag er kommet på plakaten til neste undervisning.»

En annen deltaker sa dette: «Vi er flere i min avdeling som har deltatt, eller deltar nå. Vi har viktige diskusjoner nesten daglig!» og «Økt kompetanse i avdelingen har ført

til at pasientene behandles lenger i avdelingen før eventuell overflytting til sykehusavdelingen [...]»

ØKT YRKESSTOLTHET OG MOTIVASJON

Seks prosent rapporterte at deltakelsen på AME hadde medført økt yrkesstolthet og motivasjon til å fortsette i jobben. Andre konsekvenser av deltakelsen på AME var lønnsøkning, økt tillit som helsefagarbeider, innføring av palliativ plan / beslutningsnotat på alle pasienter på sykehjemmet, deltakelse i kommunens palliative gruppe og nettverksbygging.

Et par respondenter rapporterte at arbeidsgiveren hadde ment at utdanningen ikke var relevant for deltakerens

«En deltaker foreslo at utdanningen burde bli delt opp med sykepleiere og helsefagarbeidere hver for seg.»

jobb på sykehjemsavdelingen, og at ønsket om større ansvar på arbeidsplassen ikke ble imøtekommet. En deltaker foreslo at utdanningen burde bli delt opp med sykepleiere og helsefagarbeidere hver for seg.

På spørsmålet «Var det noen temaer du savnet i undervisningen?» ble blodprøvetaking og hjerte-lunge-redning spesielt fremhevet (7 prosent).

NYTTEVERDIEN AV AME

På spørsmålet «Kan du gi et konkret eksempel på en situasjon hvor du har hatt nytte av det du lærte på AME?» rapporterte 12 prosent at de hadde oppdaget tegn på sepsis tidlig. Sju prosent ga som eksempel at de hadde utført lungestetoskopi og avdekket tidlige tegn på pneumoni. Andre ga som eksempel at de hadde lagt inn PVK (7 prosent) eller utført nevrologisk undersøkelse og funnet tegn på hjerneslag (3 prosent).

Noen deltakere (3 prosent) opplyste at etterutdanningen hadde satt søkelyset på korrekt utførelse av prosedyrer på arbeidsplassen. En annen konsekvens var tildeling av en ny arbeidsoppgave: nedleggelse av nasogastrisk sonde. Denne prosedyren ble tidligere kun utført av en lege. Noen hadde brukt kunnskapen fra utdanningen i forbindelse med terminalpleie eller assistanse på palliativ avdeling (3 prosent). En rekke andre eksempler ble også gitt.

FLERTALLET FØLTE SEG TRYGGERE I ARBEIDET

Et klart flertall av deltakerne følte seg tryggere, både faglig og ved praktiske prosedyrer etter gjennomføringen av AME. Dette var en ønsket effekt og tyder på at undervisningen var relevant og lagt på et passende nivå.

Femti prosent svarte at de – som følge av AME – hadde begynt å utføre prosedyrer oftere enn før. Dette har sannsynligvis sammenheng med økt oppmerksomhet på tidlig identifisering av sykdomsforverring og rask iverksetting av tiltak og behandling for å forhindre komplikasjoner.

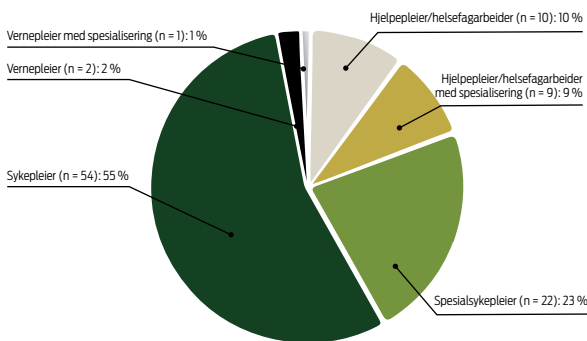
Blant deltakerne som svarte på spørsmålet «Har du begynt å utføre noen praktiske prosedyrer oftere enn før, som

Tabell 1. Oversikt over oppbygningen av etterutdanningen

	TEORETISK UNDERVISNING	PRAKTISK PROSEDYREØVING
SAMLING 1 (3 dager)	Antibiotikabehandling og anafylaksi Forhåndssamtale og palliativ plan Infeksjoner Oksygenbehandling Respirasjons- og sirkulasjonsvikt Teoretisk gjennomgang av prosedyrer: Iv. antibiotikabehandling Stell av SVK	Permanent urinkateter (mann/kvinne) 12-avlednings-EKG, BT- og SpO2-måling, volumpumpe PVK
SAMLING 2 (3 dager)	Diabetes, type 1 og 2 Ernæring Hjerneslag og epilepsi ALS og MS Nyresvikt Væskebehandling og elektrolyttforstyrrelser Smarter og smertebehandling	Blodsukkermåling (valgfri prosedyre) Ernæringspumpe Nasogastrisk sonde Neurologisk undersøkelse Im. og sc. injeksjoner Smertepumpe, bruk av butterfly Lungestetoskopi og PVK (valgfrie prosedyrer)

Forkortelser: ALS = amyotrofisk lateral sklerose; BT = blodtrykk; EKG = elektrokardiogram; Im. = intramuskulær; Iv. = intravenøs; MS = multiplett sklerose; PVK = perifer venekanyle; sc. = subkutan; SpO2 = saturasjon; SVK = sentralt venekateter.

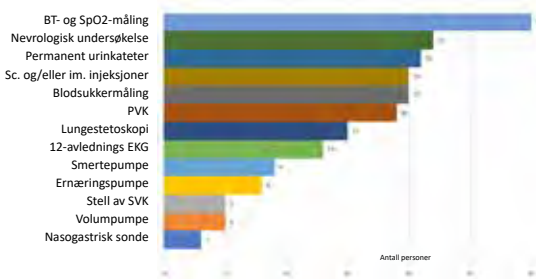
Figur 1. Sammensetning av deltagerne i evalueringsstudien (n = 98) utdanning



Tabell 2. Oversikt over deltakernes (n = 98) svar på utsagn om faglig trygghet og trygghet på praktiske prosedyrer

SPØRSMÅL	SVARMULIGHET				
	Helt uenig	Delvis uenig	Verken/eller	Delvis enig	Helt enig
«Jeg føler meg faglig tryggere i jobben min etter å ha fullført AME.»	0 (0%)	0 (0%)	7 (7%)	49 (50%)	42 (43%)
«Jeg føler meg tryggere på praktiske prosedyrer i jobben min etter å ha fullført AME.»	0 (0%)	0 (0%)	7 (7%)	50 (51%)	41 (42%)

Figur 2. 50 prosent (n = 55) av deltakerne hadde begynt å utføre prosedyrer oftere enn før som følge av AME. Figuren viser hvilke prosedyrer det dreide seg om (hver deltaker kunne velge å markere flere prosedyrer)



Forkortelser: BT = blodtrykk; EKG = elektrokardiogram; im. = intramuskulær; PVK = perifer venekanyle; sc. = subkutan; SVK = sentralt venekateter.

følge av AME?», var 75 prosent sykepleiere eller spesialsykepleiere. En mulig forklaring på denne fordelingen er at sykepleiere i større grad enn helsefagarbeidere konsentrerer seg om å utføre systematiske observasjoner og aktuelle prosedyrer etter AME.

Samtidig kan det være at helsefagarbeidere hadde fått et bedre klinisk blikk og tidligere avdekket sykdomsforverring og varslet sykepleiere, uten nødvendigvis å ha utført prosedyrer som for eksempel BT-måling først. Dette forholdet ble ikke kartlagt i studien, men hadde vært interessant å se nærmere på.

BLE BEDRE PÅ PROSEDYRER

Prosedyren som i størst grad ble utført oftere som følge av AME, var BT- og SpO2-måling. Dette er ikke overraskende siden BT- og SpO2-måling er en grunnleggende undersøkelse ved enhver akutt og alvorlig sykdom. Det vitner om mer oppmerksomhet rundt tidlig oppsporing av sykdomsforverring.

Neurologisk undersøkelse var også blant de tre hyppigst utførte prosedyrene. Dette er heller ingen overraskelse siden de fleste ikke kunne utføre en neurologisk undersøkelse i forveien. Deltakerne på AME jobber med en pasientgruppe som er utsatt for hjerneslag (10), og prosedyren hadde derfor høy relevans.

Ved evaluering av utdanninger vil man vanligvis konsentrere seg om å undersøke de forventede effektene, men også uventede, viktige effekter kan oppstå (11). De forventede positive effektene av AME handlet om økt trygghet, både faglig og praktisk. Videre handlet de om utførelse av grundigere undersøkelser før kontakt av lege/AMK, bedre kommunikasjon til og opplevelse av å bli tatt mer på alvor av lege/AMK.

I tillegg kunne deltakerne ved gjennomført etterutdanning oppdage sykdomsforverring tidligere, og de reflekterte mer over etiske problemstillinger omkring behandlingsnivå.

UVENTEDE POSITIVE EFFEKTER

De uventede positive effektene var for eksempel uoppfordret spredning av kunnskap på egen arbeidsplass som mulig har økt kompetansen til flere ansatte i eldreomsorgen, og ikke kun deltakerne på AME.

Andre uventede positive effekter blant deltakerne på AME var økt yrkes stolthet og motivasjon til å fortsette i jobben. Dette er viktig i en tid hvor tendensen er at ansatte i helsevesenet er utsatt for et stort press med høy arbeidsbelastning og stort sykefravær (12). Lønnsøkning og større tillit som helsefagarbeider var også positive uventede effekter, som kan tyde på økt verdsetting av ansatte i eldreomsorgen og et mulig styrket tverrfaglig samarbeid.

Blant uventede negative effekter ble det sett at enkelte arbeidsgivere ikke anerkjente deltakernes beslutning om å ta etterutdanningen, og deltakerne fikk ikke mer ansvar eller nye oppgaver selv om de følte seg klar for dette. Slike tilbakemeldinger kan skyldes ulike forhold, både

på individ- og systemplan, som for eksempel ulik prioritering av ressurser i kommunene, og vil ikke bli diskutert nærmere her.

NYTTIGE TILBAKEMELDINGER

Det ble nevnt at Verdighetsenteret burde tilby separat utdanning for henholdsvis sykepleiere og helsefagarbeidere. Vi erkjenner at det er ulik oppgave- og ansvarsfordeling mellom disse yrkesgruppene. Men slik bemanningen er i eldreomsorgen, er tverrfaglig samarbeid avgjørende for at pasienten skal kunne bli godt ivaretatt (13, 14). Dette samarbeidet vil, etter vår mening, bedres hvis de forskjellige faggruppene har innsikt i og forståelse for hverandres oppgaver og ansvar.

Et eksempel er innleggelse av perifer venekanyler (PVK) og administrering av intravenøse (iv) medikamenter og væske. Selv om dette er sykepleieroppgaver er det nødvendig at helsefagarbeideren også kan identifisere infeksjonstegn fra innstikkssted, for eksempel under stell. Av evalueringen fremkom det dessuten at helsefagarbeiderne ikke syntes det faglige nivået var for høyt, og de hadde stort utbytte av utdanningen.

Det ble ikke kartlagt hva deltakerne mente om at utdanningen var tverrfaglig sammensatt. Ut fra en samlet vurdering av besvarelsene på evalueringsskjemaet og muntlige tilbakemeldinger fikk vi et klart inntrykk av at den tverrfaglige deltakelsen var verdifull.

ET NASJONALT TILBUD

I denne studien ble det ikke systematisk samlet inn opplysninger om ansettelsessted og arbeidserfaring. Slike opplysninger kunne blant annet ha avdekket om relevansen av AME varierte mellom ulike arbeidssteder, og om det var sammenheng mellom interessen for AME og deltakernes arbeidserfaring.

Det ble imidlertid foretatt en muntlig presentasjonsrunde på første samling, hvor disse opplysningene delvis ble kartlagt: De fleste var ansatt på sykehjem og/eller i hjemmesykepleien, men enkelte var ansatt i spesialisthelsetjenesten, og både nyutdannede og personer med over 30 års erfaring deltok uten noen klar tendens til overrepresentasjon.

Hvis effekten av AME hadde vært gjort som del av en intervensjonsstudie, kunne man blant annet ha avdekket eventuelle reduksjoner i antall sykehusinnleggelse og økt bruk av intravenøs væske og antibiotikabehandling i kommunehelsetjenesten, slik Romøren og medarbeidere har gjort (15).

AME ble tilbudt på et nasjonalt plan. Fordelen med denne modellen var at utdanningen ble lettere tilgjengelig for helsepersonell, og dermed fikk et større nedslagsfelt. Deltakerne kom da også fra hele landet: 67 kommuner fordelt på 17 fylker.

ET NYTTIG TILBUD

Evalueringen av AME i 2017 viste at fagutdannet helsepersonell ansatt i eldreomsorgen følte seg tryggere og bedre rustet til å håndtere de akutt og alvorlig syke

gamle. Verdighetsenteret har nå opprettet AME som et fast tilbud og jobber kontinuerlig med videreutvikling og forbedring.

Det ble blant annet holdt et to dagers oppfølgingsseminar høsten 2018 med gjennomgang av nye temaer og prosedyrer (hjerne-lunge-redning, etikk og scenarietrening i akutt og alvorlig sykdom), som tidligere deltakere hadde etterspurt. Forhåpentligvis fortsetter ansatte og arbeidsgivere i eldreomsorgen å se AME som et nyttig tilbud og som passende for dem som ikke ønsker eller har mulighet for å ta en videreutdanning eller master på fagområdet.

Sykepleien opplyser om at Silje B. Eikemo og Gro Helen Dale er ansatt ved Verdighetsenteret.

REFERANSER

1. Husebø S, Husebø B. Omsorg ved livets slutt. I: Husebø S, Sætrang M, red. En verdig alderdom – Omsorg ved livets slutt. 1. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. s. 21–35.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Regjeringen.no; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien/Id624655/> (nedlastet 11.02.2019).
3. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/Id567201/> (nedlastet 11.02.2019).
4. Bruvik F, Drageset J, Abrahamson JF. Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. Sykepl Forsk. 2017 aug;(60613):e-60613. DOI: 10.4220/Sykepleief.2017.60613
5. Helsetilsynet. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Oslo; 2016. Rapport fra Helsetilsynet 1/2016. Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter/2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf (nedlastet 11.02.2019).
6. Tønnessen M. Aldring i Norge. Sosiologi i dag. 2015;45(3):7–23.
7. Husebø B, Flo E. Leder – Alders- og sykehjemsmedisin. Omsorg. 2015;(1):3–4.
8. Maher, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf. 2014;13(1):1–11.
9. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC Nursing; 2016;15(1). DOI: 10.1186/s12912-016-0124-z
10. Wyller TB. Hjerneslagsykdommer. I: Geriatri En medisinsk lærebok. 2. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 320–45.
11. Guskay TR. Evaluating professional development. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2000.
12. Norsk Sykepleierforbund. Arbeidsmiljø i helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/113675/17073/Generell-artikkel-om-arbeidsmiljo-i-helsetjenesten> (nedlastet 04.05.2018).
13. Gautun H, Bratt C. Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: Velferdsforskningssinstituttet NOVA; 2014. NOVA-rapport 14/2014.
14. Norsk senter for menneskerettigheter. Menneskerettigheter i norske sykehjem. Oslo: Nasjonal institusjon for menneskerettigheter ved UiO; 2014. Temarapport 2014.
15. Romøren M, Gjelstad S, Lindbæk M. A structured training program for health workers in intravenous treatment with fluids and antibiotics in nursing homes: A modified stepped-wedge cluster-randomised trial to reduce hospital admissions. PLoS One. 2017;12(9):1–21.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Catrine Buck Jensen

Universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

Denne artikkelen ble skrevet som en avrunding av flere års utviklingsarbeid og interesse for nye læringsformer og aktiviteter i sykepleierutdanningen. «Praksisportalen» var et samarbeid mellom personer fra flere fagmiljøer og pedagogiske støttetjenester. Det hadde vi veldig lyst å fortelle om.

STORE ENDRINGER

Vi som er sykepleiere, og som utdanner sykepleiere, har en vei å gå i å formidle alt det spennende som vi arbeider med, innen både forskning og fagutvikling. Tenk på alt arbeidet som skjer «bak lukkede dører», som aldri når frem i lyset. Vi må bli bedre på å ta større plass!

Det vil bli stor sykepleiermangel, og pasientene får flere komplekse behov. Fremtidens utdanninger må derfor være mer fleksible. Det må skapes systemer som ikke er så rigide at vi bruker år på å endre dem.

BORT FRA EN-TIL-EN?

Gjennom å utvikle gode læringsaktiviteter vil man kunne tilpasse løpet ettersom kartet som man navigerer etter, endrer seg. Parallelt med dette må praksisfeltet få økonomiske muligheter til å drive kompetanseheving. Dette gjelder spesielt for kommunehelsetjenesten, som kjenner et økt trykk fra alle kanter som følge av samhandlingsreformen.

Her har utdanningen et stort ansvar. Kanskje betyr det at man må bort fra ren en-til-en-veiledning og utnytte veilederressursen på en bedre måte, blant annet gjennom digital læring.

VEISKILLE

Personlig er jeg nå ved et veiskille i min karriere. Siden september i fjor har jeg hatt mitt daglige virke som fagutviklingssykepleier i

hjemmetjenesten. Jeg har latt meg engasjere, og opprøre, av den økonomiske skjevfordelingen som preger fagmiljøene i kommunene.

Kommunehelsetjenesten er ryggraden i norsk helsevesen, men blir dessverre stadig nedprioritert økonomisk. Dette går spesielt ut over sykepleierprofesjonens handlingsrom.

Fra august skal jeg inn i et doktorgradsløp hvor temaet er tverrprofesjonell samarbeidslæring. Her skal jeg spesielt se på pasientens rolle i

«Fremtidens utdanninger må være mer fleksible.»

praksissituasjoner hvor studenter fra ulike profesjoner samarbeider om og med pasienten. Jeg er spent på å se sykepleiernes rolle i dette, både sykepleierstudentene og veilederne med sykepleiebakgrunn. ●

HOVEDBUDSKAP

Praksisportalen er en nettside som inneholder blant annet videoer, refleksjonsspørsmål og et virtuelt pasientrom.

Sykepleierstudenter kan bruke Praksisportalen til å forberede seg til praksisstudiene. Nettsiden inneholder også informasjon for dem som skal veilede studentene når de er i praksis.

NØKKELORD:

- ▶ Sykepleierutdanning ▶ Praksisstudie
- ▶ Pedagogikk ▶ Informasjonsteknologi
- ▶ Sykepleierstudent

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75645

Nettside med virtuelt pasientrom forbereder studentene på praksis

Sykepleierstudenter i Tromsø og Hammerfest bruker nettsiden Praksisportalen når de skal forberede seg til praksisstudiene. I Praksisportalen får studentene blant annet møte en fiktiv pasient i et virtuelt pasientrom.

Etter fusjonen mellom Universitetet i Tromsø og Høgskolen i Finnmark i 2013 ble sykepleierutdanningen utvidet til flere campuser. Vårt prosjekt «Kvalitet i praksisstudier» har vært et samarbeid mellom personer i fagmiljøene hos campus Hammerfest og campus Tromsø.

Bakgrunnen for prosjektet var mangefasettert, og prosjektet startet bredt ut. Vi ville styrke kommunikasjonen mellom utdanningsstedet og praksisstedet. Også nødvendigheten av å bedre overgangen fra teoriundervisning til praksisstudier for både studenter og praksisveiledere sto sterkt. Videre var det ønskelig å bidra til utvikling av digitale læringsressurser som kunne støtte denne overgangen.

En bieffekt var også at prosjektets arbeid kunne bidra til sykepleierundervisernes utvikling av pedagogisk kompetanse i bruk av digitale læringsressurser i begge fagmiljøene.

Gjennom en kartleggingsundersøkelse blant sykepleierstudentene (n = 107) ved de to campusene våren 2016 konkluderte prosjektgruppen med at fokuset for prosjektet skulle rettes mot forberedelsesfasen før praksisstudiene i

FORFATTERE


Catrine Buck Jensen
Universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet



Jeanette Huemer
Førstelektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet



Rigmor Furu
Førstelektor, Senter for helsefaglig pedagogisk utvikling, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet



Anita Iversen
Førsteamanuensis, Senter for helsefaglig pedagogisk utvikling, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

grunnleggende sykepleie i kommunehelsetjenesten, første studieår.

SKAL FÅ KOMPETANSE

I gjeldende rammeplan for sykepleierutdanningen (1) er det beskrevet følgende:

«Formålet med veiledede praksisstudier er at studentene skal oppnå optimal yrkeskompetanse for å kunne møte pasientens og samfunnets behov for sykepleie som en del av et samlet behandlingstilbud» (1, s. 11).

I praksisstudier skal studentene utvikle sin kompetanse gjennom møter med pasienter. I ulike situasjoner vil de opparbeide kommunikasjonsferdigheter, øve på praktiske ferdigheter og ta del i et praksisfellesskap (2). Veiledning og vurdering av praksisstudiene gjennomføres mellom sy-

▶ **«Noen studenter har aldri vært innenfor dørene på et sykehjem eller et sykehus.»**

kepleierstudentene, praksisveilederen og læreren fra utdanningsinstitusjonen (3). Disse aktørene har også vært



NYTTIG PÅ NETT: På nettsiden **Praksisportalen** kan studentene øve på å jobbe som sykepleier. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

utgangspunktet i utformingen av den digitale læringsarenaen Praksisportalen.

HVA ER PRAKSISPORTALEN?

Praksisportalen er en nettside med muligheter for fleksible læringsforløp med fire moduler som har ulikt fokus (se QR-kode). Visuelle virkemidler som videoforelesninger, videonutten med fiktive eksempler og et virtuelt pasientrom etterfølges av refleksjonsspørsmål og oppgaver. Helheten i de ulike modulene skal bidra til en god forberedelse for sykepleierstudenten i første studieår på ulike plan.

Digitale læringsarenaer er ikke nytt i utdannings sammenheng. Ett eksempel kommer fra England, hvor en liknende nettstøttet ressurs hadde som formål å «sette i gang» studentene i deres praksisstudier (4). Vi er ikke kjent med liknende digitale læringsressurser ved sykepleierutdanninger i Norge, men det er mulig at det finnes liknende ressurser i lukkede læringsarenaer ved utdanningsinstitusjonene. At Praksisportalen er fleksibel og åpen, har vært av stor betydning for prosjektgruppen – både med tanke på praksisveilederens tilgang til læringsinnholdet, men også for å bidra til økt delingskultur på tvers av utdanningsinstitusjonene.

Å bruke digitale verktøy i kombinasjon med tradisjonell veiledning og undervisning ansikt-til-ansikt, omtales ofte som *blended learning* (5). *Blended learning* innebærer at man på ulikt vis kan bruke digitale arenaer i forberedelser, underveis

og etter fysiske veiledningsmøter. Praksisportalen med sin åpne og fleksible utforming kan brukes i en *blended learning*-tilnærming på ulike vis, og vi vil beskrive konkrete eksempler.

HVORDAN BRUKE PORTALEN?

I praksisstudier vil mye av oppmerksomheten rettes mot å utvikle praktiske ferdigheter og samhandle med pasienten. Læring og mestring skjer gjennom å erfare ulike situasjoner og bruke erfaringene, for eksempel som utgangspunkt for refleksjon (2) og tilbakemelding fra veileder (6).

I modul 1, «Å lære i praksisstudier», gis studenten anledning til å få innsikt i hvordan læring skjer i praksisstudier, og hvordan studenten skal forberede sin egen læring gjennom for eksempel å starte utformingen av personlige målsettinger. Studenten vil også bli utfordret gjennom refleksjonsspørsmål til å sette ord på egne forventninger og egne ressurser og utfordringer, noe vi har erfart at mange studenter sliter med.

I modul 2, «Studentens rolle i veiledning», vil studenten kunne forberede seg på sin rolle i veiledningssituasjoner. I modulen gis det eksempel på hvordan veiledningen kan foregå. Ulike vurderingsformer introduseres, og hva veiledning i praksisstudier innebærer presenteres kort. Ulike videoer retter tydelige forventninger til studenten som en aktiv part i veiledningsrelasjonen, både til praksisveilederen og læreren.

Å forberede seg på å møte en virkelighet man ikke kjenner, kan i mange tilfeller oppleves vanskelig eller til og med umulig. Sykepleierstudenter i første studieår er en heterogen gruppe

med ulike erfaringer fra helsevesenet – gjerne sett fra ulike perspektiver.

Noen studenter har aldri vært innenfor dørene på et sykehjem eller et sykehus, andre har hatt rolle som pårørende eller pleieassistent, eller med lengre erfaring som fagutdannet. Det som for de aller fleste likevel er ukjent, er rollen som student i praksisstudiene.

Gjennom modul 3, «Å møte pasienten», har målet vært å utjevne forskjellene mellom de ulike studentenes tidligere erfaringer. I et interaktivt pasientrom ved et sykehjem får studentene mulighet til å møte en fiktiv pasient i trygge omgivelser. Her gis det mulighet til å utforske og reflektere over viktige aspekter i sykepleie gjennom å trykke på ulike symboler (trykkpunkter) som inneholder tekst, filmsnutter og lydfiler. De ulike trykkpunktene skal være med på å gi studentene nye dimensjoner ved det komplekse møtet med pasienten og bidra til nødvendige forberedelser til praksisstudiene.

Modul 4, «Veilederrollen», er først og fremst rettet mot praksisveiledere. Samtidig mener vi at det er positivt at studentene har mulighet til å sette seg inn i hva som forventes av praksisveilederen, og hva veiledning i praksis bør innebære. Gjennom både det veiledningsfaglige innholdet i modulen og veiledningseksempelet kan studenten bli bevisst på hvordan dens eget veiledningstilbud oppleves. Kanskje kan læringsinnholdet være opphav til en diskusjon mellom student, praksisveileder og lærerveileder omkring organisering av veiledning og hvordan praksisveileders rolle og ansvar er forventet å være?

EGEN MODUL FOR VEILEDERE

Gjeldende rammeplan for sykepleie (1) krever at studenter i praksisstudier får «jevnlig veiledning, oppfølging og vurdering». En rapport fra Norsk Sykepleierforbund (7) viser at viljen til å gi gode og veiledende praksisstudier i kommunehelsetjenesten er stor, men at rammebetingelsene ikke legger til rette for veiledning.

Rapporten beskriver både mangel på formell veiledningskompetanse blant praksisveilederne og i tillegg mangel på avsatt tid til praksisveiledning. Det legges også lite til rette for veiledningsfaglig oppdatering (7).

Som beskrevet er mye av innholdet i Praksisportalen rettet direkte mot studentene og deres forberedelser til praksisstudiene. Modul 4 i Praksisportalen er laget for praksisveilederen som et bidrag til faglig utvikling. I likhet med at studentene får innsikt i forventninger til praksisveilederen, vil også praksisveilederens innsikt i studentrettet innhold kunne få betydning for bevisstheten omkring forventninger til studentens forberedelser før praksisperioden.

Praksisveilederen vil i forkant av praksisperioden ha anledning til å sette seg inn i for eksempel hvordan studenten bør og kan skrive personlige målsettinger, eller hva praksisveilederen kan forvente at studenten bringer med seg til veiledning.

Selv om det formelle ansvaret for at studenten stiller forberedt til praksisstudiene ligger hos utdanningsinstitusjonen, kan praksisveilederens kjennskap til studentens forberedelser virke motiverende og læringsfremmende for studenten. Ved

å gjennomgå de studentrettede modulene i Praksisportalen vil praksisveileder lettere kunne bidra til å skape sammenheng for studenten. Et eksempel er at praksisveileder i veiledningsmøter blir med studenten inn i det virtuelle pasientrommet og reflekterer sammen med studenten. Oppdagelser fra det virtuelle rommet kan også, med veilederens bidrag, settes i sammenheng med de reelle pasientmøtene som venter studenten, eller med noe den allerede har erfart.

NYTTIG FOR LÆRERE

På sykepleierutdanningen ved UiT er læreren i en veiledningsfunksjon både på skolen og i praksisfeltet. I emneplanen for første studieår står det at lærerveilederen skal «veilede studenten i generell sykepleie og sykepleie knyttet til akutt og kronisk syke, og i samtaler rettet mot konkrete læresituasjoner» (8).

Også lærerveileder har mange muligheter for å tilrettelegge for læring ved anvendelse av modulene i Praksisportalen. Det vil i stor grad være opp til den enkelte veilede-

«Det virtuelle pasientrommet kan brukes som utgangspunkt for studentens refleksjon over egen praksis.»

ren å bestemme rekkefølgen på studentenes aktiviteter i portalen.

Studenten kan selvsagt også legge opp en egen rekkefølge med utgangspunkt i eget behov. Vi tror lærerveilederens bruk og omtale av Praksisportalen danner en viktig forutsetning for både studentens og praksisveilederens bruk.

Lærerveilederen kan på den ene siden bruke Praksisportalen i tilrettelegging for studentens forberedelser, for eksempel i møter med studentene i forkant av praksisstudiene eller i praktisk ferdighetstrening som grunnlag for refleksjon, tilbakemelding, læring og mestring. På den andre siden viser rammeplanen for sykepleierutdanningen til utdanningsinstitusjonens ansvar for «kompetansebygging innen veiledning». Selv om ansvaret ikke ligger på den enkelte lærerveilederens bord kan den som er kontaktperson ut mot praksisfeltet bruke Praksisportalen som et grunnlag for forberedelse og dialog med praksisplassens veileder før, under og etter studentenes praksisstudier.

Underveis i praksisperioden vil læreren kunne bruke Praksisportalen i veiledningsmøter med studenter. Studentene kan forberede seg til veiledningsmøtet gjennom å se videosnutter. Det virtuelle pasientrommet kan brukes som utgangspunkt for studentens refleksjon over egen praksis. Kanskje kan veiledningsmøte med det virtuelle pasientrommet skje som en felles aktivitet med både praksisveileder og lærerveileder til stede?

Også etter praksisperioden kan portalen benyttes som et virkemiddel for å skape refleksjon over læringsutbytte og veiledning fra praksisperioden. Det kan for eksempel gjøres ved å sammenlikne forventninger til praksis med merforståelse etter praksisstudienes avslutning. Da kan man også finne ut om studenten og eller praksisveilederen forstår innholdet på samme måte som før praksisstudiene.



PASIENTROM: I et interaktivt pasientrom kan studenten trykke på ulike symboler som inneholder tekst, filmer og lyd. (Illustrasjon: Praksisportalen)



Praksisportalen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til Praksisportalen på result.uit.no

TILBAKEMELDINGER SÅ LANGT

Åtte studenter prøvde ut Praksisportalen våren 2017, med evaluering før og etter utprøvingen. Studentene skulle først svare på spørsmål uten å ha vært i Praksisportalen. De ble deretter bedt om å se videoene i modul 1, 2 og 4, svare på refleksjonsspørsmål og danne seg et helhetlig inntrykk av portalen før de til slutt evaluerte portalen i en ny questback. Modul 3 med det virtuelle pasientrommet var ikke ferdig da utprøvingen ble gjennomført. Tilbakemeldingene fra studentene var generelt positive, og filmatiserte rollespill ble ansett som særlig relevante og lærerike.

Praksisplassene hvor studentene skulle utplasseres, ble i forkant av pilotutprøvingen informert om Praksisportalen. En uformell tilbakemelding fra praksisplassenes sykepleiere var at portalens innhold kunne danne grunnlag for faglige diskusjoner, spesielt i avdelingens forberedelser til å ta imot studenter. Sett i ettertid har manglende involvering av praksisfeltet vært en svakhet i prosjektet.

Også lærere ved sykepleierutdanningen har ved flere anledninger fått informasjon om Praksisportalen. På bakgrunn av denne artikkelen håper forfatterne at flere utdanninger prøver ut og gir tilbakemeldinger på form og innhold.

VEIEN VIDERE

I januar i år ble Praksisportalen publisert uten konkrete instruksjoner til fagmiljøene, verken i praksisfeltet eller utdanningsinstitusjonene. Studentene har i hovedsak mottatt informasjon gjennom læringsplattformen Canvas. En del lærere har henvist til portalen i møte med studenter, andre har i større forelesninger prøvd ut det virtuelle pasientrommet. Likevel er det lite som tyder på at Praksisportalen har blitt tatt i bruk i større utstrekning.

Arbeidet med Praksisportalen har vært tidkrevende, men slik vi ser det, gjenstår kanskje størstedelen av arbeidet. Implementering gjennom å bygge eierskap hos brukerne vil være avgjørende for at Praksisportalen ikke bare skal bli nok en ubrukt nettside.

Gjennom idémelding og erfaringsdeling i og på tvers av utdanningene kan oppmerksomheten rettes mot hvordan

Praksisportalen kan skape både faglig og pedagogisk merverdi for studenter, praksisveiledere og lærerveiledere. Praksisportalen må tas systematisk i bruk som et bidrag i å styrke studentens utbytte av praksisstudiene. Det er ikke Praksisportalen i seg selv som vil skape læring, men heller hvordan den blir brukt (9).

For fremtiden er målet at Praksisportalen utvides med flere moduler for andre og tredje studieår, og med bidrag fra flere sykepleierutdanninger i Norge. Kanskje kan det også legges til rette for interaksjon og samhandling mellom studenter, praksisveiledere og lærerveiledere i fremtidige versjoner av portalen. Allerede har det blitt diskutert mulige fokusområder videre, blant annet å styrke forberedelser til praksisstudier i psykisk helse. Nasjonalt samarbeid vil ikke bare styrke kvaliteten i praksisstudier, men også bidra til å styrke kvaliteten i høyere utdanning, jamfør melding til Stortinget «Kultur for kvalitet i høyere utdanning» (10).

REFERANSER

1. Kunnskapsdepartementet. Rammepplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008.
2. Bjørk IT, Bjerknes MS. Å lære i praksis: en veiviser for studenten. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
3. Jonsmoen KM, Greek M. Praksisboka: slik lykkes du i praksisstudiene. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
4. Reynolds S, Kaur R. Supporting student nurses with an online induction. *Nursing times*. 2016;112(45/46):13–15.
5. Margaryan A, Collis B, Cooke A. Activity-based blended learning. *Human Resource Development International*. 2004;7(2):265–74.
6. Hattie J, Timperley H. The Power of Feedback. *Review of Educational Research*. 2007;77(1):81–112.
7. Norsk Sykepleierforbund. Stor vilje – lite ressurser. En kartlegging av rammebetingelser for velledding av sykepleierstudenter i kommunehelsetjenesten. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2018.
8. Institutt for helse- og omsorgsfag. Bachelorutdanning i sykepleie. Emneplan for 1. studieenhet. Tromsø/Hammerfest: Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø; 2017.
9. Bergdahl N, Fors U, Hernwall P, Knutsson O. The use of learning technologies and student engagement in learning activities. *Nordic Journal of Digital Literacy*. 2018;13(02):113–30.
10. Meld. St. nr. 16 (2016–2017). Kultur for kvalitet i høyere utdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2017.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du Iphone, kan du bruke telefonens kamera.



ANSVARSBEVISSTE: Avdelingslederne mente det hadde stor betydning at de brukte lederskapet sitt til å tilrettelegge for studentveiledning. Bildet er fra Vinderen bo- og servicesenter. Foto: Erik M. Sundt

FORFATTER

Elisabeth Line Aase
Førstelektor, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

NØKKELOD

- ▶ Sykepleierstudenter
- ▶ Læringsmiljø
- ▶ Holdninger
- ▶ Sykehjem
- ▶ Ledelse

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.77617

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Sykepleierutdanningen og praksisfeltet er i endring. Det er også kravene til hva og hvordan sykepleierstudenter skal lære i praksis. Førsteårssykepleierstudentenes evaluering av praksisen på sykehjem avdekket et behov for å se nærmere på læringsmiljøet i sykehjem.

Hensikt: Beskrive og utforske avdelingslederens påvirkning for å utvikle læringsmiljøet til sykepleierstudenter i sykehjem og prøve ut en ny gruppebasert veiledningsmodell.

Metode: Et beskrivende og utforskende design ble benyttet, der kvalitative data ble samlet inn gjennom forskningsintervjuer med fem avdelingsledere i tre sykehjem. Intervensjonen var å prøve ut en ny veiledningsmodell.

Resultat: Selv om alle avdelingene som deltok i dette samarbeidsprosjektet mellom utdanning og praksis, var representert i styrings- eller prosjektgruppen, var avdelingslederne ulikt kjent med og forberedt på den nye veiledningsmodellen for studentenes praksisperiode. Informasjon om og forankring av den nye veiledningsmodellen bar preg av dette. Lederne hadde ulik rolle i arbeidet med å tilrettelegge for veiledningsmodellen, og holdningene til studentene varierte. Veiledningsmodellen bidro til mer faglig engasjement i avdelingene og til en mer positiv innstilling til det å være kontaktsykepleier.

Konklusjon: Avdelingslederne viste seg å ha en betydelig rolle i arbeidet med å utvikle sykepleierstudenters læringsmiljø i sykehjem. Tydeligere rammer, struktur, roller og ansvar i veiledningsmodellen bidro til at ansatte i avdelingene fikk større forståelse for veiledningsansvaret. Modellen med flere sykepleiere og studenter førte til flere faglige diskusjoner i avdelingene.

Avdelingslederens betydning for læringsmiljøet til sykepleierstudenter i sykehjem

Avdelingslederne fikk mer positive holdninger til studentene og ble mer oppmerksomme på fag da de tok i bruk en ny veiledningsmodell.

I følge rammeplanen for sykepleierutdanningen utgjør praksis og ferdighetstrening halvparten av utdanningsløpet: 90 studiepoeng (1). Læringsmiljøet i praksis har derfor stor betydning i utdanningen av sykepleiere. Fordi utdanningen og praksisfeltet er i endring, endres også kravene til hva og hvordan studenter skal lære.

For å utdanne selvstendige og kritiske sykepleiere rettes kravene mot kunnskapsbasert teori og praksis, studentaktive og digitale læringsmetoder, simulering, kritisk tenkning og refleksjon. Tidligere veiledningsmodeller var ofte basert på et 1:1-forhold mellom kontaktsykepleieren og studenten, etter mester-svenn-modellen. I dag er et økende antall studenter, større krav til effektivitet og mer vekt på refleksjon årsaker til at det er behov for nye veiledningsmodeller.

Ulike veiledningsmodeller

Dette aktuelle prosjektet med å prøve ut en ny veiledningsmodell har likhetstrekk med to andre modeller: SVIP-modellen og Peer Learning-modellen. SVIP-modellen (styrket veiledning i praksis) er en veiledningsmodell som ble prøvd ut i sykehjem og i hjemmetjenesten (2).

Hovedelementene består av veiledning på to nivåer: Daglige veiledere veileder studenter i praksis og får styrket sin egen veiledningskompetanse gjennom gruppeveiledning fra skolen. Evalueringen av SVIP-modellen viste gode resultater, men også forbedringsområder (3).

I Sverige ble modellen Peer Learning tatt i bruk som en alternativ modell.

To og to sykepleierstudenter jobbet sammen i læringsfellesskap med veiledere, der de tok utgangspunkt i at læring konstrueres gjennom sosial interaksjon i samarbeid med andre betydningsfulle personer (4).

Resultatene viste at mange studenter fikk bedre kognitive ferdigheter, selvtillit, autonomi, kliniske ferdigheter, evne til resonnering og argumentasjon. Samtidig kom det frem negative effekter hvis studentene

«I dag er et økende antall studenter, større krav til effektivitet og mer vekt på refleksjon årsaker til at det er behov for nye veiledningsmodeller.»

ikke samarbeidet bra. Det kunne også oppstå rivaliserende forhold der studentene prøvde å få veilederens oppmerksomhet.

Flere studier har vist til positive erfaringer med gruppepraksis, og at den gir gode muligheter for læring og støtte i studentgruppen. Bourgeois og medarbeidere (5) beskrev hvordan en innovativ læringsmodell med bruk av case understøttet studentenes læring og ga bedre læringsmuligheter i klinisk undervisning, mens Ekebergh (6) viste at en refleksiv gruppemodell lærte studentene å reflektere mer systematisk gjennom realistiske læringsituasjoner.

Disse veiledningsmodellene reflekterer et situert syn på læring, som betyr at læringen betraktes som grunnleggende

sosial, nært knyttet til konteksten, distribuert mellom personer, og at den skjer gjennom deltakelse i sosial praksis (7).

Bakgrunnen for prosjektet

Bakgrunnen for dette aktuelle samarbeidsprosjektet var at studentenes emneevalueringer ved tidligere Høgskolen i Telemark (HiT) over tid hadde avdekket et behov for å undersøke læringsmiljøet i sykehjem. HiT og tre sykehjem startet derfor et samarbeidsprosjekt for å kvalitetssikre og utvikle studentenes læringsmiljø (8).

Som en del av prosjektet skulle det tas i bruk en ny gruppebasert veiledningsmodell. Denne modellen innebar at hver avdeling tok imot flere studenter enn før, fra én student til to eller tre. Studentene skulle ha en kontaktsykepleier, men også andre veiledere å holde seg til.

En 20-prosentstilling som studentkoordinator ved hvert sykehjem ble finansiert gjennom prosjektet. Studentkoordinatorene ved hvert sykehjem hadde overordnet ansvar for studentenes praksisperiode, i tett samarbeid med avdelingslederne, kontaktsykepleierne og andre veiledere. De var også kontaktpersoner mellom sykehjemmene og høyskolen i prosjektperioden.

Hensikten med artikkelen

Jeg samlet inn data fra flere målgrupper: studenter, kontaktsykepleiere og veiledere, studentkoordinatorene, lærere og avdelingsledere. Avdelingslederne ble intervjuet fordi de hadde en nøkkelrolle i arbeidet med å tilrettelegge prosjektet og utvikle læringsmiljøet til studentene.

Denne artikkelen inneholder data

basert på intervjuene med avdelingslederne. Hensikten er å beskrive og utforske avdelingsledernes påvirkning for å utvikle sykepleierstudenters læringsmiljø og prøve ut en gruppebasert veiledningsmodell.

METODE

Jeg gjennomførte denne studien, som har et beskrivende og eksplorativt design med innsamling av kvalitative data som metode. Utprøvingen av en ny veiledningsmodell inkluderte også en aksjonsorientert tilnærming. Kontakt-sykepleierne og studentkoordinatorene på sykehjemmene gjennomførte veiledningsmodellen.

Utvalg

Utvalget i prosjektet besto av fem avdelingsledere fra tre sykehjem. HiT rekrutterte informantene via enhetslederne på sykehjemmene, som deltok i prosjektets styringsgruppe. Intervjuene foregikk i et skjermet rom på hvert sykehjem og varte cirka halvannen time. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert, analysert og behandlet av forfatteren.

Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført individuelt, med ett unntak, der to informanter ble intervjuet samtidig. Årsaken var å sikre datainnsamlingen innenfor en gitt tidsperiode. Til intervjuene benyttet jeg en semistrukturert intervjuguide som besto av ti spørsmål. Seks spørsmål var knyttet til ledelse og fire til studentenes læringsmiljø og erfaringer med gruppeveiledningsmodellen.

Analyse av data

Jeg benyttet systematisk tekstkondensering (STC) til dataanalysen, som er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (9). Analysen ble utført i tråd med metodens fire trinn: 1) fra helhetstrykk til foreløpige temaer, 2) koding av meningsbærende enheter – kodegrupper, 3) kondensering – fra koder til abstrahert meningsinnhold og undergruppe og 4) syntese – fra kondensat til resultater.

Analysen var en induktiv prosess og

en frem- og tilbakegang mellom de ulike trinnene. I siste analyse-trinn ble resultatene sammenfattet til tre temaer (tabell 1):

- Ledelse som forutsetning for læring
- Holdninger til studenter
- Erfaringer med veiledningsmodellen

Validitet og reliabilitet

Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med prosjektgruppen og forelagt styringsgruppen før datainnsamlingen. Prosjektgruppen besto av kontakt-sykepleiere, studentkoordinatore og en representant fra høyskolen, mens styringsgruppen besto av enhetsledere fra hvert sykehjem, en instituttleder og en representant fra høyskolen.

For å styrke validiteten foretok jeg prøveintervjuer med to eksterne personer for å sikre at spørsmålene ble forstått riktig og kunne frembringe gyldige data (9). Jeg gjennomførte alle leddene i datainnsamlingen: intervjuene, påfølgende notater, transkriberingen, gjennomlesningen og analysen.

Selv om alle leddene i forskningsprosessen ble dokumentert, er trusler mot reliabiliteten at forfatteren var alene om å analysere dataene (10), og

«Jeg tenker at jeg som leder har noe mer å lære her. Men jeg tror at jeg kan gå inn og styre mer uten å overta ansvaret.»

Leder

at to informanter ble intervjuet samtidig. Jeg hadde ingen relasjoner til informantene utenom prosjektet. Med et utvalg på fem informanter er resultatene ikke overførbare utover dette utvalget.

Etiske hensyn

Virksomhetslederne på de tre sykehjemmene ga høyskolen tilgang til forskningsfeltet. Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien samt informasjon om at det var frivillig å delta i intervjuene, og at dataene ville bli behandlet konfidensielt og fremstilt anonymt. Høyskolen

hadde ansvaret for å samle inn, bearbeide og oppbevare dataene i tråd med forskningsetiske hensyn.

Studien ble ikke meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) fordi jeg ikke samlet inn personopplysninger, og resultatet av NSDs meldepliktstest viste at studien ikke var meldepliktig etter daværende regler.

RESULTATER

Resultatene blir presentert i tre underkapitler, i tråd med trinn 4 i analysen (tabell 1):

- Ledelse som forutsetning for læring
- Holdninger til studenter
- Erfaringer med veiledningsmodellen

Ledelse som forutsetning for læring

Avdelingslederne var i ulik grad forberedt på å gjennomføre prosjektet og prøve ut en ny veiledningsmodell, selv om alle avdelingene hadde deltatt enten i prosjektets styrings- eller prosjektgruppe. Forberedelsene hadde foregått muntlig mellom dem og studentkoordinatorene, og for de fleste også med virksomhetslederne. Ingen hadde en skriftlig plan.

Informasjonen og forankringen av prosjektet var ulik i de forskjellige avdelingene. Noen ledere hadde hatt informasjonsmøter i hele avdelingen, mens andre hadde informert personalet fortløpende. Flere informanter mente at sykehjemmet ikke var godt nok forberedt før studentene kom.

Avdelingslederne mente det hadde stor betydning at de brukte lederskapet sitt til å tilrettelegge for studentveiledning, og var veldig bevisste på ansvaret. Det var imidlertid variasjoner i hvordan de tilrettela for veiledning.

Flere ledere hadde gitt sykepleierne mer tid til å veilede studenter ved å overta oppgaver for dem eller delegere oppgaver til andre. Andre igjen hadde overlatt mye av ansvaret for studentene til studentkoordinatoren og sykepleierne, og hadde hatt mindre med studentene å gjøre enn de pleide.

Flere mente de hadde mer å gå på når det gjaldt tilrettelegging, som de

uttrykte slik: «Jeg tenker at jeg som leder har noe mer å lære her. Jeg har frigjort tid til veilederne og overlatt noe ansvar til dem, og sagt at de må tilbakemelde til meg hva de trenger av mer tid. Men jeg tror at jeg kan gå inn og styre mer uten å overta ansvaret.»

I noen avdelinger var det vanskelig for avdelingslederne å få forståelse i personalgruppen for veiledningsansvaret overfor studentene, og lederne jobbet derfor med dette hele tiden. Ingen ledere hadde egne fora for å utvikle læringsmiljøet, men post- og personalmøter og refleksjon var arenaer som ble benyttet. Ikke alle hadde vært flinke til å snakke om det å ha studenter i avdelingen, eller det ble bare snakket om det i sykepleiergruppen.

Lederne anså det som viktig for studentene at sykepleierne hadde god veiledningskompetanse, og motiverte og tilrettela for slik kompetanse. Oppfatningen deres var at de fleste sykepleierne selv ønsket å utvikle veiledningskompetansen sin, og var blitt ytterligere motivert på veiledningskurs. Lederne hadde likevel pålagt noen kontaktsykepleiere å ta veiledningskurs.

Holdninger til studenter

Avdelingslederne mente det hadde stor betydning at de var positive til studenter, og satte en norm for dette i avdelingen. Samtidig var det nyanser i holdningene deres. På den ene siden var det ledere som betraktet studenter som ressurser og hjelp i avdelingen, og som mente at det var skjerpene for alle å ha studenter i avdelingen. Lederne fremsto som interesserte i studentenes læring og inkluderte dem i avdelingens arbeidsmiljø.

På den andre siden var det ledere som hadde hatt mindre med studentene å gjøre enn før, og som mente at de hadde sluppet billig unna denne gangen. Studenter ble også beskrevet som en byrde for sykepleierne. Noen ledere pekte dessuten på at selv om lederen er positiv til studenter, er ikke nødvendigvis sykepleierne det, og at det ikke alltid hadde vært positivt å ha studenter i avdelingen.

Det handlet ikke bare om negative

Tabell 1. Oversikt av analysens fire trinn

Trinn 1	Fra helhetsinntrykk til foreløpige temaer: <ul style="list-style-type: none"> • plan for gjennomføring av pilotprosjektet • holdninger til studenter • læringsmiljøet • erfaringer med gruppeveiledningsmodellen • lederrollen
Trinn 2	Koding av meningsbærende enheter til kodegrupper: <ul style="list-style-type: none"> • ledelse • læringsmiljø
Trinn 3	Kondensering – fra koder til abstrahert meningsinnhold – kategorier og undergrupper <p>Ledelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • forberedelser og forankring av pilotmodellen • lederrollen <p>Læringsmiljø:</p> <ul style="list-style-type: none"> • holdninger til studenter • gruppeveiledningsmodellen
Trinn 4	Syntese – fra kondensat til resultater: <ul style="list-style-type: none"> • ledelse som forutsetning for læring • holdninger til studenter • erfaringer med gruppeveiledningsmodellen

holdninger til studenter, men også om lite tid og ressurser til å ta seg ordentlig av dem. Det var også ledere som hadde kontaktsykepleiere som i utgangspunktet var negative til studenter. Da måtte lederne på banen for å få syke-

En av lederne uttrykte det slik: «Jeg er bevisst på å bruke studentene, de skal jobbe her, men de skal ikke utnytted. Jeg er bevisst på at studentene ikke skal gå med de samme på hver vakt, men se forskjellige måter å gjøre ting på. Og for å skåne kontaktsykepleierne fra å ha det henget.»

Lederne var opptatte av at studentene skulle få best mulig læring i praksis, og vektla sykepleiedekningen som det viktigste når de avgjorde hvor mange studenter de kunne ta imot.

«Jeg er bevisst på å bruke studentene, de skal jobbe her, men de skal ikke utnytted.»

Leder

pleierne til å ta sitt ansvar og snu negative holdninger:

«Hvis du har en koordinator [som i prosjektet], så har du en som i utgangspunktet har lyst til å ha studenter, du har ikke den typen tilleggsjobb. Erfart i årenes løp slår det ut veldig tilfeldig og forskjellig for studentene. Selvfølgelig har det noe å gjøre med kontaktsykepleier, men det blir ofte satt en norm fra ledelsen for hvordan det er å ha studenter.»

Lederne hadde lagt opp til at kontaktsykepleierne fikk mest tid til studentveiledning i starten av praksisperioden, mens det varierte noe hvordan studentene ble fulgt opp senere.

Erfaringer med veiledningsmodellen

Generelt hadde lederne positive erfaringer med veiledningsmodellen og ønsket å videreføre den. De trakk frem at de hadde fått større forståelse for veiledningsansvaret i prosjektet, selv om det fortsatt kunne være vanskelig. Dette mente de hadde sammenheng med mer struktur og system rundt veiledningsmodellen. Roller og ansvar var tydeligere, og flere hadde vært involvert med studentene og sett behovet deres for veiledning.

Lederne hadde også erfart at studentene ikke ble så ensomme i rollen sin, og at det var viktig å tilpasse

lærings situasjonen til begge studentene når de skulle jobbe sammen. Dette sitatet gjenspeiler noen erfaringer:

«Det har kanskje vært en endring hos oss, studentene har hatt flere veiledere, og personalet har forholdt seg mer til studentene, for de har fungert mye mer, de har jobbet mer selvstendig enn de har gjort før. Ikke bare hengt etter en sykepleier.»

Lederne mente at rollen som studentkoordinator var avgjørende for de positive erfaringene med veiledningsmodellen, det bidro til en likere praksis for studentene og var en stor avlastning for dem som ledere. Avdelingslederne hadde også opplevd at veiledningsmodellen bidro til mer diskusjon og oppmerksomhet på fag i avdelingene.

Studentene hadde stilt flere spørsmål rundt pasientsituasjoner enn før, og både sykepleiere seg imellom og sykepleiere og studenter hadde pratet mer fag sammen. En informant opplevde det som en stor forandring fordi det nesten ikke hadde vært faglige diskusjoner før i årenes løp. Følgende sitat oppsummerer lederens erfaringer med veiledningsmodellen:

«Jeg ser det som fremtiden, flere kontaktsykepleiere og flere studenter. Ser det som en mye bedre læringsarena. Mer faglig forsvarlig, mer fag, mer faglig fokus når du er flere til å vurdere, for da begynner de å snakke fag. Faget blir viktigere. Du kan gjemme deg bort som den ene kontaktsykepleieren, det kan du ikke med flere. Alle snakker seg imellom, studenter også, så du får en faglig gevinst.»

En av lederne mente at den største faglige gevinsten med veiledningsmodellen var at det var blitt mer positivt å være kontaktsykepleier.

DISKUSJON

Planlegge og forankre studentveiledningen

Resultatene viste at lederens forberedelser, forankring og rolle i utprøvingen av en ny veiledningsmodell var forskjellig, likedan deres holdninger til og tilrettelegging for studentveiledning. Erfaringene deres med veiledningsmodellen var positive, spesielt

at det ble mer oppmerksomhet på fag, og at det var blitt mer positivt å være kontaktsykepleier.

Studier om ledelse viser at suksesskriterier for endringsprosesser og komplekse arbeidsprosesser er at toppledelsen går foran og forankrer endringen fra topp til bunn (11, 12).

I denne studien viste det seg at lederne hadde planlagt og forankret veiledningsmodellen ulikt, og lederrollen var ulik. Innføringen av SVIP-modellen (13) pekte på at det hadde stor betydning at avdelingslederne tok ansvar

«Det var overraskende at denne modellen bidro til fagutvikling og en mer positiv innstilling til det å være kontaktsykepleier.»

og forankret modellen før oppstart, og at god planlegging og organisering av modellen var viktige forutsetninger for sykepleierens muligheter til å gjennomføre veiledning.

Flere ledere i denne studien mente at de ikke hadde forberedt og forankret veiledningsmodellen tilstrekkelig i forkant. Likevel følte de at de fikk større forståelse for veiledningsansvaret i avdelingen enn før. Det kan tyde på at forberedelsene til studentenes praksisperiode likevel var bedre i samarbeidsprosjektet.

Andre faktorer som bidro til større forståelse for studentenes veiledningsbehov, var at flere var involvert i veiledningen, og hvordan lederne involverte seg med sykepleierne og studentens læringsmiljø.

Tydlig ledelse – holdninger og handlinger

Evalueringen av SVIP-modellen viste at mange sykepleiere syntes lederne var usynlige og kjente seg alene om ansvaret (13). Om lederskap sier Jobben (12) følgende: «It is all about relations.» Med dette legger han til grunn at det er i relasjonene det skapes tillit,

forståelse, engasjement og vilje til å skape, gjøre og produsere, og at det er lederens ansvar å skape sosiale praksiser som fremmer utvikling og endring.

Her kan det tenkes at avdelingslederne kunne fått større forståelse for veiledningsansvaret ved å opprette egne fora i avdelingen der personalet kunne diskutere og utvikle læringsmiljøet generelt, og utvikle det for studentene spesielt. Lederens erfaringer med at denne veiledningsmodellen bidro til likere forutsetninger for studentenes læring på grunn av tydelige rammer, struktur og ansvar, er viktige faktorer i arbeidet med å utvikle nye veiledningsmodeller.

Ledere er viktige rollemodeller for alle ansatte, både i holdninger og handlinger, og for å holde oppe visjoner og endringer i en avdeling. Lederne i denne studien var bevisst sine egne holdninger til studenter og jobbet med holdningsarbeid i avdelingene. Likevel kom det frem nyanser som kan ha påvirket studentenes læringsmiljø forskjellig.

Studier har vist at avdelingslederens holdninger til å veilede studenter var avgjørende for hvordan veiledningen ble integrert i læringsmiljøet (2). Studier har også vist at studentenes læringsmiljø hadde sammenheng med avdelingens pedagogiske atmosfære, veiledningsrelasjoner, avdelingens ledelse og premissene for å utøve sykepleie (14).

Birks (15) kom frem til at praksisstedets forberedelser, sekvensering og konsistens var avgjørende faktorer for å sikre gode læringsmuligheter for studenter, mens det viktigste funnet var at studentene trengte å kjenne seg som en del av teamet i avdelingen for å få best mulig læringsutbytte.

I denne studien var alle lederne opptatte av at studentene skulle lære mest mulig i praksis, og gjenspeilte et situert syn på læring (7). Det er likevel grunn til å tro at holdninger til studenter og måten lederne inkluderte dem i avdelingen var viktig for studentenes læring.

At avdelingslederne hadde positive erfaringer med veiledningsmodellen og ønsket den videreført, fører

seg inn i rekken av positive erfaringer med gruppebaserte veiledningsmodeller fra liknende prosjekter (2–6). Det var overraskende at denne modellen bidro til fagutvikling og en mer positiv innstilling til det å være kontaktsykepleier, men også at det var et stort behov for holdningsarbeid overfor studentene.

Faglig ledelse

Integreringen av SVIP-modellen viste at avdelingsledere må være mer enn administratorer, og at faglig ledelse og faglig utvikling må være viktige arbeidsområder for å bedre kvaliteten på sykepleie (13, 16). Kvaliteten på sykepleie påvirker studentenes læring. Ifølge Ingstad (17) har ledere og sykepleiere på sykehjem blitt pålagt stadig flere oppgaver og opplever høyere krav til effektivitet. Det kan føre til at faglig ledelse nedprioriteres på bekostning av effektivitetskrav, og til at ledere blir mer usynlige.

Avdelingslederne i denne studien ga uttrykk for at studentkoordinatorene hadde vært en stor avlastning for dem, og at de faglige diskusjonene som hadde oppstått i avdelingen, var en faglig gevinst. Både fagutvikling og holdningsarbeid er klare lederoppgaver, og funn på disse områdene tyder på at det er viktig for studentenes læringsmiljø at avdelingsledere vier stor oppmerksomhet til disse oppgavene.

Felles ansvar for studentenes læringsmiljø

Sykepleierutdanningen og praksisfeltet har et felles ansvar for å utvikle studentenes kliniske læringsmiljø, og den nye forskriften om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger som trer i kraft studieåret 2020/2021, skal sørge for at utdanningen tilpasses bedre for fremtiden (18). Niederhauser og medarbeidere (19) viste at mer samarbeid mellom utdanningen og praksisfeltet reduserte båsene mellom de to virksomhetene og skapte felles visjoner for å utvikle klinisk læring for sykepleierstudenter. Denne studien var basert på et kreativt samarbeidsprosjekt mellom en sykepleierutdanning og tre sykehjem og

viste at avdelingslederne i kraft av sin rolle hadde stor påvirkning på sykepleierstudentenes læringsmiljø.

Styrker og svakheter ved studien

Utdannings- og praksisfeltet bruker store ressurser på veiledning av sykepleierstudenter, og mange studier fokuserer på rollen som kontaktsykepleier, student eller lærer. Denne studien viser at også rollen som avdelingsleder har innflytelse på studentenes læringsmiljø.

Utvalget var lite og gir begrenset innsikt i temaet. En bred kartlegging av hvordan avdelingsledere påvirker læringsmiljøet til sykepleierstudenter, kan belyse temaet bredere og fra flere sider, som et godt utgangspunkt for videre utvikling av studenters læringsmiljø i sykehjem.

KONKLUSJON

Hensikten med denne studien var å beskrive og utforske hvilken betydning avdelingsledere hadde når det gjaldt å utvikle sykepleierstudenters læringsmiljø i sykehjem og prøve ut en ny gruppebasert veiledningsmodell. Veiledningsmodellen var basert på erfaringer fra liknende prosjekter.

Det viste seg at avdelingslederne hadde en betydelig rolle med å planlegge, forankre og tilrettelegge for veiledningsmodellen, og bidra til positive holdninger overfor studenter i avdelingene. Veiledningsmodellen bidro overraskende til mer oppmerksomhet på fag og mer positive holdninger til det å være kontaktsykepleier. ●

REFERANSER

1. Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (nedlastet 21.06.2018).
2. Bergseth WB, Solvik E, Engelién RI, Larsen ØM, Sønsteby SN, Struksnes S, et al. Styrket veiledning i sykepleierutdanningens praksisperioder. *Vård i Norden*. 2013;33(1):56–60.
3. Sønsteby SN, Engelién RI, Johansson IS. Veiledningsmodell for sykepleierstudenter i sykehjem – en evalueringstudie. *Vård i Norden*. 2008;28(3):42–5.
4. Stenberg M, Carlson E. Swedish student nurses' perception of peer learning as an educational model during clinical practice in a hospital setting – an evaluation study. *BMC Nursing Open Access*. 2015;14(48):1–7.
5. Bourgeois S, Drayton N, Brown AM. An innovative model of supportive clinical teaching and learning for undergraduate nursing students: the cluster model. *Nurse Education in Practice*. 2011;11(2):114–8.
6. Ekebergh MA. A learning model for nursing students during clinical studies. *Nurse Education in Practice*. 2011;11(6):384–9.

7. Øhra M. Digitale ferdigheter. Sosiokulturell læringsperspektiv. Behaviorisme – konstruksjonisme – sosiokulturell læringsperspektiv. Tilgjengelig fra: <http://www.digitalferdighet.no/metodikk/laeringsteorier> (nedlastet 01.06.2018).
8. Aase E. Kvalitetssikring og utvikling av kliniske studier for sykepleierstudenter i sykehjem. Et samarbeidsprosjekt mellom Porsgrunn kommune og Høgskolen i Telemark. Porsgrunn: Telemark Open Research Archive, TEORA; 2013. Prosjektrapport.
9. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
10. Kvale S. *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. 1. utg. London, New Delhi: Sage; 1996.
11. Aase E. Undervisningssykehjem – funky sykehjem? *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*. 2003;5(4):244–59.
12. Jebesen CH. Relasjonell koordinering – fremmer kvalitet og effektivitet i komplekse arbeidsprosesser. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*. 2015;7(2):13–6.
13. Sønsteby SN, Engelién RI, Arvidsson B. Mellom idealer og realiteter – Integrering av gruppeveiledningsmodellen SVIP i sykehjem. *Nordisk sykepleieforskning*. 2013;3(02):130–8.
14. Papastavrou E, Dimitriadou M, Tsangari H, Andreau C. Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: a research study. *BMC Nurs*. 2016;15(44):1–10.
15. Birks M, Bagley T, Park T, Burkot C, Mills J. The impact of clinical placement model on learning in nursing: a descriptive exploratory study. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2017;34(3):17–23.
16. Foss B. Faglige verdier som grunnlag for ledelse. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/faglige-verdier-som-grunnlag-ledelse> (nedlastet 30.11.2018).
17. Ingstad K. Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter. *Vård i Norden*. 2010;30(2):14–7.
18. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utdanninger-for-framtida/id2569698/> (nedlastet 30.11.2018).
19. Niederhauser V, Schoessler M, Gubrud-Howe PM, Magnussen L, Codier E. Creating innovative models of clinical nursing education. *Journal of Nursing Education*. 2012;51(11):603–8.



HOVEDBUDSKAP

Sykepleierstudenter på VID vitenskapelige høyskole, Diakonova har medisinsk og kirurgisk praksis i andre studieår. Slik praksis foregår i hovedsak i spesialisthelsetjenesten på sykehus. I et samarbeidsprosjekt ble sykepleierstudenter som skulle i medisinsk praksis, utplassert i kommunehelsetjenesten på Ryen helsehus. Prosjektet viste at læringsmiljøet og læringsutbyttet for sykepleierstudentene i praksis var godt. De hadde dyktige veiledere, relevante praktiske prosedyrer og pasienter med varierte medisinske diagnoser.

NØKKELOD:

- ▶ Undervisning ▶ Fagutvikling ▶ Forskning
- ▶ Sykepleierstudenter ▶ Helsehus

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.77134

Sykepleierstudenter kan få medisinsk praksis på helsehus

Det er behov for flere praksisplasser for å følge kravene i rammeplanen. Diakonova har prøvd ut Ryen helsehus som ny arena for praksisstudier i medisinsk sykepleie.

Samhandlingsreformen fører til at flere syke pasienter flyttes fra sykehus til kommunene for pleie og behandling. Vi får dermed færre praksisplasser for sykepleierstudenter på sykehus, og pasientene i kommunen er syke. I et samarbeidsprosjekt mellom VID vitenskapelige høyskole, Diakonova og Ryen helsehus i Oslo ble det lagt til rette for læring i praksis som tilsvarte medisinsk avdeling i spesialisthelsetjenesten.

PROSJEKTETS HENSIKT

Hensikten med prosjektet var å kartlegge hvorvidt helsehus kunne være

en ny, faglig relevant arena for sykepleierstudenter i medisinsk sykepleiepraksis. Rammeplanen for sykepleierutdanningen fastsetter at områdene for praksisstudier i spesialisthelsetjenesten skal være på medisinsk og kirurgisk avdeling.

Antallet sykepleierstudenter har økt de siste årene i tråd med et stipulert behov for flere sykepleiere i Norge (1). Samtidig har antallet senger i spesialisthelsetjenesten blitt færre som følge av samhandlingsreformen. Antallet praksisplasser for sykepleierstudenter i spesialisthelsetjenesten blir derfor færre, samtidig som behovet for sykepleiere øker (2).

FORFATTERE


Åshild Wik Desprée
Høgskolelektor, Fakultet for helsefag,
VID vitenskapelige høyskole



Ingrid Mathilde Sie
Førstelektor, VID vitenskapelige
høyskole



Lene Svendsen
Fagsykepleier,
Ryen helsehus



Solveig Ramthun
Fagsykepleier,
Ryen helsehus

Det trengs flere praksisplasser for å følge kravene i rammeplanen for sykepleierutdanningen (3). Vi har derfor prøvd ut helsehus som en ny arena for praksisstudier i medisinsk sykepleie.

BRUK AV HELSEHUS

Etablering av helsehus i kommunene er en konsekvens av samhandlingsreformen (4). Et av målene med samhandlingsreformen er at pasientene har færre liggedøgn på sykehus og blir skrevet ut tidligere til kommunehelsetjenesten, for eksempel til helsehus, hvor det er kompetanse til å fortsette behandling og pleie (4). Av-

delingene som tar imot pasienter som før ble behandlet på sykehus, har større tetthet av sykepleiere og andre fagutdannede enn tradisjonelle sykehjem.

På helsehus behandles nå alvorlig lidelse, og det pågår rehabilitering og palliativ pleie (5). Vi mener derfor at samhandlingsreformen åpner for nye muligheter for praksisplasser i medisinsk sykepleiepraksis i kommunene.

Det er utdanningsinstitusjonene som har ansvaret for å vurdere om studentene har nådd læringsmålene (6, § 1-3). Praksisstudier utgjør 50 prosent av studiet, og det skal legges



ALVORLIG LIDELSE: På helsehus har de kompetanse til å fortsette med behandling og pleie av syke pasienter etter at de skrives ut fra sykehus. Illustrasjonsfoto: MLS/Mostphotos

til rette for at studentene kan oppnå ønsket læringsutbytte.

Studentene skal ha målrettet læring: «Det innebærer at studentene i praksisstudier eksponeres for situasjoner som er velegnet for læring, men som ikke kan planlegges (f.eks. hjer-testans) eller som er vanskelig å måle (f.eks. utvikling av profesjonalitet, holdninger, taus kunnskap).» (7, s. 17). Det arbeides nasjonalt med å heve kvaliteten på praksisstudiene (7, 8). I tråd med disse satsingene er det også relevant å styrke veiledernes kompetanse.

MEDISINSK SYKEPLEIEPRAKSIS

Rammeplanen for sykepleierutdanningen fra 2008 åpner for at en av de to praksisperiodene, medisin eller kirurgi, kan utføres utenfor spesialisthelsetjenesten (3, §3c). Studieplanen på høyskolen beskriver innholdet i medisinsk praksis slik:

«Studenten vil i denne modulen møte mennesker som er akutt / kritisk syke eller som har langvarig helsesvikt og kronisk sykdom. Noen vil i tillegg ha nedsatt egenomsorgsevne. Modul 6 omhandler forebyggende, behandlende, lindrende, rehabiliterende og undervisende sykepleiefunksjoner. Det settes fokus på konsekvenser av sykdom og sammenheng mellom sykdom og helse.» (9, s. 40)

LÆRINGSUTBYTTE

Det er viktig for læringsutbyttet å ha meningsfulle læresituasjoner og en kontekst som gjør det mulig for studentene å oppnå læringsmålene i medisinsk sykepleiepraksis (10).

For å strukturere dataene og erfaringene vi samlet inn fra studentene, valgte vi å bruke Eurats to-trekantmodell (*two-triangle model*). Modellen beskriver faktorer som er viktige for å lære (11). Modellen har to trekanter med tre faktorer i hver som påvirker hverandre, slik at de kontekstuelle faktorene påvirker læringsfaktorene, og motsatt (figur 1).

METODE

I dette samarbeidsprosjektet avtalte vi at høyskolen fikk praksisplasser til et antall studenter i medisinsk sykepleiepraksis. Helsehuset fikk støtte til kompetanseheving for

«Studentene på Ryen helsehus mente at de fikk et godt og relevant læringsutbytte i praksis.»

sykepleiere, både innen veiledningskompetanse og faglig oppdatering. Helsehuset så også på prosjektet som en rekrutteringsmulighet. De la til rette for medisinsk sykepleiepraksis på tre poster.

Vi samlet inn data om studentenes erfaringer for å vurdere om helsehuset har relevante læresituasjoner og en kontekst som fremmer et godt læringsutbytte. Datainnsamlingen besto av følgende:

- Studentene svarte på et spørreskjema om deres erfaringer med og utbytte av praksisen.

- Studentene registrerte og gjennomførte praktiske prosedyrer.
- Studentene deltok i ett fokusgruppeintervju hver, til sammen tre forskjellige grupper.

Førsteforfatteren samlet inn og bearbeidet dataene fra studentene. Totalt 19 vilkårlig valgte studenter på andre året fikk åtte ukers medisinsk sykepleiepraksis ved post 1, 2, og 5 på Ryen helsehus fra oktober 2015 til mai 2017. Ryen helsehus har to fagsykepleiere. Alle veilederne fikk praksisveilederkurs.

Studentene fikk den samme oppfølgingen og ble målt med de samme målene som andre studenter på samme nivå i medisinsk sykepleiepraksis på høyskolen. Det innebar at studentene ble fulgt opp av en kontaktsykepleier og en lærerveileder gjennom hele perioden.

Læreren var til stede ved forventningssamtalen samt ved midt- og sluttvurderingen. I forventningssamtalen skal praksislæreren eller praksisstedet og studenten klargjøre hvilke forutsetninger og forventninger de har til hverandre og seg selv. Videre hadde læreren refleksjonsgrupper med studentene fem ganger i løpet av praksisperioden.

LÆRINGSFAKTORER

Det var viktig at studentene fikk relevant praksis (10). Vi undersøkte om praksisen var relevant ved at vi kartla læringsutbyttet i forbindelse med vurderingssamtaler, refleksjonsgrupper og fokusgruppeintervjuer. Prosedyrer ble også registrert, både av studentene og lederen på avdelingen. Alle studentene rapporterte at de var skeptiske til helsehuset som praksissted før praksisperioden startet, fordi de var redde for at praksisen skulle bli lik sykehjemspraksisen.

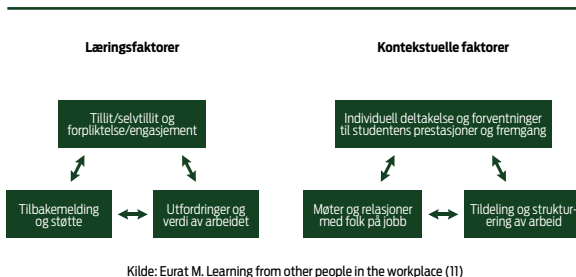
På to av postene møtte studentene både pasienter som var akutt og kritisk syke, eller som hadde langvarig helsevikt og kronisk sykdom. Mange pasienter hadde nedsatt egenomsorgsevne. At pasientene har helsesvikt, medisinske diagnoser og nedsatt omsorgsevne er i henhold til kravene både i rammeplanen (3) og studieplanen (9, kapittel 3) for praksisperioden. Registrering av gjennomførte prosedyrer viste at studentene på to av avdelingene kom bort til de fleste aktuelle prosedyrene.

Studentene erfarte at det var stor variasjon i prosedyrer på avdelingene. Den tredje avdelingen var en rehabiliteringsavdeling. Denne avdelingen ble ekskludert fra prosjektet fordi studentene etter kartlegging av tilgjengelige og utførte prosedyrer ikke fikk tilgang på nok medisinske prosedyrer, slik rammeplanen beskriver det (3).

FIKK GODT LÆRINGSUTBYTTE

Læringsutbytte er komplisert, og mye læring blir taus kunnskap som studentene synes er vanskelig å formidle, noe som stemmer overens med funnene til Eurat (11). Han beskriver at både livserfaring og annen utdanning gjør det utydelig hvor kunnskapen kommer fra. Studentene på Ryen helsehus mente at de fikk et godt og relevant læringsutbytte i praksis.

Figur 1. To-trekantmodellen. Læringsfaktorer og kontekstuelle faktorer



Kilde: Eurat M. Learning from other people in the workplace (11)

Alle studentene som fullførte og besto praksisperioden, fikk gode tilbakemeldinger fra veilederne på progresjonen og det faglige nivået. Det å kunne gå med en veileder og lære av forskjellige ansatte på praksisstedet var meningsfylt for studentene, som også er i henhold til Eurats funn (11). Det var til tider rolig på avdelingene, og da fikk studentene for lite å gjøre, slik at det var viktig å ikke ha for mange studenter på avdelingen.

ENGASJERTE LEDERE SMITTET

Studentene erfarte at motivasjonen og engasjementet til veilederne smittet over på dem. De mente selv at de lærte mye av motiverte veiledere. Eurat skriver at det er spesielt viktig å få tilbakemelding fra personer på arbeidssstedet de første månedene. Disse studentene var i praksis i åtte uker. Eurat (11) sier også at lederen på arbeidss-

«Alle studentene mente at veilederne hadde svært god kunnskap som de delte med dem.»

det har et stort ansvar for å skape en kultur og et miljø for god læring.

På Ryen helsehus hadde studentene engasjerte ledere og et godt arbeidsmiljø. Det førte til individuell deltakelse og forventninger fra ledelsen til studentenes prestasjoner og fremgang. Individuell deltakelse fra studentens side og forventninger til studenten er viktig for læring i praksis (7). Den tredje avdelingen hadde gode ledere, men fordi de praktiske oppgavene ikke var varierte nok til å være relevante for kravene i denne praksisperioden (3), kunne vi ikke fortsette å ha praksis der.

Alle studentene mente at veilederne hadde svært god kunnskap som de delte med dem. Høyskolen tilbyr veilederkurs, som veilederne gjennomførte. Sykepleieveilederne passet på at studentene fikk oppgaver som var rettet mot det medisinske. De gjorde studentene oppmerksomme på relevante læresituasjoner i praksis.

Studentene erfarte at de andre som jobbet på praksisstedet, som for eksempel lege og hjelpepleiere, også var flinke til å gi støtte og hyppige, faglige tilbakemeldinger. En student sa følgende: «Veilederne møter meg med

forståelse for at det er mye nytt, de bruker tid på å lære bort ting.»

Studentene syntes at de fikk tilbakemelding når de trengte det. De lærte mest når veilederen ga dem hyppige tilbakemeldinger, noe som stemmer med funnene i Eurats studie (11).

TOK ANSVAR FOR EGEN LÆRING

Studentene mente selv at de hadde vært engasjerte og tatt ansvar for sin egen læring, noe veilederne bekreftet. Dette engasjementet gjorde at veilederne og praksisstedet fikk tillit til studentene, og dermed fikk de enda mer ansvar. Tillit og selvtillit var nøkkelord som studentene brukte ofte. De var opptatte av at veilederen skulle ha tillit til dem, men også at de skulle ha tillit til veilederne. Tilliten måtte bygges opp fra starten av.

Personlig handlingsrom er viktig for å opprettholde motivasjonen (11, 12): «Når veilederen har tillit til meg og lar meg ta ansvar, da får jeg selvtillit», sa én av studentene. Selvtillit er viktig for å ha mot til å søke nye situasjoner og takle dem på en god måte (11, 12).

Tilbakemelding kan oppfattes som personlig kritikk, og derfor er det viktig at den knyttes til prestasjonene til studenten, og ikke til personen selv (13). Studenter trenger tid til å finne rollen sin (12). Mye er nytt, og de vet ikke helt hva det innebærer å være sykepleier (14).

KONTEKSTUELLE FAKTORER

Alle praktiske prosedyrer som høyskolen anser som relevante, er tilgjengelige på avdelingen, men ikke alle studentene fikk utført alle prosedyrene i løpet av perioden. Da

«Når veilederen har tillit til meg og lar meg ta ansvar, da får jeg selvtillit.»

Student

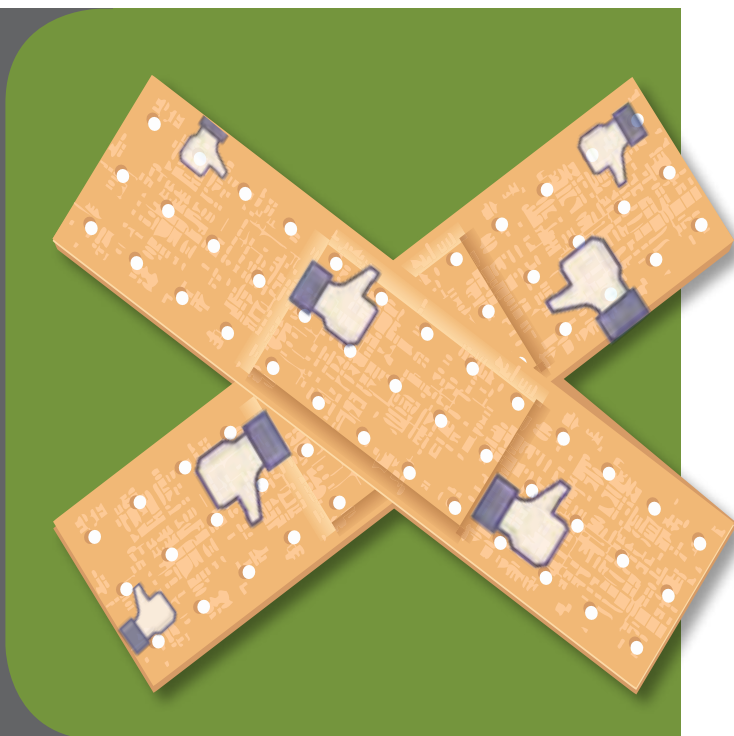
kan det være at studentene ikke får utnyttet hele læringspotensialet sitt i praksis. Det er en sammenheng mellom læringserfaring og pasientsituasjoner (15).

Studentene mente at praksisstedet og veilederne hadde god oversikt over hva de skulle utføre i praksisperioden for å få et godt utbytte. Studentene sa at veilederens rolle

ANNONSE

Følg eller lik oss
på Facebook,
så holder du
deg oppdatert
på den nyeste
sykepleieforskningen

[facebook.com/
SykepleienForskning](https://facebook.com/SykepleienForskning)



er utslagsgivende: «Det er avgjørende at alle i avdelingen hører fordelingen, ellers er det fort gjort at noen andre bare gjør én prosedyre eller oppgave som vi kan lære mye av.»

Studentene erfarte at veilederen er avhengig av å få hyppige tilbakemeldinger fra studentene med informasjon om deres læringsbehov, slik at veilederen deretter kan gi studentene tilbakemelding om progresjon og evaluering. Avdelingen har opprettet et simuleringsrom der de brukte caser og drillet studentene i teori og praksis, noe som studentene syntes var svært nyttig.

BLE GODT MOTTATT

Alle studentene følte seg godt mottatt på avdelingen. En student uttalte følgende: «Det virker som at alle har lyst til å ha oss studenter der.» En annen sa dette: «Det er et godt arbeidsmiljø.»

Det var gode muligheter for tverrfaglig samarbeid. Studentene rapporterte at det er trygt å ha medstudenter på samme post, for da kan de støtte hverandre og dele erfaringer. Det var imidlertid ikke bra å være for mange studenter på postene, for da ble det mindre tilgang på prosedyrer. To studenter per post ga det beste utbyttet.

De opplevde forventningen fra praksisstedet og høyskolen som stor, men overkommelig: «Jeg forventer at veileder har tålmodighet og vil legge til rette for god læring, men også at hun krever noe av meg.»

Studentene hadde selv hovedansvaret for læringen, men veilederens rolle var viktig her også. De som hadde opplevd dårlig veiledning, mente at det demotiverte dem, og de presterte ikke like godt som da de hadde en god veileder.

Studentene følte selv at de hadde utnyttet mulighetene for god læring på praksisstedet. De merket at det var forventet at de var engasjerte og nysgjerrige. Det var også forventet en tett kommunikasjon med veilederne og de andre i praksis.

Både læringsmiljøet, diskusjoner og observasjoner er viktige for å utvikle en profesjonell identitet (11). Også dette erfarte studentene på Ryen helsehus. En sa som følger: «Jeg er imponert over hvor faglig sterke de er, det må være gøy. Jeg vil bli slik, da vil jeg føle meg som en stolt sykepleier.»

FAKTORENE PÅVIRKER HVERANDRE

Både læringsfaktorer og kontekstuelle faktorer påvirker læring, og faktorene påvirker hverandre (10–12). Derfor er det viktig å ha oppmerksomheten rettet mot begge disse aspektene når vi skal kartlegge og evaluere et praksissted. Fokusgruppeintervjuene i Ryen-prosjektet avdekket at studentene mente at disse momentene var viktige: måten de ble tatt imot på, på praksisstedet, praksisveilederens kompetanse i veiledning og fag samt tilgangen på varierte medisinske sykepleieroppgaver.

Prosjektet viste at kontekst og læring henger tett sammen, noe som Hjalmluhlt bekrefter i studien med helseøsterstudenter om å «erobre handlingsrom» (12). Det hjelper ikke å ha et praksissted med muligheter for å lære,

hvis det ikke er en kontekst som legger til rette for relevant læring (3, 10, 11).

KONKLUSJON

Praksisperioden i medisinsk sykepleie på Ryen helsehus ga studentene mulighet til å nå sine læringsmål i henhold til studieplanen. Veilederens rolle og tilbakemelding var viktige for å utnytte mulighetene fullt ut. Læreren og høyskolen har ansvaret for å legge til rette og skaffe nok relevante praksisplasser, som blant annet innebærer at vi må følge pasientstrømmen ut i kommunene.

Vi mener at prosjektet viser at helsehus kan være egnet som praksisplass for sykepleierstudenter i medisinsk sykepleie, men at vi må være bevisste på hvilke avdelinger som blir valgt for at studentene skal oppnå læringsutbyttet. Helsehus bør kartlegges ytterligere med tanke på forflytningen av sykere pasienter til kommunene etter samhandlingsreformen. ●

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Økt behov for sykepleiere i årene som kommer. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/okt-behov-for-sykepleiere-i-arene-som-kommer> (nedlastet 02.05.2017).
2. Hovland J, Midbøe OM. Tallene fra Samordna opptak klare: Rekordmange vil bli sykepleiere. Oslo: NRK; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/norge/tallene-fra-samordna-opptak-klare_rekordmange-vil-bli-sykepleiere-1.13049127 (nedlastet 02.05.2017).
3. Rammepplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (nedlastet 05.06.17).
4. Samhandlingsreformen i kortversjon. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon/id650137> (nedlastet 01.01.2018).
5. Raustøl TI. Den nye helsehusbevegelsen. Oslo: Dagens Medisin; 2014;19. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/11/17/den-nye-helsehusbevegelsen> (nedlastet 21.03.2018).
6. Lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15/%25C2%25A74-3#%C2%A74-3> (nedlastet 20.03.2018).
7. Universitets- og høyskolerådet. Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Oslo: Universitets- og høyskolerådet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/86921e6e6f4c45d9a2f67fda3e6eae08/praksisprosjektet-sluttrapport.pdf> (nedlastet 02.04.2018).
8. Norsk studentorganisasjon. Høring – UHR, NFE-HS, på forslag til nasjonale retningslinjer for praksisveilederutdanning. Oslo: Norsk studentorganisasjon; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.student.no/content/uploads/2017/12/H%9C3%BB8ringsuttalselse-Forslag-til-nasjonale-retningslinjer-for-praksisveilederutdanning-26-10-2017.pdf> (nedlastet 08.05.2018).
9. Studieplan Bachelor i sykepleie. Oslo: Diakonova; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.vid.no/site/assets/files/14556/studieplan-bachelor-i-sykepleie-diakonova-bis2016-vid.pdf?lgx502> (nedlastet 24.05.2019).
10. Bisholt B, Ohlsson U, Engstrøm AK, Johannson AS, Gustafsson M. Nursing students' assessment of the learning environment in different clinical settings. *Nurs Edu in Pract.* 2014;14(3):304–10.
11. Eurat M. Learning from other people in the workplace. *UK Oxford Review of Education.* 2007;33(4):403–22.
12. Hjalmluhlt E. Helseøsterstudenters læring i praksis: Erobring av handlingsrom. Oslo: Sykepleien Forskning; 2009. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/07/erobring-av-handlingsrom> (nedlastet 18.05.2018).
13. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Review of Educational Research.* 2007;77(1):81–112. DOI: 10.3102/003465430298487
14. Havnes A. Læring i høyere utdanning. Om forholdet mellom kunnskap, identitet og læring. *Norsk ped tidsskrift.* 2014;96(1):4–14.
15. Henriksen N, Normann HK, Skaalvik MW. Development and testing of the Norwegian version of the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLEST) evaluation scale. *Int J of Nurs Edu Scholarship.* 2012;9(1):1–15.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



ADMINISTRERENDE
DIREKTØR

SØKNADSRIST: 20.09.2019
STED: OSLO



ADMINISTRERENDE
DIREKTØR

SØKNADSRIST: 30.09.2019
STED: MØRE OG ROMSDAL



BEHANDLINGSHJEMS-
KONSULENT
100 %

SØKNADSRIST: 10.09.19
STED: AKERSHUS



ASSISTANT
PROFESSOR(S)

The Department
of Public Health

SØKNADSRIST: 15.09.19
STED: FØRDE



Stryn kommune

SYKEPLEIER

1 x 100 % fast
1 x 100 % vikariat

SØKNADSRIST: 16.09.19
STED: STRYN



STOMISYKEPLEIER

100 % (fordelt 50 %
på stomipoliklinikk og 50 %
på sengepost)

SØKNADSRIST: 15.09.19
STED: TØNSBERG



FORSKNINGSSYKE-
PLEIER/BIOINGENIØR

Engasjement 100 %

SØKNADSRIST: 16.09.19
STED: OSLO



INTENSIVSYKEPLEIER

Ekstravakt ved PO/
intensiv i Akuttklinikken

SØKNADSRIST: 30.12.19
STED: OSLO



SEKSJONSKONSULENT
- ARA KONNERUD

Klinikk for psykisk helse
og rus i Vestre Viken HF

SØKNADSRIST: 01.10.19
STED: DRAMMEN



TRONDHJEMS
HOSPITAL

AUTORISERT
SYKEPLEIER

Fast 65,73% stilling på natt
med hver 3.helg

SØKNADSRIST: 08.09.19
STED: TRONDHEIM



BERGEN KOMMUNE

AVDELINGSLEDER
2 X 100 %

Barne- og familietjenesten

SØKNADSRIST: 12.09.19
STED: BERGEN



Skann qr-kode for flere
ledige stillinger på nett


FORFATTER

Terje Årsvoll Olsen
Medlem av Rådet for sykepleieetikk,
førstelektor, Høgskolen på Vestlandet

Tar vi vare på faglig og etisk kompetanse?

Det er stor forskjell på god sykepleie og sykepleie som er «god nok», skriver Terje Årsvoll Olsen i Rådet for sykepleieetikk.

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2019.76754

Veren blant sykepleiere til å øke sin kompetanse har kanskje aldri vært høyere enn den er i dag. Og tilbudene på universiteter og høyskoler med videreutdanning, masterprogram og ph.d. har aldri vært mer innholdsrike og allsidige. Som sykepleier kan du ta både fagspesifikke og tverrprofesjonelle utdanninger og kurs, og med det heve både din faglige og etiske kompetanse. Men hvor står økt kunnskap, sterkere faglighet og etikk i relasjon til institusjonenes praksis og prioriteringer?

KOMPETANSEHEVING KOSTER

Både ansatte og helsetjenesten investerer i kompetanseheving. Det brukes store summer på å legge til rette for at ansatte skal kunne øke sin kompetanse. Det gis fri med og uten lønn, det deles ut stipend, og mange bruker av egne midler for å sikre seg en videreutdanning eller en master.

Da kravet om master kom for fullt, også kalt «master-syken», resulterte det i et kor av klager, men dette har stilnet nå. Ikke alle deler av spesialisthelsetjenesten er heller så opp-tatt av at kandidatene i intensiv-, anesthesi- eller operasjons-sykepleie skal fullføre hele masteren. Vi ser likevel at det ansettes stadig flere med mastergrader eller ph.d. i helsetjenesten.

Det kan virke som om helsetjenestene er blitt mer villige til å betale for denne kompetansen. Men hvordan står det til med den kunnskapsbaserte praksisen? Vi arbeider nemlig innenfor en statlig regulert kunnskapsbasert praksis. Jeg er helt sikker på at det finnes mange steder der de ansatte både har tid og rom til å jobbe kunnskapsbasert. Mange steder holdes denne fanen høyt. Men dessverre ser vi i Rådet for sykepleie-etikk at det en del steder ikke fungerer så godt.

PASIENTSIKKERHET UNDER PRESS?

Pasientsikkerhet er et satsingsområde både i helsetjenesten og i utdanningen. Likevel leser vi tidvis i avisene om unødvendige dødsfall på grunn av høyt arbeidspress og for lite bemanning.

En mann døde på akuttmottaket, fordi helsepersonell ikke hadde tid til å følge ham opp. Sykepleierne hadde over lang tid levert 100 avviksmeldinger knyttet til bemanningssituasjonen

og pasientsikkerheten uten at det førte til noe (1). Det er dyktige medarbeidere som jobber i et akuttmottak, men det hjelper altså ikke når det ikke er nok av dem.

Forsker Terje Mesel (2) viser til tall fra Helse- og omsorgs-departementet om at cirka 16 prosent av alle innleggelses- og utleggelsesfall i 2010 var forbundet med skade. 0,7 prosent av disse døde. Det vil si 4700 dødsfall per år. Vi fikk en nedgang etter innføringen av pasientsikkerhetsprogrammet i 2010–2012. Tallene for 2017 viser pasientskader i 13,7 prosent av pasientoppholdene. Antall skader som fører til forlenget innleggelse, har økt i perioden 2012–2017. Antall skader som krevde livreddende behandling, eller som førte til død, har sunket svakt i samme periode (3).

Årsaksforholdene er sammensatte: menneskelig svikt, systemsvikt, eller det kan være en organisering som ikke fungerer optimalt.

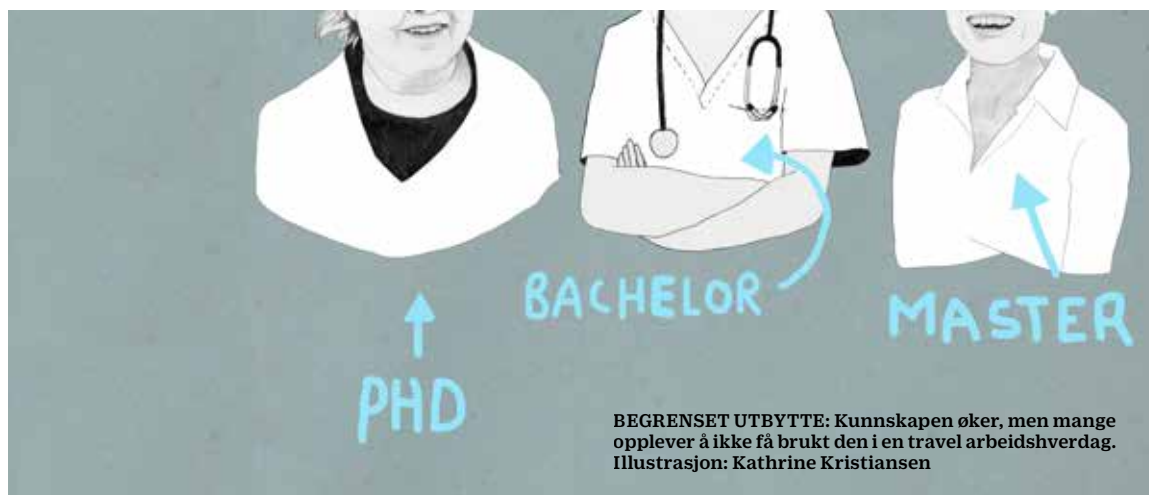
Vi vet at det er uunngåelig at feil skjer når mennesker er involvert. Samtidig vet vi at høyt press, høyt tempo,

«I enhetsledelsen har sykepleien, som er den egentlige grunnen til innleggelse, ofte tapt.»

ventende pasienter og underbemanning svekker pasient-sikkerheten. Slike forhold kan medføre at kompetent hel-sepersonell velger bort det å jobbe direkte pasientrelatert (2). Yrkesetiske retningslinjer (YER) punkt 1.3 sier at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Om lag 18 000 sykeplei-ere jobber ikke lenger som sykepleiere, og mange av disse oppgir at de ikke orket følelsen av å ikke strekke til, frykten for gjøre feil og opplevelsen av å være alene med ansvaret.

FAGLIG FORSVARLIGHET OG OMSORGSFULL HJELP I SKVIS?

Faggruppene melder til oss at omsorgsfullhet taper mot øko-nomien. Særlig barn er svært sårbare. Drivkraften for mange som vil bli sykepleiere, er ønsket om å utgjøre en forskjell og om



å hjelpe folk som har det vondt og vanskelig. Pasienter dør fortsatt ofte alene. Det er stor forskjell på god sykepleie og sykepleie som er «god nok». Flere faggrupper melder at rapporterte avvik ikke blir tatt på alvor før alvorlige hendelser inntreffer.

BORTKASTET Å GÅ PÅ KURS?

Mange av oss har opplevd frustrasjon over å ha vært på kurs og fått ny innsikt og ny inspirasjon, bare for å komme tilbake på jobb og oppleve at det ikke er tid til å nyttiggjøre seg av den. Eller enda verre, ingen spør hva du har lært. Dette er både et lederansvar og et kollegaansvar. YER punkt 1.1 understreker at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Hvis det ikke settes av tid til fagutvikling eller kompetanseheving, får man lite igjen for investeringen.

HVOR BLIR DET AV PERSONSENTRERT SYKEPLEIE?

Personsentrert sykepleie er et mål, men ressursene strekker ikke til. Helseministeren og regjeringen snakker om pasientens helsetjenester, men fortsatt opplever sykepleiere at det er diagnosen som bestemmer og ikke en helhetlig pasientvurdering. Dette har med økonomi og refusjonsordninger fra folketrygden å gjøre. Etikken kommer i andre rekke.

Studenter har rapportert at pasienter blir sendt mellom avdelinger med ut- og innprosedyrer, for at DRG (diagnose-relaterte grupper) skal bli registrert. Det fører til for tidlige utskrivninger og retur i neste runde. Totalt er det 16 prosent reinnleggelse før det er gått 30 dager for pasienter over 67 år i Norge. (4). Sykepleiere er ofte ikke enige når legen sier at pasienten er ferdigbehandlet. Men det er ingen DRG for sykepleie og dermed ikke økonomisk incentiv for sykepleie.

Min påstand er at den eneste grunnen til at pasienter trenger å bli innlagt på sykehus, er at de trenger sykepleie – uten det kunne behandlingen foregått som dagkirurgi eller på poliklinikk. Har vi mot til å stå for dette? Har vi en tydelig stemme på pasientens vegne, eller er vi nikkedukker for systemet? Når sykepleieren i spesialisthelsetjenesten får beskjed fra legen om at pasienten er ferdigbehandlet, gjør hun da en

sykepleiefaglig vurdering av om hun som sykepleier er ferdig med ham? I gamle dager var oversykepleierne en garantist for kvalitet. I enhetsledelsen har sykepleien, som er den egentlige grunnen til innleggelse, ofte tapt.

KVALITET PÅ SYKEPLEIETJENESTEN

Hvis kvaliteten i sykepleietjenesten skal styrkes og kompetanseutviklingen komme pasientene til gode, bør sykepleiere gis større tillit, og faget må avgjøre rett sykepleie- og omsorgsnivå, ikke økonomi eller DRG. Bemanningen må være slik at både etisk og faglig refleksjon får en plass. Underbemanning er selvforsterkende (5). Sykepleiere og annet helsepersonell må være profesjonelle pådrivere for faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Det må det være full åpenhet om og refleksjon rundt kvalitet, også innenfor sykepleietjenesten. Pasientmedvirkningen må bli reell, men ikke en sovepute. Vi må spille på lag med pasienter og pårørende, og service må være fundamentet, ikke lønnsomhet (6). Slik ivaretar vi faglig og etisk refleksjon og kompetanse. ●

REFERANSER

1. Otterlei SS. Sykepleierne varslet over hundre ganger om underbemanning før Daniel (43) døde. NRK.no. 19. desember 2018; kl. 05:48.
2. Mesel T. Når noe går galt: Fortelling om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm; 2014.
3. Helseinspektoratet. Pasientskader i Norge i 2017 Målt med Global Trigger Tool. Oslo: Helseinspektoratet; 2017. Rapport IS-2757.
4. Helseinspektoratet. Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning per kommune. Oslo: Helseinspektoratet; 07.03.2019. Tilgjengelig fra: <https://www.helseinspektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitet/sindikato>. (nedlastet 15.04.2019).
5. Gautun H, Øien H, Bratt C. Underbemanning er selvforsterkende – Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: NOVA; 2016. Rapport 6/16.
6. Støstad JE. En tredje vei for velferden På sporet av framtidens helse, omsorg og skole. Oslo: Gyldendal Arbeidsliv; 2015.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

HOVEDBUDSKAP

Pasienter som ikke har gode språkkunnskaper i norsk, er mer utsatt for uønskede hendelser ved sykehusinnleggelse enn pasienter som snakker godt norsk. Språkproblemer kan for eksempel gjøre det vanskelig å innhente korrekt informasjon om pasienten og føre til feil bruk av medisiner. I den daglige kontakten mellom sykepleier og pasient blir det brukt ulike teknikker for å bygge bro over språkbarrieren. Den sikreste måten å håndtere en språkbarriere på er å bruke en kvalifisert tolk. Likevel finnes det et stort underforbruk av tolketjeneste.

NØKKELORD:

- ▶ Flyktning ▶ Innvandrere ▶ Pasientrettighet
- ▶ Sikkerhet ▶ Spesialisthelsetjenesten

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.74962

Hvordan unngå at språkvansker fører til feilbehandling?

Dårlige norskkunnskaper kan føre til at innvandrere får feil behandling på sykehus. Sykepleiere kan forhindre feilbehandling, blant annet ved å bruke tolk.

Norge har blitt et flerkulturelt land, og de nyeste statistikkene viser at innvandrere utgjør cirka 14 prosent av hele befolkningen. Som innvandrere betegnes en person som er født utenlands av to utenlandske foreldre. Begrepet rommer alle grupper av innvandrere: arbeidsinnvandrere, flyktninger og asylsøkere (1). Mange av dem kan ikke snakke norsk eller snakker for

dårlig til å kunne forstå norsk i medisinsk sammenheng. Mangel på effektiv kommunikasjon skaper en rekke utfordringer for det norske helsevesenet og selvfølgelig også for sykepleiere som skal utøve faglig forsvarlig helsehjelp til denne pasientgruppen. Flere internasjonale studier viser at pasienter som opplever språkbarrierer, er mer utsatt for uønskede hendelser eller nesten-hendelser enn pasienter som er språkkundige (2–5).

I denne artikkelen ønsker vi å besvare følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere ivareta pasientsikkerheten til innvandrere med språkbarrierer når de er innlagt på sykehus i Norge?»

Vi vil besvare problemstillingen ved å presentere de viktigste faremomentene under en sykehusinnleggelse, beskrive hvordan sykepleier kan bygge bro over en

FORFATTERE


Kathy Sommerfeld
Sykepleier



Adriana Rosenberg
Førsteamanuensis, Avdeling for kvalitet og helse teknologi, Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger

kommunikasjonsbarriere mellom seg og pasienten, samt peke på noen mulige grunner til underforbruk av profesjonell tolketjeneste med hovedvekt på overvurdering av pasientens språkferdigheter.

Artikkelen er en litteraturstudie og baserer seg på forskningsartikler som er fagfellevurderte. Vi har sett på problemstillingen både fra pasientenes og helsepersonellens perspektiv. Fors-

kningen vi har benyttet, har foregått på sykehus.

Mesteparten av artiklene benytter seg av en kvalitativ tilnærming, og de to andre kombinerer kvalitative og kvantitative forskningsmetoder. Ved artikkelvalg brukte vi andre inklud-

«Pasienter med språkbarriere er mer utsatt for feilmedisinering.»

deringskriterier, som at artikler ikke skulle være eldre enn ti år, og resultatene måtte være fra land som kan sammenliknes med Norge. I tillegg brukte vi relevant litteratur i form av bøker og offentlige publikasjoner for å belyse problemstillingen.

TRUER SIKKERHETEN

Hvordan blir pasientsikkerheten truet?

Det kommer tydelig frem i studiene at pasienter som



FEILMEDISINERING: Pasienter som ikke forstår hva de blir fortalt av helsepersonell, kan ta medisiner på feil måte. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

behøver tolkehjelp under innleggelse, har større risiko for å bli rammet av en uønsket hendelse, som ikke skyldes prosedyrer eller teknologi, enn pasienter som er språkkyndige.

Den største kilden til feil under sykehusinnleggelse er avvik i medisinerer for alle pasienter, men også her viser forskning at pasienter med språkbarriere er mer utsatt for feilmedisinerer (2).

Studier presenterer ulike situasjoner når pasientsikkerhet ved språkbarriere blir truet i særlig stor grad. Ved å sammenfatte data fra alle artiklene utarbeidet vi følgende liste over faremomenter under en sykehusinnleggelse:

- **Kontroll av pasientens personalia**

Pasientsikkerheten blir truet når sykepleiere ikke kontrollerer pasientens identitet og fødselsdato under daglige sykepleieoppgaver som medisnutlevering eller administrering av intravenøs behandling (3). Dersom pasienten ikke har navnebånd på seg og ikke snakker majoritetsspråket, blir det umulig å kontrollere personalia (4).

- **Medisinerer**

Når det ikke er mulig å kommunisere med pasienten angående medisinaladministrering, kan pasienten bli utsatt for uønskede hendelser (2, 4, 5). Det blir vanskelig å forklare pasienten hvordan og når legemidler skal administreres, uten å snakke felles språk. Feil medisinaladministrering kan forårsake forverring av sykdommen (5). Hemmet kommunikasjon kan også føre til at det blir umulig å sjekke om pasienten har tatt medisiner på egen hånd eller ei, noe som kan resultere i at pasienten inntar dobbel dose (2).

- **Væskebalanse**

Et annet faremoment under sykehusinnleggelse er administrering av væske og måling av pasientens væskebalanse. Når balanse mellom væskeinntak og diurese ikke kan bli fulgt opp på en korrekt måte, minsker pasientsikkerheten. Manglende kommunikasjon med pasienter fører for eksempel til at pasienter lar være å bruke bekken/urinflaske og later vannet i toalettet. Enkelte klarer ikke å forstå helsepersonells anbefalinger angående væskeinntak. Dårlig oppfølging av væskebalanse kan føre til dehydrering, nyresvikt eller hjertesvikt (3).

- **Smertevurdering og smertelindring**

Når sykepleier og pasient ikke snakker felles språk, blir korrekt smertevurdering en utfordring, og smerter kan bli både over- og undervurdert. Situasjoner når pasienten lar være å gi uttrykk for smerter selv om han virker smertepåvirket, ble rapportert. Inadekvat smertevurdering kan resultere i unødvendig lidelse eller overforbruk av smertestillende medisiner (3).

- **Utskrivelse og oppfølging etter utskrivelse**

Oppfølging etter sykehusinnleggelse ble også identifisert som faremoment for pasienter som ikke behersker majoritetsspråket. Dårlig oppfølging etter utskrivelse kan føre til flere unødvendige reinnleggelser (3, 4).

Den vanligste måten å følge pasienten opp på etter at han/hun forlater sykehuset, er med telefonsamtale. Det ble imidlertid funnet i journalene at mange av samtalene med pasienter med et annet språk ikke var vellykket på grunn av eksisterende språkbarriere. Likevel ble samtalene registrert som gjennomført i dokumentasjonen (3).

- **Forklaring av risiko ved handling**

Misforståelser angående anbefalinger fra helsepersonell kan føre til uønskede hendelser eller nesten-hendelser. Pasienter som ikke forstår at de burde bli sengeliggende, og

«Å måtte ta denne kampen gang på gang oppleves ofte som meget frustrerende.»

ikke stå opp uten hjelp, går ut av sengen. Det kan føre til fall og skade (4).

Et annet faremoment er når pasienten skal vurdere risiko ved en gitt behandlingsmetode og bestemme over sin behandling uten å forstå hva behandlingen vil innebære. Suurmond gir i sin artikkel eksempler på enkelte pasienter som på grunn av språkbarrierer plutselig nektet biopsi, eller som ikke kunne forstå et ugunstig utfall av en prenatal Down-syndrom-test (2).

- **Prosedyrer før undersøkelser og pre-operativ pleie**

Pre-operativ pleie og prosedyrer før undersøkelser er også potensielle risikosituasjoner for pasienter med språkbarriere. Misforståelser i kommunikasjonen kan føre til at pasienter ikke får informasjon om at de skal bli operert, helt til operasjonsdagen kommer (5), eller at de ikke er i stand til å ta stilling til prosedyrer de skal gå igjennom (4). I tillegg er det vanlig at pasienter kommer uforberedt til undersøkelser eller behandling, for eksempel uten å ha fastet i en bestemt periode (2).

Ved at sykepleiere får økt kunnskap om faremomentene som kan redusere pasientsikkerheten, kan de utføre sykepleie til pasienter som ikke snakker godt norsk, på en mer faglig forsvarlig måte.

AKTIV BROBYGGING

I de tilfellene profesjonell tolk ikke blir brukt, må pasienter og helsepersonell ta i bruk andre teknikker for å oppnå en viss grad av felles forståelse. Disse teknikkene kaller vi brobygging.

Til tross for at sykepleierinformanter identifiserer kommunikasjon med pasienter som en av de viktigste komponentene i profesjonell omsorg (6), ser vi også at helsepersonell ikke føler seg ansvarlig for å bygge bro over kommunikasjonsvansker og overlater brobyggingen heller til pasient eller pårørende. Helsepersonell føler heller ikke alltid behov for å tilkalle profesjonell tolk (3).

Pasienter beskriver det å klare seg med utilstrekkelige språkkunnskaper som en kamp. Å måtte ta denne kampen gang på gang oppleves ofte som meget frustrerende (5).

Innvandrere som ikke snakker norsk, har rett til forsvarlig

helsehjelp, brukermedvirkning og informasjon på lik linje med resten av befolkningen. Rett til forsvarlig helsehjelp er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 til 3-5 og § 4-1 (7) og i helsepersonelloven § 10 (8) samt i likestillings- og diskrimineringsloven § 10 (9), der vi kan finne blant annet forbud mot diskriminering på grunn av etnisitet. Etnisitet forklares videre i loven som nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge og språk. I henhold til disse lovene har helsepersonell ansvar for å tilrettelegge for god kommunikasjon med pasienter med språkbarriere.

RAPPORTER PROBLEMER

Hvis vi skal klare å bygge bro over språkbarrierer i helsevesenet, må vi først avdekke hvor vanlig det er at utenlandske pasienter har problemer med å forstå norsk, og rapportere dette (5).

En nederlandsk studie (3) påpeker at 30 prosent av språkbarrieretilfellene i nederlandske sykehus ikke blir dokumentert i pasientjournalen, noe som også kommer til syne i den offentlige publikasjonen «Tolking i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd».

Tilstrekkelig avdekking og dokumentering forblir trolig utfordrende å få til av to viktige grunner: mangel på et bestemt, fast sted i journalsystemet der man skal dokumentere språkbarrierer (3) og at vurdering av språkferdigheter er en oppgave helsepersonell verken har kompetanse i eller verktøy til (10).

Forbedringer vil kreve trening i å vurdere språkferdigheter og bedre rutiner i dokumentering og tilrettelegging av systemene (4, 10).

PÅRØRENDE KAN FEILTOLKE

Familiemedlemmer blir i daglig praksis ofte brukt som tolker og kontaktpunkt mellom helsepersonellet og pasienten (2–4). Forskning viser at til tross for at helsepersonell hadde tilgang til profesjonell tolketjeneste, valgte de ofte å bruke pårørende i stedet (2).

Bruk av pårørende som tolk, i stedet for å benytte seg av profesjonell tolketjeneste, kan føre til feil tolkning av det som blir sagt, og i medisinsk sammenheng kan mistolkninger føre til alvorlige kliniske konsekvenser (2, 3).

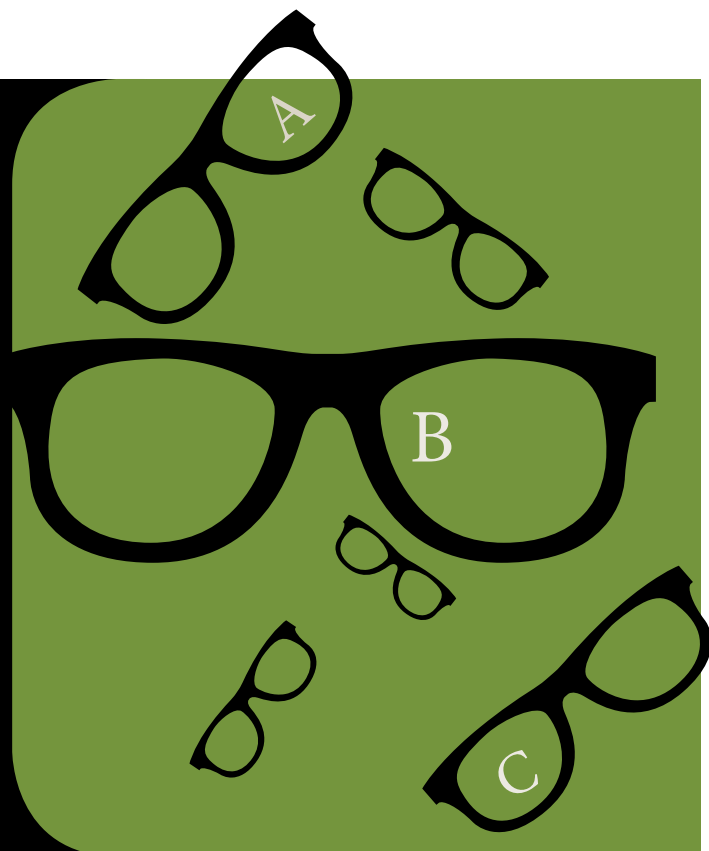
Forskning viser at den vanligste måten å prøve å håndtere

ANNONSE

Skriver du
oppgave?

Sjekk

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



språkbarrierer på i helsevesenet i Nederland er å bruke pårørende som tolk. Bruk av pårørende forblir omfattende, selv om tolketjenesten i Nederland, i likhet med den norske, er gratis (2). Det blir ansett som lettere å bruke et familiemedlem til å kommunisere med pasienten enn en tolk.

Helsedirektoratet advarer mot å bruke pårørende i stedet for kvalifisert tolk ettersom bruk av pårørende som tolk kan føre til at viktig informasjon blir holdt tilbake og nødvendig helsehjelp ikke blir gitt (11). Det er vanskelig å vurdere hvor godt pasientens pårørende kan norsk. I tillegg, selv om pårørende kan norsk godt, garanterer det ikke for at innholdet i samtalen blir riktig tolket.

Pårørende har følelsesmessig tilknytning til pasienten, noe som gjør at de vanskelig kan utøve tolkens rolle, som er å oversette det som blir sagt nøyaktig og holde seg nøytral. Bruk av barn er strengt forbudt med mindre en krisesituasjon oppstår (12).

VIL IKKE VÆRE TIL BRY

Hvorfor velger pasienter å forsøke å klare seg på egen hånd?

Forskning viser at pasienter ofte må forsøke å komme seg gjennom sykehusinnleggelsen med sine utilstrekkelige språkkunnskaper dersom profesjonell tolk eller tospråklig helsepersonell ikke er tilgjengelig (2, 4, 5). Slike situasjoner skjer til tross for at helsepersonell er klar over at mangel på tolk kan ha negative konsekvenser for behandlingskvaliteten. Den vanligste kommunikasjonsmåten hos pasienter som ikke snakker majoritetsspråket, er kroppsspråk og bruk av gestikulasjon, for eksempel smile og nikke (12).

Grunnen til at pasienter velger å prøve å klare seg på sykehuset med sine utilstrekkelige språkkunnskaper er at pasienter ikke ønsker å være til bry for helsepersonell, særlig fordi de føler at deres språkbarriere allerede er et problem og en utfordring for helsepersonell (5).

Sykepleiere har ansvar for å bygge bro over pasientens kommunikasjonsvansker, og vårt ansvar er at pasienten ikke blir nødt til å måtte håndtere situasjonen med sine utilstrekkelige norskkunnskaper. Slike pasienter er i en sårbar situasjon, og det kan være at de ikke våger å be om språkassistanse. Pasientene er redde for å bli stigmatisert (5). Majoritetsspråk gir makt, og det å beherske språket er en kilde til selvtillit (12). Et voksent menneske som mister sin språklige kompetanse, kan oppleve skamfølelse, sorg eller stor frustrasjon (5, 12). Det er derfor viktig at sykepleier i møte med en ikke-norsktalende pasient tar i bruk verktøy for å akseptere (12) og anerkjenne pasientens språk, først og fremst ved å bruke kvalifisert språkassistanse.

TOLK GIR ØKT SIKKERHET

Bruk av kvalifisert tolk har vist seg å være den beste måten å sikre god kvalitet av tjenester og øke pasientsikkerheten på (2–5, 10). En studie foretatt i Danmark viser at 28,4 prosent av innvandrermenn og 41,7 prosent av

innvandrerkvinner med tre til sju års botid i Danmark mener at de behøver tolk for å kunne forstå en medisinsk konsultasjon. Behov for tolkeassistanse øker med høyere alder ved ankomst til landet, lavere utdanning og dårligere helsestatus (13).

Bruk av profesjonell tolk er nødvendig for å kunne tilby likeverdige helsetjenester til den delen av befolkningen som ikke snakker majoritetsspråket, og dermed øke pasientsikkerheten.

Likevel er underforbruk av tolketjeneste stadig til stede i sykehusetjenesten, til tross for at rett til tolketjeneste er lovfestet, og til tross for tilstrekkelig finansiering (7–10).

En tidligere studie ved Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) viser at 30 prosent av helsepersonell i norske sykehus formidler at det ofte oppstår situasjoner hvor tolk ikke blir brukt, til tross for at pasienten ikke snakker tilstrekkelig godt norsk (14). Underliggende grunn til underforbruk av tolketjeneste har vist seg å være et komplisert fenomen som ikke bare går på tidsmangel. Le og medarbeidere identifiserer fem hovedårsaker til underforbruk av tolketjeneste.

Fire årsaker beskriver manglende informasjon om tolkebehov eller rett til tolk, enten på pasientens side eller helsepersonellens side. Den femte årsaken, som vi velger å utdype mer, handler om at helsepersonell ikke er i stand til å vurdere pasientens språkferdigheter (10).

Sykepleierens mislykkede forsøk på å vurdere pasienters språkferdigheter fører til at pasienter som snakker «litt» norsk, ikke tilbys tolkehjelp selv om de hadde hatt behov for det. Manglende evne til å kunne vurdere pasienters språkkunnskaper fører til at det oppstår en gråson som rommer pasienter som klassifiseres som kyndige nok til å forstå norsk i medisinsk sammenheng, men som ikke egentlig forstår godt nok det som blir sagt. Pasienter kan mangle ord for å kunne beskrive sin sykdomshistorie og sine bekymringer, noe som kan føre til at beslutninger tatt i behandlingsprosessen blir mer usikre (15).

Sykepleiere har ingen kvalifikasjoner eller systematiske verktøy som kan hjelpe dem med å vurdere pasientens språknivå. De er nødt til å stole på sine egne skjønsmessige vurderinger og kan derfor overvurdere pasienters språkdlyktighet. Det at pasienten kan snakke litt, og at han nikker og smiler, er ofte tatt som tegn på at han forstår det som blir sagt, noe som ikke behøver å stemme (10). Pasienten vil gjerne late som om han forstår mer enn han faktisk gjør, for ikke å være til bry og for ikke å utsette seg for stigmatisering, siden det å ikke kunne majoritetsspråket kjennes skamfullt (16).

Vi som helsepersonell må også være klar over at psykososiale forhold spiller en stor rolle når det gjelder evnen til å kommunisere. Redsel, sykdom og stress svekker språkkompetansen (12).

KONKLUSJON

Forskning og faglitteratur viser at språkbarrierer er en trussel mot pasientsikkerheten på sykehus.

Helsepersonell er i sin utøvelse av behandling og pleie pålagt å handle ut fra den aktuelle lovgivningen om faglig ansvarlighet, pasientens rett til likeverdige tjenester og rett til medvirkning og informasjon. Forskningen viser at pasientsikkerheten blir truet ved en rekke anledninger i daglig sykepleiepraksis, blant annet ved medisinutlevering, oppfølging av væskebalanse og pre-operativ sykepleie. Å være spesielt oppmerksom under utførelse av disse oppgavene er det første steget mot bedret pasientsikkerhet.

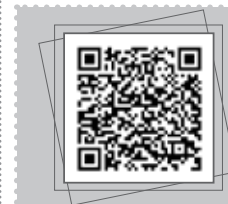
Forskning viser også at omtrent 30 prosent av alle tilfeller av språkbarrierer ikke blir dokumentert i journalsystemet (3). Det virker dermed naturlig å si at forbedring av dokumenteringskulturen blir det neste steget for å øke pasientsikkerheten. Sykepleiere står pasienten nærmest, og vi har ansvar for å tilrettelegge for god kommunikasjon og for å bygge bro over språkbarrierer.

Pårørende blir ofte brukt som tolk, noe som er sterkt frarådet, og som bør unngås grunnet pårørendes emosjonelle involvering i pasientens situasjon. Profesjonell tolketjeneste har vist seg å være det mest effektive tiltaket for å forbedre pasientsikkerhet for pasienter som ikke behersker majoritetspråket. Stort underforbruk av tolk kan imidlertid sees både i Norge og i andre land. ●

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring> (nedlastet 10.06.2018).
2. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne M, Stronks K, Essink-Bot M. Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *Am J Public Health*. 2010;100(5):113–7.
3. van Rosse F, de Bruijne M, Suurmond J, Essink-Bot M, Wagner C. Language barriers and patient

- safety risks in hospital care. A mixed methods study. *Int J Nurs Stud*. 2016;54:45–53.
4. Wasserman M, Renfrew M, Green A, Lopez L, Tan-McGrory A, Betancourt J, et al. Identifying and preventing medical errors in patients with limited English proficiency: key findings and tools for the field. *J Healthc Qual*. 2014 mai–juni;36(3):5–16.
 5. Steinberg E, Valenzuela-Araujo D, Zickafoose J, Kieffer E, Decamp L. The «battle» of managing language barriers in health care. *Clin Pediatr*. 2016;55(14):1318–27.
 6. Parveen AA, Watson R. Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *J Clin Nurs*. 2018 mars;27(5–6):e1152–60.
 7. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 30.01.2019).
 8. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 30.01.2019).
 9. Lov 16. juni 2017 nr. 51 om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51> (nedlastet 30.01.2019).
 10. Le C, Kale E, Jareg K, Kumar BN. Når pasienten snakker litt norsk: en dyper forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2013;50(10):999–1005.
 11. Helseinspektoren. God kommunikasjon via tolk. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjeneste. Oslo, 2011. IS-1924. Tilgjengelig fra: <https://helseinspektoren.no/retningslinjer/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene> (nedlastet 11.06.2018).
 12. Magelssen R. Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene. 2. utg. 2. oppl. Oslo: Akribe; 2011.
 13. Harpelund L, Nielsen S, Krasnik A. Self-perceived need for interpreter among immigrants in Denmark. *Scand J Public Health*. 2012;44(5):457–65.
 14. Kale E, Ahlberg N, Duckert F. Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2010;47(9):818–23.
 15. Drewniak D, Krones T, Wild V. Do attitudes and behaviour of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *International Journal Of Nursing Studies*. 2017;70(5):89–98.
 16. Falk G. Stigma. How we treat outsiders. New York: Prometheus Books; 2001.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

FAGGRUPPENE

Norsk selskap for sykepleieforskning NSF

Norsk selskap for sykepleieforskning NSF (NSFS) er en faggruppe i Norsk Sykepleierforbund. Medlemskap i faggruppen er åpent for alle medlemmer av NSF som er autoriserte sykepleiere, og som er engasjert i sykepleieforskning.

Faggruppens overordnede mål er å bidra til å styrke kvaliteten i sykepleien til pasientene ved å utvikle sykepleiens kunnskapsmessige fundament gjennom forskning og utviklingsarbeid. Dette søkes realisert gjennom å

- skape interesse for sykepleieforskning

gjennom publisering av fagfelleurdert sykepleieforskning i eget tidsskrift

- formidle kunnskap om sykepleieforskning
- være et forum for veiledning og støtte i forskningsspørsmål
- være et forum for konstruktiv kritikk av egne forskningsarbeider
- skape et interessefellesskap og en møteplass for engasjement og diskusjon rundt sykepleiens kunnskapsgrunnlag
- bidra til utviklingsarbeid og forskning innen sykepleien

- arbeide med faglige og forskningspolitiske spørsmål innad i NSF og utad til samfunnet for øvrig
- bidra til at medlemmene har tilgang på rimeligere forskningsseminarer og kurs
- samarbeide med kolleger fra Sverige og Danmark
- arrangere forskningskonferansen Nordic Conference in Nursing Research annetthvert år. Konferansen har fokus på metodiske spørsmål og utfordringer. Neste konferanse arrangeres i København i juni 2020



UNNGÅ MISFORSTÅELSER: Mange studenter opplevde at sykepleieren og legen kommuniserte med ulikt språk. Når de brukte ISBAR, ble de bevisste på hvor viktig det er med lik kommunikasjon i innhold og språk. Illustrasjonsfoto: Dan Burch / Mostphotos

FORFATTERE

Ellen Benestad Moi

Universitetslektor, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

Ulrika Söderhamn

Professor, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

Gunhild Nordbø Marthinsen

Universitetslektor og ph.d.-stipendiat, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

Sylvi Monika Flatland

Førstelektor, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

NØKKELOD

- Kompetanse
- Kvalitativ metode
- Teamarbeid
- Pasientsikkerhet
- Spesialsykepleierstudenter

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.74699

SAMMENDRAG

Bakgrunn: ISBAR er en pasientsikker kommunikasjonsstruktur som bidrar til forenklet, effektiv, strukturert og forventet kommunikasjon mellom helsepersonell. Det finnes ingen forskning på masterstudenters erfaringer med å anvende ISBAR i Norge. Tidligere har det blitt etterlyst utdanningsstrategier som sikrer at studenter trener på pasientsikker kommunikasjon.

Hensikt: Å belyse spesialstudenters erfaringer med å bruke ISBAR som kommunikasjonsstruktur i klinisk praksis i et masterprogram i spesialsykepleie.

Metode: Studien har et kvalitativt beskrivende design med tre fokusgruppeintervjuer. Vi foretok en kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Studentenes kommunikasjon ble mer bevisst, strukturert, oversiktlig og forutsigbar. De formidlet objektive, tydelige og konkrete observasjoner og endringer i stedet for synsinger. Studentene kom oftere med egne løsningsforslag og avklarte medisinske forordninger. Å bruke ISBAR førte til at de følte seg tryggere på sin egen kommunikasjon og kompetanse, ble bedre på teamarbeid og opplevde større pasientsikkerhet. Studentene hadde imidlertid utfordringer med å bruke ISBAR fordi denne kommunikasjonsstrukturen ikke var implementert.

Konklusjon: Å anvende ISBAR gir økt bevissthet om egen strukturerte kommunikasjon og kompetanse samt bedre evne til å få raskere oversikt over pasientsituasjoner. Funnene kan synliggjøre betydningen av systematisk opplæring og simulering med ISBAR-strukturen for å øke pasientsikkerheten, både i utdanningen av spesialsykepleiere og i spesialisthelsetjenesten.

Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell

Studenter som brukte dette rammeverket for kommunikasjon, formidlet mer konkrete observasjoner, synset mindre, ble bedre på teamarbeid og forbedret pasientsikkerheten.

Teamarbeid og kommunikasjon mellom helsepersonell er sentrale faktorer for kvalitet og pasientsikkerhet (1, 2). Pasientsikkerhet defineres som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (3).

Kommunikasjonssvikt i behandlingsteam er en av de hyppigste årsakene til uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, og cirka 70 prosent av årsakene er menneskelig svikt knyttet til ikke-tekniske ferdigheter som kommunikasjon, ledelse og det å ta avgjørelser (1, 4, 5). Kommunikasjonssvikt skjer blant annet på grunn av manglende struktur og standardisering (6).

Kommunikasjonsstrukturen Identifikasjon, Situasjon, Bakgrunn, Analyse og Råd (ISBAR) ble utarbeidet for å standardisere og sikre effektiv kommunikasjonsoverføring i det amerikanske forsvaret. ISBAR ble utviklet til helsevesenet rundt 2000-tallet (1, 7) (tabell 1).

Hva er ISBAR?

ISBAR er et av flere rammeverk for kommunikasjon mellom helsepersonell om pasientsituasjoner, og det antas å bidra til økt pasientsikkerhet ved at helsepersonell kommuniserer mer strukturert, fokusert og konsist (1, 8, 9). Det amerikanske helsevesenet implementerte ISBAR omkring 2003 og har forbedret kommunikasjon som overordnet mål i pasientsikkerhetsarbeidet (1).

Norge startet et nasjonalt program for pasientsikkerhet i 2014 (10), men først i 2017 ble det fokusert på kommunikasjon mellom helsepersonell (11). I barne- og

intensivsykepleierutdanningene legges det føringer for mer oppmerksomhet på teamarbeid, pasientsikkerhet samt kommunikasjon og samhandling med pasient og pårørende, men teamkommunikasjon presiseres ikke (12, 13).

Tidligere forskning og hensikt med studien

Internasjonale studier viser en reduksjon i uventet død fra 0,99 til 0,34 promille samt signifikante og selvopplevde forbedringer i kommunikasjon, teamar-

«Strukturen og systematikken i ISBAR gjorde kommunikasjonen mer oversiktlig og forutsigbar.»

beid og sikkerhet etter at ISBAR ble implementert (1, 14–16). Sykepleiere prioriterte mer hensiktsmessig og følte seg bedre forberedt (16, 17), opplevde større evne til å formidle pasientproblemer, bedre kommunikasjonsflyt, større trygghet på egen rolle og bedre kommunikasjon og interaksjon med behandlingsteamet (9, 14–16).

Internasjonale opplæringsprogrammer om kommunikasjon og ISBAR viser bedre observasjons- og vurderingsevne (16–19). Studier med trening på teamarbeid og kommunikasjon med fullskalasilulering viser kun små signifikante forbedringer sammenliknet med andre undervisningsmetoder. Simulering

anbefales likevel for å trene på kommunikasjon og teamarbeid (16, 17, 20, 21).

Det er lite forskning som bekrefter at lærte egenskaper blir overført til praksis (9). Wang og medarbeidere (19) viser at studenter ønsker å bruke ISBAR i klinisk praksis etter opplæring. Bowling (20) etterlyser utdanningsstrategier som sikrer at studenter utfører pasientsikker sykepleie.

Det er ikke funnet forskning om masterstudenters erfaringer med å bruke kommunikasjonsstruktur i faktiske pasientsituasjoner i en norsk kontekst. Hensikten med studien er derfor å belyse spesialstudenters erfaringer med å bruke ISBAR som kommunikasjonsstruktur i klinisk praksis i et masterprogram i spesialsykepleie.

METODE

Design

Studien har et kvalitativt, beskrivende design med fokusgruppeintervju.

Utvalg

Alle masterstudenter ($n = 18$) i fjerde semester med spesialiseringen barne- eller intensivsykepleie ble forespurt om å delta av ledelsen ved en aktuell utdanningsinstitusjon i Sør-Norge. En student ønsket ikke å delta, og en annen var syk på datainnsamlingsdagen. Seksten studenter deltok. Alle var kvinner fra 27–49 år med erfaring som sykepleiere fra 4–16 år.

Kontekst

Masterprogrammet i spesialsykepleie anvendte både teoriundervisning og fullskalasilulering av ikke-tekniske

ferdigheter (6). Det var ikke et eget opplæringsprogram i ISBAR-strukturen, men undervisningen var inspirert av et opplæringsprogram om kommunikasjon og teamarbeid (22).

Første semester besto av to timers ressursforelesning om teamarbeid og kommunikasjon i et pasientsikkerhetsperspektiv, med ISBAR som valgt kommunikasjonsstruktur. Studentene gjennomførte rollespill på ISBAR-kommunikasjon i forbindelse med undervisningen.

I løpet av 2.–4. semester gjennomførte de fem dager med cirka tolv fullskalasilmuleringer, der ISBAR og teamarbeid var et av læringsutbyttene. Studentene ble oppfordret til å anvende ISBAR i klinisk praksis på sykehus.

Datasamling

Vi gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer januar 2016, direkte etter siste simulering i fjerde semester. En fokusgruppe besto av fire barnesykepleierstudenter, og to fokusgrupper besto av henholdsvis fem og sju intensivsykepleierstudenter. Førsteforfatteren ledet to intervjuer, tredjeforfatteren ett intervju. Andreforfatteren var bisitter i alle fokusgruppeintervjuene og ivaretok sekretærfunksjonen (23).

Vi brukte en intervjuguide med to åpne spørsmål om positive erfaringer og utfordringer med å bruke ISBAR i klinisk praksis. Vi brukte lydopptaker, og intervjuene ble transkribert ordrett av to av forfatterne. Intervjuene varte fra 57 til 70 minutter og ble gjennomført på et møterom på utdanningsinstitusjonen.

Analyse

Vi foretok en kvalitativ innholdsanalyse med induktiv tilnærming til datamaterialet (24). Rådata (68 sider) ble lest som helhet og delt i meningsenheter ved hjelp av NVivo 11 Pro (25). Utsagn ble kondensert og systematisert etter innhold, beskrevet og delvis fortolket til underkategorier og videre abstrahert til tre hovedkategorier (24) (tabell 2 og 3). Fortolkningen er avhengig av forskernes for forståelse (24).

Alle forfatterne er lærere, og tre er intensivsykepleiere med erfaring fra ISBAR og simulering. Resultatene underbygges med sitater fra alle

fokusgruppeintervjuene, der ulike stemmer fremkommer.

Etiske hensyn

Studien er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (prosjektnummer 45068) og gjennomført i tråd med Helsinki-deklarasjonens etiske retningslinjer (26) om frivillighet og anonymisering.

«Studentene savnet at ISBAR-strukturen ikke var implementert og kjent på hele sykehuset.»

Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, og alle ga skriftlig samtykke.

RESULTATER

Mer bevissthet og bedre struktur på egen kommunikasjon

Mange studenter hadde erfaringer med at sykepleieren og legen kommuniserte med ulikt språk. Å anvende ISBAR ga dem økt bevissthet om hvor viktig det er med lik kommunikasjon i innhold og språk.

Studentene opplevde at pasientproblemet ble formidlet tydeligere og mer konkret når de anvendte ISBAR. Kommunikasjonen med legen ble bedre, og studentene mente at de fikk et like språk. Studentene opplevde dermed at teamarbeidet ble bedre, og de erfarte at dette teamarbeidet kvalitetssikret pasientbehandlingen: «Hvis vi ikke har et felles språk å snakke mellom oss og legen, så får man ikke formidlet problemet ... Vi kommuniserer egentlig på helt forskjellig plan med ganske mange leger.» (ID1-7)

Enkelte studenter mente at ISBAR-strukturen var nyttig, effektiv og tidsbesparende, og at pasientproblemet ble formidlet raskere: «Man sparer litt tid også hvis man er strukturert ...» (ID1-4)

Etter opplæring og simulering med ISBAR var alle studentene enige i at det var nødvendig med en strukturert kommunikasjon. Strukturen og systematikken i ISBAR gjorde kommunikasjonen mer oversiktlig og forutsigbar.

Studentene glemte ikke viktig informasjon, og de følte seg dermed tryggere. De formidlet også pasientproblemer mer objektivt. Da studentene ga informasjon, fokuserte de på konkrete observasjoner og endringer i stedet for synsinger: «Ved hjelp av ISBAR blir det mer konkret! En forteller hva som er problemene, ikke hva en føler selv. Det er mer objektive observasjoner som kommer frem.» (ID1-1)

Studentene var enige i at ISBAR hadde gjort det lettere å formidle egne løsningsforslag knyttet til pasientbehandlingen. Alle uttrykte at ISBAR også hadde gjort dem bevisste på hvor viktig det var å be om råd og tydelige tilbakemeldinger og bekrefte avtaler og forordninger som var foretatt. Dermed ble ISBAR et verktøy til å unngå misforståelser, og nødvendig informasjon om pasientene ble kvalitetssikret:

«Innen kommunikasjon med legene prøver jeg å bekrefte beskjeder. Senest i går avventet jeg en tablett. 'Da avventer vi den', foreslo jeg. 'Det er helt riktig', sa legen. Jeg har ikke foreslått tiltak veldig bevisst [til legen] før.» (ID2-3)

Økt bevissthet på egen kompetanse

De fleste studentene var enige i at ISBAR hadde gjort dem tryggere på egne vurderinger i kommunikasjonen med legen. Trygghet på egne vurderinger gjorde dem mer bevisste på egen kompetanse: «Det er en struktur som viser at en har forstått og har mye kompetanse. Den hjelper til å bli mer analytisk.» (ID1-7)

ISBAR var spesielt nyttig å bruke i akutte situasjoner fordi studentene raskt fikk oversikt over pasientsituasjonen. Oversikt over pasientsituasjoner medførte at de følte seg bedre forberedt og kunne være i forkant dersom det oppsto komplikasjoner: «Jeg tenker mer fremover, tenker verstefallstenkning. Dette kommer frem når en bruker ISBAR.» (ID1-7)

Flere studenter erfarte at når de anvendte ISBAR, fikk de tilbakemelding fra legen om at deres observasjoner, vurderinger og løsningsforslag var relevante. Det ga dem god mestringsfølelse, og de opplevde å få respekt hos legene. De oppdaget dermed at de kunne bidra med sin egen kompetanse i pasientbehandlingen.

Ved å bruke ISBAR ble det mer rom for faglige diskusjoner, noe som medførte

enighet om behandling og videre planer for pasienten. Studentene erfarte at bruk av ISBAR førte til et godt samarbeid og bedre pasientsikkerhet: «Jeg synes legen setter pris på anbefalinger. Når vi har en formening og har vurdert situasjonen, det er ikke ovenfra og ned lenger. Vi kan diskutere ting.» (ID3-2)

Det var stor enighet om at ISBAR-strukturen var viktig for alle sykepleierne, men spesielt for nyutdannede sykepleiere. Enkelte studenter mente at erfarne sykepleiere fikk frem nødvendig informasjon også uten å bruke en fast kommunikasjonsstruktur.

Studentene var imidlertid usikre på om det var ISBAR, eller det at de hadde økt sin faglige kompetanse, som gjorde dem tryggere på egne vurderinger: «En får mer kunnskap av å gå to år på skole, og det har betydning for innholdet i vurderingene mine i ISBAR.» (ID3-3)

Flere studenter hadde også positive erfaringer med å bruke ISBAR i muntlig rapportering og skriftlig dokumentasjon. Dette gjaldt i kommunikasjon mellom sykepleiere, ved overflytting av pasient, på legevisitt samt i kommunikasjon med pårørende: «Jeg bruker også ISBAR når jeg rapporterer til andre avdelinger, når vi har en pasient som skal flyttes, eller til rapportering generelt.» (ID3-1)

Utfordringer med å bruke ISBAR i klinisk praksis

Til tross for at de fleste studentene syntes ISBAR-strukturen var nyttig i akutt-situasjoner, erfarte enkelte at det kunne være utfordrende å følge strukturen «mekanisk» fordi «det tar mange år å få det under huden» (ID3-2). En annen utfordring var at studentene fokuserte mer på rekkefølgen i ISBAR enn på innholdet som skulle formidles, og brukte da lengre tid.

For å få nok trening mente studentene at det var viktig å fokusere på ISBAR tidlig i helsefaglige utdanningen. Betydningen av mengdetrening ved hjelp av simulering ble fremhevet: «Det er veldig bra at vi har ISBAR i hver simulering. Jeg følte kanskje det var etter fjerde eller femte gangen, ja, det fungerer.» (ID2-4)

Studentene opplevde at legene kunne være utålmodige og avbrøt dem når de informerte om pasientsituasjoner etter

Tabell 1. ISBAR – strukturert kommunikasjon

I identifikasjon	Oppgi · hvem du er · hvor du er · pasientens navn, alder, ev. kjønn og avdeling
S situasjon	Hva er problemet/årsaken til kontakt? · Jeg ringer fordi ... (beskriv) · Jeg har observert vesentlige endringer ... (ABCDE) · Jeg har målt følgende verdier ... (RF*, SpO ₂ †, puls/rytme, BT †, kapillærfylling, tp.#) · Jeg har fått prøvesvar ...
B bakgrunn	Hvis det haster og/eller du er bekymret – gi beskjed! Kort og relevant sykehistorie · Innleggelsesdiagnose og -dato · Tidligere sykdommer av betydning · Aktuelle problemer og behandling/tiltak til nå · Allergier
A analyse	Analyse (vurdering av situasjon og bakgrunn) · Jeg tror problemet/årsaken til pasientens tilstand er (respiratorisk, sirkulatorisk, neurologisk). · Jeg kjenner ikke problemet, men tilstanden er forverret. · Pasienten er ustabil, vi må gjøre noe. · Jeg er bekymret.
R råd	Be om konkrete råd og tiltak og tydeliggjør forventninger · Jeg foreslår ... / Hvilke tiltak anbefaler du? · Umiddelbare tiltak · Utredning/behandling · Hvor ofte skal jeg ... · Når skal jeg ta kontakt igjen? Når kommer du? · Bekreft beskjeder og tiltak med «closed loop».

Tabellen er en tilpasset versjon etter inspirasjon fra ulike ISBAR-modeller nasjonalt og internasjonalt. Den er anvendt i masterprogrammet i spesialsykepleie.
*RF = respirasjonsfrekvens
†SpO₂ = oksygenmetning
†BT = blodtrykk
#tp. = temperatur

Tabell 2. Fra kondensert meningsenhet til hovedkategori

Kondensert meningsenhet	Underkategori	Hovedkategori
Det som er positivt med ISBAR, er råd fra legen. Noen ganger får en diffuse svar og blir forvirret. Det at du bekrefter – mente du sånn, skal jeg gjøre sånn? Det er kanskje det viktigste.	Foreslår tiltak og krever tydelige tilbakemeldinger	Mer bevissthet og bedre struktur på egen kommunikasjon
Jeg synes legen setter pris på anbefalinger når vi har en formening og vurdert situasjonen. Det er ikke ovenfra og ned lenger, vi kan diskutere ting.	Trygg på egne vurderinger og opplevelse av respekt	Økt bevissthet på egen kompetanse
De som har jobbet der lenge. Jeg ser det som en kjepeutfordring. Jeg stilte bare et åpent spørsmål om ISBAR på avdelingen, er dette noe? NEI! Vi trenger ikke det, det ligger i vår naturlige del å tenke på det, sa de. Vi jobber på refleks, vi er ikke interesserte i dette. For det er jo en holdning man har i avdelingen generelt, men spesielt de gamle som har jobbet lenge i gamet, var ikke interessert i å innføre nye tiltak. Vi vil gjøre det som vi alltid har gjort det – vi kan det!	Savnet at ISBAR ikke var implementert på praksisfelt	Utfordringer med å bruke ISBAR i klinisk praksis

Tabell 3. Hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
Mer bevissthet og bedre struktur på egen kommunikasjon	Felles konkret språk
	Økt struktur på kommunikasjonen
Økt bevissthet på egen kompetanse	Foreslår tiltak og krever tydelige tilbakemeldinger
	Trygg på egne vurderinger og opplevelse av respekt
Utfordringer med å bruke ISBAR i klinisk praksis	ISBAR kan anvendes i ulike situasjoner
	Vanskelig å følge ISBAR-strukturen mekanisk
	Savnet at ISBAR ikke var implementert på praksisfelt

ISBAR-strukturen: «[Det er en] ulempe hvis legen ikke er innforstått med ISBAR og lurer på om sykepleieren kan komme til poenget snart.» (ID2-1)

Enkelte studenter formidlet at det iblant kunne være vanskelig å komme med egne løsningsforslag og få respons på forslagene, spesielt fra nye leger: «Det

kan være problematisk med nye leger hvis de føler seg overkjørt av sykepleierens vurderinger og forslag.» (ID3-1)

De fleste studentene erfarte at de ofte brukte ISBAR på legevisitter, under telefonkontakt med legen og i sykepleierrapporter. Enkelte studenter formidlet at de anvendte ISBAR ubevisst,

mens andre nesten ikke hadde brukt ISBAR, men ønsket å gjøre det. Studentene savnet at ISBAR-strukturen ikke var implementert og kjent på hele sykehuset. Enkelte studenter fikk kommentarer som følger: «Dette har jeg aldri hørt om ...» (ID1-2).

De fryktet imidlertid at det ville bli vanskelig å implementere en fast kommunikasjonsstruktur til erfarne sykepleiere, som mente de allerede kommuniserte pasientsikkert og strukturert: «[Det er] en kjempeutfordring med dem som har jobbet lenge. De vil gjøre det som de alltid har gjort, de kan det.» (ID1-7)

Siden ISBAR ikke var implementert på det aktuelle sykehuset, snakket studentene om ulike måter å implementere ISBAR på. Alle var enige i at «ISBAR er kommet for å bli» (ID3-2).

Flere foreslo å holde en fagdag der de fokuserte på ISBAR som kommunikasjonsstruktur. Samtlige mente at simulering var en egnet læringsmetode for å tilegne seg og anvende ISBAR-strukturen. Simulering vil kunne gi trening og direkte tilbakemeldinger på språk, innhold og struktur på kommunikasjonen: «Å bruke ISBAR på en fagdag. Man over [og kan] bruke det i simuleringssituasjoner slik at alle kollegaer kommer gjennom kommunikasjonstrening. Det tror jeg er måten å lære det på.» (ID1-7)

DISKUSJON

Mer bevissthet og struktur på egen kommunikasjon

Alle studentene opplevde at kommunikasjonen fikk en bedre struktur og språket ble mer konkret da de anvendte ISBAR. De ble mer bevisste på å formidle sentral og objektiv informasjon om pasienter, og språklige misforståelser ble unngått. Lik terminologi kan være et ledd i arbeidet med å unngå misforståelser og hindre kommunikasjonssvikt (1, 5).

Funnene samsvarer med studier som viser at ISBAR-strukturen gir forbedringer i både innhold og tydelighet i det som formidles – det skiller mellom vesentlig og uvesentlig informasjon (14, 16). Sykepleiere blir også bedre forberedt og prioriterer lettere (16, 17).

Studentene påpekte at ISBAR-strukturen var forutsigbar; de glemte ikke viktig informasjon og sparte dermed tid i akutte situasjoner. Denne forutsigbarheten bekreftes i forskning om ISBAR, og forutsigbarhet og effektivitet

«**Større trygghet på egne vurderinger, egne analyser og økt mestringsfølelse var fremtredende funn.**»

ter er noen av hensiktene med å implementere strukturen (1, 8).

Studentene mente effektiviteten var avhengig av om de opplevde at ISBAR var integrert i deres egen yrkesutøvelse. Vi tolker dette som at betydningen av gjentatte simuleringer er viktig for å oppnå læring, noe som støttes av Husebø og Rystedt (6).

Studentene fremhevet det å få råd som noe av det viktigste med ISBAR-strukturen for å unngå misforståelser og ivareta pasientsikkerheten. Økt bevissthet på å be om tydelige tilbakemeldinger og bekrefte avtaler gjorde at nødvendig informasjon om pasienten ble kvalitetssikret. Det er interessant at tidligere forskning ikke fremhever det å få råd som noe av det viktigste med ISBAR-strukturen, men skriver generelt om tydelighet i alle faktorene av strukturen (20).

Økt bevissthet på egen kompetanse

Større trygghet på egne vurderinger, egne analyser og økt mestringsfølelse var fremtredende funn. Studentene syntes at de fikk lettere oversikt over pasienten og lå i forkant av potensielle problemer. Andre studier bekrefter at bruk av ISBAR gir bedre observasjons- og vurderingsevne, det blir lettere å ta avgjørelser, og selvtiliten blir bedre (9, 17).

Studentene mente at de fikk mer respekt av leger når de brukte ISBAR. Det ledet til hyppigere faglige diskusjoner, som medførte enighet om behandlingsstrategier. Faglige diskusjoner og respekt fra leger underbygget og styrket

deres kompetanse og faglige trygghet. Videre mente studentene at ISBAR åpnet for godt samarbeid og ga pasientsikker behandling. Disse funnene samsvarer med andre studier (18).

Studentene formidlet at ISBAR-strukturen, sammen med økt kompetanse gjennom utdanningen, gjorde dem mer analytiske og bevisste på å komme med egne innspill og refleksjoner. Det kan synes som om ISBAR-strukturen også kan være et verktøy for å utvikle klinisk vurdering og argumentasjon.

Studentene erfarte videre at ISBAR var nyttig i ulike rapportsammenhenger og i kommunikasjonen med pårørende. Det kan tyde på at studentene ubevisst har integrert ISBAR i sin yrkesutøvelse, og at de anvender ISBAR i flere situasjoner. Forskning viser at ISBAR også blir brukt i rapport- og legevisittsammenhenger (14, 15), og støtter studentenes erfaringer med at ISBAR kan anvendes i slike situasjoner.

Utfordringer med å bruke ISBAR i klinisk praksis

Studentene syntes det var tidkrevende å bruke ISBAR fordi denne kommunikasjonsstrukturen ikke var integrert i arbeidsrutinen på sykehuset. Det kom også frem at det var vanskelig å følge strukturen mekanisk, selv om de syntes det var lettere etter flere simuleringer med ISBAR. Disse funnene viser at mengdetrening med simulering er nødvendig.

Ulike studier viser at klasseromsundervisning alene gir små endringer i kommunikasjonen, mens både teoriundervisning og simulering viser en signifikant forbedring av kommunikasjonen til sykepleierstudenter (21, 27). En metaanalyse viste at simulering hadde en betydelig effekt sammenliknet med andre læringsstrategier (21).

Disse funnene og annen forskning underbygger anbefalinger om at sykepleierutdanninger bør integrere teoretiske og kliniske komponenter bedre samt endre utdanningsopplegget fra å fokusere på kritisk tenkning til å fokusere på klinisk argumentasjon (17).

Studentene ble ofte avbrutt av leger

som ikke kjente ISBAR. Noen erfarte at enkelte leger ikke åpnet for dialog slik at studentene kunne formidle sine egne vurderinger. En systematisk oversiktsartikkel viser at ulike kommunikasjonsmåter, støtende oppførsel og kultur er barrierer for en effektiv sykepleier–lege-kommunikasjon (28), og bekrefter erfaringene til studentene.

En viktig lederegenskap i teamarbeid er å lytte til innspill, innhente og formidle informasjon (2, 29). Godt teamarbeid kommer ikke med å bruke ISBAR alene. Menneskelige faktorer, ledelse og pasientsikker kultur er viktige forutsetninger for teamarbeid og pasientsikkerhet. Oppmerksomhet på å forbedre ikke-tekniske ferdigheter, interprofesjonelt samarbeid og lagprestasjon der alle kan si fra, er også viktige faktorer (29).

Studentene syntes det var utfordrende å anvende ISBAR-strukturen i et praksisfelt som ikke hadde implementert ISBAR. Norsk pasientsikkerhetsprogram har manglet tydelig fokusering på trygg kommunikasjon og derfor ikke vært prioritert ved en rekke sykehus. Først i 2017 ble ISBAR omtalt i tiltakspakken for sykehus: Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (11).

Man kan stille spørsmål ved om det er hensiktsmessig at studentene skal anvende ISBAR i klinisk praksis når ikke praksisfeltet har implementert kommunikasjonsstrukturen. Samtidig er det positivt at studenter får erfaring med å introdusere ny pasientsikker kunnskap til praksisfeltet. Studentene vil kunne få større bevissthet og mer kunnskap om aktuelle kvalitets tiltak til kollegaer, øke muligheten for pasientsikkerhet ved å anvende

kunnskapsbasert praksis og stille seg til rådighet i fremtidige implementeringsprosesser (12, 13, 30).

Studentene fryktet det kunne bli en utfordring å implementere ISBAR hos erfarne sykepleiere som viste liten interesse og vilje til å endre sin egen kommunikasjonsstruktur. Studentene brukte imidlertid ISBAR i ulikt omfang, og enkelte brukte strukturen ubevisst. Disse funnene synes å ha likhetstrekk med utfordringer med å implementere kunnskapsbasert praksis (30) og støtter det faktumet at lærte egenskaper ikke alltid blir overført til praksis (9).

Studentene foreslo fagdager der leger og sykepleiere fikk teoriundervisning og simulerte tverrfaglig. I simulering vil helsepersonell kunne få konkrete tilbakemeldinger på hva de faktisk sier, og ikke bare på hva de tror de sier. Kommunikasjon og

ANNONSE

NY UTGAVE KOMMER I OKTOBER 2019

Forskningens ABC

Det du som student trenger for å finne, forstå og bruke forskning

teamtrening er sentrale faktorer for å skape og opprettholde en sikkerhetskultur (22, 29).

Metodiske overveielser

Studien er viktig da det ikke er gjennomført tilsvarende studier i Norge. Forfatterne forventet at utvalget ville være informasjonssterkt og ha et stort potensial til å belyse den aktuelle hensikten (23). Studien har mellom fire og sju kvinnelige respondenter i hver fokusgruppe, som er i tråd med anbefalinger (23, 24).

Homogenitet kan styrke gruppedynamikken ved at assosiasjonseffekter og tidligere felles erfaringer kan gjenskjenkes. Det kan være en svakhet at ingen menn deltok. Det innsamlede datamaterialet hadde rikelig med sammenfallende funn, noe som kan tyde på metning.

Første- og tredjeforfatteren medvirket i alle simuleringene og fulgte studentene gjennom hele masterprogrammet. Førsteforfatteren holdt ressursforelesningen om ISBAR. Forfatternes for forståelse gir god forutsetning for å forstå hvordan ISBAR anvendes i en sykehuskontekst.

Studentene kan ha unngått å oppgi negative erfaringer og svart det de trodde intervjueren ønsket å høre siden de trodde intervjueren også var en av flere lærere på studiet. For å redusere denne risikoen var andreforfatteren til stede i alle fokusgruppeintervjuene. Intervjuerne veiledet ikke studentene i klinisk praksis, og vi informerte om forfatternes dobbeltrolle som både forskere og lærere før intervjuene.

For forståelsen kan påvirke spørsmålsstillingen og analysen ved at momenter blir oversett eller undervurdert (24). Vi har forsøkt å klarlegge forståelsen gjennom hele forskningsprosessen ved at tre av forfatterne har vært med i analyseprosessen. Andre kan likevel analysere og tolke funnene annerledes.

KONKLUSJON

Funnene i studien viste at studentene ble mer bevisste på sin egen kommunikasjonsstruktur når de brukte ISBAR i klinisk praksis. De opplevde dessuten større trygghet på egen kompetanse

og kommunikasjon samt bedre evne til raskere å få oversikt over pasientsituasjoner. Disse momentene medførte økt pasientsikkerhet.

Det var imidlertid utfordrende for studentene å bruke ISBAR-strukturen siden den ikke var implementert på sykehuset. Funnene kan synliggjøre betydningen av systematisk opplæring og simulering med ISBAR-strukturen for å øke pasientsikkerheten, både i utdanningen av spesialsykepleiere og i spesialisthelsetjenesten.

Vi har ikke undersøkt langtidseffekter av å bruke ISBAR i opplæringen. Det er derfor viktig med en oppfølgingsstudie av studenter og annet helsepersonell som har hatt opplæring i ISBAR. 🍀

REFERANSER

1. Stewart KR, Hand KA. SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review. (CNE SERIES). *Medsurg Nurs*. 2017;26(5):297.
2. Ballangrud R, Husebø SE. Strategier og verktøy for teamtrening. I: Aase K, red. *Pasientsikkerhet: teori og praksis*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2015. s. 248–62.
3. Saunes IS, Svendsby PO, Mølsted K, Thesen J. Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf (nedlastet 13.12.2018).
4. St.Pierre M, Hofinger G, Simon R, Buerschaper C, SpringerLink. Crisis management in acute care settings: Human factors, team psychology, and patient safety in a high stakes environment. 2. utg. Berlin: Springer; 2011.
5. Helsedirektoratet. *Arnsrapport 2017: Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1446/Arnsrapport2017_Meldeordningen.pdf (nedlastet 14.06.2018).
6. Husebø SE, Rystedt H. Simulering innen helsefag. I: Aase K, red. *Pasientsikkerhet: teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
7. Improvement I-IOH. SBAR technique for communication: a situational briefing model. 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx> (nedlastet 14.06.2018).
8. Sharp L. Effektiv kommunikasjon for sikrere vård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
9. Buckley S, Ambrose L, Anderson E, Coleman JJ, Hensman M, Hirsch C, et al. Tools for structured team communication in pre-registration health professions education: a Best Evidence Medical Education (BEME) review. *BEME Guide No. 41*. *Med Teach*. 2016;38(10):966–80.
10. Saunes IS, Ringard Å. Hva gjøres for å bedre pasientsikkerheten? Satsinger i sju land. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013. Rapport 17/2013. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport_2013_17_pasientsikkerhet_andre_land.pdf (nedlastet 14.12.2017).
11. Helsedirektoratet. Tiltakspakke for tidlig oppdagelse av forverret tilstand (sykehus): Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram I tryggheter 24-7; 2017. IS-2583. Tilgjengelig fra: http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/_attachment/4084?downloadfalse&_ts=159f9ca912b (nedlastet 14.12.2017).
12. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for videreutdanning i barnesykepleie. Oslo: UFD; 2005. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269384-rammeplan_for_barnesykepleie_05.pdf (nedlastet 14.12.2017).
13. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie. Oslo: UFD; 2005. Tilgjengelig fra:

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf (nedlastet 14.12.2017).

14. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs, KG, Van Bogaert, P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*. 2013;84(9):1192–6.
15. Gausvik C, Lautar A, Miller L, Pallerla H, Schlaudecker J. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2015;8:33–7.
16. Foronda C, Gattamorta K, Snowden K, Bauman EB. Use of virtual clinical simulation to improve communication skills of baccalaureate nursing students: a pilot study. *Nurse Educ Today*. 2014;34(6):e53–7.
17. Darcy Mahoney AE, Hancock LE, Iorianni-Cimbak A, Curley MA. Using high-fidelity simulation to bridge clinical and classroom learning in undergraduate pediatric nursing. *Nurse Educ Today*. 2013;33(6):648–54.
18. Shin H, Kim M. Evaluation of an integrated simulation courseware in a pediatric nursing practicum. *J Nurs Educ*. 2014;53(10):589–94.
19. Wang W, Liang Z, Blazek A, Greene B. Improving Chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. *Nurse Educ Today*. 2015;35(7):881–7.
20. Bowling AM. The effect of simulation on skill performance: a need for change in pediatric nursing education. *J Pediatr Nurs*. 2015;30(3):439–46.
21. Hegland PA, Aarlie H, Strømme H, Jamtvedt G. Simulation-based training for nurses: systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2017;54:6–20.
22. Agency for Healthcare Research and Quality R, MD. About Team STEPPS® 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ahrq.gov/teams-tepps/about-teamstepps/index.html> (nedlastet 30.10.2017).
23. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
24. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
25. QSR International. NVivo 11 pro for Windows. Tilgjengelig fra: <http://www.qsrinternational.com/nvivo-product/nvivo11-for-windows/pro> (nedlastet 27.06.2017).
26. World Medical Association. Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (nedlastet 14.12.2018).
27. Kesten KS. Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *J Nurs Educ*. 2011;50(2):79–87.
28. Tan T-C, Zhou H, Kelly M. Nurse-physician communication – NDASH – An integrative review. *J Clin Nurs*. 2017;26(23–24):3974–89.
29. Haerikens M, Jenkins D, van der Hoeven J. Crew resource management in the ICU: the need for culture change. *Annals of Intensive Care*. 2012;2(1):1–5.
30. Sandvik GK, Stokke K, Nortvedt MW. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning*. 2011;6(2):158–65. DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0098



#sykepleien

Sykepleien gir ut bokasiner, spesialutgaver om ett tema.

De kan bestilles her: <https://sykepleien.no/bokasin>

Til nå har disse kommet ut:



Pris medlemmer kr
129 + porto,
pris ikke-medlemmer
kr 149 + porto

Sykepleien

Ønsker at helsepersonell snakker bedre sammen

Ellen Benestad Moi vil ha helsepersonell til å stille de riktige spørsmålene i riktig rekkefølge når en pasient skal vurderes. Litt som piloter i en cockpit.

Tekst **Ellen Morland** • Foto **Universitetet i Agder**

Hva om helsepersonell fikk en mer systematisk måte å kommunisere på i teamet rundt en pasient? Dette spørsmålet stilte tre amerikanske leger i den private sykehuskjeden Kaiser Permanente. Ideen hadde de fått fra militæret og luftfarten. For å unngå ulykker er det bestemte spørsmål som skal stilles, i en fast rekkefølge, i en cockpit i et fly.

Slik kan helsepersonell også jobbe, mente de, og endte opp med å lage systemet som på norsk har blitt hetende ISBAR.

ENGASJERTE SEG I STUDENTENE

Omtrent på samme tiden, rundt årtusenskiftet, var Ellen Benestad Moi godt i gang med å jobbe med studenter. Hun er utdannet intensivsykepleier og har jobbet på sykehus i Oslo og Kristiansand.

– Jeg ble fort engasjert i arbeidet med studenter, forteller hun.

Etter hvert hoppet hun over til «den andre siden» – hun ble ansatt ved høyskolen for å undervise i videreutdanning i intensivsykepleie og følge opp studenter i praksis.

«Jeg ble fort engasjert i arbeidet med studenter.» Ellen Benestad Moi

– Jeg fikk stadig tilbakemeldinger fra studentene om situasjoner der det hadde oppstått misforståelser. I veilednings- og refleksjonsgrupper diskuterte studentene hvordan de skulle nå frem med relevant informasjon.

Ellen Benestad Moi

Universitetslektor,
Institutt for helse-
og sykepleievitenskap,
Fakultet for helse-
og idrettsvitenskap,
Universitetet
i Agder.

Står bak artikkelen «Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell» sammen med Ulrika Söderhamn, Gunhild Nordbø Marthinsen og Sylvi Monika Flateland.

Dette gjentok seg år etter år, sier hun.

Studentene fortalte at de ikke ble hørt av enkelte leger, og om beslutninger som de mente var tatt på feil grunnlag, og det at man snakker forbi hverandre og snakker forskjellige «språk».

PUNKT FOR PUNKT

Moi mener at ISBAR er et godt verktøy for å kommunisere bedre og unngå uønskede hendelser.

Hun har ansvaret for masterprogrammene i anestesi, operasjon og intensiv ved sykepleierutdanningen på Universitetet i Agder. Siden 2013 har ISBAR vært en del av pensum.

ISBAR går ut på å strukturere samtalene rundt pasienten i teamet som skal vurdere

tiltak. Det skal sikre at de riktige spørsmålene blir stilt og besvart, og i riktig rekkefølge, gjennom disse punktene:

1. Identifikasjon: hvem er du, og hvem er pasienten?
2. Situasjon: å beskrive hva som er problemet
3. Bakgrunn: kort og relevant sykehistorie
4. Analyse: vurdere situasjonen og bakgrunnen
5. Råd: be om konkrete råd og tiltak

(Se fagartikkel for mer detaljert beskrivelse.)

NORGE ER SENT UTE

– Jeg har interessert meg mer og mer for dette. Hvordan kunne vi forbedre pasientsikkerheten ved å ta bedre beslutninger og minske eller unngå misforståelser, sier Moi.

Moi viser til studier fra blant annet USA og



England, der det er påvist at kommunikasjonssvikt i behandlingsteam er en av de hyppigste årsakene til uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Cirka 70 prosent av årsakene er menneskelig svikt knyttet til ikke-tekniske ferdigheter som kommunikasjon, ledelse og det å ta avgjørelser, ifølge disse studiene.

– Jeg ble overrasket over at kommunikasjon ikke var nevnt spesifikt i Pasientsikkerhetsprogrammet fra 2014. Først i 2017 ble det tatt inn. Det er jo helt utrolig at det har tatt så lang tid å innføre dette i Norge, siden de begynte med det i USA på begynnelsen av 2000-tallet, sier hun.

SIMULERING EFFEKTIV LÆRING

Studentene øver mye via simulering, og ISBAR er godt egnet til denne måten å lære på, mener Moi.

– Studentene får kommunikasjonsstrukturen under huden først etter 4–5 øvinger. Man må trene. Når det er nytt, er det lett å rote med rekkefølgen av spørsmålene. Da ser vi at teamet responderer annerledes.

– Også piloter simulerer i mange timer. ISBAR kvalitetssikrer at det som er formidlet, er forstått. Metoden er å spørre hverandre om igjen for å være sikker på at man har forstått motparten riktig. Egentlig er dette viktig å kunne i alle situasjoner i livet, både på arbeid og privat, legger hun til.

– *Er det ikke en selvfølge for helsepersonell å legge vekt på å kommunisere godt?*

– Dette er noe vi alltid har gjort, men ikke like tydelig som når kommunikasjonen blir systematisert på denne måten. Undersøkelser har vist at vi tror vi informerer i riktig rekkefølge, men det viser seg at det ikke skjer likevel. Og vi gjør det ulikt hver gang. Når kommunikasjon systematiseres, gjør alle det likt. Mottakeren vet da også hva slags informasjon som skal gis, sier Moi.

– GØYERE Å JOBBE NÅR MAN FÅR BRUKT KUNNSKAPEN

I 2016 gjorde Moi en studie for å kartlegge erfaringene med ISBAR til tre fokusgrupper av masterstudenter ved Universitetet i Agder. Det viste seg at studentene ble mer bevisste på hvordan de selv kommuniserte, og de ble tryggere på egen kunnskap ved å bruke ISBAR i klinisk praksis. De fikk også raskere oversikt over pasientsituasjoner.

– Vi sykepleiere har bakgrunnsinformasjon om pasienten og kan gi konkret informasjon om endringer vi har observert. Våre tanker og vurderinger om årsaker kommer tydeligere frem.

Moi mener at dette bidrar til en bedre arbeidshverdag for sykepleierne.

– Det er gøyere å jobbe når man får brukt

kunnskapen. Man tør å si det om man er uenig, det blir faglige diskusjoner, sykepleierne kan bidra, og det blir tydeligere at vi har en viktig og nødvendig kompetanse.

STUDENTENE TAR MED SEG ISBAR VIDERE

Nå er hennes tidligere masterstudenter pådrivere for å implementere ISBAR der de jobber etter endt master.

– Det varierer litt hvordan de blir møtt. Noen steder møter de kolleger som helst vil jobbe som de alltid har gjort. Det kan være forskjeller på både leger og sykepleiere i hvor positive de er til å ta i bruk et nytt system, men når leger får høre om resultatene for lavere dødelighet, da lytter de.

Studien fra 2016 viste også at det var utfordrende å ta i bruk ISBAR der det ikke var implementert i avdelingene fra før.

Moi mener man må bruke slike systemer med sunn fornuft og tilpasse bruken til pasientsituasjoner.

– Er for eksempel alle i teamet kjent med pasienten fra før, og du står ved pasientsengen, kan det første punktet med identifisering droppes.

Moi jobber nå med forskjellige prosjekter for å implementere ISBAR. Et av dem er at anestesio- og

«Dette er noe vi alltid har gjort, men ikke like tydelig som når kommunikasjonen blir systematisert på denne måten.» Ellen Benestad Moi

operasjonssykepleiere bruker verktøyet ved rapportoverføring av pasienter til postoperativ avdeling. Det pågår også et prosjekt i Songdalen kommune i Agder med å innføre simulering og ISBAR i kommunehelsetjenesten.

– Vi ser at verktøyet kan brukes også i flere sammenhenger enn det akutte. God kommunikasjon gir bedre resultater i alle former for samarbeid. Verktøyet brukes også mer i dokumentasjonssammenheng.

METTET AV NYE VERKTØY

– *Har ISBAR noen konkurrenter?*

– Det finnes også andre systemer for kommunikasjon, men jeg kjenner ikke til at noe annet system i særlig grad er i bruk i Norge.

– *Når du møter motstand, hva er kritikken?*

– Noen tenker at vi tillegger ISBAR for mye vekt, at dette alene ikke er så avgjørende som vi vil ha det til.

– Jeg merker som lærer at ansatte i helsevesenet er litt mett av nye systemer og verktøy. Noen mener at vi er i ferd med å standardisere helsevesenet for mye. Men stort sett har jeg fått positive tilbakemeldinger om at ISBAR er nyttig, og at sykepleierne gjerne skulle ha kjent til dette for lenge siden, sier Moi. ●

sykepleien.no/forskning

Send inn din forskningsartikkel!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

VI TILBYR

fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask



publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter



oversetting av forskningsartiklene til engelsk



indekserte artikler i CINAHL og SveMed+



gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no



Les mer i
forfatter-
veiledningen



HOVEDBUDSKAP

I denne artikkelen beskriver vi hvordan videreutdanningsstudenter i velferdsteknologi benyttet metoden tjenstedesign som tilnærming i et forbedringsarbeid på et sykehjem.

Studentene viser hvordan god involvering av pasienter kan skape endring og gi bedre løsninger i helse- og omsorgstjenestene. Den endelige løsningen vokste frem først når pasienter ble involvert i alle ledd i forbedringsprosessen.

NØKKELOD:

► Brukermedvirkning ► Kommunikasjon
 ► Omstilling ► Tjenstedesign ► Samhandling

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76718

Studentutviklet lydsensor ga bedre kommunikasjon mellom pasient og pleiere

Gjennom tjenstedesign kan man utvikle kreative løsninger i tett samarbeid med pasienter og ansatte i helsetjenestene.

En økende andel eldre med mer komplekse sykdomstilstander, sammen med knapphet på faglige og økonomiske ressurser, stiller stadig større krav til at helse- og omsorgstjenestene må tenke nytt for å løse disse utfordringene (1).

I tillegg har implementeringen av samhandlingsreformen (2) ført til et økt press på kommunale helse- og omsorgstjenester (3). Pasientmedvirkning løftes frem som viktig for å øke kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten (4, 5).

TJENESTEDESIGN

Selv om pasientmedvirkning er lovplagt i pasient- og brukerrettighetsloven (6), har helse- og omsorgstjenestene de senere årene blitt kritisert for ikke å involvere pasienter og brukere i stor nok grad. Tjenstedesign nevnes som en aktuell metodikk i forbedrings- og innovasjonsprosesser for å nå målet om økt pasientinvolvering og mer effektive tjenester (7, 8, 9).

Stickdom, Hormess, Lawrence og Schneider (10) fremhever at tjenstedesign har mest fokus på menneskene som mottar tjenester. Likevel påpekes viktigheten av å involvere alle ansatte i utviklingen av bedre og mer kreative løsninger og tjenester (10).

Helsepersonell har tradisjonelt hatt lite erfaring med

FORFATTERE


Susan Bergset
 Vernepleier, Hjemmetjenesten,
 Molde kommune



Vibecke Vågøy Nygård
 Geriatrisk sykepleier, Glomstua
 omsorgssenter, Molde kommune



Mari Mørkeset Sandbakk
 Tjenstedesigner,
 Safepath



Trude Fløystad Eines
 Førsteamanuensis,
 Høgskolen i Molde

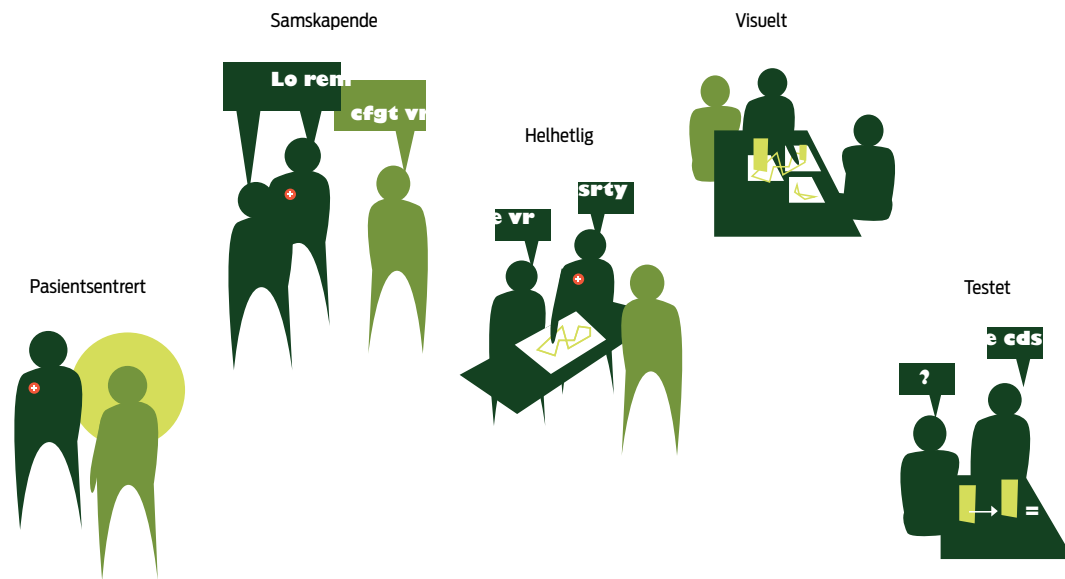
tjenstedesignprosesser, og vi så derfor et behov for å utvikle et studietilbud innen tjenstedesign for helsepersonell. Studietilbudet kom i gang høsten 2015, og er i dag et av fire del-emner i årsstudiet i velferdsteknologi ved Høgskolen i Molde.

FASENE I METODIKKEN

Tjenstedesign er en metode der kompetanse og verktøy fra ulike fagdisipliner blir benyttet (9, 10). Hensikten med tjenstedesign er å utvikle innovative og kreative løsninger i tett samarbeid med pasienter og ansatte i tjenestene.

En modell som kan illustrere arbeidsprosessen innen tjenstedesign, er «den doble diamanten» (11) (figur 1). Som regel starter tjenstedesignere med å undersøke en utfordring eller et problem som skal løses (fasen «Undersøkelse» i diamanten). Ofte benyttes det intervjuer eller observasjon som metoder for å kartlegge pasientenes behov.

Det grundige innsiktsarbeidet som tjenstedesigneren utfører, vil føre til en definering av problemstillingen i det videre forbedringsarbeidet («Analyse» i diamanten). I denne fasen jobbes det systematisk med å analysere alle funnene fra undersøkelsesfasen før man bestemmer seg for hva det bør jobbes videre med.



PRINSIPPENE FOR PROSESSEN: Dersom helse- og omsorgssektoren skal kunne legge til rette for økt pasientinvolvering i forbedrings- og innovasjonsprosesser, er det vesentlig å følge alle de fem prinsippene som kjennetegner tjenestedesign: pasientsentrert, samskapende, helhetlig, visuelt og testet. Illustrasjon: Monica Hilsen

Tjenestedesignere vektlegger involvering av alle deltakerne i samskapende prosesser når forslag til løsninger skal utarbeides i fase tre, «Idéutvikling».

I den siste fasen, «Konseptualisering», er det viktig med gjentakende testing, evaluering og justering av de foreløpige løsningene som er utviklet. I denne fasen vektlegges det også involvering av alle berørte aktører, slik at de i fellesskap utvikler en best mulig og mest mulig helhetlig løsning i tett samarbeid (9, 10).

KOMMUNIKASJONSVERKTØY FOR PASIENTER UTEN SPRÅK

Case

En av studentgruppene på et årsstudium i velferdsteknologi valgte å ta utgangspunkt i utfordringer knyttet til en pasient som mangler språk og bor på sykehjem. Pasienten har trakealkanyle og kommuniserer via en talekanyle om dagen. Om nettene må pasienten koples til en respirator og kommuniserer da via en babycall.

Pasienten er helt avhengig av nattevaktene om det er behov for hjelp, og han har utfordringer med slimdannelser som gjør det utfordrende å puste i perioder.

Undersøkelse

Studentene støttet seg til anbefalingene fra Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo (AHO) og KS FoU (12) om å gå bredt ut i undersøkelsesfasen for å få god innsikt i tematikken de skulle jobbe med. Studentene valgte derfor å snakke med pasienten flere ganger.

I tillegg samarbeidet de tett med pasientens pårørende og flere ulike faggrupper av de ansatte ved institusjonen for å kartlegge både ressurser og utfordringer knyttet til kommunikasjon med pasienter uten språk.

Stickdorn og medarbeidere (10) påpeker at intervjuer bør utføres i det miljøet hvor samhandlingen med den aktuelle tjenesten pågår, for å få den ønskede innsikten. Alle intervjuene med pasient, ansatte og leder ble derfor gjennomført på institusjonen der pasienten bor.

Analyse

Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo og KS FoU (12) påpeker at analysefasen handler om å identifisere problemet og se på behovet og hvilke muligheter det bør arbeides videre med. Etter å ha gjennomført intervjuene tematiserte studentene derfor funnene.

Innsiktsarbeidet viste at det var behov for et bedre verktøy for kommunikasjon mellom pasienter uten språk og de ansatte.

«Helsepersonell har tradisjonelt hatt lite erfaring med tjenestedesignprosesser.»

te på sykehjemmet. Både pasienten, de pårørende og de ansatte fortalte om utrygghet knyttet til om de kunne stole på at babycallen virker når pasienten trenger hjelp.

Funn fra intervjuer med leger, sykepleiere og annet helsepersonell viste at dagens løsning ikke fungerte optimalt, og at den ikke opplevdes som et trygt varslingsystem.

Helsepersonell fortalte at de hadde utviklet personlige

FAKTA

Tjenstedesign

Tjenstedesign er en faglig disiplin med røtter i industridesign. Mens industridesign handler om å utvikle pasientvennlige produkter, handler tjenstedesign om å organisere gode pasientopplevelser på tvers av ulike kontaktpunkter (det kan for eksempel være nettsider og kundesentre). Med bruk av tjenstedesign organiseres tjenestene ut fra pasientens behov og ikke systemets behov.

Kilde: himolde.no

Trakealkanyle

Trakealkanyle er et rør av plast eller metall som settes inn i luftrøret gjennom et hull på forsiden av halsen. Spesielle kanyletyper har åpning i kanyleveggen som gjør at en del av utåndingsluften kan passere videre opp gjennom stemmepalten, og dermed gi pasienten mulighet for å snakke (talekanyle).

Kilde: Store medisinske leksikon

rutiner for hvordan de skulle ivareta pasienten, fordi de ikke stolte på at babycallen virker når han strever med å puste. Andre ansatte fortalte at nattevaktene har ansvar for mange pasienter, og at erfaringer har vist at de ikke mottar signaler fra babycallen når de befinner seg på enkelte rom eller deler av sykehjemmet.

Funn fra samtlige intervjuer viste at både pasienten, de pårørende og de ansatte hadde et ønske om å utvikle en bedre løsning, som de kunne stole på når pasienter uten språk har behov for å kommunisere med de ansatte. Kollegiet på sykehjemmet fortalte i tillegg at det er viktig at deres enhetsleder er innovativ og lydhør for nye forslag, for å løse utfordringene de står overfor.

Somech og Duch-Zahavy (13) løfter frem betydningen av et arbeidsmiljø der medlemmene er trygge på hverandre, fordi trygghet øker sannsynligheten for at nye ideer utvikles og prøves ut.

Stickdorn og medarbeidere (10) er opptatt av å inkludere pasienter eller pårørende i alle faser av en tjenstedesignprosess. Pasienten som var involvert i vårt prosjekt, var interessert i teknologi og ønsket å bidra, og i tillegg var han åpen for nye ideer og løsninger.

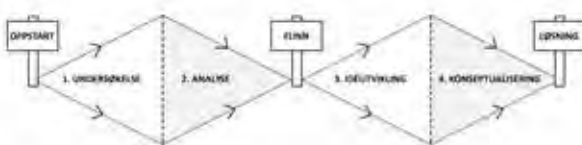
Bekymring

Studentene observerte og kartla hvor ofte pasienten opplevde at det var en utfordring at dagens kommunikasjonsløsning ikke fungerte.

Funnene viste at pasienten søkte kontakt via babycallen to ganger i løpet av tre netter, men måtte gi beskjed gjentatte ganger fordi babycallen var utenfor rekkevidde i forhold til hvor de ansatte befant seg på sykehjemmet. I tillegg viste det seg at babycallen var utenfor rekkevidde mellom 25 og 40 ganger per natt gjennom tre netter.

Pasienten uttrykte stor bekymring: «Det har skjedd at jeg har gitt fra meg lyder uten at noen har kommet, både på dag og natt.»

Figur 1. Den doble diamanten (12)



Idéutvikling

I idéutviklingsfasen (fase 3 i diamanten) er det viktig å skape en felles forståelse for de ideene som skal bidra til nye løsninger. Studentene arrangerte derfor en workshop med en tverrprofesjonell gruppe som jobber tett på pasienter uten språk.

Deltakerne på workshopen jobbet sammen og kom med følgende forslag til ny sensortechnologi som ville kunne dekke denne pasientgruppens behov på en bedre måte:

1. en sensor som utløses av klikkelyder som pasienten er i stand til å lage
 2. en sensor som utløses ved at pasienten blåser luft på den
 3. en sensor som utløses når pasienten beveger blikket og/eller hodet
- Studentene har lært at tverrprofesjonelt samarbeid ofte skaper mer kreative og bedre løsninger (12). De ulike ideene ble senere vurdert i samarbeid med pasienten, de pårørende og de ansatte, og studentene valgte å utvikle en prototype med utgangspunkt i idé nummer tre.

Fortløpende testing

Den første prototypen fungerte ikke da den ble testet av pasienten, fordi han hadde for lite bevegelse i nakke og hode. Testing og evaluering av prototypen bidro derfor til nyttig læring.

Denne erfaringen lærte studentene at det er viktig å involvere brukere eller pasienter i idéutviklingsfasen når

«Intervjuer bør utføres i det miljøet hvor samhandlingen med den aktuelle tjenesten pågår.»

løsningsalternativ skal jobbes frem. Det første løsningsforslaget ble deretter forkastet, før nye ideer ble diskutert og utviklet i tett samarbeid med pasienten.

Aakre og Scarning (14) påpeker at det å forkaste prototyper ikke må vurderes som negativt, men som læring i jakten på bedre og smartere løsninger. Stickdorn og medarbeidere (10) mener testing av prototyper er viktig for å vurdere løsninger og eventuelt forkaste eller justere dem før den endelige løsningen utvikles.

Pasienten, de ansatte og studentene samarbeidet deretter om å utvikle en idé om en teknologi som kan ta imot lyd som en mikrofon. Signaler til mikrofonen utløser en alarm over pasientvarslingsanlegget eller via en smarttelefon.

Bruken av tjenstedesignmetodikk i dette prosjektet førte til at løsningen ble utviklet i en sirkulær prosess. Det er nødvendig å bevege seg frem og tilbake mellom

prosessfasene for å utvikle en best mulig løsning som dekker behovene til brukeren av en tjeneste (14).

Ulike innovasjonsmiljøer har senere blitt koplet på prosjektet for å vurdere om det er mulig å realisere ideen om lydteknologiske sensorer og alarmer for personer uten språk som har behov for assistanse.

DISKUSJON

Det er visse kriterier helse- og omsorgssektoren må innfri dersom den ønsker å legge til rette for økt pasientinvolvering i forbedrings- og innovasjonsprosesser. Ifølge AHO / KS FoU (12) er det vesentlig å følge alle de fem prinsippene som kjennetegner tjenstedesign, for å nå dette målet: pasientsentrert, samskapende, helhetlig, visuelt og testet.

I eksempelet med prosjektet som er presentert i denne artikkelen, kan vi se hvordan prinsippene i en tjenstedesignprosess blir fulgt:

- Problemstillingen kommer fra pasienten og de ansatte (pasientsentrert prinsipp).
- Lederforankring har ført til involvering av andre innovasjonsmiljøer og vil ha betydning for videre utvikling (samskapende prinsipp).
- Studentene har fått innsikt i hvordan mange ulike aktører er viktige for å levere en sikker og trygg tjeneste (helhetlig tilnærming).
- Visualisering, blant annet i workshops, har ført til felles forståelse for problemstillingen (visuelt prinsipp).
- I tillegg benyttet studentene tegninger og modeller når de skulle teste de foreløpige løsningsforslagene. Fortløpende testing og justeringer av prototyper fikk stor betydning for det endelige resultatet (prinsippet om testing).

Studentene ville for eksempel ikke fått den samme effekten av pasientintervjuene dersom ikke innsikten fra intervjuer og observasjoner på sykehjemmet ble benyttet i en samskapende prosess med god involvering av ulike aktører, samt at forslagene til løsningene ble testet reelt.

Ledelsesforankring

Det er viktig at arbeidet med å involvere pasienter i endrings- og forbedringsprosesser forankres i ledelsen. Studentene i prosjektet erfarte at enhetslederen ved den aktuelle institusjonen var en innovativ leder som var lydhør for nye forslag.

De ansatte vurderte god ledelsesforankring som viktig når man skal løse utfordringer og finne løsninger som trefter de reelle behovene hos pasientene. En leders innstilling kan være avgjørende for suksessen og implementeringsarbeidet i en tjenstedesignprosess.

AHO / KS FoU (14) påpeker også viktigheten av at ledere og ansatte blant annet må ha evne til å være åpne for innspill fra andre aktører, som for eksempel frivillige, besøkende og pårørende.

KONKLUSJON

Caset i denne artikkelen er et eksempel på hvordan pasientinvolvering kan bidra til gode løsninger som dekker

behovene til pasienter og brukere av norske helse- og omsorgstjenester. Bruk av tjenstedesign i forbedringsprosessen i prosjektet med temaet «kommunikasjon med pasienter uten språk» viser at den endelige løsningen vokste frem først da pasienten ble involvert i alle ledd i prosessen.

Å finne en løsning for bedre kommunikasjon mellom ansatte og pasienter uten språk hadde stor betydning for både pasientens, de pårørendes og de ansattes følelse av trygghet.

Tjenstedesignere opplever ofte at pasienter uttrykker takknemlighet over å bli hørt og få lov til å bidra i en endringsprosess. Pasientene er som kjent de som best kan definere egne behov. Ved bruk av tjenstedesign som tilnærming kan vi løfte frem problemstillingene og gå i dybden for å utvikle gode løsninger basert på reelle pasientbehov.

Bruk av tjenstedesign som tilnærming i forbedringsprosesser i helse- og omsorgssektoren er derfor viktig for å sikre reell bruker- og pasientinvolvering. ●

REFERANSER

1. McCabe T, Sambrook S. Psychological contracts and commitment among nurses and nurse managers: a discourse analysis. *Int J Nurs Stud*. 2013 juli;50(7):954–67. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.012
2. Meld. St. nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41b-f99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf> (nedlastet 13.09.2018).
3. Lee SM, Olson DL, Trimmi S. Co-innovation: convergenomics, collaboration, and co-creation for organizational values. *Management Decision*. 2012;50(5):817–31. DOI: 10.1108/00251741211227528
4. Austvoll-Dahlgren A, Johansen M. Pasientens som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk Epidemiologi*. 2013;23(2). DOI: 10.5324/nje.v23i2.1649
5. Jamtvedt G, Nortvedt MW. Brukermedvirkning i sykepleie. *Sykepleien Forskning*. 2015;10(2):188–91. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/08/bruketmedvirkning-i-sykepleie> (nedlastet 26.06.2019).
6. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?qpasient%20og%20pasientrettighet> (nedlastet 09.09.2018).
7. Eines TF, Vatne S. Nurses and nurse assistants' experiences with using a design thinking approach to innovation in a nursing home. *Journal of Nursing Management*. 2018 mai;26(4):425–31. DOI: 10.1111/jonm.12559
8. Eines TF, Angelo E, Vatne S. Discourse analysis of health providers' experiences using service design. *Nurs Open*. 2018;1–9. DOI: 10.1002/nop.2191
9. Roberts JP, Fisher TR, Trowbridge MJ, Bent C. A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthc (Amst)*. 2016 mars;4(1):11–4. DOI: 10.1016/j.hjdsi.2015.12.002
10. Stickdorn M, Hormess M, Lawrence A, Schneider J. This is service design doing. *Applying service design thinking in the real world: a practitioners handbook*. Canada: O'Reilly Media; 2017.
11. Design Council. The double diamond [internet]. London: Design Council; 2019 [siteret 10.09.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.designcouncil.org.uk/news-opinion/design-process-what-double-diamond> (nedlastet 25.06.2019).
12. Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo (AHO) / KS FoU. Tiden inne for tjenstedesign? Innføring for kommunale innovasjonsprosesser. Idékatalog for tjenstedesign. Oslo; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/contentassets/95012b87175744bbdbdeac08893c93402/idekatalogen.pdf> (nedlastet 26.04.2019).
13. Somech A, Drach-Zahavy A. Translating team creativity to innovation implementation: the role of team composition and climate for innovation. *J of Managem*. 2013 mars;39(3):684–708. DOI: 10.1177/0149206310394187
14. Aakre J, Scanning HS. Prosjekthåndboka 3.0. Verktøykasse for kreative team. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

HOVEDBUDSKAP

For å kunne gjøre en god jobb som sykepleier i hele yrkesperioden er det nødvendig med et godt arbeidsmiljø og en god arbeidshelse. Arbeidshelse kan beskrives som en persons motstandskraft til å tåle negativt stress og store utfordringer. Sykepleiefaglig veiledning kan være et bidrag i utviklingen av både godt arbeidsmiljø og motstandskraft ved at kolleger sammen reflekterer over utfordrende hendelser fra praksis og finner nye og bedre handlingsalternativ for liknende utfordringer.

NØKKELORD:

► Veiledning ► Stress

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75095

Sykepleiefaglig veiledning kan gi bedre helse og økt trivsel

Sykepleiefaglig veiledning kan gi kolleger en følelse av fellesskap og bidra til et godt arbeidsmiljø. Det kan også gi arbeidstakerne styrke til å tåle utfordringer.

For å kunne gjøre en god jobb som sykepleier er det nødvendig med et godt arbeidsmiljø og en god arbeidshelse. Veiledningsfellesskap kan styrke arbeidsmiljøet og føre til bedre trivsel. Fellesskapet kan bidra til en samlet kompetanse og kvalitet som gjør oss stolte over profesjonsutøvelsen.

HVA ER ARBEIDSHELSE?

«There is a cost to caring. Professionals who listen to clients' stories of fear, pain, and suffering may feel similar fear, pain, and suffering because they care. Sometimes we feel we are losing our own sense of self to the clients we serve.» Charles R. Figley (1).

Arbeidshelse er et begrep som kan relateres til både arbeidsglede, arbeidsmiljø og jobbstress. Stress i forbindelse med utfordringer på jobb kan være positivt og gi arbeidsglede, et godt arbeidsmiljø og god arbeidshelse. Negativt stress kan skyldes mangel på forutsigbarhet, slik det kan erfares om arbeidspresset blir større enn det vi kan håndtere.

Eksempler på dette kan være påkjennningene vi kan oppleve når for stort tidspress hindrer nødvendig konsentrasjon, når vi opplever manglende kontroll over eget arbeid,

FORFATTERE


Turid Neverdal Almvik
Kreftsykepleier, forskningssykepleier og sykepleiefaglig veileder, Avdeling for blodsykdommer, St. Olavs hospital



Gry Bruland Vråle
Sykepleiefaglig veileder, førstelektor og professor emerita, Masterstudiet Verdbasert ledelse, VID vitenskapelige høyskole

eller når hensynet til helse, miljø og sikkerhet settes til side (2).

FØLELSER PÅVIRKER HELSEN

Å leve seg inn i og forsøke å forstå andre menneskers følelser, slik sykepleiere må gjøre i møte med pasienter og brukere, innebærer at vi lar oss berøre. Vi bruker våre sensitive evner til å fornemme noe av hjelpesøkerens livsverden, slik at han eller hun kjenner seg sett som

menneske. Denne evnen kan øke både treffsikkerheten og fagligheten i møte med den som søker helsehjelp (3), samtidig som den samme evnen kan gi arbeidsglede.

Innlevelsen kan koste oss dyrt når vi berøres for sterkt

«Innlevelsen kan koste oss dyrt når vi berøres for sterkt.»

og ikke får hjelp til å bearbeide dette. Vi kan da stå i fare for å utvikle en tretthet, også betegnet som *compassion fatigue*, og sakte, kanskje nesten umerkelig, utsettes for en utbrenningsprosess (4).

Empatien kan slik sett være både vårt største aktivum i arbeid med pasienter og en stor utfordring for oss som hjelpere. Begge deler, å åpne opp for å la seg



SAMARBEID: Når kolleger snakker sammen om jobben, kan de finne nye måter å løse oppgaver på. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

berøre og det å berøres for mye, kan altså påvirke arbeidshelsen vår.

SYSTEMVERDEN OG LIVSVERDEN

Faktorer som påvirker arbeidshelsen vår, kan beskrives med instrumentelle begrep som eksponering og risiko for skade når arbeidstakere belastes av systemrelaterte arbeidsmiljøfaktorer. Vi kan også omtale slike arbeidsmiljøfaktorer som en systemverden som består av organisering av arbeid, budsjetter og eksterior, og som noe som kan komme til å stå i motsetning til vår livsverdens moralske og relasjonelle aspekter. Systemverden kan også inneha kvalitetsbeskrivelser som formidler normer for hva som er god og forskningsbasert praksis.

Noen ganger gir ikke systemverden tilstrekkelig tid til å utføre god og forskningsbasert praksis. Når sykepleiere, som andre profesjonsutøvere, utsettes for denne motsetningen, beskriver de det ofte som å være i skvis og i en moralsk utfordrende arbeidssituasjon. Systemverden kan da, ved sine ordninger og beskrivelser, noen ganger påføre både pasienter og sykepleiere smerte.

Relasjonsarbeid er knyttet til livsverden og den enkelte sykepleiers personlige kompetanse. Relasjonsarbeid er (5) sammensatt og kan beskrives som en finslippt komposisjon av sensibilitet, berørhet, erfaringsbasert kunnskap, retningslinjer og evidensbasert teori (3, s. 222–23).

FELLESKAP GIR STYRKE

Veiledning kan bidra til kompetanseutvikling og et fellesskap som kan være en motstandsressurs i krevende arbeidssituasjoner (6). En annen virkning av veiledning i grupper, som også kan beskrives som en motstandsressurs, er det kollegiale fellesskapet som kan oppstå mellom for eksempel sykepleiere i en veiledningsgruppe (7). Vi har hørt sykepleiere som arbeider med for eksempel selvmordsforebygging eller med traumatiserte, si at de aldri ville greid å være i dette arbeidet uten veiledningsgruppens fellesskap.

Vi har også erfart at systematisk sykepleiefaglig veiledning i grupper gjennom arbeidsåret kan bidra til lavt sykefravær, og til at færre i sykepleierstaben skifter jobb.

Vi skal også være oppmerksomme på at enkelte ikke opplever at veiledning er nyttig. Dette kan skyldes mange ting, som for eksempel manglende struktur i gruppen, veilederen eller selve gruppeprosessen blant deltakerne.

KAN FOREBYGGE UTBRENTHET

Veiledning og oppmerksomt nærvær om det som skjer i praksis og med oss selv, kan både forebygge utbrenthet og bedre pasientomsorgen (8).

I veiledning er dialoger om opplevelser, forståelsesformer, kunnskap, handlingsvalg og løsningsforslag knyttet til praksiserfaringer, og deling av etiske og faglige refleksjoner, den viktigste arbeidsformen (6). Deling av erfaring på denne måten kan gi en kumulativ virkning (9), slik at hver enkelt veisøker kan ha med seg mer kunnskap når

de går ut fra en veiledning enn de hadde da de kom til veiledningen. Dette kan både beskrives som en del av et fagfellesskap og en del av en felles kompetanse- og kvalitetsutvikling. Dette fellesskapet kan bidra til samlet fagforståelse og kompetanseutvikling i en sykepleiestab.

Dersom veiledningen skjer i tverrprofesjonelle eller tverrfaglige fora (10), kan virkningen av veiledning innen helse- og sosialsektoren bidra til økt forståelse og fellesskap mellom profesjoner og fagfelt.

Når sykepleieren står med ansvar for liv og helse og for å gi en helhetlig omsorg, kan det oppleves ensomt. Samtaler om faglige utfordringer i veiledningsgrupper kan motvirke ensomhet, motløshet og usikkerhet.

«Sammen er vi sterke» kan være en betegnelse for opp-

«Samtaler om faglige utfordringer i veiledningsgrupper, kan motvirke ensomhet, motløshet og usikkerhet.»

levelser knyttet til gruppeveiledning. Dette kan ha betydning for kontinuitet og arbeids glede, som igjen kan ha betydning for lysten til å lære og til å utvikle kvalitet og kompetanse i sykepleiepraksisen.

Veiledningsfellesskap kan styrke arbeidsmiljøet og føre til bedre trivsel. Når sykepleiere reflekterer sammen over utfordringer i jobben, kan det bidra til at alle får mer kunnskap, og til at kvaliteten på arbeidet de utfører blir bedre. Dette kommer pasientomsorgen til gode. Fellesskap i veiledningsgrupper kan gi faglig styrke. Styrken kan knyttes til mot. Fellesskapet kan bidra til tydelige og stolte sykepleiere. ●

REFERANSER

1. Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. I: Figley CR, red. Compassion fatigue: secondary traumatic stress disorders from treating the traumatized. New York: Brunner/Maze; 1995. s. 1–20.
2. Arbeidstilsynet. Stress [internett]. Oslo: Arbeidstilsynet; 04.07.2014 [siteret 12.02.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/stress/>
3. Nordtvedt P, Grimen H. Sensibilitet og refleksjon. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
4. Bang S. Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003
5. Skau GM. Personlig kompetanse. I: Ulvestad KA, Kärki FU, red. Flerstemt veiledning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
6. Vråle GB. Veiledning når det røyner på... Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
7. Vråle GB, Borge L, Nedberg K. Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning. Sykepleien Forskning 25.04.2017. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.61626
8. Hoffart Rake AR, Larsen SH, Rø K. Hjelper mot utbrenthet. Veiledningskurs om stress og utbrenthet førte til bedre pasientbehandling. Sykepleien. 2014;102(2):46–8
9. Nordbøe CE, Enmarker I. The benefits of person-centered clinical supervision in municipal health care – employees' experiences. Open Journal of Nursing. 2017;7(5):548–60.
10. Just E, Nordentoft HM. Tverrfaglig praksis. København: Hans Reitzels Forlag; 2012.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

68.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien

Sykepleien



HOVEDBUDSKAP

Det norske samfunnet blir mer og mer flerkulturelt, og forskjellige kulturer har ulike måter å uttrykke smerte på.

Når helsepersonell har god kjennskap til pasientens kulturelle og religiøse bakgrunn, vil de lettere kunne forstå smerteuttrykket og dermed også gi bedre smertebehandling.

NØKKELOORD:

- Smerte ► Kultur
- Religion

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76013

Ulike kulturer har forskjellige smerteuttrykk

En sherpa fra Himalaya kan uttrykke smerte annerledes enn en bonde fra Valdres. Derfor må helsepersonell tilpasse smertebehandlingen til kultur og religion.

Vår kulturelle bakgrunn påvirker måten vi uttrykker smerte på. Vårt kulturelle opphav legger føringer for hvordan vi kommuniserer vår egen smerteopplevelse til andre. Normer, tradisjoner og verdensbilde påvirker hvordan den enkelte av oss oppfatter smerten som fenomen.

Som helseansatte møter vi et mangfold av uttrykk knyttet til det å kjenne smerte. Mye av dette er individuelt, men en bevisstgjøring av at smerteuttrykket også er et kulturuttrykk, vil redusere risikoen for å gi en dårlig pasient- og smertebehandling.

KULTUR OG SMERTE

Fysisk smerte oppleves tilnærmet identisk uavhengig av etnisitet (1). Likevel er det stor forskjell i forestillinger, oppførsel og holdninger når det gjelder å tolke smertesymptomer og ikke minst uttrykke selve smerten (2). Jo større den kulturelle forskjellen er, jo større sjanse er det for at pasientens oppførsel oppfattes som unormal (3).

Smerten defineres av det individet som kjenner den. Smerte er beskrevet som en kulturelt definert fysiologisk og psykologisk erfaring (4). Vår kulturelle bakgrunn er altså med på å påvirke våre tanker og følelser, våre relasjoner, vårt verdensbilde og vår tolkning og forståelse av oss selv.

Kulturen definerer normer og verdier. Kulturen styrer våre forventninger til og aksept av hva som er rett atferd, og hva som gir mening. Uten et visst innblikk i dette øker risikoen for

FORFATTER



Alf Kristian Bjørkli
Sykehusprest og godkjent spesialist som prest i helsevesenet, Sykehuset Østfold

å feiltolke signaler betraktelig. Den behandlingsmessige kvaliteten, slik pasienten opplever den, vil kunne reduseres tilsvarende (5).

MØTET MED HELSEVESENET

Med økt innvandring til Norge og en tiltakende globalisering er kulturell

bakgrunn i møte med helsevesenet høyst aktuelt. I 2018 fantes det rundt 500 000 innbyggere i Norge med bakgrunn fra ikke-vestlige land. Beregninger fra Statistisk sentralbyrå antyder en dobling av dette tallet innen 2040 (6).

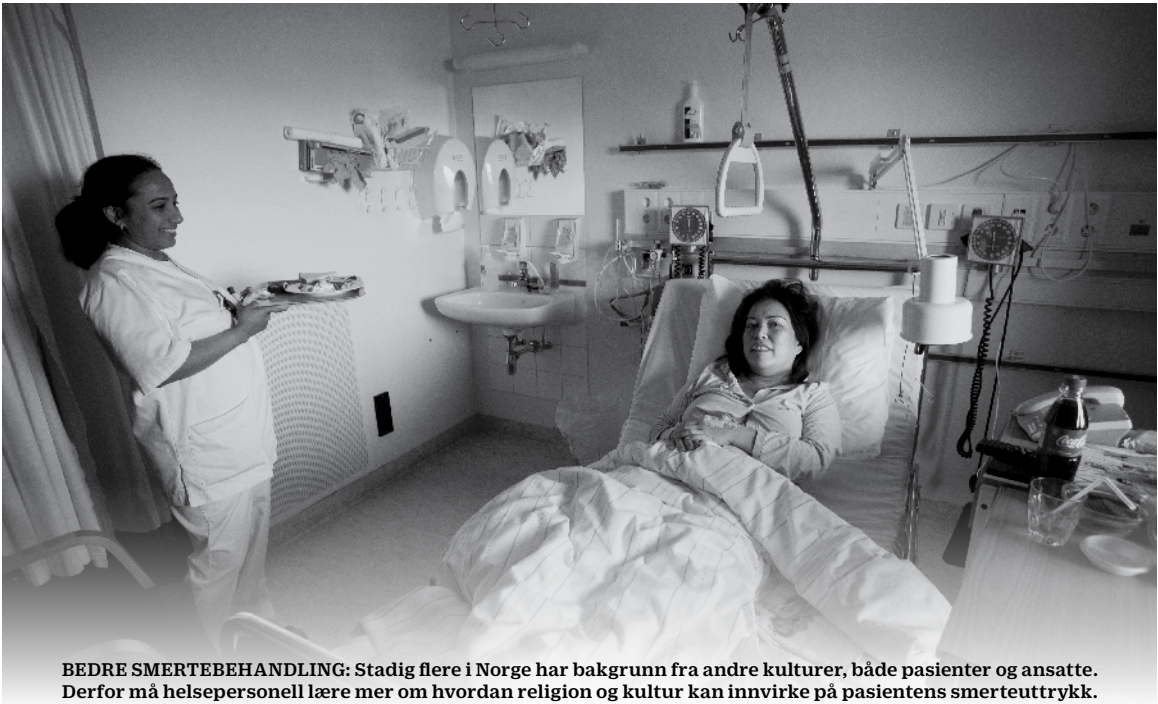
Pasienter som i dag møter norsk helsevesen, har derfor en langt mer variert kulturell og religiøs bakgrunn enn tidligere.

«Fysisk smerte oppleves tilnærmet identisk uavhengig av etnisitet.»

Dette påvirker igjen den allmenne forståelsen av hva sykdom er, hva som forårsaker sykdom, og hva som helbreder. Disse faktorene er med på å bestemme måten vi uttrykker angst og smerte på. I tillegg kommer selvsagt individuelle faktorer helt uavhengig av kulturell bakgrunn.

ULIKE NORMER OG VERDIER

Denne utviklingen fører til betydelige utfordringer når det gjelder kommunikasjon, sykdomsforståelse og medisinsk behandling. Noen av disse utfordringene oppstår på bakgrunn av en grunnleggende form for motstand i majoritetsbefolkningen.



BEDRE SMERTEBEHANDLING: Stadig flere i Norge har bakgrunn fra andre kulturer, både pasienter og ansatte. Derfor må helsepersonell lære mer om hvordan religion og kultur kan innvirke på pasientens smerteuttrykk. Bildet er fra Sykehuset Telemark i Skien. Illustrasjonsfoto: Samfoto / Roger Hardy / NTB Scanpix

I den «vestlige kulturen» har det således utviklet seg et fast sett av forventninger som definerer hva som er normalt, og hvilke normer og verdier som gjelder når man er syk og har vondt. Helsesosiologen Talcott Parsons beskrev dette allerede i 1951 som «sykerollen» (7).

I dette settet av normer og verdier finnes det blant annet en forventning om at pasienter kommuniserer smerter og symptomer på en måte som er tilpasset det helsearbeiderne anser som passende og forståelig. Samforståelsen av smerteuttrykk mellom pasienten, sykepleieren og legen gir i så måte mange utfordringer. For hva anses egentlig som passende i Manila? Og hva oppfattes som akseptert og forståelig i Mogadishu?

«ETNISKE SMERTER»

Studier viser at helsearbeidere ofte vurderer pasientens smerte som svakere enn pasientens egne, subjektive vurdering. Manglende samsvar mellom helsearbeiderens og pasientens smertevurdering øker jo sterkere den opplevde smerten er (8).

Med dette som bakgrunn hevder den danske legen Stine Lund at begrepet «etniske smerter» brukes i stor utstrekning på danske sykehus. Det benyttes om mennesker fra andre kulturer som gir uttrykk for å ha sterke smerter.

I denne sammenhengen brukes formuleringen «etnisk smerte» til å antyde at pasienten overdriver, og at det egentlig ikke feiler ham eller henne noe alvorlig. Denne tilnærmingen er naturligvis ikke akseptabel og kan bidra til alvorlig feilbehandling (9).

ULIK RAPPORTERING

Pasienter med en sterk religiøs tro, og som har lagt sin skjebne

i for eksempel Guds eller Allahs hender, kan synes det er vanskelig å klage på smerter eller annet ubehag. For noen kan det å klage på smerte assosieres med å ikke ha tillit til troen. En slik opplevelse av eksistensiell usikkerhet vil for enkelte være så truende at den kan overgå selve smerteopplevelsen. Smerten vil dermed ofte underrapporteres (10).

Videre viser en studie blant 3000 somaliske innvandrerkvinner i Michigan i USA at sterke, verbale smerteuttrykk etter en operasjon kommuniserte den totale, opplevde livssituasjonen like mye som smerten i seg selv. Kvinnene beskrev mye angst, usikkerhet og uro knyttet til selve innleggelsen. De forbandt ofte operasjoner med død.

«Pasienter som i dag møter norsk helsevesen, har en langt mer variert kulturell og religiøs bakgrunn enn tidligere.»

Likevel viste undersøkelsen at trusselen knyttet til relasjon og rolle, forpliktelser, tradisjonelle kjønnsmønstre og identitet var verre enn selve smerten. For hvem er jeg når jeg blir syk? Det som hadde størst positiv innvirkning på smerteopplevelsen etter utskrivning, var derfor å kjenne støtte og aksept fra egen familie og å få tre inn i tidligere kjente roller.

God oppfølging fra helsevesenet hadde mindre å si for egen mestringsfølelse (11). I slike situasjoner vil smerten kunne overrapporteres av pasienten og mistolkes av den

helseansatte. Den risikerer både å bli overbehandlet ut fra det sterke uttrykket for smerte og å bli underbehandlet ut fra stempelet «etnisk smerte».

SMERTEOPPDRADELSE

Studier viser at det ikke finnes statistisk betydningsfulle forskjeller i den totale smerteopplevelsen mellom etniske grupper (12). Et ankelbrudd kjennes like vondt ut for en sherpa i Himalaya som for en bonde i Valdres. Når selve uttrykkene likevel varierer i så sterk grad, må vi lete andre steder enn i fysiologien, kjemien og biologien. Det hevdes derfor at smerteuttrykk primært læres gjennom imitasjon av atferd hos nærstående (12).

Smerteuttrykk læres også ved at visse typer atferd belønnes (13). Slik sett har alle sivilisasjoner sine egne normer for oppdragelse, også når det gjelder å uttrykke smerte. Mye tas derfor for gitt i egen kultur og oppfattes som naturlig og samfunnsmessig nyttig. Smerteoppdragelsen avspeiler dette. Den innlærte atferden gir en form for trygghet både for den som kjenner smerten, og for dem som står rundt. Hele situasjonen er gjenkjennelig.

I Norden manifesterer dette seg ofte ved at barn helst oppdras til ikke å vise smerte. Det er ikke alltid vi er oss dette bevisst, men barn som ikke skriker, har tradisjonelt blitt belønnet både verbalt og materielt. De får kanskje en liten leke eller et klistremerke ved lege- og tannlegebesøk.

Språket understøtter den samme holdningen: «Store gutter gråter ikke» eller «Så flink du er som ikke skriker». Videre belønnes det såkalte sterke kjønn hvis man viser minst mulig følelser som gråt, smerte og redsel.

TAUSE OM SMERTE

På en gravstein utenfor Østre Fredrikstad kirke er idealet bokstavelig talt meislet inn:

«Herunder hvile de jordiske levninger af herr borgemester Peter Garde, en utrættelig, arbeidsom embedsmann, en taus og troefast ven, som efter 21 aars kjærligt egteskab med Anne Cathrine Fahne, i sitt 70de aars deels møysommelige vandring her nedlagde de trætte lemmer til hvile. Den 25de april 1804. Fred være med hans støv.»

Tausheten, som på denne tiden var et ideal, ble holdt frem som noe edelt og forbilledlig, til tross for hans til dels «møysommelige vandring». Videre vet vi at krigsseilernes selvpålagte taushet etter torpedering og andre traumer ble sett på som en god, forventet og ærbar oppførsel.

Når skandinaver møter andre og sterkere måter å uttrykke smerte på, kjenner derfor mange på usikkerhet. Høylytte uttrykk kan oppleves som «overdrevne», «upassende» eller «unormale» (3). Atferden kommer i konflikt med tradisjonell norsk smerteoppdragelse.

RÅD OG MULIGE TILTAK

I alle kulturer er smerte ønsket og truende for den menneskelige tilværelsen. Derfor har det gjennom tidene vokst frem forskjellige strategier for å mestre, uttrykke og kontrollere smerten og annet ubehag.

Når stadig flere i Norge har bakgrunn fra andre kulturer, og så i personalgruppen, står helseansatte overfor en rekke utfordringer. Hvis helsearbeidere neglisjerer dette, kan smertebehandlingen bli dårligere, og vi risikerer å påføre pasienten mer lidelse.

Innenfor flere profesjonsutdanninger må derfor både grunn- og videreutdanningen inneholde elementer fra blant annet tverrkulturell kommunikasjon og kulturforståelse. Videre bør fagmiljøer og enkeltpersoner tillate seg å spørre mer direkte i møter med det som kan oppleves fremmed og ukjent.

«Et ankelbrudd kjennes like vondt ut for en sherpa i Himalaya som for en bonde i Valdres.»

Det er lov ikke å vite. Å unndra seg ny kunnskap er derimot ignorant og fordømmende. Positiv nysgjerrighet vil sjelden oppfattes negativt av den som blir spurt.

Helseansatte må ha klare forventninger om å skulle tilstrebe en lyttende og ikke-dømmende holdning i møte med det som kan kjennes fremmed. Menneskets iboende verdighet skal alltid legges til grunn i møter med andre. En slik holdning må være faglig og etisk integrert hos enhver helseansatt.

Denne måten å møte pasienter på må også inkludere situasjoner der den andre har bakgrunn fra en annerledes kultur og dermed kan ha måter å uttrykke sin smerte på som kan avvike fra «den norske normen».

REFERANSER

1. Free MM. Cross-cultural conceptions of pain and pain control. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 2002;15(2):143–5.
2. Jarrett C. Ouch! The different ways people experience pain. *The Psychologist*. 2011;24:416–20. Tilgjengelig fra: <https://the-psychologist.bps.org.uk/volume-24/edition-6/ouch-different-ways-people-experience-pain> (nedlastet 18.02.2019).
3. Sundquist J. Ethnicity as a risk factor for consultations in primary health care and out-patient care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1993;11(3):169–73.
4. McCaffery M, Pasero C. Pain: clinical manual. *Journal of Clinical Nursing*. St. Louis: Mosby Publisher; 1999.
5. Richardson G. Pain expression in different cultures. A qualitative study of the analysis for the cues of pain in different cultures. (Bacheloroppgave i sykepleie.) Vasa; 2012. s. 48.
6. Statistisk sentralbyrå. Tabell 11667 i Framskrevet folkemengde, etter kjønn, alder, innvandringskategori og landbakgrunn, i 15 alternativer 2018–2100. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11667/> (nedlastet 19.02.2019).
7. Parsons T. *Toward a general theory of action*. Harvard University Press; 1951.
8. Sloman SA, Lagnado D. The problem of induction. I: Holyoak KJ, Morrison RG, red. *Cambridge Handbook of Thinking & Reasoning*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. s. 95–116.
9. Lund S. Fra Hvidovre til Zanzibar, det personlige lægeløfte. *Ugeskrift for læger*. 2006; 168(18).
10. Fra egne samtaler med smerteutsatte kreftpasienter.
11. Ness SM. Pain expression in the perioperative period: insights from a focus group of Somali women. *Pain Manag Nurse*. 2009;10(2):65–75.
12. Callister LC. Cultural influences on pain perceptions and behaviors. *Home Health Care Management & Practice*. 2003;15(3):207–11.
13. Helman CG. *Culture, health and illness*. 5. utg. London: Hodder Arnold Publication; 2007.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Alf Kristian Bjørkli

Sykehusprest og godkjent spesialist som prest
i helsevesenet, Sykehuset Østfold

Jeg har skrevet denne artikkelen fordi jeg har sett utfordringene vi alle strever med når det gjelder pleie og behandling av pasienter med en annen kulturell bakgrunn.

Det finnes mange fordommer. Manglende kunnskap innen flerkulturell kommunikasjon kan føre til dårligere pasientbehandling, i verste fall også til feilbehandling.

VÆR NYSGJERRIG!

Artikkelen min handler om at det er viktig at sykepleiere viser en åpen holdning om kultur og livssyn. Det er lov ikke å vite, og det er lov å spørre. At noe er fremmed, betyr ikke at det er

rart, uforståelig eller ulogisk. Vær vennlig, åpen og nysgjerrig!

Jeg er opptatt av at alle pasienter, uavhengig av kjønn, legning, status eller kulturell og religiøs bakgrunn, blir behand-

«Det er lov ikke å vite.»

let med åpenhet og respekt for hvem de er.

Alle har sin historie. Noen ganger er denne forståelig bare for det mennesket som har opplevd den. Noen ganger ikke da heller. Som helseansatte har vi et felles ansvar for å ivareta alle etter beste evne. ●



FORSKJELLER: Førstespråklige brukte ti ulike ord relatert til observasjon av bandasje, mens andrespråklige kun brukte én beskrivelse. Illustrasjon: Monica Hilsen

FORFATTERE

**Lasse Morten
Johannesen**

Førstelektor, Institutt for
lingvistiske og nordiske studier,
Universitetet i Oslo

Ragnhild Hellesø

Professor, Avdeling for
sykeleievitenskap, Institutt
for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

NØKKELOD

- ▶ Kvalitet
- ▶ Førstespråklige
- ▶ Andrespråklige
- ▶ Minoritetsspråklige
- ▶ Språk
- ▶ Journalføring
- ▶ Språklig repertoar

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykeleiefn.2019.76342

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Det har vært økende arbeidsvandring av sykepleiere over landegrensene de siste tiårene. Det er et lederansvar å sikre at ansatte har nødvendige språklige ferdigheter. Vi har ikke identifisert studier som sammenlikner pasientjournaler skrevet av førstespråklige sykepleiere og andrespråklige sykepleiere.

Hensikt: Hensikten med studien var å utforske forskjeller og likheter i omfang og språklig presisjon mellom første- og andrespråklige sykepleieres vaktskif-terapporter.

Metode: Vi brukte et utforskende design for å vurdere 113 vaktskifterapporter, der 57 var skrevet av 17 sykepleiere med norsk som førstespråk, og 56 var skrevet av 17 sykepleiere med et annet førstespråk.

Resultat: De førstespråklige sykepleierne journalførte hovedsakelig mer enn andrespråklige. Andrespråklige journalførte imidlertid nesten like mye når det gjaldt tallstørrelser, og mer når det gjaldt informasjon om familie og pårørende. Funnene avdekket at de andrespråklige hadde et mindre repertoar og lavere språklig presisjon.

Konklusjon: Første- og andrespråklige sykepleiere journalfører nesten like mye tallrelatert informasjon, men i det språklige repertoaret og registeret er det klare forskjeller mellom gruppene. De førstespråklige sykepleierne bruker et større og mer nyansert repertoar enn andrespråklige sykepleiere. Studien gir ikke grunnlag for å trekke slutninger om at førstespråklige sykepleiere har feilfri journalføring, men den kan bidra til å iverksette tiltak som kan lette journalføringen for en sykepleiergruppe som er økende, og som Norge har bruk for.

Første- og andrespråklige sykepleiere har ulik journalføring

Sykepleiere med norsk som førstespråk bruker et større og mer nyansert repertoar i vaktskifterapportene enn andrespråklige. Men de journalfører tallinformasjon nesten likt.

I denne artikkelen setter vi søkelyset på journalføring utført av sykepleiere med norsk som førstespråk og sykepleiere med norsk som andrespråk. Sykepleiere må bruke et klart og tydelig språk i journalføringen for å unngå misforståelser og feil. Sykepleiere med utdanning fra andre land enn Norge og andrespråklige sykepleierstudenter kan ha språkutfordringer både under utdanningen og i yrkeslivet (1, 2).

Studenter som tar utdanning i et land der de må bruke andrespråket i utdanningen, opplever ofte at overgangen fra videregående skole til for eksempel et sykepleiestudium er språklig krevende (1). Andrespråklige sykepleiere kan ha opplevd at de har utfordringer med å samhandle med pasienter og medarbeidere, og at de kan ha ulik forståelse av rollen som sykepleier (2).

Studier av journalføring

Generelt viser studier der det ikke skiller mellom første- og andrespråklige sykepleiere, at kvaliteten på journalføringen er av varierende grad (3–5), og at sykepleierne synes det er utfordrende å formulere sykepleieplaner (6). Journalkvaliteten kan bli svekket på grunn av et fragmentert språk (7), og journalene kan være ufullstendige med blant annet fraværende informasjon om effekten av sykepleie-tiltak (8).

En studie fra et tysk universitetssykehus (9) påviste til dels store mangler i pasientjournalene. De avdekket manglende samsvar mellom det som ble sagt under muntlig rapport, og det

som var dokumentert i journalen, og at det var feil i viktig informasjon, eller at den manglet helt.

Fordeler og ulemper for andrespråklige

Det kan være språklige, faglige og kulturelt relaterte utfordringer for internasjonale sykepleiere og for andrespråklige sykepleierstudenter som tar utdanning i et annet land. Kanadiske studier viser

betydning for språklig tilpasning hvordan sykepleieren ser på seg selv, og hvor forberedt han eller hun er før vedkommende begynner å arbeide i et annet land. Deres måte å kommunisere på påvirker forventningene pasienter og annet helsepersonell har til den utenlandske sykepleieren.

Publikasjoner som påviser problemer knyttet til kommunikasjon med fremmedspråklige sykepleiere, bruker begrepet «språk» tilsynelatende bare i forbindelse med muntlig kommunikasjon (2, 13). Skriftlig dokumentasjon tas ikke opp, selv om den har en juridisk verdi som mangler ved muntlig kommunikasjon (14).

Hensikten med studien

I vår artikkel fokuserer vi på ferdigutdannede sykepleiere som har lagt bak seg fagutdanningen, og som oppfyller språkravene. Vi har ikke funnet studier som har undersøkt språklige likheter og forskjeller mellom førstespråklige og andrespråklige sykepleieres journalføring, verken i Norge eller internasjonalt.

Fravær av slike studier er overraskende når det i enkelte land er en relativt stor andel av sykepleiere som ikke har landets offisielle språk som sitt morsmål. Det er nå vel 10 prosent av over hundre tusen sykepleiere, jordmødre og helse-sykepleiere i Norge som ikke kommer fra Norge opprinnelig (15).

Tilstrekkelig, relevant, presist og forståelig språkrepertoar, der pasientens egne synspunkter inkluderes, er nødvendig for å sikre kvalitet og kontinuitet (16). Hensikten med pilotstudien vår var å utforske forskjeller og likheter i omfang og språklig presisjon mellom

«Det er nå vel 10 prosent av over hundre tusen sykepleiere, jordmødre og helse-sykepleiere i Norge som ikke kommer fra Norge opprinnelig.»

at internasjonalt utdannede sykepleiere møter utfordringer med å takle engelsk som et akademisk språk når de tar etterutdanning, og når de møter uventede formelle krav (10).

Ulike faktorer kan sammen eller alene ha en positiv innvirkning på sykepleieres integrasjon og yrkesutøvelse. Blant annet trekkes økonomiske ressurser, generelle språkferdigheter og yrkesrelaterte språkferdigheter frem (11).

En australsk studie (12) viser at målbevisst økt interaksjon med erfarne sykepleiere og pasienter bidrar til å forbedre andrespråklige sykepleieres ferdigheter i kommunikasjon og samhandling med pasienter og andre sykepleiere. Studien fremhever at det har

første- og andrespråklige sykepleieres vaktskifterapporter.

METODE

Vi brukte en utforskende tilnærming for å undersøke sykepleiernes språklige ferdigheter. Vi identifiserte deres språklige register og grammatikalske uttrykk.

Setting og utvalg

Vaktskifterapporter skal bidra til å sikre kontinuitet og samhandling rundt pasienten (4, 14). Avdelingssykepleiere ved fire avdelinger samlet inn skriftlige, anonymiserte rapporter fra dagvakter på et større sykehus på Østlandet. Rapporter fra dagvakter er vanligvis mer omfattende enn rapporter fra nattevakter og kveldsvakter.

I sykehusets elektroniske dokumentasjonssystem benevnes vaktskifterapporter som «Notat/evaluering», heretter kalt rapporter. Inklusjonskriteriene var at sykepleierne skulle ha norsk som førstespråk eller ha norsk som andrespråk. De skulle være fast ansatte uten videreutdanning, og de kunne ikke ha et skandinavisk morsmål.

Lederne samlet også inn informasjon om hvor lenge de hadde vært ansatt som sykepleiere i Norge, og hvor de hadde tatt sin avsluttende sykepleiereksamen.

Datainnsamling

En i sykehusledelsen kontaktet fem klinikkledere og ba om tillatelse til å gjennomføre studien. Fire samtykket i å delta med hver sin avdeling og sørget for en kontaktperson for den enkelte avdelingen. Kontaktpersonene mottok ytterligere skriftlig og muntlig informasjon om prosjektets hensikt og fremgangsmåte fra førsteforfatteren.

Kontaktpersonene innhentet skriftlig samtykke fra sykepleierne til at rapporter de hadde skrevet, kunne samles inn og brukes i prosjektet. Før de samtykket, hadde de fått skriftlig informasjon om prosjektets hensikt, og om hvordan resultatene skulle brukes. Avdelingssykepleieren for hver enkelt avdeling anonymiserte personer og pasientidentifiserende informasjon.

Vi samlet inn rapportene fra avdelingene mellom juni 2015 og januar

2016. Det var et mål at ingen rapporter skulle være fra perioder der det gjerne forekommer flere vikarer eller dobbeltvakter, som jul, påske og sommerferie. Vi valgte samme vakt og utelot bestemte perioder for å unngå skjevheter mellom de to sykepleiergruppene.

I alt samlet vi inn 129 rapporter skrevet av 20 førstespråklige og 20 andrespråklige sykepleiere. Materialet vi fikk fra avdelingssykepleierne, viste seg også å inneholde rapporter fra kvelds- og nattevakter. Disse rapportene ble tatt

«De andrespråklige har lavere språklig presisjon med færre nyanser.»

ut av materialet, som til slutt besto av rapporter skrevet av 17 første- og 17 andrespråklige sykepleiere, representert med henholdsvis 57 og 56 rapporter.

Ti av de andrespråklige hadde sykepleierutdanning fra Norge, mens de øvrige sju var utdannet i utlandet. Flertallet av de førstespråklige hadde arbeidet fra ett til tre år som sykepleiere. Arbeids erfaringen for de andrespråklige var i gjennomsnitt lengre. Flertallet hadde arbeidet i fast stilling fra to til femten år.

Av hensyn til anonymisering presenterer vi ikke resultatene på avdelingsnivå og utdanningssted, det vil si hvorvidt utdanningsstedet er innenfor eller utenfor Norge.

Analyse

Vi gjorde først en analyse for å identifisere kategorier på tvers av tolv funksjonsområder som det var forventet at sykepleierne skulle bruke i rapportene:

- kommunikasjon og sanser
- kunnskap, utvikling eller psykiske helseutfordringer
- åndedrett og sirkulasjon
- ernæring, væske- og elektrolyttbalanse
- eliminasjon
- hud, vev og sår
- aktivitets- og funksjonsstatus
- smerte, søvn, hvile og velvære

- seksualitet og reproduksjon
- sosiale behov
- åndelig, kulturelt behov og livsstilsutfordringer
- annet, legedelegerte aktiviteter og observasjoner

I denne fasen organiserte vi først materialet ut fra myndighetenes forventninger til journalføring (14). Deretter gjennomførte vi en tekstkondensering, der vi støttet oss til en grounded theory-tilnærming (17).

Det resulterte i følgende seks tverrgående kategorier: 1) sykepleierens vurderinger og sykepleiediagnoser, 2) sykepleierens tiltak og handlinger, 3) kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren, 4) samarbeid og kommunikasjon med annet helsepersonell, 5) notater som omfatter familie, pårørende og venner, og 6) tallrelaterte informasjonenheter som blodtrykk, feber, smertegrad og klokkeslett.

For å gjøre det mulig å sammenlikne de to sykepleiergruppene oppsummerer vi hvor mange ganger hver sykepleier dokumenterte under hver kategori, og regnet deretter ut gjennomsnittlig antall informasjonenheter per notat. For eksempel er det hos førstespråklige sykepleiere dokumentert 108 tilfeller av «kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren» i de 57 rapportene. Vi angir disse tilfellene som et gjennomsnitt på 1,9 per rapport. Den gruppen sykepleiere som dokumenterte mest innen hver kategori, ble satt til 100 prosent, noe som gjør det mulig å vise den relative forskjellen mellom andre- og førstespråklige sykepleiere.

Dybdeanalyse av hud, vev og sår

Sykehuspasienter er utsatt for infeksjoner (18) og sår (19). Det kreves både fag- og språkkompetanse for å kunne uttrykke presist hvordan et sår ser ut langs en tidslinje, altså hvordan såret var og er, hvilke tiltak som ble iverksatt på foregående vakt(er), samt å peke på eventuell nødvendig oppfølging på kommende vakt(er).

Vi gjorde derfor en dybdeanalyse av funksjonsområdet «hud, vev og sår» for å undersøke språklig presisjonsnivå gjennom nyanser. Vi undersøkte uttrykk for variasjon i ulike vurderinger,

tiltak og handlinger, beskrivelser av tid og endringer samt kommunikasjon og samarbeid.

Vi valgte å sammenlikne journalføringen til de to sykepleiergruppene basert på 1) register over ordforråd av blod, 2) register over symptomer angitt med farger og lyst eller mørkt, 3) register over ulike dokumenterte tiltak eller handlinger, 4) register over ulike dokumenterte bandasjetyper, 5) uttrykk for tilstand og endringer over tid, og 6) samarbeid og kommunikasjon med annet helsepersonell og pasienten.

Kategori 6 ble inkludert siden samarbeid og kommunikasjon skal styrke kvaliteten på pasientoppfølgingen, og de innbefatter også enveiskommunikasjon i form av direkte henvendelser til påtroppende skift.

Etikk

Prosjektet var et kvalitetssikringsprosjekt og ble vurdert og godkjent av sykehusets personvernombud for forskning. Sykepleierne samtykket til at vi kunne bruke rapportene de hadde skrevet, i analysen. De hadde fjernet all pasientidentifiserende informasjon fra rapportene vi mottok.

Vi informerte sykepleierne om at ingen enkeltavdelinger skulle kunne identifiseres i publikasjoner. Det samme gjaldt for enkeltsykepleiere og ulike grupper av sykepleiere etter nasjonal eller kulturell bakgrunn.

RESULTATER

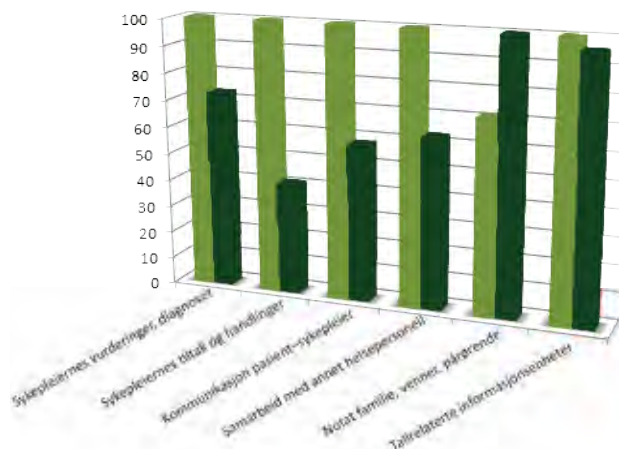
Et hovedfunn er at førstespråklige sykepleiere dokumenterer mer enn andrespråklige for disse kategoriene: «sykepleierens vurdering og sykepleiediagnoser», «sykepleierens tiltak eller handlinger», «kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren» og «samarbeid med annet helsepersonell».

For kategorien «familie, pårørende og venner» dokumenterte de andrespråklige mer enn førstespråklige. I kategorien «tallrelaterte informasjonsenheter» var det en liten overvekt av dokumentasjon hos førstespråklige. I tabell 1 viser vi forskjellene i omfang av informasjon med eksempler på hvordan de to sykepleiergruppene dokumenterer.

Tabell 1. Første- og andrespråklige sykepleieres omfang av informasjon for hovedkategoriene

Hovedkategorier	Førstespråklige (F)	Andrespråklige (A)	Eksempler fra dokumentasjon med kommentarer
Sykepleiers vurderinger og diagnoser	4,4	3,2 (73 % av F)	«Pas. er trøtt, vært sovende hele tiden men lett vekkbart.» (A) «Har mye smerter i rygg ved mobilisering og gange, rynker ansiktet og ynker seg.» (F)
Sykepleiers tiltak og handlinger	2,2	0,9 (41 % av F)	«Sliten, trøtt, spurt om sove medisinen, fått sove imovane 5mg kl. 20-15» (A) «Etter at pas ble mer hoven på sidene av magen, har u.t. tatt ned tempoet til 280 ml/t.» (F)
Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier	1,9	1,1 (58 % av F)	«Forteller han føler at det er på bedringens vei.» (A) «Orienterer pasienten, svarer adekvat på dette.» (F)
Samarbeid med annet helsepersonell	0,8	0,5 (63 % av F)	«Kontaktet Hjemtjeneste og meldt pas muntlig.» (A) «Ringt til anestesi, har ikke fått noe svar.» (F)
Familie, pårørende og venner	0,5 (71 % av F)	0,7	«Pårørende ønsket å få henne på besøk hjem i noen timer i morgen.» (A) «[...] har vært oppe og gått i korridoren med kona.» (F)
Tallrelaterte informasjonsenheter	4,9	4,7 (96 % av F)	«[...] ustabil pulsen, som ble målt x 2, kl. 13-00 pulsen 168, kontroll måling kl. 14-00 pulsen 84.» (A) «Eliminasjon: KAD tømt for 1500ml, lys og klar diurese kl. 19:00.» (F) Kommentar: I eksemplene her har vi regnet fem tallrelaterte informasjonsenheter for A, og to for F.

Figur 1. Forskjeller i dokumentasjonsomfang



Figur 1 viser den relative forskjellen i omfanget av hovedkategoriene mellom de to sykepleiergruppenes journalføring.

Andrespråklige har lavere språklig presisjon

I detaljanalysen av språklig presisjon fant vi at de andrespråklige hadde

informasjon i 37 av de 56 rapportene (66 prosent), mens de førstespråklige hadde dokumentert i 51 av de 57 (89 prosent). De andrespråklige har lavere språklig presisjon med færre nyanser. Det kommer blant annet frem når de dokumenterer observasjoner av sårstell og bandasjeskift. Førstespråklige

Tabell 2. Eksempel på første- og andrespråklige sykepleieres språklige presisjon og nyansering

Kategorier	Førstespråklige (F)	Andrespråklige (A)	Kommentarer/oppsummeringer
Register for ordforråd knyttet til blod	blod blodig blø sive blødning blodvann hematom skygge liten skygge gammel rose	litt skygget	Siste tre beskrivelser hos F dreier seg om observasjoner i bandasje.
Register for symptombeskrivelse – farger/nyanser for tilstand hud/vev	rød lett rød veldig blålig litt blå gulaktig mørk	rød litt rød blek	
Register for ulike tiltak, handlinger	fjerne skifte bytte seponere avlaste forsterke legge på (bandasje) legge inn (kanyle) dekke skylle legge til rette beholde	fjerne skifte bytte seponere avlaste smøre	De fem første tiltakene hos F og A er like og relativt generelle. Deretter følger kun ett mer spesifikt tiltak hos A, «smøre». Hos F følger sju mer spesifikke tiltak. «Beholde» er dokumentert «ikke-handling», dvs. å ikke skifte.
Register for ulike typer bandasjer	Allevyn Aquacel Duoderm Jelonet Mepore Opsite operasjonsbandasje kompresjonsbandasje	Aquacel Sårbandasje	F spesifiserer typen bandasje i 13 av 28 notater (46 %). A spesifiserer i 2 av 14 (14 %).
Notater som spiller dynamiske perspektiver som tid og endring for hud, vev og sår – tilstand før/under og/eller etter aktuelt skift	«Bandasjen ble skiftet helt inn i går. I dag er bandasjen blodig og nesten gjennomtrukket ved ett område der såret siver. Observer videre for å evt. skifte helt inn i kveld.»	«Bandasje på ryggen er litt skygget, men er vendret fra i går.»	18 notater (35 %) hos F og 2 (5 %) hos A.
Samarbeid og kommunikasjon med annet helsepersonell og pasienter	«Fikk beskjed fra sykepleier på intensiven at det er en begynnende [...]»	«obs ve. hæl»	12 (24 %) notater hos F og 2 (5 %) hos A.

bruker et register med ti ulike ord relatert til observasjon av bandasje, mens hos andrespråklige identifiserte vi kun én beskrivelse.

I tabell 2 viser vi forskjeller i nyanser og presiseringer i dokumentasjonen. Også for nyanser i symptombeskrivelser med farger er det forskjell mellom de to gruppene – der de førstespråklige bruker dobbelt så mange beskrivelser. Når det gjelder register over ulike tiltak og handlinger, er det også dobbelt så mange hos gruppen av

førstespråklige – i alt tolv ulike mot seks hos de andrespråklige.

Førstespråklige dokumenterer mer om samarbeid

Bandasjetype gir ekstra informasjon om såret og behandlingen som er gitt. De andrespråklige spesifiserer i 2 av 14 notater som inkluderer bandasje, mot 13 av 28 notater hos førstespråklige. De andrespråkliges notater gjenspeiler i svært liten grad endrings- og utviklingsaspektet, som er kritisk for området hud, vev

og sår, altså for eksempel hvordan huden eller såret var under forrige vakt, og hva en eventuell endring frem til aktuell vakt består i.

Førstespråklige har langt mer dokumentasjon på samarbeid og kommunikasjon med annet helsepersonell og med pasientene. Hos de førstespråklige identifiserte vi tolv notater med dokumentasjon på ulike former for kommunikasjon og samarbeid. De andrespråklige hadde to notater i denne kategorien, og begge var direkte oppfordringer til kommende vakter og handlet ikke om kommunikasjon med pasienter.

I figur 2 viser vi grafisk forskjellen i registeret over ulike beskrivelser og handlinger hos de to sykepleiergruppene.

DISKUSJON

Et hovedfunn er at de førstespråklige og de andrespråklige sykepleierne dokumenterer ulik mengde informasjon, og at den språklige presiseringen er forskjellig. I fire av de seks kategoriene dokumenterer andrespråklige mindre enn førstespråklige. I én kategori dokumenterer andrespråklige mer, og i én kategori er dokumentasjonsgraden relativt lik.

Detaljanalysen av hud, vev og sår viser at førstespråklige sykepleiere gjennomgående bruker et mer detaljert og nyansert språk i alle kategorier.

Men funnene avdekker samtidig at de førstespråklige sykepleierens dokumentasjon kan være mangelfull, slik andre studier også har vist (20). Kompetanse og kulturelle forhold som har betydning for hvordan andrespråklige sykepleiere ser på sin rolle og sitt ansvar, kan forklare noen av de forskjellene som er avdekket (2).

Andrespråklige har smalere språkregister

Andrespråklige sykepleiere bruker et smalere språkregister av substantiver, adjektiver og verb i sine beskrivelser av symptomer og handlinger. De trekker i liten grad inn annen informasjon fra før eller etter den vekten de rapporterer for.

Forskningen på andrespråk, det vil si læring, tilegnelse og anvendelse, er omfattende. Den er ikke entydig, men bekrefter at det kan innebære en flerårig prosess å utvikle et rikere språklig

register når det gjelder å mestre god muntlig og skriftlig kommunikasjon (21).

Henriksen (22) viser og begrunner slike forskjeller mellom førstespråkliges og andrespråkliges språktilegning og -læring. Flere kan fungere bra i dagligspråket etter relativt kort tid når de lærer seg et annet språk, men det kan ta flere år å tilegne seg et funksjonelt faglig språk. Disse erfaringene samsvarer med andrespråklige sykepleieres erfaringer i Norge også (2).

Uttrykker tid forskjellig

Vi avdekket forskjeller i å uttrykke tidsforhold, rekkefølge og tilstandsendringer for hud, vev og sår. Det kan være ulike grunner til forskjellene. De kan ha sammenheng med at de andrespråklige sykepleierne rapporterer mindre enn de førstespråklige og dermed også gir mindre uttrykk for relasjoner i tid.

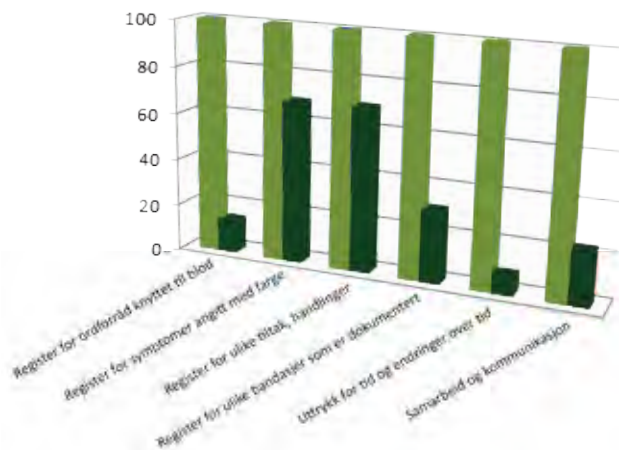
En annen mulighet er at ulikhetene kan henge sammen med faglig kompetanse, men de kan også ha sammenheng med den språklige bakgrunnen til sykepleieren. I hvilken tid (tempus) et verb skrives, er avhengig av om det viser til noe som har skjedd, noe som skjer nå, beskriver en aktuell tilstand eller noe sykepleieren skal ta hensyn til fremover – for eksempel på neste vakt.

Informasjon knyttet til den aktuelle vekten krever stort sett notater med verb i presens, presens perfektum eller preteritum, som «spiser», «har spist» eller «spiste», og tidsadverb som «i morges» og «kl. 12» og liknende. Notater som henvider seg til den påtroppende sykepleieren, gjør det naturlig at sykepleieren bruker fremtid ved hjelp av verb som «skal», «kan», «må» og «bør» og tidsuttrykk som «i kveld» eller «neste uke».

Notater som viser tilbake til foregående skift, krever at sykepleieren bruker fortidsformer som preteritum «spiste» eller preteritum perfektum for å vise til noe som skjedde før noe annet, som «hadde nettopp spist da han fikk smerter». Sistnevnte eksempel ble for kalt pluskvamperfektum. Selv nære fremmedspråk som engelsk, tysk, fransk og spansk uttrykker fortid ganske ulikt fra norsk.

Språk som vietnamesisk og kinesisk (mandarin) uttrykker ikke fortid ved hjelp av ulike endinger som på norsk (åpner – åpnet/åpna) eller endring av

Figur 2. Forskjeller i språkrepertoar



vokal (stå – sto), men ved tidsmarkører, på norsk for eksempel «i morges» og «på visitten» (23). Slike språkforskjeller kan forklare noen av funnene. De språklige utfordringene vi har avdekket, kan derfor variere etter hvilket førstespråk sykepleieren har, eller etter hvor sykepleierutdanningen er fullført.

Det kan utgjøre en forskjell for andrespråklige sykepleiere at norsk er et lite og fremmed språk som de sannsynligvis først har møtt i voksen alder, og som de har vært eksponert for i langt færre år og i mindre omfang enn for et verdensspråk som engelsk og spansk. Det kan bidra til større utfordringer i kommunikasjonen med pasienter og i samhandlingen med annet helsepersonell. Basert på funnene i studien vår har vi imidlertid ikke grunnlag for å si noe om slike utfordringer.

Arbeidsgiver har ansvar for opplæring

Vi kan ikke trekke slutninger om hvorvidt det er noen sammenheng mellom språkferdigheter og mulige mangler i den direkte behandlingen og oppfølgingen av pasienter. Formålet med studien har ikke vært av normativ karakter – det vil si å vurdere hvorvidt én gruppe av sykepleiere er bedre enn den andre. Vi har fokusert på å beskrive språklige likheter og forskjeller.

Det kan være grunn til å reflektere over funnene i en utvidet

kulturforståelse, der informasjonskultur er i forgrunnen (16). Da kan presisjon i beskrivelser og et mindre register over ord og uttrykk for å beskrive faglige vurderinger, handlinger og tiltak ha betydning.

Uansett hva årsaken er til språkutfordringene, har arbeidsgiveren plikt til å forvise seg om at språkerfighetene til andrespråklige er på et nivå som sikrer at de kan dokumentere nøyaktig og presist, slik at tjenestene blir forsvarlige (24).

Utvikler sykepleieterminologi

Internasjonalt har det vært arbeidet med å utvikle terminologi til å bruke i journalføringen for sykepleiere, noe som kan forebygge noen av utfordringene (25, 26). Nasjonalt pågår det arbeid med å utvikle og innføre sykepleieterminologi, der Direktoratet for e-helse anbefaler å ta i bruk ICNP (International Classification for Nursing Practice). Da sykepleierne brukte fagspesifikk terminologi, ble innholdet mer fullstendig (27).

Sykepleiediagnoser kan imidlertid oppfattes som fremmede, språklige konstruksjoner (6). Derfor er det nødvendig med studier som adresserer hvorvidt bruken av fagterminologi bidrar til å støtte andrespråklige sykepleiere.

Begrensninger ved studien

Studien har flere begrensninger. Vi vet ikke om det er språklige ferdigheter

alene eller også sykepleiefaglig kompetanse og kulturell bakgrunn som forårsaker ulikhetene (1). Det trengs mer kunnskap om den faktiske journalføringskvaliteten gjennom mer omfattende og robuste undersøkelser. Det vil også være ønskelig med en intervjuundersøkelse som gir mer dybdeinnsikt.

Studien vår bygger på et begrenset antall vaktskifterapporter. Siden vi ikke fant tidligere studier om samme tema, brukte vi en metode som ga oss mulighet til å sammenlikne både omfanget og de språklige nyansene mellom gruppene. Det er en styrke at vi har analysert materialet på tvers av funksjonsområder fordi det gir en dypere forståelse av nyansene.

Ti av de andrespråklige hadde sykepleierutdanning fra Norge, mens de øvrige sju var utdannet i utlandet. Da vi sammenliknet disse gruppene, var det små forskjeller, og vi valgte derfor å samle dem i samme gruppe. Men funnene må vurderes i lys av at vi ikke har kunnet kontrollere for egenskaper ved informantene. Det er materialet for lite til.

Funnene må også vurderes i lys av at vi ikke har informasjon om hvor mange pasienter som er representert i rapportene. I tillegg var det etiske hensyn å ta. Siden vi har med få informanter i utvalget, kan vi ikke oppgi opphavslendet til de andrespråklige sykepleierne av anonymitetshensyn.

At de andrespråklige sykepleierne har et smalere ordforråd når de skriver, betyr ikke at vi kan trekke slutninger om kvaliteten på den direkte pasientomsorgen eller sykepleierens kompetanse. Vi vet ikke om avdelingene har muntlig informasjonsoverføring mellom vaktene, og om det bidrar til kompensering av skriftlige mangler. Men muntlig rapport løser ikke nødvendigvis alle språkutfordringene (9).

Om deltakerne i denne studien har kjent seg presset til å delta, vet vi heller ikke. Hvis kulturelle forhold tilsier at de kjenner seg underlegne (2), kan det bety at gruppen vår ikke er representativ. Vi har heller ikke informasjon om innholdet i eller kvaliteten på rapportene til de sykepleierne som

valgte ikke å delta, noe som kan påvirke resultatene.

KONKLUSJON

Første- og andrespråklige sykepleiere journalfører nesten like mye tallrelatert informasjon, men i det språklige repertoaret og registeret er det klare forskjeller mellom gruppene. De førstespråklige sykepleierne bruker et større og mer nyansert repertoar enn andrespråklige sykepleiere. Studien gir ikke grunnlag for å trekke slutninger om at førstespråklige sykepleiere har feilfri journalføring.

Studien bør følges opp av større og bredere anlagte studier innen spesialist- og kommunehelsetjenesten og utdanningssektoren. Det er et lederansvar å sikre at ansatte får språklig og faglig oppfølging for å forebygge eventuell pasientrisiko. Studien kan bidra til å iverksette relevante tiltak som kan lette journalføringen for en sykepleiergruppe som er økende, og som Norge har bruk for. ●

Takk til kvalitetsansvarlig på sykehuset for tilrettelegging og bidrag i gjennomføringen av prosjektet og til Else Ryen for viktige innspill i sluttfasen.

Lasse Morten Johannesen døde før artikkelen ble publisert. Artikkelen publiseres i samråd med pårørende.

REFERANSER

1. Jonsmoen K, Greek M. Studenter med norsk som andrespråk mangler nødvendige språkferdigheter. *Sykepleien*. 2018;106(72471)(e-72471). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2018.72471
2. Dahl K, Dahlen KJ, Larsen K, Lohne V. Conscientious and proud but challenged as a stranger: Immigrant nurses' perceptions and descriptions of the Norwegian healthcare system. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2017;37(3):343–50.
3. Ehrenberg A, Ehnfors M, Smedby B. Auditing nursing content in patient records. *Scand J Caring Sci*. 2001;15(2):133–41.
4. Gjevjon ER, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *J Clin Nurs*. 2009;19(1–2):100–8.
5. Saranto K, Kinnunen UM, Kivekas E, Lappalainen AM, Liljamo P, Rajalahti E, et al. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(4):629–47.
6. Nöst TH, Blekken LE, Andre B. Nurses' experiences with introduction of nursing diagnoses. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2015;11(1):89–103.
7. Jefferies D, Johnson M, Nicholls D. Nursing documentation: how meaning is obscured by fragmentary language. *Nurs Outlook*. 2011;59(6):e6–e12.
8. Jefferies D, Johnson M, Nicholls D, Langdon R, Lad S. Evaluating an intensive ward-based writing coach programme to improve nursing documentation: lessons learned. *Int Nurs Rev*. 2012;59(3):394–401.
9. Lauterbach A. ... da ist nichts, ausser dass das zweite Programm nicht geht Dienstübergaben in der Pflege. ff. 204–24 Reihe Pflege-wissenschaft Norderstedt, Books on Demand GmbH; 2008. ISBN: 9-783-8370-43556.
10. Covell CL, Neiterman E, Bourgeault IL. Scoping review about the professional integration of internationally educated health professionals. *Human resources for health*. 2016;14(1):38.
11. Lum L, Dowdoff P, Bradley P, Kerekes J, Valeo A. Challenges in oral communication for internationally educated nurses. *J Transcult Nurs*. 2015;26(1):83–91.

12. Philip S, Woodward-Kron R, Manias E, Noronha M. Overseas Qualified Nurses (OQNs) perspectives and experiences of intraprofessional and nurse-patient communication through a Community of Practice lens. *Collegian*. The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship & Research. 2019;26(1):86–94. DOI: 10.1016/j.collegn.2018.04.002
13. Norsk Sykepleierforbund. Språkproblemer truer pasientsikkerheten. 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2354192/539355/Spraakproblemer-truer-pasientsikkerheten> (nedlastet 05.01.2018).
14. Ot.prp. nr. 13 (1998–99). Om lov om helsepersonell mv. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1998.
15. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og ikke-bosatte 15–74 år med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt i helse- og sosialtjenester, etter landbakgrunn, 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/270655/innvandrere-og-ikke-bosatte-15-74-ar-med-helse-og-sosialfaglig-utdanning-sysselstett-i-helse-og-sosialtjenester-etter-landbakgrunn.per-4.kvartal.prosent-ending-siste-ar> (nedlastet 07.05.2018).
16. Jylha V, Mikkonen S, Saranto K, Bates DW. The impact of information culture on patient safety outcomes. Development of a structural equation model. *Methods Inf Med*. 2017;56(Open):e30–e38.
17. Maltred K. Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Fam Pract*. 1993;10(2):201–6.
18. Helsedirektoratet. Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1365/%C3%85rapport%202016%20meldeordningen%20for%20u%C3%85nskede%20hendelser%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf> (nedlastet 20.01.2018).
19. Knudsen CW, Tonseth KA. Pressure ulcers – prophylaxis and treatment. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2011;131(5):464–7.
20. Wang N, Yu P, Hailey D. The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: a documentation audit study. *Int J Med Inform*. 2015;84(8):561–9.
21. Chenu F, Jisa H. Reviewing some similarities and differences in L1 and L2 lexical development. Aile Acquisition et interaction en langue étrangère. 2009;117–38. Tilgjengelig fra: <https://journals.openedition.org/aile/4506> (nedlastet 15.04.2018).
22. Henriksen B. Research on L2 learners' collocational competence and development – a progress report. I: Bardel C, Lindqvist C, Laufer B, red. L2 vocabulary acquisition, knowledge and use – new perspectives on assessment and corpus analysis 2: *Eurosla Monographs series*. Italia: University of Modena and Reggio Emilia; 2013. s. 11–29.
23. Chan L. Tense-aspect processing in second language learners. Pittsburgh, Pennsylvania, Faculty of the Dietrich School of Arts and Sciences, University of Pittsburgh; 2012.
24. Statens helsetilsyn. Arbeidsgiver har ansvar for å ansette helsepersonell med språkferdigheter [Internett]. Oslo: Statens helsetilsyn; 2015 [oppdatert 23.01.2015; siteret 20.01.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2015/arbeidsgiver-har-ansvar-for-a-ansette-helsepersonell-med-sprakferdigheter/>.
25. Hardiker N. Harmonising ICNP and SNOMED CT: a model for effective collaboration. *Stud Health Technol Inform*. 2016;225:744–5.
26. Hardiker NR, red. Developing standardized terminologies in nursing informatics. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publisher; 2009.
27. Thoroddsen A, Ehnfors M, Ehrenberg A. Content and completeness of care plans after implementation of standardized nursing terminologies and computerized records. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*. 2011;29(10):599–607.



Se artikkelen på nett:

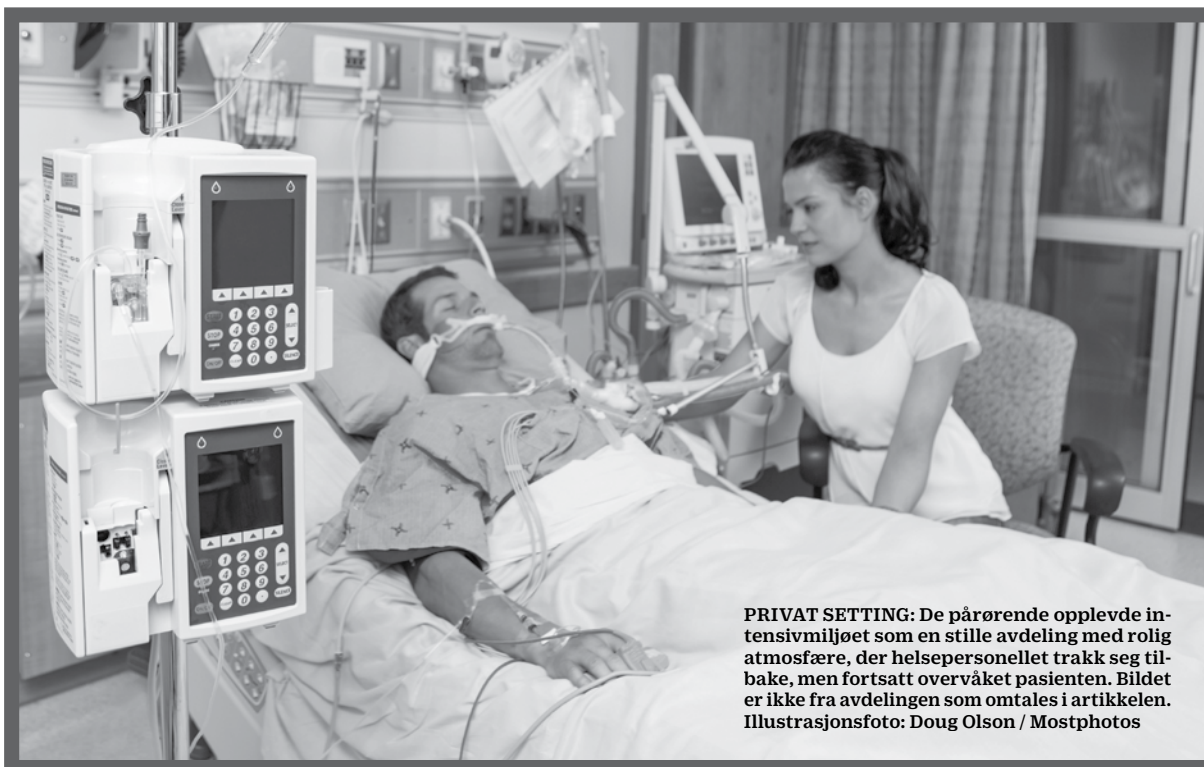
Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

NY UTGAVE KOMMER I OKTOBER 2019

Forskningens ABC

Det du som student trenger for
å finne, forstå og bruke forskning





PRIVAT SETTING: De pårørende opplevde intensivmiljøet som en stille avdeling med rolig atmosfære, der helsepersonellet trakk seg tilbake, men fortsatt overvåket pasienten. Bildet er ikke fra avdelingen som omtales i artikkelen. Illustrasjonsfoto: Doug Olson / Mostphotos

FORFATTERE

Gislaug Kyrkjebø

Intensivsykepleier, Thoraxintensiv og Klinikk for thoraxkirurgi, St. Olavs hospital

Kari Hanne Gjeilo

Forskningssykepleier og førsteamanuensis, Klinikk for hjertemedisin og Klinikk for thoraxkirurgi, St. Olavs hospital og Institutt for sirkulasjon og billediagnostikk, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

John-Arne Skolbekken

Professor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

NØKKELORD

- Intensiv
- Pårørenderfaringer
- Kvalitativ studie

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.76230

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Pårørende kan bidra som viktige støttespillere for pasienten, også ved intensivopphold, men de pårørendes situasjon og innsats er ikke blitt tilstrekkelig belyst i tidligere forskning. Oppmerksomheten har vært på å identifisere pårørendes behov og deres tilfredshet med hvordan helsepersonellet imøtekommer behovene. Tradisjonelt har intensivavdelinger hatt besøksbegrensninger. Flersengsavdelinger har virket skremmende, med lite rom for privat samvær. Pårørendes erfaringer med enerom og liberale besøkstider er lite utforsket.

Hensikt: Vi ønsket å få frem mer kunnskap om pårørendes erfaringer i tilknytning til forlenget intensivopphold etter hjertekirurgi på en avdeling med enerom og liberale besøkstider.

Metode: Grounded Theory-basert studie med semistrukturerte intervjuer med seks pårørende til intensivpasienter. Vi utførte analysen av datamaterialet i henhold til Constructivist Grounded Theory (CGT).

Resultat: Pårørende søkte og fremmet trygghet ved å være til stede for pasienten og hjelpe pasienten med å komme gjennom intensivoppholdet. Pårørende opplevde at enerom, lite venting, liberale besøkstider, informasjon, tillit til helsepersonell, privat samvær med pasientene og en rolig atmosfære på avdelingen ga mulighet for en aktiv rolle der de kunne støtte og beskytte pasientene. Pårørende ønsket sterkt å bidra til at pasienten og andre familiemedlemmer ble tryggere i en usikker, uvant, travel og krevende situasjon preget av svingende håp og emosjoner. Ved besøk var de primært opptatt av å støtte pasienten og beskyttet vedkommende mot sine egne reaksjoner og urovekkende samtaleemner. Sterke inntrykk og omsorgen for pasienten kunne gjøre det vanskelig å forstå viktig informasjon fra helsepersonell.

Konklusjon: Pårørende ønsket å bidra til at pasientene ble tryggere under intensivoppholdet, og de opplevde at innsatsen deres var en viktig ressurs. En rolig atmosfære, tillit til helsepersonellet og skjermet nærvær med pasientene gjorde det mulig for de pårørende å støtte og gi omsorg til pasientene. Funnene utfordrer tradisjonelle perspektiver på pårørenderoller, der pårørende tilskrives en mottakende og passiv besøksrolle.

Slik kan pårørende til intensivpasienter få en mer aktiv rolle

Med en rolig atmosfære på enerom, liberale besøkstider og tillit til helsepersonellet kan de pårørende være en ressurs for hjerteopererte pasienter på forlenget intensivopphold.

Intensivbehandlingen er i stadig endring. Endringene påvirker interaksjonen mellom helsepersonell, pasienter og pårørende (1, 2). Mens helsevesenets behandlingsansvar er ufravikelig, kan pårørende bidra som viktige støttespillere for pasienten, også ved intensivopphold (1, 3).

De pårørendes situasjon og innsats er ikke blitt tilstrekkelig belyst i tidligere forskning (1, 3, 4). Målet med denne studien er derfor å belyse pårørendes situasjon ved forlenget intensivopphold etter hjerteoperasjon.

Et planlagt forløp ved en hjerteoperasjon innebærer ett døgn på intensivavdeling, der pasientene ekstuberes etter noen timer. De fleste pasientene er da medtatte. Deretter overflyttes de til intermedisær overvåking i ett døgn, etterfulgt av noen dager på sengepost med eventuell overflytting til lokalsykehus. Ved behov for forlenget intensivopphold endrer forløpet karakter og har flere likhetstrekk med generelle intensivopphold.

Tidligere forskning

Forskning på pårørende til intensivpasienter har vært sentrert rundt kriseopplevelser og stressreaksjoner som kan utgjøre en helsefare for pasientenes familier. Pårørendes mest sentrale behov er identifisert som åpen og ærlig informasjon, anledning til å være hos pasienten, forsikring om at pasienten er ivaretatt, håp, oppdatering om pasientens tilstand samt behov for trøst og støtte.

Funnene er bekreftet gjennom flere studier og fremstår som veldokumenterte (4–8). Ivaretagelsen av pårørende

er primært dokumentert gjennom målinger av pårørendetilfredshet (9, 10). For personalet er intensivsettingen hverdagslig, mens den er en unik erfaring for pasientene og deres familier. Pasienter, pårørende og personalet kan derfor ha ulike fortolkninger av de samme hendelsene (2, 6).

Det foreligger begrenset kunnskap om pårørendeerfaringer i flere kontekster – om hvordan disse erfaringene preges av

Som svar på disse miljøutfordringene er det utformet retningslinjer for pasient- og familieorientert omsorg i intensivavdelinger, der en familievennlig struktur inkluderer venterom, enerom og liberale besøkstider (11, 12). Retningslinjene åpner for at pasientenes familier involveres under intensivoppholdet, og at pårørendes behov i en vanskelig situasjon blir anerkjent og møtt av helsepersonellet (3, 6, 12).

«Det viktigste for de pårørende var å søke trygghet, først og fremst for pasienten, men også for seg selv og familien.»

samfunnet, kulturen, typen helsevesen og av ulike bakenforliggende årsaker til at pasienter trenger intensivbehandling. Forskningen på feltet har tatt utgangspunkt i og fokusert på situasjonen til etterlatte (4), slik at pårørendeerfaringer til intensivoverleverere og pårørendes erfaringer med andre typer intensivopphold ikke er blitt like godt belyst (2, 10).

Retningslinjer

Pårørende kan oppleve intensivmiljøet som en fremmed, stressende og hektisk verden preget av kompleks behandling med høyt innslag av teknologi. Pårørende utsettes for høyt støynivå, begrenset fysisk plass for familien på flersengersrom, omfattende besøksrestriksjoner, venting før besøk uten tilrettelagte fasiliteter og sterke inntrykk fra intensivpasienter samlet i større rom (11–13).

Hensikten med studien

Til tross for drøyt tretti års forskning på temaet og pågående debatt, spesielt om besøkstider, foreligger det fortsatt ubesvarte spørsmål om hvordan intensivavdelingene ulike strukturer erfarer av pårørende, og hvordan pårørende opplever samspeilet med pasientene og helsepersonellet innenfor ulike rammer og romløsninger.

Tidligere forskning på området har etterlyst studier som kan gi mer kunnskap om struktur og interaksjon i intensivsettingen (9, 14), da slik kunnskap kan bidra til at helsepersonell tilrettelegger bedre for pårørende.

Hensikten med studien vår var derfor å tilføre kunnskap om pårørendes erfaringer og opplevelser i tilknytning til intensivopphold etter hjertekirurgi på en avdeling der det er innført enerom og liberale besøkstider.

METODE

Kompleksiteten knyttet til pårørendeerfaringer og vår ambisjon om å få fra pårørendes perspektiv tilsa at vi skulle anvende et kvalitativt forskningsdesign basert på Corbin og Strauss' (15) tilnærming til Grounded Theory (GT).

I tråd med et utforskende utgangspunkt valgte vi et induktivt design. Vi utførte analysen av datamaterialet i henhold til prinsippene for Constructivist Grounded Theory (CGT) (15).

GT er tradisjonelt bygd på symbolsk interaksjonisme kombinert med pragmatisk filosofi. Forklaringer, prosesser, erfaringer og hvordan situasjoner blir håndtert, etterspørres i GT-studier. Analyse av samspill mellom handling, struktur og interaksjon står sentralt.

CGT representerer en videreføring av GT med et mål om å bedre kunnskapen om ulike mulige fortolkninger av virkeligheten i en gitt kontekst, hvor forskeren betraktes som en medaktør, ikke som en nøytral oppdager av objektive funn (15).

Vi rekrutterte pårørende gjennom pasienter som var blitt hjerteoperert og hadde hatt et opphold ut over ett døgn på intensivavdelingen. Avdelingen inngår i et relativt nybygd sykehus med enerom, venterom, samtalerom og ingen faste besøkstider.

Dataene ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer med pårørende til hjerteopererte pasienter som hadde overlevd intensivopphold. Oppholdet varte ut over det som var forventet etter en standard hjerteoperasjon. Tabell 1 viser intervjuguiden.

Utvalg

Ambisjonen var å rekruttere ti informanter, men det lot seg ikke gjøre innenfor prosjektets tidsramme. Intervjuene fant sted to til seks måneder etter sykehusoppholdet, da vi la til grunn at situasjonen trolig var mer avklart for pasientene og antok dermed at pårørende hadde hatt tid til å reflektere over hendelsene.

Vi henvendte oss skriftlig til pasientene for å rekruttere den de valgte ut som sin nærmeste pårørende over 18 år.

På grunn av faren for sammenblanding av forskerrollen og rollen som intensivsykepleier eller helsepersonell ble henvendelsene sendt fra sykehuset uten at vi hadde innsyn i hvem som ble tilskrevet. Vi fikk dermed først kjennskap til deltakernes identitet når de selv sendte inn svarbrev med kontaktdata.

Studien er godkjent av REK (prosjektnummer 2014/1144) og er basert på deltakernes skriftlige samtykke.

Datamateriale

Datamaterialet omfatter intervjuer med fire ektefeller og to voksne barn, i alt fire kvinner og to menn. Førsteforfatteren, som er intensivsykepleier med lang erfaring med hjertekirurgiske intensivpasienter, intervjuet pårørende. Fire av

«Tillit var sentralt i informantenes fortellinger.»

intervjuene ble foretatt hjemme hos informantene og to i kontorlokaler.

Intervjuene varte mellom 1 ¼ og 1 ¾ time. De ble tatt opp på lydbånd og transkribert i fulltekst. For å styrke troverdigheten oppsummerte vi hovedpunktene på slutten av intervjuene da vi stilte spørsmål som «Har jeg forstått deg rett ...?».

Analysen omfattet transkripsjon av intervjuer, memoskriving og skriveprosess i tråd med GT, koding av materialet og videre analyse med utvikling av konsepter og kategorier (15). En av medforfatterne leste gjennom transkripsjonene, og begge medforfatterne tok del i analyse- og skriveprosessen.

I åpen koding var hensikten å bryte datamaterialet ned i mindre og mer håndterlige deler. Derfor laget vi matriser for å få oversikt. Se eksempel i tabell 2.

Åpen koding, matriser, notater fra

intervjuer og transkribering ga mulighet for å strukturere datamaterialet ved aksial koding i ulike temaer og kategorier, for så, i tråd med en sirkulær arbeidsform, å vende tilbake til datamaterialet for å validere analysen (15). Tabell 3 illustrerer analyseprosessen.

Under analysearbeidet noterte vi både typiske og avvikende funn og rettet oppmerksomheten mot alternative forklaringer (15). Etter hvert intervju sammenholdt, endret og kontrollerte vi konsepter og kategorier opp mot dataene i tråd med prinsippet i GT om konstant sammenlikning (15).

Dette gjorde vi for å styrke troverdigheten til vår tolkning av dataene. Målet var å belyse situasjonen ut fra informantens perspektiv. Vi ivaretok dessuten troverdigheten til kategoriene og konseptene ved å presentere relevante sitater fra transkripsjonene.

RESULTATER

Analysen frembrakte to hovedtemaer: Pårørende søkte og fremmet trygghet gjennom å støtte pasientene og gi omsorg til dem gjennom intensivoppholdet. Det andre temaet var at kombinasjonen av en familievennlig struktur med eneromsløsning, liberale besøkstider og positive opplevelser med helsepersonellet på intensivavdelingen gjorde det mulig for de pårørende å praktisere en støttende og aktiv rolle når de var på besøk.

Fremme trygghet

Det viktigste for de pårørende var å søke trygghet, først og fremst for

Tabell 1. Intervjuguide

1. Hvem i din familie ble hjerteoperert?
2. Kan du fortelle om hvordan du opplevde denne tiden?
3. Hva betydde det for deg at hjerteoperasjonen medførte et lengre intensivopphold?
4. Hvordan opplevde du det å være pårørende på intensivavdelingen?
5. Hva synes du var viktig å bidra med i denne situasjonen?
6. Hvordan opplevde du dialogen med helsepersonellet om det du hadde behov for av informasjon?
7. Hvordan opplevde du dialogen med helsepersonellet om det du ønsket å formidle til dem?
8. Hvordan var det tilrettelagt for pårørende på intensivavdelingen?
9. Opplevde du at du fikk hjelp og støtte?
10. Hva kunne gjort situasjonen lettere for deg?

pasienten, men også for seg selv og familien. Informantene opplevde at de var i en «boble» der de hadde all oppmerksomhet rettet mot pasientens ve og vel, og de mobiliserte energi og

krefter for å kunne støtte pasienten gjennom intensivoppholdet. Agendaen til de pårørende besto i første rekke av støttende nærvær:

«Da kom tårene uten at han sa noen

ting. Så han følte at vi var der, ja. For det sa han, at det var godt å se meg: 'Godt at du er her', sa han. Og det var nok til at jeg trakk ned dørene.»

Intensivoppholdene varierte fra et par dager til opptil to uker, og både planlagte og akutte forløp var representert i fortellingene til de pårørende. Operasjonsdagen innebar uansett uutholdelig spenning for de pårørende.

Noen pasienter kom seg raskt etter å ha gjennomgått et nytt inngrep, mens for andre dominerte komplikasjoner og en usikker prognose. De pårørende fortalte også om respiratorbehandling og ulike former for bevissthetsforstyrrelser. De pårørende besøkte pasientene minst én gang daglig.

Gjennom pasientforløpet hadde pårørende vært på besøk på et eller flere sykehus og var opptatt med reising, jobb og familieforpliktelser. Det var krevende å være pårørende til en alvorlig syk. De beskrev det å forholde seg til svingende pasientforløp og uro for pasientene som å befinne seg i «en emosjonell svingstang».

Tabell 2. Eksempel på matrise

Informant	Sjokk og kriseopplevelser	Skånetiltak	Hvordan? Oppgaver og løsninger	Trygg selv av
1	Liv/død-spenning	- Senser: ikke uroe pasienten, ikke fortelle alt	- «Holde hodet kaldt» - «Ikke knekke sammen» - «Naturlig å være der», «Vi var rett og slett bare der» - På «overvakt», sørge for alt det nødvendige - Bevare roen og ikke fortvile med én gang INNSIKT/OVERSIKT	- Familien til stede - Nattevakter ringte hvis noe skjedde - «Oppgående», krefter og full oversikt
2	- Krise - «Boble»/sjokk - Dobbeltkjør - Frisk --> plutselig syk	- Senser: ikke fortelle om uro i familien	- Være til stede. Være sterk og positiv. Oppmerksomheten på pasienten - Læringsprosess: ble kjent med nye sider ved seg selv - Fellesskap, positivitet hos pasienten: «være to om det» - I gode hender	- Religiøs tro - Positivitet: håp av at pasienten ble ivaretatt - Egen styrke
3	- «Boble», film, absurd - Liv/død-veksling: spenning --> ny spenning - Krise og løsning - Veksling/«svingstang»	- Avventet besøk, «ikke se ham i for redusert forfatning» - «Et pust utenfra»	- «Dette skal gå bra» uten å være urealistisk - Holde seg oppdatert: tif. + nærvær - Åpenhet for tillit, trost og bli oppmuntret - Sette ord på bekymringer - Pasienten ved godt mot! - tillit til helsevesenet - Være sterk	- Gode fagfolk - Tillit, håp - Åpen og ærlig informasjon, erfaring og egne ressurser
4	- Pendel: spenning og krise - Skuffelse - Plutselig kritisk syk	- Ikke vise egen uro - Holde følelser i sjakk - Balansering, realitetsorientering	- Status/oversikt så fort som mulig - Trøste, berolige, støtte - Realitetsorientere, være til stede mentalt - Bistand på ulike måter - Ordne opp praktisk	- Kompetansetungt miljø - Oversikt - Tidligere kunnskap og erfaringer - Håp!
5	- Spenning, spesielt operasjonsdagen - «Boble» - Ikke så overraskende - Løsning	Rolig nærvær - normale omgangsformer: «flire litt»	- Bidro med nærvær: Pasienten følte seg tryggere. Bekreftelse på at forløp var i henhold til plan, og at helsepersonell hadde kontroll - «Kan gå bra om det ikke ser så bra ut» - «Ta tida til hjelp» - «Stole på helsevesenet»	- Tillit til kompetanse, helsevesen og plan - Håp
6	- Løsning, men spenning	Rolig nærvær - samtale utenfor pasientens hørevidde	- Tro på og håp om at det skulle gå bra når så mange andre kom seg gjennom forløpet - Være til stede --> trakk ned dørene fordi pasienten sa «Godt at du er her»	- At pasienten ble ivaretatt, at noen var på rommet - Å bli informert - Håp - Tillit, «kontroll»

Tabell 3. Analyse av dataene

Kontinuerlig loggføring	Primærkoding	Matriser	Aksialkoding	Hovedkategorier
Intervjufase: hovedpunkter etter hvert intervju samt erfaringer	Mikroanalyse av data: spørreord, metaforbruk, uttrykk?	2 matriser med temabaserte koder	Bygge data opp igjen - temaer og konsepter	Hva binder dataene sammen? Hvordan forklares hovedkategoriene med underkategorier?
Reflektere over intervjurollen	44 koder	11 kolonner	Visuelle modeller utarbeidet	2 hovedkategorier
Relevant litteratur, veiledning	Kode baklengs: mer detaljorientert	Ny koding ved nye innspill fra informanter	Litteratursøk i ulike faser	Underkategorier som viser hvordan hovedutfordringer ble løst
	Er konsepter og temaer relevante?	Er konsepter og temaer relevante?	Er konsepter og temaer relevante?	Er kategorier relevante og overgripende? Annen forskning?

Ulik grad av trygghet innen samme familie

Noen familiemedlemmer klarte knapt å være på besøk og ble beskrevet av informantene som «helt ferdige». Informantene påla seg selv å skjule sin egen uro for pasientene når de var på besøk. Noen reagerte sterkt på det første møtet med pasienten på intensivavdelingen, noe som ble forsterket av at de ikke var forberedt på pasientens endrede utseende og bevissthet. En pårørende beskrev et møte med en pasient etter en akutt operasjon, som tidligere var frisk, slik:

«Det er veldig mange som kan bli negativt overrasket over egne reaksjoner når de møter en mor eller farmor i en sånn situasjon og blir overveldet negativt fordi de opplevde intensivavdeling for første gang med måleapparat, pusteapparat og en nær slektning midt oppe i det som forandret hudfarge fra normal til grå i løpet av dagen.»

Å beskytte pasienten innebar å unngå å snakke om urovekkende emner, forlate avdelingen når de observerte at pasienten ble sliten, ikke forstyrre helsepersonellet i pasientrettet arbeid og bestrebe

seg på å opptre rolig overfor pasientene:

«Nå må jeg vise til min mor at jeg er bekymret, men ikke så bekymret at hun blir bekymret for at jeg blir bekymret! Så det er en sånn balansegang en må ha som pårørende, for jeg så jo hvor redd og preget hun var, da.»

Det virket betryggende for de pårørende å observere at pasienten ble beroliget av nærværet deres, noe som styrket troen på deres egen innsats. Informantene signaliserte et bekreftende familiefelleskap: Dette var noe de skulle komme gjennom sammen. De oppmuntret og avledet våkne pasienter fra uro og ubehag. Utenfor sykehuset påtok de seg oppgaver pasientene normalt skjøttet, de hadde omsorgsoppgaver for andre familiemedlemmer, og de oppdaterte sosiale nettverk om pasientens tilstand.

Handlingsrom for aktivt nærvær

Intensivmiljøet var nytt og ukjent for informantene, som beskrev en stille avdeling med rolig atmosfære, og de opplevde ikke intensivmiljøet som skremmende. Liberale besøkstider og enerom la godt til rette for at de pårørende kunne være til stede på pasientrommet:

«Så var det bare å gå rett på, for å si det sånn. Å få tilgang var uproblematisk for oss, vi kom rett på hele tiden!»

«For oss var det ikke mye venting, vi var på rommet hans. Han hadde jo enerom, ikke sant?»

«Enerom kontra flermannsrom, det er utrolig stor forskjell. Så det oppfattet jeg som utrolig positivt. Det gjorde på en måte det å være pårørende veldig enkelt, du har ingen andre momenter å forholde deg til enn pasienten og behandlingen. Og det, det er jo det du ønsker skal være i fokus når du besøker et sykehus.»

Det var muligheter for trygge, «private» rom mens helsepersonellet trakk seg tilbake, men fortsatt overvåket pasienten. Personalet ble overveiende beskrevet som «hyggelige», og informantene følte seg velkomne på avdelingen. Dialogen med helsepersonellet på pasientrommet bar imidlertid preg av en viss tilbakeholdenhet. I tillegg til å skåne pasienten for uro var

pårørende opptatt av å kommunisere med pasienten og utøve omsorg.

Ønsket mer informasjon fra helsepersonellet

De ønsket heller ikke å forstyrre helsepersonellet når de utførte pasientrettet arbeid. Derfor etterlyste informantene at helsepersonellet tok mer initiativ til å gi informasjon, ikke bare om pasienten, men om hvilke yrkesgrupper de hadde snakket med, døgnrytme, egne besøkstidspunkter og helsepersonellens forventninger til de pårørende.

«Også i Norge er pårørende blitt betraktet mer som besøkende enn som en ressurs for pasientene.»

I tillegg foreslo informantene at helsepersonellet ga en kort orientering om pasientens tilstand før besøk, en kort samtale med personalet etter besøk samt informasjonsmøter etter at den første sjokkfasen hadde lagt seg. Samtaler og møter utenfor pasientrommet ville også gi pårørende anledning til å snakke om sin situasjon og sine egne reaksjoner.

Informantene ble beroliget av at hjerterkirurgi i dag betraktes som en rutineoperasjon, og av bekreftelser på at det planlagte pasientforløpet i hovedsak ble fulgt. Komplikasjoner og betydelige avvik fra det planlagte pasientforløpet etter operasjonen reiste nye, ubesvarte spørsmål for noen av informantene. At disse spørsmålene ikke ble besvart, kunne skyldes manglende informasjon, men også at de ikke hadde forstått eller husket det de var blitt informert om:

«Vi fikk høre at det var så mange som tok denne operasjonen, og at det gikk bra. Vi håpet på det. Vi fikk egentlig ikke noen forklaring, de sa at alle prøvene var fine. Men der og da tenkte jeg at det der får jeg sikkert høre siden.»

Tillit hang sammen med informasjon

For pårørende var det knyttet tett sammen hvorvidt de fikk informasjon,

og hvorvidt de fikk inntrykk av at helsepersonellet var kompetente. Hvordan helsepersonellet formidlet informasjon, var avgjørende for hvorvidt helhetsinntrykket var tillitsvekkende:

«Akkurat hvor mye oversikt jeg følte at jeg hadde, det er jeg usikker på. Jeg fikk forståelsen av at de hadde kontroll på ting. Det var egentlig det viktigste for meg. Faguttrykk og alt det der betyr ikke så mye. At jeg ikke husker på alt kirurgen sa, er ikke hans feil.»

Tillit var sentralt i informantenes fortellinger. Pårørende hadde generelt stor tillit til helsevesenet, men i denne aktuelle settingen opplevde de tilliten som påtvungen:

«Man er totalt overgitt de menneskene som er rundt deg, om de maskinene fungerer. Man må jo bare ha tiltro til at alt skal fungere! Man kan ikke liksom gå inn i det og forvente eller lete etter feil, en må jo bare ha tiltro, ikke sant?»

Etter å ha observert at pasienten ble ivaretatt, opplevde informantene at den generelle tilliten til helsevesenet ble innfridd. Denne vissheten medvirket til at de stolte på at pasientene var i gode hender når de selv ikke var til stede.

Støtte fra helsepersonellet

Informantene ønsket informasjon fra leger og sykepleiere, men noen mente at helsepersonellet først og fremst skulle konsentrere seg om pasienten. Noen familiemedlemmer ivaretok hverandre og trengte derfor ikke støtte fra helsepersonellet så lenge pasienten kom seg gjennom intensivoppholdet. Andre ønsket og fikk den støtten de hadde behov for av helsepersonellet, men erfaringene varierte:

«For min egen del, tror jeg, at jeg var i sjokk, jeg var ikke i stand til å ta kontakt selv. Så jeg tror nok det hvis det hadde vært noen der som hadde tatt kontakt med meg, og satt seg ned og pratet litt, det tror jeg hadde gjort godt.»

Informanter som fikk støtte av helsepersonellet, oppfattet den som betryggende:

«Man er jo veldig sårbar som pårørende, en skal jo være til stede for den som er syk. Da er det godt at en kan få litt trøst og forståelse fra den som kan faget sitt, og at de skjønner at du er litt skjør,

at du faktisk trenger å få høre at det her går bra. Det er sånne småting som tar bort ærefrykten, som tar bort skrekken for slanger. At de tar seg tid, at du møter blikk, kanskje at de gir deg et lite smil.»

De pårørendes erfaringer med rolle til helsepersonellet varierte, men alle ønsket å kunne bidra til at pasientene ble tryggere gjennom de pårørendes støttende nærvær og omsorg.

DISKUSJON

Ved forlenget intensivopphold etter hjertekirurgi var det viktig for pårørende å gjøre pasientene tryggere gjennom beroligende, bekreftende, beskyttende og oppmuntrende nærvær.

Positive erfaringer med helsevesen og helsepersonell som opptrådte tillitvekkende, ingen ventetid, liberale besøkstider og en rolig atmosfære med muligheter for privat samvær på enerom åpnet for en aktiv pårørenderolle med egendefinert, pasientrettet agenda.

Pårørendes rolle

Engasjerte pårørende med stor tiltro til betydningen av sin egen rolle utfordrer tradisjonelle perspektiver på pårønderoller (16, 17), der familiers kapasitet og innsats for intensivpasientene er blitt lite vektlagt (1, 3, 14).

Også i Norge er pårørende blitt betraktet mer som besøkende enn som en ressurs for pasientene (18). Det å definere pårørende som passive besøkende eller som ressurser kan ha betydning for interaksjonen mellom de pårørende og helsepersonellet.

Funnene er i tråd med forskning på pårørende til intensivpasienter når det gjelder vektlegging av trygghet, kompetanse og ivaretagelse av pasienten, ærlig informasjon samt viktigheten av en familievennlig struktur (4–8, 12).

Pårørendes innsats er betydningsfull

Informantenes ønske om å stille opp for pasientene er blitt identifisert i tidligere forskning (4, 7, 8, 19). Studier har vektlagt at deltakelse er viktig for de pårørendes egen helsetilstand (20, 21), men har i mindre grad fått frem at pårørendes innsats er viktig for pasientene. Informantenes håp og positive forventninger til

hertekirurgi kan ha gjort det lettere for informantene å innta en ytende rolle.

Forskning har vist at pårørende ikke opplever samme belastninger ved intensivbehandling etter planlagt kirurgi som ved akutte intensivforløp (22). På den annen side er betydningen av pårørendes innsats for svært syke intensivpasienter blitt dokumentert i forskning (3, 23), noe som viser at sykdomskonteksten kan ha innvirkning, men ikke utgjør en forutsetning for at de pårørende kan innta aktive roller.

Forventninger til at pasienten skulle komme seg vel gjennom hjertekirurgi og intensivopphold, medvirket til at noen informanter ikke anså seg selv som en målgruppe for støtte fra helsepersonell. De ønsket kun informasjon, da familien tok vare på hverandre. Viktigheten av helsepersonells støtte og ivaretagelse av pårørende er nærmest blitt tatt for gitt, og er derfor i liten grad diskutert.

Forskning har tidligere vist at pårørende til intensivpasienter fortrenger egne behov fordi de er så oppmerksomme på pasientens situasjon (4, 7, 8, 20). Selv om noen pårørende ikke synes at de har behov for støtte, vil medlemmer av samme familie kunne reagere ulikt på pasientens sykdomsforløp og intensivopphold og ha større behov for engasjement fra helsepersonell. Pårørende er ulike med tanke på omsorg for pasientene, deltakelse, reaksjoner på pasientens sykdom og behov for støtte.

Informantene etterspurte oppdateringer om pasientens tilstand. For noen var bekreftende informasjon etter hjertekirurgi tilstrekkelig, men ikke når pasientforløpet tok en annen retning. Det er tidligere vist at avvik fra beskrevet behandlingsforløp øker pårørendes behov for forklaringer (24). Når anvendelsen av standardiserte pasientforløp i helsevesenet tiltar, kan reaksjoner og behov ved avvikende forløp utgjøre en aktuell problemstilling også for andre pårørendegrupper.

Tillit til helsevesenet

Informantene hadde tillit til helsevesenet generelt. De opplevde at helsepersonellet på avdelingen levde opp til denne tilliten. Pårørendes observasjoner av

hvordan helsepersonell ivaretok pasienten, og deres kontakt med helsepersonellet bekreftet at pasienten var i trygge hender. Viktigheten av at pårørende erfarer at pasientene blir tatt godt hånd om, samsvarer med forskning som har vist at pårørende beroliges av omsorg, godt håndverk og engasjement fra helsepersonell (4, 5, 8, 20, 21).

Når informantene opplevde at helsepersonellet hadde kontrollen, kompenserte det for et ufullstendig bilde av forløpet. Betydningen av tillit til helsepersonellet kan forklare forskningsresultater som viser at selv om majoriteten av pårørende ikke forsto innholdet i det som ble formidlet, var de like fullt fornøyde med informasjonstilbudet (25).

Forskning viser også at pårørende har avstått fra å stille spørsmål om uklarheter når de har tiltro til helsepersonellet (26). Dette funnet står i kontrast til forskningsresultater fra intensivavdelinger som i liten grad gir besøkende adgang, og der restriksjoner og venting har medført betydelig frustrasjon for pårørende og skapt mer usikkerhet (17).

Pårørende beskyttet pasienten

En viktig oppgave for informantene var å beskytte pasienten, som vi forstår som å skåne og skjerme pasienten. Ifølge forskning på pårørende som bor i stater med lav samfunnsmessig tillit, hadde beskyttelse en annen betydning da de overvåket helsepersonellens behandling av og omsorg for pasientene.

De antok at helsepersonellet gjorde mer for pasientene når pårørende var til stede (27). Pårørende påtok seg da en vaktende, advokatliknende rolle for å ivareta pasientens interesser (3, 16, 17, 20, 23, 28), mens informantene våre stolte på at pasientene uansett ble tatt godt hånd om.

Ambisjoner om å beskytte pasienten kom i konflikt med informantenes ønske om å stille spørsmål til helsepersonellet. Forskning har vist at pårørende avstår fra å stille spørsmål til helsepersonell ut fra beskyttelseshensyn, for å skåne pasienten for urovekkende samtaleemner på pasientrommet (7, 8, 29).

De la til grunn at helsepersonell som utfører pasientomsorg, ikke kan vie for

mye oppmerksomhet til pårørende. Studien peker på et behov for alternative arenaer for kommunikasjon med intensivpårørende (13, 19, 24).

Mer tilfredse med enerom

Informantene syntes det var enkelt og mulig å yte omsorg til og støtte pasientene gjennom intensivperioden når de lå på enerom. Intensivavdelinger med enerom er lite utforsket, men målinger av tilfredshet før og etter omlegging av romstruktur viser at tilfredsheten tiltar når det gis mulighet for privatliv og bedre atmosfære på avdelingen vektlegges (30).

Resultatene fra disse studiene representerer en endring fra forskning der intensivmiljøet beskrives som skremmende og støyende (10, 11). Selv om intensivmiljøet fremstår som roligere, etterlater møter med et kritisk sykt familiemedlem likevel sterke inntrykk som gjør at pårørende fortsatt vil ha behov for forberedende informasjon (4, 13, 31).

Ulike familiemedlemmer opplevde nærværet forskjellig på intensivavdelingen, men dette funnet er lite belyst i tidligere forskning (4). Ifølge Olsen og medarbeidere har intensivpasienter bekymret seg for at enkelte familiemedlemmer ikke tåler å komme på besøk (32). Slike funn kan løfte frem variasjon i erfaringer og opplevelser, ikke bare mellom familier, men også innenfor den enkelte familie.

Pårørendes erfaringer viste at en moderne, familievennlig struktur og tillitvekkende erfaringer med helsepersonell tilrettela for at pårørende kunne innta en støttende og ytende rolle overfor pasientene. Denne pårønderollen fremstår som mer aktiv og mindre mottakende enn det som tidligere er vist i forskning.

Metoderefleksjon

Intervjuene genererte rikholdig informasjon om pårørendes erfaringer og opplevelser. Pårørendes perspektiv og stemmer kom frem, også om forhold vi ikke stilte spørsmål om i intervjuguiden, som at informantene la stor vekt på betydningen av tillit til helsevesenet generelt og til helsepersonell de

hadde kontakt med gjennom pasientforløpet. Vi drøftet funnene ut fra relevant forskning, og vi har grunn til å mene at funnene er relevante for pårønder erfaringer i en liknende kontekst.

Antallet informanter ble lavere enn planlagt, da vi satte strek ved seks informanter etter ni måneder. Det lave antallet er en svakhet ved studien. Til tross for at vi hadde ambisjoner om å rekruttere flere informanter, mener vi at datamaterialet i form av pårønder erfaringer rommet både felles og mer varierte erfaringer, noe som styrket analysen av funn (15,

«Denne pårønderollen fremstår som mer aktiv og mindre mottakende enn det som tidligere er vist i forskning.»

33). Antall informanter vurderes prinsipielt etter hvorvidt dataene belyser problemstillingen i tilstrekkelig grad.

Da utvalget besto av informanter som ble hentet fra en avgrenset populasjon, der informantene hadde erfaringer fra et avgrenset og definert felt, kan det forsøres å nedjustere kravet til antallet informanter (33).

Vi konkluderte med at utvalget informanter var sammensatt ut fra ulike familiære roller, kjønn og geografisk tilhørighet, datagrunnlaget var tilstrekkelig, og vi oppnådde metning i datamaterialet. Det er likevel mulig at pasientene rekrutterte familiemedlemmer ut fra ulike familiære roller, men som likevel hadde mye felles, og at funnene ble preget av dette.

Funnene er basert på en tolkning av intervjumaterialet. Intervjueren inntok en dobbeltrolle som forsker og fagutøver. Vi unngikk å blande sammen yrkesrolle og forskerrolle i intervjusettingen ved at vi ekskluderte pasienter som førsteforfatteren, som også er intensivsykepleier, hadde hatt pasientansvaret for. Rollen som intensivsykepleier kan likevel ha påvirket informantene og bidratt til at de underkommuniserte kritikk.

God kjennskap til feltet, både hos førsteforfatteren og en av medforfatterne, er en styrke for studien. Likevel innebærer yrkestilknytning en risiko for forutinntatthet og utilstrekkelig avstand til feltet ved tolkning av data (15). Denne risikoen er forsøkt redusert ved at vi involverte en medforfatter uten samme tilknytning i alle leddene i forskningsprosessen.

Dataene bygger på pårørendes fortellinger i etterkant av intensivoppholdet, noe som kan ha preget funnene, både med hensyn til hvordan hendelsesforløpet ble erindret, og hvordan det ble vurdert. Detaljerte opplysninger kan lett glemmes, men det er uvisst om glemt informasjon forringer kvaliteten ved formidling av mer sammensatte opplevelser og erfaringer.

Informantene var pasientenes ektefeller av begge kjønn samt voksne barn av begge kjønn. Det er ukjent om variasjon i familiære roller og kjønn hadde betydning for våre funn, men vi mener at familieroller og familiedynamikk i tillegg til individuelle reaksjoner i samme familier bør belyses gjennom forskning.

KONKLUSJON

Pårørende erfarte at det var mulig med trygghetsopplevelser til tross for spenning og usikkerhet i intensivperioden. Tillit til helsepersonellet, informasjon, forventninger til hjertekirurgisk behandling og en familievennlig struktur la grunnlaget for en mer aktiv pårønderolle enn det som er beskrevet i tidligere forskning.

Pårørende opplevde at de var en viktig ressurs for intensivpasientene gjennom den innsatsen de gjorde. Dette funnet utfordrer tradisjonelle perspektiver på pårønderoller, der pårørende primært tilskrives en mottakende og passiv besøksrolle. Funnene peker på stor variasjon i reaksjonsmønstrene innenfor samme familie, noe som i liten grad er blitt belyst tidligere, og som bør utforskes nærmere. ●

Takk til pasientene som rekrutterte en av sine pårørende, og takk til de pårørende som deltok i studien.

Vi vil også takke Klinikk for thoraxkirurgi ved St. Olavs hospital.

Til sist takker vi Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av intensivsykepleiere for at førsteforfatteren fikk delta på skriveseminar i 2017.

REFERANSER

- Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current Opinion in Critical Care*. 2012;18(5):540–7.
- Hwang DY, Yagoda D, Perrey HM, Currier PF, Tehan TM, Guanci M, et al. Anxiety and depression symptoms among families of adult intensive care unit survivors immediately following brief length of stay. *Journal of Critical Care*. 2014;29(2):278–82.
- McAdam J, Arai S, Puntillo K. Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*. 2008;34(6):1097–101.
- Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(4):501–9.
- Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *J Clin Nurs*. 2012;22(11–12):1651–8.
- Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2007;36(5):367–76.
- Burr G. Contextualizing critical care family needs through triangulation: an Australian study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1998;14(4):161–9.
- Linnarsson JR, Bubini J, Perseus K-I. Review: a meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injured patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(21–22):3102–11.
- Rothen HU, Stricker KH, Heyland DK. Family satisfaction with critical care: measurements and messages. *Current Opinion in Critical Care*. 2010;16(6):623–31.
- Wall RJ, Curtis JR, Cooke CR, Engelberg RA. Family satisfaction in the ICU: differences between families of survivors and nonsurvivors. *Chest*. 2007;132(5):1425–33.
- Choi Y-S, Bosch SJ. Environmental affordances: Designing for family presence and involvement in patient care. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2013;6(4):53–75.
- Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103–28.
- Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanese E. Open intensive care

- units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimensions of critical care nursing: DCCN*. 2014;33(4):181–93.
- Olding M, McMillan SE, Reeves S, Schmitt MH, Puntillo K, Kitto S. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expectations*. 2015;19(6):1183–1202.
- Corbin JM, Strauss AL. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, California: Sage; 2008.
- Levine C, Zuckerman C. Hands on/hands off: Why health care professionals depend on families but keep them at arm's length. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2000;28(1):5–18.
- Vandall-Walker V, Clark AM. It starts with access! A Grounded Theory of family members working to get through critical illness. *Journal of Family Nursing*. 2011;17(2):148–81.
- Haugdahl HS, Eide R, Alexandersen I, Paulsby TE, Stjern B, Lund SB, et al. From breaking point to breakthrough during the ICU stay: A qualitative study of family members' experiences of long-term intensive care patients' pathways towards survival. *J Clin Nurs*. 2018;27(19–20):3630–40.
- Blom H, Gustavsson C, Sundler AJ. Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients – A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2013;29(1):1–8.
- Johansson I, Fridlund B, Hildingh C. What is supportive when an adult next of kin is in critical care? *Nursing in critical care*. 2005;10(6):289–98.
- Robley L, Ballard N, Holtzman D, Cooper W. The experience of stress for open heart surgery patients and their caregivers. *Western Journal of Nursing Research*. 2010;32(6):794–813.
- Halm MA, Treat-Jacobson D, Lindquist R, Savik K. Caregiver burden and outcomes of caregiving of spouses of patients who undergo coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2007;36(3):170–87.
- Nelson JE, Puntillo KA, Pronovost PJ, Walker AS, McAdam JL, Ilaoa D, et al. In their own words: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2010;38(3):808–18.
- Micik S, Borbasi S. Effect of support programme to reduce stress in spouses whose partners 'fall off' clinical pathways post cardiac surgery. *Australian Critical Care*. 2002;15(1):33–40.
- Mathew JE, Azariah J, George SE, Grewal SS. Do they hear what we speak? Assessing the effectiveness of communication to families of critically ill neurosurgical patients. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*. 2015;31(1):49–53.
- Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. *Nursing in Critical Care*. 2005;10(1):23–30.
- Schenker Y, White DB, Asch DA, Kahn JM. Health-care system distrust

- in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*. 2012;27(1):3–10.
- Gibson V, Plowright C, Collins T, Dawson D, Evans S, Gibb P, et al. Position statement on visiting in adult critical care units in the UK. *Nursing in Critical Care*. 2012;17(4):213–8.
- Dreyer A, Nortvedt P. Sedation of ventilated patients in intensive care units: relatives' experiences. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;61(5):549–56.
- Jongerden IP, Slooter AJ, Peelen LM, Wessels H, Ram CM, Kescioglu J, et al. Effect of intensive care environment on family and patient satisfaction: a before–after study. *Intensive care medicine*. 2013;39(9):1626–34.
- Health talk.org. Intensive care: experiences of family & friends 2015 [oppdatert 2016, sitert 13.10.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/intensive-care-experiences-family-friends/topics>.
- Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS. The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2009;25(4):190–8.
- Kelly SE. *Qualitative interviewing techniques and styles*. I: Dingwall R, De Vries R, Bourgeault I, red. *The Sage handbook of qualitative methods in health research*. London: Sage; 2010. s. 307–26.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

ANNONSE

Hold deg opplyst

facebook.com/
SykepleienForskning



HOVEDBUDSKAP

Sykepleieren spiller en viktig rolle i å identifisere tidlige symptomer på sepsis og kartlegge pasienter som står i fare for å utvikle tilstanden. Men mange sykepleiere mangler kunnskaper.

For å identifisere sepsis tidligere må kunnskapen økes gjennom undervisning, simulering og klare retningslinjer. I tillegg må kartleggingsverktøy tas i bruk.

NØKKELORD:

- ▶ Sepsis ▶ Kompetanse
- ▶ Litteraturstudie ▶ Sykepleie

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76029

Slik kan sykepleiere oppdage sepsis tidligere

Sykepleiere er i en nøkkelposisjon til å oppdage sepsis tidlig. Men de trenger mer kunnskap og bedre klinisk kompetanse, og de må kjenne til kartleggingsverktøyene.

Norge er det omtrent 7000 tilfeller av sepsis årlig (1). Statistikk viser at 19 millioner mennesker rammes av sepsis hvert år. Fem millioner dør på verdensbasis som følge av tilstanden (2). Flere av dem som overlever sepsis, får langvarige fysiske, psykiske og kognitive funksjonshemninger (3).

I 2016 kom en ny, internasjonal definisjon av sepsis, som vektla behovet for mer oppmerksomhet, slik at diagnosen kan avdekkes på et tidligere tidspunkt (3) (se faktaboks). Diagnosen er i dag et økende problem. Årsakene kan være at befolkningen blir eldre, og at behandlingene mot sykdommer har blitt mer aggressive og intensive. Vi ser dessuten en økende mikrobiell resistens (1).

HENSikten MED STUDIEN

Hensikten er å belyse sykepleierens rolle med å identifisere sepsis hos pasienter på sengepost.

Ved å observere pasienten kan sykepleieren få nyttig informasjon om pasienten og pasientens helsetilstand. Når sykepleieren oppfatter hvilke pasienter som står i fare for å utvikle sepsis og observerer og kartlegger dem

FORFATTERE


Eirin Aspsæther
Sykepleier, Avdeling E,
Sunddal helsetun



Vilde Birkestøl Lien
Sykepleier, Medisinsk avdeling post 1,
Ålesund sjukehus



Sven Inge Molnes
Førstelektor, Institutt for helsevitenskap,
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet, Ålesund

nøye, kan hun eller han bidra til å forebygge komplikasjoner og bedre prognosen for pasienten (4).

METODE

Studien er en systematisk litteraturstudie basert på åtte kvantitative forskningsartikler. Vi gjennomførte søk i databasene CINAHL, PubMed og Ovid MEDLINE fra oktober til desember 2017 med følgende inklusjonskriterier: engelsk- og skandinaviskspråklige artikler publisert i tidsrommet 2012–2017, som var

overførbare til det norske helsevesenet.

Vi benyttet PIO-skjema siden dette skjemaet bidrar til struktur og klargjør spørsmålet for systematisk litteratursøk, utvalgelse og kritisk vurdering av litteraturen (se faktaboks). Vi valgte å utelukke C (Comparison) fra PICO-skjemaet, da vi ikke ønsket å sammenlikne med et annet tiltak.

ANALYSE

Vi gjennomførte analysen etter Evans' (5) modell, som består av fire trinn:

- Samle inn datamateriale.
- Identifisere nøkkelfunn i hver studie. Vi leste gjennom én



VIKTIG ROLLE: Sykepleieren på sengepost er ansvarlig for å ha nødvendig kunnskap og kompetanse til å kunne gjenkjenne og identifisere sepsis. Illustrasjonsfoto: Doug Olson / Mostphotos

og én artikkel hver for oss og skrev ned alle nøkkelfunn underveis.

- Sammenlikne ulikheter og likheter, identifisere forskjeller mellom studiene og finne felles temaer.
- Beskrive fenomenet, der kategoriene og temaene blir utgangspunkt for hovedtemaet. Dette trinnet resulterte i tre hovedtemaer (tabell 1).

TIDLIGERE STUDIER

Flere av studiene påpekte at sykepleieren er i en nøkkelposisjon til å kunne identifisere sepsis fordi sykepleieren står nærmest pasienten og observerer pasienten døgnet rundt (6–8).

Videre kom det frem at sykepleiere har behov for mer kunnskap om temaet siden sykepleiere spiller en sentral rolle med å identifisere sepsis (9–10). Flere av studiene implementerte egne kartleggings skjemaer for sepsis, noe som resulterte i tidlig identifisering av tilstanden, kortere liggetid og redusert mortalitet (7–9, 11).

Delaney og medarbeidere (6) fremhevet hvor viktig det var at sykepleiere holder seg faglig oppdatert, og at de benytter seg av undervisningsmuligheter for å forbedre kompetansen og kunnskapen.

Et viktig funn i flere studier var at mange sykepleiere følte de hadde behov for mer kunnskap om sepsis da de kjente på et ansvar for å bidra til tidlig identifisering (9–10, 12). Systematisk kartlegging av sykepleierens rolle med å identifisere sepsis kan gi bedre prognose for pasientene (6–7, 11).

ØKE KLINISK KOMPETANSE

Flere av studiene er oppmerksomme på ulike læringsmetoder for hvordan kunnskapsnivået og den kliniske kompetansen kan økes (6–8, 10). Forfatterne nevner praktisk og teoretisk undervisning, innføring i bruk av kartleggingsverktøy og klare retningslinjer. Undervisningen burde være tilpasset sykepleiere, noe som kan sette sykepleieren i en bedre posisjon til å identifisere sepsis på et tidlig tidspunkt.

Noen undersøkte hvilke forbedringer man så av sykepleierens kunnskaper før og etter at teoretisk undervisning ble gitt (6–8). Det kom frem at sykepleierne følte seg tryggere på å identifisere sepsis etter et undervisningsprogram som innebar både teoretisk undervisning og simulering (6). Et viktig funn er at mange sykepleiere mangler nødvendig kunnskap og kompetanse til å gjenkjenne sepsis (7).

Torsvik og medarbeidere (7) implementerte et egendefinert skjema som beskrev hvordan sykepleiere skulle gå frem ved mistanke om sepsis. Innføringen av skjemaet

FAKTA

Sepsis

Også kalt blodforgiftning. Sepsis er livstruende organsvikt utløst av sannsynlig eller påvist infeksjon.

Kilde: Store medisinske leksikon

PICO

PICO er et verktøy som hjelper med å gjøre spørsmålet (problemstillingen) tydelig og presist i kunnskapsbasert praksis. Etter at du har formulert et presist spørsmål, bør du bestemme hvilket kjernespørsmål du står overfor. Dette hjelper deg når du skal søke etter forskning om spørsmålet.

PICO er en forkortelse for elementer som ofte vil være med i et spørsmål:

P = Patient/problem

I = Intervention

C = Comparison

O = Outcome

Kilde: kunnskapsbasertpraksis.no

førte til større bevissthet blant sykepleierne, og de fattet raskere mistanke om sepsis. Bruk av skjemaet resulterte i raskere behandling, reduksjon i utvikling av tilstanden og økt overlevelse på over 40 prosent.

ANSVARET PÅ SENGEPOST

Sykepleieren på sengepost er ansvarlig for å ha nødvendig kunnskap og kompetanse til å kunne gjenkjenne og identifisere sepsis (6, 7). Fordi sykepleierne er i en god posisjon til å identifisere sepsis bør de få mer ansvar (6, 8, 9). Tromp og medarbeidere (8) ønsket å belyse sykepleierens viktige ansvar i et sepsisforløp og fant at jo større ansvar sykepleieren hadde med å identifisere sepsis, desto mer bidro det til økt tverrfaglighet og dermed bedre ivaretagelse av pasienten og pasientens behov.

Det er et sykepleieransvar å gi god pleie og omsorg til komplekse pasien-

ter med sammensatte behov og inneha kunnskapen som trengs for å kunne gjenkjenne og reagere på tegn til akutt og kritisk sykdom (6). Sykepleiere er de første til å vurdere pasientens helsetilstand og har dermed både mulighet til og ansvar for å mistenke sepsis og ta initiativ til at behandling iverksettes raskt (9).

VERKTØY TIL KARTLEGGING

Når sykepleiere brukte kartleggingsverktøy, ble pasienter tidligere identifisert enn når verktøyet ikke ble benyttet. I tillegg var kvaliteten på sykepleien bedre ved bruk av kartleggingsverktøy (8). Dersom kartleggingsverktøy skal være nyttig, er det viktig at sykepleierne har nødvendig kunnskap om sepsis (7).

Nesten halvparten av alle pasientene på sengepost oppfylte minst to eller flere SIRS-kriterier (systemisk inflammatorisk

«Fordi sykepleierne er i en god posisjon til å identifisere sepsis bør de få mer ansvar.»

responssyndrom) i løpet av sykehusoppholdet (12–13). qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment) er ikke det kartleggingsverktøyet som foretrekkes på sengepost eller på intensivavdelinger (12), selv om det har vist seg å være mer nøyaktig enn SIRS. NEWS (National Early Warning Score) er det mest presise kartleggingsverktøyet på sengepost (12).

Flere av sykepleierne var ukjente med SIRS-kriteriene, og hele 85 prosent svarte at de var litt kjent med eller ikke kjent i det hele tatt med SIRS. Et annet relevant funn viste at sykepleierne hadde liten tiltro til egen kunnskap og lente seg mye på kartleggingsverktøyene (13).

I noen studier ble det utarbeidet egne kartleggingsverktøy med utgangspunkt i allerede eksisterende verktøy. I arbeidet benyttet de elementer fra forskjellige kartleggingsverktøy og fra Surviving Sepsis-kampanjen, siden mange opplevde noen verktøy som upresise og ufullstendige (7–9). Mortaliteten ved sepsis er høyere blant pasienter på sengepost enn på intensivavdeling (11, 13).

HVORDAN BEDRE KUNNSKAPEN?

Vår studie viser tydelig hvor viktig det er for sykepleierne å holde seg oppdatert, ta ansvar og benytte seg av undervisningsmuligheter for å forbedre kompetansen og kunnskapene. Kompetanse innebærer å være kvalifisert til å kunne ta beslutninger og handle innenfor et bestemt funksjonsområde (14).

Det viste seg at sykepleiere som tidligere hadde erfaring med sepsispasienter, hadde mer kunnskap om sepsis og følte seg tryggere på identifiseringen (10). Nyutdannede og yngre sykepleiere hadde mer kunnskap om sepsis. Sykepleierne som var over 50 år, skåret lavere på kunnskap om sepsis. Årsaken kan være at SIRS-kriteriene først ble introdusert i 1992 (6, 9–10).

Nortvedt og Grønseth (4) påpeker derimot at erfarne sykepleiere har solid kunnskap etter flere år i praksis. Videre belyser de hvor nødvendig det er for sykepleiere å holde seg oppdatert på ny forskningslitteratur, og de understreker at sykepleie skal baseres på oppdatert og forskningsbasert kunnskap.

Sykepleieren har en fagutviklende funksjon som innebærer å bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring og holde seg faglig oppdatert. Sykepleieren kan ha nytte av å simulere realistiske pasientsituasjoner for å utvikle observasjonsevnen. Ifølge Delaney og medarbeidere får sykepleierne bedre kunnskap om sepsis hvis de har simulering sammen med teoretisk undervisning (6).

FORESLÅTTE TILTAK

Sykepleierne foreslo selv tiltak for å bedre behandlingen av sepsispasienter, og de foreslo tiltak for å øke kunnskapsnivået i sin egen yrkesgruppe. Sykepleierne tok blant annet i bruk et enkelt, effektivt og standardisert kartleggingsverktøy for å kunne identifisere sepsis tidlig. Sykepleiere som hadde ansvar for pasienter med sepsis eller pasienter som sto i fare for å utvikle sepsis, ble fritatt for andre oppgaver for å kunne følge opp pasienten tettere (9).

Imidlertid var det sykepleiere på akuttmottak som foreslo å ta i bruk kartleggingsverktøy. Dermed kan det diskuteres hvorvidt tiltakene vil være nyttige for sykepleiere på sengepost. Mange sykepleiere lente seg mye på kartleggingsverktøy (12), noe vi tolker som at de var usikre på sin egen kunnskap i møte med risikopasienter.

Når sykepleieren observerer pasienten, brukes sansene til å hente inn data. Sykepleierens evne til å observere betegnes som «det kliniske blikket». Evnen til klinisk blikk og sanselig forståelse utvikles ved å observere.

Det er derfor viktig at sykepleieren har kunnskap om og forståelse for hvilke observasjoner som bør gjøres (14):

Tabell 1. Hovedtemaer og kategorier

Hovedtema	Kategorier
Hvordan kan kunnskapsnivå og klinisk kompetanse utvikles?	Tydelige retningslinjer Økt bevissthet om sepsis Undervisning Praktisk trening og simulering Forbedring av rutiner Formyelse av kunnskap
Sykepleierens ansvar på sengepost	Nøkkelposisjon Individuelt ansvar → faglig oppdatert Ta i bruk eksisterende retningslinjer/rutiner
Verktøy som hjelpemiddel ved kartlegging	Bør være enkelt å bruke For sen diagnostisering Lite spesifikke

observasjon av pasientens respirasjon, sirkulasjon, hud, bevissthetsgrad og eliminasjon er viktig ved sepsis eller mistanke om sepsis (15). Tidlig identifisering og målrettet behandling reduserer både mortaliteten og kostnader knyttet til behandling av sepsis (11, 13).

NØKKELPOSISJON

Lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som for eksempel helsepersonelloven, ICN (International Council of Nurses) og rammeplanen for sykepleierutdanningen, skal belyse ansvaret for at egen praksis er etisk, faglig og juridisk forsvarlig, noe som vil påvirke kvaliteten på sykepleien (4).

Sykepleiere må ta ansvar for egen læring og holde seg oppdatert på forskning innen sitt fagområde for å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Videre kan sykepleieren forbedre og utvikle sin kliniske kompetanse gjennom hele yrkeslivet (4, 6). Funn viser at mange pasienter diagnostiseres for sent (10), og at sykepleieren står i en god posisjon til å observere tidlige tegn på sepsis.

Flere beskriver at sykepleierne er i en nøkkelposisjon fordi de ser pasienten ofte og gjennom hele døgnet (6–8). Denne gode posisjonen til å kunne identifisere sepsis bør gi sykepleierne mer ansvar, noe som kan bidra til at de identifiserer tilstanden på et tidligere tidspunkt (6, 8).

Helsepersonelloven § 4 legger vekt på forsvarlighet i utøvelsen av sykepleie. Den slår fast at man skal utføre arbeidet i samsvar med kravene til omsorgsfull pleie og faglig forsvarlighet, som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, karakter og situasjon (16).

Sykepleierne erfarte at det var for få folk på jobb, for lite medisinsk utstyr og for stor arbeidsmengde til at de kunne yte forsvarlig sykepleie (9). Arbeidsforholdene er i strid med kravet om forsvarlighet i yrkesutøvelsen, og vi tror mangel på ressurser kan føre til utfordringer med å kartlegge sepsis systematisk.

SYKEPLEIERENS ANSVAR

Sykepleieren på sengepost har et ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov. Sykepleieren bør snakke med pasienten om hva som er viktig for ham eller henne, og om hvordan pasientens behov kan tilfredsstilles (17).

For en akutt syk pasient er det normalt å oppleve angst

og utrygghet i forbindelse med situasjonen vedkommende er i (15). Undersøkelser og behandling, ubehagelige prosedyrer og følelsen av hjelpeløshet samt det å miste kontroll over egen situasjon kan være årsaker til at pasienten får denne opplevelsen.

I situasjoner der en pasient er kritisk syk, kan pasientens autonomi og integritet bli truet som følge av at det kan være lett å behandle pasienten som et objekt (15). Det er derfor viktig at sykepleieren på sengepost ivaretar psykiske behov så vel som somatiske. Som sykepleier har vi et ansvar for å ivareta omsorgen til den komplekse pasienten (6).

GODT HJELPEMIDDEL

Kartleggingsverktøy kan være et godt hjelpemiddel til å oppdage tegn på infeksjon og endring i pasientens helsetilstand for helsepersonell som ikke føler seg trygge på sin egen kliniske vurdering. Videre kan kartleggingsverktøy også bidra til bedre beslutninger enn ved bruk av faglig skjønn, og sykepleieren kan få større tiltro til sin egen evne til å identifisere sepsis (4).

Tromp og medarbeidere fant at kvaliteten på sykepleien ble forbedret, og at pasienter ble tidligere identifisert når kartleggingsverktøy ble benyttet (8). Det er viktig å anvende kartleggingsverktøy på korrekt måte for ikke å svekke kartleggingsverktøyets nytteverdi. Vi tror det kan øke kvaliteten på sykepleien og bidra til tidlig identifisering av sepsis når verktøy brukes.

Andre funn viser at sykepleiere lente seg på kartleggingsverktøyene og hadde liten tiltro til egen kunnskap (12). Det kan anses både som en styrke og en svakhet fordi det kan bidra til at kartleggingsverktøy blir brukt, men også til at sykepleierne glemmer det kliniske blikket og egne observasjoner. Vi tror det vil være viktig at sykepleiere ikke anvender kartleggingsverktøy alene, men i kombinasjon med egne kunnskaper, faglig skjønn og det kliniske blikket.

MÅ BRUKE TYDELIG SPRÅK

Observasjoner av vitale tegn og kartlegging av organfunksjon ble i liten grad utført på sengepost. Feiltolkning, utilstrekkelige målinger og forsinket reaksjon var blant årsakene som førte til at tilstanden sent ble identifisert.

Sykepleiere har en tendens til å være diffuse i språket, noe som kan føre til utfordringer i samhandling med andre profesjoner (7), viser en studie til Torsvik og medarbeidere. Å omtale pasienten som «i dårlig form» er relativt lite informativt og kan være et eksempel på en slik utfordring. De (7) utviklet et eget triage-system (hastegradsvurdering) som skulle gi sykepleiere og leger et felles språk for å unngå tilbakemeldinger som «i dårlig form».

God kommunikasjon mellom leger og sykepleiere mener vi er essensielt for å identifisere sepsis og kan trolig bidra til at behandlingen starter tidligere. Flere studier viser at flere avdelinger implementerte egne verktøy for å identifisere sepsis (7–9, 11). Det kan tolkes som at eksisterende verktøy er for lite spesifikke, og at flere har bedre nytte av kartleggings-skjemaer tilpasset deres arbeidsplass.

Vi tror likevel det burde være et mål å utvikle felles retningslinjer for å identifisere sepsis. Vi kan også stille oss kritisk til om det vil fungere optimalt i praksis, og det må vurderes om et verktøy vil ha samme overføringsverdi på en intensivavdeling som på en sengepost. Det viktigste bør uansett være at alle som jobber på samme avdeling, har lik forståelse for hvordan kartleggingen skal praktiseres.

KONKLUSJON

Funnene i vår studie viste at økt kunnskap, klinisk kompetanse og bruk av kartleggingsverktøy bidrar til at sykepleiere tidligere kan identifisere sepsis på sengepost. Undervisning, simulering, klare retningslinjer og systematisk kartlegging bidrar til at sykepleiere får utnyttet sin gode posisjon overfor pasientene, slik at sykepleierne kan identifisere sepsis på et tidlig tidspunkt. ●

REFERANSER

1. Rygh M, Andreassen GT, Fjellset AL, Wilhelmssen IL, Stubberud DG. Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I: Stubberud DG, Grønseth R, Almås H, red. Klinisk sykepleie bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017. s. 69–117.
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801–8.
3. Finfer S, Machado FR. The global epidemiology of sepsis. Does it matter that we know so little? Am J Respir Crit Care Med. 2016;193(3):228–30.
4. Nortvedt P, Grønseth R. Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I: Stubberud DG, Grønseth R, Almås H, red. Klinisk sykepleie bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017. s. 17–40.
5. Evans D. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. Aust J Adv Nurs. 2002–2003;20(2):22–6.
6. Delaney MM, Friedman MI, Dolansky MA, Fitzpatrick JJ. Impact of a sepsis educational program on nurse competence. J Contin Educ Nurs. 2015;46(4):379–86.
7. Torsvik M, Gustad LT, Mehl A, Bangstad IL, Vinje LJ, Darnås JK, et al. Early identification of sepsis in hospital inpatients by ward nurses increases 30-day survival. Crit Care. 2016;20(1):244.
8. Tromp M, Hulscher M, Bleeker-Rovers C, Peters L, van den Berg TNA, Borm G, et al. The role of nurses in the recognition and treatment of patients with sepsis in the emergency department: A prospective before-and-after intervention study. Int J Nurs Stud. 2010;47(12):1464–73.
9. Burney M, Underwood J, McEvoy S, Nelson G, Dzierba A, Kauari V, et al. Early detection and treatment of severe sepsis in the emergency departments: Identifying barriers to implementation of a protocol-based approach. J Emerg Nurs. 2012;38(6):512–7.
10. Hengell LC, Visseren T, Meima-Cramer PE, Rood PP, Schult S. Knowledge about systemic inflammatory response syndrome and sepsis: a survey among Dutch emergency department nurses. Int J Hosp Med. 2016;9(19):1–7.
11. Gyang E, Shieh L, Forsey L, Maggio P. A nurse driven screening tool for the early identification of sepsis in an intermediate care unit setting. J Hosp Med. 2015;10(2):97–103.
12. Churpek MM, Snyder A, Han X, Sokol S, Pettit N, Howell MD, et al. Quick sepsis-related organ failure assessment, systemic inflammatory response syndrome, and early warning scores for detecting clinical deterioration in infected patients outside the intensive care unit. AJRCCM. 2017;195(7):906–11.
13. Churpek MM, Zdravec FJ, Winslow C, Howell MD, Edelson DP. Incidence and prognostic value of the systemic inflammatory response syndrome and organ dysfunctions in ward patients. AJRCCM. 2015;192(8):958–64.
14. Kristoffersen NJ. Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA, Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleie – fag og funksjon. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 139–92.
15. Andreassen GT, Fjellset AL, Wilhelmssen IL, Stubberud DG. Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I: Almås H, Stubberud DG, Grønseth R, red. Klinisk sykepleie bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 61–105.
16. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 14.01.2019).
17. Kristoffersen NJ. Helse og sykdom. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 31–81.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Stillingsportal for sykepleiere



Ta del i vårt nettverk av gode jobbsøkere

I Sykeleien treffer du ALLE sykepleiere i Norge, ikke bare de som er på aktiv jobb jakt. Med vår stillingsportal, **sykeleienjobb.no**, øker vi satsningen på stillingsmarkedet. Ta del i vårt økende nettverk av gode og motiverte jobbsøkere. Du når ut til enda flere søkere ved å kombinere sykeleienjobb.no med en printannonse i Sykeleien.

Sykeleienjobb.no

HOVEDBUDSKAP

SAFE er et verktøy som har til hensikt å avdekke tidlige tegn på subakutt og akutt funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. SAFE er erfarings- og forskningsbasert og utviklet og testet i og for konteksten det skal brukes i. Målgruppen for SAFE er hjemmeboende eldre som står i fare for å utvikle skrøpeligheit, med ytterligere fare for funksjonssvikt. SAFE understøtter systematisk observasjon, vurdering, dokumentasjon og kommunikasjon, og gir klinisk beslutningsstøtte for hjemmesykepleieren.

NØKKELORD:

- ▶ Hjemmesykepleie ▶ Systematikk
- ▶ Funksjonssvikt ▶ Observasjon og vurdering
- ▶ Skrøpelige gamle

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76084

SAFE avdekker funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre

Sykepleiere kan lettere oppdage endringer i helsen til hjemmeboende pasienter når de bruker SAFE-verktøyet med jevne mellomrom.

SAFE er et verktøy som har til hensikt å avdekke tidlige tegn på subakutt og akutt funksjonssvikt hos eldre. Det er et erfarings- og forskningsbasert verktøy som brukes til strukturert og systematisk observasjon og vurdering av eldre mottakere av langvarige helse- og omsorgstjenester.

SAFE tar hensyn til kompleksiteten som kjennetegner gradvis utvikling av funksjonssvikt eller forverring av tilstand. Verktøyet gir beslutningsstøtte til helsepersonell, styrker vurderingskompetansen, fremmer samhandling ved mer presis beskrivelse av pasientens tilstand og har en struktur som ivaretar kontinuitet.

SAFE er utviklet spesielt for målgruppen eldre som er i fare for å utvikle skrøpeligheit og påfølgende funksjonssvikt. Vi har grunn til å påstå at SAFE er en del av løsningen på de sammensatte utfordringene de kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor.

Å oppdage utvikling eller forverring av sykdom og

FORFATTERE


Edith Roth Gjevjon
Instituttleder, Lovisenberg diakonale høgskole



Silje Christin Wang Linnerud
Høgskolelektor, Lovisenberg diakonale høgskole.



Ellen Andersen
Seksjonssjef, Senter for fagutvikling og forskning, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Oslo kommune



Mette Sophie Klev
Fagsykepleier og intensivsykepleier, Senter for fagutvikling og forskning, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Oslo kommune



Steinar Johansen
Høgskolelektor, Lovisenberg diakonale høgskole



Gunilla Borglin
Dosent, Institutionen för vårdvetenskap, Malmö universitet

helsetilstand hos hjemmeboende eldre er en utfordring, om i det hele tatt mulig uten aktivt å se etter slike tegn. I motsetning til i en institusjon deler ikke hjemmetjenestenes helsepersonell og pasienter samme fysiske miljø (1), hvor sykepleieren kan gjøre kontinuerlige observasjoner og vurderinger av pasientene over tid. Hjemmesykepleieren arbeider stort sett alene, skal besøke mange pasienter i løpet av en vakt og har begrenset tid hjemme hos pasienten. Med dagens tildeling av tidsressurser, kanskje kun ti minutter til påkledning eller et kvarter til dusj (2). Erfaringsmessig vet vi at også mer komplekse oppgaver, som særstilling og stell av sentralt venekateter, ofte har en begrenset tidsramme. SAFE er utviklet med bakgrunn i disse utfordringene.

Målet med SAFE er å oppdage og identifisere tidlige tegn på funksjonssvikt hos eldre gjennom systematisk og strukturert observasjon og vurdering, for å kunne utsette eller forhindre økt



BRUKER SAFE-VERKTØYET: Sykepleieren noterer endringer i pasientens helsetilstand ved å krysse av for alternativer i skjemaet. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

hjelpebehov og hjelpeavhengighet. Forkortelsen SAFE står for Subakutt/Akutt Funksjonssvikt hos Eldre.

AVDEKKER FUNKSJONSSVIKT

Tilsynelatende små, gradvise fysiologiske, fysiske eller kognitive endringer kan gi skrøpeligheit og fare for alvorlig fysisk og psykisk helsesvikt med økt behov for langvarige helsetjenester. Skrøpeligheit kan forstås som at personen «har en biologisk alder som er høyere enn den kronologiske, og en forventet gjenstående levetid som er kortere enn gjennomsnittet for sine jevnaldrende» (3).

Skrøpeligheit er et resultat av sammensatte prosesser som til sammen svekker personens reservekapasitet og motstand mot for eksempel infeksjoner, følgene etter en fraktur eller forverring av eksisterende sykdom. Får disse sammensatte prosessene pågå uoppdaget, kan det føre til alvorlig helse- og funksjonstap, her betegnet som funksjonssvikt (4, 5).

Wyller (4) har kategorisert funksjonssvikt etter tiden det tar for tilstanden å oppstå: Akutt funksjonssvikt oppstår i løpet av en dag eller i løpet av en uke. Subakutt funksjonssvikt oppstår i løpet av to til fire uker. Kronisk funksjonssvikt oppstår over tre måneder eller mer. Vårt fokus er primært å sette sykepleiere i stand til å avdekke tidlige tegn på fortrinnsvis subakutt, men også akutt funksjonssvikt, for å bidra til å utsette eller forhindre ytterligere forverring av tilstand.

De første tegnene på utvikling av funksjonssvikt viser seg ofte som små hendelser, som økt ustøhet, sansereduksjoner (syn og hørsel), glemsomhet og eliminasjonsproblematikk (4). Etter hvert som funksjonssvikten tiltar, kan utfallet bli gjentatte akutte sykehusinnleggelses og økt hjelpebehov, og i ytterste konsekvens død (6). Funksjonssvikt er en påkjenning for den eldre og dennes pårørende, og det er kostbart for samfunnet.

Myndighetene har over tid hatt et uttalt fokus på pasientsikkerhet og tidlig oppdagelse og håndtering av

«Målet med SAFE er å oppdage og identifisere tidlige tegn på funksjonssvikt hos eldre.»

funksjons- og sykdomsforverring gjennom blant annet nasjonale tiltakspakker. Eksempler på dette er pasientsikkerhetsprogrammet (7), reformer som samhandlingsreformen (8) og «Leve hele livet» (9) samt nye roller for sykepleiere som avansert klinisk allmennsykepleie (10).

Det er et dokumentert behov for økt kompetanse hos sykepleiere i kommunehelsetjenesten (11), og det er behov for metoder for å identifisere pasienter med risiko for å utvikle skrøpeligheit og slik avdekke tidlige tegn på funksjonssvikt for å kunne igangsette tidlig innsats (12).

Det er bred enighet om at tidlig innsats vil kunne

FAKTA

Om prosjektet

SAFE er revidert og evaluert i hjemmetjenesten i Oslo kommune gjennom et postdoktorprosjekt som er delvis finansiert av Oslo universitetssykehus (støtte til protokollutvikling) og Norsk Sykepleierforbund (forskningsmidler). SAFE ble utviklet i samhandlingsprosjektet «Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre». Prosjektet ble ledet av Oslo universitetssykehus ved Stab samhandling og internasjonalt samarbeid og gjennomført i samarbeid med Generell indremedisinsk avdeling (OUS) og Geriatrisk akuttavdeling (OUS), Oslo kommune ved hjemmebaserte tjenester og fastleger i Bydel Bjerke, Bydel Nordre Aker og Bydel Øststensjø.



Skann QR-koden og kom rett til SAFE-skjemaet på sykepleien.no

forhindre, redusere eller forebygge utvikling av alvorlig helsesvikt og omfattende hjelpebehov (12, 13). En nyere kunnskapsoppsummering slår imidlertid fast at det per i dag ikke finnes retningslinjer eller verktøy for å avdekke risiko for økt hjelpebehov blant hjemmeboende eldre (12).

HVORDAN BRUKE SAFE?

Når en pasient mottar hjemmesykepleie, foretas systematisk observasjon og vurdering av pasientens behov, ressurser og baseline funksjonsnivå (her betegnet «normaltilstand») ved hjelp av SAFE. Den strukturerte dokumentasjonen av dette ligger til grunn for å oppdage endringer i helsesituasjonen. Sykepleierne som arbeider i hjemmetjenesten, har ansvar for å følge opp et gitt antall pasienter, enten som primærkontakt, tjenesteansvarlig eller som en del av et arbeidslag. Systematisk bruk av SAFE bidrar til at sykepleierne blir kjent med pasientens normaltilstand og lettere kan avdekke endringer og slik styrke oppfølgingen av pasienten.

SAFE består av 13 hovedområder for observasjon og vurdering.

Sykepleieren, som helst er pasientens primærkontakt eller tjenesteansvarlige sykepleier, gjør regelmessige observasjoner og vurderinger av pasienten ved å følge strukturen i SAFE. Man leter punktvis etter subakutte endringer under gul kategori, og eventuelt akutte endringer i rød kategori. Hvis det ikke er endringer knyttet til de gule eller røde vurderingskategoriene, markeres det for grønn kategori for «ingen endring». En eller flere gule markeringer gir gul status, en eller flere røde markeringer gir rød status. Grønn status gjelder imidlertid kun ved utelukkende grønne markeringer. Til slutt konkluderes det med en SAFE-status basert på forekomsten av gule og/ eller røde, eller grønne markeringer. For å avgjøre om det er en endring eller ikke, tar man med faglig skjønn utgangspunkt i pasientens normaltilstand, dokumentert i journalen eller forrige SAFE-status til sammenlikning og oppfølging.

Hvilke oppfølgingstiltak sykepleieren kan gjøre basert på SAFE-status, for eksempel når lege bør kontaktes, er foreslått til slutt i SAFE.

Observasjoner og vurderinger ved hjelp av SAFE foretas etter oppsatt intervall. I samhandlingsprosjektet (14) hvor SAFE ble utviklet, var intervallet satt til hver 14. dag, noe som opplevdes for ofte av sykepleierne – særlig når pasientene var stabile. Vårt forslag er at intervallet settes som en hovedregel én gang per måned,

men at sykepleieren, gjerne i samarbeid med pasientens fastlege, vurderer kortere intervall på bakgrunn av pasientens tilstand. SAFE bør utføres rutinemessig på dagtid.

Det anbefales også at det foretas SAFE-vurdering ved utskrivelse fra sykehus eller institusjon og ved mistanke om endringer.

De 13 hovedområdene svarte i utgangspunktet til statusområdene i EPJ-systemet Gerica, i den hensikt å basere SAFE på noe som for sykepleierne var kjent (14). Det ble foretatt en revisjon av første versjon i forbindelse med forskningsprosjektet som omtales nedenfor. Den første revisjonen besto kun av en tydeliggjøring av språk og begreper. Som vist i figur 1, er rekkefølgen på både de 13 områdene og fargekodene endret fra første og andre versjon til tredje versjon, basert på erfarings- og forskningsbasert evaluering av SAFE.

Evalueringen av SAFE, med påfølgende revisjon, er basert på følgende:

- Fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som tok i bruk SAFE i

prosjektet «Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre» og med sykepleiere som ikke kjente til SAFE.

- Intervjuer med a) seksjonsledere og b) mellomledere i bydeler som har deltatt, og en bydel som ikke deltok i prosjektet.
- En masteroppgave som inkluderte en litteraturstudie og samsvarsanalyser (15).
- Evaluering gjennom utprøving av SAFE i to bydeler som ikke var en del av det nevnte samhandlingsprosjektet, samt fokusgruppeintervjuer med sykepleierne som anvendte SAFE.

Resultater fra de ulike delprosjektene vil bli publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter.

TYDELIGERE TILNÆRMING

Rekkefølgen på hovedkategoriene ble justert for å stemme bedre med ABCDE-vurderingen. ABCDE er i til-

«Funksjonssvikt er en påkjenning for den eldre.»

takspakken for pasientsikkerhetsprogrammet anbefalt som metode for klinisk observasjon og vurdering (7).

Fargerekkefølgen ble endret fra grønn-gul-rød, til gul-rød-grønn, for å tydeliggjøre fokus på de subakutte endringene. Grønn er plassert til slutt for å aktivt kvittere om det er «ingen endring» i stedet for å gjøre dette aller først, før det subakutte eller akutte er vurdert.

Beslutningsstøtten i SAFE er plassert til slutt, ikke først som i de forrige versjonene. Dette for å tydeliggjøre at SAFE-kartleggingen og observasjonene må dokumenteres, og tiltak må igangsettes og følges opp. NEWS – et etablert verktøy for vurdering av akutt tilstand (16) – er nå inkludert som et handlingsalternativ når sykepleieren oppdager akutte endringer eller mistenker akutte endringer utenom SAFE-intervallet (for SAFE, versjon 3, se QR-kode).

BEHOV FOR ANDRE VERKTØY

Det finnes ulike enkeltstående verktøy for å kartlegge funksjonsnivå eller for å avdekke underliggende sykdom og/eller funksjonssvikt – eksemplifisert i tabell 2. Felles for disse er at de benyttes til å observere og vurdere ett eller få områder.

I SAFE tas det hensyn til kompleksiteten som kjenne-tegner eldre pasienters gradvise funksjonssvikt eller forverring av tilstand gjennom observasjon og vurdering av mange og sammensatte områder. Det er imidlertid ofte nødvendig å tegne et tydeligere bilde av eller bidra til mer spesifikk diagnostisering av pasientens tilstand. Gjennom denne systematiske vurderingen vil bruk av SAFE bidra til å avdekke behov for bruk av andre og komplementære observasjons- og vurderingsverktøy. Se tabell 3 for oversikt over SAFE-områdene i dagens versjon, observasjoner som skal gjøres, nødvendig klinisk utstyr samt eksempler på supplerende observasjons- og vurderingsverktøy.

I løpet av arbeidet med SAFE har vi gjentatte ganger mot-tatt spørsmål om forskjellene mellom SAFE og NEWS, og hvorvidt det ene erstatter det andre. Pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler både spesialist- og kommunehelsetjenesten å benytte strukturerte verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand. I et pasientforløpsperspektiv anser vi det som nyttig å følge opp pasienten i forbindelse med akutt sykehusinnleggelse og i sårbar hjemkomstfase med både SAFE og NEWS. En akutt endring i pasientens tilstand vil utløse at sykepleieren beregner NEWS-skår for å få en videre beslutningsstøtte. NEWS og SAFE er, slik vi ser det, komplementære verktøy.

STRUKTURERT DOKUMENTASJON

Tilgjengelig informasjon om pasientens tilstand, reaksjoner på denne samt helsepersonells relaterte aktiviteter er nødvendig for å sikre kontinuitet, pasientsikkerhet og kvalitet (1, 17). I hjemmesykepleien er det tradisjon for å dokumentere fortløpende og kronologisk. Det vil si at helsepersonellet beskriver hva som har skjedd i løpet av en vakt, og hva de har gjort. Dokumentasjonen nedtegnes kronologisk i pasientjournalen uten en form for fast struktur eller rekkefølge ut over dato og type vakt (18). Dokumentasjonen fremstår da som ustrukturert, og det er vanskelig å følge hva helsepersonellet har observert, vurdert, besluttet og gjort (18).

Bruk av SAFE danner grunnlag for en mer strukturert dokumentasjon, gitt at dokumentasjonen følger verktøystruktur i dokumentasjonssystemet. International

Figur 1. De tre versjonene av SAFE, kronologisk rekkefølge



Tabell 1. ABCDE-vurderingen

- A** Airways (luftveier)
- B** Breathing (respirasjon)
- C** Circulation (sirkulasjon)
- D** Disability (nevrologi)
- E** Exposure (helkroppundersøkelse)

Kilde: Pasientsikkerhetsprogrammet.no

Tabell 2. SAFE-områdene i versjon 3, observasjoner, nødvendig klinisk utstyr samt eksempler på supplerende observasjons- og vurderingsverktøy

SAFE-områder	Subjektive observasjoner	Objektive observasjoner	Supplerende verktøy*, inkludert klinisk utstyr
Kommunikasjon/sanser	Taleevne Språkforståelse Syn Hørsel		NEWS (16) FAST (17)
Respirasjon	Pustebeveger	Respirasjonsfrekvens Oxygenmetring	NEWS Pulsoksimeter
Sirkulasjon	Uregelmessig/ugegmessig puls Væskeansamling i beina/korsryggen	Blodtrykk Puls Temperatur	NEWS Blodtrykksapparat Stetoskop Termometer
Hud/føtt	Farge Grad av fuktighet Sår, utslett Lukt	Størrelse på sår	TIME (18) MEASURE (19)
Eliminasjon	Inkontinens Retensjon Farge og konsistens		Urinstrå (20)
Ernæring	Kvalme Muntørhet Redusert inntak av næringsmidler Måttyt Svelging Munnhule Tannstatus	Vekt Andel vektapp	Personvekt Målebånd (> 2 meter) BMI (kroppsmasseindeks) MNA (21) NUFFE (22)
Fysisk funksjon	Ustøhet Falltendens Reise/sette seg Gangfunksjon Tremor Stivhet Bevegelighet i ledd Symmetri Kraft		FAST ADL-vurdering IPLDS (23)
Generell egenomsorg	Boevne		ADL-vurdering IPLDS
Personlig hygiene	Evne til kroppstell og påklædding		ADL-vurdering IPLDS
Medisinsk egenomsorg	Inntak av legemidler Følge forordninger		Legemiddelgjennomgang (24)
Søvn/hvile	Grad av våkenhet/tretthet Søvnemønstre		4AT (25) SAMR (26)
Psykisk/kognitiv funksjon	Stemningsleie Orienteringsevne Bevissthetsnivå Årvåkenhet		4AT (25) MMSE (27)
Smerte	Smerteuttrykk	Smertekartlegging	Numeric Rating Scale (NRS)

*De utvalgte supplerende verktøy er kun eksempler og ikke en uttømmende oversikt. En oversikt over tilgjengelige skåler og tester finnes på aldring-og-helsetilstand.no. Andre anbefalte retningslinjer og verktøy finnes på pasientsikkerhetsprogrammet.no.

Tabell 3. ISBAR

Identifikasjon - Presenter deg, din funksjon og avdeling. Presenter pasientens navn og fødselsnummer
Situasjon - Hva er problemet? Presiser kort kontaktsak «jeg ringer fordi...» (beskriv)
Bakgrunn - Pasientens innleggelsesdiagnose og et kort resymé av forløpet (allergier, smitte)
Aktuell tilstand - Din vurdering av problemet etter A – B – C – D – E (SAFE-vurdering, evt. NEWS-skår). Før og nå. Endring
Råd - Lag en plan om videre behandling/oppfølging. Avklar ansvar

Kilde: Pasientsikkerhetsprogrammet.no

classification of Nursing Practice (ICNP) er av Norsk Sykepleierforbund og Direktoratet for e-helse anbefalt som fagterminologi for sykepleiepraksis og -dokumentasjon (19). SAFE er gjennom sin sykepleiefaglige struktur kompatibel med bruk av ICNP, noe som styrker nytten av SAFE ytterligere.

Bruk av SAFE danner også et godt grunnlag for å strukturere informasjon til samarbeidende helsepersonell, ofte fastlege eller legevakt. I en strukturert ISBAR-samtale (tabell 3) (7) vil informasjon fra SAFE gi en presis begrunnet fremstilling av endringer i pasientens tilstand, i motsetning til skjønnsmessige beskrivelser av subjektive observasjoner.

Det er naturlig at hjemmetjenesten benytter SAFE i sin kliniske praksis, og som grunnlag for samhandling og kommunikasjon med helsepersonell i primærhelsetjenesten, og med pasienter og pårørende. SAFE kan også bidra til mer strukturert samhandling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, innad og på tvers av helsetjenestenivåene.

BEDRE BEHANDLING

SAFE har et betydelig potensial for å muliggjøre at sykepleiere identifiserer tegn på funksjonssvikt hos eldre tidligere enn de gjør i dag. Resultater fra studien som ligger til grunn for revisjonen av SAFE, bekrefter dette. Å identifisere tidlige tegn på funksjonssvikt vil igjen kunne forhindre eller utsette ytterligere funksjonssvikt. Når relevante intervensjoner blir satt i gang tidlig, vil det sikre at pasienten blir lagt inn på sykehus eller får opphold på sykehjem, eventuelt forhindre eller utsette at det skjer.

SAFE er utviklet spesielt for målgruppen hjemmeboende eldre som står i fare for å utvikle skrøpeligheit, men man kan anta at SAFE også kan være nyttig og relevant for bruk i sykehjem.

BØR BLI DIGITAL

Det er et mål å digitalisere og implementere SAFE i klinisk praksis, og forarbeider til dette er i gang. Digitalisering av SAFE, som inkluderer utvikling av algoritmer for standardisering av vurdering og beslutningsstøtte, og som virker i samspill med sykepleierens faglige skjønn – vil forenkle bruken samt styrke verktøyets pålitelighet og de kliniske vurderingenes gyldighet.

Per i dag tas SAFE i papirversjon med ut til pasientene. Resultatene dokumenteres i EPJ (Gerica) etter tjenestens daglige journalføringsrutiner. Vitalia dokumenteres i labjournal. Ved systematisk dokumentasjon av vitale data over tid lages en oversiktlig graf i elektronisk kurve. Om det er endringer eller ikke, jamfør SAFE-kartleggingen, samt hvilke tiltak som settes i gang, dokumenteres etter lokale rutiner på det enkelte tjenestestedet.

Vi er i ferd med å utarbeide opplæringspakker og kan bistå med å implementere SAFE i klinisk praksis. Mer informasjon kan fås ved å kontakte førsteforfatteren, Senter for fagutvikling og forskning eller Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.

REFERANSER

- Gjevjon ER. Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2015;1(1):18–26.
- Holm SG. Knappt med tid i hjemmetjenesten – om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress. (Doktorgradsavhandling.) Bodø: Nord Universitet; 2017.
- Wyller TB. Frail – skrøpelig, sårbar eller skjør? Tidsskr Nor Lægeforen. 2014 desember; 134(23):2300.
- Wyller TB. Geriatri: en medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
- Lang PO, Michel JP, Zekry DJG. Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. Gerontology. 2009;55(5):539–49.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar; 56(3):M146–56.
- Pasientsikkerhetsprogrammet. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Oslo! trykke hender 24-7; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oms/innsatsomr%C3%A5der/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand> (nedlastet 25.03.2019).
- Meld. St. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. IS-2674. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet/id2547684/> (nedlastet 11.11.2018).
- Helsedirektoratet. Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivarett i fremtiden? Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
- Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC nursing. 2016;15(1):5.
- Husebø B, Erdal A, Kjellstadli C, Bøe JB. Oppsummering av kunnskap og forskningsresultater som del av kunnskapsgrunnlaget for Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. Bergen: Sefas; 2017.
- Næss G, Kirkevold M, Hammer W, Straand J, Wyller TB. Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):645.
- Giattre E, Gjevjon ER, Skredsvig K. Sluttrapport for prosjektet Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre 2012–2013. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2014.
- Johansen S. Systematisk identifisering av den gamle skrøpelige pasient med risiko for reinleggelse til kommunal akutt døgnenhet–KAD. (Masteroppgave.) Oslo: Universitetet i Oslo; 2017.
- Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. London: Royal College of Physicians; 2012.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om pasientjournal. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2001. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385> (nedlastet 11.11.2018).
- Gjevjon ER, Helleås R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. J Clin Nurs. 2010;19(1-2):100–8.
- Direktoratet for e-helse. Terminologi for sykepleiepraksis. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2018. Rapport 1028.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Edith Roth Gjevjon

Instituttleder og redaktør,
Lovisenberg diakonale høgskole og
Sykepleien Forskning

Vi skrev fagartikkelen for å gjøre SAFE kjent. Vi jobber med å skrive vitenskapelige artikler fra forskningsprosjektet om SAFE, men det tar ofte lang tid før slike artikler blir publisert. Dessuten skrives disse på engelsk og er ikke like tilgjengelige for alle.

SAFE er etterspurt, men det har ikke funnes andre referanser til det enn rapporten som ble skrevet i samhandlingsprosjektet da første versjon av SAFE ble utviklet. Nå har vi arbeidet med SAFE i noen år, så det var på tide å gjøre det kjent for dem som måtte være interessert i å bruke det eller referere til det.

SYSTEMATISK OG STRUKTURERT

Det er helt avgjørende at sykepleiere arbeider mer systematisk og strukturert, og dokumenterer sine observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger.

Sykepleiere må kjenne til metoder og instrumenter eller verktøy som kan

benyttes for eksempel for å avdekke tidlige tegn på funksjonssvikt eller forverring av en tilstand hos pasienter. Intuisjon og generelle vurderinger er ikke tilstrekkelig.

NYTT UTDANNINGSPROGRAM

Akkurat nå er jeg opptatt av å slutføre de vitenskapelige artiklene etter postdoktorarbeidet mitt med SAFE. Jeg er også

«Intuisjon og generelle vurderinger er ikke tilstrekkelig.»

opptatt av at vi på Lovisenberg diakonale høgskole utvikler et helt nytt utdanningsprogram for bachelorstudiet i sykepleie fra 2020 etter ny forskrift om retningslinjer for sykepleierutdanningene.

I tillegg til dette er jeg som redaktør opptatt av at *Sykepleien Forskning* publiserer god og relevant forskning som kan bidra til å styrke utøvelsen av sykepleie. ●

HOVEDBUDSKAP

Regjeringen foreslo i Stortingsmelding nr. 26 at det skal etableres primærhelseteam i kommunene. Første april 2018 startet åtte kommuner et pilotprosjekt. Sykepleiere skal kunne overta oppgaver som fastleger gjør og gi en bedre oppfølging av pasienter som ikke får den oppfølgingen de har behov for i dag. Det er imidlertid fortsatt noe uklart hvilke oppgaver sykepleierne skal overta. Artikkelen diskuterer livsstilsveiledning som en mulig oppgave som sykepleiere kan ivareta gjennom primærhelseteam.

NØKKELORD:

► Forebygging ► Kommunehelsetjeneste
► Livsstil ► Organisering

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75041

Hvilke oppgaver kan sykepleiere ha i primærhelseteam?

Regjeringen har forslått at det skal etableres primærhelseteam i kommunene, med helse- og sosialpersonell som arbeider sammen. Sykepleierne i disse teamene skal overta noen av fastlegenes oppgaver. Kanskje kan veiledning av pasienter som trenger å endre usunne vaner, være en relevant oppgave?

Verdens helseorganisasjon anslår at innen år 2020 vil 70 prosent av all sykdom være livsstilsrelatert. Sykepleiere kan spille en nøkkelrolle i møte med disse utfordringene, men vi trenger nye arenaer for å nå ut og drive helsefremmende arbeid.

Regjeringen foreslo i Stortingsmelding nr. 26, primærhelsemeldingen (1), at det skal etableres primærhelseteam i kommunene. Et primærhelseteam er definert som en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn og diagnoser.

Teamet skal i hovedsak bestå av en allmennlege, sykepleier, en administrativt ansatt og ledes av allmennlege (1). Første april 2018, startet åtte kommuner i Norge et pilotprosjekt med primærhelseteam.

Formålet med prosjektet er blant annet: bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere ved oppfølging av primærhelseteam, økt pasient- og brukertilfredshet og redusert forekomst og utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester (1). Et helseteam kan være nyttig, for eksempel for en pasient med høyt kolesterol og overvekt, der det er viktig å få hjelp i et tidlig forløp for å unngå å

FORFATTERE


Anne Evju
Helsesykepleier og førstelektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UIT Norges arktiske universitet, Narvik



Ida Skogmo
Sykepleier, Nordlandsklinikken, Russeksjon – Narvik

utvikle livsstilssykdommer og behov for mer omfattende helsehjelp.

Ideen er at sykepleieren skal kunne overta oppgaver som fastlegen gjør og gi en bedre oppfølging av pasienter som ikke får den oppfølgingen de har behov for i dag. Det er imidlertid fortsatt noe uklart hvilke oppgaver sykepleierne skal overta.

Artikkelen diskuterer livsstilsveiledning som en mulig oppgave

som sykepleiere kan ivareta gjennom primærhelseteam. Pasienter som har behov for livsstilsveiledning, etterlyser tid hos fastlegen og bedre oppfølging av primærhelsetjenesten (2). Pasientene har behov for en arena som innretter seg etter prinsippet om tidlig innsats og lavterskel, hvor helsepersonellet har tid og kunnskap til å skreddersy en opp-

«Ideen er at sykepleieren skal kunne overta oppgaver som fastlegen gjør, og gi en bedre oppfølging av pasienter.»

følging sammen med pasientene. I dag er det fastlegen som er første instans for disse pasientene.

ET VANSKELIG TEMA

Livsstil kan defineres som atferdsmønstre valgt blant de



RÅDGIVER: Sykepleiere kan hjelpe pasienter til å leve sunnere ved å gi råd om blant annet kosthold.
Illustrasjonsfoto: Mostphotos

FAKTA

Motiverende intervju

Motiverende intervju (MI), også kalt motiverende samtale, er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Målet er konstruktive samtaler hvor personen får mulighet til «å overtale seg selv» til å bestemme at endring skal skje, og så tenke ut hvordan han best kan få det til.

Kilde: Helsedirektoratet.no

alternativer som er tilgjengelige for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ fremfor et annet (3).

Livsstil blir påvirket av både indre og ytre forhold og påvirkes av konteksten mennesket lever i. Faktorer som sosial klasse, utdanningsnivå, geografi, etnisk bakgrunn, kjønn og alder er eksempler på dette. Atferd som røyking, alkoholforbruk, spisevaner og fysisk aktivitet er ofte av privat karakter. Det er et vanskelig tema både for helsepersonell og pasienten det gjelder. Mange pasienter føler at endring av livsstil er noe de bør mestre på egen hånd. De kvier seg for å oppsøke helsevesenet for å få hjelp (4). Samtaler med helsepersonell om livsstil kan oppleves vanskelig (5).

Mange har sågar dårlige opplevelser fra helsevesenet. For eksempel rapporterer personer med overvektsproblematikk at helsepersonell møter dem med dømmende holdninger og avvísning (6, 7). Siden temaet kan være av såpass privat karakter vil det være viktig med kontinuitet i oppfølgingen.

For helsepersonell er det også utfordrende å ta opp temaet. En studie viser at pasienter forventer samtale om overvekt, men at fastlegene ofte unnviker å ta opp dette temaet (8). Det kan også være lettere å stille de vanskelige spørsmålene når man har en relasjon til pasienten. Tillit i denne sammenhengen handler derfor om kontinuitet i oppfølgingen, i tillegg til tid og tilgjengelighet (4).

Å vise empati, respekt, være lyttende og medfølende er kvaliteter som gjør at pasienter føler mindre skam for å dele privat informasjon, og slike holdninger tar bort frykten for å bli dømt (2). En studie fra en sykepleieleddet livsstilsklinikk i Sverige viste at å føle seg møtt som et likeverdig menneske var avgjørende for hvordan pasientene klarte å ta tak i utfordringene sine (9). Helsepersonellens væremåte og forståelse har vist seg ofte som avgjørende for hvorvidt pasientene er motiverte til livsstilsendring. Det første møtet, som i dette tilfellet er primærlegen, er avgjørende for om pasienten blir motivert til å legge om livsstilen (7).

HVILKE BEHOV HAR PASIENTENE?

I veiledning av pasienter som skal endre livsstil, er det særlig tre faktorer som bør vies ekstra oppmerksomhet; pasientens motivasjon, mestringstillit og kunnskap om hvordan man går frem for å få til en varig livsstilsendring.

En sentral oppgave for sykepleieren vil være å kartlegge og bidra til å øke pasienters motivasjon gjennom pedagogiske veiledningsteknikker som for eksempel motiverende intervju (MI), som er en evidensbasert samtaleform, velegnet i veiledning av pasienter som skal endre livsstil (10). I tillegg til tilstrekkelig motivasjon, må pasienten ha tro på å kunne lykkes. For eksempel må en pasient med diabetes som skal gå ned i vekt, tro på at han vil mestre de

endringer som skal til for å klare det.

En slik forventning om å kunne gjennomføre en spesifikk atferd kalles mestringstillit eller mestringstro (self-efficacy) (11). Hvis pasienten har liten tro på å klare å gjennomføre endringen, er sjansene store for at vedkommende heller ikke vil prøve. Gjennom samtaleteknikker som motiverende intervju (12) kan helsepersonellet hjelpe pasienten med å utforske motivasjon for endring og støtte han eller henne i troen på mestring.

Vilje og motivasjon til å gjøre valg som er helsefremmende, er imidlertid ikke tilstrekkelig. Når pasienter for eksempel ikke slutter å røyke, er det sjelden fordi de ikke vet at det er helseskadelig å røyke. Det kan handle om at de ikke vet hvordan de skal gå frem for å endre på denne helseatferden eller en generell følelse av avmakt overfor egen helse (13).

Det er store variasjoner i pasienters evner til å bruke helseinformasjon. Noen pasienter forholder seg i liten grad til helseinformasjon, mens andre gjør systematisk og kritisk gjennomgang av helseinformasjon og benytter det de lærer til å ta ansvar for sin egen helse (14). Denne typen

«En studie viser at pasienter forventer samtale om overvekt, men at fastlegene ofte unnviker å ta opp dette temaet.»

ferdigheter som individet trenger for å skaffe seg tilgang til og forstå og bruke informasjon til å fremme sin helse, kalles for helsefremmende allmenndannelse (health literacy) (15).

Studier viser at pasienter med lav helsefremmende allmenndannelse ofte får dårligere behandling i helsevesenet og er oftere gjengangere i helsevesenet. Dette kan ha sammenheng med manglende evne til å uttrykke seg faglig om sitt problem (16–18) og manglende forståelse for hva legen formidler (19). Disse pasientene får problemer med å følge råd og behandlingsregimer og har gjerne utfordringer med å navigere i helsetjenestesystemet (17).

For å tilrettelegge for en helsefremmende dialog tilpasset den enkeltes behov, må helseinformasjon derfor være individuelt skreddersydd (13). Dette krever at helsepersonellet har god kjennskap til pasientens helsefremmende allmenndannelse. Studier viser ingen forskjell på hvem som følger opp disse pasientene (sykepleier, lege eller psykolog), men helsepersonellet må ha tid til en grundig gjennomgang med pasienten, slik at de forstår hverandre (13). Intervensjonen må pågå over en viss tid og være bygd på en god relasjon preget av partnerskap og tillit.

BEDRE TILBUD?

Fastlegen er ofte den første som møter pasientene som står i fare for å utvikle livsstilssykdommer. Legene har

lite tid til livsstilsveiledning innenfor sine korte konsultasjoner. Slik situasjonen er i dag, får de utsatte pasientene mangelfull oppfølging (2).

Forskning har vist at overvektige pasienter med livsstilsutfordringer, opplevde at fastlegen viste utilstrekkelig engasjement og overlot ansvaret for informasjon om tilgjengelige behandlinger og tilbud til pasientene selv. De opplevde konsultasjonene som forhastede og preget av medisinsk informasjon de ikke kunne forstå, og mange var tilbakeholdne med å dele informasjon av privat karakter (8).

Det er imidlertid viktig å påpeke at mange leger gjør en svært viktig jobb i veiledning av disse pasientene. De har gjerne kjent pasienten i mange år og har god innsikt i det totale bildet til pasienten. Tidsrammene er imidlertid ikke tilpasset pasientenes behov. Fastlegene rapporterer om en arbeidstid på i gjennomsnitt 46 timer i uken, og deres kapasitet er strukket (1).

Sammenliknet med andre OECD-land har Norge en høy allmennlegedekning, men legekantorene har færre med

annen helsefaglig utdanning. Slik systemet fungerer i dag, ser vi at fastlegene har begrensede muligheter til å drive primærføbyggende og helsefremmende veiledning, selv om de som førstehåndstjeneste har en unik mulighet til å fange opp risikopasientene. Med bakgrunn i dette er det relevant å se på alternative måter å organisere veiledning og oppfølgingen til disse pasientene. Kan en løsning være at sykepleierne overtar oppfølgingen av disse pasientene i fastlegekontorene gjennom primærhelseteam?

SYKEPLEIERE PÅ LEGEKANTORENE

Sykepleiere er godt kvalifiserte til å følge opp pasienter med livsstilsutfordringer. I spesialisthelsetjenestens poliklinikk kan pasientene få behandling av sykepleier, uten å møte lege. Vi ser ingen grunn til at dette ikke er mulig å overføre til primærhelsetjenesten. Pasientene vil møte kompetente sykepleiere som både kan ivareta den veiledende og rådgivende funksjonen som disse pasientene har behov for.

Land som USA, England og Nederland har en slik

FAGGRUPPENE



NSFs faggruppe for veiledere

Faggruppen for veiledere vil spre kunnskap om hva veiledning er. Sykepleiefaglig veiledning kan på sitt beste fungere både som en kompetansegivende virksomhet for den enkelte sykepleieren og som en del av en kvalitetsutvikling for praksis. Faggruppens visjon er «Kvalitet og kompetanse på individ- og organisasjonsnivå».

Det er mange definisjoner av veiledning, men erkjennelse og refleksjon over erfaringer fra praksis står sentralt. Målet er at den som søker veiledning, skal bli mer bevisst sin egen

væremåte, bli mer kjent med seg selv, endre refleksjonsgrunnlag og stadfeste eller endre praksis.

Veiledning er et godt redskap for å utvikle sykepleierens faglige, relasjonelle, etiske og kommunikative kompetanse. Vi arbeider for at alle sykepleiere skal få tilbud om faglig veiledning regelmessig gjennom yrkeskarrieren. Forskning viser at faglig veiledning kan forebygge utbrenthet, fremme jobbmotivasjon og øke etisk refleksjon.

Faggruppen har for tiden 182 medlemmer

fra hele landet og tre aktive lokalgrupper i Oslo/Akershus, Østfold og Trondheim. Det arbeides med å opprette et nettverk av aktive enkeltmedlemmer i landet for øvrig.

Som medlem av faggruppen kan du treffe andre veiledere, få inspirasjon og utveksle erfaring. Annethvert år avholdes det Landskonferanse, og årlig samles lokallagslederne til erfaringsutveksling.

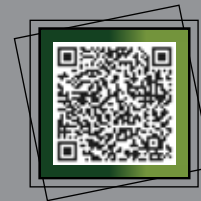
For mer informasjon, se nsf.no/faggrupper/veiledere. Du finner oss også på Facebook, søk på NSF's faggruppe for veiledere.



Sykepleien Forskning på facebook

Skann QR-koden og kom rett til sykepleien forskning på facebook.

Har du Iphone, kan du bruke telefonens kamera.



arbeidsfordeling. I Nederland har man for eksempel introdusert en slags allmennpraktiserende sykepleier som blant annet veileder om levevaner.

Studier viser til gode erfaringer med en slik arbeidsfordeling. De gjør vitale målinger og følger opp veiledning og rådgiving (20). En nederlandsk studie viser at pasientene var tilfredse med hvordan disse sykepleierne koordinerte omsorgen (21). I studien rapporterte pasientene som hadde konsultasjoner med sykepleiere, om tettere oppfølging og lengre konsultasjoner enn ved legekonsultasjoner. Studien viste også at sykepleierne ga mer informasjon, råd og konkret veiledning enn legene gjorde, og tok generelt bedre vare på pasientenes egenomsorg.

Flere studier viser god effekt av sykepleierledet oppfølging av pasienter som skal endre livsstil, på bakgrunn

«Pasienter som skal endre livsstil, har gjerne komplekse problemstillinger.»

av sykepleierens brede kompetansefelt (4, 22, 23). Pasienter som skal endre livsstil, har gjerne komplekse problemstillinger og ofte helsemessige utfordringer i tillegg til at de trenger å endre levevaner.

En svensk studie som omhandler oppfølging av pasienter på en kommunal livsstilsklinikk, viser at pasienter med livsstilsutfordringer føler seg godt ivaretatt av sykepleiere på grunn av den helhetlige kunnskapen de besitter. I tillegg til å bli møtt som likeverdige mennesker, kunne pasientene få råd og veiledning på alt fra medikamenter, fysisk aktivitet, kosthold og følelsesmessige utfordringer (9).

ØKT HELSEGEVINST

Slik vi forstår det, så foreligger ingen fastsatte rammer for hvordan et primærhelseteam skal fungere og hvilke oppgaver sykepleieren skal ta over. Tanken bak å sette i gang med teamet skal være å gi befolkningen et så tilgjengelig, enkelt og proaktivt tilbud som mulig. Vi ser for oss at pasienter som kommer til fastlegen og får avdekket utfordringer vedrørende livsstil, kan følges videre opp hos sykepleier. Oppfølgingen og veiledningen kan omhandle kosthold, fysisk aktivitet, drikke- og røykevaner samt samtaler rundt stressrelaterte problemstillinger.

Gjennom veiledende samtaleteknikker som støtter motivasjon og mestringstro, og gjennom å skreddersy informasjon og råd, vil pasienten kunne få en oppfølging som er mer rettet mot livsstilsendring. Den medisinske behandlingen ivaretas av fastlegen, mens måling av vitale parametere og veiledning kan sykepleieren utføre. Slik sett likner behandlingen en organisering som poliklinikker og kommunale diabetessykepleiere har i dag.

En slik organisering vil imidlertid ikke løse verken lege- eller sykepleiermangel. Det bør da heller ikke være intensjonen, men sammenliknet med leger, er det flere sykepleiere i primærhelsetjenesten. Sykepleierne har

grunnleggende kompetanse knyttet til helse, kosthold, vekt og fysisk aktivitet. Sykepleiere har gode forutsetninger for å ivareta veiledningen av disse pasientene, og slik sett vil det være rett profesjon på rett sted. Det vil kunne gi en bedre utnyttelse av helsekronene og være besparende for samfunnet.

Det viktigste med en slik organisering av primærhelsetjenesten er likevel at primærhelseteam kan bidra til bedre samhandling i de kommunale tjenestene rundt pasienter som har behov for å endre livsstil, og dermed øke helsegevinsten for pasientene. ●

REFERANSER

1. Meld. St. nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
2. Rocque R, Leanza Y. A systematic review of patients' experiences in communicating with primary care physicians: intercultural encounters and a balance between vulnerability and integrity. *PLoS One* 2015;10(10):e0139577.
3. Milio N. Promoting health through public policy. Ottawa: Canadian Public Health Assoc; 1986.
4. Evju AS, Klette GS, Kasén A, Bondas T. «Vi går inn i det private rommet til pasienten»; sykepleiers erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske poliklinikker. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2014;10(1):70–82.
5. Prescott P, Børtveit T. Helse og atferdsendring. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
6. Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Herbert D, Komesaroff PA. Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expectations*. 2008;11(4):321–330.
7. Borge L, Christiansen B, Fagermoen MS. Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien forskning*. 2012;1(7):14–22.
8. Malterud K, Ulriksen K. Obesity in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(4):205–10.
9. Nymberg P, Drevenhorn E. Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(2):349–55.
10. McKenzie KJ, Pierce D, Gunn JM. A systematic review of motivational interviewing in healthcare: the potential of motivational interviewing to address the lifestyle factors relevant to multimorbidity. *J Comorb*. 2015;5(1):162–74.
11. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
12. Miller W, Rollnick S. Meeting in the middle: motivational interviewing and self-determination theory. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;(9):25.
13. Wangberg SC, Evju AS, Høgbakk ML. Helsefremmende allmenndannelse («Health literacy») - en viktig ressurs. I: Kassah BL, Tingvoll W-A, Nordahl-Pedersen H, red. Forebyggende helsearbeid: sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
14. Beacom AM, Newman SJ. Communicating health information to disadvantaged populations. *Fam Community Health*. 2010;33(2):152–62.
15. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int*. 1998;13(4):349–64.
16. Ishikawa H, YE. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect*. 2008;11(2):113–22.
17. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97–107.
18. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2011;(199):1–941.
19. Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Educ Couns*. 2004;52(3):315–23.
20. Jansink RME, Braspenning JCC, Weijden GDEMvd, Elwyn G, Grol RPTM. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Fam Pract*. 2010;11:41.
21. Dierckx Van Daele ATM, Metsemakers JFM, Derckx EWCC, Spreuwenberg C, Vrijhoef HJM. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2009;65(2):391–401.
22. Carrington MJ, Zimmet P. Nurse health and lifestyle modification versus standard care in 40 to 70-year-old regional adults: study protocol of the Management to Optimise Diabetes and mEtabolic syndrome Risk reduction via Nurse-led intervention (MODERN) randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):813.
23. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GHM, Gorgels APM, van Ree JW. Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2011;67(8):1758.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



Sykepleien

Fag og forskning 2019

Slik bruker du mobilen for å finne artiklene på nett

Nå kan du enkelt bruke mobilens
kamera til å skanne QR-koder.



Bruk mobilkameraet
og plasser koden innenfor
de gule merkene.

Det dukker opp en lenke
øverst på skjermen.

Trykker du på denne,
kommer du direkte til
artikkelen, videoen eller
PDF-en på nett.

sykepleien.no

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



FEMTI AVHANDLINGER: Størsteparten av doktorgradsavhandlingene i sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo er relatert til pasient eller praksis. Illustrasjon: Oleg Tirunov / Mostphotos

FORFATTERE

Kari Toverud Jensen
Førsteamanuensis, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Unni Knutstad
Førsteamanuensis, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

NØKKELOD

- ▶ Sykepleievitenskap ▶ Sykepleieforskning
- ▶ Tekstanalyse ▶ Kvalitativ metode
- ▶ Vitenskapeliggjøring

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.75607

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Sykepleievitenskap er sammensatt og henter inspirasjon fra ulike tradisjoner. En vitenskapeliggjøring av sykepleie har medført mer sykepleieforskning og forskningskompetanse hos ansatte i utdanningen og helsetjenesten. Diskusjonen dreier seg om hvorvidt denne vitenskapeliggjøringen har endret sykepleie i teoretisk retning på bekostning av praksisnærhet.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke om kunnskapsutviklingen i sykepleieforskning er pasientrettet og praksisnær eller distansert fra praksis.

Metode: Studien har et kvalitativt design basert på tekstanalyse. Studien undersøker 50 doktorgradsavhandlingene i sykepleievitenskap som ble levert ved Universitetet i Oslo i tidsrommet 1996 til og med 2016. Studien omfatter avhandlingenes teoretiske og metodiske tilnærming og tematisk perspektiv.

Resultat: Studien viser en utvikling mot medisinsk og organisasjonsteoretisk tilnærming og en bevegelse bort fra humaniora. Størsteparten av doktorgradsavhandlingenes forskningsområde er relatert til pasient eller praksis. Monografi var omtrent enerådig som avhandlingsform frem til 2004 – siden har den vært i betydelig mindretall da artikkelbaserte avhandlingene har dominert. Kvalitativ metode dominerte frem til 2010. Etter det har avhandlingene oftere brukt mixed methods.

Konklusjon: Doktorgradsavhandlingene i sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo synes å representere et mangfold med hensyn til teoretisk innretning og metode. Sykepleieforskningen har beveget seg bort fra monografier, humanistiske tilnærminger og kvalitative metoder. Utviklingen har gått i retningen av organisasjonsteori, medisinske perspektiver, artikkelbaserte avhandlingene og mixed methods. Denne studien viser at sykepleieforskere er spesielt opptatte av pasienterfaringer og praksisfeltet, noe som indikerer at sykepleieforskningen er praksisnær.

Slik har sykepleieforskningen utviklet seg

Doktorgradsavhandlingene i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo har endret metoder, forfatterskap og teoretisk tilnærming de siste tjue årene. Er forskningen blitt mindre pasientrettet og pasientnær?

Sykepleie er historisk ansett som et praktisk yrke: handlingsrettet og pasientnært. Etter at universitetene inkluderte sykepleievitenskap på 1980-tallet, har det vært diskusjoner om fordeler og ulemper ved teoretisering av sykepleie. Vitenskapeliggjøringen har medført større omfang av sykepleieforskning og krav om forskningskompetanse hos ansatte innen utdanningen og helsetjenesten.

Argumentene for vitenskapeliggjøringen er blant annet at sykepleiere skal basere sine handlinger på forskning for å motvirke tilfeldig behandling av pasienter (1). Innvendingene ble rettet mot de vitenskapelige ambisjonene som mange hevder vender sykepleiere vekk fra praksis (2). Det hevdes at sykepleiekunnskap som er ment å være nyttig og praktisk, gradvis mister sin nærhet til feltet (5).

Sykepleiens kunnskapsgrunnlag har vært utsatt for kritikk og debatt. Det sentrale spørsmålet har vært hvilken kunnskap en sykepleier trenger for å utøve god sykepleie (3). Svaret er ikke entydig. Vitenskapeliggjøring av praktiske profesjonsfag er stadig debattert, mer presist om praktiske profesjonsfag har behov for vitenskapelig kunnskap (4–6). Er denne kritikken berettiget, eller føyer den seg inn i rekken av dem som oppfatter sykepleie som et yrke der praksis er det viktigste (7)?

Tidligere forskning

I Sverige og Danmark har de studert empirisk hvordan sykepleievitenskapen har utviklet seg (8, 9). Heymans (8) doktorgradsavhandling fra 1995 er en omfattende vitenskapelig undersøkelse av

sykepleieforskningens fremvekst i Sverige mellom 1974 og 1991. Heyman fant forskjellige avhandlingstyper, hvor særlig to vitenskapstradisjoner var tydelige: medisinsk og samfunnsvitenskapelig.

De fleste avhandlingene ble skrevet ut fra en medisinsk logikk, var artikkelbaserte og hadde eksperimentliknende design med intervensjonsgrupper og kontrollgrupper. Andre avhandlingene var av samfunnsvitenskapelig karakter

«Sykepleieforskning i Norden ser ut til å ha et klinisk og pasientnært perspektiv.»

med mer begrenset datagrunnlag som ble analysert kvalitativt. Temaene var relatert til samfunnsmessige fenomener eller tolkning av begreper. De fleste avhandlingene var monografier.

Petersens (9) studie av doktorgradsavhandlingene skrevet av sykepleiere i Danmark har liknende teoretisk og empirisk vinkling som Heyman. Resultatene fra begge studiene viser heterogenitet i teoretiske forutsetninger, metodologiske begrunnelser og struktur på avhandlingene de undersøkte. Ulike vitenskapelige logikker var virksomme.

I tillegg til de medisinske og samfunnsvitenskapelige tilnærmingene viser Petersens studie filosofiske avhandlingene hvor de humanistiske vitenskapsidealer lå til grunn. Empiriske studier av sykepleieres avhandlingene viser altså heterogenitet i vitenskapsfilosofisk tilnærming. Både positivistiske, fortolkende og kritiske tilnærminger var representert.

En studie av Lundgren og medarbeidere (10) der de undersøkte nordiske doktorgradsarbeidere i sykepleie- og omsorgsvitenskap i 2003, viser at kunnskap om pasientene dominerer. Av 26 arbeidere var 18 orientert mot pasientkunnskap, 2 mot interaksjoner mellom sykepleiere og pasienter og 2 mot omgivelsene rundt pasienten.

Pasienten har dominert i forskningen

Både Heyman (8), Petersen (9) og Lundgren og medarbeidere (10) peker på sykepleievitenskap som sammensatt. I studiene er det hovedsakelig ulike syn på vitenskap, metode og teoretisk grunnlag som fremkommer. Forskning på pasienten har dominert tematisk sett. Studiene peker ut et sykepleiefag hvor den medisinske logikken er tydelig, men som også kan ses som tverrfaglig, med innslag av for eksempel psykologi, pedagogikk og sosiologi.

De fleste avhandlingene var individrettet, noe som uttrykker at forskning i sykepleie er mer individrettet enn samfunnsrettet. Dermed kan vi si at sykepleieforskning i Norden ser ut til å ha et klinisk og pasientnært perspektiv.

Mastergrader og sykepleiens kliniske kontekst

Andre har analysert sykepleieforskning på et lavere utdanningsnivå, deriblant Hellesø og Fagermoen (11). De analyserte masteroppgaver i sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo, som var produsert fra 1987 til 2015. I analysene er de inspirert av Kims domenetenkning. Masteroppgavene var konsentrert rundt hovedtemaene praksisstudier og

pasientstudier, det vil si sykepleiens kliniske kontekst.

I mindre grad tematiserte oppgavene sykepleierutdanning og administrasjon og ledelse. Praksisstudiene omfattet i hovedsak studier av sykepleieres overveielser rundt egen praksis. Pasientstudiene var relatert til pasienters erfaringer om utfordringer ved det å være syk eller mottaker av omsorg.

For å forstå vitenskapeliggjøringen av sykepleie er doktorgradsavhandlinger studert i våre naboland. Vi mangler denne typen empiriske studier i Norge.

Hensikt med studien

Hensikten med denne studien var å undersøke om kunnskapsutviklingen i sykepleieforskning har vært pasientrettet og praksisnær eller distansert fra praksis og kun rettet mot vitenskapelig interesse. Studien vår undersøker norske doktorgradsavhandlinger i sykepleievitenskap gjennomført ved Universitetet i Oslo (UiO) i tidsrommet 1996 til og med 2016. Vi undersøkte teoretisk og metodisk tilnærming samt tematisk perspektiv.

Vi ønsket også å belyse hvordan sykepleieforskningen har utviklet seg i norsk sammenheng for å se om den har utviklet seg i samme retning som Sverige og Danmark, eller om sykepleieforskningen i Norge er annerledes.

Våre forskningsspørsmål for denne studien er som følger:

- Hvilke teoretiske tilnærminger anvender sykepleieforskere?
- Hva er forskningens tematikk, og hvilke vitenskapelige metoder benytter sykepleieforskere seg av?
- Belyser sykepleieforskningen praksisrelevante problemstillinger?

METODE

Forskningsspørsmålene kan studeres på ulike måter. I studien vår valgte vi å studere dem gjennom doktorgrader som er avlagt i sykepleievitenskap ved UiO. Vi analyserte til sammen 50 doktorgrader. Studien har et kvalitativt design basert på tekstanalyse. Koding av tekstene er inspirert av Braun og Clarkes (12) tematiske analyse.

Vi har analysert avhandlingene deduktivt. I første fase leste vi gjennom sammendrag og deretter deler av

avhandlingene. I andre fase benyttet vi oss av Heymans (8, s. 62) inndeling av teoretiske perspektiver: humaniora, organisasjonsteori, samfunnsvitenskap, psykologi, pedagogikk og medisin. I studien vår har vi analysert doktorgradsavhandlinger i sykepleievitenskap. Når vi likevel konstruerer sykepleievitenskap som en egen kategori, er det fordi noen avhandlingene anvender sykepleieteori.

Kims fire domener

Kim (13) beskriver fire domener som sykepleieforskning kan deles inn i: pasient-

«Fra 2011 har organisasjonsteoretisk tilnærming hatt en økning.»

domene, pasient-sykepleier-domene (interaksjonsdomene), praksisdomene og omgivelsesdomene. Pasientdomene refererer direkte til pasienten som mottaker av sykepleie. Pasient-sykepleier-domene refererer til interaksjonen, relatert til kontakt og kommunikasjon, i møtet mellom pasienten og sykepleieren.

Praksisdomene er relatert til hva sykepleierne gjør gjennom prosesser, handling og behandling. Omgivelsesdomene henviser til omgivelsen rundt pasienten og strukturerer sammenhengen der sykepleie finner sted. I fase fire gjennomgikk vi datamaterialet gjentatte ganger og diskuterte i fellesskap for å kunne plassere avhandlingene innenfor de ulike teoretiske tilnærmingene og tematikkene.

Domeneene er ikke gjensidig utelukkende kategorier, og avhandlingene kan omfatte flere kategorier. For eksempel kan kommunikasjon forstås som interaksjon mellom pasienten og sykepleieren, men det kan også kategoriseres som behandling, og da som praksisdomene. Der relasjonen er studert, har vi plassert avhandlingene i interaksjonsdomenet. Der kommunikasjon er en intervensjon, har vi plassert avhandlingene i praksisdomenet.

Kategorisering av avhandlingene

Noen avhandlingene kunne vært plassert i flere teoretiske perspektiver; det

dreier seg i hovedsak om de avhandlingene som har et humanistisk perspektiv, men samtidig benytter seg av for eksempel Kims teoretiske innfallsvinkel. Disse avhandlingene har vi plassert innenfor sykepleievitenskap.

Avhandlingene som omhandler livskvalitet, kunne ha blitt plassert innenfor sykepleievitenskap fordi begrepet er sentralt innen sykepleie. Men når de handler om instrumentvurderinger og målinger av livskvalitet, har vi valgt å plassere dem innenfor medisinsk tilnærming.

Datakilder ble hentet gjennom åpen internettilgang og utlån fra bibliotek. I kategoriseringen av de ulike teoretiske tilnærmingene tok vi valg i tråd med Larsen og Adamsens (14) inndeling av sykepleieforskningen. I de fleste avhandlingene er det teoretiske perspektivet eksplisitt, mens i noen av avhandlingene benyttes det flere perspektiver.

Den siste typen avhandling er klinisk rettet uten et klart teoretisk perspektiv. Imidlertid har de en metodisk tilnærming som knyttes tett til medisinske forskningsidealer. Disse avhandlingene plasserte vi derfor i et medisinsk perspektiv.

Avhandlingenes form og medforfatterskap

I tillegg har vi sett på medforfatterskap og formen på avhandlingene. Videre kategoriserte vi avhandlingenes bruk av metoder i tre kategorier: kvalitativ, kvantitativ og *mixed methods*. Vi har inkludert to avhandlingene med *mixed methods*, hvor *literature review* er kategorisert som kvalitativ metode. Begrunnelsen for denne kategoriseringen er at *reviewene* ikke er metaanalyser, men avklaringer av begreper benyttet i måleinstrumenter.

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (prosjektnummer 43577).

RESULTATER

For å besvare forskningsspørsmålene har vi delt inn funnene i avhandlingenes teoretiske tilnærming, avhandlingenes forskningsområder og metode.

Teoretisk tilnærming

Studien viser en utvikling i retning mot medisinsk og organisasjonsteoretisk tilnærming og en bevegelse bort fra

humaniora (tabell 1). I perioden 1996 til 2005 utgjorde humaniora 6 av 16 avlagte doktorgrader, mens i perioden 2006 til 2016 var det kun 3 av 34 avhandlinger som baserte seg på humaniora.

Et eksempel på humanistisk tilnærming i den siste perioden er Ødbehrs (15) avhandling, som benytter teorier om åndelighet og religiøsitet. Ser vi på medisinsk tilnærming, hadde ingen avhandlinger denne tilnærmingen i den tidligste perioden, mens 5 av 24 avhandlinger hadde denne tilnærmingen i siste periode. Et eksempel på medisinsk tilnærming er Fagernes' (16) avhandling om infeksjonsrisiko knyttet til bruk av fingerringe.

Fra 2011 har organisasjonsteoretisk tilnærming hatt en økning. Denne tilnærmingen dreier seg blant annet om interprofesjonelt samarbeid (17) og dokumentasjon i organisasjoner (18).

Den samfunnsvitenskapelige tilnærmingen har vært liten, men stabil. Utvider vi den samfunnsvitenskapelige tilnærmingen til å også omfatte organisasjon, psykologi og pedagogikk, ser vi den samme stabiliteten. Et eksempel på samfunnsvitenskapelig tilnærming ser vi hos Knutsen (19), som har studert maktbruk på overvektige pasienter i lys av Foucaults teori.

Vi har plassert kun avhandlinger som benytter sykepleieteori, under sykepleievitenskap, som for eksempel Haanes' (20) avhandling, som benytter Dorothea Orems egenomsorgsteori, og Kvignes (21) avhandling, som anvender Kari Martinsens og Patricia Benners teorier. Perioden fra 2006 til 2010 har flest avhandlinger med sykepleieteoretisk tilnærming, sett i forhold til antallet avhandlinger gjennomført i samme periode (5 av 10).

Avhandlingenes forskningsområder

Størsteparten av doktorgradsavhandlingene har tema innen praksisdomenet (tabell 2), som utgjør til sammen 23 av avhandlingene. Praksisdomener omfatter blant annet studier av sykepleiernes utøvelse, interprofesjonelt samarbeid samt dokumentasjon og etiske problemstillinger knyttet til utøvelsen av sykepleie.

Et eksempel er Wøiens (23) studie om smertelindring og sedasjonspraksis ved 54 norske intensivavdelinger. Leger og sykepleiere karakteriserte praksisen som

Tabell 1. Teoretisk tilnærming i doktorgradsavhandlinger

År (antall avhandlinger)	Humaniora	Organisasjon	Samfunnsvitenskap	Psykologi	Pedagogikk	Medisin	Sykepleievitenskap
1996–2000 (3)	1	–	–	1	1	–	–
2001–2005 (13)	5	2	3	1	–	–	2
2006–2010 (10)	1	–	1	–	1	2	5
2011–2016 (24)	2	6	2	1	3	5	5

Tabell 2. Doktorgradsavhandlingens utvikling fra 1996 til og med 2016

År	Ph.d. antall	Avhandlingens form		Medforfatterens profesjon			Metode			Kims domener			
		Monografi	Artikkelbasert	Sykepleier	Lege	Annen	Kvalitativ	Kvantitativ	Mixed methods	Pasientdomene	Praksisdomene	Interaksjonsdomene	Omgivelsesdomene
1996–2000	3	2	1	1	0	0	3	0	0	0	3	0	0
2001–2005	13	8	5	5	2	0	8	1	4	5	4	0	4
2006–2010	10	3	7	7	1	0	7	2	1	4	3	1	2
2011–2016	24	2	22	22	11	9	9	4	11	6	13	2	3
Totalt	50	15	35	35	14	9	27	7	16	15	23	3	9

Tabellen oppsummerer avhandlingens form, metode, medforfatterskap og kategorisering etter Kims teoretiske typologi av sykepleieforskning ved Universitetet i Oslo.

uorganisert. Vurdering av smerte, ubehag og forvirring var ikke rutine.

Femten av avhandlingene er innenfor pasientdomenet. Pasientgruppen som studeres, er spesielt konsentrert rundt eldre, mor og barn i barsel, pasienter med hjerneslag og langtidssyke.

Et eksempel er Martinsens (22) studie av pasienter i arbeidsfør alder med hjerneslag og deres psykososiale utfordringer. Pasientene strevde med å få tilgang til relevante helse- og omsorgstjenester. Oppfølgingen ble beskrevet som tilfeldig og lite tilpasset behovene til denne yngre gruppen hjerneslagrammede.

Ni avhandlinger faller innenfor omgivelsesdomenet, som blant annet omfatter helsepersonells kompetanse, smitterisiko, kvalitet og kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Et eksempel er Hauges (25) studie av sykehjemmet som et hjem, der hun blant annet undersøkte hvordan fellesrommene er benyttet og organisert. Studien avdekket uklare grenser mellom det private og det offentlige på sykehjem.

Kun tre av avhandlingene kategoriseres innenfor interaksjonsdomenet, som omfatter e-postkommunikasjon mellom

pasienter og helsepersonell samt samarbeid rettet mot brukermedvirkning og makt.

Fegran (24) belyser domenet ved å studere ansvar og relasjoner mellom foreldre og sykepleiere på en nyfødtavdeling. Hun studerte også hvordan samarbeidet mellom foreldre og sykepleiere utviklet seg i løpet av barnets innleggelse. Studien antyder at sykepleiernes relasjon med far har en viktig betydning for både mor, far og barn.

Det ser ut til at utviklingen av avhandlingenes tematikk tenderer mot mer oppmerksomhet rundt praksisdomenet, som for eksempel temaer knyttet til hva sykepleiere gjør.

Form, metode og medforfatterskap

Monografi var i klart flertall som avhandlingsform frem til 2004, men siden har den vært i betydelig mindretall, da artikkelbaserte avhandlinger med en sammenstillende diskusjon (kappe) har dominert. Kun to av avhandlingene de siste fem årene har vært skrevet som monografier (tabell 2).

Vi ser en tilsvarende utvikling i bruken

av metode, der kvalitativ metode dominerer som forskningsmetode frem til 2010. Etter 2010 har flere av avhandlingene brukt *mixed methods*. Få doktorgradsavhandlinger har vært basert kun på kvantitativ metode.

Bidrag fra andre profesjoner og særlig fra leger, både som medveiledere og medforfattere, har utviklet seg gjennom de tjue årene som UiO har utdannet sine doktogradskandidater i sykepleievitenskap. Den første femårsperioden var det kun tre avhandlinger som ble avlagt, der en var artikkelbasert. Ingen leger var medforfattere på denne avhandlingen.

Til sammenlikning var leger og personer fra andre profesjoner medforfattere på rundt halvparten av avhandlingene i den siste perioden, 2011 til 2016. Hvis vi ser på hvilke typer studier legene har vært medforfatter eller veileder av, er studiene i stor grad basert på *mixed methods* eller kvantitative metoder.

Forskningen foregår ofte på sykehus, og problemstillingene inneholder medisinsk diagnose, etterbehandling eller det interprofesjonelle samarbeidet der leger er inkludert. Et eksempel er Lies (29) avhandling om pasienter etter hjerteoperasjon, deres symptomer og symptomhåndtering. Dette var en intervensjonsstudie. Avhandlingen består av blant annet fire artikler der både hovedveilederen, som er sykepleieviter, og medveilederen, som er lege, er medforfattere.

Til sammenlikning har ansatte ved UiO, Avdeling/Institutt for sykepleievitenskap, vært medforfattere på samtlige avhandlinger som har vært artikkelbaserte, i kraft av posisjonen som hovedveileder. Alle de sju avhandlingene som anvender kvantitativ metode, som vi inkluderte i studien vår, er artikkelbaserte. Leger er medforfattere på flere av dem.

DISKUSJON

I perioden 1996 til 2016 ser vi en utvikling av doktorgradsavhandlinger i sykepleievitenskap ved UiO. De har beveget seg i teoretisk tilnærming fra humaniora til organisasjonsteoretisk og medisinsk tilnærming. Likeledes ser vi en utvikling i formen fra monografi til artikkelbaserte avhandlinger. Den metodiske utviklingen endres fra å ha hovedvekten på kvalitativ

metode til å økende grad å ta i bruk *mixed methods*.

Vi ser også en økende tendens til at personer fra andre profesjoner, spesielt leger, er medforfattere på artikler. Avhandlingenes temaer dreier seg for det meste om sykepleiepraksis og pasientenes opplevelser og erfaringer. Sykepleie-

«Avhandlingenes temaer dreier seg for det meste om sykepleiepraksis og pasientenes opplevelser og erfaringer.»

forskere utfører i hovedsak klinisk empirisk forskning i samarbeid med andre profesjoner.

Sykepleieforskningen er klinisk fremfor teoretisk basert

Vår studie viser at sykepleieforskere er opptatte av de store pasientgruppene, som eldre og langtidssyke. De er opptatte av praksisfeltet, som hjemmetjenesten, sykehjem og sykehus. Ser man på pasientgruppene og tjenesteområdene som blir studert, synes det å være lite dokumentasjon på at sykepleieforskning er distansert fra praksis.

Studien indikerer at sykepleieforskningen er praksisnær. Spørsmålet er om den heller er distansert fra teorien. Larsen og Adamsen (14) viste i sin studie at nordisk sykepleieforskning kan forstås i lys av tre posisjoner; en klinisk og anvendt orientert posisjon, en profesjons- og kunnskapsorientert posisjon og en posisjon relatert til teori- og begrepsutvikling i sykepleie.

Doktorgradsavhandlingene i studien vår viser i liten grad til posisjonen teori og begrepsutvikling. Det kan likevel synes som at det er en sammenheng mellom studier gjort i Danmark (9), Sverige (8, 10) og Norge uavhengig av tidsperioden. I de avhandlingene vi studerte, kan det ser ut til at sykepleieforskningen har utviklet seg i retning av klinisk forskning og medisinske forskningsidealer.

Malterud (30, s. 185) hevder at den medisinske fagkulturen har en oppfatning av teori som en «akkumulert masse av kunnskap». Det kan vi tolke som

at sykepleieforskning er påvirket av den medisinske forståelsen av teori. Det er også en tendens til en økning av organisasjonsteoretisk tilnærming. Dette kan forstås i klinisk retning, siden medisinske og organisatoriske perspektiver synes å ha stor plass i praksisfeltet.

Et spørsmål kan reises om kunnskapsutviklingen har til hensikt å forstå og forklare praksis og pasientene fremfor å utvikle nye teorier og begreper som er spesifikke for sykepleievitenskapen. Studien vår viser, i likhet med Heymans (8) og Pettersens (9) studie, den samme variasjonen i teoretisk tilnærming og metode.

Ved at sykepleiere forsker i team sammen med medisinerer, kan vi anta at den tidligere uttalte distansen til medisin er i ferd med å endre seg. Dermed kan man også stille spørsmål om sykepleievitenskap som sådan ikke lenger står i «opposisjon» til medisin. Der sykepleieforskning tidligere gikk i retning mot humaniora og særlig mot filosofi, ser vi nå tydeligere innslag av medisinske forskningsidealer og organisasjonsteori.

Det er interessant at opposisjonen til medisin, slik vi har sett det gjennom historien, synes å avta. Kari Martinsen (2) tok et radikalt oppgjør mot reduksjonisme og behandlingssamfunnet som ikke tok seg av de svakeste pasientene. Vår studie indikerer at sykepleieforskere sjelden engasjerer seg i denne kritiske debatten. Individperspektivet er fremdeles fremtredende, mens samfunnspektivet sjeldnere trekkes inn.

Medisinske forskningsidealer?

Studien vår viser at både doktorgradsavhandlingenes form og metode har endret seg, fra kvalitativ metode og monografi til *mixed methods* og artikkelbaserte avhandlinger. Denne endringen ser ut til å gjelde for mange fag. Dessuten er avhandlingene ofte skrevet sammen med personer med andre profesjoner. I perioden frem til 2004 var doktorgradsprogrammet i sykepleievitenskap tilknyttet det samfunnsvitenskapelige fakultetet ved UiO.

Fra 2004 ble instituttet innlemmet i det medisinske fakultetet. Denne endringen kan være en forklaring på den økende medisinske innflytelsen over

avhandlingens form og metode. Av eks-terne faktorer av betydning for sykepleie-forskningens utvikling kan vi nevne Forskningsrådets evaluering av medi-sinsk og helsefaglig forskning. Evaluerin-gen konkluderer med at «the Norwegian society [...] has a great need for eviden-ce-based practices in the nursing area» (31, s. 15).

Spørsmål som kan stilles, er hvorvidt disse faktorene har betydning for syke-pleie som fag, utdanning og profesjon. Blir sykepleiefaget tydeligere, eller blir syke-pleie en del av en større helseprofesjon, der medisinsk kunnskap og forsknings-ideal har forrang? Sykepleiefaget har tradisjonelt to røtter, en humanistisk og en medisinsk (32).

Hvis sykepleiefaget utvikler seg bort fra det humanistiske perspektivet, kan en vesentlig del av kunnskapsgrunlaget bli utydelig. De relasjonelle aspektene synes å være lite vektlagt. Kun tre avhand-linger har interaksjonen mellom pasien-ter og sykepleiere som hovedtematik.

Monografi som form har vært fre-trukket innenfor humaniora. Noen av ar-gumentene for denne formen har vært at kandidaten skal vise selvstendighet, dyb-de og grundighet i analysene. Kandidaten er eneforfatter på en monografi. På den annen side er artikkelformen et kortfor-mat som egner seg bedre til å spre kunns-kap raskt. Kandidaten inngår ofte i et flerforfatterskap.

Begrensninger i studien

Denne studien har kun studert avhand-linger som var avlagt ved et institutt ved UiO og omfatter derfor ikke den to-tale mengden avhandlinger som er av-lagt av sykepleiere. Antall avhandlinger i første periode er få. Det er et begren-set datagrunnlag for å forstå utviklin-gen helt tilbake til 1996. Kims (13) teo-retiske kategorier er benyttet, og bruken av standardiserte kategorier kan ha re-duisert forskjellene og variasjonene i datamaterialet.

KONKLUSJON

Sykepleieforskningen ved Avdeling for sykepleievitenskap (tidligere Institutt for sykepleievitenskap) ved Universi-tet i Oslo synes å representere hetero-genitet i teoretisk innretning og metode.

I den siste perioden ser vi en dreining mot organisasjonsteori og medisinske perspektiver.

Tematisk er sykepleieforskere opptat-te av pasienterfaringer og organisering av sykepleieutøvelsen, men mindre opptat-te av interaksjonen mellom pasientene og sykepleierne. Slik sett er kritikken av sykepleieforskningens distanse til prak-sis lite berettiget. Den pasientgruppen som fikk størst oppmerksomhet, var de eldre og langtidsyke, som er i tråd med samfunnets behov.

I et tjuetårsperspektiv er det interes-sant å se at avhandlingene i sykepleie-vitenskap som var avlagt ved UiO, har beveget seg bort fra monografier, huma-nistiske tilnærminger og bruk av kun kva-litative metoder. Avhandlingenes form har utviklet seg til hovedsakelig å bli ar-tikkelbaserte med flerfaglig forfatter-skap. ●

REFERANSER

- Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV og Reinart M. Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Oslo: Akribe; 2012.
- Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
- Alligood MR. Nursing theory: utilization & application. 5. utg. Maryland Heights (MO): Mosby-Elsevier; 2014.
- Smeby JC. Academic drift in vocational education? I: Smeby JC, Sutphen M, red. From vocational to professional education: educating for social welfare. London: Routledge Research in Higher Education; 2014, s. 7–25.
- Gillett K. A critical discourse analysis of British national newspaper representations of the academic level of nurse education: too clever for our own good? Nurs Inq. 2012;19(4): 297–307. DOI: 10.1111/j.1440-1800.2011.00564.x
- Laiho A. Academicisation of nursing education in the Nordic Countries. High Educ. 2010;60(6):641–56. DOI: 10.1007/s10734-010-9321-y
- Karseth B. Hva er gyldig kunnskap i sykepleierutdanningen? Noen kunnskapsmessige og didaktiske kommentarer I: Christiansen B, Heggen K, Karseth B. Klinikk og akademia – reformer, rammer og roller i sykepleierutdanningen. Oslo: Universitetsforlaget; 2004, s. 105–19.
- Heyman I. Gänge hatt till ... omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige – sjuksköterskors avhandlingar 1974–1991. Göteborg: Diadalos; 1995.
- Petersen KA. Sygeplejevidenskab – myte eller virkelighed? Om gene-se og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark. (Akademisk avhandling.) Aarhus: Aarhus univer-sitet, Det sundhedsvidenskabelige fakultet i samarbejd med Danmarks Sygeplejerskehøjskole; 1997.
- Lundgren SM, Valmari G, Skott C. The nature of nursing research: dissertations in the Nordic countries, 2003. Scand J Caring Sci. 2009;23(2):402–16. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00631.x
- Helleås R, Fagermoen MS. The contribution of research-based master's theses to knowledge building in nursing. J Nurs Educ Pract. 2016;8(11):35–42.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101.
- Kim HS. The nature of theoretical thinking in nursing. 3. utg. New York: Springer Publishing Company; 2010.
- Larsen K, Adamsen L. Emergence of Nordic nursing research: no po-sition is an island. Scand J Caring Sci. 2009;23(4):757–66.
- Ødbeh L.S. Spiritual care in dementia nursing – A qualitative, ex-ploratory study. (Ph.d.-avhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2015.
- Fagernes M. Mellom vilje og viten: en studie om smitterisiko, atferd og holdninger knyttet til bruk av fingerringer blant helsearbeidere. (Ph.d.-avhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2011.
- Solberg MT. Interprofessional collaboration in management of

ventilated premature and sick newborns: perspectives on ventilator treatment practices. (Ph.d.-avhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2015.

- Børmark SR. Interdisciplinary Documentation of Health Care in The Electronic Health Record (EHR): Exploring Information Flow and Over-lap. (Ph.d.-avhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2014.
- Knutsen IR. Striving towards normality: power and empowerment in treatment of patients diagnosed as morbidly obese. (Ph.d.-avhand-ling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2012.
- Haanes GG. Hearing, vision, and lighting conditions among older re-cipients of home care. (Ph.d.-avhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2016.
- Kvigne K. «Når kvinner rammes av hjerneslag»: en fenomenologisk og feministisk studie av kvinnelige slagpasienter og av sykepleieres erfaringer med slagrammede. (Dr.philos.-avhandling.) Oslo: Univer-sitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2004.
- Martinsen R. Work-aged stroke survivors' psychosocial challenges and follow-up needs. A qualitative exploratory study. (Ph.d.-avhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2014.
- Wøien H. The significance of a systematic approach in intensive care pain treatment and sedation: a descriptive and explorative study of nurses' and physicians' practice in the assessment of mechani-cally ventilated intensive care patients' analgesic and sedative needs. (Ph.d.-avhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2013.
- Fegran L. Parents and nurses in a Neonatal Intensive Care Unit – The development of a mutual beneficial partnership in the care of the infant. (Dr.philos.-avhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2009.
- Hauge S. Jo mere vi er sammen jo gladere vi blir? – ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. (Dr.polit.-avhandling.) Oslo: Univer-sitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag; 2004.
- Nortvedt P. Sensitive judgement – Nursing, moral, philosophy and an ethics of care. (Dr.polit.-avhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet; 1996.
- Slettebø Å. Strebing mot pasientens beste. En empirisk studie om etisk vanskelige situasjoner i sykepleiepraksis ved tre norske sykehjem. (Doktorgradsavhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet; 2003.
- Glavin K. Women with postpartum depression – an early identification and intervention study. (Ph.d.-avhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet; 2010.
- Lie I. Implementation of a home-based psychoeducative intervention in the early rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery. A randomised controlled trial focusing on anxiety, depression and health quality of life. (Ph.d.-avhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet; 2010.
- Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
- The Research Council of Norway. Public health and health-related research. Panel 5. Oslo: The Research Council of Norway; 2011
- Moseng OG. Sykepleierne. I: Slagstad R, Messel J, red. Profesjonshis-torier. Oslo: Pax forlag; 2014.



– I vår studie viser vi hva sykepleierne gjør

Sykepleiere forsker mest på pasienter og praksis, har Kari Toverud Jensen funnet ut i sin forskning. – Det er faktisk viktig at vi forsker på det vi driver med, sier hun.

Tekst **Kari Anne Dolonen** • Foto **Stig M. Weston**

Det var da hun fikk forespørsel om å holde et 30 minutters foredrag om forskningens implementering i praksis, at frøet ble sådd: Kari Toverud Jensen ville finne ut hva det er sykepleiere forsker på. Resultatet har endt opp i flere forskningsartikler, og en av dem er publisert i *Sykepleien Forskning*.

FRA REKTOR TIL FORSKER

Kari Toverud Jensen har en bred karriere bak seg. Hun er sykepleier, men tok sin doktorgrad i pedagogikk i 2006. Hun har vært både dekan på Høgskolen i Oslo og rektor på Høgskolen i Oslo og Akershus, nå Oslomet. Etter at hun forlot rektorstolen, har hun jobbet som førsteamanuensis ved Oslomet. Nå er det forskning og veiledning av mastergradsstudenter i klinisk sykepleieforskning og fagutvikling som gjelder.

– Som leder og rektor fløyt jeg litt på overflaten. Jeg hadde lyst til å kunne gå i dybden på temaer som interesserer meg, sier Jensen.

FORSKNINGSFUNN

Da hun ville finne ut hva sykepleiere forsket på, fikk hun med kollega Unni Knutstad. Sammen har de gått gjennom 50 doktorgradsarbeider som sykepleiere har levert inn til Universitetet i Oslo (UiO) i perioden 2006 til 2016.

I debatten om hvorvidt sykepleieforskning er for teoretisk rettet, er Jensens forskning et innspill. Resultatene viser nemlig at sykepleierne i stor grad

Kari Toverud Jensen

Førsteamanuensis,
Institutt for sykepleie
og helsefremmende arbeid,
Fakultet for helsevitenskap,
Oslomet – storby-
universitetet.

Står bak forskningsartikkelen «Slik harsykepleieforskningen utviklet seg» sammen med Unni Knutstad.

forsker på nettopp pasienten eller på praksis.

Hele 23 av doktorgradene Jensen og Knutstad gikk gjennom, var relatert til praksis. Et eksempel er Hilde Wøiens forskning om smertelindring og sedasjonspraksis ved 54 intensivavdelinger. Funnene i studien viste at både leger og sykepleiere mente praksisen var uorganisert. Blant annet var det ikke gode nok rutiner for hvordan smerte, ubehag og forvirring hos pasientene skulle vurderes.

– Det er ikke tvil om at dette er viktig forskning for behandlingen av intensivpasienter, sier Jensen.

– Ble du overrasket over at så mange av doktorgradene var relatert til praksis?

– Egentlig ikke, sier hun.

MÅ FORSKE PÅ OSS SELV

– Hva er viktig med din og Knutstads forskning?

– I vår studie viser vi hva sykepleierne gjør. Det er

«Når vi forsker på hva vi driver med, kan vi finne ut hva vi kan bli bedre på.» Kari Toverud Jensen

faktisk viktig at vi forsker på det vi driver med. Ikke minst for å finne ut hva sykepleiernes forskning kan bidra med i samfunnsdebatten.

Den gjennomgangen Jensen har gjort, gir en oversikt over hva sykepleierforskere driver med.



– Den er ikke nødvendigvis like viktig som Hilde Wøiens forskning for dem som jobber ute i praksis, men for sykepleiere som ønsker en forskerkarriere, er vår forskning nyttig for at andre kan se hva som allerede finnes av kunnskap, sier hun.

– Når vi forsker på hva vi driver med, kan vi finne ut hva vi kan bli bedre på. Både når det gjelder utdanningen av sykepleiere og utøvelse av yrket.

VELG RIKTIG METODE

Kvalitativ metode var noe mange sykepleieforskere benyttet seg av tidligere.

– I vår studie ser vi at det har vært en dreining mot at sykepleieforskningen også benytter kvantitativ metode og *mixed method*. Det kan kanskje ha noe å gjøre med at en del av forskningen også dreier mer mot medisinen og det kliniske, sier hun.

Det var også vanligere å skrive monografier før, mens det vanligste i dag er at en doktorgrad består av en samling artikler – også når det gjelder sykepleiernes doktorgrader.

Det er i hovedsak tre metoder som benyttes i forskningen: kvalitativ, kvantitativ og en kombinasjon: *mixed method*.

– *Hvilken metode mener du er best?*

– Begge metodene er gode. Det kommer helt an på hva man skal forske på, sier Jensen og trekker frem historien om ALS-syke Cathrine Nordstrand. I flere medier har hun fortalt sin historie og kjemper for å få opprettet et register som kan hjelpe andre ALS-syke i fremtiden.

– ALS er en forferdelig sykdom, men heldigvis er det få som rammes. Skal sykepleiere forske på hvordan ALS-pasienter opplever sykdommen, for å kunne yte bedre sykepleie, er det naturlig å bruke kvalitativ metode. En slik studie ville gitt nyttig kunnskap, selv om det er få respondenter som deltar, eksemplifiserer hun.

BANNER I KJERKA

Litteraturkritiker Cathrine Krøger skapte mye debatt da hun som sykepleierstudent ved Oslomet slaktet pensum. Hun mente sykepleierens faglitteratur var fullt av tåkeprat og ordjåleri.

– *Hva tenker du som forsker om Krøgers kritikk?*

– Jeg tenker at hun har noen poeng, og at ingen har vondt av å ta en diskusjon om hva vi holder på med. Men når det er sagt, mener jeg at hun også fyrte av en del bomskudd, sier Jensen.

Sykepleierforskeren er sterk tilhenger av at sykepleierutdanningen skal være basert på vitenskapelig kunnskap. At faget dermed blir akademisert og fjernet fra praksis, er hun ikke med på. Tvert imot.

– Nå banner jeg i kjerka, men jeg mener at det er altfor mye praksis i sykepleierutdanningen i dag.

Hun presiserer:



FRA REKTOR TIL FORSKER: – Som leder og rektor fløyt jeg litt på overflaten. Jeg hadde lyst til å kunne gå i dybden på temaer som interesserer meg, sier førsteamanuensis Kari Toverud Jensen.

– Før sykepleierstudenter kan gå ut og jobbe som sykepleiere, må de ha god kunnskap om den syke kroppen. De må være gode i sykdomslære og anatomi.

Jensen mener en annen utfordring som også sykepleierutdanningene må ta inn over seg, er eldrebølgen.

– Folk lever lenger og har flere diagnoser. Når syk-

«Nå banner jeg i kjerka, men jeg mener at det er altfor mye praksis i sykepleierutdanningen i dag.»

Kari Toverud Jensen

domsbildet blir mer komplekst, må også sykepleierstudentene ha nødvendig kunnskap for å kunne møte stadig sykere pasienter.

ANNEN TYPE PRAKSIS

Jensen mener likevel ikke at sykepleierutdanningen skal kutte ut praksis.

– Det er ikke alt som kan læres på skolen. Det er viktig å kjenne på «syk» hud, eller å se og oppleve pasienter med for eksempel delirium for å gjenkjenne det. Dette er kunnskap som opparbeides gjennom praksis. Teoretisk kunnskap må kombineres med erfaringer fra praksis. Da blir spørsmålet: Hva lærer man best hvor?

Dette er en diskusjon Jensen er opptatt av.

– Jeg mener samarbeidet mellom praksis og

utdanningsinstitusjonene burde være mer basert på hva som bør læres hvor, fremfor antallet uker studentene skal ha i praksis. Samarbeidet bør være tettere, mener hun.

I tillegg trekker hun frem at moderne teknologiske løsninger byr på mange nye muligheter for læring, men også utfordringer.

- Ikke minst når det gjelder etikk, sier hun.

GODE RÅD TIL FORSKERSPIRER

Det blir stadig flere sykepleiere som tar master og doktorgrader.

– Det virker som om det er blitt vanligere at sykepleierstudenter allerede i bachelorutdanningen finner ut at de ønsker å gå inn i akademia, sier Jensen.

- *Hvilke egenskaper bør en god forsker ha?*

– Åh. Det var litt vanskelig å svare på ...

– Jeg tror det er viktig å finne et område som du er engasjert i. Forskning skal være gøy. Du bør nok også være tålmodig, standhaftig, nysgjerrig ... og kanskje litt utålmodig på toppen, sier hun og ler.

UT PÅ TUR

Forskning tar lang tid.

– Det kan være frustrerende å vente på at artikler skal bli publisert, sier hun.

Jensen viser frem to forskningsartikler som hun har fått antatt i vitenskapelige tidsskrifter for mange

måneder siden, men som fremdeles ikke er publisert.

– Jeg blir litt utålmodig. Vi forskere blir tross alt målt på alt vi publiserer, og får tildelt forskningstid på bakgrunn av publiseringspoeng.

«Mulighetene er mange for forskere. Tenk å bli den som kurerer kreft!»

Kari Toverud Jensen

Skrivesperre er ikke noe bare forfattere kan rammes av.

– Når det stopper opp, legger jeg ut på tur. Da løser det ofte for meg.

Selv om Jensen har lang fartstid i akademia, gjentar hun en rekke ganger under intervjuet at hun som forsker er ny.

- Jeg har bare holdt på med dette i fire år.

TRENGER IKKE REDDE VERDEN

– Mulighetene er mange for forskere. Tenk å bli den som kurerer kreft!

- *Har du et slikt drømmemål?*

– Nei. Vi kan ikke alle være like flinke. Selv om jeg er ganske ny forsker, tror jeg det er viktig å synes at selve veien man går, er fin og noe man trives med.

- *Er det priser du ønsker å vinne?*

– Jeg er lite opptatt av priser. Men vi ønsker vel alle å få anerkjennelse for det vi holder på med. ●

ANNONSE

Siste nytt
innen
fagutvikling

sykepleien.no/
fag



HOVEDBUDSKAP

Verdighetscenterets etterutdanning Akuttmedisinsk eldreomsorg (AME) har til hensikt å øke kompetansen til fagutdannet helsepersonell i møte med akutt og alvorlig syke gamle. Det ble utført en evalueringsstudie tre måneder etter fullført utdanning. Resultatene viste blant annet at deltakerne følte seg tryggere, både faglig og i utførelsen av praktiske prosedyrer. Den samlingsbaserte, tverrfaglige etterutdanningen har høy relevans for ansatte i eldreomsorgen.

NØKKELORD:

► Tverrfaglighet ► Akuttmedisin ► Etterutdanning ► Eldreomsorg ► Prosedyretrening

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.74579

Kompetanseheving i eldreomsorgen kan gjøre helsepersonell tryggere

Verdighetscenterets etterutdanning Akuttmedisinsk eldreomsorg skal øke kompetansen til fagutdannet helsepersonell. Denne undersøkelsen viser at utdanningen har høy relevans for ansatte i eldreomsorgen.

Hensikten med Verdighetscenteret er å skape en verdig alderdom for sårbare gamle. Det er en grov krenkelse av verdigheten at gamle syke og døende blir transportert til og fra sykehus i deres siste levetid (1, 2). En viktig forutsetning for å forebygge at dette skjer, er at kompetansen blant de ansatte i eldreomsorgen blir styrket.

Verdighetscenteret foretok i 2015 en evaluering av etterutdanningen «Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom» (OLS). OLS hadde til hensikt å styrke kompetansen til ansatte i eldreomsorgen innen palliasjon og demens. Evalueringen viste blant annet at deltakerne ble tryggere på å ivareta pasienter og pårørende ved livets slutt, men at de ønsket å lære mer om akutt og alvorlig sykdom hos eldre (ikke publiserte data).

Dette gjenspeiler også konsekvensene ved innføring av samhandlingsreformen (3). Den har ført til at pasienter utskrives tidligere fra sykehus, og at flere dør på sykehjem (4). De gamle er sykere, har økt behov for medisinsk behandling og har mer sammensatte problemer ved utskrivelsen til kommunehelsetjenesten enn for bare få år siden (4, 5).

BEHOV FOR MER KUNNSKAP

I tillegg øker generelt andelen eldre i befolkningen. Eldre

FORFATTERE


Gro Helen Dale
Faglig leder, Verdighetscenteret



Silje Bergliot Eikemo
Leder, Avdeling Helse & Omsorg, Verdighetscenteret

er ofte multimorbide og bruker flere legemidler enn tidligere (6–8). Dette har medført et økt krav til kompetanse blant helsepersonell på sykehjem og i hjemmetjenesten. Bing-Jonsson og medarbeidere påviste i 2016 store kunnskapshull innen flere områder i kompetansen til ansatte i eldreomsorgen (9). Samlet sett har dette resultert i at Verdighetscenteret valgte å utvikle en

ny etterutdanning for fagutdannet helsepersonell: Akuttmedisinsk eldreomsorg (AME).

Vi foretok fortløpende evaluering av AME som blant annet viste at vi traff med hensyn til faglig nivå og innhold. Vi ønsket i tillegg å belyse hvilken effekt utdanningen hadde på lengre sikt for deltakerne og foretok derfor en ytterligere evaluering tre måneder etter avsluttet utdanning. Resultatene av denne sluttevalueringen presenteres her.

UTFØRTE EN EVALUERINGSSTUDIE

Målet med evalueringsstudien var å undersøke om deltakerne på AME hadde hatt nytte av etterutdanningen på lengre sikt når det gjelder både faglig og praktisk kompetanse, herunder å avdekke eventuelle utilsiktede effekter av utdanningen.

Vi utførte en evalueringsstudie med innhenting av både



POSITIVE EFFEKTER: Økt yrkesstolthet og motivasjon til å fortsette i jobben var en av de uventede positive effektene av AME, ifølge artikkelforfatterne. Illustrasjon: Mostphotos

kvantitative og kvalitative data. Det ble brukt et elektronisk spørreskjema bestående av obligatoriske, lukkede spørsmål med graderte svarmuligheter. Det var åpne og valgfrie spørsmål, og det var mulig å svare i utfylende setninger.

Svarene på de åpne spørsmålene ble gjennomgått systematisk for å identifisere eventuelle overordnede temaer som gikk igjen blant deltakernes ordvalg og formuleringer, som for eksempel ord som «tryggere» og «trygghet». Skjemaet ble sendt deltakerne cirka tre måneder etter avsluttet etterutdanning, og svarene var anonyme. Totalt 122 personer fullførte AME i 2017. Alle ble tilsendt evalueringsskjemaet, og det ble oppnådd en svarprosent på 80 prosent.

KARTLEGGING GJENNOM SPØRRESKJEMA

Siden AME var tverrfaglig, ønsket vi å kartlegge deltakernes utdanning i spørreskjemaet. Vi ba dem om å svare på utsagn omkring faglig trygghet og trygghet ved praktiske prosedyrer etter fullført utdanning. De hadde også anledning til å kommentere utsagnene. Vi spurte dessuten om deltakerne hadde begynt å utføre noen prosedyrer oftere enn før som følge av AME, og i så fall hvilke.

Videre spurte vi om deltakelsen på AME hadde fått noen spesielle konsekvenser for deltakerne og/eller jobben, og om de kunne komme med konkrete eksempler på situasjoner hvor de hadde hatt nytte av utdanningen. Vi spurte

også om nytten av utlevert studiemateriell, om de ville anbefale AME til andre, og om deltakerne fikk dekket utgiftene i forbindelse med etterutdanningen. Svarene på disse spørsmålene blir ikke presentert her.

KUNNSKAPSBASERT UNDERVISNING

Akuttmedisinsk eldreomsorg ble startet i januar 2017 og besto av to samlinger à tre dager som foregikk over ett semester i Bergen. To tredjedeler av undervisningen var teoretisk, med forelesninger, visning av film og gjennomgang av pasienthistorier med påfølgende diskusjon. Sentralt sto også etisk refleksjon om blant annet behandling kontra overbehandling.

En tredjedel av undervisningen var praktisk prosedyretrening. Foreleserne var intensivsykepleiere og en lege med bred og lang klinisk erfaring. Det ble også samarbeidet tett med erfarne spesialsykepleiere fra intensiv- og overvåk-

«Vi utførte en evalueringsstudie med innhenting av både kvantitative og kvalitative data.»

ningsavdelinger ved Haralds plass Diakonale Sykehus og Haukeland universitetssjukehus. Spesialsykepleierne var med som veiledere i prosedyretreningen.

Det ble lagt stor vekt på at undervisningen var kunnskapsbasert. De aktuelle temaene og prosedyrene kan ses

i tabell 1. Valget ble foretatt dels på bakgrunn av funn i OLS-evalueringen og studien til Bing-Jonsson og medarbeidere, dels ut fra undervisernes egne kliniske erfaringer og en uformell forespørsel i vårt faglige nettverk. Enkelte prosedyrer var valgfrie (blodsuktermåling og lungestetoskopi), mens resten var obligatoriske. Sykepleiere og helsefagarbeidere fikk samme undervisning og anledning til å øve på samme prosedyrer. Det ble presisert at opplæring i prosedyrer ikke medførte sertifisering.

FUNN FRA SPØRREUNDERSØKELSEN

Sammensetningen av deltakernes utdanning i evalueringsstudien (n = 98) ses i figur 1. Tabell 2 viser at 93 prosent av deltakerne var delvis eller helt enig i utsagnene om økt faglig trygghet og trygghet på praktiske prosedyrer etter fullføring av AME. Ordene «tryggere» og «trygghet» ble i tillegg brukt uoppfordret av 36 prosent i de åpne kommentarfeltene. Eksempler på kommentarer fra deltakere: «Tryggere i arbeidsdagen min (som sykepleier), da vi ikke har lege på sykehjemmet og må ta en del vurderinger selv før lege tilkalles» og «I min jobb som hjelpepleier føler jeg meg tryggere og sikrere når jeg skal assistere sykepleieren i praktiske prosedyrer».

50 prosent svarte «ja» på spørsmålet: «Har du begynt å utføre noen praktiske prosedyrer oftere enn før som følge av AME?» Seks prosent svarte «vet ikke», men nevnte likevel flere prosedyrer. Figur 2 viser hvilke prosedyrer det dreide seg om. 75 prosent av respondentene var sykepleiere/spesialsykepleiere, mens resten var hjelpepleiere/helsefagarbeidere med eller uten spesialisering.

De tre mest brukte prosedyrene var for sykepleierne måling av blodtrykk (BT) og oksygenmetning i blodet (saturasjon, SpO2), innleggelse av permanent urinkateter og nevrologisk undersøkelse. De tilsvarende prosedyrene for helsefagarbeiderne var BT- og SpO2-måling, 12-avlednings-EKG og nevrologisk undersøkelse/blodsuktermåling (delt tredje plass).

DELTAKELSE FØRTE TIL DISKUSJONER

På spørsmålet «Har deltakelsen på AME hatt noen spesielle konsekvenser for deg og/eller jobben din?» rapporterte 30 prosent at de nå utførte grundigere undersøkelser før de kontaktet lege eller AMK. De hadde bedre kommunikasjon med lege og AMK og opplevde å bli tatt mer på alvor av lege og AMK.

Tjuefem prosent hadde bidratt til direkte og/eller indirekte spredning av kunnskap på arbeidsplassen, for eksempel undervisning av kolleger, økt rådgivning/veiledning og faglige diskusjoner. Eksempel på utsagn fra en deltaker: «Vi har hatt undervisning til resten av personalet i infeksjoner, sepsis og hjertesvikt. Det var godt motatt. UVI, pneumoni og hjerneslag er kommet på plakaten til neste undervisning.»

En annen deltaker sa dette: «Vi er flere i min avdeling som har deltatt, eller deltar nå. Vi har viktige diskusjoner nesten daglig!» og «Økt kompetanse i avdelingen har ført

til at pasientene behandles lenger i avdelingen før eventuell overflytting til sykehusavdelingen [...]»

ØKT YRKESSTOLTHET OG MOTIVASJON

Seks prosent rapporterte at deltakelsen på AME hadde medført økt yrkesstolthet og motivasjon til å fortsette i jobben. Andre konsekvenser av deltakelsen på AME var lønnsøkning, økt tillit som helsefagarbeider, innføring av palliativ plan / beslutningsnotat på alle pasienter på sykehjemmet, deltakelse i kommunens palliative gruppe og nettverksbygging.

Et par respondenter rapporterte at arbeidsgiveren hadde ment at utdanningen ikke var relevant for deltakerens

«En deltaker foreslo at utdanningen burde bli delt opp med sykepleiere og helsefagarbeidere hver for seg.»

jobb på sykehjemsavdelingen, og at ønsket om større ansvar på arbeidsplassen ikke ble imøtekommet. En deltaker foreslo at utdanningen burde bli delt opp med sykepleiere og helsefagarbeidere hver for seg.

På spørsmålet «Var det noen temaer du savnet i undervisningen?» ble blodprøvetaking og hjerte-lunge-redning spesielt fremhevet (7 prosent).

NYTTEVERDIEN AV AME

På spørsmålet «Kan du gi et konkret eksempel på en situasjon hvor du har hatt nytte av det du lærte på AME?» rapporterte 12 prosent at de hadde oppdaget tegn på sepsis tidlig. Sju prosent ga som eksempel at de hadde utført lungestetoskopi og avdekket tidlige tegn på pneumoni. Andre ga som eksempel at de hadde lagt inn PVK (7 prosent) eller utført nevrologisk undersøkelse og funnet tegn på hjerneslag (3 prosent).

Noen deltakere (3 prosent) opplyste at etterutdanningen hadde satt søkelyset på korrekt utførelse av prosedyrer på arbeidsplassen. En annen konsekvens var tildeling av en ny arbeidsoppgave: nedleggelse av nasogastrisk sonde. Denne prosedyren ble tidligere kun utført av en lege. Noen hadde brukt kunnskapen fra utdanningen i forbindelse med terminalpleie eller assistanse på palliativ avdeling (3 prosent). En rekke andre eksempler ble også gitt.

FLERTALLET FØLTE SEG TRYGGERE I ARBEIDET

Et klart flertall av deltakerne følte seg tryggere, både faglig og ved praktiske prosedyrer etter gjennomføringen av AME. Dette var en ønsket effekt og tyder på at undervisningen var relevant og lagt på et passende nivå.

Femti prosent svarte at de – som følge av AME – hadde begynt å utføre prosedyrer oftere enn før. Dette har sannsynligvis sammenheng med økt oppmerksomhet på tidlig identifisering av sykdomsforverring og rask iverksetting av tiltak og behandling for å forhindre komplikasjoner.

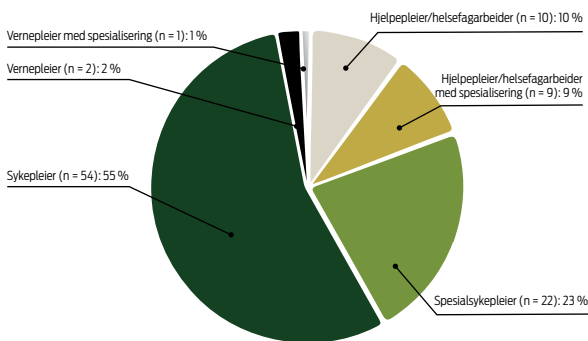
Blant deltakerne som svarte på spørsmålet «Har du begynt å utføre noen praktiske prosedyrer oftere enn før, som

Tabell 1. Oversikt over oppbygningen av etterutdanningen

	TEORETISK UNDERVISNING	PRAKTISK PROSEDYREØVING
SAMLING 1 (3 dager)	Antibiotikabehandling og anafylaksi Forhåndssamtale og palliativ plan Infeksjoner Oksygenbehandling Respirasjons- og sirkulasjonsvikt Teoretisk gjennomgang av prosedyrer: Iv. antibiotikabehandling Stell av SVK	Permanent urinkateter (mann/kvinne) 12-avlednings-EKG, BT- og SpO2-måling, volumpumpe PVK
SAMLING 2 (3 dager)	Diabetes, type 1 og 2 Ernæring Hjerneslag og epilepsi ALS og MS Nyresvikt Væskebehandling og elektrolyttforstyrrelser Smarter og smertebehandling	Blodsukkermåling (valgfri prosedyre) Ernæringspumpe Nasogastrisk sonde Neurologisk undersøkelse Im. og sc. injeksjoner Smertepumpe, bruk av butterfly Lungestetoskopi og PVK (valgfrie prosedyrer)

Forkortelser: ALS = amyotrofisk lateral sklerose; BT = blodtrykk; EKG = elektrokardiogram; Im. = intramuskulær; Iv. = intravenøs; MS = multiplett sklerose; PVK = perifer venekanyle; sc. = subkutan; SpO2 = saturasjon; SVK = sentralt venekateter.

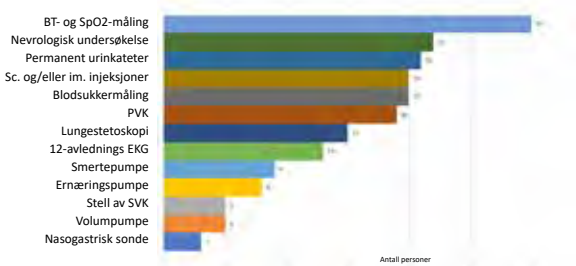
Figur 1. Sammensetning av deltagerne i evalueringsstudien (n = 98) utdanning



Tabell 2. Oversikt over deltakernes (n = 98) svar på utsagn om faglig trygghet og trygghet på praktiske prosedyrer

SPØRSMÅL	SVARMULIGHET				
	Helt uenig	Delvis uenig	Verken/eller	Delvis enig	Helt enig
«Jeg føler meg faglig tryggere i jobben min etter å ha fullført AME.»	0 (0%)	0 (0%)	7 (7%)	49 (50%)	42 (43%)
«Jeg føler meg tryggere på praktiske prosedyrer i jobben min etter å ha fullført AME.»	0 (0%)	0 (0%)	7 (7%)	50 (51%)	41 (42%)

Figur 2. 50 prosent (n = 55) av deltakerne hadde begynt å utføre prosedyrer oftere enn før som følge av AME. Figuren viser hvilke prosedyrer det dreide seg om (hver deltaker kunne velge å markere flere prosedyrer)



Forkortelser: BT = blodtrykk; EKG = elektrokardiogram; im. = intramuskulær; PVK = perifer venekanyle; sc. = subkutan; SVK = sentralt venekateter.

følge av AME?», var 75 prosent sykepleiere eller spesialsykepleiere. En mulig forklaring på denne fordelingen er at sykepleiere i større grad enn helsefagarbeidere konsentrerer seg om å utføre systematiske observasjoner og aktuelle prosedyrer etter AME.

Samtidig kan det være at helsefagarbeidere hadde fått et bedre klinisk blikk og tidligere avdekket sykdomsforverring og varslet sykepleiere, uten nødvendigvis å ha utført prosedyrer som for eksempel BT-måling først. Dette forholdet ble ikke kartlagt i studien, men hadde vært interessant å se nærmere på.

BLE BEDRE PÅ PROSEDYRER

Prosedyren som i størst grad ble utført oftere som følge av AME, var BT- og SpO2-måling. Dette er ikke overraskende siden BT- og SpO2-måling er en grunnleggende undersøkelse ved enhver akutt og alvorlig sykdom. Det vitner om mer oppmerksomhet rundt tidlig oppsporing av sykdomsforverring.

Neurologisk undersøkelse var også blant de tre hyppigst utførte prosedyrene. Dette er heller ingen overraskelse siden de fleste ikke kunne utføre en neurologisk undersøkelse i forveien. Deltakerne på AME jobber med en pasientgruppe som er utsatt for hjerneslag (10), og prosedyren hadde derfor høy relevans.

Ved evaluering av utdanninger vil man vanligvis konsentrere seg om å undersøke de forventede effektene, men også uventede, viktige effekter kan oppstå (11). De forventede positive effektene av AME handlet om økt trygghet, både faglig og praktisk. Videre handlet de om utførelse av grundigere undersøkelser før kontakt av lege/AMK, bedre kommunikasjon til og opplevelse av å bli tatt mer på alvor av lege/AMK.

I tillegg kunne deltakerne ved gjennomført etterutdanning oppdage sykdomsforverring tidligere, og de reflekterte mer over etiske problemstillinger omkring behandlingsnivå.

UVENTEDE POSITIVE EFFEKTER

De uventede positive effektene var for eksempel uoppfordret spredning av kunnskap på egen arbeidsplass som mulig har økt kompetansen til flere ansatte i eldreomsorgen, og ikke kun deltakerne på AME.

Andre uventede positive effekter blant deltakerne på AME var økt yrkes stolthet og motivasjon til å fortsette i jobben. Dette er viktig i en tid hvor tendensen er at ansatte i helsevesenet er utsatt for et stort press med høy arbeidsbelastning og stort sykefravær (12). Lønnsøkning og større tillit som helsefagarbeider var også positive uventede effekter, som kan tyde på økt verdsetting av ansatte i eldreomsorgen og et mulig styrket tverrfaglig samarbeid.

Blant uventede negative effekter ble det sett at enkelte arbeidsgivere ikke anerkjente deltakernes beslutning om å ta etterutdanningen, og deltakerne fikk ikke mer ansvar eller nye oppgaver selv om de følte seg klar for dette. Slike tilbakemeldinger kan skyldes ulike forhold, både

på individ- og systemplan, som for eksempel ulik prioritering av ressurser i kommunene, og vil ikke bli diskutert nærmere her.

NYTTIGE TILBAKEMELDINGER

Det ble nevnt at Verdighetsenteret burde tilby separat utdanning for henholdsvis sykepleiere og helsefagarbeidere. Vi erkjenner at det er ulik oppgave- og ansvarsfordeling mellom disse yrkesgruppene. Men slik bemanningen er i eldreomsorgen, er tverrfaglig samarbeid avgjørende for at pasienten skal kunne bli godt ivaretatt (13, 14). Dette samarbeidet vil, etter vår mening, bedres hvis de forskjellige faggruppene har innsikt i og forståelse for hverandres oppgaver og ansvar.

Et eksempel er innleggelse av perifer venekanyler (PVK) og administrering av intravenøse (iv) medikamenter og væske. Selv om dette er sykepleieroppgaver er det nødvendig at helsefagarbeideren også kan identifisere infeksjonstegn fra innstikkssted, for eksempel under stell. Av evalueringen fremkom det dessuten at helsefagarbeiderne ikke syntes det faglige nivået var for høyt, og de hadde stort utbytte av utdanningen.

Det ble ikke kartlagt hva deltakerne mente om at utdanningen var tverrfaglig sammensatt. Ut fra en samlet vurdering av besvarelsene på evalueringsskjemaet og muntlige tilbakemeldinger fikk vi et klart inntrykk av at den tverrfaglige deltakelsen var verdifull.

ET NASJONALT TILBUD

I denne studien ble det ikke systematisk samlet inn opplysninger om ansettelsessted og arbeidserfaring. Slike opplysninger kunne blant annet ha avdekket om relevansen av AME varierte mellom ulike arbeidssteder, og om det var sammenheng mellom interessen for AME og deltakernes arbeidserfaring.

Det ble imidlertid foretatt en muntlig presentasjonsrunde på første samling, hvor disse opplysningene delvis ble kartlagt: De fleste var ansatt på sykehjem og/eller i hjemmesykepleien, men enkelte var ansatt i spesialisthelsetjenesten, og både nyutdannede og personer med over 30 års erfaring deltok uten noen klar tendens til overrepresentasjon.

Hvis effekten av AME hadde vært gjort som del av en intervensjonsstudie, kunne man blant annet ha avdekket eventuelle reduksjoner i antall sykehusinnleggelse og økt bruk av intravenøs væske og antibiotikabehandling i kommunehelsetjenesten, slik Romøren og medarbeidere har gjort (15).

AME ble tilbudt på et nasjonalt plan. Fordelen med denne modellen var at utdanningen ble lettere tilgjengelig for helsepersonell, og dermed fikk et større nedslagsfelt. Deltakerne kom da også fra hele landet: 67 kommuner fordelt på 17 fylker.

ET NYTTIG TILBUD

Evalueringen av AME i 2017 viste at fagutdannet helsepersonell ansatt i eldreomsorgen følte seg tryggere og bedre rustet til å håndtere de akutt og alvorlig syke

gamle. Verdighetsenteret har nå opprettet AME som et fast tilbud og jobber kontinuerlig med videreutvikling og forbedring.

Det ble blant annet holdt et to dagers oppfølgingsseminar høsten 2018 med gjennomgang av nye temaer og prosedyrer (hjerne-lunge-redning, etikk og scenarietrening i akutt og alvorlig sykdom), som tidligere deltakere hadde etterspurt. Forhåpentligvis fortsetter ansatte og arbeidsgivere i eldreomsorgen å se AME som et nyttig tilbud og som passende for dem som ikke ønsker eller har mulighet for å ta en videreutdanning eller master på fagområdet.

Sykepleien opplyser om at Silje B. Eikemo og Gro Helen Dale er ansatt ved Verdighetsenteret.

REFERANSER

1. Husebø S, Husebø B. Omsorg ved livets slutt. I: Husebø S, Sætrang M, red. En verdig alderdom – Omsorg ved livets slutt. 1. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. s. 21–35.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Regjeringen.no; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien/Id624655/> (nedlastet 11.02.2019).
3. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/Id567201/> (nedlastet 11.02.2019).
4. Bruvik F, Drageset J, Abrahamson JF. Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. Sykepl. Forsk. 2017 aug;(60613):e-60613. DOI: 10.4220/Sykepleief.2017.60613
5. Helsetilsynet. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Oslo; 2016. Rapport fra Helsetilsynet 1/2016. Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter/2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf (nedlastet 11.02.2019).
6. Tønnessen M. Aldring i Norge. Sosiologi i dag. 2015;45(3):7–23.
7. Husebø B, Flo E. Leder – Alders- og sykehjemsmedisin. Omsorg. 2015;(1):3–4.
8. Maher, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf. 2014;13(1):1–11.
9. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC Nursing; 2016;15(1). DOI: 10.1186/s12912-016-0124-z
10. Wyller TB. Hjerneslagsykdommer. I: Geriatri En medisinsk lærebok. 2. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 320–45.
11. Guskay TR. Evaluating professional development. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2000.
12. Norsk Sykepleierforbund. Arbeidsmiljø i helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/113675/17073/Generell-artikkel-om-arbeidsmiljo-i-helsetjenesten> (nedlastet 04.05.2018).
13. Gautun H, Bratt C. Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2014. NOVA-rapport 14/2014.
14. Norsk senter for menneskerettigheter. Menneskerettigheter i norske sykehjem. Oslo: Nasjonal institusjon for menneskerettigheter ved UiO; 2014. Temarapport 2014.
15. Romøren M, Gjelstad S, Lindbæk M. A structured training program for health workers in intravenous treatment with fluids and antibiotics in nursing homes: A modified stepped-wedge cluster-randomised trial to reduce hospital admissions. PLoS One. 2017;12(9):1–21.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Gro Helen Dale

Faglig leder,
Verdighetsenteret

Kollega Silje Bergliot Eikemo og jeg skrev denne fagartikkelen fordi vi syntes det var viktig å vise nytten av den nye etterutdanningen i akuttmedisinsk eldreomsorg for ansatte i eldreomsorgen. *Sykepleien* har mange lesere som kunne være interessert i en slik artikkel.

HØYERE STATUS

De sårbare gamle er en kompleks pasientgruppe, preget av blant annet multimorbiditet, polyfarmasi og et stort behov for pleie og omsorg.

Sykepleiere og helsefagarbeidere trenger høy faglig kompetanse for best mulig å kunne ivareta disse pasientene.

Det bør knyttes høyere status til det å jobbe med sårbare gamle i primærhelsetjenesten.

PALLIATIV PLAN

Jeg er opptatt av at enda flere får øynene opp for bruken av for-

«De sårbare gamle er en kompleks pasientgruppe.»

håndssamtaler og palliativ plan på sykehjem. Dette er verktøy som kan være med på å bidra til en verdig alderdom og en god avslutning på livet for den gamle, og samtidig være en beslutningsstøtte for helsepersonellet omkring pasienten og dennes pårørende. ●


FORFATTER

Kristin Haugen
Medlem av Rådet for sykepleieetikikk og universitetslektor/ph.d.-stipendiat, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik


FORFATTER

Håkon Johansen
Medlem av Rådet for sykepleieetikikk, rådgiver og spesialsykepleier, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold

Digital dømmekraft er et tema du bør diskutere med dine kolleger

Digitale vennskap mellom sykepleiere og pasienter eller pårørende kan viske ut grensen mellom det å være profesjonell og privat.

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2019.77356

Reiduns ektefelle, Karstein, ble rammet av hjerneslag bare 48 år gammel. Nå er han pasient på sykehjemmets langtidsavdeling. Han har mistet evnen til å uttrykke seg muntlig og skriftlig.

Reidun er ufør etter lengre perioder med depresjon de siste årene. Hun bor like ved sykehjemmet og besøker Karstein daglig. Hun får særlig god kontakt med Ellen, som er ektefelles primærsykepleier. De har lange samtaler om situasjonen til Karstein og om livet generelt. Ellen merker at Reidun blir lettere og gladere når de snakker sammen.

En kveld sender Reidun en venneforespørsel til Ellen på Facebook. Ellen tenker at det var da hyggelig, og aksepterer.

En liten motforestilling melder seg om at hun kanskje burde være forsiktig, at hun nå krysser en grense over til noe som er mer privat enn profesjonelt. Hun vet også at det er delte meninger i avdelingen om bruk av sosiale medier i jobbsammenheng, og hun har jo selv reagert på kollegers likes, delinger og kommentarer.

SYKEPLEIER I SOSIALE MEDIER

Ifølge en undersøkelse som Tidsskriftet Sykepleien foretok i 2012 (1), er ikke sykepleier Ellen alene om å kjenne på dilemmaer i sosiale medier knyttet til taushetsplikt, ytringsfrihet, pårørende, pasienter og kollegers anvendelse. I en undersøkelse blant 300 sykepleiere svarte en av tre at de opptrer både som privatperson og som sykepleier i sosiale medier. En av ti mente at det var greit å være venner med pasientene sine på Facebook.

Resultatene skapte debatt i 2012, og det var delte meninger. Rådet for sykepleieetikikk erfarer at det fortsatt er behov for å holde refleksjonen varm, og har tatt initiativ til at digital dømmekraft inkluderes i NSF's yrkesetiske retningslinjer (YER) (2) når disse revideres høsten 2019.

Begrepet digital dømmekraft beskrives som evnen til å vurdere andres og egne handlinger på nettet, evnen til å finne og vurdere relevant informasjon og vår kompetanse om ulike digitale verktøy (3). Digital dømmekraft handler om vår evne til kritisk refleksjon ved bruk av digitale medier knyttet til blant annet personvern, nettvett og opphavsrett (4).

DIGITALE DILEMMAER

Rådet mottar stadig flere henvendelser knyttet til dilemmaer som sykepleiere opplever i møte med sosiale medier. Disse samsvarer med resultater i undersøkelsen, og vi kjenner dem også igjen hos Kvalnes, som har gjort en studie av

«I utøvelsen av sykepleie er vi avhengige av pasientens og samfunnets tillit»

dilemmaer som kan oppstå for brukere av sosiale medier (5).

Kvalnes peker på noen viktige problemstillinger: Hvem er jeg i sosiale medier? Kvalitetssikrer jeg informasjon som potensielt kan spre seg raskt og effektivt? Hva er konsekvensene av våre ambisjoner om følgere og likes? I hvilken grad kan jeg bruke sosiale medier til å ytre meg? Hvilke utfordringer kan oppstå som et resultat av ulik forståelse og kunnskap blant dem som anvender sosiale medier?

Ellen møter Reidun som før i avdelingen. De har sine samtaler og deler innlegg på hver sine sider på Facebook eller melder hverandre gjennom chatten. Hyggelig dette, tenker Ellen, og merker at hun fortsatt bidrar til å lyse opp litt i Reiduns vanskelige hverdag.

Etter hvert blir det likevel utfordrende for Ellen. Reidun poster innlegg og sender meldinger på chat ofte. Hun er ganske så åpen og personlig i innleggene om seg selv og Karstein.



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

Ellen synes Reidun burde holde igjen og ikke være så personlig, særlig ikke når hun skriver om ektefellen, som ikke kan gi uttrykk for hva han mener.

Men Ellen synes det er vanskelig å si ifra til Reidun. Det blir også vanskelig for Ellen å kommentere bilder og tekst om Karstein. Han er jo hennes pasient, og hun har taushetsplikt. Hun spør seg etter hvert om Facebook er egnet for en slik kontakt, og får mer og mer lyst til å begrense utvekslingene med Reidun på nettet.

SAMFUNNETS TILLIT, FAGETS OMDØMME

Sosiale medier kan gi gode muligheter til å møte pasienter og brukere der de er, som for eksempel Helsesista, som sprer informasjon og bryter tabuer. Facebook er et delvis lukket medium, men det kan også nå langt. Informasjonen her er vesentlig mer offentlig enn den fortrolige samtalen mellom pårørende og sykepleier.

Helsedirektoratet (6) og Helsetilsynet (7) er skeptiske når et sykepleier-pasient/pårørende-forhold utvikler seg til vennskap, fordi grensen mellom profesjonell og privat kan bli uklar.

I utøvelsen av sykepleie er vi avhengige av pasientens og samfunnets tillit. Ifølge YER skal sykepleiere verne om fagets omdømme. Når Ellen svarer på eller gir likes til Reiduns åpenhjertige poster på Facebook, og Karstein ikke har mulighet til å gi noen motreaksjoner, trues både hans verdighet og rett til vern om fortrolige opplysninger. Det vil trolig mange reagere negativt på, og en slik bruk av sosiale medier kan bidra til å svekke vårt omdømme.

REFLEKSJON I FORKANT

Kun halvparten av sykepleierne i undersøkelsen fra 2012 svarte at de har drøftet med arbeidsgiver hvordan de bør

fremstå i og bruke sosiale medier. Rådet ønsker å stimulere til refleksjon om bruk av sosiale medier på arbeidsplassen. Digital dømmekraft er absolutt et tema som vi bør diskutere med våre kolleger. Vi er bedre rustet til å møte etiske utfordringer dersom vi på forhånd reflekterer over de dilemmaene som vi kan møte på.

Hvordan er det på din arbeidsplass? Reflekterer dere over digital dømmekraft? Hvilke dilemmaer har du og dine kolleger opplevd i møte med sosiale medier? ●

REFERANSER

1. Helmers AKB. OK å dele jobbhverdagen på sosiale medier? Tidsskriftet Sykepleien. 2012;100(12):20.
2. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: NSF. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 14.06.2019).
3. Michaelsen AS. Det digitale klasserommet. Utnytt mulighetene! Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015.
4. Engen BK, Gjaever TH, Mifsud L. Digital dømmekraft. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
5. Kvalnes Ø. Etik i sosiale medier. I: Brandtzæg PB, Gillund L, Krokkan A, Kvalnes Ø, Meling AT, Wessel-Aas J, red. Sosiale medier i all offentlighet: lytte, dele, delta. Oslo: Kommuneforlaget; 2012.
6. Aftenposten. Helsedirektoratet skeptisk til sykepleiere på Facebook. Aftenposten. 24. oktober 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/norge/1/vQV2w/Helsedirektoratet-skeptisk-til-sykepleiere-pa-Facebook> (nedlastet 14.06.2019).
7. Helsetilsynet. Kommunikasjon på sosiale medium – rolleforståinga til helsepersonell og kravet til teieplikt. Tilsynmeldingen. Oslo; Helsetilsynet; 2017.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.


FORFATTER
Elisabeth Sveen Kjølrsrud
 Leder av Rådet for
 sykepleieetikk

Tvang i psykiatrien: Blir vi mer voktere enn pleiere?

En psykiatrisk sykepleier er bekymret for ivaretagelsen av pasientene på avdelingen der han jobber. Ufaglært personale arbeider i avdeling, og det har ført til en rekke uønskede episoder. Rådet for sykepleieetikk har sett på saken.

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2019.75814

Rådet for sykepleieetikk får fra tid til annen henvendelser som handler om tvang i psykisk helsevern. I noen situasjoner oppstår det utfordringer og dilemmaer fordi personalet har ulik tilnærming. Rådet opplever at det i noen tilfeller går et skille mellom faglærte og ikke-faglærte.

UNØDVENDIG TVANG?

I en henvendelse til Rådet for sykepleieetikk tar en psykiatrisk sykepleier opp et dilemma om tvangsbruk. Han arbeider på en psykiatrisk akuttavdeling. Sykepleieren er bekymret for ivaretagelsen av pasientene på avdelingen og beskriver at ufaglærte i høy grad blir benyttet i avdeling og på skjermet avsnitt. Dette har ført til en rekke uønskede episoder med blant annet krenkelse av integritet, fratagelse av pasientens autonomi og unødig fremprovosering av kontrolltap. Sykepleieren forteller at han har varslet både den ufaglærte og ledelsen, uten at saken er blitt tatt tak i. Sykepleieren er engstelig for at personalet beveger seg mer i retning av voktere, snarere enn pleiere. Han har støtte av sykepleiegruppen.

I våre svarbrev understreker vi i denne typen saker at vi alltid forholder oss til det innskriveren forteller oss, og gir svar ut fra det. Rådet har mulighet til å innhente svar fra alle berørte parter i saken. I mange tilfeller vet vi imidlertid at saker kan «eskalere» ved en slik metode, og vi kan risikere at mange utelater å kontakte oss.

IKKE SVAR MED TO STREKER UNDER

Der er mange perspektiver og etiske retninger vi kan velge å besvare brev på, så vi må begrense oss av den grunn at innsendende sjelden ønsker brev tilbake fra rådet med mange tettskrevne sider; ofte ønskes det et klart svar. Rådet har sjelden et svar med to streker under, men vi oppfordrer alltid til refleksjon på arbeidsplassen for å finne gode løsninger sammen.

Når rådet svarer på henvendelser, bruker vi ofte en refleksjonsmodell. Et sentralt spørsmål vi alltid stiller oss, er hvilke verdier som er under press. Vi viser til vår yrkesetiske kodeks (www.nsf.yrkesetikk.no) og peker på sentral lovtekst.

HOLDNINGER ER VIKTIG

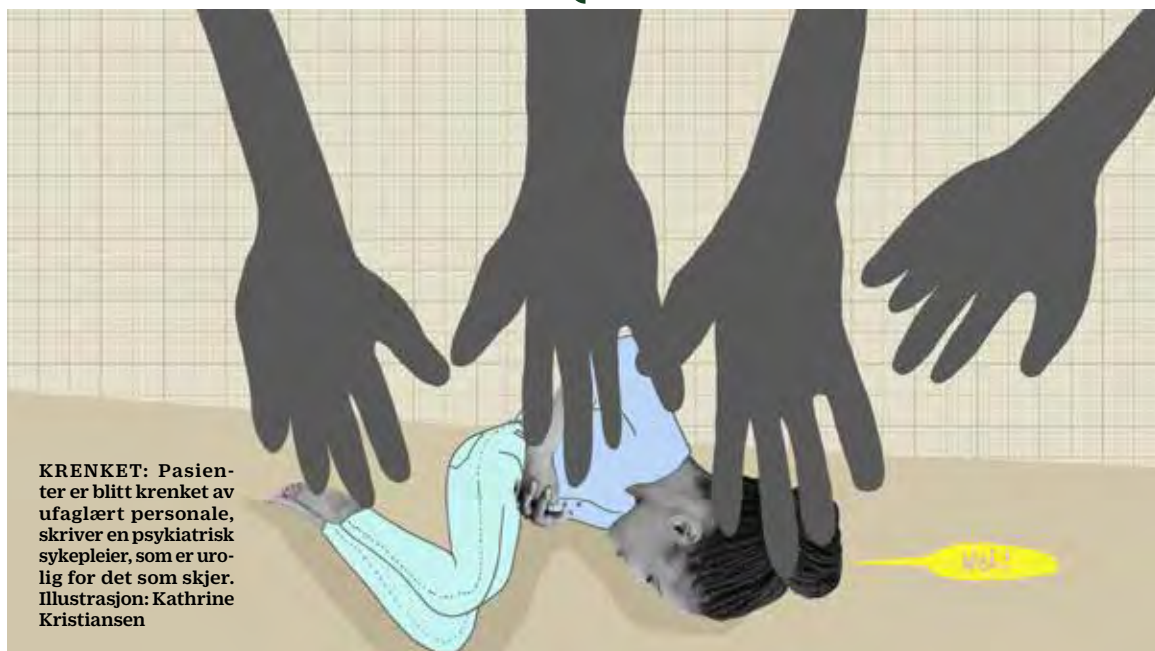
Å bruke tvang mot psykiatriske pasienter fører i mange tilfeller til store etiske utfordringer og dilemmaer. At personalet har et bevisst forhold til dette, er viktig, slik at bruken av tvang skjer på en mest mulig human måte. Personalets holdninger er viktige for etisk akseptabel tvangsbruk.

«Å bruke tvang mot psykiatriske pasienter fører i mange tilfeller til store etiske utfordringer og dilemmaer.»

Sykepleieren som har sendt rådet denne saken, beskriver en opplevelse av at personalgruppen beveger seg mer i retning av «vokterrollen», og rådet kan forstå bekymringen vedrørende fare for svekkelse av en nødvendig positiv holdning til pasientene.

Av sentrale elementer fra våre yrkesetiske retningslinjer (YER) (1) i denne saken, vil vi først og fremst trekke frem kapittel 2, «Sykepleieren og pasienten»: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.» Punkt 2.7: «Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang.»

I punkt 4 står det følgende: «Sykepleieren viser respekt for kollegers og andres arbeid, og er til støtte i vanskelige situasjoner. Dette er ikke til hinder for å ta opp brudd på faglige, etiske og kollegiale normer.»



KRENKET: Pasienter er blitt krenket av ufaglært personale, skriver en psykiatrisk sykepleier, som er urolig for det som skjer. Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

I punkt 5.5 står dette: «Sykepleieren har rett til å forvente respekt og støtte fra kolleger og arbeidsgiver når hun/han melder fra om kritikkverdige forhold.»

Kapitel 1, punkt 1.6 i YER omhandler etisk refleksjon: «Sykepleieren anvender de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid, og bidrar aktivt til etisk refleksjon i hverdagen.»

BRUDD PÅ MENNESKERETTIGHETER

Helsepersonelloven (2) peker på en plikt til å melde fra om forhold som kan medføre fare for pasientens sikkerhet. I forarbeidene til helsepersonelloven er det forutsatt at «forhold som kan medføre fare for pasientens sikkerhet» skal tolkes strengt. Situasjonen må være av en slik art at det er sannsynlig eller åpenbart at pasientens helsetilstand kan forverres, at pasienten påføres alvorlig skade. Vi som helsepersonell har dermed meldeplikt også om en kollega ikke utfører arbeidet på en forsvarlig måte.

Kapitel 3 § 26 i psykisk helsevernloven (3) beskriver at bruken av tvangsmidler skal gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Kortvarig fastholding regnes som tvangsmiddel (§ 25), og restriksjoner og tvang skal ikke være mer omfattende eller inngripende enn det som er strengt nødvendig for å ivareta de hensynene som ligger til grunn for tiltaket (§ 15).

Rådet for sykepleieetikk vil også understreke at det å bli utsatt for tvang berører menneskeverdet og menneskets rett til frihet som omfattes av menneskerettighetsloven (4). Kapitel 3 i loven omhandler retten til blant annet å ikke bli utsatt for inhuman behandling. Norsk psykiatri har fått anmerkninger fra Den europeiske torturkomitéen (CPT), som har påpekt grovt brudd på menneskerettigheter innen norsk psykiatri. Vi mener konsekvensen av anmerkningen er at det påhviler et økt ansvar for helsepersonell innen norsk psykiatri å være ekstra

aktpågivende med ivaretagelse av mennesker underlagt psykisk helsevern.

Avslutningsvis og som en konklusjon vil rådet berømme innsenderen av saken for årvåkenhet til det beste for pasientene. Rådet mener sykepleieren opptrer reflektert og benytter YER-retningslinjene aktivt, tar opp situasjoner som kan være klanderverdige, og det han mener er etisk uforsvarlig. Sykepleieren tar også saken opp med den det gjelder og følger linjen.

Vi tenker videre at slik innsenderen beskriver pasientsituasjonen og miljøet rundt, er det grunn til å spørre om det i større grad kan reflekteres mer rundt etiske dilemmaer i avdelingen?

Spørsmål til leseren: Hvilke etiske refleksjoner praktiseres på din avdeling rundt tvang og tvangsproblematikk? ●

REFERANSER

1. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/7036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (nedlastet 04.03.2019).
2. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 04.03.2019).
3. Forskrift 1. september 2017. Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernloven) Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-01-1258> (nedlastet 04.03.2019).
4. Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30> (nedlastet 04.02.2019).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Forfatterveiledning for fagartikler

Hvis du ønsker å sende inn en fagartikkel til Sykepleien, kan du lese her for å få hjelp til å komme i gang.

Har du skrevet en presentasjon av et fagutviklings- eller forskningsarbeid, eller en beskrivelse av pasientsituasjoner, arbeidsmiljø, ledelse eller kvalitetsarbeid relatert til helse- og omsorgssektoren?

Har du skrevet en oppgave i master- eller videreutdanning?

Da ønsker vi en fagartikkel fra deg!

ARTIKKELENS INNHOLD OG LENGDE

En artikkel bør ikke være lengre enn maksimalt 15 000 tegn (med mellomrom).

Avgjør først hva du vil fortelle. Lag gjerne arbeidstittel og ingress før du starter å skrive. Avgjør hva som er viktig å få med, ellers kan artikkelen gjerne bli for lang. Artikkelen bør som regel ha ett tema, men det er ingen regel uten unntak, da flere problemstillinger kan høre sammen.

Budskapet eller nye funn skal presenteres med én gang. Deretter bør det være en kort presentasjon av hensikten med eller bakgrunnen for undersøkelsen eller prosjektet, og eventuelt en kort metodebeskrivelse.

Artikkelens hovedinnhold skal være resultater og erfaringer, og konklusjonen skal vise konsekvensene funnene har, eller bør ha, for praksis eller forskning.

SKRIV ENKELT, PERSONLIG OG KONKRET

Artikkelen må ikke ha vært trykket eller publisert andre steder.

Les hele forfatterveiledningen før du sender inn et manuskript.

SPRÅKFØRING

Sykepleien tilstreber at språket i artiklene er lettfattelig og tydelig. Nedenfor finner du noen tips til godt språk:

Aktiv setningsoppbygging

Skriv aktiv fremfor passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)

Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøkte ...?)

«Dette» og «disse»

Prøv også å unngå for mange «dette» og «disse», som gjør teksten uklar. Forklar heller hva du mener.

Faguttrykk og forkortelser

Forklar faguttrykk, enten i parentes eller i teksten. Skriv hele ordet første gang i teksten hvis du videre ønsker å benytte en forkortelse.

REFERANSER

I en fagartikkel kreves det at man belegger fakta, henvisninger og påstander med kilder. Det er derfor svært viktig å ha nøyaktige referanser. Referanselisten bør inneholde maksimalt 25 referanser.

Referansene skal settes opp etter Vancouver-stilen. Vancouver-stil i løpende tekst:

- referansen angis med et tall i parentes bak referansen
- hvis du refererer til et verk mer enn én gang,

skal du bruke samme nummer som første gang referansen ble brukt

- hvis du henviser til flere kilder i den samme setningen, oppgi disse slik: (2–4), dvs. 2, 3 og 4, og (2–4, 8) dvs. 2, 3, 4 og 8
- referanse må angis også når forfatterens navn står i setningen

Eksempler på korrekt føring av referanselisten:

Artikkel:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2008 mai; 45(5):668–81.

Bok:

2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.

Kapittel i bok:

3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød*. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.

Rapport:

4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tværfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef Rapport A28053.

Rapporter og tilsvarende på nett:

5. Helsedirektoratet. *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalt-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

Lover og forskrifter:

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

NOU-er:

7. NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

Stortingsmeldinger:

8. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

Doktoravhandlinger og tilsvarende:

9. Humerfelt K. *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan*. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

FIGURER OG TABELLER

For mange tall i teksten er lite leservennlig. Tabeller, diagrammer eller figurer kan lette fremstillingen.

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer eller tabeller (fortrinnsvis tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

BILDER

Hvis du har gode breddebilder som kan passe som hovedbilde til artikkelen, må du gjerne legge dem ved. Også andre bilder som illustrerer artikkelen, kan vedlegges.

Bilder må sendes i egne bildefiler. Hvis det er gjenkjennbare mennesker på bildet, må vi vite navn på den eller dem som er med på bildet, og de må ha gitt sin godkjenning til at bildet skal kunne publiseres i *Sykepleien*. Annen informasjon om bildet skrives under bildet, sammen med fotografens navn. Vi må også ha fotografens tillatelse til å bruke bildet.

INTERESSEKONFLIKT

Når du sender inn manuskriptet, ber vi deg oppgi eventuelle interessekonflikter.

Eksempler på interessekonflikter:

1. Hvis du i løpet av de siste fem årene har mottatt økonomisk støtte (honorar, reisetilskudd, bevilgninger, forskningsmidler eller liknende) fra en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
2. Hvis du i løpet av de siste fem årene har vært ansatt i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
3. Hvis du har aksjer eller andre økonomiske interesser i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
4. Hvis du har en binding, et livssyn, utfører oppgaver eller innehar et verv som kan påvirke din habilitet.
5. Hvis du har tilknytning som nevnt i forvaltningsloven § 6 første ledd til personer/aktører som omfattes av punkt 1–3 ovenfor.

VURDERING AV MANUSKRIFTET

I første omgang foretar redaktøren en vurdering av om artikkelmanuskriptet enten aksepteres, sendes tilbake til forfatteren for revidering eller refuseres. Redaksjonen tilstreber rask tilbakemelding til forfatteren hvis artikkelmanuskripter som sendes til oss, blir akseptert for publisering.

Hvis manuskriptet aksepteres, sendes teksten videre for teknisk og språklig bearbeiding og følges opp av redaksjonen. Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid. Forfatteren vil få det språkvaskede manuskriptet tilbake for gjennomlesing.

Er du med i en faggruppe i Norsk Sykepleierforbund?

Redaksjonen i Sykepleien ønsker å samarbeide med faggruppene om utgivelse av fagartikler. Vi kan være med og veilede på din fagartikkel.

I tillegg til at fagartikkelen publiseres på sykepleien.no, kan faggruppene publisere artikkelen i sine nyhetsbrev, på hjemmesider eller i fagblad.

Ta kontakt med redaktøren for ditt fagtidsskrift og/eller fagredaktør i Sykepleien Torhild Apall Dybvik torhild.apall@sykepleien.no eller Eli Smedstad eli.smedstad@sykepleien.no hvis du har spørsmål om fagartikler.

Vi forbeholder oss retten til å endre tittel, mellomtitler og ingress.

Sykepleien publiserer alle fagartiklene på nettsiden sykepleien.no og på Sykepleiens Facebook-side. Artikler kan også trykkes i Sykepleiens temautgaver.

INNSENDING AV MANUSKRIFTET

Artikkelen sendes inn via vårt nettbaserte manuskriphåndteringssystem, ScholarOne, via følgende nettside: <https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

Forfattere oppretter en konto og laster opp artikkelen med vedlegg, følgebrev, portrettbilder og eventuelle andre dokumenter.

Følg instruksene øverst på hvert skjermbilde. Du kan også få hjelp via våre instruksjonsvideoer: Videoene ser du på nettsiden. Bruk QR-koden sist i forfatterveiledningen.

Hvis du får problemer under innsendingen, kan du ringe 22 04 33 49.

Etter innsendelsen får du automatisk bekreftelse på at vi har mottatt manuskriptet. Etter at fagartikkelen er publisert, mottar du et honorar. ●

Lykke til med skrivingen!

Oppdatert 08/2019



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Forfatterveiledning for forskningsartikler

Hvis du ønsker å sende inn en forskningsartikkel til Sykepleien Forskning, får du viktig informasjon her.

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kunnskapsbasen for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Sykepleien Forskning publiserer vitenskapelige artikler som samsvarer med dette målet.

Sykepleien Forskning henvender seg til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere for å bidra til at den publiserte kunnskapen leses og benyttes i fagutvikling samt teoretisk og empirisk forskning.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskap raskt når ut til mange lesere. Sykepleien Forskning inviterer av og til en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren lenkes til artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, kan lenke til artikkelen sin på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i, sosiale medier eller andre kanaler.

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, må følge det som står i denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

DOBBELT- ELLER SEKUNDÆRPUBLIKASJON

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert

i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjon eller arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatter(ne) opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Om du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktør for avklaring.

LENGDE PÅ MANUSKRIFTET

Antallet ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser). Unntak kan gjøres for systematiske litteraturoppsummeringer.

FORMAT OG OPPSETT

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives elektronisk i Microsoft Word-programmets .doc-form.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatter(ne) må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Høyremargen skal ikke være rett.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Figurer og tabeller fremstilles sist i hovedmanuskriptet.
- Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

MANUSKRIFTETS INNHOLD

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Hovedmanuskriptet (*main document*) skal ha følgende innhold:

1. Tittelside

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antallet tegn (inkludert ordmellomrom) og antallet ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antallet figurer og tabeller

2. Sammendrag (abstract)

Forfatter(ne) fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av hele artikkelen, inkludert sammendraget, til engelsk.

TEKST

Overskriftene (mellomtittlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

- Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)
- Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal forklares første gang de forekommer i teksten.

Du finner gode tips til skriving i det hvite feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside (fanen Forskning på sykepleien.no), kalt «Skrive for Sykepleien Forskning?».

OPPBYGGING AV SELVE ARTIKKELEN

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken og **bakgrunn** for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Denne delen avsluttes for eksempel med: «Hensikten med studien er å ...»

Det styrker artikkelens kvalitet om en problemstilling leder frem til artikkelens hensikt og forskningsspørsmål.

Metodedel. Her beskrives og begrunnes forskningsdesign og metoder: utvalg og utvelgelsesprosess, datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn), bearbeiding og analyse av dataene, og godkjenning av REK eller Personvernombudet/NSD (oppgi referansenummer) og andre relevante instanser.

Hva forfatter(ne) gjorde for å ivareta studiens reliabilitet og resultatenes validitet, bør det gjøres rede for. Tillatelser til bruk av eksisterende spørreskjemaer må være innhentet.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren.

Ved bruk av kvalitative metoder bør forfatter(ne) ha illustrert analyseprosessen, det vil si hvordan du kom frem til resultatene, i en figur eller en tabell/matrix i metodedelen.

Diskusjon. Studiens resultater diskuteres i

relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og annen internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metode-diskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres.

Konklusjon. Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

FIGURER OG TABELLER

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referan-sene). Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/ tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

REFERANSER

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser bør ikke overstige tretti. For artikler som beskriver litteraturstudier, gjelder ikke begrensningen i antallet referanser.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai; 45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.

5. HelseDirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

7. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

8. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

9. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

FORSLAG TIL HABILE FAGFELLER

Artikkelforfatter(ne) må foreslå minst to habile fagfeller. Fagfeller kan ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan skape tvil om habiliteten.

FØLGEBREV TIL REDAKTØR (COVER LETTER)

I følgebrevet må forfatterne oppgi

- hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer
- en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere
- en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse

INNSENDING AV MANUSKRIFT

Artikkelen og alle medfølgende dokumenter lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskript-håndteringssystem ScholarOne, via følgende nettadresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

VRDINGSPROSESSEN

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren og en medredaktør en

vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter(ne) for revidering eller oversendes til fagfeller (*referees/reviewers*) for nærmere vurdering.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelle-vurdering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg på manuskripthåndteringssystemet ScholarOne kan du følge med på hvor manuskriptet ditt er i vurderingsprosessen.

INNSENDING AV REVIDERT MANUSKRIFT

Etter fagfelle-vurderingen blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med det reviderte manuskriptet i ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer i det reviderte manuskriptet skal markeres med rød skrift.

Revidert manuskript og «Author's response» lastes opp i ScholarOne. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren eller gå til «Author» i ScholarOne.

GODKJENNING AV MANUSKRIFT

Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding (inkluderer også titelen) og følges opp av manusredaktøren.

Forfatter(ne) mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning.

Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

OVERSETTING TIL ENGELSK

Alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning blir oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.

Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesing før publisering.

KRAV TIL MEDFORFATTERSKAP

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komitéenes anbefalinger om å følge Vancouver-reglene for medforfatterskap.

Alle forfatterne skal ha deltatt i arbeidet i et slikt omfang at hver av dem kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet i artikkelen.

Alle av følgende kriterier skal være oppfylt:

- Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data
- Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold
- Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres
- Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen deler av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt

Vancouver-reglene med utdypninger finnes på følgende nettsider: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Bruke+referansestilen+Vancouver> og <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvar for og opphavsrett til innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen.

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Sykepleien Forskning er i kontakt med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson, og det er kontaktpersonens ansvar å videreformidle fagfellenes vurderinger og redaksjonens beslutninger til eventuelle medforfattere.

INTERESSEKONFLIKTER

Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis under punktet «Kartlegging av mulige interessekonflikter» når manuskriptet sendes inn. Det er ikke nødvendig å sende inn selve dokumentet «Erklæring om interessekonflikter». ●

Oppdatert 08/2019



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



sykepleienjobb.no

Skann QR-koden og kom rett til Sykepleiens stillingsportal.

Her finner du stillinger som er relevante for deg som er sykepleier.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Sykepleien



"Takk, bare bra..." (Tbb) er et kurs i forebygging og mestring av depresjon, spesifikt rettet mot personer over 60 år. Kurset bygger på kognitive metoder, og er basert på kunnskap og erfaringer fra KiD (Kurs i depresjonsmestring).

Bli Tbb-kursleder!

Kurslederopplæringen vil gi deg kompetanse og sertifisering til selv å holde Tbb-kurs, enten det er i egen kommune, virksomhet eller foretak. Opplæringen foregår over fire dager, basert på forelesninger, gruppeøvelser og trening som kursleder. Dersom du har godkjenning som KiD-instruktør kan du delta med reduserte antall kursdager. For å bli kursleder må du være helsepersonell med minimum treårig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning.

Opplæringen holdes av Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo kommune. Opplæringen skjer hver vår og høst. Kontakt oss, eller besøk vår hjemmeside for mer informasjon om kurslederopplæringen, datoer, pris og påmelding!

Kurset går over 4 dager, 14- 17 oktober.



www.oslo.kommune.no/sff



sff@syke.oslo.kommune.no



[@SFFOslo](https://www.facebook.com/SFFOslo)



MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80



Vil du bli psykotraume terapeut?

Helhetlig, tverrfaglig psykotraume videreutdanning i Oslo, Tromsø og Bodø

Målet med videreutdannelsen er å gi en grundig innsikt i moderne psykotraumeteori og - behandling for voksne ungdom, barn og familier.

I løpet av utdanningsforløpet lærer du blant annet:

- Hvordan psykotraume påvirker enheten kropp/psyke
- Hvordan komme ut av traumatiserende belastninger
- Å arbeide med med loPT - intensjonsmetoden

Undervisningen er lagt opp som helgesamlinger, kan kombineres med full jobb og er åpen for alle med helse-, pedagog- eller sosialfaglig bakgrunn.

* Gir rett til tittelen registrert loPT Traumeterapeut ved fullfør utdanning.
* 12 moduler a 4 dager innenfor 2 år

Påmelding og informasjon : iopt.no/videreutdanning

☎ +47 91 66 72 11 ✉ marta@iopt.no

Velkommen!



+VAKTROMMET®

Gode tilbud til bedrifter som trenger mye utstyr.

- Migenic - hygienisk navnskilt og utstyrsholder i ett →
- 100% silikon
- Kan dekontamineres

Vaktrommet AS
www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497



VERDENSDAGEN FOR SELVMORDSFOREBYGGING

10. SEPTEMBER 2019, KL. 08.30–16.00
SIGRID UNDSETS HUS, UIA


PROGRAM

- 08.30 Registrering og kaffe
- 09.00 Velkommen v/ prosjektleder, Torstein Garcia de Presno og rektor på UiA, Sunniva Whittaker
- Åpning ved Stortingsrepresentant Kari Henriksen, Sekretær i Helse – og Omsorgskomiteen.
- Presentasjon av Musikk og kunst-prosjekt på ABUP
- 09.35 «Hvorfor er det så vanskelig for voksne å spørre?»
Ane Ugland Albæk, Universitetslektor, Universitetet i Agder, PhD-kandidat, Universitetet i Bergen
- 10.30 «Barn som har opplevd vold i nære relasjoner - hva trenger de fra skolen?»
Sabreen Selvik, Førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold
- 11.15 Lunsj
- 12.00 «Hva ønsker barn av rusmisbrukere seg av voksne?»
Marius Sjømæling, Generalsekretær i Barn av rusmisbrukere – BAR.
- 13.00 «Å snakke med barn og ungdom etter selvmordet»
Magne Raundalen, Barnepsykolog og bestefar
- 15.00 «Når barn sier at de har selvmordstanker, hva gjør vi?»
Mogens Albæk, Psykologspesialist Statens Barnehus, Dr. Philos
- 15.45 Musikk fra Musikk og kunst-prosjekt på ABUP
- 16.00 Slutt



JOBBER DU MED SORGPROBLEMATIKK OG HAR HELSE- ELLER SOSIALFAGLIG UTDANNING?

- Bli CGT-terapeut!

 Søknadsfrist 15. november 2019

 Les mer på www.uio.no/cgt

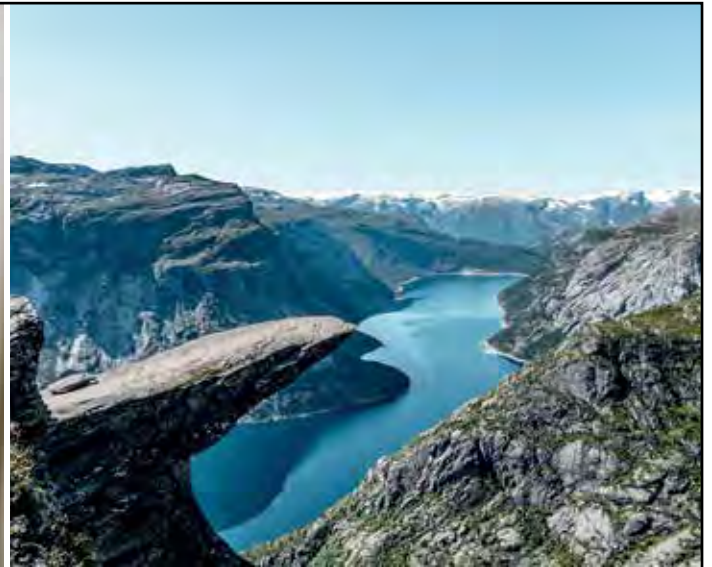


Stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no finner du kun stillinger som er relevante for deg som sykepleier. Portalen fungerer like bra på alle skjermstørrelser. Den er like enkel å bruke på mobil eller brett som hjemme foran PC-en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV slik at det er enkelt å søke på jobb.

Din neste jobb finner du på sykepleienjobb.no

Sykepleien jobb.no



Ny avtale – bedre betingelser til deg

Dedicare har fått ny avtale med alle sykehusene i Norge. Vi har flere ledige oppdrag enn noen gang fra Hammerfest i Nord till Oslo i Sør.

Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske, og som er spesialisert på bemanning til sykehus og kommuner over hele Norge.

Vi dekker din reise og bolig. Om du er nyutdannet eller har lang erfaring så har vi jobb til deg. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info!

www.dedicare.no/nurse
+47 74 80 40 70 rekruttering@dedicare.no

DEDICARE