

Sykepleierutdanningene er urovekkende ulike innen psykisk helse og rus

NSF har gjort en uformell kartlegging av fagområdet psykisk helse og rus i utdanningene. De fant variasjoner som gir grunn til bekymring for pasientsikkerheten i tjenestene.

Unn Hammervold

Psykiatrisk sykepleier, stipendiat og universitetslektor
Universitetet i Stavanger

Bjørn Lydersen

Seniorrådgiver helsepolitikk
Fag- og helsepolitisk avdeling, Norsk Sykepleierforbund

Eva Østvik

Seniorrådgiver helsepolitikk
Fag- og helsepolitisk avdeling, Norsk Sykepleierforbund

Sykepleierutdanning

Mastergradsutdanning

Kvalitet

Sykepleien 2022;110(88559):e-88559
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.88559

Hovedbudskap

Retningslinjer for grunnutdanningene i helse- og sosialfag, RETHOS 1, har som formål å sikre en felles sluttkompetanse. Norsk Sykepleierforbund (NSF) har gjennomført en uformell kartlegging innen fagområdet psykisk helse og rus og funnet variasjoner som gir grunn til bekymring. Store variasjoner kan være en trussel mot kvaliteten og pasientsikkerheten i tjenestene. Det gir også ulik kompetanse for sykepleiere.

Det har siden høsten 2017 pågått et stort utviklingsarbeid for å utvikle nasjonale retningslinjer for utdanningene innen helse- og sosialfag (RETHOS 1,2 og 3).

RETHOS 1 omfatter de åtte helse- og sosialfagutdanningene som hadde rammeplan, deriblant bachelorutdanningen i sykepleie. RETHOS 2 omfatter de øvrige helse- og sosialfaglige utdanningene som ikke hadde rammeplan, og RETHOS 3 omhandler videreutdanninger og mastergradsutdanninger.

RETHOS-prosjektet har etter oppdrag fra Kunnskapsdepartementet utarbeidet forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid for sykepleiere (RETHOS 3). Dette forslaget har vært ute til høring, og programgruppen arbeider nå med tilbakemeldingene.

Et av formålene med forskriften er å sikre at kandidater med samme utdanning får en felles sluttkompetanse, uavhengig av hvilken utdanningsinstitusjon de er utdannet ved.

«Det er rom for individuelle variasjoner i utdanningsinstitusjonene.»

Forskriften slik den nå foreligger, gir de ulike utdanningsinstitusjonene føringer for innholdet, men ikke omfanget av de ulike emnene eller vurderingsformer. Det er dermed rom for individuelle variasjoner i utdanningsinstitusjonene, for eksempel om hvordan praksisutdanningen kan organiseres.

Forslaget til forskrift for nasjonale retningslinjer for sykepleiere med mål om felles sluttkompetanse bidro til vår nysgjerrighet om å se nærmere på innholdet i emnet psykisk helse- og rusutfordringer i bachelorutdanningene i sykepleie.

Vi ønsket å få et bilde av i hvilken grad studenter i den fremtidige masterutdanningen vil ha en felles grunnkompetanse å bygge videre på ved studiestarten.

Retningslinjen erstatter de gamle rammeplanene

Bakgrunnen for RETHOS var at tjenestene erfarte at de nyutdannede kandidatene ikke imøtekom krav til tjenestenes forventninger og kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene.

Det var også store variasjoner i utdanningene, noe som kunne ha betydning for kvaliteten og pasientsikkerheten. Programgruppene som har utarbeidet retningslinjene, har bestått av representanter fra utdanningene, relevante helse- og velferdstjenester og studentene.

Retningslinjene erstatter de gamle rammeplanene og er en del av det nye styringssystemet, som har som mål at utdanningene er fremtidsrettede og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov.

Programgruppen for bachelorutdanningen i sykepleie unngikk bevisst å trekke inn bestemte diagnosegrupper i sitt forslag til nasjonale retningslinjer.

De ønsket likevel å sikre kompetanse og kvalitet innen fagområder og grupper av pasienter og brukere som man ser vil ha økt behov for helse- og omsorgstjenester i fremtiden. Derfor er det kun psykisk helse, rus og avhengighet samt barn og Eldres særegne behov som eksplisitt er beskrevet i retningslinjene.

Det nye styringssystemet skal verken beskrive undervisningsformer, læringsaktiviteter, omfang av kompetanseområder og -emner i de lokale programplanene, vurderingsformer eller pensum. Likevel skal styringssystemet sikre kandidatene en felles sluttkompetanse uavhengig av utdanningssted. Her kan det oppstå utfordringer som vi ønsket å kartlegge nærmere.

Hva gjorde vi i kartleggingen?

Innledningsvis oppsøkte vi de ulike utdanningsinstitusjonenes hjemmesider for å få en oversikt over organiseringen av og innholdet i emnet psykisk helse- og rusutfordringer i bachelorutdanningen i sykepleie.

«Vi laget et enkelt spørreskjema for å få innsikt i de ulike emneplanene innen psykisk helse- og rusutfordringer.»

Det ble umiddelbart klart at beskrivelsene varierte i så stor grad at det var vanskelig å få et bilde av emnets plass i utdanningene. Vi laget derfor et enkelt spørreskjema for å få innsikt i de ulike emneplanene innen psykisk helse- og rusutfordringer. Spørreskjemaet sendte vi ut i april 2021.

Vi ba om informasjon om hvilke semestre emnet var satt opp i, emnebeskrivelser og læringsutbytter, omfanget av pensum der brukerkompetanse ble spesifikt etterspurt, læringsaktiviteter, omfang og arenaer for praksisstudier og foreleseres og veilederes kvalifikasjoner.

Hva svarte utdanningsinstitusjonene?

Vi fikk tilbakemelding fra alle 13 utdanningsinstitusjonene. Tilbakemeldingene var svært varierte – fra korte svar på hvert spørsmål til en kopi av emnebeskrivelsene som gikk over flere sider. De var dermed lite sammenliknbare.

Antallet studiepoeng varierte fra 5 til 30, men emnene var ulikt bygd opp – fra å være et selvstendig emne til at psykisk helse- og rusutfordringer inngikk i bredere emner.

Omfanget av pensum varierte fra 235 til 1000 sider og inkluderte alt fra lærebøker i psykiatri, rus og sykepleie til lover og forskrifter, nettsteder, videoer etc. Vurdering av sluttkompetansen varierte også fra summative til formative vurderinger.

Det var store variasjoner i svarene om brukerkompetanse. Det gjaldt både pensum og i hvilken grad utdanningsinstitusjonene benyttet forelesere med erfaringskompetanse. Svarene her varierte fra i stor grad til i liten grad.

Kompetansen til veiledere i praksis viste seg også å variere. Noen læresteder var klare på at det kun var sykepleiere, som regel spesialsykepleiere eller sykepleiere med master/ph.d., som var praksisveiledere. Andre oppga andre yrkesgrupper som vernepleiere, barnevernspedagoger, sosionomer og psykologer.

Hva forteller resultatene oss?

Resultatene av kartleggingen indikerer at det er store forskjeller i emnet psykisk helse- og rusutfordringer mellom bachelorutdanningene i sykepleie. Det kan medføre at studentene har svært ulik sluttkompetanse når de avslutter sin bachelorutdanning. Variasjonene i omfang og innhold kan få følger for kandidatens ansvars- og funksjonsområder i tjenestene.

En tidligere rapport i regi av Norsk Sykepleierforbund (1) avdekket de samme mønstrene når det gjaldt bachelorutdanningene i sykepleie som helhet. Videre konkluderte den med at forskjellene i læringsutbyttebeskrivelser og ulik praksis «neppe vil gi felles sluttkompetanse».

«Variasjonene i omfang og innhold kan få følger for kandidatens ansvars- og funksjonsområder i tjenestene.»

Norske myndigheter gir klare føringer om kunnskapsbaserte tjenester, noe som kommer til uttrykk i lovteksten (2), nasjonale veiledere (3) og forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (4).

Å arbeide kunnskapsbasert innebærer å bruke både forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap der de ulike kunnskapsformene skal anerkjennes som likeverdige. Videre slås det fast at sentrale perspektiver som empowerment og recovery bør prege tjenesteytingen (3).

Den psykiske helsetjenesten i Norge, særlig spesialisthelsetjenesten, synes imidlertid fortsatt å være preget av at brukernes erfaringskunnskap i liten grad blir etterspurt og anerkjent.

Selv om brukerkunnskap og brukermedvirkning har fått større plass i psykisk helsetjeneste de siste tiårene, erfarer vi stadig det biomedisinske kunnskapsgrunnlagets dominerende posisjon i tjenestene (5). Følgelig blir det lite rom for recovery-orienterte praksiser og opplevd recovery-støtte hos brukerne.

Brukerkompetanse i utdanningene varierte

Funnene i vår kartlegging viser at brukerkompetanse hadde en svært varierende plass i utdanningene. Det kan være utfordrende, da sykepleierne har en sentral rolle i å gjennomføre og planlegge omsorg til mennesker med psykisk helse- og rusutfordringer.

Behandlingsforskningen viser at relasjon er av stor betydning for brukernes opplevelse av god hjelp (6). Her har sykepleiere unike muligheter, da vi er til stede 24/7 i døgntilbudene og ellers i alle deler av tjenestetilbudene.

Tjenestenes – og følgelig sykepleiernes – faglige ideologi og syn på psykisk helse- og rusutfordringer vil imidlertid komme til uttrykk i møtene mellom brukeren og sykepleieren.

«Funnene i vår kartlegging viser at brukerkompetanse hadde en svært varierende plass i utdanningene.»

Sykepleiere som på bakgrunn av sin grunnutdanning hovedsakelig bruker forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, og i liten grad brukes og pårørendes brukerkunnskap i sin sykepleieutøvelse, vil følgelig opptre i rollen som ekspert i møte med brukeren.

En slik holdning vil rette oppmerksomheten mot sykdomsorientering og følgelig i liten grad stimulere til empowerment og recovery, som ifølge myndighetene skal prege tjenesteutøvelsen (3, 7).

Tilbakemeldingene indikerer at nyutdannede sykepleiere både vil ha ulike sluttkompetanse og ulike holdninger i møter med mennesker med psykisk helse- og rusutfordringer. Dette kan også få betydning for den nye masterutdanningen for sykepleiere.

Det er behov for en bredere kartlegging

I utkastet til forskrift om nasjonale retningslinjer beskrives læringsutbyttene som at studentene skal tilegne seg «inngående» og «avansert» kunnskap.

Da kompetanseområder og læringsutbytter er svært omfattende, finner vi det betimelig å spørre om dagens forskrift om nasjonal retningslinje for bachelor i sykepleie i tilstrekkelig grad sikrer at masterstudentene har et felles utgangspunkt ved studiestart.

Flere av utdanningsinstitusjonene var ikke ferdig med revisjon som følge av forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (4). Svarene kunne muligens ha blitt annerledes dersom spørreskjemaet hadde blitt sendt ut senere på året.

Vi mener det vil være behov for en bredere kartlegging av organiseringen av og innholdet i emnet psykisk helse- og rusutfordringer i bachelorutdanningen i sykepleie.

Referanser

1. Amundsen M, Sverdrup S, Rasmussen I. Lik sluttkompetanse – visjon eller virkelighet? Oslo: Vista Analyse; 2021. Rapport nr. 2021/02.
2. Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven> (nedlastet 20.02.22).
3. Helsedirektoratet. Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne> (nedlastet 16.11.2021).

4. Forskrift 15. mars 2019 nr. 412 om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412?q=forskrift%20om%20nasjonal%20retningslinje> (nedlastet 20.02.22)
5. Aarre TF. En mindre medisinsk psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
6. Lambert MJ. Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. I: Norcross JC, Goldfried MR, red. Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic; 1992. s. 94–129.
7. Karlsson B, Borg M. Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.

NYHETER

Nå får sykepleierne egen master i rus- og psykisk helsearbeid

FAGUTVIKLING

Masterkompetanse for sykepleiere er viktig og nødvendig i psykisk helsearbeid

Gjennom masterutdanningen lærer sykepleiere å vurdere forskning og ny kunnskap. Det kan omsettes til konkret handling i det kliniske arbeidet sammen med brukerne.

Mastergradsutdanning

Sykepleierutdanning

Den franske filosofen og idehistorikeren Michel Foucault skriver i *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception* (1) at klinisk medisin helt frem til slutten av det 18. århundret relaterte seg mye mer til helse enn til normalitet.

Søkelyset var på hvilke kroppslige funksjoner pasienten mister til sykdom, som det er medisinfagets oppgave å gjenopprette. 1900-tallsmedisin la større vekt på normalitet, og kroppslige avvik ble evaluert opp mot en standard av hva som var normalt (1).

Medisinfaget startet ikke med en analyse av en ordinær funksjon for deretter å utforske hvor avviket lå, slik at kroppen kunne settes tilbake til en normal tilstand. Utøveren av medisin relaterte seg heller til kvaliteter knyttet til allmenn helse, smidighet og bevegelse (1).

Ulike kunnskapssyn påvirker våre handlinger

Hva er viktigst: å gjenopprette helsen eller å måle pasienten etter en standard for hva samfunnet anser som normalt? Spørsmålet er essensielt fordi det viser et skifte av kunnskapssyn og hvordan samfunnet ser på helse.

Spørsmålet viser til to ulike kunnskapssyn. Helse i nåtid preges av et sunnhetsideal som det er vanskelig å leve opp til. Det skal lite til for å avvike fra en «normal» standard. Ulike kunnskapssyn bestemmer våre handlinger som profesjonelle fagpersoner.

Epistemologi er den innsikten og de teoriene som styrer det kliniske blikket og avgjør hvordan vi tilnærmer oss pasienten, og hvilken behandling som anses som best mulig praksis.

Det er samspill mellom kropp, erfaring og mening

Sykepleiere arbeider ut fra grunnleggende prinsipper som de tilegner seg i utdanningen. Observasjoner av huden, pusten, søvnen, kostholdet og balansen mellom aktivitet og hvile hos pasienten ligger i ryggmargen til sykepleiere.

Viktigheten av frisk luft, dagslys og kartlegging av motiverende faktorer som bidrar i personens egen bedringsprosess, står i fokus.

Som spesialsykepleier innen psykisk helse- og rusarbeid utvikles kompetansen knyttet til et helhetlig menneskesyn ytterligere med en utvidet forståelse for relasjonsarbeid og kommunikasjon mellom mennesker.

Et viktig bidrag fra denne utdanningen som jeg vil trekke frem, er kunnskapen om hvordan krenkelser i tidlig alder manifesterer seg som helseplager senere i livet, både somatiske og psykiske. Samspillet mellom kropp, erfaring og mening i tilværelsen er til sammen grunnleggende for at det enkelte individ oppnår god helse (2).

Kort sagt er det samspillet mellom kropp, erfaring og en opplevelse av mening i tilværelsen og livet som til sammen gir god helse for det enkelte mennesket. Et eksempel på at samfunnet i dag måler mennesker etter en standard av hva som er normalt, er pakkeforløpene i helsevesenet.

Hvert individ er unikt og har ulike behov også tidsmessig for hvor raskt tilheling skal skje. Disse individuelle behovene er sykepleieren i en særposisjon til å kartlegge på en systematisk måte.

Sykepleieren er nærmest brukeren

Sykepleieren er den som er nærmest brukeren mesteparten av tiden. Det gjelder både i somatikken og i psykisk helsevern. Masterkompetanse hos sykepleiere er ikke bare relevant og anvendbart, men en fremtidig nødvendighet for å sikre høy kvalitet i helsetjenestene.

Kunnskap sprer seg og kommer kollegaer til gode. Diskusjoner i hverdagen er gode arenaer for å utveksle faglig kunnskap. Helhetlig sykepleie er, som Lill Sverresdatter Larsen poengterer, å se hele mennesket med både soma og psyke, kropp og sinn (3).

Jeg vil tilføye at sykepleieren også må se individet med både somatisk sykdom og psykiske plager i kombinasjon i et historisk og helhetlig samfunnsperspektiv. Derfor er det avgjørende for helsevesenet, i et helhetlig perspektiv av og med soma og psyke, at sykepleiere fullfører hele masterutdanningen.

«Masterarbeidet gjør sykepleieren i stand til å se sitt eget yrke med et utenfrablikk og bevisstgjøre seg selv.»

Det siste selvstendige forskningsarbeidet i et masterforløp er den viktigste delen som setter en avgjørende brikke på plass. Masterarbeidet gjør sykepleieren i stand til å se sitt eget yrke med et utenforblikk og bevisstgjøre seg selv.

Sykepleieren vil kunne påvirke kollegaer på det aktuelle arbeidsstedet om hvor viktig det er å tenke kritisk om egen praksis. Arbeidsgivere må vise entusiasme over at sykepleiere bidrar til kunnskapsutvikling i sitt spesifikke arbeidsfelt, en kunnskap som selvfølgelig må lønnes deretter.

Brukernes erfaringer er viktig i behandling

Riksrevisjonen (4) kritiserer psykisk helsevern for å øke og ta i bruk ny kunnskap i behandling i for liten grad. Kunnskapsbasert praksis inkluderer forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov.

Riksrevisjonen (4) understreker at brukernes kunnskap er en viktig del av behandlingen hos mennesker med psykiske lidelser. Brukerne og pårørendes erfaringer skal innhentes på flere nivåer, og denne kunnskapen skal komme til nytte.

Brukermedvirkning og pårørendeinvolvering fremheves i Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester i punkt 3.7 (4). Det demonstrerer at erfaringene til brukerne er viktige i behandlingen og må lyttes til i større grad enn hva som er tilfellet i dag.

Masterkompetanse hos sykepleiere kan brukes til ulike formål, og kompetansen er ikke fastlåst til en bestemt stilling høyere i et arbeidshierarki. Et like, om ikke mer, bruksvennlig område for masterkompetanse er der hvor behovet er størst: nærmest brukeren.

Derfor bør ledere imøtekomme og tilrettelegge for at flere sykepleiere kan fullføre en masterutdanning. Det er en utvikling som alle parter og aller mest brukeren vil tjene på i det lange løp. Søkelyset i sykepleie er å gjenopprette helse og gjøre individet i stand til å mestre sin egen hverdag på en subjektiv og tilfredsstillende måte.

Økt standardisering legger et press på den enkelte fagpersonen, og standardiserte verktøy må brukes med klokskap. En fullført masterutdanning setter sykepleieren i stand til å kritisk vurdere forskning og ny kunnskap, og det skjer i praksisnære omgivelser i det kliniske arbeidet sammen med brukeren.

Et masterprosjekt er en lang prosess

Masterutdanningen fullfører videreutdanningen. Vitenskapsteori, etikk og metode er grunnlaget for selve masterprosjektet. Hva er sann kunnskap, og hvordan kan vi finne det?

De vitenskapelige premissene har ulike kunnskapssyn, og kjennskap til ulike syn gir tilgang til et blikk utenfra på ens egen praksis og yrkesrolle. Det er viktig. Selve gjennomføringen av masterprosjektet, et vitenskapelig arbeid, utføres med høy grad av selvstendighet i nært samarbeid med en kvalifisert veileder eller flere.

«Hva er sann kunnskap, og hvordan kan vi finne det?»

Det er en lang prosess å fullføre et masterprosjekt. Det er kompetanse som bygges gradvis, og hele tiden ligger grunnleggende aspekter fra sykepleierutdanningen i grunn. For min del har denne prosessen tilført et utvidet syn på brukerne i daglig praksis.

Mitt prosjekt omhandler erfaringskompetanse i psykisk helsevern. Jeg har lært mye også om meg selv og fått muligheten til å se mitt eget yrke fra uventede vinkler og i lys av teori som var helt ny for meg i starten av prosjektet.

Det har ført til økt nysgjerrighet på mitt eget fagfelt, som er psykisk helsevern, og hvordan politikk, historie og samfunn former ikke bare praksis, men også menneskers holdninger og reaksjonsmønstre.

Masterkompetanse hos sykepleiere må verdsettes

Den økende diagnostiseringen av menneskelig oppførsel tas opp av den danske psykologen Svend Brinkmann og medforfattere i boken *Det diagnostiserte livet: økende sykeliggjøring i samfunnet* (5). Den britiske sosiologen Nikolas Rose stiller spørsmålet om det faktisk er en moderne epidemi av psykiske lidelser i den vestlige verden (6).

Det er viktig med flere og ulike syn på egen praksis og å kunne sette disse synene inn i en overordnet sammenheng. Like viktig er det å møte motstridende syn på en konstruktiv måte.

Evnen til en kritisk vurdering av kunnskap er noe sykepleiere tilegner seg i det selvstendige masterprosjektet. Denne evnen er kjernen til kvalitet i det daglige kliniske arbeidet, både med kropp og sinn. Samfunnets syn på helse i nåtid aktualiserer Foucaults betraktninger.

Er det viktigst å gjenopprette helse eller å måle brukeren etter en standard av hva som er normalt? Spørsmålet illustrerer hvor viktig det er å være seg bevisst hvilket kunnskapssyn en som sykepleier arbeider etter. For det er alltid et kunnskapssyn bak metodene som anvendes i klinisk sykepleie.

Kunnskapssyn endrer seg, og i denne utviklingen er sykepleiere i en unik posisjon til å påvirke sin egen fagutvikling. Masterkompetanse hos sykepleiere må tilrettelegges og verdsettes som den viktige hverdagskompetansen den er i helsevesenet: Det handler om mennesker med både soma og psyke og at ytre samfunnsmessige faktorer er for viktige til å ignoreres i en faglig sammenheng.

Det handler om det kliniske blikket til sykepleieren og å sette helse i sammenheng med konkrete individer og hvordan helse kan gjenoprettes basert på nyutviklet kunnskap. Men mest av alt handler det om det enkelte individet og muligheten til å få være en aktiv borger i samfunnet gjennom å ha god helse.

Referanser

1. Foucault M. The birth of the clinic: an archaeology of medical perception. London: Routledge Classics; 2003.
2. Kirkengen AL, Næss AB. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
3. Larsen LS. Arbeider vi helhetlig for pasienter med psykiske lidelser? Sykepleien; 2021. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/2021/06/arbeider-vi-helhetlig-pasienter-med-psykiske-lidelser> (nedlastet 23.09.2021).
4. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Oslo: Riksrevisjonen; 2021.
5. Brinkmann S, red. Det diagnostiserte livet: økende sykeliggjøring i samfunnet. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.
6. Rose N. Our psychiatric future: the politics of mental health. 1. utg. Cambridge: Polity Press; 2019.

FAGUTVIKLING

Ansatte i helsehus må ha kompetanse i psykisk helsearbeid

Det tverrfaglige prosjektet «Kropp og sjel» førte til at ansatte og studenter i helsehus ble tryggere i møte med pasienter med sammensatte helseutfordringer.

Psykisk lidelse

Tverrfaglighet

Praksisstudie

Prosjekt

Hensikten med «Kropp og sjel» var å bidra til et tverrfaglig kompetanseløft for studenter og ansatte knyttet til temaene samhandling, kommunikasjon og relasjoner i møte med pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer.

Målet var at kompetanseløftet skulle gi bedre helsetjenester for pasientene, bedre tverrfaglig samarbeid og et tryggere arbeidsmiljø for de ansatte. I tillegg var målet at prosjektet skulle bidra til etablering av nye praksisplasser innen psykisk helsearbeid og rus for bachelorstudenter i sykepleie.

Et uttalt helsepolitisk mål er at kvaliteten for sykepleierstudenter i praksis skal være høy, da 50 prosent av studiet er praksisstudier (1).

Flere hadde problemer med rus og psykisk helse

Som en følge av samhandlingsreformen, som trådte kraft i 2012 (2), samlet Oslo kommune i 2015 korttidsavdelinger og rehabiliteringsavdelinger fra alle byens sykehjem i fire helsehus.

Hensikten med å etablere helsehusene var å samle fagkompetanse, redusere liggetid og tilrettelegge for at pasientene kunne reise hjem med videre oppfølging fra hjemmetjenesten, eller alternativt få oppfølging eller behandling på andre institusjoner.

Flere yngre pasienter ble innlagt med rehabiliteringsbehov og hadde samtidig aktive psykiske lidelser og rusproblemer. Det ga personalet mange nye utfordringer. Pasientene var i hovedsak eldre, men enkelte var fra 25 år og oppover.

Målgruppen skulle utvikle et bedre klinisk blikk

Samhandlingsreformen (2) medførte at ansatte og studenter møtte større utfordringer med tanke på å ivareta pasienter med psykiske lidelser i tillegg til fysiske sykdommer og rehabiliteringsbehov.

Det medførte et behov for kompetanseheving i psykisk helsearbeid. Hensikten var at målgruppen for prosjektet skulle få «psykisk helse-briller» på, samt å utvikle et bedre klinisk blikk for å se kropp og sjel i sammenheng.

«Et av tiltakene for å møte behovet for kompetanseheving var prosjektet ‘Kropp og sjel’.»

Et av tiltakene for å møte behovet for kompetanseheving var «Kropp og sjel», et samarbeidsprosjekt mellom avdeling for kvalitet og utvikling i Sykehjemsetaten, Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (SFF/USHT Oslo) og ergoterapi-, sykepleie- og fysioterapiutdanningene ved Oslomet.

Prosjektet ble gjennomført fra 2015 til 2017 og ble støttet med samhandlingsmidler fra Høgskolen i Oslo og Akershus (nå: Oslomet).

Metode

Vi arrangerte fokusgruppeintervju 1 før prosjektoppstarten, der vi intervjuet sju-åtte ansatte i helsehuset om deres egen opplevelse av kompetanse i klinisk psykisk helsearbeid.

I løpet av prosjektperioden arrangerte vi fire tverrfaglige fagseminarer, som var basert på læringsbehovene fra de ansatte fra fokusgruppeintervjuet. Foredragsholderne representerte ulike faggrupper og kom fra spesialisthelsetjenesten, Oslomet og kommunen.

Parallelt med fagseminarene gjennomførte vi tverrfaglige gruppeveiledninger med ansatte og studenter. I tillegg var det ordinær studentveiledning på Oslomet. Gruppeveilederne kom fra Oslo kommune ved SFF/USHT og fra Oslomets institutter for sykepleie, ergoterapi og fysioterapi.

Som et ledd i evalueringen av kompetansehevingsprosjektet gjennomførte vi fokusgruppeintervju 2 etter at prosjektet var avsluttet. Temaet var betydningen av aktivitetene i prosjektet for medarbeiderne.

Etikk

I forbindelse med fokusgruppeintervjuene innhentet vi godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD nummer 48856).

Alle deltakerne i prosjektets fokusgruppeintervjuer fikk informasjon om at det var frivillig å delta, og at de kunne trekke seg uten konsekvenser. De som valgte å delta, fylte ut informert skriftlig samtykke. Alle persondata fra prosjektet er anonymisert.

De ansatte hadde behov for mer kompetanse

I fokusgruppeintervjuet innledningsvis i prosjektperioden kartla vi de ansattes behov for kompetanseheving. Her kom det frem at de hadde behov for kompetanse om psykisk sykdom, miljøterapi og behandlingstilnærming til personer med psykose og uro, spesielt ved risiko for utagering.

Andre problemstillinger deltakerne nevnte, var hvordan man skulle jobbe med pasienter som ikke var motivert for å trene, noe som påvirket rehabilitering og utskrivingsprosessen til deres eget hjem eller boligen/institusjonen.

Fagseminarene og veiledningene var basert på behovene for kompetanseheving som kom frem i fokusgruppe 1. Kunnskap om komorbiditet, for eksempel hvordan psykose eller angst og depresjon kan påvirke pasientens funksjon og motivasjon for å rehabilitere en somatisk tilstand, var etterspurt.

En av de ansatte hadde innledningsvis flere grunnleggende spørsmål: «Hvordan skal jeg klare å hjelpe noen når jeg ikke klarer å nå personen? Hvordan skal jeg oppføre meg? Kan jeg gå inn i deres verden?»

Lovverket skiller ikke mellom fysisk og psykisk helse

Som pasient har man rett til nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det er en forutsetning at kommunen er i stand til å gi forsvarlig hjelp. Ellers må pasienten henvises videre til spesialisthelsetjenesten (3).

Lovverket skiller ikke mellom fysiske og psykiske helseproblemer. Det var derfor en motivasjon for en større satsing på kompetanseheving innen psykisk helsearbeid.

Kunnskap om hvor helsearbeidere kan henvende seg for å få bistand til å håndtere pasienters psykiske vansker, kom frem som et viktig tema: «Når jeg jobber med pasienter som har utfordringer med sin stomi, med kreftbehandling eller palliasjon, så vet jeg hvor jeg henvender meg, men ikke når det gjelder psykiatri.»

«De ansatte var mer nysgjerrige og lurte på hva som kunne være grunnen til atferd som de observerte.»

Etter at prosjektet var avsluttet, arrangerte vi et nytt fokusgruppeintervju. Der kom det frem at de ansatte så på seg selv som mer observante. De oppdaget tegn på depresjon og angst og viste større interesse og forståelse for pasienter med psykose.

De ansatte var mer nysgjerrige og lurte på hva som kunne være grunnen til atferd som de observerte. For eksempel nevnte de at de var mer observante på tegn til initiativløshet, tilbaketrekning, irritasjon og mistenksomhet hos pasientene.

De ansatte tenkte nå på mulige underliggende psykiske årsaker i samhandling med pasientene. De beskrev en større forståelse for psykiske utfordringer og sammenhenger mellom kroppslige og psykiske plager.

Ansatte var mer faglig kompetente etter prosjektet

Ansatte ga i fokusgruppeintervju 2 uttrykk for at de så annerledes på pasientene etter prosjektperioden. De så på seg selv som mer faglig kompetente og hadde større grad av faglig trygghet og selvtillit enn før prosjektet.

En av de ansatte beskrev det slik: «Før tenkte jeg: Å nei, psykisk syk! Nå tenker vi ikke over det i det hele tatt, nå er det bare en del av pasientens problemer.»

Flere av de ansatte fremhevet nytteverdien av å se animasjonsfilmer på fagseminarene. I filmene var det beskrivelser av hvordan personer opplevde å være i en psykose. Det påvirket personalets forståelse for pasientens opplevelse, og en ansatt uttrykte seg slik:

«Det var den verdenen. At det virkelig var sånn de opplever det? Jeg har jo skjønt det, men å se det i bilder, herregud ... at det kunne være virkeligheten deres !?!»

Mer tid var en nøkkel for å lykkes

De ansatte beskrev i fokusgruppeintervju 2 hvordan tid, strukturer, rammer og en oppgavepreget organisering påvirket klinisk daglig praksis og tilbudet til pasientene. De beskrev et dilemma når de hadde ansvar for mange pasienter. Tiden de brukte til relasjonsbygging med en pasient, kunne føre til at andre pasienter måtte vente på hjelp.

Personalet mente at mer tid var en nøkkel for å lykkes. De formidlet at arbeidsrutinene i mindre grad var lagt til rette for tidkrevende relasjonsarbeid, at organiseringen av de daglige gjøremålene og strukturen i avdelingen var mer oppgave- og prosedyreorientert, og at bestillingen fra bydelene som disponerte korttidsplassene, ofte var av somatisk karakter.

«I fokusgruppeintervjuet kom det frem at det er tidkrevende å oppfordre til trening når pasienten ikke er motivert.»

En utfordring dreide seg derfor om hvordan den økte kompetansen i relasjonsarbeid kunne brukes i en oppgavepreget kontekst med mye oppmerksomhet på fysisk funksjon og somatiske problemstillinger.

I fokusgruppeintervjuet kom det frem at det er tidkrevende å oppfordre til trening når pasienten ikke er motivert. En av de ansatte fortalte: «De (pasientene) kan bli fort lei seg, de gråter, de avviser folk og personalet, nekter å få hjelp. Det er bare å gi dem tid, faktisk.»

De ansatte etterlyste klare retningslinjer

De ansatte beskrev betydningen av å skape en relasjon, men at de ikke hadde den tiden som var nødvendig for å følge opp og bygge opp tillit hos pasienter som var redde eller sinte.

De etterlyste klare retningslinjer for praksis innenfor psykisk helsearbeid og mer kunnskap, slik at de kunne handle kunnskapsbasert og utføre praksis på samme måte som i somatikken. De uttrykte et ønske om klare prosedyrer – noe som kanskje kan utfordre relasjonsarbeidets krav om fleksibilitet og skjønn.

Erfaringene fra fokusgruppe 2 viste at den oppgavefokuserte driften i avdelingen etter at prosjektet var over, ble utfordret etter kompetansehevingen. De ansatte fokuserte på tidsbruk i relasjonsarbeid i konkurranse med tid til de praktiske oppgavene.

De diskuterte hvordan kunnskap om godt relasjonsarbeid kunne føre til bedre ivaretagelse av pasienten og gi større handlingskompetanse innen psykisk helsearbeid.

Noe av tanken med å ha «psykisk helse-briller» på var å kunne utvikle et bedre klinisk blikk for å se kropp og sjel i sammenheng. Det kan bidra til at rehabiliteringstiden forkortes og psykiske utfordringer forebygges og ivaretas.

Veiledningene ga studentene bedre innsikt

I prosjektets fellesveiledninger diskuterte deltakerne de ulike profesjonenes tilnærminger og perspektiver. Personer med ulik fagbakgrunn ga veiledning om hvordan sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og helsefagarbeidere kommuniserer med pasienten, og hvilke metoder de bruker (4–6).

I enkelte veiledningstimer var det veiledere fra flere utdanninger, noe som deltakerne fikk stort utbytte av. Deltakerne ga uttrykk for at veiledningene ga dem bedre innsikt i og forståelse for andre profesjoners kompetanse.

«I enkelte veiledningstimer var det veiledere fra flere utdanninger, noe som deltakerne fikk stort utbytte av.»

Det bidro til at de fikk lavere terskel for å kontakte andre yrkesgrupper. Fagseminarene inneholdt temaer som tok utgangspunkt i de ulike profesjonenes perspektiver, hvilket førte til at helsepersonellet uansett profesjon kjente seg godt igjen i de ulike forelesningene.

Det tverrfaglige perspektivet var positivt

De ansatte evaluerte det tverrfaglige perspektivet i veiledninger og fagseminarer positivt. Å verdsette det tverrfaglige krevde imidlertid refleksjon, slik en av de ansatte beskrev det:

«[...] du legger ikke merke til at det er tverrfaglig før du må sette deg tilbake og se. Studentene gjør jo det. Så det synes jeg var kjempemorsomt. Hvordan det skapte en behandlingshelhet for pasienten [...]»

Det var gode tilbakemeldinger på at foreleserne kom fra ulike instanser, som spesialisthelsetjenesten, Oslomet, kommunens ulike tilbud og ideelle organisasjoner i tillegg til brukererfaringer. Det førte til en gjensidig utveksling av erfaringer, noe som ga foreleserne økt forståelse for hverdagen i helsehusene.

I veiledningen kom det frem at sykepleierstudentenes mulighet til å konsentrere seg om den enkelte pasienten førte til at de kunne sette opp en behandlingsplan. Det viste seg å være så nyttig at den ble brukt på nytt når pasienten kom inn igjen på rullerende opphold, eller som utgangspunkt for andre pasienter med liknende problematikk.

Det bidro til forutsigbarhet for pasienter som kom tilbake til nye opphold på helsehuset, og det var tidsbesparende for personalet.

Personalet merket en endring hos studentene

I begynnelsen av prosjektet var det utfordrende for personalet å skulle veilede sykepleiestudenter fra andre studieår med praksis i psykisk helsearbeid og rus. Personalet var vant til å veilede studenter i første studieår, som skulle lære grunnleggende sykepleie.

Etter at studentene hadde vært der i et par perioder, opplevde personalet en endring: Studentene ble mer bevisst på det psykiske helsearbeidet i avdelingen. Etter at prosjektet var ferdig, valgte avdelingen å avvente tilbud om praksisplasser innen psykisk helse fordi rammene fortsatt var uendret.

Enkelte praksisveiledere følte at det var krevende å veilede i psykisk helsearbeid når de ikke hadde formell spesialistkompetanse. Fysioterapi- og ergoterapistudentene hadde allerede etablerte plasser innenfor psykisk helse og rus på andre praksisplasser.

Konklusjon

Funn fra fokusgruppeintervju 1 før prosjektstarten viste at personalet ønsket større kompetanse i psykisk helsearbeid. De ønsket klare og konkrete prosedyrer.

Tiden de skulle bruke på for eksempel relasjonsarbeid, konkurrerte med tiden til praktiske oppgaver, og det utfordret den oppgavefokuserede driften i avdelingen. I fokusgruppe 2 etter prosjektet viste det seg at de ansatte opplevde økt kompetanse og større bevissthet om allerede eksisterende kompetanse på fagfeltet.

De ansatte så på seg selv som mer observante. De la merke til tegn på depresjon og angst, viste større interesse og forståelse for pasienter med psykose og så sammenhenger mellom kroppslige og psykiske plager. De nærmet seg pasientene på en annen måte og brukte i større grad behandlingsplaner med vekt på psykisk helse i tillegg til de somatiske problemstillingene.

Det var også positive tilbakemeldinger på det tverrfaglige perspektivet i veiledninger og fagseminarer. Målet om at prosjektet skulle bidra til å etablere nye praksisplasser i psykisk helsearbeid og rus for sykepleie-, ergoterapi- og fysioterapistudenter, ble ikke oppfylt i prosjektiden.

Det kan likevel se ut som at et lokalt basert *bottom-up*-prosjekt som «Kropp og sjel» kan bidra til viktig kompetanseheving blant ansatte i omstillingsprosesser, for eksempel omorganisering fra sykehjem til helsehus, noe som innebærer nye arbeidsoppgaver.

Referanser

1. Hovdhaugen E, Nesje K, Reegård K. Hvordan sikre at sykepleiestudentene oppnår læringsutbyttet i praksisstudiene: jakten på gode eksempler. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU); 2021. Rapport 2021-1. Tilgjengelig fra: <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/2725062> (nedlastet 14.10.2021).
2. St.meld. nr. 47 (2008-09). 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 14.10.2021).
3. Lov 1. januar 2001 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 14.10.2021).

4. Høgskolen i Oslo og Akershus. Programplan for bachelorstudiet i ergoterapi. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2015. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/2696332-Programplan-for-bachelorstudiet-i-ergoterapi.html> (nedlastet 14.10.2021).
5. Høgskolen i Oslo og Akershus. Programplan for bachelorstudiet i fysioterapi. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/16693314-Programplan-for-bachelorstudium-i-fysioterapi-studieretning-mensendieck.html> (nedlastet 14.10.2021).
6. Høgskolen i Oslo og Akershus. Programplan for bachelorstudiet i sykepleie. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/11263445-Programplan-bachelorstudium-i-sykepleie.html> (nedlastet 14.10.2021).



LES OGSÅ

Bruk av rusmidler er utbredt hos personer med psykoselidelse



LES OGSÅ

Hvordan kan vi overføre kunnskap, holdninger og ferdigheter fra kurs til praksisutøvelse?



LES OGSÅ

Skal vi holde på gode medarbeidere, må vi investere i dem

FAGUTVIKLING

Samarbeid gir bedre praksisstudier i intensivsykepleie

Et prosjekt førte til bedre samarbeid mellom master- og videreutdanningen i intensivsykepleie ved Oslomet og Hjertemedisinsk intensiv og overvåking ved Ullevål sykehus.

Veiledning

Hjerte- og karsykdom

Intensiv

Praksisstudier

Artikkelen beskriver et samarbeidsprosjekt mellom master- og videreutdanningen i intensivsykepleie ved Oslomet – storbyuniversitetet og Hjertemedisinsk intensiv og overvåking (HIO) ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Målet med prosjektet var å kvalitetssikre studentenes læringsutbytte i praksisstudiene ved HIO. Praksisveiledningen for studentene har blitt styrket ved å innføre et kompetanseutviklingsprogram for deres praksisstudier.

I henhold til Meld. St. 10 (2012–2013) er kompetanseutvikling en viktig faktor for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten (1). Pasienter med hjertesykdom er en omfattende målgruppe for intensivsykepleiere.

Hjertesykdom er en av de hyppigste dødsårsakene for både kvinner og menn i Norge (2). At studentene får strukturert veiledning i helsehjelp til denne pasientgruppen, kan bidra til økt pasientsikkerhet (1, 3).

Bakgrunnen for studien

Praksisstudiene ved master- og videreutdanningen i intensivsykepleie omfatter 45 studiepoeng, totalt 30 uker (3). Studentene ved Oslomet har praksisstudier ved ulike intensiv- og overvåkningsavdelinger ved flere sykehus i Oslo og Viken. Praksisstudiene fordeles over tre semestre i utdanningen.

Praksisstudier i spesialisthelsetjenesten er en avgjørende kvalifikasjonsarena for å utvikle handlingskompetanse i intensivsykepleie og utøve kunnskapsbasert praksis. Det vil si at helsehjelpen pasienten tilbys, baseres på forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap (4).

«Relevante praksisstudier er viktig for å øke arbeidslivsrelevansen i høyere utdanning.»

Å utøve faglig forsvarlig intensivsykepleie må læres i direkte samhandling med pasienter og pårørende. Bare på den måten kan studentene få erfaringer og utfordringer som er komplekse nok til at læringsutbyttet for utdanningen kan nås.

I sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter må beslutninger ofte fattes raskt. Gjennom praksisstudiene tilegner studentene seg praktisk erfaring slik at de kan utvikle en umiddelbar forståelse av pasientsituasjoner og hvilken kunnskap og handling situasjonen krever. Relevante praksisstudier er viktig for å øke arbeidslivsrelevansen i høyere utdanning (3, 5–8).

HIO er en viktig samarbeidspartner for universitetet

HIO er en kombinert hjerteintensiv- og overvåkningsavdeling med 13 sengeplasser, hvorav tre er respiratorplasser. Avdelingen behandler akutt og kritisk syke pasienter med hjertesykdom, men også pasienter med andre alvorlige medisinske diagnoser.

HIO har regionansvar for å behandle pasienter med ST-elevasjons hjerteinfarkt (STEMI), pasienter med hjertestans med sannsynlig kardial årsak samt andre kritisk syke hjertepasienter fra store deler av østlandsområdet.

Avdelingen er en viktig samarbeidspartner for universitetets master- og videreutdanning i intensivsykepleie og har til enhver tid tre–fire studenter fra Oslomet. Studentene har fem–sju ukers praksisstudier i avdelingen.

Prosjektet omfattet kompetanseutvikling for praksisstudier

Prosjektet var et kvalitetsforbedringsarbeid og gikk ut på å utvikle og implementere et kompetanseutviklingsprogram for praksisstudier i hjertemedisinsk intensivsykepleie, som er beskrevet i tabell 1 og figur 1.

Programmet omfattet helsehjelp ved akutte kardiovaskulære tilstander og problemstillinger som er typisk for avdelingen, som akutt koronarsyndrom (AKS), akutt hjertesvikt og hjertearytmier. Prosjektperioden varte fra august 2019 til mars 2021.

AKS er den vanligste tilstanden som behandles i avdelingen, med over 1000 pasienter årlig. Pasienter med AKS utgjør omtrent halvparten av innleggelsene ved HIO, og flestparten av disse har STEMI. I tillegg behandles mange pasienter med akutt hjertesvikt.

En del av disse har behov for ikke-invasiv overtrykksventilering (CPAP/BiPAP) (150–200 pasienter per år) og mekanisk sirkulasjonsstøtte (aortaballongpumpe og Impella) (30–40 pasienter per år). HIO overvåker også pasienter med hjertearytmier.

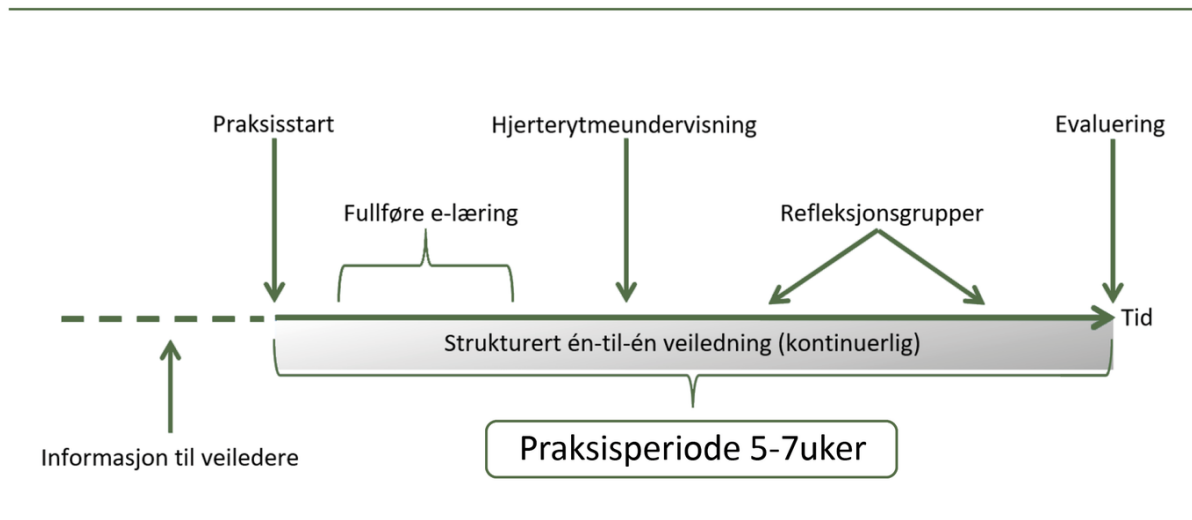
I tillegg til innlagte pasienter ved HIO overvåkes omtrent 3500 pasienter årlig med trådløs hjerterytmeeovervåking (telemetri) fordelt på sju medisinske sengeposter. Avdelingen behandler også hjertestanspasienter som har behov for respiratorbehandling og målrettet temperaturkontroll.

Tabell 1. Kompetanseutviklingsprogram for praksisstudier i hjertemedisinsk intensivsykepleie

Tema	Innhold	Ansvar for gjennomføring
Akutt koronarsyndrom	E-læringskurs om helsehjelp ved akutt koronarsyndrom Veiledning i refleksjonsgrupper om intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved helsehjelp til pasienter med STEMI Én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner	Student Praksisveileder* og kontaktlærer* Praksisveileder*
Akutt hjertesvikt	E-læringskurs om helsehjelp ved akutt hjertesvikt Veiledning i refleksjonsgrupper om intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved helsehjelp til pasienter med akutt hjertesvikt Én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner	Student Praksisveileder* og kontaktlærer* Student og praksisveileder*
Hjerterytmier	Seks timer med undervisning om systematisk hjerterytmeanalyse Én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner	Praksisveileder* Student og praksisveileder*

*Med praksisveileder menes fagpersonen fra praksisstedet som har ansvar for å følge opp studenten som er i praksis. Med kontaktlærer menes fagpersonen ved utdanningsinstitusjonen som utgjør et bindeledd mellom praksisstedet og utdanningen, og som bidrar i pedagogiske og faglige spørsmål (8, s. 15).

Figur 1. Kompetanseutviklingsprogram



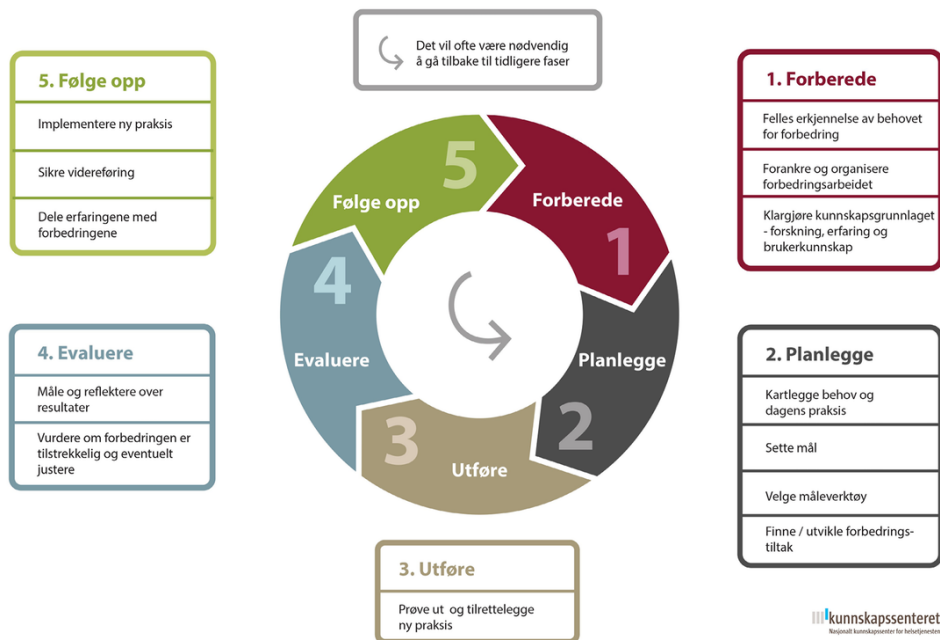
Metode

På makronivå i arbeidsprosessen fulgte vi Kongsmo og medarbeideres (2015) modell for kvalitetsforbedring (se figur 2) (10). Modellen beskriver arbeidsprosessen ved kvalitetsforbedring som en femtrinnsprosess: *forberede, planlegge, utføre, evaluere* og *følge opp*.

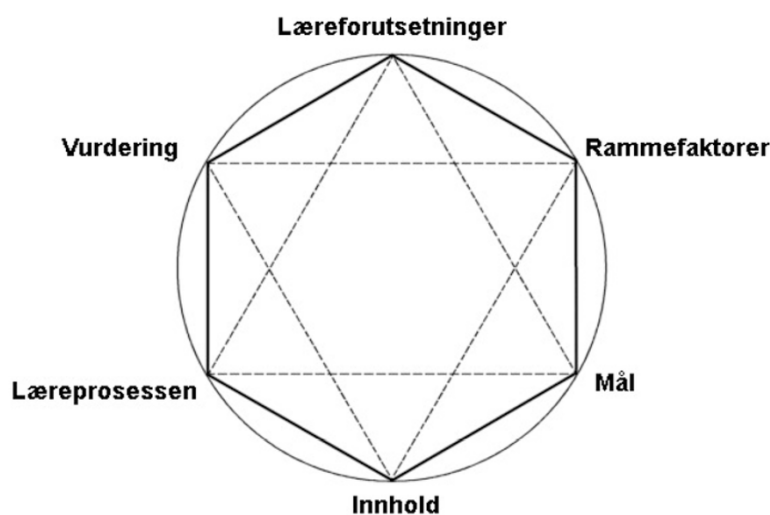
Modellen er en videreutvikling av Demings sirkel, en mye brukt modell for kvalitetsforbedring. På mikronivå i arbeidsprosessen brukte vi den didaktiske relasjonsmodellen for å utvikle selve programmet (se figur 3).

Didaktikk kan beskrives som praktisk-teoretisk planlegging, gjennomføring og kritisk analyse av undervisning og læring. Den didaktiske relasjonsmodellen omfatter ulike aspekter det er vanlig å ta hensyn til ved undervisning og veiledning (11).

Figur 2. Modell for kvalitetsforbedring (10)



Figur 3. Den didaktiske relasjonsmodellen (11)



Avdelingen trengte mer struktur i veiledningen

Avdelingen erkjente et behov for å forbedre praksisveiledningen som studentene fikk tilbud om. Veiledningen var preget av manglende struktur. Praksisstudiens innhold var tilfeldig og i stor grad personavhengig ut ifra hvilke praksisveiledere studentene ble tildelt.

For å bevisstgjøre studentene om pasientens fysiske og psykiske sårbarhet ved akutt og kritisk hjertesykdom erfarte også utdanningsinstitusjonen at det var behov for mer strukturert innhold i praksisveiledningen.

I samarbeid med master- og videreutdanningen i intensivsykepleie fikk HIO økonomiske midler fra universitetets samarbeidsmidler. Avdelingen brukte midlene til å frikjøpe prosjektgruppen i ulike stillingsprosenter under prosjektperioden. Prosjektgruppen omfattet tre personer: praksiskoordinatoren ved avdelingen, en fagsykepleier fra avdelingen og en førstelektor fra utdanningen.

Studentene skulle oppfylle læringsutbyttebeskrivelsen

Målet med prosjektet var å kvalitetssikre at studentene oppfylte læringsutbyttebeskrivelsen for praksisstudiene ved HIO (se tabell 2). Læringsutbyttebeskrivelsen for praksisstudiene ved HIO la grunnlaget for innholdet i programmet (se tabell 1).

«Læringsutbyttebeskrivelsen for praksisstudiene ved HIO la grunnlaget for innholdet i programmet.»

Med læringsutbytte mener vi det som en person *vet, kan* og er i stand til å *gjøre*, som et resultat av en læringsprosess. Læringsutbytte uttrykkes i form av kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse (8, s. 16).

Nivået på læringsutbyttet for både master- og videreutdanningen i intensivsykepleie er på nivå 7: master (2. syklus), jamfør Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR). NKR beskriver læringsutbytte for norske utdanninger og hvilket kvalifikasjonsnivå studentene skal ha etter fullført utdanning (12).

Tabell 2. Utdanningens læringsutbyttebeskrivelse for praksisstudier ved hjertemedisinsk intensiv og overvåking

Læringsutbytte	Betyr i praksis
Studenten har avansert kunnskap innenfor intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder.	Studenten kan drøfte intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder ved helsehjelp til pasienter med STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten har inngående kunnskap om intensivmedisinsk behandling av akutt og/eller kritisk syke.	Studenten kan drøfte medisinsk behandling ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten har avansert kunnskap om det å opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der det er truet.	Studenten kan drøfte intervensjoner for å opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der det er truet ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten har inngående kunnskap om pasientens og pårørendes opplevelser, reaksjoner og behov ved akutt og/eller kritisk sykdom i et alders- og flerkulturelt perspektiv.	Studenten kan drøfte pasientens og pårørendes opplevelser, reaksjoner og behov ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan observere, vurdere og identifisere pasientens generelle og spesielle behov, ressurser og problemer.	Studenten kan systematisk overvåke pasienter med STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der de er truet.	Studenten kan opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der de er truet ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan gjennomføre helt eller delvis kompenserende intensivsykepleie ved alvorlig svikt i pasientens ressurser for å ivareta sine grunnleggende behov.	Studenten kan gjennomføre helt eller delvis kompenserende intensivsykepleie ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan forebygge komplikasjoner ved akutt og kritisk sykdom, avansert medisinsk behandling og intensivsykepleie.	Studenten kan forebygge komplikasjoner ved helsehjelp til pasienter med STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan analysere og forholde seg kritisk til eksisterende teori og metoder innenfor avansert medisinsk behandling og intensivsykepleie.	Studenten kan analysere og forholde seg kritisk til eksisterende teori og metoder for helsehjelp ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.

Etter systematiske kunnskapssøk utarbeidet prosjektgruppen kompetanseutviklingsprogrammet høsten 2019. For å bestemme læreprosessen tok arbeidsgruppen utgangspunkt i det didaktiske redskapet MAKVIS, som står for *motivasjon, aktivisering, konkretisering, variasjon, individualisering og samarbeid* (14).

MAKVIS kan brukes som overordnede prinsipper ved undervisning og veiledning, men man trenger ikke å følge alle prinsippene slavisk (15).

Studentene fikk også e-læringskurs

For å skape variasjon i læreprosessen og motivere og aktivisere studentene valgte prosjektgruppen å bruke ulike didaktiske metoder som til sammen kunne bidra til studentenes læring. Én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner var den tradisjonelle måten praksisveiledningen ble gjennomført på i avdelingen.

Det vil si at hver student ble tildelt en praksisveileder som veiledet «bedside» i pasientsituasjoner. Denne formen for veiledning ble nå styrket med e-læringskurs, veiledning av studentene i refleksjonsgrupper og en undervisningsdag om systematisk hjerterytmianalyse.

Det er ulike meninger om hvilken effekt e-læringskurs har for å utvikle helsepersonells kompetanse (16–18). Prosjektgruppen valgte allikevel å bruke e-læringskurs som en av flere didaktiske metoder.

«Det er ulike meninger om hvilken effekt e-læringskurs har for å utvikle helsepersonells kompetanse.»

Hensikten med e-læringskursene var å konkretisere innholdet ved å gi studentene en rask oversikt over pasientforløpene og behandlingsprinsippene ved AKS og akutt hjertesvikt. Vi ønsket også å dra nytte av andre fordeler med å bruke e-læringskurs, som at kursinnholdet er standardisert, slik at studentene får like læringsmuligheter.

E-læringskursene kan også bidra til å aktivisere studentene ved at kursene alltid er tilgjengelige og kan gjennomføres i rolige perioder i avdelingen. I samarbeid med sykehusets kompetanseutviklingsavdeling utviklet prosjektgruppen kursene, som omfattet informasjonsfilmer og tekstsider.

Refleksjonsgrupper var positivt for studentene

Refleksjon beskrives som et viktig element i praksisstudier (19). Men det er ikke alltid mulig å få tid til refleksjon ved én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner. Pasientens fysiske og psykiske tilstand ved akutt og kritisk sykdom kan begrense denne muligheten.

Prosjektgruppen valgte derfor å sette av hele dager til refleksjon med studentene. Refleksjonsgruppene omfattet tre–fire studenter, og praksiskoordinatoren fra avdelingen og kontaktlæreren fra universitetet ledet veiledningen.

Refleksjonsgrupper med få studenter som ledes av en lærer og/eller praksisveileder, synes studentene er positivt. Det kan gi dem arenaer for faglig refleksjon underveis i praksisstudiene. Denne formen for veiledning kan aktivisere studentene og kan også bidra til å knytte teori og praksis sammen (5, 20).

At kontaktlæreren er med på å lede veiledningen, bidrar til at vedkommende må holde seg oppdatert i praksisfeltets problemstillinger. Slik oppdatering beskrives som en av kvalitetsindikatorerne for å fremme kvalitet i praksisstudiene (8, s. 7).

Veiledningen tok utgangspunkt i pasientcaser

Veiledningen i refleksjonsgruppene omfattet en systematisk gjennomgang av intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved helsehjelp til pasienter med STEMI og akutt hjertesvikt. Veiledningen tok utgangspunkt i reelle pasientcaser og fokuserte på å ivareta ABCDE-prinsippene i helsehjelpen pasienten trenger. Pasientens psykososiale behov ble også vektlagt.

Undervisningen om systematisk hjerterytmearalyse omfattet å gå igjennom hjertets ledningssystem, forklare hva bølgene i EKG-et representerer, utregne hjertefrekvens, måle de ulike intervallene (PQ, QRS, QT) og vurdere ST-segmentet.

Videre i undervisningen ble de vanligste hjerterytmeforstyrrelsene presentert og forklart av ressurspersoner i avdelingen. Innholdet ble konkretisert ved at det ble vist aktuelle EKG-eksempler underveis i undervisningen. For å aktivisere studentene fikk de utlevert flere EKG-utskrifter som de selv skulle forsøke å analysere.

Praksisveilederne må få kunnskap om programmet

Gjennomføringen av programmet startet 3. februar 2020. I løpet av perioden februar 2020–mars 2021 hadde 14 studenter vært igjennom programmet.

For å kunne støtte studentene i deres læring og utvikling må praksisveiledere kjenne til utdanningens læringsutbyttebeskrivelser, innhold, arbeidsmåter, vurderingsformer og øvrige rammebetingelser (8, s. 51).

«For å være forberedt skulle studentene arbeide med e-læringsprogrammene før de hadde veiledning i refleksjonsgruppene.»

I starten av hver praksisperiode fikk derfor praksisveilederne informasjon om hensikten med programmet, programmets innhold og forventet læringsutbytte. Veilederne fikk også utdelt lommekort med råd for én-til-én-veiledningen med studentene.

For å være forberedt skulle studentene arbeide med e-læringsprogrammene før de hadde veiledning i refleksjonsgruppene. Veiledningen i refleksjonsgruppene ble gjennomført to ganger à fem timer i løpet av perioden studentene var i avdelingen.

Det vil si at hver student var med på to gruppeveiledninger: én dag om helsehjelp ved STEMI og én dag om helsehjelp ved akutt hjertesvikt. På grunn av smittevernregler under covid-19-pandemien ble gruppeveiledningen gjennomført digitalt på Microsoft Teams.

Prosjektet førte til bedre samarbeid

Kvaliteten i praksisstudier kan som nevnt knyttes til *struktur, samarbeid og veiledning*. Prosjektet førte til et bedre samarbeid mellom avdelingen og utdanningen. Avdelingen fikk mer kunnskap om utdanningen, og utdanningen fikk mer kunnskap om avdelingen og helsehjelpen pasienten trenger ved akutt og kritisk hjertesykdom.

Tilbakemeldingen fra studenter var at programmet fremmet struktur og forutsigbarhet i veiledningen. De uttalte at programmet bidro til

- å gjøre praksisstudiene i avdelingen meningsfulle
- at de i større grad så helheten i pasientsituasjonen ved STEMI og akutt hjertesvikt
- at de fikk økt handlingsberedskap og -kompetanse, og i større grad var forberedt i ulike pasientsituasjoner

Vi erfarte at aktiviteten fra studentene og samarbeidet mellom dem varierte i veiledningen. Det var lett for studentene å «gjemme» seg bak en svart skjerm. Den sosiokulturelle læringsprosessen der studentene deltar og bidrar i et læringsfellesskap med medstudenter, ble derfor muligens redusert.

Kvalitetsforbedringsarbeid må endre praksis

Hensikten med kvalitetsforbedringsarbeid er å endre praksis og skape vedvarende forbedringer (10, 21). Det vil si at forbedringen ikke lenger oppleves som en ekstra arbeidsprosess, men er en integrert og fast del av virksomheten (22).

Programmet vil derfor fortsette ut over prosjektperioden. HIO ønsker også å utvikle programmet med innhold om etterbehandling ved hjertestans. Personer som har hatt hjertestans, utgjør den største andelen av avdelingens pasienter som trenger respiratorbehandling. HIO har derfor spesiell kompetanse på denne behandlingsmetoden.

Referanser

1. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
2. Folkehelseinstituttet (FHI). Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten – kortversjon. Oslo: FHI; 2018.
3. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2005.

4. Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2013.
5. Billett S, Cain, M, Le AH. Augmenting higher education students' work experiences: preferred purposes and processes. *Studies in Higher Education*, 2018;43(7):1279–94.
6. Fetcher E, Kantardjiev K, Skeidsvoll KJ. Hva sier forskning, rapporter og evalueringer om kvalitet i praksis? Del av prosjektet Operasjon praksis 2018–2020. Oslo: NOKUT; 2019.
7. Meld. St. 16 (2016–2017). Kultur for kvalitet i høyere utdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2016.
8. Universitets- og høgskolerådet (UHR). Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: praksisprosjektet. Oslo: UHR; 2016.
9. Oslo universitetssykehus (OUS). Hjertemedisinsk intensiv og overvåkning. Kompetanseutviklingsmodell i hjertemedisinsk intensivsykepleie. Oslo: OUS; 2021. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/136320> (hentet 08.12.2021).
10. 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. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015.
11. Hiim H, Hippe E. Praksisveiledning i lærerutdanningen: en didaktisk veiledningsstrategi. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006.
12. Kunnskapsdepartementet. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR). Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2011.
13. Oslomet. Videreutdanning i intensivsykepleie. Programplan. Oslo: Oslomet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://student.oslomet.no/studier/-/studieinfo/programplan/VUINTEN/2018/HØST> (nedlastet 08.12.2021).
14. Sylte AL. Profesjonspedagogikk: profesjonsretting/yrkesretting av pedagogikk og didaktikk. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
15. Lyngsnes K, Rismark M. Didaktisk arbeid. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020.

16. Vaona A, Banzi R, Kwag KH, Rigon G, Cereda D, Pecoraro V, et al. E-learning for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;1(1):CD011736.
17. Voutilainen A, Saaranen T, Sormunen M. Conventional vs. e-learning in nursing education: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today.* 2017;50:97–103.
18. Warriner DR, Bayley M, Shi Y, Lawford PV, Narracott A, Fenner J. Computer model for the cardiovascular system: development of an e-learning tool for teaching medical students. *BMC Medical Education.* 2017;17:220.
19. Kantardjiev K, Wiggen KS, Kristiansen E. Praksis sett fra studieprogramleders perspektiv. Del av prosjektet Operasjon praksis 2018–2020. Oslo: NOKUT; 2019.
20. Helseth IA, Fetscher E, Wiggen KS. Praksis i høyere utdanning – gode eksempler. Del av prosjektet Operasjon praksis 2018–2020. Oslo: NOKUT; 2019.
21. Maher L, Gustafson D, Evans A. Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis. 4. utg. Århus: Defactum; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.defactum.dk/> (nedlastet 01.11.2021).
22. Stubberud D-G. Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.

FAGUTVIKLING

I psykisk helsearbeid er relasjonen grunnlaget for helsehjelpen

Tilfriskning fra en psykisk lidelse eller ruslidelse kan skje utenfor tradisjonelle terapeutiske rammer, på biltur, i sosialt samvær og på andre hverdagslige arenaer.

Psykisk helse

Psykisk helsearbeid

Rusomsorg

Rusmisbruk

Helt sentralt for sykepleiefaglig psykisk helse og rus-arbeid (PHR) er interaksjonen mellom den som gir og den som får helsehjelp. Relasjonen mellom brukere og sykepleiere er grunnlaget for helsehjelpen (1).

Mye av helsehjelpen utføres i kommunene, som har et viktig ansvar for å yte psykisk helse og rus-tjenester av god kvalitet. Her er sykepleiere sentrale i den hjelpen som gis til innbyggere med psykisk helse- og/eller rusproblemer (2).

Sykepleie innen PHR er et sammensatt fagfelt. Denne artikkelen tar utgangspunkt i et verdigrunnlag som er basert på et humanistisk orientert menneskesyn, fremfor en psykiatrisk og biomedisinsk forståelse av psykiske lidelser og rusproblemer (3, 4).

Recovery er subjektivt

Over lengre tid har det vært en recovery-orientering av helsetjenestene innen PHR, og flere kommuner har recovery-orientering av sine tjenester som et uttalt mål (5, 6).

Recovery-tankegangen har sitt utspring i en bevegelse for menneskerettigheter og tilgang på bedre helse- og sosialtjenester i USA på 1960-tallet, i en tid med store sosiale forskjeller (7).

«Recovery ble ansett som en dypt personlig prosess.»

Recovery som idé og praksis fikk økt fotfeste på 1980- og 1990-tallet og ble i sin tidlige form beskrevet som den subjektive opplevelsen det er å komme seg fra en psykisk lidelse. Recovery ble ansett som en dypt personlig prosess, noe som igjen åpnet for ideen om at tilfriskning fra psykiske lidelser også kunne forekomme på arenaer utenfor det etablerte tjenesteapparatet (8, 9).

Kunnskapen om recovery-orienterte tjenester i Norge øker stadig. Denne artikkelen har til hensikt å bidra med ny kunnskap om hvordan sykepleiere praktiserer relasjonell recovery innen PHR.

Bakgrunn

Sosiale ulikheter hindrer tilfriskning

Det er flere måter å forstå og praktisere recovery på. Kunnskapen om og oppfatningen av bedringsprosesser har endret seg fra å se mest på individuelle prosesser til heller å fokusere på sosiale møteplasser og arenaer hvor tilhørighet og håp kan utspille seg (10).

Nyere forskning på recovery har utforsket og beskrevet sosiale opplevelser som fundamentalt i bedringsprosesser, og er et utgangspunkt for å stille spørsmål ved helsehjelp og behandling som skjer individuelt, utenfor sosiale rammer og interaksjoner. Mange personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer opplever at sosial ulikhet og eksklusjon fra lokalmiljøet er et hinder i tilfriskningsprosessen (11).

Ulike barrierer i bedringsprosesser har blitt beskrevet av brukerbevegelsen Recovery in the bin, som hevder at personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser opplever utfordringer i tilfriskningsprosesser på grunn av marginalisering, stigmatisering, sosialt utenforskap, dårlig tilgang til helsehjelp og vanskelige økonomiske forhold (12).

Price-Robertson, Obradovic og Morgan (13) utfordrer stereotypiske oppfatninger av brukere som enslige, barnløse personer hvor tilfriskning kjennetegnes av selvstendighet og deltakelse i arbeid. Godt psykisk helse og rus-arbeid kan blant annet handle om å motvirke diskriminering og stigma og redusere systemisk diskriminering, bidra til at helsehjelp skal være lett tilgjengelig for alle, og gjøre det lettere for brukere å finne frem i et fragmentert helse- og velferdssystem (14, 15).

Med andre ord er det viktig å rette et kritisk blikk mot systemnivået i helse- og velferdssystemet og mot sosiale ulikheter i samfunnet for å adressere forhold som medvirker til dårligere tilgang på helsehjelp, og som kan hemme tilfriskningsprosesser.

Sykepleieren skal ikke krenke

I den mer praktiske utøvelsen av sykepleie rettes blikket primært mot det mellommenneskelige møtet. Ifølge Barker kan sykepleie innen psykisk helsearbeid beskrives slik: «Når sykepleieren hjelper den andre med å utforske måter å vokse og utvikle seg på som menneske, og bidrar til å forme en forståelse for hvordan man lever med og kanskje kan bevege seg ut fra sine problemer, utøves sykepleien på et praktisk plan» (16, s. 3).

«Sykepleierens rolle er å skape rom for skjønn og ettertanke.»

Det mellommenneskelige møtet handler først og fremst om å rette oppmerksomheten mot den andre og å beholde roen og konsentrasjonen i møte med andres lidelse, samtidig som man kan undre seg over den andres liv og væren (15). Sykepleierens rolle og funksjon i PHR er å innta en holdning om ikke å krenke og å skape rom for skjønn og ettertanke (16).

Studier som undersøker relasjonell sykepleie og sammenhengen det kan ha med tilfriskningsprosesser, er i liten grad gjennomført i en norsk kontekst.

Problemstillingen som denne artikkelen søker å besvare, er: Hvordan beskrives og praktiseres relasjonelt arbeid av sykepleiere innen kommunalt psykisk helse og rusarbeid, og hvordan kan dette ses i sammenheng med tilfriskning fra psykisk helse- og/eller rus-problemer?

Etiske vurderinger

Før datainnsamlingen ble gjennomført, ble det sendt en forespørsel om forhåndsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK vurderte at studien ikke var søknadspliktig, og viste til Norsk senter for forskningsdata. I og med at kommunen hvor studien ble utført, har et eget personvernombud, fungerer personvernombudet som databehandlingsansvarlig etter avtale med NSD.

Personvernombudet var med på utformingen av informert samtykke, behandling av filer / datasikkerhet og sikker sletting av lydfiler. Studien ble godkjent av avdelingslederen på avdelingen.

Til en studie som blir gjennomført på egen arbeidsplass, stiller NSD særskilte krav til tydeliggjøring av frivillighet, et tydelig skille mellom kollega og forsker, tilgang til opplysninger og informasjon om taushetsplikt (17).

Metode

Utvalget besto av fire kvinner og en mann. Alle er sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og alle har lang og variert erfaring. For å strukturere intervjuene benyttet jeg to åpne spørsmål som utgangspunkt:

Hvordan jobber du for å styrke relasjonen mellom deg og bruker?

På hvilken måte vil du beskrive hvordan relasjonelt arbeid kan ha sammenheng med tilfriskning (recovery) fra psykisk helse og rus-lidelse?

Undervis i intervjuene stilte jeg utdypende spørsmål. Etter intervjuene brukte jeg Braun og Clarkes (18) tematiske innholdsanalyse for å analysere datamaterialet. Meningsenheter ble grovsortert, og jeg utviklet koder som dannet utgangspunktet for temaene.

Datamaterialet ble sortert i en matrise (se tabell 1). I utviklingen av temaer så jeg på datamaterialet i lys av radikale praksiser beskrevet av Oute, Ness og Glasdam, som vektlegger sosiale aspekter av tilfriskningsprosesser basert på humanistiske og sosialt orienterte forståelser av personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer på en måte som ikke begrenser deres autonomi og myndighet (4).

Tabell 1. Utdrag av oversikt over meningsenheter, koder og temaer

Eksempel på meningsenhet	Koder	Temaer
«Jeg bruker bestandig tid på å bli kjent, men helt fra starten av har jeg i bakhodet at bolig og økonomi er kjempeviktige faktorer for at mennesker skal kunne komme seg videre, og veldig mange i den gruppa som jeg jobber med, har problemer med bolig og økonomi. Hvis man ikke har økonomi og bolig på plass, er det etter min mening slik at man ikke kommer noen vei i det hele tatt. Derfor hjelper jeg til med å søke og ordne med papirer.» (SPL1)	Være aktive sammen Fleksibilitet En involverende tjenesteyter Mestringstro Bevege seg utenfor det forventede	Mellom omsorg og utvikling
«Jeg tenker at relasjoner som gir håp, er kjempeviktig. At vi kan være formidlere av håp, og at vi faktisk kan hjelpe til med å gjøre ting bedre. Har du ikke håp, så er det fryktelig vanskelig å få gjort noe som helst, det å ha drømmer, hva man kan oppnå ... Jeg vet at mange av våre brukere har masse ressurser, mange er kjempeflinke til mye.» (SPL4)	Styrkebasert tilnærming Lyttende Redusere forutinntatthet Øke egenverd Egenstyrke Adressere stigma	Å jobbe relasjonelt handler om å innta en holdning og et standpunkt

Mellom omsorg og utvikling

Brukerne skal ha en funksjonell bosituasjon

Sykepleiere i denne studien beskriver relasjonell recovery som en balansegang mellom å gi omsorg og trygghet på den ene siden og på den andre siden å skape rom og arenaer for utvikling. En god og stabil bosituasjon nevnes av deltakerne som en forutsetning for god helsehjelp.

Dette kommer tydelig frem i intervjuene, hvor deltakerne er opptatt av at brukerne skal ha en funksjonell bosituasjon. I det følgende utdraget beskriver en deltaker hvordan en slik prosess kan arte seg i et relasjonelt samarbeid:

«Jeg prøver å være på tilbudssiden i forhold til ting som er viktig for den enkelte bruker å få gjort. I ett tilfelle møtte jeg en bruker som hadde mange utfordringer, men særlig var bosituasjonen hans håpløs. Jeg tenkte at så lenge ikke bosituasjonen ikke er i orden, så nytter det ikke å holde på med det andre.

«Å gjøre noe ekstra eller uventet kan skape arenaer for relasjonell recovery.»

Da ble vi enige om at jeg skulle bistå brukeren med å gjøre det som måtte gjøres, da var jeg litt utenfor, men da var vi på visning på kveldstid for å hjelpe han med å finne seg et nytt sted å bo. Så hvis visningen er klokken 5, så dro vi ut og gjorde det.

Jeg hjalp litt til også i hjemmet med å få kjørt ting unna, jeg var ikke så opptatt av hva som var ordlyden i vedtaket, men heller hva brukeren hadde behov for. Så lenge jeg ikke føler at det er en forventning, så gjør jeg gjerne det. Det merker jo også brukeren, og dette er med på å styrke relasjonen.» (SPL5)

Sykepleieren tar et tydelig standpunkt om hva som er «innenfor» og «utenfor» de avtalte forventningene om hjelp. Å gjøre noe ekstra eller uventet kan skape arenaer for relasjonell recovery og kan forstås som en bevegelse vekk fra individuelle prosesser og over til relasjonelle opplevelser som utgangspunkt for bedring.

Å være sammen er å gjøre noe sammen

Den samme deltakeren utdyper dette med et annet scenario. Å være sammen kan like mye handle om å gjøre noe sammen:

«Jeg har god erfaring med å dra i stallen og være med dyr, særlig hest. Jeg står og møkker, og brukeren steller hesten. Kommunikasjonen mellom oss tar da en vei via omsorg for dyret, noe som gjør at brukeren kan bli trygg på meg, selv om det er vanskelig å sette ord på det som er vanskelig.» (SPL5)

Forutsetningene legges av arbeidsgiver

Deltakerne er enige om at gode rammebetingelser er en forutsetning for å jobbe relasjonelt. En deltaker oppsummerer det slik:

«Jeg tror mye handler om hvor mye det tilrettelegges på arbeidsplassen for at man skal få rom til å kunne skape disse relasjonene.» (SPL3)

Forutsetningene for å skape rom og frihet blir lagt av en arbeidsgiver som stoler på sine ansatte, som i mindre grad vektlegger standardisering, og som legger til rette for frihet i arbeidet. Det kan handle om å ha tilgang på bil, slik at man kan komme seg ut av kontoret og se noe annet. En deltaker sier det slik:

«Auto-terapi mener jeg er gull, veldig ofte så synes jeg at dialogen blir veldig fin. Man sitter i en bil, hvis det blir stille, kan man heller prate om de tingene som skjer underveis, det man ser og slikt. Man kan snakke om opplevelser i nærområdet. Det kan komme frem en del opplysninger som man kan dra nytte av senere.» (SPL5)

Gjennom beskrivelsen over får man et innblikk i at helsehjelpen kan utføres utenfor tradisjonelle rammer. Deltakerne beskriver bruk av bilkjøring som en måte å komme seg ut på, hvor samtalen kan gå lettere.

Kontroll over livet skaper mestringstro

En annen deltaker deler sin erfaring om betydningen av relasjonen og det å støtte opp under myndiggjøring og mestringstro. Deltakeren beskriver det slik:

«Jeg tror det viktigste med å bygge relasjon og hjelpe brukere i sine tilfriskningsprosesser handler om å ta tilbake kontrollen i eget liv. Det tror jeg er det viktigste, det er det jeg har sett mest i min arbeidserfaring, det kan være mange veier å nå det målet på.

«Relasjonell recovery er en balansegang mellom omsorg og utvikling.»

Gjennom å oppleve økt kontroll og innflytelse i eget liv styrker man også opplevelsen av mestring, men veien inn kan handle om en vilje til endring, noe om troen om at det kan bli annerledes, en optimisme for fremtiden.» (SPL3)

Sykepleierne beskriver relasjonell recovery som en balansegang mellom omsorg og utvikling. På den ene siden handler det om å skape trygghet, som på den andre siden kan være et utgangspunkt for å hjelpe brukere med psykisk helse- og/eller rusproblemer inn i nye opplevelser og erfaringer som kan bidra i tilfriskningsprosessen.

Å jobbe relasjonelt handler om å innta en holdning og et standpunkt

Helsehjelpen må ut av terapirommene

Et annet funn fra denne studien handler om deltakernes holdning til sitt fag og sin brukergruppe. Å jobbe relasjonelt kan også handle om å hjelpe brukere som har falt utenfor storsamfunnet, eller å vise omsorg og omtanke på andre måter enn gjennom samtale. Sykepleierne jeg intervjuet, er opptatt av å ta helsehjelpen ut av terapirommene og inn i samfunnet og til hverdagslige møteplasser.

Å gå sammen ut på kafé kan for mange virke trivielt og fjernt fra det man forbinder med sykepleiefaglig arbeid. Men det som for mange kan være trivielt og alminnelig, kan for andre oppleves som fremmed, farlig eller ukjent.

«Å vise ettertenksomhet og interesse kan styrke relasjonen.»

Da er en faglig trygg støtte godt å ha med seg. Målet er ikke nødvendigvis å jobbe med eksponering, men heller å åpne opp for hverdagslige og alminnelige arenaer:

«For meg handler det om å ikke tenke så mye på sykdom og diagnoser, men heller se personen bak, kunne være seg selv, sammen med andre. Å være på kafé kan være en arena hvor man flytter fokuset ut fra sine egne utfordringer og heller kan delta i en hverdagslig aktivitet.» (SPL2)

Å vise ettertenksomhet og interesse kan også gjøres på ulike måter og kan styrke relasjonen. Deltakerne i denne studien bruker telefonen aktivt som et arbeidsverktøy for å holde kontakt med sine brukere. En sykepleier reflekterer slik over betydningen av å sende tekstmeldinger til brukere for å holde kontakten:

«Man må ikke møtes ansikt til ansikt for å kunne jobbe relasjonelt, tror jeg, bare det å få en tekstmelding, spørre om hvordan det gikk i helgen eller noe sånt, bare det å sjekke inn, ikke for å kontrollere, men for å sende et budskap om at ‘jeg er her’, og er det noe, så vet du hvor du har meg.

Det er viktig å huske på hva det kan bety å få en tekstmelding og bli spurt hvordan var det var i forrige uke når du skulle sånn og sånn, det betyr jo at noen ser meg som person, og det er viktig.» (SPL1)

Sykepleien skal skape arenaer for samhandling

Å vise omtanke og respekt for brukerne kan gjøres på mange måter. En deltaker beskriver hvordan hun møter sine brukere. Hun mener at tjenestene bør være innrettet på lik linje med andre helt ordinære helsetjenester, og hun utfordrer stigmatiserende holdninger:

«Gruppen jeg jobber med, er en stigmatisert gruppe, de er ikke velkommen overalt, og det er noe med når man åpner døra her, med et smil, hei, her er jeg og jeg har ventet på deg, hyggelig å se deg! Rett og slett ønske noen velkommen inn.

Venterommet skal se helt alminnelig ut. Det er frukt, lesestoff, fersk kaffe på kanna ... Jeg synes det er fint, her føler de seg trygge, de kan kommet hit, blir tatt imot ...» (SPL4)

Sosial støtte og relasjonell recovery er en motvekt mot individualistiske tilnærminger i psykoterapien. Deltakerne i denne studien har en klar oppfatning av sykepleiens funksjon i å skape arenaer for relasjonell samhandling i lokalmiljøet.

Avsluttende refleksjon

Denne artikkelen har undersøkt sammenhengene mellom sykepleie og relasjonell recovery. Deltakerne i studien beskriver hvordan relasjonell sykepleie utøves i praksis, hvor en forutsetning er gode rammebetingelser fra arbeidsgiveren.

Helt sentralt er hvordan sykepleiere i PHR kan fremme relasjonell recovery. Dette beskrives som best utført utenfor tradisjonelle terapeutiske rammer, på biltur, i kontakt med natur og med dyr, i sosialt samvær og på andre arenaer hvor man kan få en opplevelse av alminnelighet.

«Tilfriskning kan forekomme utenfor tradisjonelle rammer.»

Funnene presentert i denne artikkelen bygger opp under tanken om at tilfriskning fra et psykisk helse- og/eller rusproblem kan forekomme utenfor tradisjonelle rammer, og at små, anerkjennende handlinger er viktige elementer i en bedringsprosess (19, 20).

Det er likevel nødvendig å spørre seg om helsehjelp som foregir å være recovery-orientert, faktisk er det. For at helsevesenet skal tilby recovery-orienterte tjenester, må fokuset vekk fra individualistiske prosesser og over til praksiser som favner brukeres sammensatte livssituasjoner og sosiale behov (13).

Sykepleiere innen PHR bør problematisere individuelle behandlingsforløp i primærhelsetjenesten og rette søkelyset mot sosiale og relasjonelle praksiser som kan støtte opp under sosiale behov, tilhørighet og meningsfulle aktiviteter.

Sykepleieres bidrag kan ha stor verdi i en videre recovery-orientering av helsetjenestene. Fremtidig forskning kan undersøke nærmere sykepleiers betydning i recovery-orienteringen av primærhelsetjenesten.

Referanser

1. Gonzalez MT. Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I: Gonzalez MT, red. Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Oslo: Gyldendal; 2020. s. 57–67.
2. Helsedirektoratet. Sammen om mestring. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
3. Karlsson B, Kim SH. Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: en studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Drammen: Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge; 2015. SFPR-rapport 16-2015. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/298288> (nedlastet 21.04.2021).
4. Oute J, Ness O, Glasdam S. Den psykopolitiske, den kønspolitiske og den radikale. Dansk pædagogisk Tidsskrift. 2020;(2). Tilgjengelig fra: <https://dpt.dk/temanumre/2020-2/den-psykopolitiske-den-koenspolitiske-og-den-radikale/> (nedlastet 20.10.2020).
5. Sandnes kommune. Plan for psykisk helsearbeid 2017–2022. Sandnes: Bystyret; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.sandnes.kommune.no/globalassets/helsesosial/planer/plan-for-psykisk-helsearbeid-2017--2022.pdf> (nedlastet 21.04.2021).

6. Molde kommune. Ruspolitisk handlingsplan 2020–2024. Molde: Kommunestyret; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.molde.kommune.no/_f/p2/id7e3301d-f4c1-4843-b66b-d20203c178d8/ruspolitisk-handlingsplan-2020-2024-2.pdf (nedlastet 21.04.2021).
7. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. The roots of the recovery movement in psychiatry – lessons learned. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2010.
8. Deegan P. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988;11(4):11–9.
9. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16(4):11–23. DOI: [10.1037/h0095655](https://doi.org/10.1037/h0095655)
10. Hummelvoll JK, Karlsson B, Borg M. Recovery and person-centredness in mental health services: roots of the concepts and implications for practice. *International Practice Development Journal*. 2015;5(7):1–9. DOI: [10.19043/ipdj.5SP.009](https://doi.org/10.19043/ipdj.5SP.009)
11. Bjørlykhaug KI, Bank R-M, Karlsson B. Social support and relational recovery in the age of individualism: a qualitative study exploring barriers and possibilities for social support in mental health work. *Journal of Recovery in Mental Health*. 2020;4(1):35–55. Tilgjengelig fra: <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/rmh/article/view/35284> (nedlastet 21.04.2021).
12. Recovery in the Bin. Unrecovery star. Februar 2016. Tilgjengelig fra: <https://recoveryinthebin.org/unrecovery-star-2/> (nedlastet 21.04.2021).
13. Price-Robertson R, Obradovic A, Morgan B. Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*. 2017;15(2):108–120. DOI: [10.1080/18387357.2016.1243014](https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014)
14. Skyggeutvalget. Skyggeutvalgets sluttrappport. 31.12.2020. Tilgjengelig fra: <https://skyggeutvalget.files.wordpress.com/2021/01/skyggeutvalget-rappport.pdf> (nedlastet 21.04.2021).
15. Martinsen K. Langsomme pulssløst. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.
16. Barker P. The nature of nursing. Tilgjengelig fra: <http://www.tidal-model.com/The%20Nature%20of%20Nursing.pdf> (nedlastet 21.04.2021).

17. Norsk senter for forskningsdata. Forske på egen arbeidsplass. Bergen: Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/forske-pa-egen-arbeidsplass/> (nedlastet 21.04.2021).
18. Braun B, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101. DOI: 10.1191/1478088706qp0630a
19. Topor A, Skogens L, von Greiff N. Building trust and recovery capital: the professionals' helpful practice. *Advances in Dual Diagnosis*. 2018;11(2):76–87. DOI: 10.1108/ADD-11-2017-0022
20. Topor A, von Greiff N, Skogens L. Micro-affirmations and recovery for persons with mental health and alcohol and drug problems: user and professional experience-based practice and knowledge. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2021;19:374–85. DOI: 10.1007/s11469-019-00063-8