

# Sykepleiestudenters læringsutbytte belyst gjennom to kunnskapsbaserte samarbeidsprosjekter

Fagutviklingsarbeid med studenter i hjemmesykepleiepraksis

**Bente Bjørslund og Reidun Hov**

*Bente Bjørslund, Høgskolelektor ved Høgskolen i Hedmark, Elverum, førsteforfatter*

*Reidun Hov, Førsteamanuensis ved Høgskolen i Hedmark, Prosjektleder, Hamar kommune*

## Abstract

### **Learning outcomes for nursing students illuminated by two evidence-based projects**

*Health services are constantly met by greater demands on offering the best treatment and care based on quality and research. For that reason health workers and teachers in health care institutions and universities are working evidence-based. Hedmark University College and Hamar municipality have collaborated in two projects. The aim of this article is to illuminate the students' learning outcomes in palliative care after participated in two evidence-based projects. Different written guides for conversations with patients, next of kin and staff, a log-book and an evaluation form were developed. Results show that the students learned about the significance of continuity in patients' pain relief, spiritual and existential needs, and about palliative care in the municipality. The students concluded that they in some areas experienced greater learning outcomes from working with evidence-based practice than in their ordinary practice in the municipality.*

## Nøkkelord /Keywords

*Kunnskapsbasert praksis; læringsutbytte; lindrende omsorg; sykepleiestudenter  
Evidence-based practice; learning outcome; palliative care; nursing students*

## FOU

## Innledning

Det stilles stadig større krav til helsetjenesten om å tilby den beste behandling og pleie basert på kvalitet og forskning (Sandvik, Stokke og Nortvedt 2011). En konsekvens er at høgskoler og deres praksisfelt søker å jobbe annerledes for å løse fremtidige omsorgsoppgaver gjennom ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder og organisatoriske endringer (Helse- og omsorgsdepartementet 2013; Kunnskapsdepartementet 2012). Blant annet innebærer det at helsearbeidere og lærere ved helsefaghøgskoler og universiteter jobber kunnskapsbasert, noe som har medført at kunnskapsbasert praksis (KBP) i stadig større grad har blitt implementert i helse- og velferdstjenestenes utdanninger (Sandvik et al. 2011; Snibsøer, Olsen, Espehaug og Nortvedt 2012). På bakgrunn av dette har Høgskolen i Hedmark og Hamar kommune gjennomført to kunnskapsbaserte samarbeidsprosjekter i henholdsvis perioden 2011/2012 og 2012/2013. Studentenes læringsutbytte fra prosjektene beskrives i denne artikkelen.

## **Bakgrunn**

Hensikten med KBP er å etterspørre, finne og benytte eksisterende forskning i en bestemt kontekst for best mulig fagutøvelse (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart 2012). Klinisk sykepleie knyttes til KBP ved at det krever et omfattende kunnskapsgrunnlag med en sterk fagspesifikk base av kunnskap fra teori og forskning samt erfarings- og personlig kunnskap som stadig må oppdateres (Nortvedt og Grønseth 2010). KBP er kontekstuellet forankret og dreier seg således om at faglige beslutninger er basert på egne erfaringer, pasientens ønsker og behov, og forskning (Snibsøer et al. 2012).

Selv om mange sykepleiere aksepterer forskningens betydning for praksis, har det vist seg at implementering av ny kunnskap kan være vanskelig (Bratberg og Haugdahl 2010; Granger 2008; Sandvik et al. 2011). Studier har identifisert barrierer både hos den enkelte sykepleier og i organisasjonen mot å ta i bruk forskningen (Sandvik et al. 2011; Wallen Mitchell, Melnyk, Fineout-Overholt, Miller-Davis, Yates og Hastings 2010; Wangensteen 2010). For eksempel er det vist at manglende ressurser som kunnskap, tid og støtte, at sykepleierkulturen preges av praktiske gjøremål og rutiner, og at det er lettere å følge ordre enn å ta egne avgjørelser kan hindre KBP (Christie, Hamill og Power 2012). For å fremme KBP i egen virksomhet er det beskrevet at man må rette tiltak mot identifiserte barrierer som hindrer sykepleiere i å jobbe kunnskapsbasert ved blant annet å fokusere på ressurstilgang og kompetanseheving, samt tiltak i organisasjonen (Sandvik et al. 2011). I tillegg trenger sykepleiere å se at forskning i praksis er nyttig både for pasienten, pårørende og deres egen arbeidssituasjon.

Det som skjer i praksisfeltet og måter sykepleiere jobber på har vist seg å ha stor innvirkning på studentenes læring (Bratberg og Haugdahl 2010; Wangensteen 2010). Blant annet kan en anta at sykepleierens holdninger til KBP og kunnskapsbaserte arbeidsprosesser kan påvirke sykepleiestudentenes holdning og atferd knyttet til KBP. Dette er bakgrunnen for at Høgskolen i Hedmark fra 2007 har gjennomført samarbeidsprosjekter med sine praksisfelt der studentene skal lære seg å jobbe kunnskapsbasert og systematisk med utvikling av fag og kvalitet (Foss, Kvigne, Larsson og Athlin 2014; Hov, Hall-Lord, Johansson og Wilde-Larsson 2013).

Samarbeidsprosjektene finansieres ved at de tradisjonelle praksisveiledningsmidlene, som tidligere ble brukt til å betale hver enkelt praksisveileder, er lagt om. Denne ordningen har kommet i stand etter NOKUTs reakkreditering av sykepleierutdanningene i Norge i 2005. Intensjonen med samarbeidsmidlene er at de skal benyttes til felles utviklingsprosjekter mellom høgskolene og deres praksisfelt (Brev av 22.12. 2005, Kunnskapsdepartementet (KD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)).

### **To samarbeidsprosjekter**

Høgskolen i Hedmark innvilget midler til to prosjekter i samarbeid med hjemmebasert omsorg i Hamar kommune. Det første delprosjektet omhandlet pasienters, pårørendes og helsepersonells opplevelse av kontinuitet i smertelindringen i lindrende omsorg, og ble gjennomført 20 uker våren 2012. Det andre delprosjektet hadde fokus på samtaler om åndelig-eksistensielle aspekter med pasienter som mottok lindrende omsorg, og ble gjennomført 10 uker våren 2013. Kommunen ønsket å fokusere på temaene som et ledd i å utvikle hjemmebasert omsorg i tråd med intensjonene i *Samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) og *Morgendagens omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Her legges det opp til at helsetjenester i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunen og at flere alvorlig syke skal

ha mulighet til å være mest mulig og lengst mulig hjemme, og om mulig og ønskelig få dø i eget hjem. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) trekker også fram pasienters rett til å dø hjemme.

Den overordnede hensikten med de to samarbeidsprosjektene var at praksisfeltet skulle få faglige tilskudd innen lindrende omsorg:

- Delprosjekt 1 (gjennom erfaringer, brukerkunnskap og forskning), belyse kontinuitet i smertelindringen innen lindrende omsorg gjennom å utvikle en guide som grunnlag for samtaler med pasienter, pårørende og helsepersonell for å kartlegge og vurdere smerter
- Delprosjekt 2 (gjennom erfaringer, brukerkunnskap og forskning), utvikle en guide som grunnlag for samtaler om åndelig-eksistensielle aspekter med pasienter som mottar lindrende omsorg

-

For sykepleiestudentenes del var hensikten at de skulle få;

- erfaring med prosjektarbeid
- kunnskap om lindrende omsorg gjennom å jobbe kunnskapsbasert

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive studentenes læringsutbytte gjennom deltakelse i prosjektene.

### **Organisering og arbeidsprosess**

Hensikten med de to prosjektene var å inspirere sykepleiestudenter og sykepleiere til å finne og anvende forskning for å øke sin kompetanse i det kliniske arbeidet. Arbeidet tar utgangspunkt i *beste praksis*, som betyr at retningslinjer og prosedyrer i praktisk sykepleie skal være kunnskapsbasert (Foss et al. 2014).

### ***Deltakere og kontekst***

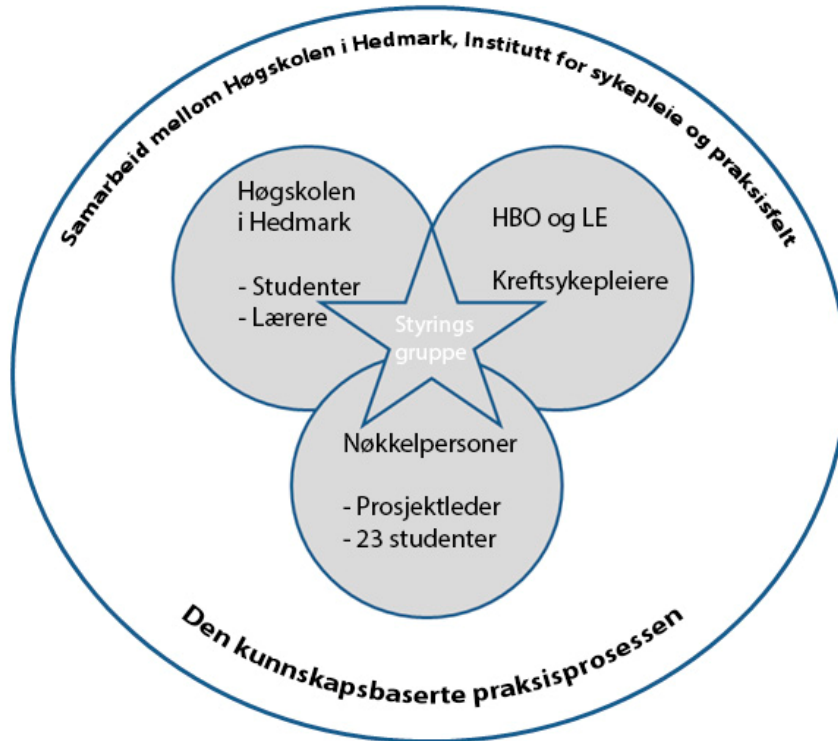
Deltakere i prosjektet var studenter i fjerde semester av sykepleierutdanningen, kommunens kreftkoordinator, samt en lærer som var prosjektleder. Studentenes praksis bestod av ti uker i hjemmebasert omsorg. I denne tiden deltok de fire dager på prosjektmøter og tre dager i hospitering ved Lindrende enhet og sammen med kreftsykepleier på hjemmebesøk til pasienter som mottok lindrende omsorg. Ni studenter deltok i hver av de to periodene i delprosjekt 1, hvorav én student sluttet underveis i periode to. Seks studenter deltok i delprosjekt 2. En styringsgruppe var nedsatt. Denne besto av prosjektleder, assisterende pleie- og omsorgsleder, leder for utviklingscenter for hjemmetjenester i Hedmark, og veileder i prosjektene.

### ***Forberedelse***

Studentene fikk muntlig og skriftlig informasjon om prosjektets hensikt, arbeidsmetoder og forventet læringsutbytte før praksisperioden. De fikk framdriftsplan og informasjon om hospiteringen ved Lindrende enhet og med kreftsykepleier, samt aktuell faglitteratur om lindrende omsorg. Praksisfeltet fikk muntlig informasjon om prosjektene av kreftkoordinator og prosjektleder. Hospiteringen ble organisert av kreftkoordinator i samarbeid med praksis. Kreftkoordinator fungerte som bindeledd mellom prosjektene og praksis for utveksling av informasjon underveis i prosjektperiodene.

### Gjennomføring

Hver prosjektperiode foregikk over 10 uker. Prosjektene tok utgangspunkt i en modell utviklet av Foss et al. (2014, s. 2); «The Collaboration Model of Best Practice» (CMBP). Denne modellen ble til gjennom et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Hedmark og Sykehuset Innlandet, hvor studentene hadde sin sykepleiepraksis. Hovedelementene i modellen er kritisk refleksjon, KBP, godt læringsmiljø og fasilitering, og består av følgende trinn: 1. Identifisere forbedringsområder, 2. Søke forskningslitteratur, 3. Vurdere forskningsfunn kritisk, 4. Implementere ny kunnskap i praksis, og 5. Evaluere den nye kunnskapens nytte i praksis.



Figur 1. Samarbeidsmodell for beste praksis (Foss et al. 2014)

Praksis hadde selv identifisert forbedringsområder (trinn 1). Prosjektmøtene ble holdt hver annen uke, hvorav tre møter varte hele dager og et fjerde møte varte tre timer. Første møte inneholdt introduksjon av prosjektet med presentasjon av lindrende omsorg (delprosjekt 1) og åndelig-eksistensielle aspekter i omsorgen (delprosjekt 2), prosjektets hensikt, arbeidsmetoder og litteratursøk (trinn 2). Møte to og tre besto i å jobbe videre med forskning og utarbeide de ulike samtaleguidene, samt å starte bearbeiding av materialet (trinn 3 og 4). Det fjerde møtet omfattet evaluering og presentasjon av studentenes læringsutbytte (trinn 5) (jf. Foss et al. 2014).

Studentene arbeidet både individuelt og i grupper, de diskuterte og medvirket i utforming av videre arbeidsprosess. Mellom møtene arbeidet studentene med å ferdigstille sine oppgaver; sammenfatte forskningsartikler eller jobbe videre med spørsmål til guidene. Høgskolens bibliotekarer hjalp til med søkestrategier og å finne aktuelle forskningsartikler. Hver gruppe studenter videreutviklet arbeidet der forrige gruppe sluttet.

### **1. Identifisere forbedringsområder**

Studentene i delprosjekt 1 jobbet med å finne ut hvordan pasienter med lindrende omsorg og deres pårørende, samt helsepersonell erfarte kontinuitet innen smertelindringen i lindrende omsorg. I delprosjekt 2 så man på hvordan pleierne kunne samtale om åndelig-eksistensielle aspekter med pasienter som mottok lindrende omsorg. Studentene formulerte ut fra dette følgende spørsmål: *Hvordan opplever pasienter, pårørende og helsepersonell kontinuitet i smertelindring i lindrende omsorg?* og *Hva bør være fokus for samtaler med åndelig-eksistensielle tema?* Gjennom gruppearbeid og påfølgende diskusjoner ble det foreslått ulike tema og spørsmål til samtalene.

### **2. Søke forskningslitteratur**

Søkeord i delprosjekt 1 var continuity AND pain AND palliative care AND nursing i databasene Cinahl, SweMed+ og Ovid Nursing. Ett av treffene var en norsk studie om kontinuitet i pleien i hjemmebasert omsorg (Gjevjon, Romøren, Kjøs og Hellesø 2013). Den ble nyttig også som grunnlag for videre søk. Studentene valgte 21 artikler og kom fram til at følgende søkeord hadde betydning for kontinuitet i smertelindringen i lindrende omsorg: *kompetanse, organisering, relasjoner, helhetlig omsorg, håp, kommunikasjon, trygghet og medbestemmelse*. De samme søkeordene ble benyttet på engelsk. Det ble utarbeidet en guide for pasient- og pårørendesamtaler og en guide for samtaler med helsepersonell. De tok utgangspunkt i spørsmål om kontinuitet i smertelindringen i lindrende omsorg; om smertelindringen var tilstrekkelig for pasientene, og om pasientene erfarte medbestemmelse, helhetlig omsorg og trygghet. Samtaleguiden for helsepersonell inneholdt spørsmål om hvordan pleierne vurderte pasientens smerter og hva de mente var viktig for pasientene nå, om betydningen av kontinuitet i smertelindringen og beskrivelse av kontinuitet i smertelindringen i lindrende omsorgen. De ble bedt om å komme med endringsforslag for bedre kontinuitet.

Søkeord i delprosjekt 2 var spirituality AND end-of-life AND palliative care AND nursing i de samme databasene som tidligere. Dette ga 13 treff, og studentene valgte seks artikler å jobbe videre med. Ut fra disse ble det funnet ulike tema for å utarbeide aktuelle spørsmål til en guide for pasientsamtaler om åndelig-eksistensielle aspekter. Den ble utformet slik at pasientene kunne fortelle om seg selv og sitt liv, og hva som ga mening i hverdagen nå. Det ble spurt om hva og hvem som var viktig for pasienten, deres familierelasjoner og om de hadde noen å snakke med om det som var viktig, og hvordan de så på framtiden og den siste tiden. Studentene gjorde muntlig rede for sine litteratursøk for øvrige prosjektdeltakere.

### **3. Vurdere forskningsfunn kritisk**

Studentene utarbeidet sammendrag av artiklene de skulle benytte og presenterte dem overfor hele gruppen. Forskingen ble så kritisk vurdert ut fra følgende kriterier: om artikkelen var fagfellevurdert, om forfatter(e) var styrt av økonomiske bindinger, hvilken institusjon forfatteren(e) var tilknyttet, og artikkelens relevans for prosjektet. Etterpå delte studentene seg i grupper og arbeidet med utforming av de ulike samtaleguidene.

### **4. Implementere ny kunnskap i praksis**

Studentene avtalte og forberedte selv samtalene med pasienter, pårørende og helsepersonell. Ni studenter samtalte med pasienter og deres pårørende og helsepersonell om kontinuitet i smertelindringen i delprosjekt 1. Seks studenter samtalte med pasienter om det åndelig-

eksistensielle i delprosjekt 2. Prosjektleder og kreftkoordinator bidro til å ferdigstille guider og logg etter prosjektperiodene. Behov for endring av arbeidsmetoder ble kontinuerlig vurdert underveis i samarbeid med studentene.

### **5. Evaluere den nye kunnskapens nytte i praksis**

Resultater i form av de to samtaleguidene, forskningsartikler og studentenes erfaringskunnskap ble overlevert praksis samlet som en prosjektrapport. Guiden for pasient- og pårørendesamtaler ble testet i en pilot av kreftsykepleier og ble godkjent til bruk i prosjektet uten endringer.

#### **Etiske vurderinger**

Pasienter, pårørende og helsepersonell ble informert om at det pågikk et prosjekt, at samtalerne var en del av prosjektet og var frivillige. Studentene skrev notater i etterkant av samtaler med pasienter, pårørende og helsepersonell. De noterte ingenting underveis. Studentene anonymiserte alle identifiserbare opplysninger i sine erfaringsbeskrivelser. De har dessuten beskrevet samtalerne med pasienter, pårørende og helsepersonell som sine egne erfaringer og ikke som de respektive parters uttalelser; det vil si at informasjonen har gått veien om studentenes egne tolkninger og er framstilt slik. Alle nedtegnelser har vært grundig diskutert av begge forfattere før publisering.

#### **Metode**

Det ble benyttet kvantitative og kvalitative metoder til innsamling av data om studentenes læringsutbytte i de to kunnskapsbaserte prosjektene:

Et spørreskjema omhandlet studentenes evaluering av eget læringsutbytte fra prosjektarbeidet. Skjemaet bestod av 11 spørsmål; ni spørsmål var skalert til *I svært høy grad, I ganske høy grad, I ganske liten grad, og Ikke i det hele tatt* med egne kommentarfelt. To spørsmål omhandlet prosjektets planlegging fra høgskolens og lindrende enhets side, to om informasjonen til studentene før oppstart av prosjektet og på første prosjektmøte, ett om læringsutbyttet innen fagfeltet lindrende omsorg og ett om prosjektets bidrag for å øke kvaliteten på sykepleien til pasientgruppen. Videre omhandlet to spørsmål KBP; om prosjektet hadde bidratt til å styrke studentenes forståelse av KBP og deres kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert. Ett spørsmål fokuserte på nytten av hospiteringspraksis. To spørsmål var fritekst og etterspurte hva som var positivt og hva som kunne vært annerledes med mulighet til å foreslå forandringer.

Studentene førte logg hvor de beskrev sine refleksjoner og læringsutbytte fra hospitering på lindrende enhet og fra hjemmebesøk sammen med kreftsykepleier til pasienter med lindrende omsorg. Videre ble de stilt spørsmål basert på begrepene som hadde blitt identifisert som betydningsfulle for kontinuitet i smertelindringen og ved ivaretagelse av åndelig-eksistensielle aspekter; kompetanse, organisering, relasjon, kommunikasjon, håp, trygghet og medbestemmelse. Til slutt beskrev studentene sin oppfattelse av hva det lindrende tilbudet i kommunen bestod av.

Studentene skrev notater om hvilke inntrykk og kunnskaper de hadde tilegnet seg fra samtaler med pasienter, pårørende og helsepersonell. Disse notatene ble samlet inn og ble benyttet i rapporten tilbake til praksis. I tillegg beskrev studentene sine erfaringer fra samtaler med helsepersonell som hadde beskrevet sine kunnskaper om smertelindring, erfaring med kontinuitet

i pasientenes smertelindring, og hvordan de vurderte pasientenes smerter. De hadde også besvart et spørsmål om hva de selv mente var viktig for pasientene på slutten av livet, og hadde beskrevet to-tre områder i prioritert rekkefølge.

Det ble gjennomført en tematisk analyse av hele datamaterialet inspirert av Braun og Clarke (2006). Tematisk analyse har ikke et spesifikt teoretisk rammeverk, og kan være anvendbar for ulike teoretiske forankringer. Tematisk analyse kan være en måte å speile virkeligheten på eller å trenge under overflaten på gjennom å undersøke erfaringer og hva de innebærer, og informantenes virkelighetsoppfatninger. I følge Braun og Clarke (2006) er tematisk analyse en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre og meninger fra ulikt datamateriale, altså på tvers av både kvantitative og kvalitative data. Dette krever at forsker må inneha fleksibilitet i tilnærmingen. Et tema betegnes som noe som er viktig i datamaterialet sett i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål, og representerer mønstre i data. Disse temaene eller mønstrene kan identifiseres induktivt eller deduktivt. Analysen av datamaterialet i de to samarbeidsprosjektene har en induktiv tilnærming. Vi tok utgangspunkt i alt skriftlig materiale som inneholdt både kvalitative og kvantitative data. Alt materiale ble systematisk gjennomlest flere ganger for å se etter mønstre av mening og tema relatert til prosjektenes hensikt. Teksten ble diskutert og reflektert over som en helhet av begge forfattere. Begge forfattere var delaktige i analysen ved at funn ble diskutert til det ble oppnådd konsensus på temaene.

### **Studentenes læringsutbytte**

I det følgende beskrives studentens læringsutbytte fra deres deltakelse i to kunnskapsbaserte samarbeidsprosjekter. Læringsutbyttet er uttrykt gjennom deres erfaringer og opplevelse, også når det ikke eksplisitt står at det er studentenes erfaringer og opplevelse som beskrives.

#### **Betydningen av kontinuerlig utvikling av kunnskap og kritisk tenkning**

Noen studenter mente de hadde god innsikt i KBP fra før, og trodde ikke de kom til å lære noe nytt. Prosjektdeltakelsen ville bare bli merarbeid. Men med opplæring i artikkelsøk av bibliotekarene ved høyskolen lærte de hvordan de kunne utforme gode søkeord både på norsk og engelsk, og hvilke databaser de kunne starte med. Deres læringsutbytte varierte ut fra hvordan de kunne forstå og benytte forskning, blant annet ut fra engelskkunnskaper. Ved at vi diskuterte de enkelte artiklene lærte de mer om hvordan de skulle vurdere forskningen kritisk, reflektere over innholdet, og vurdere validitet og relevans for prosjektet. De lærte om betydningen av å jobbe kunnskapsbasert og benytte hele prosessen i KBP for best mulig praksis, og de mente at de slik ble tryggere på å jobbe kunnskapsbasert. I løpet av prosjektperioden lærte de at det var viktig med helhetlig og målrettet tilnærming og tilstrekkelig kunnskap om lindrende omsorg i møte med pasienter og pårørende. De fikk kunnskaper om mulige utfordringer til alvorlig syke og døende pasienter. De dannet seg et mer helhetlig bilde av praksis og så sammenhengen mellom erfaringskunnskap, forskningskunnskap og brukerkunnskap.

#### **Betydningen av helhetlig og planlagt tilnærming**

I det store og det hele oppfattet studentene at pasientene fikk god lindring av sine fysiske smerter når de mottok lindrende omsorg. De mente at Lindrende enhet hadde bedre forutsetninger for å tilby god smertelindring enn hjemmebasert omsorg ved at de hadde mer personale tilgjengelig og stor kompetanse innen smertelindring. Det var viktig med høy kompetanse og gode relasjoner mellom pasient, pårørende og pleiere for å ivareta pasientenes åndelig-eksistensielle behov og

for kontinuitet i smertelindringen. Når pasientene ble møtt med respekt av pleierne kunne det bidra til at deres psykiske smerte ble lindret. Noen ganger manglet personalet både tid og tilstrekkelig kunnskap til å få til det. Gode relasjoner til pleierne kunne bidra til å lindre pasientenes sosiale smerte. Studentene mente at pårørende opplevde det smertefullt når deres kjære var alvorlig syk og døende, og at deres smerte ble lindret når pasientene hadde det bra og når pleierne hadde tid til dem.

Helsepersonell vurderte pasientenes smerter ved å observere dem, tolke nonverbale tegn og spørre pasientene, og når de ble godt kjent med pasientene kunne de lese dem og vage tegn på smerter tidligere. Lindrende enhet benyttet smerteregistreringsskjemaet Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). Det ble ikke like systematisk benyttet i hjemmesykepleien. Pleierne lindret pasientenes smerter gjennom behandling, veiledning, støtte og oppmuntring til håp gjennom samtaler. For å sikre god og kontinuerlig smertelindring måtte pleierne ha kunnskaper og erfaring, snakke med og bli kjent med pasientene for også å kunne benytte sitt kliniske blikk og skjønn ved vurdering av smerter. Kontinuitet i tjenesten innebar oppfølging av vedtak, god informasjonsflyt og god dokumentasjon, godt samarbeid, og planlegging for endring. Pleierne mente at alle pasienter burde ha en palliativ plan så tidlig som mulig for at pasientenes smertelindring og siste levetid kunne gjøres bedre og mer forutsigbar. Den kunne sikre kontinuitet i smertelindringen ved at sykepleierne gjennom den kunne gjøre endringer i smertelindringen når smertene endret seg. Personalet så helhetlig omsorg med samtaler om åndelig-eksistensiell omsorg, samt kontinuitet i smertelindringen som viktig for både pasienter og pårørende.

Dialogen med nærmeste leder ble oppfattet som god og viktig, og samarbeidsmøter, tydelig informasjon og kunnskapsdeling ga kontinuitet, mens kontakten med fastleger, fysioterapeuter og ergoterapeuter kunne vært bedre. Samtaleguidene studentene utarbeidet var gode verktøy for dem, de ga struktur i samtaler og mot til å stille spørsmål for dypere innsikt og forståelse for temaene de tok opp. Ved Lindrende enhet traff to av studentene igjen sine pasienter fra hjemmesykepleien, og det ble et gledelig gjensyn og en opplevelse av kontinuitet for både dem og pasientene.

### **Betydningen av å få snakket om det som er viktig**

Gode samtaler med pasienter om åndelig-eksistensielle aspekter krevde uforstyrret tid og rom, noe kreftsykepleierne synliggjorde hjemme hos pasientene ved at de satte av god tid, de viste medmenneskelighet og høy kompetanse. Studentene gjennomførte flere samtaler hjemme hos pasienter hvor de fikk mulighet til å sette ord på sine tanker og bekymringer. Studentene opplevde at de kom tett på pasientene, fikk raskt deres tillit, og erfarte at pasientene ønsket å bli sett som hele mennesker, ikke bare som *den døende*. Enkelte studenter uttrykte at de ikke hadde tatt opp spørsmål om «egen framtid og død» i pasientsamtalene. Det ble for vanskelig for studentene, samtidig som de var usikre på om pasientene ønsket å snakke med dem om dette. De oppfordret pasientene til å snakke om det de ønsket eller til å fortelle om seg selv og sitt liv. Det ble da lettere å komme inn på det som var viktig og kanskje vanskelig for pasientene å snakke om. I ettertid har hjemmesykepleien tatt i bruk samtaleguiden om åndelig-eksistensielle aspekter.

### **Betydningen av å kjenne seg selv og ha mot i møte med pasienten**

Studentene sa de lærte mye gjennom sine refleksjoner ved føring av logg. De satt igjen med sterke inntrykk etter møter med alvorlig syke pasienter og deres pårørende. Pasientene hadde fortalt at de hadde bevart håpet ved at de unngikk å tenke på diagnosen sin, men var realistiske



og tok livet som det kom. Studentene gjenga at de hadde lært mye om smertelindring i lindrende omsorg og om seg selv, og mente de var modige i samtalene med pasienter og pårørende ved at de tok opp personlige spørsmål og kom tettere på dem og temaet. Studentene sa de hadde fått økt kunnskap om døende pasienter og deres utfordringer, lindrende omsorg og eget forhold til døden. Enkelte studenter uttrykte imidlertid utilstrekkelighet i møte med pasientene og at de manglet erfaring fra samtaler med så syke pasienter.

### Betydningen av en ekstra innsats

Det var krevende for studentene å delta i prosjektene, og det var vanskelig å holde motivasjonen oppe i perioder. De måtte lese og forberede seg til prosjektmøtene, og hjemmeoppgavene var merarbeid som studenter utenfor prosjektet slapp. På slutten av prosjektperioden oppdaget de at det nettopp var mengden arbeid som hadde gjort at de hadde lært så mye. Alle studentene uttrykte at hospiteringen ved Lindrende enhet, og da spesielt når de fikk være med kreftsykepleier hjem til pasienter som mottok lindrende omsorg, var lærerik.

Tabell 1. Evaluering av læringsutbytte fra to kunnskapsbaserte samarbeidsprosjekter.

Læringsutbytte (N = 23)	Prosjektet	Lindrende omsorg	Hospiterin g	KBP
I svært høy grad	3	4	9	4
I ganske høy grad	12	14	5	13
I ganske liten grad	4	4	4	4
Ikke i det hele tatt	1	1	2	0

### Diskusjon

Hovedhensikten med prosjektene var at praksisfeltet fikk faglig tilskudd av kunnskap innen lindrende omsorg. Hensikten for studentene var at de fikk erfaring med prosjektarbeid, og kunnskap om lindrende omsorg gjennom å jobbe kunnskapsbasert. I artikkelen diskuteres studentenes læringsutbytte fra prosjektene opp mot forskning, annen litteratur og deres erfaring med prosjektarbeid, og hva de lærte som de kanskje ikke ville lært i sin ordinære praksis.

### Forskningskunnskap

I dette prosjektet arbeidet studentene kunnskapsbasert ved å gjennomføre alle trinnene i samarbeidsmodellen; de reflekterte over temaer praksis hadde gitt dem, de utformet spørsmål og søkte opp forskningslitteratur, vurderte denne kritisk og benyttet den nye kunnskapen i praksis (jf. Foss et al. 2014). De mente de hadde lært mye av denne arbeidsformen og gjennom sitt engasjement, men også fordi det var satt av tid og lagt til rette for arbeidet. Det er av betydning hva studentene lærer i praksis og hvordan de lærer det, da praksis ofte former studentenes holdninger til læring, praktiske håndlag og profesjonelle utvikling (Henderson, Cooke, Creedy og Walker 2012).

Det er en utfordring om studentene fortsetter å jobbe kunnskapsbasert som utdannet sykepleier, men gjennom prosjektene fikk de både praktisk og teoretisk kunnskap om KBP. Studenter og nyutdannede sykepleiere kan ha større fokus på å passe inn i miljøet i praksis enn å ta et kritisk standpunkt til rutiner og holdninger, og fremme forslag om å ta i bruk ny kunnskap. Dette samsvarer med en studie fra Australia og Storbritannia som viser at nyutdannede sykepleiere prøver å tilpasse seg og ikke være kritiske og foreslå endringer før de føler seg akseptert i sitt

nye arbeidsmiljø (Henderson et al. 2012). De må bli motivert, føle seg inkludert, utvikle relasjoner med kollegaer og være trygge nok til å stille spørsmål og utvikle praksis. Flere studier viser at KBP må være forankret i ledelsen for at dette skal være et prioritert arbeidsområde og en del av den daglige virksomheten (Everett og Sitterding 2011; Gerrish, Nolan, McDonnell, Tod, Kirshbaum og Guillaume 2012).

I dette prosjektet la praksis til rette for at ansatte og studenter kunne jobbe kunnskapsbasert og oppnå positive holdninger til KBP. Studien til Johansson, Fogelberg-Dahm og Wadensten (2010) viser at det bør arrangeres kurs i forskningssøk og å benytte KBP til nyansatte. Kompetanse innen dette området for sykepleiere kan gi studentene gode rollemodeller. Flere studier viser nettopp at det er en sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP (Snibsøer et al. 2012; Wallen et al. 2010). Når sykepleiere blir ressurspersoner i KBP for å være mentorer kan det forbedre klinisk praksis, gi høyere jobbtilfredshet og lavere turnover blant personalet, og i tillegg kan det gi økonomiske besparelser for helsevesenet (Snibsøer et al. 2012). Wangensteen (2010) fant i sine undersøkelser at færre enn hver fjerde nyutdannet sykepleier i Norge benytter forskning i praksis. Derfor er studentenes erfaringer med KBP av betydning for om de vil jobbe kunnskapsbasert i framtiden. Om studentene faktisk vil benytte KBP framover er vanskelig å si, men en svensk studie viser at intensjoner og tro på egne evner er identifisert som de to viktigste kognitive faktorer for å spå sykepleieres framtidige atferd (Florin, Ehrenberg, Wallin og Gustavsson 2011).

Det varierte hvordan studentene forstod og benyttet forskningslitteraturen, og det medførte behov for å diskutere forskningsartiklene i gruppen. Læringsutbyttet ble dermed større, og studentene erfarte det som en kvalitetssikring for om forskningen var nyttig for prosjektet. Dette var noe studentene mente de aldri fikk tid til i sin ordinære praksis. Manglende kultur for å søke oppdatert forskningslitteratur ved spesifikke praksisnære spørsmål kan hemme bruk av KBP, men integrert undervisning i klinisk praksis kan bedre ferdigheter, holdninger og atferd knyttet til KBP (Snibsøer et al. 2012). Opplæring alene er selvfølgelig ingen garanti for økt bruk av forskning, hevder Bratberg og Haugdahl (2010). Florin et al. (2011) viser i sin studie at studenter som gjennom sin utdanning gjennomgår forskningsmetodikk er positive til forskning, og 60 % av dem mener de vil benytte forskningsfunn i sin yrkeshverdag. Videre viser studien at 1440 sykepleiestudenter ved 26 universiteter fikk støtte gjennom utdanningen til å bruke, kritisk vurdere og å forstå forskning, og benytte KBP i siste semester av studiet i 2002, 2004 og 2006. De rapporterte gode evner innen KBP, men det var store variasjoner angående utforming av gode forskningsspørsmål, funn av relevant kunnskap, å vurdere denne kritisk og velge kunnskap for beste praksis (Florin et al. 2011). De fleste studentene i vår studie evaluerte at de i stor grad eller i svært stor grad erfarte læringsutbytte av å jobbe kunnskapsbasert og at de hadde blitt tryggere på å benytte KBP.

### **Brukerkunnskap**

En viss kontinuitet i smertelindringen måtte være til stede for å oppnå god smertelindring for pasientene som mottok lindrende omsorg. I tillegg måtte pleierne ha tilstrekkelig kunnskaper og erfaring om smertelindring av alvorlig syke og døende. Dette samsvarer med funn i studien til Kvaale og Bondevik (2010). Studentene erfarte at pasientene opplevde bedre smertelindring når pleier var kjent for dem og det ga en trygg og tillitsfull relasjon. Smerter er ikke bare av fysisk karakter, men påvirker pasienten også psykisk, sosialt og åndelig-eksistensielt, så selv om tilstrekkelig kunnskap om smerter er viktig, må de forstås ut fra den subjektive opplevelsen av

dem (Bostrøm, Sandh, Lundberg og Fridlund 2004). Kjennskap til den enkelte pasient var dermed av betydning for god smertelindring, noe studentene selv erfarte.

Når studentene erfarte at pasientene i varierende grad opplevde kontinuitet i smertelindringen var det basert på at ikke alt personale hadde tilstrekkelig kompetanse. Dette samsvarer med studien til Gjevjon, Eika, Romøre og Landmark (2014), hvor pleiere tilknyttet pasienten byttet vakter, ble syke eller hadde ferie, og nye pleiere ikke var like godt kjent med pasientens smerter. Dette er i tråd med flere forskningsfunn (D'Errico og Lewis 2010; Midtbø og Kvåle 2010). Behovet for kontinuitet og individuell tilpasning i helsetjenestene er fortsatt til stede for å unngå stadig skiftende pleiere gjennom døgnet som gir manglende kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet (Midtbø og Kvåle 2010). Studien til D'Errico og Lewis (2010) viser at kontinuitet blant sykepleiere i hjemmebasert omsorg er assosiert med lavere nivå av angst og depresjoner blant pasientene ved at de blir bedre kjent med og oppretter gode relasjoner til sykepleierne.

Studentene mente at samtaler om åndelige og eksistensielle spørsmål var svært viktig for pasientene. Kreftsykepleierne satte av god tid til samtaler med pasientene, og både deres kompetanse og medmenneskelighet ble satt stor pris på. Samtalen bør planlegges og avtales på forhånd, sier Husebø og Husebø (2011), og selv om mangel på tid kan være en utfordring i en travel hverdag er det ingen umulighet. Det må erkjennes at slike samtaler tar tid og at det må legges til rette for dem. Pasientene skal motta støtte til håp og mestring, få lindret sin lidelse og få hjelp til en fredfull død av sykepleier (NSF 2011), men studentene erfarte at det kunne være vanskelig å finne ord i pasientsamtalene om åndelig-eksistensielle aspekter. De var redd for å støte pasientene om de snakket om døden. Dette samsvarer med studien til Browall, Henoch, Melin-Johansson, Strang og Danielson (2014), som viser at mange opplever maktesløshet i møte med den døende og manglende mot, de kan trekke seg unna og skylde på at de ikke har tid. Samtalene hadde stor betydning for studentene da de etter hvert ble modige i sin tilnærming, og det kan få betydning for framtidige pasientsamtaler. Studentene mente de hadde gått over en terskel. Det vil være en forskjell for framtidige pasienter om de møter en unnvikende eller en modig student. Studentene fikk slik en unik erfaring gjennom prosjektene, noe de kanskje ikke ville fått gjennom den ordinære praksisen.

Studentene erfarte at pleierne ønsket at det så tidlig som mulig ble utarbeidet en palliativ plan for pasientene som kunne gi sykepleierne handlingsrom ved endringer i pasientens tilstand; f.eks. ved økte smerter, hvor de kunne endre på medikamentdoseringen. De mente det var en trygghet for pasientene. En studie viser at de fleste pasienter ønsker å snakke om livets slutfase og planlegge denne, og konsensus er at alvorlig syke eller døende pasienter skal få tilbud om samtaler om sin sykdomsutvikling og den siste livsfasen (Parry, Land og Seymour 2014:331). Deres oppsummerte forskning viser derimot at helsepersonell knapt snakker med pasienten om dette, det blir for vanskelig. Tilnærmingen kan gjøres lettere ved å snakke indirekte eller ved å stille spørsmål for å finne ut hva pasienten ønsker (Parry, Land og Seymour 2014). Den åndelig-eksistensielle dimensjonen omfatter pasientens grunnleggende verdier som livets mening og den enkeltes livssyn (Magelssen og Fredheim 2011), og forskning viser at flere pasientgrupper kan ha nytte av samtaler om det åndelig-eksistensielle om det blir lagt til rette for det (Olsson, Östlund, Strang, Grassman, Jeppson og Fredrichson 2010). En annen studie viser at relasjonen til pleiere og egen familie, omsorgsbehov, psykologisk stress, åndelighet, personlig aksept, opplevelse av mening og kommunikasjon med legen har betydning på slutten av livet (Emanuel, Alpert, Baldwin og Emanuel 2000). I følge McClain, Rosenfeld og Breitbart (2003) er det en sterk sammenheng mellom åndelig velvære og ønsket om en snarlig død, og pasienter som får opparbeidet åndelig velvære ønsker ikke lenger å dø.

### **Erfaringskunnskap**

Kreftsykepleierne ble opplevd som gode rollemodeller for studentene, og gjennom samtaler med dem fikk studentene innblikk i pasientmøter, teoretisk kunnskap og praktisk erfaring. De fikk dermed økt sin kompetanse innen lindrende omsorg. Dette samsvarer med forskningen til Bisholt, Ohlsson, Engström, Johansson og Gustafsson (2013) hvor de så at måten klinisk praksis ble lagt til rette på med muligheter for pasientmøter, veiledning og dokumentasjon kan ha betydning for læringsutbytte, og for hvilke barrierer som finnes til hinder for læring, utvikling og et godt læringsklima. Studentene ville ikke nødvendigvis fått samme læringsutbytte i ordinær praksis, da studentene ofte dro til pasienter på egenhånd eller to og to sammen.

Studentene erfarte at sykepleiere med videreutdanning innen kreftomsorg og lindrende omsorg var tryggere i kontakt med pasienter og pårørende, og det var viktig for dem å ha tilstrekkelig kunnskap om lindrende omsorg. I følge Nortvedt og Grønseth (2010) er lindring av pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelig-eksistensielle smerte viktig i sykepleien, men lindring kan også være at pasienten får anledning til å uttrykke sin opplevelse av sykdom og behandling. Sykepleiere som over tid kartlegger, koordinerer og ivaretar pasientenes helse opplever at de får en kompetanse relatert til pasientene som forbedrer deres livskvalitet og bidrar til en fredfull død, og det forhindrer medikasjonsfeil, fall, akutte innleggelses og dødsfall, viser studien til Dick og Frazier (2006). Dermed sikres kvaliteten på pleien, og pasientene påvirkes til å utføre flere av sine daglige gjøremål, noe som kan øke deres opplevelse av integritet og lindring av smerter (Russell, Rosati, Rosenfeld og Marren 2011).

Når pleierne kjente pasientene kunne de lese pasientene og oppfatte vage tegn på smerter på et tidlig tidspunkt. Det samsvarer godt med funn i flere studier (Dick og Frazier 2006; Potter og Peden-McAlpine 2002). Studentene erfarte hvor viktig sykepleiernes erfaring og kompetanse var i dialogen med pasientene, og for at de kunne benytte sitt kliniske blikk og skjønn der pasientene kanskje ikke ville innrømme at de hadde smerter. Pleier må lytte til pasientene og handle som en konsekvens av det de ønsker. Studien til Ingadottir og Jonsdottir (2010) viser at pasientene kan oppleve økt livskvalitet og kontinuitet i omsorgen om sykepleier danner partnerskap med dem på et likeverdig nivå. Studentene erfarte sannsynligvis noe tilsvarende når kreftsykepleier i samtale med pasienten ikke bare var ekspert, men et likeverdig medmenneske. Møtene var en kontrast til studentenes ordinære praksis hvor tiden hos den enkelte pasient var svært knapp.

### **Bruk av ulike verktøy**

Studentene erfarte at det var lettere å holde fokus og få mot til å stille viktige spørsmål til pasienter og pårørende i samtale ved hjelp av samtaleguidene. Skjemaer eller prosedyrer kan ofte oppleves som en god støtte for studenter og nyutdannede sykepleiere og gi en trygghet på at oppgaven er løst på riktig måte (Pedersen 2009). Lite erfaring kan likevel trekke fokus vekk fra pasienten over på samtaleguiden, og slik kan studentene ha fått begrenset informasjon. Men på den annen side forberedte de seg godt og tenkte ut aktuelle oppfølgingsspørsmål for dypere innsikt gjennom samtale. Mer erfarne sykepleiere kunne i større grad løsrevet seg fra samtaleguiden og benyttet skjønn til å stille nye spørsmål ut fra hva som ble erfart som viktig for pasientene (Pedersen 2009). Det var viktig for studentenes læringsutbytte at de fikk reflektert over samtale i etterkant i prosjektgruppen og bearbeidet inntrykk for økt trygghet i framtidige pasientsamtaler.

Gjennom føring av logg med refleksjoner over egen praksis oppnådde studentene bevisstgjøring og læring. Loggen inneholdt spørsmål med utgangspunkt i begreper benyttet i samtaleguiden for kontinuitet i smertelindringen. Dette ga studentene økt læringsutbytte fra hospiteringene.

Kreftsykepleierne benyttet ESAS i smertekartleggingen og studentene fikk kunnskaper om bruk og nytte for at de selv kunne benytte det til framtidig smertekartlegging. Ikke alle pleiere benyttet ESAS, selv om det i større grad kunne gitt dem en helhetlig forståelse av pasientens symptomer og plager (jf. Gran og Landmark 2012). Personalets og ledelsens kunnskaper om ESAS og holdninger til smerter er nødvendige forutsetninger for at pasientene skal motta optimal smertelindring, sier Gran og Landmark (2012). Ikke alle pasientene fortalte om smertene sine, og det berodde kanskje på at helsepersonell ikke stilte de *riktige* spørsmålene eller at tilliten til pleier ikke var til stede. Ved bruk av ESAS kunne pasientene lettere besvart spørsmålene eller vist på kroppskartet for hvor smertene satt. Det kunne bevisstgjort pasienten og gjort det lettere for helsepersonell å gi god smertelindring.

### **Metodekritikk**

Tilstrekkelig tid og ressurser må settes av for at forventet læringsutbytte skal oppnås. Det ble for liten tid til å planlegge delprosjekt 1; prosjektleder kom først på plass rett før oppstart, og det ble tatt avgjørelser om framdrift og oppgaver fra møte til møte. Dette kan ha dempet studentenes motivasjon og mulighet for læring. Det ble også liten tid til planlegging underveis i delprosjekt 2, da prosjektleder ble syk og arbeidet ble flyttet til slutten av prosjektperioden, noe som førte til at det ble veldig hektisk. Utviklingsprosjektene var for ambisiøse med tanke på hva som kunne oppnås med gitte tidsressurser. Det var heller ikke satt av tilstrekkelig tid til møter med praksis. Førsteforfatter veiledet studentene i prosjektet, men ikke i deres ordinære praksis. Det ble dermed kun de fire prosjektdagene at prosjektleder møtte studentene, og dermed liten tid til å få til gode relasjoner med studentene og motivasjon for arbeidet. Prosjektleder burde dermed vært praksisveileder for studentene, noe prosjektleder var i delprosjekt 2. Kreftkoordinator møtte studentene flere ganger gjennom at de var med henne ut på pasientbesøk.

Gjennom bruk av samtaleguider, notater, logg og skriftlige evalueringer ble studentenes læringsutbytte kartlagt. Men kan hende var ikke samtaleguidene tilstrekkelige for å få fram ønsket kunnskap, og personlige intervjuer kunne i større grad sikret dette. Kan hende inneholdt samtaleguidene ikke de rette spørsmål og temaer for å gi studentene et godt læringsutbytte fra lindrende omsorg. Spørreskjemaet hvor studentene evaluerte eget læringsutbytte kunne hatt større fokus på kunnskapsbasert praksis og lindrende omsorg, men vi fikk svar på en god del av hva de hadde lært i prosjektene. Loggen inneholdt en del spørsmål studentene skulle besvare, og vi mener de ga et godt bilde av deres læringsutbytte fra lindrende omsorg. Studentene benyttet ikke Pico-skjema eller beskrev nøyaktig hvordan de hadde kommet fram til de enkelte forskningsartiklene, og det er en svakhet ved prosjektet. Det burde vært klarlagt helt fra starten av at studentene måtte beskrive sine litteratursøk nøyaktig.

Vi erfarte at kontakten med praksis var sporadisk. Ingen av de ansatte fikk mulighet til å delta aktivt i prosjektet på grunn av manglende ressurser. Dersom de hadde blitt mer involvert kunne det ført til et sterkere kollegialt engasjement. Praksis fikk dermed ikke eierforhold til prosessen eller det endelige resultatet. Det kan ha påvirket studentenes læringsutbytte ved at de ansatte ikke i tilstrekkelig grad var klar over hva studentenes mål var med hospiteringen. Den største utfordringen ligger ofte i hvordan få implementert ny kunnskap i praksis. Sandvik, Stokke og Nortvedt (2011) så i sin studie at for å få til en effektiv strategi for implementering av ny

kunnskap i organisasjonen, må tiltak rettes mot lokale barrierer, ressurser må kartlegges, kompetansen må heves og arbeidet må forankres i ledelsen. Dette ble også for oss vanskelig selv om kommunens kreftkoordinator fungerte som bindeledd mellom prosjekt og praksis for informasjonsutveksling og tilrettelegging for hospitering. Verken praksis eller vi hadde satt av tilstrekkelig tid til dette.

### **Konklusjon**

Hensikten med de to samarbeidsprosjektene var at sykepleiestudentene skulle få erfaring med prosjektarbeid innen lindrende omsorg og å jobbe kunnskapsbasert. Dette ble oppnådd. For å utvikle sykepleiefaget må det stilles gode spørsmål og letes etter informasjon på en systematisk måte, og den informasjonen vi finner må vurderes både kritisk og konstruktivt, sier Reinart (2007). Utdanningsinstitusjoner har en nøkkelrolle i å støtte og veilede studenter i KBP og i å legge til rette for at ny kunnskap kan benyttes til å forbedre praksis (Christie, Hamill og Power 2012). Sannsynligheten er stor for at studentene fikk opparbeidet handlingskompetanse på KBP gjennom sitt systematiske arbeid, og at de vil jobbe kunnskapsbasert også i framtiden. Vår erfaring etter gjennomføring av to kunnskapsbaserte samarbeidsprosjekter er at det må brukes mer tid til planlegging i forkant, og alt som gjøres må nøye dokumenteres. Ansatte og ledere i praksis må i større grad inkluderes for å oppnå eierforhold til prosjektene, og for å lykkes med å implementere ny kunnskap i praksis. Alt i alt fikk studentene stort læringsutbytte fra lindrende omsorg både faglig, gjennom ny forskning, og fra pleieres, pasienters og pårørendes kunnskaper og erfaringer.

### **Litteratur**

- Bisholt, B., Ohlsson, U., Engström, A.K., Johansson, A.S. og Gustafsson, M. (2013). Nursing students' assessment of the learning environment in different clinical settings. *Nurse Education in Practice*, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.11.005>.
- Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D. og Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Journal of Advanced nursing*; 45(4): s. 410-419.
- Bratberg, G.H. og Haugdahl, H.S. (2010). Opplæring i kunnskapshåndtering – nytter det? *Sykepleien Forskning*. Nr. 3; 5: s. 192-199.
- Braun, V. og Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3: 77-101.
- Browall, M., Hensch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S. og Danielson, E. (2014). Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *European Journal of Oncology Nursing* 18: 636-644. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.001>
- Christie, J., Hamill, C. og Power, J. (2012). How can we maximize nursing students' learning about research evidence and utilization in undergraduate, preregistration programs? A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing* 68(12), 2789-2801. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05994.x.

D'Errico, E.M. og Lewis, M.A. (2010). RN Continuity in Home Health: Does It Make a Difference? *Home Health Care Management & Practice*. XX(X) 1-8. 2009 SAGE Publications. doi: 10.1177/1084822309355905.x

Dick, K. og Frazier, S.C. (2006). An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 18, 325-334. doi: 10.1111/j.1745-7599.2006.00140.x

Emanuel L.L., Alpert H.R., Baldwin D.C. og Emanuel E.J. (2000) What terminally ill patients care about; towards a validated construct and patient's perspectives. *Journal of Palliative Medicine*, 3, s. 419-431.

Everett, L.Q. og Sitterding, M.C. (2011). Transformational leadership required to design and sustain evidence-based practice: a system exemplar. *Western Journal of Nursing Research* 33(3), s. 398-426.

Florin, J., Ehrenberg, A., Wallin, L. og Gustavsson, P. (2011). Educational support for research utilization and capability beliefs regarding evidence-based practice skills: a national survey of senior nursing students. *Journal of Advanced Nursing* 68(4), 888-897. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05792.x.

Foss, J. E., Kvigne, K., Larsson, B. W. og Athlin, B. (2014). A model (CMBP) for collaboration and nursing practice to promote research utilization in students' clinical placements: A pilot study. *Nurse Education in Practice*; 2014.05.12. [http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953\(13\)00213-8/pdf](http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953(13)00213-8/pdf)

Gerrish, K., Nolan, M., McDonnell, A., Tod, A., Kirshbaum, M. og Guillaume, L. (2012). Factors influencing advanced practice nurses' ability to promote evidence-based practice among frontline nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 9(1), 30-39.

Gjevjon, E.R., Romøren, T.I., Kjøs, B. og Hellesø, R. (2013). Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *Journal of Nursing Management* 21, 182-190. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x

Gjevjon, E.R., Eika, K.H., Romøren, T.I. og Landmark, B.F. (2014). Measuring interpersonal continuity in high-frequency healthcare services. *Journal of Advanced Nursing* 70(3), 553-563. doi: 10/1111/jan.12214

Gran, S. og Landmark, B.T. (2012). Kan smertekartlegging ved bruk av ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) bidra til å lindre smerte hos eldre på sykehjem? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 1, s. 34-46.

Granger, B.B. (2008). Organizational readiness for evidence-based practice. *Journal of Nursing Administration*; 29: 91-7.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Morgendagens omsorg*. (St.meld. nr. 29, 2012-2013). Oslo: Departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.

Henderson, A., Cooke, M., Creedy, D.K. og Walker, R. (2012). Nursing students' perceptions of learning in practice environments: A review. *Nurse Education Today*, 32; 299-302. doi: 10.1016/j.nedt.2011.03.010

Hov, R., Hall-Lord, M.L., Johansson, I. og Wilde-Larsson, B. (2013). *Evaluering av samarbeidsprosjekter i sykepleierutdanningen*. Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2013 nr. 2.

Husebø, S. og Husebø, B. (2011). Tid er et spørsmål om dybde – ikke om lengde. Vanskelige samtaler om liv og død. *Omsorg 4/2011*, 49-55.

Ingadottir, T.S. og Jonsdottir, H. (2010). Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health-related quality of life and hospital admissions. *Journal of Clinical Nursing*. 19(19/20), 2795-2805. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03303.x

Johansson, B., Fogelberg-Dahm, M. og Wadensten, B. (2010). Evidence-based practice: the importance of education and leadership. *Journal of Nursing Management* 18, 70-77. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01060.x

Kunnskapsdepartementet (2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. (St.meld. nr. 13, 2011-2012). Oslo: Departementet.

Kvaale, K. og Bondevik, M. (2010). Patients' perception of the importance of nurse's knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology nursing forum*; 37(4), s. 436-442.

Magelssen, M. og Fredheim, O.M.S. (2011). En åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter. *Tidsskr Nor Legeforen*. Nr. 2;131, 138-40.

McClain, C.S., Rosenfeld, B. og Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*. Vol. 361, s. 1603-1607.

Midtbø, T. og Kvåle, G. (2010). Perspektiv på samspel, kontinuitet og kvalitet i omsorgstenester for pasientar med demens i heimetenesta. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*; 12:3, 37-47.

Norsk Sykepleierforbund NSF (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf)

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (2010). *Klinisk sykepleie I*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. og Reinart, L.M., (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Olsson, L., Östlund, G., Strang, P., Grassman, E. Jeppson og Fredrichson, M. (2010). Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol 16, No 12, s. 607-12.



Parry, R., Land, V. og Seymour, J. (2014). How to communicate with patients about future illness progression and end of life: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*; 4: 331-341. doi:10.1136/bmjspcare-2014-000649

Pasient- og brukerrettighetsloven LOV-1999-07-02-63. (2014). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, K.L. (2009). Evidensbasert praksis i møte med pasientens livsverden. *VÅRD I NORDEN* nr. 3 Publ.no.93 Vol..29, s. 53-55.

Potter, T. og Peden-McAlpine, C. (2002). How expert home care nurses recognize early client status changes. *Home Healthcare Nurse*.20, 43-50.

Reinar, L.M. (2007). Å vurdere kunnskap. – For deg som vil lese forskning kritisk. *Sykepleien Forskning* 1(2): 126-129.

Russell, D., Rosati, R.J., Rosenfeld, P. & Marren, J.M. (2011). Continuity in home health care: is consistency in nursing personnel associated with better patient outcomes? *J Health Qual.* 33, 33-39.

Sandvik, G.K., Stokke, K. og Nortvedt, M.W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning*. Nr. 2; 6: 160-167 doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0098.

Snibsøer, A.K., Olsen, N.R., Espehaug, B. og Nortvedt, M.W. (2012). Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. *Sykepleien Forskning*. Nr. 3; 7: 234-241 doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0129

Wangensteen, S. (2010). *Newly graduated nurses' perception of competence, critical thinking and research utilization. Dissertation.* Faculty of Social and Life Sciences, Department of nursing, Karlstad University Studies.

Wallen, G.R., Mitchell, S.A., Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Miller-Davis, C., Yates, J. og Hastings, C. (2010). Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship program. *Journal of Advanced Nursing* 66(12), 2761-2771. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05442.x.