

Leder

Forskningsjuks- og plagiat har fått betydelig oppmerksomhet i det siste. Dette er et problem og utfordring som muligens er mer utbredt enn vi liker å forestille oss, men som det samtidig er enighet om, i alle fall i teorien, at det er uetisk og bryter med etablerte standarder i det faglig/profesjonelle fellesskapet. Derimot har det vært mindre oppmerksomhet omkring bruken av referanser. Det er prisverdig at Forskerforum (nr. 7-2015) setter søkelyset på hvordan misforståelser, ja feilaktige forestillinger, kan bre seg som følge at forfattere ikke setter seg skikkelig inn i, eller rett og slett ikke leser, forskningsbidrag som de sjøl refererer til. I det hele tatt gis det i dette nummeret mange eksempler på dårlig henvisningsskikk (nr.7-2015: 17).

Alle er enige om at man sjølsagt skal referere til tilgjengelig forskning på det fagfeltet som ens eget bidrag relaterer seg til. Det er nokså sjeldent i alle fall hva samfunnsvitenskapelig forskning angår, at man starter fra 'bar bakke' av, eller beveger seg inn i et helt ukjent landskap. Følgelig er det naturlig å henvise til hva andre har gjort, hvilke hull man fyller igjen i forskningsdiskursen, og hva som er ens eget originale bidrag. Tatt i betraktning den nærmest eksplosive veksten i samfunnsvitenskapelig forskning kan dette fremstå som en kjempeutfordring, ja nærmest uoverkommelig oppgave. Åpenbart er dette et dilemma som mange sliter med. Likevel er det ingen farbar vei å gjøre følgende:

- For å gardere seg så dynger man på med referanser, gjerne med bidrag av forskere som er velrenommerte. Det som omtales som 'name-dropping' eller kjendissnobberi, er et fenomen som også forskere tyr til. I enkelte tilfeller kan man heller ikke utelukke at forskeren derigjennom forestiller seg at dette er med på å gi egen tekst et kvalitetsstempel. I den utstrekning referansene belegger faglige poeng som er nokså triviell eller allment aksepterte, skulle det være unødvendig.
- 'Name-dropping' kan være nokså uskyldig form for snobberi. Verre blir det imidlertid når man gir en overfladisk, og til og med en feilaktig fremstilling av det bidraget man refererer til. Og da nettopp fordi man enten ikke har tatt seg tid til å lese det grundig eller ikke har lest det sjøl, men baserer seg på hva man har fått formidlet fra andre forskere.

Som allerede påpekt, er det krevende i dag å ikke bare skaffe seg en oversikt over flommen av tidsskriftsartikler og andre forskningsbidrag innenfor et felt. Men også å ta seg tid til å lese grundig hva som måtte være relevant for en eget bidrag. Og har man ikke en eller flere årlige publikasjoner; ja så risikerer man lett å miste sin forskningstid. Likevel er dette ingen unnskyldning for å ty til spesielt kritikkverdige former for 'name-dropping'.

Ansvarlighet i samarbeidet mellom ansatte og beboere i et kommunalt bofellesskap.

Jonny Mækelæ

Jonny Mækelæ, Universitetslektor ved Institutt for helsefag ved Universitetet i Nordland.

Abstract

Responsibility in the cooperation between employees and residents in a supported housing arrangement.

St.prp.1 (2004–2005) emphasized that local authorities must take steps to ensure people with severe mental problems have access to adapted housing. As part of this process, the municipality of Bodø built facilities that were opened in spring 2008. There were engaged professional health workers, whose task was to assist and support the residents to cope with their everyday challenges. The findings of this study show that different constellations of responsibility are essential for the phenomenon of cooperation between staff and residents in a supported housing arrangement. The most important conclusion is that the residents appreciated and were dependent on the employees' support and care to cope with everyday situations. At the same time this could cause unfortunate dependence between the two parts. Self-determination seem to be essential factors for residents to take initiative and be active, and for residents to engage themselves in personal change projects

Nøkkelord/ Keywords

*Ansvarlighet, bofellesskap, samarbeid, selvbestemmelse.
Cooperation, responsibility, supported housing, self-determination.*

Referee*

Innledning

I St.prp.1 (2004–2005) understrekes at kommunene må iverksette tiltak for å sikre personer med alvorlig psykiske lidelser en tilrettelagt bolig. En tilrettelagt bolig kan være utformet som en selvstendig bolig i den ordinære boligmassen, inngå i samlokaliserte boliger eller i et bofellesskap/bokollektiv. Behov for bistand vil variere fra enkelttjenester til heldøgns tilsyn.

Å legge til rette for stabilitet i bosituasjonen for den enkelte bør også være et viktig hensyn i planarbeidet. Behovene vil imidlertid kunne endre seg over tid, og det blir en utfordring for kommunen å legge inn nødvendig fleksibilitet gjennom planarbeidet slik at dette skal kunne møtes på en god måte. Erfaringer fra tidligere prosjekter, ikke minst brukererfaringer, vil være en nyttig del av planleggingsgrunnlaget (Sosial-helsedirektoratet 2005).

Som en del av dette arbeidet bygget Bodø kommune med finansiering fra Husbanken et bofellesskap som ble åpnet våren 2008. Målgruppen er voksne personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, med behov for tett oppfølging for å mestre sin bosituasjon. I norsk målestokk er dette et stort bofellesskap bestående av 18 leiligheter og 3 fellesrom i en 3 etasjes moderne boligblokk. I målsettingen utarbeidet av kommunen står det at bofellesskapet skal være et trygt sted å bo og arbeide. Det skal, gjennom individuelt tilpassede tjenester bidra til at den enkelte beboer skal oppleve økt mestring av egen hverdag og om mulig på sikt kunne bo i egen bolig utenfor bofellesskapet. For å støtte og bistå beboerne er det ansatt miljøpersonale, som er tilgjengelig for beboerne hele døgnet.

Bergen kommune laget, ut fra 10 års erfaring med bofellesskap, retningslinjer for oppbygging og etablering av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Disse er trukket frem i Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunen (Sosial-helsedirektoratet 2005) og er brukt av Bodø kommune som rettesnor for driften. Her heter det at virksomheten i bofellesskapene skal bygge på grunnleggende verdier og fagsyn i de kommunale hjemmetjenestene. Beboerne ses på som voksne, ansvarlige mennesker som fullt og helt har ansvar for sine egne liv. Beboernes leiligheter skal ansees som deres private bolig. De ansatte skal ikke drive behandling, men yte ulike tjenester. De ansatte skal videre legge til rette for at den enkelte beboer får anledning til vekst og utvikling ut fra sine egne forutsetninger. De skal også tilrettelegge for felles sosiale aktiviteter som gir beboerne en arena å prøve ut og utvikle sosiale ferdigheter. De sosiale aktivitetene må være frivillige og så langt som mulig bygge på beboerne sine ønsker og interesser (Pedersen 2004).

Bakgrunn

Det finnes lite forskning som gir grunnlag for å trekke reliable konklusjoner om hvorvidt bofellesskap (supported housing) er kvalitative gode tilbud for mennesker med psykiske lidelser. Chlivers, Macdonald og Hayes (2010) fant 139 internasjonale undersøkelser som omhandlet mennesker med psykiske lidelser og bofellesskap, men ingen av disse fylte kriteriene for valide undersøkelser. Forfatterne skriver at det er stort behov for å undersøke effektene ved å bruke bofellesskap som tiltak for mennesker med psykiske lidelser. I Bodø kommune er det ikke gjort evalueringer eller annen forskning i forhold til de bofellesskapene som finnes der. Mitt forskningsprosjekt har som intensjon å ta vare på erfaringene som ble gjort de to første årene bofellesskapet var i drift. Fokuset var på relasjonene og samarbeidet mellom ansatte og beboerne.

Den mest relevante norske forskningen er av bofellesskap som tiltak. En kvalitativ undersøkelse har gjennom feltarbeid og intervjuer av aktørene evaluert hvordan et bofellesskap fungerte for beboere og ansatte (Øverås 2004). Andre undersøkelser er intervjubaserte evalueringer av bofellesskap som tiltak (Gustavsen og Eide 2013; Ludvigsen og Faye 2007). Hovedkonklusjonene i rapportene er at det var utfordrende å skape et hjem for beboerne etter andre idealer enn institusjonsdrift. Uklarheter i forhold til kompetanse, ideologi og det faglige ansvaret har bidratt til å prege deler av dagliglivet i bofellesskapene. For alle tre evalueringene var hovedkonklusjonen likevel at bofellesskapene gjennom tett og helhetlig oppfølging av den enkelte beboer bidro positivt til beboernes livskvalitet.

Forskning knyttet til samarbeid mellom profesjonelle og brukere eller terapeuter og pasienter finner jeg først og fremst i evalueringsstudier. Fokuset og konklusjonene i forhold til disse

handler om aktørenes oppfatning om hvordan samarbeidet har fungert. Spørsmålene har vært hvordan partene samarbeider og hvilke barrierer som finnes (Ekeli 2013). Samarbeid er også tema i beskrivelser av virksomme faktorer i kognitiv terapi (Berge og Dehli 2009). Her bruker forfatterne begrepet «det store VI» om betydningsfullt samarbeid i behandling av ME.

To norske forskningsprosjektene med særlig relevans her, har fokus på hverdagslivet i miljøterapeutiske institusjoner sett fra både personalet og pasientene ståsted (Skatvedt 2008; Skorpen og Øye 2008). Konklusjonene er for det første at det oppstår et spenningsfelt mellom avdelingenes forsøk på å sosialisere og normalisere pasientene til dagliglivet i avdelingene og til et dagligliv i lokalsamfunnet utenfor. For det andre oppstår det et spenningsfelt mellom miljøterapiens demokratiske forankring og sykehusets medisinsksykiatriske behandlingsregime. Brukermedvirkningens og miljøterapiens demokratiske prinsipper ble tilsidesatt, og spilte en underordnet rolle i avdelingenes daglige medisinsksykiatriske behandlingsvirksomhet.

Et annet tema som ligger nært dette temaet og som det er forsket mye på, fokuserer på relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende eller terapeut - pasient relasjonen. Mest relevant i denne sammenhengen er forskningen som fokuserer på hva som kjennetegner den gode relasjonen. Aamodt (2014) spør om det er støtte, omsorg eller anerkjennelse som bidrar til den gode relasjonen. Hennes konklusjoner sammen med forskningen til Halvorsen (2011) og Wormnes (2013) forteller at en god og anerkjennende relasjon til behandleren er av avgjørende betydning for å oppnå et godt behandlingsresultat. I Norden er det gjort undersøkelser som lagt vekt på brukernes erfaringer med samarbeid med profesjonelle og som har hatt stor betydning for fagfeltet. Borg og Topor (2003) intervjuet femten person om sine erfaringer med hva som skal til for å oppleve bedring i livet. Å oppleve bedring handler i stor grad om samspill med den enkelte og omgivelsene. Seikkulas forskning (2012) understreker likeverdig samarbeid og dialog. Forståelse og mening skapes gjennom samarbeidet. Og respekt interesse, ydmykhet og ansvar gir et godt grunnlag for samarbeidet.

Forskning knyttet til begrepet samarbeid og ansvarlighet er mest gjort i skoleverket og rusfeltet i Norge. Der brukes begrepene samarbeid og ansvarlighet som to dimensjoner i utvikling av sosial kompetanse. Samarbeid innebærer i denne forskningen å dele med andre, hjelpe andre og være gjensidig avhengig av hverandre. Ansvarlighet dreier seg om å utføre oppgaver og vise respekt for egne og andres eiendeler og arbeid. Utvikling av ansvarlighet vil ha nær sammenheng med å få ansvar gjennom medbestemmelse og ta konsekvensene av ansvaret (Gresham og Elliott 1990; Sørli, Amlund Hagen, og Ogden 2008).

Sosiologiske og etnografiske studier av dagliglivet i psykiatriske sykehus har bidratt til forståelse av det motsetningsfylte og paradoksale ved å være innlagt og skulle utvikle seg. I den forbindelse trekker Sørhaug (1982) frem ansvarsideologien, der pasientene blir oppdratt til ansvarlighet, som står i motsetning til, og begrenser, pasientens mulighet til å ta på seg ansvar, da mye av dagliglivsaktiviteten ble bestemt av personalet. Av den grunn ble ansvaret et "skinnansvar". Mesel (2014) tar for seg helsearbeideres opplevelser av skyld, skam og ansvar «når noe går galt» i behandlingen av pasienter. Analysene bygger på 23 intervjuer av helsearbeidere, som har fortalt sine historier om temaet. Den mest interessante konklusjonen i denne studien forteller at ansvarsfokusering bidrar til å fastholde helsearbeideren som et aktivt handlende subjekt med en sentral rolle i situasjonen når noe går galt. Den andre konklusjonen er at pasienter som vurderes som ansvarlige, må ha rett til å bestemme i forhold til den behandlingen de gjennomgår.

Denne artikkelen fokuserer på hvordan det daglige samarbeidet mellom beboere og ansatte i bofellesskapet artet seg. Intensjonen er å beskrive hva de to partene konkret gjør og hvilke forhold som konstituerer samarbeidet mellom dem. Ansvarlighet er brukt som begrep for å beskrive og forstå de to partens roller og utfordringer i samarbeidet. Det engelske ordet *responsibility* dekker begrepet og oversettes som en evne (*ability*) til å gi svar (*respons*). Det er et relasjonelt begrep som innebærer å svare an på en annens forventninger. Å ta eller inneha ansvar er rettet mot forventninger fra noen om noe. Jeg tar ansvar gjennom å svare an på eller å respondere på forventninger fra mennesker omkring (Johnsson og Ohlsson 1977).

Metode

Den teoretiske tilnærmingen i studien er fenomenologisk. Fenomenologi er vitenskapen om fenomenene. Fenomenet er gjenstanden, slik som det viser seg for oss, sett med våre øyne, men ikke slik gjenstanden er i seg selv. En fenomenologisk tilnærming kan gi oss svar på hvordan et fenomen er satt sammen og hva det består av innenfor en bestemt kontekst. Samtidig er det mulig for et fenomen å fremtre på en rekke forskjellige måter, som husket, konstatert, betvilt eller kommunisert. Enhver fremtredelse er en fremtredelse av noe for noen (førstepersonsperspektivet) (Zahavi 2010). For meg innebærer det en erkjennelse av at de fenomener jeg står overfor ikke viser seg i sin totalitet. Mine erfaringer som fagperson, mine interesser, mine fordommer vil påvirke hvordan et fenomen fremstår for meg. Utfordringen er å tøyne mine fordommer (Dahlberg, Dahlberg, og Nyström 2008). I tillegg må jeg være oppmerksom på hvilke bevissthetsakter som styrer rettetheten. Er fenomenet erfart, forestilt, husket, verdsatt osv.? Det innebærer en erkjennelse av at jeg ikke bare kan studere selve gjenstanden eller fenomenet. Hvordan det viser seg har alltid relasjon til bevissthetsaktene fordi fenomenets meningsinnhold skapes gjennom disse.

I arbeidet med å samle inn og utvikle data har jeg brukt to metoder. Jeg gjennomførte et feltarbeid, der jeg som forsker var deltagende observatør. Deltagende observasjon er en prosedyre der en kan studere levd erfaring. Metoden beskrives som "close observation", der hensikten er å studere fenomenene fra en viss distanse, men samtidig så nær at en kan få øye på vesentlig informasjon om de ansatte og beboernes livsverden (Gustavsen og Eide 2013). Deltagende observasjon er en metode som er godt tilpasset studier som har fokus på interaksjon i og mellom grupper, tradisjoner og kulturer. Dahlberg (2008) hevder at feltobservasjon ut fra dette er en bedre metode enn intervjuer med enkeltpersoner. Deltakende observasjon benyttes ofte i kombinasjon med andre metoder. I dette tilfelle ble semistrukturert intervju brukt. Hensikten med å kombinere to datainnsamlingsmetodene har vært å styrke grunnlaget for utviklingen av relevante og solide data. Fangen (2010) skriver at et ideal når en gjennomfører et feltarbeid, er å opparbeide så intim kunnskap som mulig om det miljøet en skal studere, og der du må finne din posisjon på balansepunktet mellom deltakelse og analytisk distanse. Utfordringen er at antropologiske og etnografiske studier mangler en eksplisitt uttrykt forskningsmetode. Det er en pragmatisk tilnærming til forskning som favner en hel variasjon av metodologiske beskrivelser i publiserte rapporter (Dahlberg et al. 2008).

Utvalg

Utvalget består av 18 beboere og 9 ansatte. Beboerne var i alderen 19 til 62 år da feltarbeidet pågikk. Den største gruppen var mellom 30 og 35 år. De ansatte var mellom 32 og 52 år. I feltarbeidet ble alle beboere og ansatte observert.

I utgangspunktet ville jeg intervju 5 beboere og 5 ansatte. Etter skriftlig forespørsel til alle beboerne var det seks som ville la seg intervju. Alle seks ble intervjuet ut fra en vurdering om at det ikke ville være riktig å ekskludere en person. Alle ansatte sa seg villige til å bli intervjuet. Fem ble valgt ut fra to kriterier. De måtte være fast ansatt og arbeide direkte med beboerne. De ble med Malterud (2011) valgt ut fra strategiske kriterier.

I henhold til forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi mottok deltakerne skriftlig og muntlig informasjon om studien og underskrev erklæring om informert samtykke. Personene som nevnes i feltnotatene og intervjuene er anonymisert i tråd med forskningsetiske retningslinjer pkt.14 (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2006). I beskrivelsene av konkrete episoder er det lagt vekt på å beskrive episodene så nøytralt som mulig, for å styrke anonymiteten til de omtalte personene. Forskningsprosjektet er meldt til og godkjent av NSD (Prosjekt 19541) og REK Nord (Prosjekt nr. 5.2008.1862).

Datainnsamling

Feltarbeidet foregikk en dag per måned over i perioden september 2008 til oktober 2010. De foregikk på dagtid, ettermiddag/kveld og i helger. Målsettingen med feltarbeidet var å få et bilde av hverdagslivet i bofellesskapet. Fokuset var på relasjonen og samarbeid mellom beboere og ansatte.

I starten var min rolle den passive observatørens. Etter hvert involverte jeg meg mer i dagliglivet og tok initiativ til samtaler med beboere og ansatte. Jeg var også sammen med beboere når de utførte sine daglige gjøremål. Fangen (2010) refererer til Habermas når hun kaller dette en utførende innstilling (performative attitude), som er svært viktig for å få tilgang til deltakernes tankeverden, deres symbolsystemer og deres egen forståelse av handlinger. Jeg deltok ikke i miljøspesifikke aktiviteter, her forstått som beveiledning, medisintdeling og besøk hos lege, NAV eller andre offentlige kontor. Oppsummert vil jeg med Fangen (2010) betegne min rolle som delvis deltakende observatør.

Jeg gjorde skriftlige notater etter hver observasjonsdag. Notatene preges av å være såkalt tynne beskrivelser, med vekt på å beskrive hvordan samarbeidet og relasjoner viste seg for meg og legge minst mulig til. Samtidig var det utfordrende å unngå å legge til tolkninger i formuleringene som ble brukt i notatene. Beskrivelse og tolkning må i fenomenologisk forstand ses på som plassering på et kontinuum, der et spesifikt arbeid kan beskrives som mer eller mindre tolkende (Finlay 2011).

Intervjuene var semistrukturert og oppdelt i temaer som til sammen skulle gi et bredt bilde av beboernes og de ansattes subjektive erfaringer med å være henholdsvis beboer og ansatt. Hvert intervju tok ca.1,5 time og ble deretter transkribert av meg. Intervjuene av beboerne ble gjennomført i deres leiligheter, mens de ansatte ble intervjuet i et fellesrommene. Intervjuene har vært brukt som supplement og for å styrke mine analyser av feltarbeidet.

Jeg deltok i tillegg på tre beboermøter, tre personalmøter og to hele fagdager sammen med personalet i løpet av feltarbeidsperioden. På beboermøtene og personalmøtene var jeg interessert i hvilke temaer de to partene var opptatt av i det daglige samarbeidet. På fagdagene var søkelyset på hvilke faglige temaer de ansatte behandlet.

Dataanalyse

Reflective lifeworld research (RLR) (Dahlberg et al. 2008) ble valgt som analysemetode på grunn av dens åpne reflekterende tilnærming. RLR er forankret i den fenomenologiske tradisjonen utviklet av Edmund Husserl, Martin Heidegger og Maurice Merleau – Ponty. Målet er å få fram mening ved fenomener, på en måte som er tro mot fenomenet, slik det viser seg for vår bevissthet. Utgangspunktet handler om ikke å forholde seg strengt til fastlagte trinn i analyseprosessen, men ha åpenhet for at materialet har mer i seg enn det vi først har antatt. Forskeren må forholde seg til usikkerhet gjennom prosessen på bekostning av sikkerhet og orden. Hensikten er å oppnå en eksplisitt klargjøring av mening slik den er gitt, som igjen innebærer å være åpen for en struktur av mening som beskriver fenomenet. Livsverdensforskning blir alltid utført med hele forskningsprosjektet som bakgrunn uansett hvor små deler analysen er delt inn i. Den har en tredelt struktur helhet - del – helhet, lik den hermeneutiske sirkel, men kan også forstås som en generell regel for å forstå (Dahlberg et al. 2008).

Analysen kan beskrives som en bevegelse, karakterisert ved at materialet analytisk deles opp, for så å settes sammen til en syntese en ny helhet. For å få et best mulig bilde av innholdet ble feltnotatene og intervjuene lest gjennom flere ganger. Målet var å fordype seg i innholdet og åpne opp mot den mening som lå i dataene. Dette var en krevende øvelse fordi det underveis var lett å gjøre seg opp en bestemt mening om observerte enkeltepisoder.

Den første delen av analysen gikk ut på å dele teksten inn i meningsenheter. Tilnærmingen tilstreber en åpenhet som gjør det mulig å kunne fordype seg i teksten. Samtidig er det nødvendig å distansere seg, forholde seg nysgjerrig til og tillate seg å bli overrasket av teksten. Denne fordringen synes jeg var en viktig rettesnor i arbeidet. Teksten ble lest gjennom mange ganger og alltid med innstillingen om å finne noe nytt ved den. Min opplevelse ved å lese feltnotatene som tekst var at dette ofte åpnet for ny forståelse, for ny innsikt. Å lese teksten som tekst gjorde det lettere å få den nødvendige analytiske distanse til materialet.

Meninger som så ut til å høre sammen ble deretter satt sammen i foreløpige grupper(clusters). De ble revurdert og noen grupper ble slått sammen, fordi meningsinnholdet ved ny lesning ble vurdert til å ha felles meningsinnhold. Alle gruppene ble sammenlignet og relatert til hverandre for å få fram mønstre som beskrev fenomenet. *Ansvarlighet* som gjentakende faktor i forhold til fenomenet samarbeid kom fram i denne prosessen. Gruppen ble først benevnt som ensidighet – gjensidighet og besto av enhetene: å etablere et felles rom å samarbeide i, å treffe betydningsfulle valg, dynamiske posisjoner, opplevd egenbestemmelse, krav til eget initiativ for å delta, lave krav for å delta (i aktiviteter) og rom for å regulere deltakelse (i aktiviteter). Felles for disse er spørsmålet om ansvar. Å ha og å ta ansvar i samarbeidet.

Fenomenets essens ble så beskrevet og etterfulgt av en beskrivelse av dets konstituent. Essenser er de meningsstrukturer som gjør fenomenet til det spesielle fenomenet. Uten disse strukturene ville ikke fenomenet eksistere. Essenser er ikke noe forskeren legger til i analysen. Den er der allerede i relasjonen mellom oss og fenomenet. Det tilhører hverdagslivet og er tilstede i erfaringen knyttet til hverdagslivet. Forskerens forsøk på å beskrive et fenomen kan ikke følge en metode forstått som å følge en sti. Det er en balansegang mellom fri oppdagelse og vitenskapelig retningslinjer (Dahlberg et al. 2008).

Funn

Ut fra dette beskrives essensen på følgende måte: Ansvarlighet i samarbeidet mellom ansatte og beboere i et bofellesskap er et felles prosjekt - men det er tvetydig og kan føre til utvikling eller til uheldig bekreftelse av en avhengighetsrelasjon.

Essensen konstitueres av følgende forhold:

Husregler og verdier som er utviklet av de to partene i bofellesskapet. Disse oppfattes som vanlige og fornuftige regler av begge parter og danner grunnlag for utvikling av felles verdier.

Spontane initiativ til samvær og aktiviteter fra begge parter skaper gjensidighet i samarbeidet. Dette fordrer dynamiske roller og posisjoner, der partene opplever reell innflytelse og der det samtidig er rom for å regulere egen deltakelse.

De ansattes omsorgsoppgaver overfor beboerne oppleves positivt av dem og bidrar til å skape tillit, spesielt med de aller mest hjelpetrequende. Samtidig kan det passivisere beboere og hindre at de selv tar ansvar for egen omsorg.

Forventning om endring av atferd skaper et utfordrende samarbeid, der de ansattes bistand og støtte samtidig kan frata beboerne noe av ansvaret for egen utvikling. Dersom tilstanden blir statisk og vedvarende kan det føre til en uheldig avhengighetsrelasjon.

Husregler og verdier

De ansatte og beboerne utformet i oppstarten et sett husregler som var ment å fungere som rettesnorer for samlivet i bofellesskapet. Reglene er få og det er lagt vekt på at de skal være vanlige. Slike som en kan finne i et hvilket som helst borettslag. Den mest krevende regelen handler om rusing. De to partene er enige om reglene og holdninger til rusing. Det er ikke tillatt å vise seg synlig ruset i fellesrommene, men dersom det foregår i leilighetene regnes som et privat anleggende. Konkret betyr det at beboerne har lov å nyte øl og vin, men ikke bruke ulovlige rusmidler der. Til tross for dette var det mye rusing i fellesrommene den første tiden. Alle beboerne jeg snakket med ga uttrykk for at de var misfornøyde med denne situasjonen, men at de ikke maktet å gjøre noe med det.

En beboer sa: «I begynnelsen va bygget en fyllestue. Folk for og rava rundt dritings. Æ va vel en av de. Ka e vitsen hvis det eneste man sku gjør her va å drikke sæ dritings og å plage andre?»

Alle beboerne jeg intervjuet ga uttrykk for at reglene for rusing var helt vanlige og fornuftige. Likevel var det de ansatte som måtte ta hovedansvaret for å sette grenser for rusingen. De måtte jobbe hardt for å etablere grense for enkeltbeboeres rusing. Beboerne ga i ettertid de ansatte ros for den innsatsen de hadde gjort for å stanse den ukontrollerte rusingen. Det var noe de selv ikke ville ha klart, uttalte de.

I forhold til de andre husreglene var beboerne opptatt av at reglene måtte være vanlige fornuftige og ikke” håll i hoderegler” som en hadde erfart på institusjoner han hadde vært.

«Eeee på (en institusjon) va de sånne regelryttera...Hær e det ikke nån faste... For eksempel sku æ få ha 10 filma i reolen bak tven. Resten skulle æ ha i Boden. Etter en stund så kom de.. hei ka e det her, du kan jo ha alle filman i reolen. De holdt på sånn der. Til slutt så bare svartna det. Her e det ganske vanlige regla. Folkeskikkregla, pluss de der individuelle reglan som man laga sammen med de som jobba her».

Oppsummert er enkle fornuftige regler greie å forholde seg til, mens sære regler bare virker provoserende på beboerne. Det er generelt lite opposisjon å observere i forhold til husreglene. Beboerne trekker i stedet frem friheten til å bestemme over egen hverdag som de opplever i bofellesskapet.

Spontane samvær og aktiviteter

Beboerne og de ansatte har daglig uformelle og spontane treff. Fellesrommet i 1. etasje er det rommet der beboerne og de ansatte samles oftest. Rommet ligger like innenfor inngangspartiet og er møblert med en sofagruppe og har en kjøkkenkrok. Alle som går inn og ut av huset må passere dette rommet. Da er det lett å se om det er noen der. Det er helt opp til den enkelte om en vil delta og en kan forlate rommet når en vil. Innholdet i samtalene bestemmes av de som tar initiativ. Samtalene har mange temaer og handler om alt fra musikk, konserter, til temaer som Østens religioner og krigshistorie. Andre aktiviteter er ulike spill og besøk i beboernes leiligheter for å høre musikk eller se på fjernsyn. Begge parter tar og svarer an på de andres initiativ til disse aktivitetene.

Fokuset i de spontane møtene og aktivitetene er nåtiden. Fremtiden og bekymringer er lite i fokus og det er tid og rom for slikt samvær i bofellesskapet. Ja, kanskje er samvær et bedre begrep for dette enn samarbeid. Å være sammen nå, uten bekymringer for fremtiden. Den positiviteten som er knyttet til slikt samvær er et vesentlig funn. Å oppleve at andre liker og tilbringer tid sammen med deg, skaper tillit. En tillit til at den andre vil deg vel, som igjen kan være et godt grunnlag for å møte de forhold som setter samarbeidet på prøve.

Egenomsorg og omsorgsoppgaver

De to partene samarbeider mye om hverdagslige oppgaver i bofellesskapet. For beboerne handler dette om hjelp til egenomsorg, mens det for de ansatte defineres som omsorgsoppgaver overfor beboerne. Konkret betyr det at de deltar i rydding, vasking av leilighetene og hjelper til med personlig hygiene. I noen få tilfeller vasker og rydder de ansatte leiligheten for enkeltbeboere. Utfordringen er å få til et reelt samarbeid, der beboeren er aktiv og ikke alltid må motiveres eller presses til deltakelse.

De ansatte på sin side liker ikke å gjøre husarbeid for beboerne. De ønsker å gjøre det sammen med dem. I intervjuene trekker flere av de ansatte frem vasking som en arbeidsoppgave de misliker. Dette utsagnet representerer de ansattes holdninger.

«Ja det e vaskebiten, det e det. Boveiledning i sin klassiske form liker æ, men det blir ikke boveiledning, det blir mer at vi gjør det for noen. Æ tror ikke det er bra på lang sikt, men noen tror at vi kommer en vei med å gjøre bjørnetjenesta for dem. Kor vi fær som en virvelvind. Vi har nylig sett et eksempel kor vi kom i posisjon til vedkommende. Det tenker æ e flott, e supert. Men der vi går inn og vaska uten at beboeren ikke e til stede, ikke e engasjert, eller står med støvfilla, e den oppgaven æ liker minst.»

Samtidig trekker en av de kvinnelige ansatte frem at det nettopp er i slike situasjoner at hun får best kontakt med de mest hjelpetrengende. «Æ ikke så glad i å vask, men samtidig når æ vaska på hos de som ikke kan vask. De som kan få inn hjemmehjelp, så får du en dialog, du får jo snakka med de, en del sånn input i forhold til hvordan dagan dæmmes e. Når du går inn å vaska så bygger du opp en tillit.»

Funnene indikerer at de ansattes omsorg for er oppleves positiv av beboerne og skaper tillit i samarbeidet mellom dem. Samtidig kan omsorgen bidra til at beboere selv ikke tar eller får anledning til å ta ansvar for egen omsorg. Omsorgen kan slik sett bli ensidig ved at det er de ansatte som motiverer, maser på, presser beboerne til å rydde, vaske og holde orden. Den kan bli overtakende og bidra til en uheldig bekreftelse av en avhengighetsrelasjon.

Forventning om endring

Et av de uttalte målene for bofellesskapet er å legge forholdene til rette for at beboerne skal utvikle seg slik at de på sikt skal kunne etablere seg i egen bolig. Det ligger med andre ord en forventning om at samarbeidet mellom de to partene skal bidra til at endring og utvikling av ferdigheter slik at de skal kunne mestre dette. Alle 18 beboerne har utfordringer i forhold til å mestre sin bosituasjon og har behov for å endre vaner og atferd som hemmer deres utvikling.

En av utfordringene for flere av beboerne er å styre sin private økonomi. De har alle trygdeytelser som hovedinntektskilde og må være nøye med hva pengene skal brukes til. En beboer handler inn for mye brus og frossenpizza og har generelt et for høyt pengeforbruk i forhold til sin økonomi. Det fører til at han bruker opp sine penger før neste utbetaling. De ansatte hjelper han med å lage handlelister som er i samsvar med hans økonomi. Beboeren fortsetter likevel å handle inn for mye brus, usunn mat og på godterier og lignende. En annen beboer klarer ikke å holde orden i sin leilighet. Til tross for biveiledning og aktiv oppfølging fra de ansatte blir situasjonen bare verre.

Det er mange lignende situasjoner i det daglige samarbeidet. Felles for disse situasjonene er at de ikke når fram til et ønsket utfall. Beboerne svarer ikke an på de ansattes forventninger om endring. I neste omgang fører det til at det blir de ansattes ansvar å følge opp og kontrollere beboerne i forhold til økonomi og orden. Det blir deres oppgave å finne måter å bidra til at beboerne blir mer ansvarlige. Følgene er at de blir mer knyttet til hverandre på en lite utviklende måte.

Diskusjon

For meg er det naturlig å starte med spørsmålet om beboerne kan vurderes og opplever seg som ansvarlige personer med innflytelse på sin situasjon i hverdagen, eller om de opplever å ha liten innflytelse og dermed blir passive i forhold til å utfordre sine grenser? Alle beboerne har hatt psykiske lidelser eller rusproblemer over mange år og vært avhengige av et hjelpeapparat for å håndtere sin hverdag. Dette innebærer at de har erfaring med ikke å ha hatt fullt ansvar i sitt hverdagsliv. En ansvarlig person er en som selv definerer og opplever seg som en aktiv, selvbevisst og skapende aktør i forhold til verden rundt. Vi er subjekter med evne til å reflektere over og ta ansvar for våre gode og dårlige valg (Mesel 2014). Om beboerne kan regnes frie i en moralfilosofisk forstand, er en for omfattende diskusjon å ta her.

Det som kan slås fast er at alle beboerne har samtykkekompetanse og er i stand til å ta valg som påvirker hverdagslivet deres. De kan velge å vaske koppene eller la være. De kan velge å handle inn brus og pizza eller skinke og salat. De kan velge å gå en tur eller se på film. Valgsituasjoner kan vi forholde oss til på to måter, skriver Beauvoir (2009). Vi kan trekke oss tilbake, vike unna, bli passive eller vi kan gjøre det motsatte. Hun kaller dette den konkrete friheten som viser til vår faktiske situasjon og det handlingsrom vi har, det vil si hvor mye makt vi har til å iverksette våre beslutninger og valg.

Vincent (2011) hevder at vi har en tendens til å tilsløre den rikdommen som ligger i begrepet ansvar ved å betrakte det som et enhetlig begrep. Hun operasjonaliserer og bruker ansvarstaksonomi (systematisering) som begrep når hun beskriver ulike måter å bruke begrepet på. Ansvar kan knyttes til karaktertrekk og rolle, som kapasitet i en bestemt situasjon, som utfall av en hendelse, som klanderverdighet og som avveining og som tilsvær.

Ansvarlighet må først stå i forhold til noen vesentlige felles verdier og normer. Normer er formelle og uformelle regler for hvordan vi skal oppføre oss i en gitt kontekst. Normene gir signal om hva som forventes av oss i ulike situasjoner og er standarder som vi kan styre vår atferd etter. Dersom vi handler på tvers av eksisterende normer og regler i en gitt kontekst, kan det gi grunn til å kritisere oss for våre handlinger (Vincent 2011).

De ansatte og beboere hadde funnet fram til og var enige om noen viktige felles verdier og regler som skulle gjelde i bofellesskapet. Reglene og holdningen til rusing var den mest krevende i starten. Beboerne klarte ikke å etterleve reglene for rusbruk på huset. Det var de ansatte som måtte markere grensene for rusbruken. Dersom en bruker Vincents (2011) ansvarssystematisering, kan det forstås som om beboerne på det aktuelle tidspunktet ikke hadde kapasitet til å forholde seg til reglene for rusbruk på huset. Kapasitetsansvar handler om i hvilken grad et moralsk subjekt, i en gitt kontekst eller situasjon, har kapasitet til å kunne vurderes å være ansvarlig i situasjonen. Det kan handle om en beboer har de kognitive evner som skal til for å vurdere handlingsalternativer og reflektere over konsekvenser for disse. Det kan også handle om manglende selvtillit til å kritisere de andre beboernes rusbruk. For det tredje kan den manglende evnen eller viljen til å følge reglene forstås som role- responsibility (Vincent, 2011). Det vil si at beboerne ikke ser det som sitt ansvar som privatpersoner å sette grenser for de andre beboerne, men derimot de ansattes ansvar som profesjonelle. De ansattes ansvarstaking kan forstås på samme måte. Når beboerne selv ikke klarer å svare an på forventningene om å følge reglene for rusing, tar de som profesjonelle ansvar, fordi det ligger til deres rolle. Det kan også formuleres som at de svarer an på de forventningene som implisitt blir stilt til dem fra beboerne. Vurdert i ettertid mener jeg at de ansattes vilje og prioritering av arbeidet med å etablere gode holdninger i forhold til rusing var svært viktig for i etableringsfasen. Rusing kunne ikke være en del av hverdagslivet i bofellesskapet.

De andre husreglene blir beskrevet som vanlige og fornuftige av beboerne og skaper få problemer svare an på for beboerne. Å finne fram til verdier og normer som beboerne beskriver som fornuftige og vanlige, synes å være viktig. Ved å beskrive husreglene som vanlige og fornuftige ligger det en uttrykt aksept fra beboernes side. Aksept er grunnlag for internalisering av regler og normer, som igjen er viktig for evnen til å utøve moralsk kontroll og føle ansvar for det man gjør. En vellykket internalisering av gode verdier er en vesentlig forutsetning for stabil sosial tilpasning og trivsel (Deci og Ryan 2000). Den er naturlig å tenke at den ukontrollerte rusingen den første tiden handlet om at reglene og normene i forhold til rusing ikke var etablerte. En ytre kontroll er ofte nødvendig i starten av en prosess med å

etablere regler og normer. Den ytre kontrollen som de ansatte representerte var ut fra dette perspektivet helt nødvendig.

De ansatte bruker en stor del av arbeidsdagen til å hjelpe og støtte beboerne i de daglige gjøremålene. Jeg har definert dette som omsorgsoppgaver. Omsorg dreier seg ideelt sett om å ta ansvar og handle til det beste for medmennesker. Men omsorgen har en tvetydighet i seg, som blir synlig når den vendes til kontroll, undertrykking, krenkelser og overgrep (Ruyter og Vetlesen 2001). De Beauvoir (2009) hevder også at omsorgen har en tvetydighet i seg ved at den kan begrense den andres frihet.

Mine observasjoner og analyser forteller at beboerne setter stor pris på og er avhengige av den praktiske hjelpen og støtten de får fra de ansatte. De ansatte ser også viktigheten av disse oppgavene, men noen gir samtidig uttrykk for at de tviler på nytten av å utføre oppgaver de mener beboerne selv bør gjøre. En av de ansatte sier det er å gjøre beboerne bjørnetjenester, mens en annen mener at det er gjennom disse situasjonene at de skaper tillit mellom seg og de mest hjelpetrequende beboerne. Denne argumentasjonen viser noe av den profesjonelle omsorgens to hensyn. Den er formet av faglige hensikter og mål, men samtidig være personlig deltakende og emosjonell. Å finne ut hvor grensen går er krevende? Når blir omsorgen mer privat enn personlig, når blir den invaderende, mer enn saklig og vennlig (Ruyter og Vetlesen 2001).

Mesel (2014) referer til Skjørshammer når han hevder at en situasjon preget av lavt press, autonomi og frihet gir aktørene større spillerom enn det motsatte. Situasjoner preget av lavt press, autonomi og frihet vises i de spontane aktivitetene som begge parter daglig tar initiativ til og gjensidig ansvar for. Fokuset i de spontane møtene og aktivitetene er nåtiden. Fremtiden og bekymringer er lite i fokus. Det er både tid og rom for slikt samvær i bofellesskapet. Ja, kanskje er samvær et bedre begrep for dette enn samarbeid. Å være sammen nå uten bekymringer for fremtiden. Det kan virke som om frivilligheten og lave krav til prestasjon er vesentlig for at beboerne tar initiativ og er aktive. Strukturen i bofellesskapet gir rom for de spontane aktivitetene, og de ansatte prioriterer disse. Wormnes (2013) bekrefter dette når han hevder at styrking og vektlegging av autonomi er en viktig faktor i god behandling, og at relasjons- og autonomikonflikter kan føre til at pasienter blir opprørske. Den gode stemningen og positiviteten som beskrives i det uformelle samværet er psykologisk viktig. Å oppleve at andre liker en og vil tilbringe tid sammen med en skaper tillit. En tillit til at den andre vil en vel, som igjen er et godt grunnlag for å møte de forhold som setter samarbeidet på prøve.

Forventning om endring av atferd og vaner hos beboerne er det som skaper mest utfordringer i samarbeidet mellom de ansatte og beboerne. Å endre atferd er en komplisert prosess og som involverer psykologiske og handlingsorienterte prosesser. Endring krever også at beboerne løser ulike oppgaver på veien mot en stabil endring. «*De mest effektive intervensjonene er de som aktiviserer den enkelte personens egne ressurser i form av motivasjon, beslutningstaking, forpliktelse, framgangsmåte og tiltro til egen mestringssevne*» (Prescott og Børtveit 2004 :15). Deci og Ryan (2000) hevder at økt selvbestemmelse gir økt indre motivasjon. Personer som er indre motivert, er engasjert for sin egen del og føler glede ved å gjennomføre den aktuelle aktiviteten. De ansattes analyser i saker der endring uteblir, handler ofte om beboernes kognitive kapasitet eller manglende vilje. Det er gode grunner til en slik forståelse, på bakgrunn av beboernes personlige historie og nåværende funksjon i bofellesskapet. Mine observasjoner antyder at denne analysen bidrar til at de ansatte får lave forventninger til at det skal skje en ønsket endring i beboernes situasjon. De (over)tar isteden i stigende grad ansvaret

gjennom å grensesette, følge opp og bistå beboeren. Konsekvensen kan da bli at beboere blir fratatt selvbestemmelsen som er essensielt for motivasjon til å endre atferd.

I tillegg kan det dreie seg om prinsippet om rimelig avveining hos Vincent (2011), nærmere bestemt om handlingens konsekvens. Ved å overlate ansvaret for økonomistyring og renhold av leilighet til beboere som ikke mestrer dette, vil de som profesjonelle måtte svare for konsekvensen av dette. Dersom beboerne svarer an på forventningene om å styre sin egen økonomi og holde orden i sin leilighet, vil det bli oppfattet som en rimelig og god avgjørelse av de ansatte. Dersom ikke gjør det, vil det kunne bli oppfattet som en dårlig avgjørelse. Min vurdering er at de ansatte er varsomme når de gjør slike vurderinger. Mest fordi de er bekymret for å påføre beboerne ekstra belastninger ved at de «nok en gang» mislykkes med å mestre sin hverdag. Utfordringen for de ansatte er å gi beboerne tilstrekkelig med tid og rom for å kunne svare an på forventninger om endring. I tillegg må de to partene sammen vurdere endringen skal bestå av og hvordan den skal foregå. For beboerne er opplevelsen av selv å ha mulighet til å bestemme om og hva endringen skal bestå i helt avgjørende for utfallet. Utfordringen for begge parter vil være at en situasjon uten ønsket endring over lang tid kan føre til at situasjonen blir fastlåst og vanskeliggjøre endring.

Konklusjon

Ansatte og beboere i bofellesskapet har i fellesskap utarbeidet husregler som oppfattes som vanlige og fornuftige og som er mulig å svare an på. Disse danner et godt grunnlag for utvikling av felles verdier. Beboerne setter pris på og er avhengige av de ansattes støtte og omsorg for å mestre situasjoner i hverdagen. Samtidig kan dette bidra til en uheldig avhengighet mellom de to partene dersom situasjonen forblir statisk og uendret. For de ansatte er utfordringen å gi beboerne tilstrekkelig omsorg og støtte i hverdagen, samtidig som de ikke fratrar beboerne muligheten til selv å svare an på forventningene som stilles til dem. Gjensidigheten i samarbeidet vises best i de spontane aktivitetene daglig, der det er lavt press og stor grad av frihet til deltakelse. Frivillighet og lave krav til prestasjon virker å være vesentlig for at beboerne skal ta initiativ og være aktive. Medbestemmelse og selvbestemmelse er essensielt for den indre motivasjonen og for at beboere skal engasjere seg i endringsprosjekter.

Litteratur

Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen. Støtte, omsorg eller anerkjennelse* (Vol. 2). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Berge, T., og Dehli, L. (2009). Kognitiv terapi ved kronisk utmattelsessyndrom/ME. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46(9), s. 828-836.

Borg, M., og Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget A/S.

Chilvers R., M. G., & Hayes A. (2010). Supported housing for people with severe mental disorders. *The Cochrane Library*(12).

Dahlberg, K., Dahlberg, H., og Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. [Lund]: Studentlitteratur.

de Beauvoir, S. (2009). *Pyrrhos og Cineas - Tvetydighetens etikk*. Oslo: Pax forlag A/S.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2006). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi pkt. 14. Lastet, fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/B-Hensyn-til-personer-5---19/>

Deci, E., L., og Ryan, R., M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), s. 227-268.

Ekeli, B.-V. (2013). *Tvetydighet. En studie av samarbeid i helsetjenester og samarbeidslæring i helsepersonellutdanning*. (PhD), Universitet i Tromsø, Tromsø.

Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Finlay, L. (2011). *Phenomenology for therapists: researching the lived world*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Gresham, F. M., og Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*. New York: American Guidance System.

Gustavsén, A., og Eide, A. K. (2013). Det handler jo om livet i grunn. Bodø: Nordlandforskning.

Halvorsen, S., Grete. (2011). *Relasjoner mellom hjelper og hjelpesøkende. En studie i forståelsens og anerkjennelsens betingelser*. (PhD), Universitet i Nordland, Bodø.

Johnsson, R., og Ohlsson, T. (1977). *Att ta ansvar för sig själv*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Ludvigsen, K., og Faye, R. (2007). *Botilbud for ressurskrevende brukere innen lokal helsetjeneste i omstilling. Evaluering av prøveprosjektet Bufellesskapet Vik i Jondal kommune*. Universitetsforskning Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mesel, T. (2014). *Når noe går galt. Fortellinger om skyld, skam og ansvar i helsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Pedersen, A. (2004). Et helhetlig tilbud til mennesker med psykiske problemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1 ((2), s. 73-76.

Prescott, P., og Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ruyter, K. W., og Vetlesen, A. J. (2001). *Omsorgens tvetydighet: egenart, historie og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Seikkula, J., og Stenersen, E. H. (2012). *Åpne samtaler*. Oslo: Universitetsforl.

Skatvedt, A. (2008). *Alminnelighetens potensial. En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring*. (PhD.), Universitetet i Oslo., Oslo.

Skorpen, A., og Øye, C. (2008). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser*. (PhD), Universitetet i Bergen, Bergen.

Sosial-helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

St. prp. nr. 1 (2004–2005.) Statsbudsjettet for 2005.

Sørhaug, H. C. (1982). *Ansatte og innsatte på et psykiatrisk sykehus: Makt, gjensidighet og ansvar.*, University of Oslo, Oslo.

Sørli, M.-A., Amlund Hagen, K., og Ogden, T. (2008). Social Competence and Antisocial Behavior: Continuity and Distinctiveness Across Early Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18 (1), s. 121-144.

Vincent, N. A. (2011). Structured Taxonomy of Responsibility Concepts', in Moral Responsibility: Beyond Free Will and Determinism. I N. A. Vincent, v. d. Poel, Ibo og v. d. Hoven, Jeroen (Eds.), *Moral Responsibility: Beyond Free Will and Determinism* (s. 254). London: Springer.

Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker: relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.

Zahavi, D. (2010). *Fænomenologi*. Fredriksberg C: Samfundslitteratur - Roskilde Universitetsforlag.

Øverås, S. (2004). *Nattergalen. Evauering av bofellesskap for tidligere bostedsløse kvinner i Oslo.* (Rapport nr. 460). Oslo: Fafo.

Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner

Praktisering av "brukermedvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter

Vår Mathisen, Aud Obstfelder, Geir Lorem og Per Måseide

Vår Mathisen: PhD-student, UiT, Norges Arktiske Universitet, Det helsevitenskapelige fakultet, Avdeling for helse – og omsorgsfag. MH-bygget, N-9037 Tromsø, Norge. E-postadresse: var.mathisen@uit.no Telefonnummer: 776 60714

Aud Obstfelder: Professor, UiT, Norges Arktiske Universitet, Det helsevitenskapelige fakultet, Avdeling for helse – og omsorgsfag. MH-bygget, N-9037 Tromsø, Norge. Forskningsleder ved senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøvik, Teknologivegen 22, 2815 Gjøvik, Norge.

Geir Lorem: Professor, UiT, Norges Arktiske Universitet, Det helsevitenskapelige fakultet, Avdeling for helse – og omsorgsfag. MH-bygget, N-9037 Tromsø, Norge.

Per Måseide: Professor, Universitet i Nordland, Fakultet for samfunnsvitenskap. Postboks 1490. 8049 Bodø, Norge.

Abstract

User participation in psychiatric institutions - Practicing of "user participation" through milieu therapeutic activities.

The purpose of this article is to examine how user participation is enabled in practice. Fieldwork is conducted in three Norwegian District Psychiatric Centres (DPCs), with an emphasis on observations of staff working with patients and interviews. The theoretical framework is interactionism. The data analysis shows that efforts to involve patients in activities related to their own illness and their stay at the centres are integrated into the work. The findings show that much time is spent on motivating patients to want to live. Practicing of user participation in combination with milieu therapy creates dilemmas. The staff must balance between the various considerations in their work: to motivate individual patients to live and to ensure that daily routines and milieu therapeutic joint activities are implemented. Such dilemmas give the staff a feeling of inadequacy in the practice of user participation. Because, either they must pressure patients to do things against their will or reject individual wishes for adapted services to get the daily routines to go round.

Nøkkelord/ Key Words

User participation; mental health work; field research; milieu therapy; dilemmas; Brukermedvirkning; psykisk helsearbeid; feltarbeid; miljøterapi; dilemmaer.

Referee*

Innledning

Brukermedvirkning er sentralt i psykisk helsevern i vestlige deler av verden, og betyr at brukere av helsetjenester skal bli inkludert i beslutningsprosesser og ansvarliggjort i utformingen av eget tjenestetilbud (Petersen, Hounsgaard og Vinther Nielsen 2008, Snowden og Marland 2012). I Norge er brukermedvirkning nedfelt i Lov om pasient – og brukerrettigheter (1999). Brukermedvirkning fratår ikke fagpersoner det faglige ansvaret for tjenestene, men det gir brukere og pårørende rett til å motta informasjon om egen sykdom, bli inkludert i beslutninger og evaluering av behandling (Szmukler og Appelboum 2008). Dette innebærer at fagpersoner skal inkludere pasienters erfaringer og synspunkter i helsetjenester (eksempelvis Sosial – og helsedirektoratet 2006a). Inkluderingen innebærer at pasientrollen endres fra passiv mottaker av helsetjenester til deltager med delvis beslutningsansvar (Lørem, Frafjord, Steffensen og Wang 2013).

Internasjonal forskning viser til at dialog og etablering av felles forståelse mellom pasienter og behandlere er sentralt for å få til brukermedvirkning og tilfriskning (Szmukler og Holloway 2000, Davidson, Borg, Martin, Topor, Mezzina og Sells 2006, Kartalova-O'Doherty og Doherty 2010, Kidd, Kenny og Mc Kinstry 2014). I Norge har det vært gjennomført flere studier som tar for seg involvering av brukere i psykisk helsearbeid. Mange av studiene retter fokus mot hvordan involveringen oppleves av både tjenesteutøverne og brukere (Borg 2007, Norvoll 2007, Hem 2008, Storm 2010, Skorpen & Øye 2009, Terkelsen 2010, Rise 2012). Et sentralt poeng i disse studiene er at forhold knyttet til gjensidig respekt og tillitt har betydning for om de syke blir inkludert i egen behandling eller ikke. Dersom involvering skal skje er det spesielt viktig at fagpersoner toner ned den klassiske medisinske ekspertrollen og at beslutninger blir diskutert med brukerne (Sundet 2009, Storm 2010). Borg (2007) går et skritt lenger i kritikken av medisinsens begrensninger for involvering og ansvarliggjøring i egen bedringsprosess. Hun understreker at dersom de syke skal kunne ta del i forebygging, behandling og rehabilitering av egen sykdom må tiltak ta utgangspunkt i utfordringene som sykdommen medfører for den enkelte i deres dagligliv.

Vi finner også studier som har en kritisk innstilling til psykiatriens forutsetninger for å kunne gjennomføre brukermedvirkning. Forfatterne hevder at begrepet representerer et norm- og verdisystem og ikke konkrete retningslinjer for praksis. De etterspør mer kunnskap om hvordan en brukermedvirkende praksis faktisk skal gjennomføres (Beresford 2002, Skorpen, Anderssen, Øye og Bjelland 2008, Valenta og Berg 2010). Norvoll (2007) for eksempel er opptatt av vilkårene for brukermedvirkning i miljøer og situasjoner hvor tvang ofte blir brukt. Øye, Bjelland, Skorpen & Anderssen (2009) er opptatt av brukermedvirkning i miljøterapi. Miljøterapi i psykisk helsevern innebærer å gi den enkelte bruker struktur og rammer for dagen slik at han/hun bedre kan delta i fellesskapet ut fra egne premisser (Hummervoll 2012). Terapien ansees å ha sin effekt gjennom relasjonene som oppstår, og innebærer at en sentral oppgave for miljøpersonalet er å stå i trykket av de følelsesmessige påkjenningene som de blir utsatt for (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Samtidig skal fagpersoner bestrebe og få pasienter til å føle seg ønsket, respektert og invitert til å meddele seg på sin egen måte (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke 2009).

Flere kritiske studier retter oppmerksomheten mot selve brukermedvirkningsbegrepet. De drøfter hvordan begrepets positive assosiasjoner kan overskygge det faktum at det ofte er mennesker med store og langvarige hjelpebehov, som skal involveres og myndiggjøres. Konsekvensene av en slik overskygging kan være at fagpersoner pålegger pasienter et ansvar for egen tilfriskning og helse som de ikke er i stand til å håndtere og at de dermed

marginaliseres ytterligere (Cowden og Singh 2007, Engebretsen og Haldar 2010, Kristeva 2010). Flere hevder at begrepet er abstrakt og kontekstløst, noe som skaper dilemmaer og utfordringer for dem som er involvert i situasjoner hvor slikt skal skje (Valenta og Berg 2010). Både fagpersoner og forskningsmiljøer etterspør derfor kritiske studier som kan si noe om hvordan brukervedvirkning faktisk blir praktisert og hvilke fordeler, ulemper og utfordringer ulike praksiser kan føre med seg (Beresford 2002, Petersen et al. 2008). Her mener vi vår studie kan gi et viktig bidrag.

Hensikt

Hensikten med vår artikkel å trekke frem situasjoner og dilemmaer fra praksis for å øke kunnskapen om brukervedvirkning i psykisk helsevern. Vårt fokus er på *fagpersoners praktisering av brukervedvirkning, i forhold til pasienter*. Et fokus vi mener er lite belyst innen forskning angående brukervedvirkning. Konteksten for studien er døgnavdelinger ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) i Norge. Døgnavdelingene i studien presenterte seg som enheter hvor miljøterapi er et organiserende prinsipp for aktivitetene og rutinene ute i avdelingene. At fagpersoner skal inkludere og involvere pasienter i utviklingen av miljøterapeutiske aktiviteter blir således like naturlig som i forbindelse med beslutninger om medisinsk behandling og rehabilitering. Våre forskningsspørsmål følger en slik sammenheng og vi spør: På hvilke måter blir pasientene involvert i utforming og gjennomføring av miljøterapeutiske aktiviteter i døgnavdelingene?

Forventninger om brukervedvirkning som ide omsatt til praksis

Ut i fra måten vi har argumentert over, kan vi si at brukervedvirkning er situasjonsbestemte hendelser kjennetegnet av relasjonelt arbeid som skjer prosessuelt, karakterisert av interaksjon og samhandling som forutsetning og resultat. Brukervedvirkning skal ideelt praktiseres i situasjoner hvor et mangfold av forventninger gjør seg gjeldene, enten dette er brukernes rett til medbestemmelse, fagpersonalets ansvar for kvaliteten på tjenestetilbudet eller institusjonelle ressurser. For å få økt forståelse for fagpersonenes praksis, har vi anvendt et interaksjonistisk perspektiv på profesjonelt arbeid (Måseide 2008) i analysen av datamaterialet. Perspektivet tar nettopp utgangspunkt i interaksjon og samhandling mellom personer og de konkrete aktivitetene som de gjør sammen. Det sier oss at samhandling krever samarbeid, og at dette kan innebære konflikter og dilemmaer vel så mye som harmoni og enighet. Det hjelper oss til å fokusere på at når fagpersoner og pasienter må samhandle om konkrete gjøremål, så må de på en mer eller mindre bevisst måte, praktisk og konkret, omgås og ta hensyn til hverandre. Videre, perspektivet viser oss at det er dannet – og dannes forventninger til samhandlingene som fagpersoner og pasienter gjør sammen. Forventningene kan forstås som rammer, eller forventningsstrukturer; et sett med forventninger knyttet til en anledning, situasjon eller aktivitet. Å identifisere en bestemt ramme handler ofte om å gi navn til noe som vanligvis er innerforstått og tatt for gitt (Goffman 1974). Rammer (heretter omtalt som forventninger), vil uansett uavhengig om den er kjent og definert, virke inn i samhandlingssituasjoner og interpersonlige relasjoner (Måseide 2008). For vår artikkel er forventninger et viktig teoretisk begrep som med sin kompleksitet er aktuelt for å belyse brukervedvirkning som på sin side et komplekst (innerforstått) fenomen med ulike ideologiske og praktiske begrunnelser og forutsetninger.

Forventningene virker på forskjellig nivå og de har ulike former. *For det første* virker de i selve samhandlingen og de kommer til uttrykk som moralske konvensjoner for hvordan

personer skal forholde seg til hverandre. Konvensjonene legger føringer på dem som samhandler uavhengig av den videre konteksten for samhandlingen (Goffman 1982). *For det andre* virker forventningene som rammer for hva samhandlingen skal handle om. Disse forventningene er uttrykk for tidligere erfaringer og oppfatninger av praksis, og hjelper fagpersonene til å skape retning og forutsigbarhet når de står overfor nye situasjoner. Utfordringene for de fleste samhandlingssekvenser er imidlertid at mer enn en ramme er aktuell samtidig og at det kan gi rammeskifter (Måseide 2008). *For det tredje*, tilskrives aktiviteter og handlinger mening ut i fra hvilke forventninger som er knyttet til dem. Når psykisk helsearbeidere kan gjøre ting med pasientene som ville vært uhørt i andre situasjoner, for eksempel hjelpe dem med intimvask eller be dem om å snakke om personlige forhold, er det fordi handlingene foregår innenfor rammene av profesjonell virksomhet. *For det fjerde*, hvilke forventninger som gjelder må kontinuerlig vedlikeholdes i samhandlingssekvensene. De som samhandler må stadig vise til symboler og andre institusjonelle strukturer som identifiserer hvilke forventninger som regulerer samhandlingssekvensene.

Materiale og metode

Studien er en del av en større studie som har som formål å studere praktisering av brukermedvirkning ved DPS i Norge. I perioden mellom høsten 2011 og våren 2012 har vi gjennomført tre intensive perioder med feltarbeid i tre ulike DPS i Norge, inspirert av Hammersley og Atkinson (2012). Førsteforfatter har innsamlet dataene. Hun har profesjonell bakgrunn og klinisk erfaring fra lignende arbeid som i denne studien, men i andre institusjonelle settinger og faser i behandlingen. Alle forfatterne har utstrakt erfaring fra profesjonelt helsearbeid, som klinikere og forskere.

Presentasjon av forskningsfeltet

Døgnavdelingene varierte i antall sengeplasser fra 15 til 7. Innleggelsestiden varierte fra tre dager til atten uker. Noen ganger lengre. Innleggelsene var i hovedsak frivillige. En betydelig andel pasienter var innlagte på grunn av høy selvmordsfare. Mange pasienter var nye for personalet, andre kjente de fra tidligere. I følge fagpersonalet var pasientene sykere ved innleggelse nå enn før, og både de og pasientene måtte forholde seg til betydelig kortere behandlingstid nå enn før. Fagpersonene understreket at pasienter får informasjon om pasientrettigheter, som retten til å brukermedvirke.

Avdelingene presenterte seg som behandlingstilbud for mennesker med allmennpsykiatriske lidelser. Helsetjenesten omfattet i hovedsak diagnostisering, medikamentutprøving, behandling og miljøterapi. Miljøterapi utgjorde slikt sett kun en del av behandlingsopplegget rundt pasientene, men en sentral del av det døgnkontinuerlige behandlingstilbudet. Med individuelt tilpasset samhandling, ble miljøterapi som ideologi og praksis, begrunnet å skulle øke sannsynligheten for trivsel og mestring. Avdelingene bestrebet å være en arena hvor pasientene skulle få øve seg på sosiale ferdigheter med fagpersoner som viktige rollemodeller og medpasienter som støttespillere, samt stimulere til (gjenopptakelse) av aktiviteter. Både organiserte og uorganiserte aktiviteter som husarbeid, matlaging – og kjøkkenaktiviteter, håndarbeids/hobbyaktiviteter, fysisk aktivitet og friluftsliv var sentrale i behandlingen og hverdagen på avdelingene. Mange aktiviteter ble ofte gjennomført i grupper av pasienter.

Datasamling

Førsteforfatter deltok i de fleste av avdelingens rutiner slik som rapporter i vaktskiftet, fellesmøter med pasienter og personalet, måltider med pasientene, dagsutflukter og andre planlagte og ikke-planlagte aktiviteter. Hun deltok i samtaler med fagpersonene og pasientene der det følte naturlig og hvor det ble gitt tillatelse. Feltarbeidet i de tre DPS varte i overkant av en uke på hvert sted. Til sammen utgjorde dette 200 timer observasjon. Fokus for observasjonene var fagpersonalets samhandling med pasientene og samhandlingens nære omgivelser. Det ble gjennomført 12 individuelle og ett fokusgruppeintervju av fagpersonalet. Totalt sett omgikk førsteforfatter 69 fagpersoner og 25 pasienter.

Førsteforfatter gjorde notater fra observasjonene og samtalene, og det ble forsøkt å gjengi aktivitetene og samtalene så detaljert og konkret som mulig. De individuelle intervjuene varierte fra 20 -120 minutter. Fokusgruppeintervjuet varte tre timer. Alle intervjuene ble tatt opp på diktafon, og skrevet ut. Tema for de individuelle intervjuene var informantens arbeidsoppgaver, vilkår og forutsetninger for brukervedvirkning. Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført etter feltarbeidet når analyseprosessen var kommet godt i gang. Data ble presentert og diskutert i lag med en tverrfaglig gruppe på åtte fagpersoner. Det overordnede temaet for fokusgruppeintervjuet var praktisering av brukervedvirkning med svært syke pasienter.

Analyse av data

Vi har gjennomført en tematisk analyse inspirert av King (2004). Rådata ble ordnet i tekstmære koder. Kodene var begreper som allerede fantes i datamaterialet og hensikten var å få oversikt og identifisere gjennomgående mønstre og trekk relevant for studiens overordnede tema. Gjennom hele fortolkningsprosessen har førsteforfatter hatt ansvaret for å presentere nye fortolkninger i regelmessige veilednings/diskusjonsmøter med de andre forfatterne, samt sjekke disse mot rådata.

For denne artikkelen ledet forskningsspørsmålet og det teoretiske perspektivet vår oppmerksomhet mot samhandlingssituasjoner hvor fagpersonalet forsøkte å involvere pasientene i avdelingens fellesaktiviteter og hvilke forhold som gjorde seg gjeldene i situasjonene. Analyse av datamaterialet viser at fagpersonalet forsøkte å inkludere pasientene i døgnavdelingens fellesaktiviteter, men at dette var utfordrende. Det var særlig tre forhold som gjorde seg gjeldene i situasjonene og som bidro til utfordringene. Disse forholdene har vi tematisert som pasienters 1) *mangel på engasjement* grunnet pasientenes reduserte helsetilstand. Personalet måtte gjøre en 2) *balansering mellom individuelle og kollektive hensyn* i deres daglige arbeid i kombinasjonen av pasienter, rutiner og miljøterapi. På grunn av forventninger om effektivitet og behandlingseffekt, bidro dette til at fagpersoner måtte holde både seg selv og pasienter under et 3) *konstant pågående press*.

Forskningsetikk

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (saksnummer 27813). Alle fagpersoner har gitt skriftlig samtykke til å delta i studien. Et eget informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble utformet til pasientene. Vi har ivaretatt anonymiteten til informantene ved å bruke fiktive navn og benevne alle som terapeuter.

Presentasjon av resultat

Brukermedvirkning presenteres som noe som skal skje mellom likeverdige parter, og at partene må være *involverte*. Resultatene i vår studie viste at personalet arbeidet med pasienter som *trengte hjelp til å bli involvert* i avdelingens aktiviteter, noe som førte til et kontinuerlig arbeid for å få pasientene ut av rommene sine og i aktivitet.

Mangel på engasjement

De fleste pasienter var veldig syke når de kom til avdelingen, men de fikk ikke ligge lenge på morgenen. De ble, som fagpersonene uttrykte det: *“presset til å engasjere seg i hverdagen”* (terapeut, Sigrid). Mange av pasientene måtte i perioder bli passet ekstra på, for at de ikke skulle skade seg selv.

Mangel på mening og overskudd til å engasjere seg i miljøterapeutiske tiltak på avdelingen viste seg også i de daglige fellesmøtene på morgenen. Hensikten med møtene var å planlegge dagens aktiviteter som pasientene skulle involveres i. Dette omfattet individuelle avtaler mellom fagpersoner og pasienter og miljøterapeutiske fellesaktiviteter som matlagning og turer. Dersom avtaler og aktiviteter kolliderte ble de forsøkt justert til hverandre. Slike justeringer ble gjort i fellesskap, men for fagpersonalet var det vanskelig å få respons fra pasientene. Dette gjaldt både for avtalene og for de andre aktivitetene. For eksempel kunne personalet spørre om det var noe spesielt pasientene ønsket å spise til lunsj. Ville noen ha egg? Koka? Stekt? Ville noen kanskje ha kakao? Vanligvis var det fagpersonene som til slutt kom med forslag, og noen pasienter kunne nikke bekræftende eller avkreftende på avgjørelsene som ble tatt til slutt. Personalet måtte henvende seg til pasientene for hver eneste aktivitet. De gjorde det for å gi pasientene enda en mulighet til å rekke opp hånden og melde seg 'til tjeneste'. Når pasientene ble bedt om å tenke seg om en gang til, så hendte det at noen ville delta, men mange framholdt at de ikke ville eller klarte å delta. Personalet kunne også spørre enkeltpasienter direkte.

Det som preget fellesmøtene var langsomhet og stillhet og som vist over, var det personalet som drev møtene. Pasienter ble beskrevet som så slitne av livet sitt når de blir lagt inn, at personale forsøker å tilby og forslå aktiviteter, bare for å komme i gang. Men dette ble forklart som vanskelig. Det vanskelige lå i de mange forslagene de måtte finne frem til og måten de la dem frem på. Noen av forslagene til aktivitet ble av personalet opplevd som overtalelser. Terapeut, Frank beskrev det slik:

“Hva er det jeg holder på med? Det tenker jeg mange ganger på. Dette er jo ikke brukermedvirkning! Men det er jo en daglig utfordring at pasientene ikke vil noen ting. Ingenting! Så da må vi jo dytte og dra. Det føles nesten som om vi tvinger noen til å gjøre noe, hele dagen lang...”

Selv om personalet beskrev det som ubehagelig å presse pasientene til deltakelse, argumenterte flere for at det å gjenoppta daglige aktiviteter er nødvendig for igangsetting av bedringsprosesser. Terapeut, Lena forklart det slik:

”På denne avdelingen forsøker vi sammen med pasienten å få de mest basale aktivitetene på plass, som å stå opp om morgenen, ta en dusj, spise måltider, pusse tennene. For realiteten er

faktisk slik, at hadde pasientene blitt gitt muligheten, så hadde de fleste ligget i senga hele dagen.”

Balansering mellom individuelle og kollektive hensyn

Et helt sentralt aspekt ved arbeidet til de ansatte var å passe på og aktivisere pasienter som ikke ville leve. Ved innleggelse var det vanlig at pasientene avviste avdelingene rutinemessige behandlingstiltak og fagpersonalet fikk ansvar for å motivere og gi håp. Mye av arbeidet i avdelingene var tilpasset denne typen pasienter, siden alle pasientene som var innlagte hadde store hjelpebehov. Mange var avhengig av døgkontinuerlig observasjon og behandling av psykiske og fysiske symptomer som fulgte med lidelsene de var innlagt for. Mange måtte følges tett i forhold til medikamentell behandling, flere måtte ha bistand og veiledning knyttet til for eksempel egenomsorg, og som vist i forrige avsnitt, måtte de fleste motiveres til å ta del i fellesaktivitetene i avdelingene.

At avdelingene var forpliktet til å jobbe etter miljøterapeutiske prinsipper, førte til dilemmaer for personalet. Fagpersonalet forsøkte alltid å utvikle individuelle behandlings- og aktivitetsopplegg for den enkelte, inkludert miljøterapeutiske tiltak. Men både det å involvere pasienter i utforming, og gjennomføre individuelt tilpassede aktivitetsopplegg planlagt ut i fra den enkelte pasientenes ønsker og behov, var ikke alltid mulig å realisere. Det var særlig tre årsaker til dette. For det første kunne ikke personalet bare ta seg av pasientene som nylig var blitt lagt inn. De hadde også ansvar for pasienter som hadde vært innlagt en stund. Personalet måtte forholde seg til et kontinuum av individuelle pasienttilstander. I avdelingene var det hele tiden mange pasienter som var veldig syke, noen som var litt bedre, og noen som var på vei hjem. Forskjellene mellom de enkelte pasientenes tilstand kom til uttrykk på fellesmøtene. De pasientene som hadde vært lengst i avdelingene, var som regel mest aktive på møtene. De ga respons til personalet på henvendelser og ble med dette mer involvert i planlegging av fellesaktivitetene enn de øvrige pasientene. De fikk ansvar for å forberede måltidene og de fikk være med på å ta avgjørelser på vegne av hele pasientgruppen når aktiviteter skulle velges. For det andre måtte personalet forholde seg til den enkelte pasients tilfriskning samtidig som fellesaktivitetene skulle gjennomføres. I starten av oppholdet, da planlegging av ukeaktivitetene ble gjort, hadde noen pasienter kanskje vært lite delaktige i planleggingsprosessen. I løpet av uken og dersom pasientene hadde blitt friskere, kunne det hende de ikke ville være med på det som var blitt planlagt. Slike situasjoner kunne medføre uro blant både pasientene og personalet. Under følger beskrivelse av en typisk situasjon:

Pasienten sier hun ikke vil være med å spille stikkballe ute. Personalet som er til stede ser oppgitt ut, og sier at dette ble jo bestemt på mandag. En av de andre pasientene bryter inn og sier at han vil heller ikke spille stikkballe. Personalet ser spørrende på gruppen av pasienter fremfor seg. De nøler, og enda en pasient bryter inn. Hun sier at det var ”Benny” (navn på en fagperson) som sa de skulle spille stikkballe (feltnotat, avdeling A, stue, høst 2011).

Siden aktiviteten allerede var planlagt, ble den gjennomført. Dette selv om noen pasienter ikke ville delta og ikke hadde vært med på å planlegge aktiviteten. Hensynet til fellesskapet ble prioritert på vegne av den enkelte fordi det var vanlig å gjennomføre det som var planlagt på fellesmøtet tidligere i uken.

Den tredje utfordringen knyttet til realisering av individuelle aktivitetsopplegg var at personell situasjonen ved avdelingene var ustabil. Plutselige endringer i sammensetningen og antall av fagpersonell på grunn av for eksempel sykdom, medførte at planlagte aktiviteter ble avlyst.

Dette gjaldt særlig dersom aktivitetene var ressurskrevende slik som å dra på kafébesøk, kjøre til butikken eller bruke formingsrommene. Slike aktiviteter var populære blant pasientene, men med for få ansatte på jobb, kunne de ikke gjennomføres. Personalet hadde klart å skape engasjement hos pasientene, men måtte skuffe dem på grunn av mangel på personell. De som var tilgjengelig måtte brukes på pasienter som nylig var blitt lagt inn, og andre rutinemessige oppgaver i avdelingene, som å delta i diverse møter og vaktskifter, eller passe telefonen på kveldstid

Konstant pågående press

Selv om stemningen på fellesmøtene og i avdelingenes fellesrom for øvrig var preget var tiltaksløshet og taushet, hadde kommunikasjonen mellom pasientene og fagpersonalet form som forhandlinger. Pasientene som klarte å involvere seg og personalet, forhandlet hele tiden om *hvilke*, og *hvor* og *når* aktivitetene skulle gjennomføres. Episoden under er en typisk forhandlings situasjon:

Roger som er terapeut, henvender seg til pasientene på stua og sier at i morgen er det tirsdag og da skal alle på tur! Pasientenes respons er negativ. "Åh... nei" høres fra flere av dem.. "Jo!", sier Roger: "Tirsdag er turdag. Det blir bra!". En annen terapeut, Lise, skyter inn med lovnader om ostehorn: "Vi skal lage ostehorn og ta dem med oss". Pasientene virker ikke overbeviste og Lise fortsetter entusiastisk: "Vi pakker ostehornene i folie, og varmer dem på bålet. Kom igjen!" Pasientene småsnakker sammen, og Lise sier videre: "Det er sikkert noen som vil bake... ikke sant?" Det blir et stille minutt over kaffekoppene, før en av pasientene spør: "Hvor skal vi dra?" Roger svarer og legger til at det er lavvo der og at den har bål plass. En annen pasient bryter av Roger: "Jeg vil i alle fall ikke sitte i midten av bilen!". Lise sier det er greit og spør hvor han vil sitte. Han svarer at han vil sitte i forsetet og to andre skyter inn og sier de vil sitte sammen, bakerst i bilen. Lise spør så hvem som kan sitte i de midterste setene. Pasientene diskuterer dette seg imellom. Til slutt sier en av de kvinnelige pasientene: "Jeg kan kanskje sitte i midten, men jeg vil at vi skal ha med kaffe på turen". Roger bekrefter at de skal ha med kaffe og spør samtidig om det er noe annet de ønsker at de skal ta med. "Kanskje kakao?", sier en pasient (feltnotat, avd. B, fellesrom, vår 2011).

Forhandlinger med pasientene var krevende situasjoner og på grensen til overtaling. Personalet formidlet at de har erfaring med hva som skal til for at pasientene kan bli involverte i fellesaktivitetene, men at de ofte er usikre på hvor hardt de skal argumentere for egne faglige ønsker på bekostning av pasientenes ønsker.

Diskusjon

Studiens resultat viser at brukermedvirkning i miljøterapi kan sies å få konkrete uttrykk i situasjoner hvor pasienter inviteres eller krever å få medvirke i utforming av egne tjenestetilbud, som miljøterapeutiske aktiviteter. Hvordan slik involvering skjer, diskuteres videre.

Pressing av pasienter som ikke vil leve

Et sentralt aspekt i arbeidet til fagpersonene slik de så det selv, var å passe på og aktivisere pasienter uavhengig om mange avviste avdelingens rutinemessige behandlingstiltak. Forventninger om korte innleggelse gav personalet liten tid til å bli kjent med pasientene, og dette hadde betydning for interaksjonen mellom pasienter og fagpersoner. På den ene siden måtte personalet overtale pasienter til å stelle seg om morgenen, ta medisinene sine og ta del i fellesaktiviteter. På den andre siden fikk pasientene anledningen til å uttale seg om hvilken mat de ønsket til ulike måltider, hvilken drikke de ville ha med seg på tur, og hvor de ville sitte i bilen. Personalets forsøk på å imøtekomme pasientenes ønsker kan sees som et uttrykk for demokratiseringsidealet som ligger i brukervedvirkningens ideologiske røtter (Vatne 1998), og antakelsen om at deltakelse i beslutninger om egen behandling vil gi personer som mottar offentlige tjenester opplevelse av uavhengighet, selvstendighet og mestring og at slik opplevelse har en terapeutisk effekt i seg selv (Harman, Cohen, Leucht, Busch og Rissling 2007, Tveiten og Knutsen 2011). Imøtekomning av pasientens ønsker kan også ses som oppfyllelse av forventninger om moralske konvensjoner for hvordan mennesker skal forholde seg til hverandre (Goffman 1982), men også miljøterapi som individuelt tilpasset samhandling. Samtidig ser vi at forventningene om å *bistå* pasienter i prosessen fra lite engasjement til deltakelse, ga personalet følelser av ubehag og utilstrekkelighet i arbeidet.

Personalet opplevde at de måtte presse pasientene lengre enn de selv ønsket, og at de derfor sto i fare for å underkjenne den innsikt og kompetanse pasientene hadde om egen sykdom og hva som måtte til for at de skulle komme seg over krisen som hadde ført til innleggelse. Samtidig ble pressing til deltakelse i miljøterapeutiske aktiviteter forklart å kunne gi positive opplevelser for pasientene, som i eksempelet med planleggingen og gjennomføringen av turen som utløste et potensial i pasientene som gav økt engasjement for deltagelse. I alle fall der og da.

Antony & Crawford (2000) har undersøkt brukervedvirkningens plass i planlegging av behandling i psykiatriske institusjoner. I følge sykepleierne i studien hadde pasientene behov for "time-out" og beskyttelse mot situasjoner der de måtte ta stilling til noe. I perioder hadde pasientene behov for å bli tatt hånd om. Vi argumenterer for at akseptering av "time-out", altså slippe å delta i miljøterapeutiske aktiviteter og andre aktiviteter, nettopp er et uttrykk for brukervedvirkning. Dersom slik aksept ikke blir anerkjent og "rammet inn" som brukervedvirkning, er det fare for at brukervedvirkning 'blir til' behandling og tiltak for å fremme effektivitet i psykisk helsevern, og "lirking" og pressing 'blir til' tvang. Dette gav fagpersonene på døgnavdelingene selv uttrykk for. De må stadig opprettholde en faglig overbevisning om at de presser ut i fra hensikten om igangsetting av bedringsprosesser, til tross for mange dilemmaer. Likevel, institusjonelle forventninger om å få pasientene fort utskrevet ga fagpersonene følelsen av at det blir feil 'uansett hva de gjør'.

Korrigerende av pasientenes ønsker

I psykisk helsevern kan det sies å være en allmenn oppfatning om at miljøterapi er positivt for pasienter (Kværna og Lund 2004, Humerfelt 2005, Vatne 2006, Vatne og Hoem 2007, Øye et al. 2009, Hanssen 2010). Skriftlig veileder for DPS påpeker også at miljøterapeutiske tiltak skal inkluderes i individuelle behandlingsplaner (Sosial- og helsedirektoratet 2006b). Forventninger tilknyttet praktisering av miljøterapeutisk ideologi, førte fagpersonene inn i dilemmaer. De bestrebet å anerkjenne pasientenes ønsker og behov, *samtidig* som de måtte

korrigere ønskene og behovene for å få de daglige rutinene og strukturene for avdelingsarbeidet til å gå rundt (som vaktskiftet, medisinerer, stell, individuelle behandlingsstimer), og rutiner for det miljøterapeutiske arbeidet. Dette resulterte i at den enkelte pasients ønsker og behov stadig måtte vike for fellesskapets behov og opprettholdelse av avdelingsrutinene. Institusjonelle fordringer aktualiserte seg i situasjoner med knapphet på fagpersonell og den enkelte pasients ønske om medvirkning i eget miljøterapeutiske behandlingsopplegg måtte settes på vent. Vi hevder ikke at det å delta i aktiviteter er synonymt med brukermedvirkning, men når miljøterapeutiske aktiviteter er en sentral del av behandlingen, oppstår det problemer når noen pasienter ikke har mulighet eller ikke ønsker å delta som følge av deres reduserte helse.

Krysspress

Fagpersonene ble således satt i et krysspress av forventninger som var aktuelle samtidig (jamfør Måseide 2008). Å daglig jobbe med pasienter som uttrykte av de aller helst ville dø, appellerte til *forventninger om praktisering av profesjonell yrkes ed* som går på å redde liv, og det profesjonelle arbeidet tilpasset seg disse forventningene og realitetene. *Moralske forventninger* og konvensjoner ble oppfylt, og det ble utvist respekt, forståelse og tid for enkeltpasienter. Av den grunn måtte av og til planlagte fellesaktiviteter utgå. Andre forventninger førte gjerne til dette. Lojalitet til *institusjonelle forventninger om behandlingseffektivitet* førte samtidig til justeringer av det medisinske og psykisk helsearbeidet, og personalet måtte overtale og 'presse' pasienter til deltakelse av andre faglige hensyn enn *forventninger om bedringsprosesser* og *forventninger om miljøterapi*. Dermed måtte individuelle behov til pasientene (igjen) bli satt til siden. Siden pasientenes sårbarhet krevde en kvalitativ nærhet og fysisk tilstedeværelse, ble det profesjonelle arbeidet sterkt styrt av de *økonomiske forventningene* som ikke tillot å sette inn ekstravakter når det var nødvendig. Dette førte igjen til moralske dilemmaer for fagpersonene. Da kunne de verken gjennomføre avtalte fellesaktiviteter, eller sitte på rommet til pasienter som trengte det, siden de måtte være tilgjengelige for alle pasienter.

I vår utforskning av forventninger knyttet til praktisering og involvering av pasienter i egne behandlingstilbud og fellesaktiviteter, blir det synlig at lojaliteten og oppmerksomheten til fagpersonene i studien er knyttet til opprettholdelse av miljøterapi som regel og daglig rutine i avdelingene, i tillegg til rutiner og strukturer som møter og medisinerer. Becker (1963) ble innflytelsesrik på bakgrunn av sin forskning knyttet til avvik og utstøtelse, og bidro til forståelse for hvordan institusjoner kan være med på og forsterke avvik og utstøtelsesprosesser. Hans begrep *moralsk entreprenørskap* anser vi som nyttig for å forstå og belyse dilemmaer knyttet til brukermedvirkning i kontekst og samspill med omgivelser. Et dilemma som oppstår når fagpersoner jobber som lojale entreprenører for opprettholdelse av regler og rutiner ved avdelingene, samt tar avgjørelser på vegne av pasientene, er at pasienter står i konstant fare for å utstøtes fra medvirkningsprosesser.

Et annet dilemma som oppstår, er at manglende involvering fra pasienters side, ses på som avvikende ut i fra institusjonelle *forventninger om aktivitetsdeltakelse* og *forventninger om behandlingseffektivitet*. Behandlingen på døgnavdelinger er av en slik karakter at de mest syke pasientene kan ikke motta den, uten at fagpersoner samtidig ignorerer deres ønsker og behov (som å ligge i sengen hele dagen). Samtidig er mobilisering – og pressing av pasienter til deltakelse også et uttrykk for flere forventninger. Gjennom å få pasienter til å delta i aktiviteter, kamufleres avvikende oppførsel, og *forventninger om miljøterapi* oppfylles. På denne måten blir brukermedvirkning redusert til: "hva vil du ha til lunsj", som for å skjule at

det reelt er snakk om tvang. Brukermedvirkning i døgnavdelingene skjer på et plan der pasientene i utgangspunktet kan velge i behandlingstilbudet, inkludert miljøterapeutiske aktiviteter. Men de kan ikke velge å ikke delta. Pasientene får da ikke en reell innflytelse på deltagelse om beslutning om egen behandling, noe som igjen kan gi pasientene opplevelse av at de er utsatte for ufrivillighet og tvang (Szmukler og Appelbaum 2008). Når pasienters motstand mot å delta i miljøterapeutiske aktiviteter blir stemplet som avvikende og problematisk, fremmes et nytt dilemma. Pasienter står i fare for å bli definert og konstruert som sosiale problemer fordi psykisk helsevern anser det som et problem at de ikke følger behandlingen. Vi anser det som viktig i denne sammenhengen, at ”den motvirkende bruker” oppstår ikke av en bestemt psykisk lidelse, heller ikke av en bestemt personlighet eller noen bestemte handlinger, men av en diskurs om brukermedvirkning som frambringer en bestemt forståelse. Fagpersoner som definerer og praktiserer en slik forståelse, blir dermed moralske entreprenører, som på sitt moralske korstog skal motivere pasienter til å delta i noe som pasienter kanskje verken vil være med på eller føler de har nytte av. Et paradoksalt dilemma som fagpersoner kanskje vanskeligere får øye på selv, er at når lojaliteten og arbeidet rettes mot rutineene for å oppfylle forventningene om behandlingseffekt(ivit), setter de seg selv i en konstant tvangssituasjon hvor de må overtale og presse pasienter til deltakelse, for igjen innfri forventningene til institusjonen, tross eget ubehag ved å gjøre nettopp det. De blir dermed selv opprettholdere av moralske dilemmaer grunnet sitt moralske entreprenørskap.

Brukermedvirkning handler ikke om å få velge fritt fra alle hyller, men at pasienten skal bli informert om sine muligheter, og at fagpersonene interesserer seg for hva som er viktig for pasienten i forhold til målet med behandlingen (Hansen, Hatling, Lidal og Ruud 2004, Skorpen et al. 2008). Vår studie viser at fagpersoner interesserte seg for dette. De mobiliserte pasientene til å ta del i avdelingens miljøterapeutiske aktiviteter for å igangsette bedringsprosesser og gi struktur i hverdagen til pasientene. Av den grunn var deltakelse i måltider og turer ansett som viktig. Fagpersonalet hadde ikke mange ressurser til rådighet, men i noen situasjoner klarte de å snu tilstander av viljeløshet til noe engasjement hos den enkelte og hos pasientfelleskapet. Noen av pasientene ble hjulpet til å hevde selvstendighet til tross for alvorlig sykdom. I beskrivelsen av forberedelser og gjennomføring av turen til lavvo synliggjøres dette.

Forventninger om at pasienter skal være aktive brukere som ønsker og klarer å involvere seg i egen tilfriskning, åpner for et paradoks. Den som er definert som avhengig av profesjonell hjelp, skal likevel regnes som prinsipielt uavhengig (Aadnanes 2007). Et slikt paradoks kan føre til at fagpersonalet blir mer opptatt av å presse den enkelte pasient til å delta i fellesaktivitetene, enn å samarbeide om å få den enkelte til å involvere seg i utformingen av sitt eget behandlingstilbud. Eller det kan føre til at fagpersoner anser kritiske pasienter som problematiske, siden psykisk helsevern ikke har nok ressurser til å utøve individuelt tilpasset samhandling. En slik praksis kan også føre til at fagpersoner unngår å erkjenne at mange kritiske pasienter faktisk forsøker å brukermedvirke. Dersom dette skjer kan brukermedvirkning være med på å skape en brukermedvirker som helsetjenesten trenger, og definisjonen: *evner å brukermedvirke* en ”diagnose” på om pasienten er utskrivningsklar. Dette gjør det relevant å spørre hvem som eier problemene som brukermedvirkning skal løse; helsevesenet eller pasientene?

Konklusjon

Studien vår viser at praktisering av brukermedvirkning er krevende arbeidsoppgaver med mange forventninger involvert. Det kan ta lang tid å bistå en pasient i å klare å engasjere seg i tilbudet til døgnavdelingene, og det forutsetter at fagpersonene har kreativitet, pågangsmot og utholdenhet i denne prosessen. For det første jobbet fagpersonene for å inkludere pasientene i beslutninger om fellesaktivitetene tilknyttet avdelingenes miljøterapeutiske profil. For personalet var ikke en slik inkludering alltid forenlig med pasientenes behov for individuelle behov eller pasientfellesskapets behov for å få gjennomført planlagte miljøterapeutiske aktiviteter. Noen ganger opplevde fagpersonene også å handle på tvers av hva de anså som moralsk riktig i samhandling med andre. I situasjoner der fellesaktiviteter ble planlagt og gjennomført, måtte personalet ofte bruke det meste av sin oppmerksomhet på å regulere selve samhandlingen og de interpersonlige relasjonene. Av den grunn ble interaksjonsorden stadig utfordret: den forsinket og noen ganger forhindret fagpersonalet i å gjennomføre fellesaktivitetene og inkludere de skjøreste pasientene til å delta i samhandlingen.

For det andre hadde flere av fagpersonene vært ansatt i avdelingene i flere år og kjente pasientene og/eller problemstillinger som pasientene slet med, veldig godt. De hadde også mange erfaringer med organisering og begrunnelser for gjennomføring av fellesaktiviteter som skulle bidra til at pasientene utviklet samhandlingsferdigheter med omgivelsene. Så ble forventninger om brukermedvirkning innført, noe som «forstyrret» de daglige rutinene og det trygge vante. Det kan se ut som at avdelingene ikke hadde definert og utviklet forventninger for å skille mellom - og hva som skulle gjelde i situasjonene: miljøterapi, brukermedvirkning eller etablering av en god samhandlingssituasjon. Det vil si strategier for å kunne bestemme hva situasjonene skulle handle om.

Vi kan derfor hevde at de institusjonelle forventningene for praktisering av ”brukermedvirkning” gjennom miljøterapeutiske aktiviteter i DPS sine døgnavdelinger ikke ennå var utviklet. Brukermedvirkning som forventning var til stede i avdelingene, men ideologien hadde ikke fått en tydelig institusjonell form enda. Verken ideologien eller de praktiske konsekvensene var problematisert på en systematisk måte i avdelingene, og det var heller ikke utviklet kategorier som kan styre slike aktiviteter i avdelingene. I planlegging og gjennomføring av fellesaktivitetene ble det ikke eksplisitt snakket om brukermedvirkning, men i refleksjonene med førsteforfatter om eget arbeid fremhevet fagpersonene at de alltid forsøker å ta hensyn til pasientenes individuelle ønsker, også angående miljøterapeutiske aktiviteter. De mente at slike forsøk var et uttrykk for brukermedvirkning på deres avdelinger, men i hektiske situasjoner var det ikke enkelt å skille mellom hvilke forventninger som skulle gjelde: brukermedvirkning eller avdelingenes miljøterapi. Spesielt siden det i begge ideologiene er like relevant å hjelpe pasientene til å delta i fellesskapet på egne premisser.

At brukermedvirkning kan være (så) krevende å få til, kommer ikke frem i myndighetenes dokumenter og retningslinjer for brukermedvirkning. Dersom dette ikke blir forsket videre på, samt problematisert i både retningslinjer, utdanning og praksiser, er vi redd for at brukermedvirkning kan bidra til en reduksjon av pasientenes rettigheter, og ikke utvidelse. Det kan skape et skille mellom idealer og praksis, og dermed et moralsk dilemma for velferdsstaten og demokratiseringsprinsippet.

Litteratur

- Aadnanes, P (2007) Den uavhengige avhengige? Empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren. Eit kulturanalytisk perspektiv. I Ekeland, T-J og Heggen, K (red) *Meistring og myndiggjering - Reform eller retorikk?* Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, s. 223- 245.
- Anthony, P og Crawford, P (2000) Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 425-434.
- Becker, H.S. (1963) *Outsiders. Studies in the sociology of Deviance*. A Free Press Paperback. Macmillan Publishing CO., INC. New-York.
- Beresford, P (2002) User Involvement in Research and Evaluation: Liberation or regulation? *Social Policy and Society*, 1, 95-105.
- Borg, M (2007) *Hverdagslivet gjennom bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelse*. Thesis for the degree of philosophia doctor. Norwegian University of Science and Technology. Faculty of Medicine. Department of Public Health and General Practice.
- Cowden, S og Singh G (2007) The "User": Friend, foe or fetish?: A critical exploration of user involvement in health and social care. *Critical Social Policy*, 27, 5-23.
- Davidson, L, Borg, M, Marin, I, Topor, A, Mezzina, R og Sells, D (2006) Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 177-201.
- Engebretsen, E og M, Haldar (2010) Annerledeshet og medvirkning – er det plass til en sårbar klient? I Kristeva, J. og Engebretsen, E. (red.). *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*. Gyldendal Akademisk, Oslo, s.195-211.
- Goffman, E (1974) *Frame analysis. An Essay on the Organization of experience*. Northeastern University Press, New England.
- Goffman, E (1982) 'The interaction order'. *American Sociological Association*, 48, 1-17.
- Hammersley, M og P, Atkinson (2012) *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Gyldendal Akademisk, 7. opplag.
- Hansen, T, Hatling, T, Lidal, E og Ruud, T (2004) The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 292-297.
- Hanssen, H (2010) Faglig skjønn ved utforming av vilkår for sosial stønad – handlingsrom, ressoneringsprosess og brukemedvirkning. I H. Hanssen (red) *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 151-179.
- Harman, J, Cohen, R, Leucht, S, Busch, R og Kissling, W (2007) Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 6(7), 992-997.

Haugsgjerd, S, Jensen, P, Karlsson, B og Løkke, J. A (2009) *Perspektiver på psykisk lidelse: Å forstå, beskrive og behandle*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Hem, M.H (2008) *Mature care? An empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses*. PhD dissertation. Section for Health Sciences, Institute of Nursing and Health Sciences, Faculty of Medicine. University of Oslo.

Humerfelt, K (2005) Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå. I E, Willumsen (red) *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 15-31)

Hummervoll, J.E (2012) *Helt, ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal akademisk.

Kartalova-O'Doherty, Y og Doerty, D. T (2010) Recovering from recurrent mental health problems: Giving up and fighting to get better. *International Journal of Mental Health Nursing* 19, 3-15.

Kidd, S, Kenny, A og Mc Kinstry, C (2014) The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *Journal of Advanced Nursing* 71(1), 181-192.

King N. 2004. *Using Templates in the Thematic Analysis of Text*. In *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*, eds C Gassel and G Symon, 256-269. London: Sage.

Kristeva, J (2010) Frihet, likhet, brorskap og ... sårbarhet. I Kristeva, J og Engebretsen, E (red) *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*. Gyldendal Akademisk, s. 34-50.

Kværna, E og Lund, B (2004) *Biter av liv: miljøterapi – fortellinger og refleksjoner*. Gyldendal Akademisk.

Lorem, G.F, Frafjord, J.S, Steffensen, M og Wang, C.E (2013) Medication and participation. A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs, *Nursing Ethics*, 21(3), 347-358.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999): Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasientrettighetsloven*#KAPITTEL_3

Måseide, P (2008) Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I Molander, A og L.I Terum (red) *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 367-385.

Norvoll, R (2007) *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Avhandling for dr. polit-graden. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

Petersen, K, Hounsgaard, L og Vinther Nielsen, C (2008) User participation and involvement in mental health rehabilitation: A literature review. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 15, 306 – 314.

Rise, M. B (2012) *Lifting the veil from user participation in clinical work- What is it and does it work?* Thesis for the degree of philosophia doctor. Norwegian University of Science and Technology. Faculty of Medicine. Department of Public Health and General Practice.

Skorpen, A, Anderssen, N, Øye, C, og Bjelland, A. (2008) Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden*, 4, 19-23.

Skorpen, A & Øye, C (2009) *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser*. Doctoral thesis. Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen.

Skårderud, F, Haugsgjerd, S og Stånicke, E (2010) *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Snowden, A og Marland, G (2012) No decision about me without me: concordance operationalised. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1353-1360.

Sosial- og helsedirektoratet (2006a) Plan for brukermedvirkning – Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. (Rapport IS-1315/2006). Direktoratet, Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2006b) Distriktspsykiatriske sentre– med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. (Veileder IS-1388/2006). Direktoratet, Oslo.

Storm, M (2010) *Service user involvement in in-patient health service*. Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of philosophia doctor PhD. Faculty of Social Sciences University of Stavanger.

Sundet, R (2009) *Client directed, outcome informed therapy in an intensive family therapy unit. A study of the use of research generated knowledge in clinical practice*. Psychological of Social Science. University of Oslo/Buskerud University College.

Szmukler, G og Holloway, F (2000) *Mental Health law: Discrimination or protection*. King's College, London.

Szmukler, G og Appalbaum, P (2008) Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health* 17(3), 233-244.

Terkelsen, T. B (2010) *Håndtering av UFOer og engler i en psykiatrisk avdeling. En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres*. Avhandling for graden philosophia, Universitet i Bergen, Medisinsk odontologisk fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, Seksjon for sykepleie vitenskap.

Tveiten, S og Knutsen, I.R (2011) Empowering dialogues – the patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 333-340.

Valenta, M og Berg, B (2010) User involvement and empowerment among asylum seekers in Norwegian reception centres. *European Journal of Social Work*, 13 (4), 483-501.

Vatne, S (1998) *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Fagbokforlaget.

Vatne, S (2006) *Korrigere og anerkjenne: relasjoners betydning i miljøterapi*. Gyldendal Akademisk.

Vatne, S og Hoem, E (2007) Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 690-698.

Øye, C, Bjelland, A.K, Skorpen, A og Anderssen, N (2009) User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible? *Nursing Inquiry*, 16 (4), 287-296.

Fysioterapeuters erfaringer med bruk av fysisk aktivitet til eldre deprimerte

Anne Margrethe Ulleberg og Berit Johannessen

Anne Margrethe Ulleberg er fysioterapeut med master i helsevitenskap, Universitetet i Agder. Arbeider ved alderspsykiatrisk enhet ved Sørlandets sykehus i Kristiansand.

Email: anne.ulleberg@sshf.no

Berit Johannessen er sykepleier og førsteamanuensis ved Universitetet i Agder, institutt for helse-og sykepleievitenskap. Email: Berit.Johannessen@uia.no

Abstract

How do physiotherapists experience the use of physical activity for older persons suffering from depression?

This article is based upon a study of the experiences of physiotherapists working with elderly depressed patients and the use of physical activity. Depression in the elderly is a common condition, and it is estimated to be the second most common cause of failing health towards 2020. Physical activity has a positive effect on depression in the elderly. The aim of this study was to investigate the experiences of physiotherapist`s in the treatment of elderly depressed patients over 65 years of age. Data was collected by qualitative reasearch interviews of 5 physiotherapists. Important findings of this study were that the physiotherapists experienced that they did not get any referrals to treatment solely due to depression, and that they needed a different approach to physical activity compared to other patient groups.

Nøkkelord/Key Worlds

Eldre; depresjon; fysioterapeut; fysisk aktivitet

Elderly; depression; physiotherapist; physical activity

Referee*

Bakgrunn

Psykiske lidelser er vanlig blant eldre og de vanligste lidelsene er depresjon, angst og demens. Mellom 150 000-170 000 mennesker over 70 år er blitt diagnostisert med en av disse tilstandene, og 40 % av disse har fått diagnosen alvorlig depressiv lidelse (Kristiansen & Engedal 2013). Moksnes (2007) anslår at etter hjertelidelser, vil depresjon være den viktigste årsaken til helsesvikt fram mot år 2020. Fordi eldre mennesker er fysisk og psykisk mer sårbare enn yngre, er årsakene til depresjon mangfoldige. Årsakene kan knyttes til arvelig belastning, isolasjon, vonde opplevelser fra tidligere og redsel for sykdom og død. De biologiske endringene og de vaskulære forandringene som skjer i hjernen ved aldring gir også økt risiko for å utvikle sykdommen (Moksnes 2007). Depresjon kan utløses blant annet ved

tap av nære personer og av funksjoner. Fysiske sykdommer og dårlig ernæring kan også trigge depresjon (Moksnes 2007). Symptomer som kan sees hos personer med depresjon er nedsatt stemningsleie, mimikkfattig ansikt, økt latenstid, redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, nedsatt selvtillit, treg mage, nedsatt appetitt, fysisk/psykisk/sosial passivitet, problemer med søvn og pessimistisk syn på framtiden (Moksnes 2007; Kvaal 2009; Laake 2008). Videre viser studier at så mye som hver fjerde eldre som lider av depresjon er fysisk skrøpelige, og at jo høyere alder og jo alvorligere depresjon, jo mer fysisk skrøpelig er de (Collard, Comijs, Naarding & Oude Voshaar 2014).

Fysisk aktivitet defineres som «all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå» (Bouchard, Shephard & Stephens 1993). Trening er et begrep som skiller seg fra hverdagslig fysisk aktivitet, da den har som mål å forbedre en fysisk ferdighet som styrke, utholdenhet, bevegelighet (Moe 2009).

Hjort (2000) fremhever at inaktivitet er den største risikofaktoren for helsesvikt i alderdommen, og at fysisk aktivitet gir positiv effekt på depresjon, selvbilde, selvtillit og evnen til å mestre motgang. En gjennomgang av forskningen på effekten av trening på depresjon i alle aldre (også eldre over 65 år) konkluderte med at moderat trening kan ha en moderat effekt på depresjon, og at trening kan være like effektivt som psykoterapi og tradisjonell medisinsk behandling, men studien kunne ikke gi noen anbefaling angående type, intensitet, varighet eller frekvens på treningen (Cooney, Dwan & Greig 2013). En metaanalyse fra 2014 bekrefter at fysisk aktivitet har en moderat til stor antidepressiv effekt på de som er villige, motiverte og har tilstrekkelig fysisk helse (Josefson, Lindval & Archer 2014).

Når det gjelder retningslinjer for behandling av eldre med depresjon, beskrives lystbetonte individuelt tilpassede treningsprogrammer. Anbefalingene er kondisjonstrening (gå, sykle eller svømme) i 20 minutter, minst 2-3 ganger i uken og styrketrening 1 til 2 ganger i uken. Det understrekes også at det sosiale miljøet (lokaliteter og andre deltakere) er av stor betydning for motivasjonen (Bahr 2008).

Forskningen som bekrefter de positive effektene av fysisk aktivitet på depresjon er omfattende, men fysioterapeutens rolle og erfaring med denne pasientgruppen er lite undersøkt, spesielt lite forskning er funnet på fysioterapeutenes erfaring med bruk av fysisk aktivitet til eldre med depresjon.

Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter har med eldre som lider av depresjon, med spesiell vekt på erfaringer med bruk av fysisk aktivitet. Det ønskes svar på to forskningsspørsmål:

Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med eldre over 65 år som lider av depresjon?

Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med bruk av fysisk aktivitet for eldre over 65 som lider av depresjon?

Metode

På bakgrunn av problemstillingen ble kvalitative dybdeintervju av fysioterapeuter valgt som forskningsmetode. En slik metode er inspirert av en hermeneutisk /fenomenologisk tilnærming hvor formålet er å forstå deltagerens opplevelser og erfaringer og samtidig gjøre bruk av egen forforståelse i forskningsprosessen (Malterud 2013)

Forespørsel om deltakelse ble sendt til leder for både kommunale fysioterapeuter og fysioterapeuter med driftstilskudd i 6 ulike kommuner. Det var mange som takket nei til deltakelse, da de mente at de ikke hadde nok kunnskap om dette temaet. Mange svarte ikke i det hele tatt.

Utvalget ble til slutt 5 fysioterapeuter. 3 var kommunefysioterapeuter fra en stor, en liten og en mellomstor kommune, 1 var fra spesialisthelsetjenesten og 1 var privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut. Utvalget var basert på både et strategisk utvalg (3 informanter) og bekvemmelighetsutvalg (2 informanter) (Malterud 2013). Alle var kvinner, to hadde arbeidet som fysioterapeut mellom 30 og 40 år, mens de tre andre hadde arbeidet mellom 5 og 10 år.

Intervjuene var semistrukturerte. Det ble brukt intervjuguide som bestod av 8 åpne spørsmål og underspørsmål med fokus på erfaringer med pasientgruppen, hvordan behandlingen tilrettelegges og vurderinger av aktuelle aktiviteter. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og transkribert av forsker. Datamaterialet bestod av 43 sider transkribert tekst. Begge forskerne deltok i analysen, den ene med bakgrunn som fysioterapeut i eldreomsorgen og den andre med bakgrunn i sykepleie og forebyggende helsearbeid. Analysemetoden var inspirert av Graneheim og Lundman (2004) og begynte med at kondenserte meningsenheter ble trukket ut. Disse var nær opp til den transkriberte teksten. Disse ble så sortert i kategorier. Fargede koder ble brukt for å skille hvert intervju. Ut i fra disse kategoriene ble subtema og hovedtema formulert. Se eksempel i figur 1.

Figur 1
Eksempel fra analyseprosessen

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Subtema	Tema
<i>«Det er veldig utfordrende for meg når det er deprimerte personer, for jeg kan kjenne hvordan det provoserer meg at de ikke kan greie å ta tak»</i>	Utfordret og provosert når pasienter ikke tar tak	Deprimerte provoserer	Utfordringer i møte med deprimerte eldre
<i>«Det kan være veldig tung å jobbe med deprimerte. Vi snakker mye om det med å speile hverandre. En deprimert person som kommer inn i rommet, gjør jo noe med det rommet og med meg som terapeut. Å tåle å være i den uroen eller det tungsindige, men man skal samtidig være empatisk.</i>	Blir påvirket av pasientens tungsinn	Deprimerte påvirker stemning negativt	
<i>Men vi må jo ikke la pasientens stemning går for mye utover en selv, for da mister en selv mye energi. Så vi må passe på egne grenser».</i>	Kan miste energi. Man må tenke på egne grenser.	Deprimerte påvirker fysioterapeutens energi og grenser	
<i>«Blant de som er deprimerte og ikke så veldig fysisk reduserte, hvis de sier at de ikke orker, så er det kanskje lett at man bare «ok, greit». Man har ikke tid».</i>	Pasienter orker ikke. Man har ikke tid	Fysioterapeuten har ikke tid til deprimertes manglende tiltak	

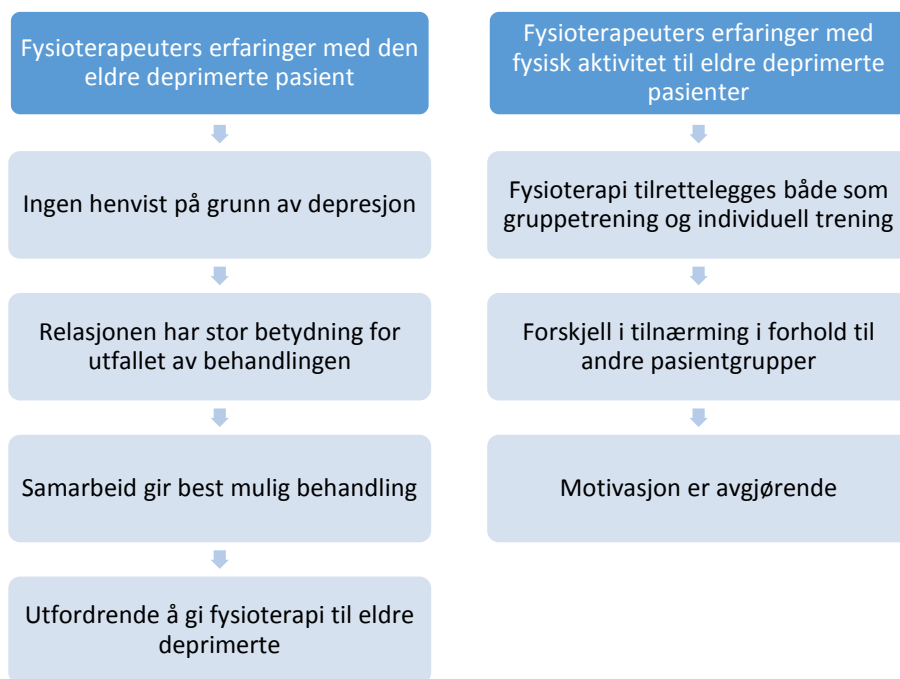
Etiske overveielser

Studien ble godkjent av Fakultet for Helse og Idretts Etiske Komite (FEK) ved Universitetet i Agder og Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) før oppstart. Alle informantene fikk skriftlig informasjon om studiet og deres rettigheter om anonymitet og konfidensialitet. Alle informantene skrev under samtykkeerklæring før oppstart av intervjuene.

Presentasjon av funn

De to forskningsspørsmålene besvares hver for seg. Funntilføyttet til forskningsspørsmål 1 presenteres først.

Figur 2



1. Fysioterapeuters erfaringer med eldre som lider av depresjon

Alle fysioterapeutene hadde erfaringer med eldre som ble henvist til dem med ulike fysiske utfordringer.

Ingen henvist på grunn av depresjon.

Fire av terapeutene forteller at depresjonen som regel er en bi-diagnose, eller tilleggsdiagnose. Ofte er de ikke informert hvis pasienten har en depresjon. Et fysisk problem står i sentrum og presenteres som grunnen til at pasienter skal trene eller få fysioterapi. Det var kun en av informantene som hadde opplevd å få henvist en pasient med depresjon som hoveddiagnose.

Relasjonen har stor betydning for utfallet av behandlingen

Informantene understreker betydningen av en god relasjon og allianse med pasient for å oppnå resultater. En av informantene fortalte at hun gjennom sin lange arbeidskarriere var blitt mer oppmerksom på viktigheten av relasjon mellom henne og pasienten for å oppnå et bra behandlingsresultat; «Jeg tror jeg har blitt mer oppmerksom på det de siste årene, hvor viktig det er med det. Det er altså relasjon, relasjon, relasjon. Og får vi en god allianse der, så kan vi oppnå veldig mye». En annen informant sa det slik; «Det må være en viss kjemi og allianse mellom meg og pasienten».

En av informantene forteller om en eldre pasient som gikk på et fysikalsk institutt. Da han ble deprimert, så sluttet han med treningen der. Da kom fysioterapeuten han hadde på dette instituttet og ringte på døren hjemme hos ham for å invitere ham til trening igjen. Pasienten gikk da til trening neste gang, og det gode forholdet til denne fysioterapeuten klarte å holde pasienten i gang.

Samarbeid gir best mulig behandling.

Alle i studien forteller at samarbeid, tverrfaglig samarbeid og/eller samarbeid med pårørende er avgjørende for en god og effektiv behandling for denne pasientgruppen. En informant trakk fram viktigheten med samarbeid med pårørende; *«Jeg tenker at vi må spille veldig på lag med familie»*. Arbeid i team ble vurdert som veldig viktig; *«Det blir så mye mere styrke i det vi gjør, når vi er et team rundt disse pasientene»*. Å arbeide i team krever at man har et felles mål, en av dem sier: *«Det er viktig at man jobber mot samme mål, og det vil jo gi en bedre behandling for brukeren»*.

Utfordrende å gi fysioterapi til eldre som lider av depresjon.

Alle informantene forteller at eldre som lider av depresjon kan være en veldig utfordrende pasientgruppe å behandle. De takker ofte nei til tiltakene og det kreves mye motivasjonsarbeid for å få dem i gang. Det blir trukket fram at de med lettere depresjon er lettere å motivere og forholde seg til enn de med mer alvorlig og tyngre depresjon. En informant sier det slik; *«Jeg har varierende opplevelser. Det kommer kanskje litt an på hvor dyp depresjonen er. Er det en lettere depresjon, så kan en fortere få en god allianse, og kan ha en god samtale og oppnå noe»*. Flere av informantene fortalte at det kan være provoserende og frustrerende, og at pasientens sinnsstemning påvirker dem. En sa det slik; *«Det er veldig utfordrende for meg når det er deprimerte personer, for jeg kan kjenne hvordan det provoserer meg at de ikke kan greie å ta tak»*. En annen sa det på denne måten; *«Det kan være veldig tung å jobbe med deprimerte. Vi snakker mye om det med å speile hverandre. En deprimert person som kommer inn i rommet, gjør jo noe med det rommet og med meg som terapeut. Å tåle å være i den uroen eller det tungsindige, men man skal samtidig være empatisk. Men vi må jo ikke la pasientens stemning gå for mye utover en selv, for da mister en selv mye energi. Så vi må passe på egne grenser»*. En informant fortalte om opplevelser med tunge deprimerte pasienter i gruppesammenheng, der disse pasientene skaper et negativt og dårlig miljø rundt seg fordi de bare prater om det som er vanskelig og negativt.

Alle fysioterapeutene forteller også om utfordringer i forhold til ressursmangel i kommunene og at denne pasientgruppen ikke er prioritert. *«Denne gruppen blir ikke prioritert i kommunen hvis det er ren depresjon og bare det»*. En informant fortalte om frustrasjon over det å bruke lang tid på å motivere pasientene. Det er lite ressurser i kommunene, og det er ikke tid til det motivasjonsarbeidet som kreves for denne gruppen. Det er lett å gi opp og fokusere på de pasientene som har lyst og motivasjon til å trene; *«Blant de som er deprimerte og ikke så veldig fysisk reduserte, hvis de sier at de ikke orker, så er det kanskje lett at man bare «ok, greit». Man har ikke tid»*. Pasientgruppen er ikke prioritert i kommunen, de blir fort glemt, og er ikke en gruppe som selv roper etter oppfølging; *«Hvis de ikke har et uttalt fysisk problem, så kan de fort bli glemt litt vekk»*. *Det er ingen gruppe som roper etter oppfølging»*.

2. Fysioterapeuters erfaringer med bruk av fysisk aktivitet til eldre som lider av depresjon.

Alle fysioterapeutene inkludert i studien sa at fysisk aktivitet var den behandlingen som ble brukt mot denne pasientgruppen.

Fysioterapi tilrettelegges både som gruppe- og individuell trening

Alle informantene sa at de brukte individuell trening, og fire fortalte at de drev aktivt med gruppetreninger. De ansatte i kommunene holdt gruppetreninger på offentlige institusjoner, en av de privatpraktiserende drev egne treningsgrupper. En av fysioterapeutene arbeidet i spesialisthelsetjenesten, og hennes tilnærming var funksjonsvurdering og individuell opptrening. Kartleggingen var viktig, og en av dem sa det slik; «*Fysisk aktivitet blir lagt opp etter en kartlegging. En må jo se etter hva pasienten kan*».

En av informantene fortalte hvordan fysioterapitjenesten fungerte i sin kommune. Pasientene på korttidsavdeling ble prioritert og fikk ofte fysioterapi i form av deltakelse på fellestrening. Hjemmeboende som var på dagsenter deltok på fellestrening de to dagene de var der, og ellers fulgte fysioterapeuten opp de pasientene som hadde behov for det i hjemmet med individuell trening/oppfølging; «*Det er de som er på korttidsavdeling som er vår førsteprioritet. De skal vi prøve å få sett 4 til 5 ganger i uken. Og så er det hjemmeboende som vi møter på dagsenter, og der er det fysioterapeut to ganger i uken. Der har vi fellestrim, og hvis det er noen som har ytterligere behov, så kan vi gi individuell oppfølging*».

Forskjell i tilnærming i forhold til andre pasientgrupper

Tre av informantene trekker fram hjemmebehandling som et bra tiltak. Da er det vanskeligere for pasienten å takke nei. En av informantene sa at hun må møte opp for at pasienten faktisk skal få aktivisert seg. En sa dette om hjemmebehandling; «*Og jeg ser jo at det er noen som rett og slett holdes oppe og kan bo hjemme på grunn av den lille dytten der*».

Det fremheves at de må være mer pågående til denne gruppen, sammenliknet med andre pasientgrupper. Sosialt samvær og lystbetont aktivitet betyr også mer for denne gruppen, og en forteller hvordan hun bruker musikk og lek i sin individuelle behandling, for å gjøre den lystbetont. Det å trene i gruppe hvor det er sang, musikk og lek, blir oppfattet som et tiltak som bringer fram smil og godt humør. En informant trekker fram en pasientcase, der pasienten fortalte at angsten hun hadde ble mindre når hun var i aktivitet sammen med andre.

Motivasjon er avgjørende

Motivasjonsarbeid oppfattes som en veldig viktig faktor, og alle informantene snakker om betydningen av dette for å få pasientene i gang med trening og generell aktivitet. En av dem som ble intervjuet sa at det var de som var pasientens motivasjon; «*Vi er deres motivasjon*», mens en annen påpekte at motivasjonen ofte ikke er sterk; «*Motivasjonen kan være veldig skjør. Det kan være et veldig sterkt ønske, men en veldig sterk tvil*».

Diskusjon

De to forskningsspørsmålene diskuteres under ett, og et viktig funn i denne studien er at pasienter ikke blir henvist til fysioterapi kun på grunnlag av depresjon. De blir henvist på grunn av et fysisk problem. Det er godt dokumentert og beskrevet i litteraturen at fysisk aktivitet har positiv effekt på depresjon (Cooney et al. 2013; Josefson et al. 2014). På bakgrunn av dette er det et tankekors at denne pasientgruppen ikke blir henvist til fysioterapi som ledd i behandling av depresjon. Grunnene til dette er ikke klare, men det kan ha sammenheng med at man i helsetjenesten jobber ut fra en behandlingstradisjon som skiller somatikk og psykiatri, eller kropp og psyke, noe som også fremheves som en utfordring i andre studier med fokus på eldre som lider av depresjon og er fysisk skrøpelige (Laake, 2008). Videre kan det ha sammenheng med mangel på kunnskap, noe deltagerne selv fremhever som sentralt. En norsk studie har funnet at når eldre med depresjon blir skrevet ut fra sykehus, er det ofte en svikt i kommunikasjon med kommunehelsetjenesten, noe som gir en fare for at pasientene kan forsvinne i systemet (Holm, & Severinsson 2013). Det kan tenkes at dette også kan være medvirkende til at fysioterapeutene ikke får henvist denne pasientgruppen. Studien viste også at eldre med depresjon ikke frivillig oppsøker aktiviteter, og at flere er avhengig av å bli hentet og kjørt for å kunne delta (Holm, & Severinsson 2013).

Fysioterapeutene i denne studien innrømmet at eldre som lider av depresjon er en utfordrende gruppe å arbeide med, og de hadde erfaringer med at pasientene ofte takket nei til behandling. Videre understrekte de at det krevdes mye motivasjonsarbeid for å få dem i gang.

Motivasjonsarbeid ble oppfattet av alle deltagerne som en viktig del av behandlingen.

Motivasjon beskrives som en prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensivitet i atferd (Renolen 2008). Motivasjonen blir redusert på grunn av depresjon, angst, smerter, fatigue og kognitiv reduksjon og er avhengig av en god allianse mellom pasient og behandler, noe denne studien også belyste. I motivasjonsarbeid er det avgjørende at fysioterapeuten viser pasientene anerkjennelse, respekt og gir bekreftelse og positive tilbakemeldinger. Resultatene fra denne studien viser at fysioterapeuter er redd for å bli påvirket av det negative stemningsleie til pasientene, de gir opp og sier at de ikke har tid. Revstedt (1995) fremhever i sin teori om motivasjon at helsearbeideren og brukeren står i en motivasjonsrelasjon hvor motivasjonsarbeidet bl.a. består i at helsearbeideren gir av sin livskraft til brukeren. En av fysioterapeutene uttrykte dette tydelig ved å si at: "Vi er deres motivasjon". Eldre som lider av depresjon er initiativløse, tiltaksløse og energiløse, de trenger dermed en person til å hjelpe og motivere dem i gang med aktivitet (Renolen 2008; Thomas 2014). Motivasjonsarbeidet er vanskelig, noe som ble beskrevet av en fysioterapeut på denne måten: «Motivasjonen kan være veldig skjør. Det kan være et veldig sterkt ønske, men en veldig sterk tvil».

Tidligere forskning anbefaler at fysioterapeuter bør involvere pasientene i selve behandlingen og gi dem valgmuligheter når det gjelder tiltak (Thomas 2014). Når pasienter selv blir involvert i målsettingen av behandlingen, så kan dette virke motiverende og bidra til økt mestringfølelse. Thomas (2014) gir råd og anbefalinger til hvordan fysioterapeuter kan motivere eldre pasienter i langsiktig behandling. Han beskriver at Eldres motivasjon for å delta i trening og aktivitet blir redusert på grunn av smerter, depresjon, angst, fatigue og kognitiv reduksjon. Videre understreker han at muligheten for positive resultat av trening øker når pasienten blir involvert. Han beskriver at eldre ofte takker nei til aktivitet på grunn av lite energi, risiko, frustrasjon og følelsen av uverdighet og skam ved feil utførelse av aktiviteten (Thomas 2014). Når pasienten gir opp, er det også lett for fysioterapeuten å avslutte behandlingen for tidlig. Ulike tilnærminger for å motivere pasientene foreslås; god allianse, gi

pasienten anerkjennelse, respekt og bekreftelse, alternative målsettinger og aktiviteter der han eller hun kjenner på mestringsfølelse, gi positive tilbakemeldinger til pasienten, gruppebehandlinger for sosial interaksjon og tverrfaglig og pårørende samarbeid (Thomas 2014).

Vi vet lite om hva som hindrer pasienter med psykiske lidelser i å delta i fysisk aktivitet, men vi vet at eldre pasienter er inaktive på grunn av redsel for å gå ut og for å skade seg (Thomas, 2014; Kirchhoff 2006), og at eldre med depresjon ikke frivillig oppsøker aktiviteter (Holm & Severinsson 2013; Kirchhoff 2006), dette har også sammenheng med manglende motivasjon.

Symptomene til deprimerte eldre pasienter er passivitet, negativitet, tiltaksløshet, og pessimistisk syn på livet (Moksnes 2007), noe fysioterapeutene i denne studien også erfarer og beskriver. Fysioterapeutene fortalte hvordan pasientene med depresjon kan påvirke andre med sitt tungsinn, det kan derfor være en ekstra utfordring å ha dem med i gruppetreninger, hvor noe av målet er at man skal motivere og dra hverandre.

Fysioterapeutene i denne studien oppfattet ikke denne pasientgruppen som en prioritert gruppe for behandling og tiltak i kommunene. Det bekreftes også av andre at de forsvinner i systemet, at de ikke selv oppsøker fysisk eller sosial aktivitet og ofte takker nei til tilbud (Holm & Severinsson 2013; Strohle 2009; Thomas 2014).

Studien avdekker videre viktigheten av en god relasjon og allianse mellom fysioterapeut og pasient. Dette bekreftes av tidligere forskning som også viser at en god relasjon vil være en viktig del av behandlingen for å motivere pasientene til aktivitet (Revstedt 1995; Strohe 2009). Samarbeidet er viktig for å oppnå gode resultater av behandlingen (Holm & Severinsson 2013). Den eldre som lider av depresjon har behov for å være i aktivitet, men fysioterapeuten har ikke ressurser til å være tilstede hele dagen, eller hver dag. Da kan det være viktig at pårørende eller annet helsepersonell også kan inkluderes og bidra i motivasjonsarbeidet.

Studien viser at fysisk aktivitet er den behandlingsformen fysioterapeutene bruker i møte med den eldre som lider av depresjon. Vi vet at fysisk aktivitet har effekt på depresjon, men vi vet lite om type, intensitet, varighet og frekvens på trening (Cooney et al. 2013). Fysioterapeutene i denne studien sa heller ikke noe konkret om dette, men de beskrev hvordan de drev både med fysisk aktivitet i gruppesetting og individuelt. Videre forskning er nødvendig for å få mer konkret kunnskap om selve aktivitetene.

Videre avdekker denne studien at fysioterapeuter tar i bruk flere tiltak enn til andre brukergrupper i møte med eldre som lider av depresjon. De nevnte bruk av hjemmebehandling, hjelp til transport, fokus på sosialt samvær og lystbetonte aktiviteter. Det ble også poengtert at fysioterapeutene måtte være mere pågående med disse pasientene for å få dem i aktivitet. Tidligere forskning bekrefter dette og viser også til behov for transport, betydning av sosialt samvær og lystbetont aktivitet for denne pasientgruppen (Holm & Severinsson 2013; Strohle 2009).

Metode kritikk

Kvalitative studier har ikke som mål å generalisere, men kan bidra til økt forståelse og innsikt i menneskers opplevelser og erfaringer (Malterud 2013). De data som kom frem var godt samstemt, noe som styrker studiens troverdighet. Validiteten kunne vært ytterligere styrket

hvis sitatene som er brukt var knyttet til opplysninger om informantenes yrkeserfaring. Er det slik at de med lang erfaring har andre opplevelser enn de med kort erfaring? For å få en grundig og dyp innsikt i fysioterapeutenes erfaringer hadde det vært ønskelig med flere informanter, spesielt fordi de som ble intervjuet sa at de har lite erfaring med denne pasientgruppen. Det var vanskelig å rekruttere informanter til denne studien, men med mer tid til rådighet kunne invitasjonen gått bredere ut og flere kunne blitt inkludert. Det er også et spørsmål om data kunne blitt rikere ved bruk av fokusgrupper? Studien hadde en utilsiktet skjev kjønnsfordeling ved at alle var kvinner. Man kan anta at datamangfoldet kunne vært større hvis menn hadde deltatt. Analyseprosessen ble gjennomført av begge forfatterne, noe som er en styrke, men en grundigere redegjøring over forfatternes forforståelse og rolle i denne artikkelen kunne også bidratt til å øke troverdighet og gyldighet. Dette begrenses av plasshensyn.

Konklusjon

Hensikten med denne studien var å få mer kunnskap om hvordan fysioterapeuter erfarer behandling av eldre som lider av depresjon. Et viktig funn var at ingen pasienter ble henvist til dem på grunnlag av depresjon. Dette sammen med at mange fysioterapeuter takket nei til å delta i studien fordi de mente at de ikke visste nok om temaet, sier kanskje noe om at kompetansen om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse er lav hos helsepersonell som omgås denne pasientgruppen.

Fysisk aktivitet er den behandlingsformen fysioterapeuter bruker i møte med eldre som lider av depresjon. I behandlingssituasjon er relasjonen viktig og motivasjonsarbeidet sentralt. Eldre som lider av depresjon trenger noe annen tilnærming enn andre pasientgrupper. Fysioterapeutene opplevde det tungt og utfordrende å gi behandling til denne gruppen, spesielt vanskelig var det å motivere dem til aktivitet.

Litteratur

Bahr, R (red.). (2008), *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebyggende behandling*. Helsedirektoratet,

Bouchard C, Shephard R.J, Stephens T. (1993). *Physical activity, fitness and health. Consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers, Collard, R.M, Comijs, H., Naarding, P., Oude Voshaar, R.C. *Ageing and Mental Health* 2014; 18 (5): 570-578.

Cooney, G.M, Dwan, K., Greig, C.A. et al. *Exercise for depression (Review)*. The Cochrane Library 2013; 9, 1-123.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24, 105-112.

Hjort, P. Fysisk aktivitet og Eldres helse-gå på! *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2000; 120 (24), 2915-8.

Holm, A. L & Severinsson, (2013) E. Interdisciplinary Team Collaboration during Discharge of Depressed Older Persons: A Norwegian Qualitative Implementation Study. *Nursing Research and Practice* 2013;

Josefson, T, Lindval, M & Archer, T. Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scand J Med Sci Sports* 2014; 24: 259–272 doi: 10.1111/sms.12050.

Kristiansen, K.M. & Engedal, K. Kommentartikkel: Nytt kvalitetsregister i alderspsykiatrien. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2013; 133 (7): 737-8.

Kvaal, K. Psykiske lidelse i eldre år: En av tidenes største helseutfordringer. *Idunn.no-tidsskrifter på nett. Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2009.
<http://www.idun.no/ts/tph/2009/02/art05> (30.04.13)

Kirchhoff, J.W. Fysisk aktivitet blant eldre. *Sykepleien Forskning* 2006; 01-2006.

Laake, K. *Geriatry i praksis*.(4.utg.). (2008) Gyldendal Norsk Forlag AS.

Malterud, K.(2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring* (3.utg. 2 oppl.). Universitetsforlaget AS,

Martinsen, E.W. (2011). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet – Psykisk helse – Kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Moe, S . Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fysioterapeuten nr.4, 2009*.

Moksnes, K.M. Depresjon hos eldre. *Demens og Alderspsykiatri* 2007; 11 (2): 11-15.

Renolen, Å. *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*.(2008)Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS..

Revstedt, P. (1995) *Motivasjonsarbeid*..Liber Utbilding AB,

Strohle, A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission* 2009; 116, 777-784.

Thomas, B.(2014) *Motivating the Elderly Client in Long-Term Care. Advance healthcare network for physical therapy and rehab medicine*. <http://physical-therapy.advanceweb.com/Article/Motivating-the-Elderly-Client-in-Long-Term-Care.aspx> (18.03.2014)

Overvekt hos gravide – en utfordring i svangerskapsomsorgen

Wenke Moldjord, Sevald Høye og Kari Kvigne

Wenke Moldjord, jordmor, høgskolelektor, Høgskolen i Hedmark, Institutt for sykepleie, wenke.moldjord@hihm.no

Sevald Høye, sykepleier, førsteamanuensis, Høgskolen i Hedmark, Institutt for sykepleie.

Kari Kvigne, sykepleier, professor i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark, Institutt for sykepleie og Høgskolen i Nesna, Institutt for sykepleie.

Abstract

Obesity in pregnancy - a challenge in antenatal care

Purpose: The purpose of this study is to gain knowledge about the challenges midwives and public nurses are experiencing in health prevention and health promotion to obese pregnant women, and their reflections regarding the need for change in practice.

Method: The study has a qualitative exploratory design. Data was created by multistage focus group interviews and analyzed inspired by Lundman and Granheim's content analysis. The focus groups consisted of midwives and public health nurses.

Results: The informants were aware that obesity in pregnancy may cause complications for both mother and child, but they experienced obesity and lifestyle changes as challenging in antenatal care. Weight and body were perceived as something vulnerable. Informants found it hard to talk about weight because they were afraid of reactions from the pregnant women. They also expressed insecurity regarding their own expertise when it comes to communication and nutrition. Informants expressed the need for more interdisciplinary cooperation between different health workers in community health. They experienced such cooperation difficult to achieve.

Nøkkelord/Key words

*Graviditet; overvekt; forebyggende- og helsefremmende arbeid; fokusgruppeintervju
Obesity; antenatal care; health promotion; health prevention; focusgroup interviews*

Referee*

Innledning

Helsefremmende og forebyggende arbeid representerer to ulike tradisjoner å praktisere og tenke på. Mens forebyggende arbeid tradisjonelt har tatt utgangspunkt i sykdom og risikofaktorer, vektlegger helsefremmende arbeid styrking av ressurser for å fremme helse. Disse kan være av samfunnsmessig, miljømessig, sosial og kulturell karakter. I den helsefremmende tenkningen er det viktig at den enkelte får makt og kontroll over egen helse.

Forebyggende og helsefremmende strategier vil være komplementære i det helsefremmende arbeidet (Mæland 2010). Svangerskapsomsorgen har som mål å fremme helse og forebygge komplikasjoner hos den gravide og hennes barn.

Stadig flere voksne passerer grensen for det som WHO definerer som overvekt og fedme. Vektøkningen er raskest blant unge voksne. I 2013 var 22 % av de gravide kvinnene i Norge overvektige, med kroppsmasseindeks (KMI) >25, 9.5 % hadde fedme med KMI > 30, før de ble gravide (Koepp, Andersen, Dahl-Joergensen, Stigum, Nass, Nystad 2012)

Overvekt og fedme regnes som helserisikofaktorer og representerer derfor en utfordring i svangerskapsomsorgen, fordi det kan føre til mange komplikasjoner. Svangerskapsdiabetes, preeklampsi og trombose forekommer hyppigere, er alvorligere og er den vanligste årsaken til sykehusinnleggelse i svangerskapet. Hos overvektige kvinner skjer oftere induksjon av fødselen, og frekvensen av planlagte keisersnitt er høyere enn hos gravide med normal vekt (Mattsson & Ladfors 2003). Utdrivningstiden tar lengre tid, noe som øker risikoen for forløsninger som vacuumekstraksjon og akutt keisersnitt. Ved operative forløsninger øker risikoen for atelektase og dyp venetrombose hos den gravide. Store blødninger i forbindelse med keisersnitt er vanligere ved overvekt enn hos de med normal vekt (Galtier-Dereure, Boegner, & Bringer 2000; Tsoi, Shaikh, Robinson, & Teoh 2010).

Morens KMI påvirker fosterets vekst, og kvinner med overvekt bør være restriktive med sitt kaloriinntak under graviditeten, ettersom fosteret hos disse kvinnene sjelden har dårlig vekst. De er snarere utsatt for å få barn med makrosomi. Barn som er makrosome ved fødselen, kan få svekket helse på lang sikt, som hyppigere forekomst av diabetes type 2, tidlig utvikling av hjerte-kar-sykdommer og visse typer kreftformer. Flere studier viser at det er større risiko for intrauterin fosterdød når mødrene er overvektige. Fødselskomplikasjoner er hyppigere blant makrosome barn (Mattsson & Ladfors 2003; Tsoi et al. 2010).

Under graviditeten beregnes den fysiologiske vektøkningen hos den gravide til å være mellom 10 og 16 kilo. Skal det oppnås optimal vekstutvikling hos fosteret, trenger kvinner med lav KMI ved svangerskapets start å øke mer i vekt enn de med høy KMI (Davies, Maxwell, & McLeod 2010). Det vil derfor være viktig på kort sikt å forebygge for stor vektøkning hos den gravide, og på lang sikt å bidra til livsstilsforandringer.

En reviewstudie viser at helsepersonell har motvilje mot å diskutere vekt med overvektige kvinner. Forestillinger om at fysisk aktivitet kan skade fosteret ble oppgitt å stå i veien for informasjon om fysisk aktivitet og riktig kosthold. I tillegg var helsepersonell redde for at de gravide skulle oppfatte informasjonen på en annen måte enn den var ment som, og at kvinnene kunne bli såret. Videre at de overvektige gravide følte seg stigmatiserte ved rutinemessige kontroller, og at de opplevde informasjonen de fikk som vag og inadekvat (Johnson, Camphell, Messina, Preston, Woods & Goyder 2013).

En sentral oppgave for jordmødre er å informere overvektige gravide om risiko i graviditeten. De bør være tilbakeholdne med fordømmelse, fordi mange overvektige kvinner opplever ikke å bli sett som den de er, men kun som overvektig (Adolfsson, Andresen, & Edgren 2013). Svangerskapsomsorgen har hatt en tendens til å fokusere på overvekt ut ifra et somatisk og medisinsk perspektiv, men trenger også å ha fokus på hvordan kvinner selv ser på overvekt (Allen, Kildea, & Stapleton, 2015; Nyman, Prebensen, & Flensner 2010).

Samarbeid mellom den gravide, jordmor og andre aktører som har ansvar for familiers helse, er nødvendig for et godt resultat i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i svangerskapsomsorgen. Det vil være med på å styrke helsetilstanden hos den gravide og hennes barn. Svangerskapsomsorgen skal planlegges individuelt for hver kvinne og hennes familie i lys av de risikovurderinger som svangerskap og fødsel byr på. Allerede i det første møte mellom jordmor og den gravide er det anbefalt at temaer som omhandler levevaner blir tatt opp, slik at kvinnen på et tidlig tidspunkt er i stand til å fatte beslutninger om egen helse, basert på informasjon (Helsedirektoratet 2005).

Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å få kunnskaper om hvilke utfordringer jordmødre og helsesøstre erfarer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med overvektige gravide, og hvilke refleksjoner de har angående behov for endret praksis.

Design og metode

Studien har en kvalitativ eksplorerende design. Data ble innhentet ved flerstegs fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju karakteriseres ved at data skapes ved dialog mellom flere om et fokusert område som er bestemt på forhånd. Metoden er velegnet til utforskning av menneskers erfaringer, ønskemål eller problemer og/eller når man søker en dypere forståelse av et fenomen (Hummelvoll 2008). Fokusgruppemetoden er velegnet når forskeren søker et mangfold av ideer eller følelser knyttet til bestemte opplevelser (Krueger 2009). Flerstegs fokusgruppeintervju karakteriseres ved at samme gruppe undersøker et fokusert problem, tema eller fenomen gjennom flere møter. Dialogen mellom gruppe medlemmene gir muligheter til å løfte erfaringer opp på et høyere abstraksjonsnivå. En annen karakteristikk er gruppesammensetningens bevegelighet, dvs. at gruppesammensetningen kan være noe forskjellig i møtene (Hummelvoll 2008).

Rekruttering og utvalg

Jordmødre og helsesøstre deltar i svangerskapsomsorgen på forskjellige måter. Jordmødre ved at de undersøker og veileder den gravide. Helsesøstre ved at de følger mor og barn etter fødselen. Hvis den gravide er flergangsfødende, kan hun kjenne helsesøster fra tidligere helsekontroller av seg og barnet. Både jordmødre og helsesøstre var derfor aktuelle som informanter i denne studien. Helse sjefen i to bykommuner og tre landkommuner ble kontaktet og gitt muntlig og skriftlig informasjon om studien, samt forespurt om tillatelse til å rekruttere aktuelle deltagere fra de respektive kommunene. En bykommune svarte raskt at de ikke så seg i stand til å delta. Fem jordmødre og to helsesøstre samtykket i å delta i studien. Fem av de sju medlemmene møtte på alle fokusgruppemøtene. En deltaker (jordmor) hadde ikke anledning til å komme på første møte, men møtte på resterende møter. En deltaker (helsesøster) var fraværende på det andre møte. To av jordmødrene arbeidet både i fødeavdelingen og i kommunehelsetjenesten, tre bare i kommunehelsetjenesten. Jordmødrene hadde mellom tre og 27 års erfaring med gravide og fødende. Begge helsesøstrene jobbet i 100 % stilling på helsestasjonen og hadde over 15 års praksiserfaring fra dette arbeidet. Alle informantene var kvinner mellom 30 og 62 år.

Gjennomføring av fokusgruppesamtalene

Malterud (2012) anbefaler mellom fem og åtte deltagerer i fokusgrupper. Alle gruppedeltagerne visste om hverandre, noen var bedre kjent enn andre og de arbeidet alle med graviditet, svangerskap, fødsel og barseltid. Det ble gjennomført fire fokusgruppesamtaler, som ble ledet av en moderator (WM). En sekretær (KK) deltok med ansvar for å skrive feltnotater om samhandling, klima og stemning i gruppa. Samtalene fant sted på et møterom utenfor deltagerens arbeidsplass, og varte i to timer. Alle samtaler ble tatt opp på bånd. Samtalene tok utgangspunkt i en intervjuguide, hvor hvert møte hadde fokus på et spesielt tema. I de to første møtene ble det fokusert på retningslinjene for svangerskapsomsorgen i Norge, hvilke krav som ble stilt til helsearbeiderne, hvilke strategier som ble benyttet og hvordan de opplevde å ta opp vektspørsmål med den gravide. Fokus i møte tre og fire var behov for nye strategier og metoder i svangerskapsomsorgen, og hvordan de kunne tenke seg en annerledes svangerskapsomsorg som gjorde det lettere å ta opp vektproblematikk. Alle deltok aktivt i diskusjonen med engasjement og ulike synspunkter. Etter hvert av de tre første møtene gjorde moderator og sekretær en oppsummering som ble presentert i begynnelsen av neste møte. Gruppen fikk anledning til å korrigere og presisere. Dette ga grunnlag for kontinuitet og videre utdypning av tema.

Dataanalyse

Datamaterialet ble analysert etter inspirasjon av Lundman og Granheims (2012) innholdsanalyse. I følge (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge 2009) starter analysen under datasamlingen. Etter hvert møte diskuterte moderator og sekretær hva intervjuet handlet om, hvilke tema som umiddelbart framkom. Disse ble notert. Førsteforfatter transkriberte intervjuene. Hvert intervju ble deretter lest flere ganger for å få en oversikt over hva det handlet om. I den endelige analysen ble alle intervjuene lest og analysert i sammenheng. Til tross for at det i utgangspunktet var ulike temaer på alle de fire fokusgruppeintervjuene, gikk disse i noen grad om hverandre i løpet av samtalene. Deretter ble meningsenheter identifisert. Kondenserte meningsenheter ble kodet og satt navn på. Kodene ble sammenlignet, og de som uttrykte det samme, ble slått sammen til underkategorier. Underkategoriene ble deretter vurdert, og de som handlet om det samme, ble slått sammen til kategorier. Kategoriene ble satt sammen til et overordnet tema. Hensikten med feltnotatene var blant annet å sikre data i tilfelle teknisk svikt ved opptak under intervjuene, og beskrive aktiviteten og samspillet i fokusgruppen. Feltnotatene inngår ikke i analysen.

Forskningsetiske vurderinger

Personvernombudet (NSD nr. 15403) ga tilrådning til gjennomføring av prosjektet. Skriftlig informasjon om studien, invitasjon til å delta og samtykkeerklæring, ble sendt til jordmødre og helsesøstre i de kommunene som hadde gitt tillatelse til å rekruttere deltakere.

Funn

Funnene viser at informantene erfarer overvekt og livsstilsendringer som et vanskelig tema i svangerskapsomsorgen. De oppfatter vekt og kropp som noe sårbart, som kan gi reaksjoner fra de gravide og føre til at de uteblir fra svangerskapsomsorgen. De er også utrygge på egen

kompetanse. I de to siste fokusgruppemøtene ble alternativer til den tradisjonelle svangerskapsomsorgen diskutert. Oversikt over funn med kategorier og underkategorier presenteres i tabell.

Tabell 1 Oversikt over funn

Tema: Kropp, vekt og livsstil et vanskelig tema i svangerskapsomsorgen	
Kategori	Underkategori
De overvektige kvinnene krever noe ekstra	Vanskelig kontroll av uterus og fosterlyd Registrering av KMI Fokus på livsstil
Utrygghet om tematisering av overvekt	Tvil om egen kompetanse Redd for reaksjoner fra de gravide Ønske om samarbeid med annet helsepersonell
Fra tradisjonell svangerskapskontroll til helsefremmende svangerskapsomsorg	Individuelle samtaler versus gruppesamtaler Aktivitet og kunnskapsformidling i fellesskap Helhetlig omsorg

De overvektige kvinnene krever noe ekstra

De overvektige kvinnene er synlige i dagens svangerskapsomsorg fordi de er mange. Retningslinjene for svangerskapsomsorgen anbefaler at KMI bør registreres ved første kontroll, og gravide med overvekt bør få individuell veiledning om kosthold og fysisk aktivitet utover den generelle veiledningen som alle gravide får. Overvekt kan gjøre det vanskelig å undersøke kvinnene.

Vanskelig kontroll av uterus og fosterlyd

Informantene erfarte at de møter flere overvektige førstegangsfødende i dag enn for en del år tilbake. Før var det slik at kiloene kom sigende etter hvert som kvinnene fikk flere barn, men nå sees mange flere overvektige førstegangsfødende. Følgende sitat understreker dette:

«Vi er inne i en tid med mange kontraster når det gjelder kropp, men det mest synlige er at overvekt blir mer og mer vanlig blant unge gravide i midten av 20-årene».

En informant fortalte om et tilfelle der hun tok opp overvekt med en kvinne som veide mer enn vekta på helsestasjonen kunne måle. Kvinnen var så overvektig at det var vanskelig å palperer uterus, slik at hun i tillegg til besøkene på helsestasjonen ble kontrollert jevnlig via ultralyd på sykehuset. Hun måtte sendes til et universitetssykehus når terminen nærmet seg, fordi det var stor sjanse for at fødselen skulle ende med keisersnitt.

Registrering av KMI

Det å snakke om overvekt mente informantene var en stor utfordring. De var opptatt av at omsorg for den gravide var viktig, samtidig som de også så at de har en klar kontrollfunksjon. Et eksempel på det er at KMI skal beregnes og føres på helsekortet ved første konsultasjon:

«Når en kvinne har KMI på 30 eller mer, er hun i en risikogruppe i graviditeten. Det betyr at når hun skal føde, blir hun regnet som en risikogavid. Hun får en "rød prikk" i journalen. Hun får heller ikke velge å føde på den måten som hun vil. For eksempel i vann. Gravide med høy KMI skal også sjekkes grundigere og oftere av lege, og de får dermed en annerledes svangerskapsomsorg og en annen fødsel enn de som har "grønn prikk", hvor alt er normalt.»

Informantene mente at beregning av KMI på det første møte med den overvektige kunne være en innfallsvinkel til å snakke om kosthold:

«Jeg tar utgangspunkt i KMI når jeg snakker om kosthold også til de som har målinger innenfor normalen, men jeg synes at det er vanskelig å snakke om kosthold selv om den gravide ikke er overvektig»

Informantene hadde en oppfatning av at de overvektige selv var klar over sin tilstand. Mye fokus på KMI kunne gå på bekostning av hva de gravide ville snakke med jordmor om, for eksempel utviklingen av barnet, plager i svangerskapet, den forestående fødselen osv. Ved KMI på 30 eller mer skal det rutinemessig tas glukosebelastning. Dette må jordmødre informere de gravide om.

Fokus på livsstil

Informantene sammenlignet utfordringene med overvekt i svangerskapet med å få gravide til å slutte å røyke. De hadde erfart at mye informasjon om røykingens skadevirkninger gjorde at en del kvinner uteble fra svangerskapsomsorgen. Det førte til at informantene berørte temaet i generelle vendinger. I stedet for å være tydelig og gi tilstrekkelig informasjon, ga de heller ut en brosjyre om røykens skadevirkninger.

Informantene var klar over sitt ansvar når det gjelder betydningen av å motivere til livsstilsendringer i tråd med nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorg. De hadde også erfaringer med at gravide kvinner var motiverte til å endre livsstil:

«Svangerskap er en periode i folks liv hvor de er villige til å endre atferd.... I det ligger en unik mulighet for meg til å hjelpe kvinnen, hvis jeg bare ble tryggere i en metode. ... Hvordan skal jeg nærme meg den gravide i en slik situasjon? Er det kanskje ikke problematisk for den gravide? Jeg er redd for at jeg problematiserer noe som den gravide ikke synes er et problem. Kanskje det er mitt syn på kropp som får gjelde.»

Informantene hevdet at graviditet kan være mulighetenes tid, og at de gravide ofte gir uttrykk for at graviditet kan være en tid da kvinner kan tenke seg å forandre levevanene sine. De er mottakelige for forandring i hverdagen. Stor pågang av gravide og mangel på tid var også en grunn til at informantene var tilbakeholdne med å ta tak i livsstilsendringer. Videre sa informantene at før obligatorisk måling av KMI ble innført, var vekta til den gravide et

ømtålig tema som de kvidde seg for å ta opp. Det gjaldt både gravide som var over- eller undervektige.

Informantene var opptatt av at de gravide skulle være mottagelige for deres veiledning, hjelp og støtte. De ønsket derfor å unngå å komme i en situasjon hvor de avslørte noe som ble opplevd som skambelagt. Videre prøvde de å komme på kvinnens «arena», det vil si å snakke om det kvinnene var opptatt av. Hvis ikke kvinnene tok opp tema som angikk overvekt, fysisk aktivitet, kosthold o.l., mente informantene at det var deres ansvar å bringe dette på bane. Informantene ønsket å tilrettelegge for at kvinnene skulle oppleve svangerskapet som en god periode.

Overvekt er ikke bare en utfordring i svangerskapsomsorgen, men problematikken gjenspeiles på alle områder i helsestasjonsarbeidet. Helsesøstre i denne studien uttrykte at de også møter flere overvektige unge mødre, nyfødte med høy fødselsvekt og overvektige skolebarn og ungdommer. Overvektige mødre får store barn som blir overvektige ungdommer og voksne.

Utrygghet om tematisering av overvekt

Informantene var tvilende til egen kompetanse i veiledningen av overvektige. De syntes at de ikke hadde nok kunnskaper om kosthold, og de var redde for reaksjoner fra de gravid. De hadde også ønsker om et bedre samarbeid med annet helsepersonell.

Tvil om egen kompetanse

Informantene understreket at jordmor er definert som den som har kompetanse til å ivareta den gravide, og at innholdet i den gode svangerskapsomsorgen er å finne fram til den enkelte kvinnes behov. Dette ble vanskeliggjort ved manglende tro på egen kompetanse:

«Jeg synes det er vanskelig å være alene med omsorgen av de overvektige gravide. Har jeg nok kunnskaper? Sier jeg de rette tingene?»

Informantene ga uttrykk for at det var vanskelig å snakke om slanking i forbindelse med graviditet. Kostveiledning kan være mer akseptabelt, men å finne de rette ordene kan være vanskelig:

«Jeg spør av og til de overvektige om hvorfor de tror at vi måler KMI. Så pleier jeg å fortelle litt om at det er stor sjanse for å få sukkersyke ved overvekt, og om at det er flere tilfeller av sukkersyke blant barn født av overvektige og at gjennomsnittsvekten til nyfødte er høyere når mor er overvektig.»

Informantene uttrykte usikkerhet om hvordan skal de skal følge opp den enkelte. De forsøkte noen ganger å stille åpne spørsmål til de gravide om hva de forventer av jordmor i svangerskapsomsorgen. Informantene hevdet at de ikke har fått mye trening i kommunikasjon i sin utdanning. De mente at de har en form å nærme seg de gravide på som kan virke kontrollerende.

Redd for reaksjoner fra de gravide

Informantene hadde erfart forskjellige reaksjoner fra de gravide når de snakker om vekt og kosthold. Noen kvinner syntes det var greit å prate om kosthold og lignende, mens andre kvinner kunne bli såret:

«Når jeg skal ta opp temaet overvekt, handler det litt om å tørre å kjenne på det ubehaget det kan være å snakke om tabubelagte ting. Det er viktig å kjenne seg sjøl, fordi vi sender sterke signaler til de vi informerer når vi er utrygge. For hvis følelser tar overhånd, blir vi kanskje ikke så fagorienterte. Det kan hende at de gravide føler veldig skam ved å være overvektig, og da blir det ekstra irriterende å få det kommunisert på en utydelig måte fra jordmor.»

Informantene hadde ingen gode løsninger på hvordan de skulle takle at de gravide ble irriterte og sinte. Samtidig var de bevisst sine strategier når de unnlot å gå inn i problematikken for å beskytte seg mot ubehagelige reaksjoner fra den gravide:

«Jeg føler at jeg er veldig rask til å gjøre noe annet i en slik situasjon. Som for eksempel å gi ut brosjyrer. Særlig gjelder dette kostveiledning. Da kan jeg ofte bli uklar og for eksempel si: Her står det noe riktig fint om kosthold. På denne måten mener jeg at jeg beskytter meg sjøl litt.»

Informantene mente at det er krevende å gå videre i en samtale når folk er avvisende. De stopper når ubehaget blir for stort og begynner å snakke om noe annet. De tenker mye på slike samtaler i etterkant av konsultasjonen:

«Jeg føler at jeg ikke har lært nok om å takle eget sinne og redsel når pasientene reagerer. Fordi jeg vet at når folk reagerer sterkt, har jeg en tendens til å trekke meg. Og det bør jeg kanskje ikke gjøre.»

Informantene ga uttrykk for at overvekt er et tabubelagt tema:

«Jeg tror at det å være overvektig handler om at det er skamfullt. Overvekt er et tabubelagt område. Jeg har av og til følelsen av at vi 'går rundt grøten' når vi snakker om overvekt.»

Ønske om samarbeid med annet personell

Fokusgruppen mente at en god svangerskapsomsorg innebærer samarbeid mellom ulike typer helsepersonell. Det er ikke alltid så lett å få gjennomført. En deltaker fortalte at en gravid med ekstrem overvekt var interessert i å bli henvist til ernæringsfysiolog. Det ble tatt kontakt med ernæringsfysiolog på nærmeste sykehus, men svaret var at de ikke tok i mot henvendelser fra jordmor. Jordmor henvendte seg derfor til kvinnens fastlege for å få en rekvisisjon. Etter fødselen møtte informanten kvinnen igjen og spurte om hennes fastlege hadde henvist henne til ernæringsfysiolog. Det hadde ikke skjedd. Det var ingen som hadde foreslått noe spesielt program for henne i løpet av svangerskap, fødsel og barseltid.

Noen informanter sa at en svangerskapsperiode er for kort tid for en overvektig til å gjøre store forandringer. Samtidig mente de at noe bør bli gjort, fordi en lettere kropp vil gi den gravide en bedre tid med barnet etter fødselen. Informantene uttrykte at dette tema burde lege eller ernæringsfysiolog ta hånd om:

«Jeg tenker mye på hvordan jeg skal gå fram. Ofte tenker jeg, er dette mitt felt, eller burde jeg henvise kvinnene til noen andre, for eksempel lege eller ernæringsfysiolog?»

Deltakerne i fokusgruppen oppfattet de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen som bindende, særlig med hensyn til at jordmor på et tidlig tidspunkt i graviditeten skal rette spesiell oppmerksomhet mot de kvinnene som trenger mest oppfølging. Dette kan for eksempel være vanskelig hvis en gravid har sin første kontroll hos sin fastlege. Hun vil da normalt ikke komme til jordmor før nesten halvgått svangerskap, og det kan være seint å begynne med kostholdsveiledning. Informantene mente det ideelle ville være at kvinnene har sin første konsultasjon hos jordmor. Hvis ikke det er mulig, er det nødvendig med samarbeid mellom lege og jordmor for at kvinner som trenger en spesiell oppfølging skulle få den nødvendige hjelpen.

«Det hadde vært fint med mer kontakt, f.eks. med kvinnens fastlege. De fleste mennesker går til fastlegen over tid, så det kan være en person som kvinnen har et forhold til, både før og etter graviditeten. Men jeg vet ikke om det er så mye å hente i slik kontakt, det er forskjell på det å ha problemer med vekta og ha en medisinsk diagnose. Jeg har følelsen av at det blir litt for lite å bry seg om for legen».

Fra tradisjonell svangerskapskontroll til helsefremmende svangerskapsomsorg

Informantene ga ulike definisjoner på svangerskapsomsorg og svangerskapskontroll. Kontroll er å ta blodtrykk, blodprøver og lignende, mens det å sette av tid til samtaler og se enkeltmennesket med forskjellige ressurser, kunnskaper og erfaringer, er omsorg. Det vanligste var at når de gravide oppsøkte både lege og jordmor i svangerskapet, fungerte det slik at legene kontrollerer BT, urin, KMI og lignende og overlater til jordmor å prate mer med de gravide om svangerskapets små og store utfordringer.

Individuelle samtaler versus gruppesamtaler

På det siste fokusgruppemøtet ble det diskutert hvordan tiden ble brukt i svangerskapsomsorgen. Informantene fortalte at det vanligste var å ha individuelle møter med de gravide. De møtte mange kvinner per dag, og av og til hadde de følelsen av at konsultasjonene gikk på løpende bånd uten at det ble gjort stor forskjell i omsorgen til den enkelte. Refleksjonene rundt disponeringen av tid til hver enkelt kvinne gjorde at informantene stilte spørsmål som; kan tiden vi har til rådighet til de gravide brukes annerledes, er det på tide å etablere nye metoder i svangerskapsomsorgen? En informant uttrykte:

«De nye retningslinjene handler jo nettopp om å finne fram til noe ekstra for de som trenger det. Vi må gjøre noe for å få sett den enkelte og komme bort fra at alle skal behandles likt.»

Det ble stilt spørsmål om det ville være mulig og hensiktsmessig rent faglig å drive svangerskapsomsorg ved å ha gruppevis samtaler med de overvektige. Informantene mente at det ikke ville være noe problem å møte de overvektige i grupper, men om de selv kunne være leder for gruppen var det mange meninger om:

«Å lede en gruppe hvor overvekt er et tema, ville jeg ikke føle meg kompetent til. Fordi jeg kan ikke nok om verken gruppeprosesser eller ernæring.»

Dette utsagnet skapte stor aktivitet, og etter en del diskusjon svarte en annen:

«Jeg tror ikke at jeg ville være kompetent til å lede en gruppe. Jeg ville være en bidragsyter med hensyn til å få en gruppe til å fungere hvor hensikten var å etablere en likemannsgruppe. En slik gruppe vil etter hvert leve sitt eget liv, og det vil være positivt. Men når det gjelder kunnskaper om overvekt, så må jeg kunne mer.»

Aktivitet og kunnskapsformidling i fellesskap

Fra å reservere seg mot å lede grupper, begynte informantene å samtale om hvordan de kunne utnytte det å samle de gravide i grupper. De kom med mange forslag om tema som kan tas opp på de forskjellige gruppemøtene. Informantene mente det var viktig at de gravide får stille spørsmål som de er opptatt av, noe de lærer mest av. Som en av informantene sa:

«Det er ikke vi som skal forandre livsstil, men de overvektige.»

Informantene kom etter hvert fram til at det går an, innenfor de rammene som finnes i svangerskapsomsorgen, å tilby veiledning i grupper. Med bakgrunn i erfaringer de hadde med svangerskapskurs, som nettopp var gruppesamlinger hvor deltakerne fikk reflektert og gitt av sine erfaringer, trodde de at mange gravide ville benytte seg av tilbudet om aktivitet i svangerskapet. Informantene understreket at dette kan være med på å utvide tilbudet til den gravide. Å etablere grupper i svangerskapet som også kan følges opp etter fødselen, vil være en styrking av samarbeidet mellom helsepersonell, spesielt mellom jordmor og helsesøster. Diskusjonen gled over til hvordan de skulle lede gruppen og hva de kan gjøre hvis de får spørsmål de ikke kan svare på. En informant sa det på følgende måte:

«Hvis jeg leder en slik gruppe og det kommer opp spørsmål som jeg ikke kan svare på, så er det bare å si: Dette var et godt spørsmål. Dette skal jeg finne svar på til neste gang vi møtes.»

Et tema som ble diskutert var fysisk aktivitet. Informantene argumenterte med at mange av de gravide sannsynligvis hadde veldig forskjellige erfaringer med fysisk aktivitet. Dersom dette skulle inngå i svangerskapsomsorgen, var det viktig med en aktivitet som var enkel å gjennomføre, og at jordmor måtte delta sammen med de gravide.

«Vi kan arrangere gå-turer og lignende aktiviteter for de overvektige gravide, og så kan jordmor være med å gå. For gjennom fysisk aktivitet kan det komme spørsmål som er viktig å besvare for en jordmor. Etter gå-turen kan vi ha "jordmorkafé". Her kan vi ha en enkel servering med for eksempel frukt og grønnsaker. En slik servering sender signaler om at det går an å kose seg uten boller og napoleonskaker. På denne måten kan vi få etablert et fellesskap med samtaler i avslappende omgivelser.»

Informantene mente at dette vil føre til at jordmor ikke bare blir sett på som en kontrollør gjennom svangerskapet, men en som støtter og oppmuntrer. Jordmor kan med andre ord være en som både motiverer til fysisk aktivitet og en som tar vare på det som må kontrolleres og måles. Det kunne også være aktuelt å invitere for eksempel fysioterapeut eller ernæringsfysiolog inn i samtalegruppen etter gå-turen.

Helhetlig omsorg

Informantene innså at å ha de overvektige gravide i én gruppe kunne være en måte å samle data om den gravide på. Det blir viktig å observere hvordan den enkelte gravide fungerer i gruppen. Jordmor kan for eksempel oppdage at kvinnens overvekt ikke nødvendigvis bare handler om feil kosthold, men også om hvordan hun har det i sin hjemmesituasjon. Slike data kan bli et utgangspunkt for samtalen når de møter kvinnen individuelt. Informantene sa de vet at overvekt handler om mye mer enn å spise riktig og å være i aktivitet. Og det kan være årsaken til at de føler seg så fattige på metoder når de er i møte med en overvektig gravid. En informant sa:

«Ved at vi er sammen med de gravide utenom den vanlige kontrollen, viser vi en stor interesse for dem, og på denne måten møter vi kvinnene i flere sammenhenger. Det kan gi oss mer innsikt i den enkelte kvinnes situasjon, og det kan være nyttige opplysninger når vi møter kvinnene individuelt.»

Fokusgruppen var opptatt av helhetlig helse for den gravide. Flere informanter var enige i dette utsagnet:

«Det er viktig å fokusere på at det tilbudet vi lager ikke bare handler om fysisk aktivitet, men også psykisk helse. Både før under og etter fødselen. Fordi det er undersøkelser som viser at opptil 20 % av de gravide utvikler depresjoner etter fødselen. Og det er bevist at fysisk aktivitet er et godt tiltak for en bedre psykisk helse.»

Diskusjonen i fokusgruppen om innholdet i en alternativ svangerskapsomsorg, ble av en informant oppsummert slik:

«Mosjon, direkte kunnskapsformidling og sosialt samvær. I tillegg kommer den vanlige svangerskapskontrollen. Jeg tenker at det får to positive resultater. Det ene er endring av livsstil og det andre er den psykiske effekten dette kommer til å ha på den overvektige.»

Diskusjon

Hensikten med studien er å få kunnskaper om hvilke utfordringer jordmødre og helsesøstre erfarer i møte med overvektige gravide, og hvilke refleksjoner de har angående behov for endret praksis. Funnene viser at jordmødre og helsesøstre møter flere overvektige kvinner og barn i sitt arbeid i dag enn de gjorde for noen år siden. Informantene har kunnskaper om konsekvensene av overvekt, men de føler usikkerhet på egen kompetanse med hensyn til veiledning om temaet kropp, vekt og livsstilsendring. Informantene reflekterte også over andre måter å gjennomføre svangerskapsomsorg på. Diskusjonen er organisert under følgende overskrifter; Kvinner, kropp og vekt, omsorg og kontroll og hjelp til en helsefremmende livsstil, som er vokst fram av funnene.

Kvinner, kropp og vekt

Funnene viser at å veie de gravide og regne ut KMI var i følge informantene uproblematisk, men å snakke om overvekt var utfordrende. Informantene uttrykker også at en av grunnene til

at de unngår å snakke om vekt og kosthold, er at de vil beskytte seg selv mot reaksjoner fra den gravide, som for eksempel sinne, eller at de blir såret og uteblir fra svangerskapsomsorgen. Allerede i det første møtet mellom den gravide og jordmor er det anbefalt at temaer som omhandler kvinnens vekt, KMI og levevaner blir tatt opp (Sosial-og helsedirektoratet 2005). Studier viser at overvekt i graviditeten kan føre til helsesvikt hos mor (Galtier-Dereure et al., 2000; Kaiser & Kirby, 2001; Mattsson & Ladfors 2003), og barn (Cnattingius, Bergström, Lipworth, & Kramer, 1998; Mattsson & Ladfors 2003). Derfor er det nødvendig at jordmødrene foretar denne kontrollen og informerer kvinnene om konsekvensene av overvekt for mor og barn. Dette må gjøres på en slik måte at de gravide ikke opplever det som støtende og stigmatiserende (Adolfsson et al. 2013). Johansson (2000) hevder at å være tykk er for mange kvinner koblet sammen med en følelse av å være mislykket, både som kvinne og menneske. Det å være slank anses som tegn på kontroll, fremgang og autonomi. Overvekt derimot, tolkes som mangel på kontroll, som fiasko. Fedme vurderes ikke bare som noe stygt, men også som et moralsk subjekt. Kvinner har ofte langvarige og gjentatte erfaringer med å kontrollere vekt (Årøen 1999). Slike erfaringer kan også være tilfelle hos kvinner i helsetjenesten, som jordmødrene og helsesøstrene i denne studien. Dette kan gjøre at de kjenner på skamfølelsen de påfører de gravide ved å påpeke overvekt og derfor vegrer seg mot å snakke om vekt. I følge Johnson et al. (2013) har helsepersonell en motvilje mot å diskutere vekt ut fra en forestilling om at fysisk aktivitet kan skade fosteret og at informasjonen de gir kan oppfattes som sårende. Ny kunnskap viser at individuell veiledning i fysisk aktivitet er bra både for mor og barn (Barakat, Perales, Garatachea, Ruiz, & Lucia 2015).

I følge Johnson et al. (2013) opplevde de gravide at informasjonen de fikk ofte var vag og inadekvat. Eri (2003) understreker også at overvekt er et utfordrende tema. Videre hevder hun at under jordmorkontrollen trer jordmor og den gravide inn i et felles betydningsrom med et syn på kropp som tilsier at det ikke er legitimt å snakke om hvor mye man veier, eller ha en kropp med andre dimensjoner enn «normalformen». Det blir tatt som en selvfølge at den gravide ønsker å holde sin vekt hemmelig og at hun skammer seg over å veie for mye (Eri 2003). Det kreves derfor klokskap og innsikt når tema som vekt og kropp bringes på bane.

Hauge (2007) viser at kvinner uansett størrelse, måler seg opp mot det slanke kroppsidealet og at de uttrykker misnøye over uoverensstemmelsen mellom egen kropp og ideal. Videre at kroppen evalueres og vurderes i samspill med andre, og andres oppfatning av kroppen påvirker kvinnens kroppsbilde og kroppsidealitet. Dette kroppsidealet kan også gjelde den gravide kvinnen. Det slanke kroppsidealet støttes både av helsemyndighetene (Sosial-og helsedirektoratet 2005) og det vestlige skjønnhetsidealet. Kvinner investerer både tid, penger og følelser i sitt utseende. I følge Skårderud og Isdahl (1998) har kroppen beveget seg dramatisk fra produksjon til prestasjon. Kroppen er sosialt og psykologisk viktig, ikke så mye for hva den lager, men hvordan den ser ut. I løpet av graviditeten må kroppen både prestere og produsere. Kroppen forandrer utseende som en naturlig følge av svangerskapet. Fokus på kroppens utseende (prestasjon) kan synes å stå i motsetning til naturlig vektøkning som graviditet medfører (produksjon). Et tankekors er da at allerede på den første svangerskapskontrollen er det anbefalt at kvinnens høyde og vekt blir målt. Vekten bør følges opp i svangerskapet for å forebygge stor vektøkning hos de overvektige (Davies et al. 2010; Sosial-og helsedirektoratet 2005). Helsepresset og skjønnhetsidealet kan føre til at vektkontroll blir et anliggende i graviditeten og at de gravide dermed opplever stress og mistriivsel i svangerskapet.

Omsorg og kontroll

Informantene i studien var opptatt av at møtene med de gravide skulle kalles svangerskapsomsorg og ikke svangerskapskontroll. De beskriver omsorg som det å sette av tid til samtaler og å se enkeltmennesket med forskjellige ressurser, kunnskaper og erfaringer. Kontroll mener de er å ta blodtrykk, blodprøver og veie den gravide. I denne sammenhengen kan omsorg tolkes som å bry seg om og se den enkelte kvinne som et menneske med forskjellige erfaringer og ressurser, og ikke bare det som angår graviditeten. Dette synet samsvarer med Benner og Wrubel (1989) som hevder at omsorg er fundamentalt i det å bry seg om, noe som skaper muligheter for å motta hjelp og til å yte hjelp. Et omsorgsfullt mellommenneskelig forhold skaper en kontekst som omfatter den tidsmessige situasjonen mennesket befinner seg i på det personlige plan, det vil si den fasen i livet hvor personen er med sin livshistorie som en meningsfull ballast (ibid). Et svangerskap kan være en slik fase for den gravide kvinnen.

Svangerskap og fødsel er en betydningsfull hendelse i livet og kan by på utfordringer både fysisk og psykisk, og kvinnene trenger omsorg og støtte på mange plan for å føle mestring. Tradisjonelt har informasjonen som gis til overvektige kvinner vært basert på opplysninger om medisinske komplikasjoner (Allen et al. 2015).

Helsepersonell har en tendens til å fokusere på kvinnenens somatiske tilstand i stedet for kvinnenens egne synspunkter (Nyman et al. 2010). Nyere studier (Johnson et al. 2013), viser at dette ikke er tilstrekkelig. For at kvinnene skal få kontroll over sin egen livssituasjon, må informasjonen tilpasses den enkelte kvinnen, slik at den oppleves begripelig, meningsfull og håndterbar (Antonovsky 1987). Informantene uttrykte at de ønsket å skape et omsorgsfullt, mellommenneskelig forhold i møte med de gravide hvor de tar utgangspunkt i den gravidens situasjon. Møtene som også må inneholde informasjon om hva som kan gi medisinske komplikasjoner og som kan være skremmende, kan for helsepersonell være vanskelig å balansere. En utfordring i denne sammenhengen er at helsepersonell har få møter med den gravide i løpet av et svangerskap, og det kreves tid og mange møter for å få etablert en god relasjon. Informantene så at de kunne få flere møter med den gravide ved å veilede i grupper. Erfaringer med barselgrupper har vist at det er nyttig å diskutere og dele felles utfordringer med andre i samme situasjon. Dette er med på å etablere et sosialt fellesskap og det er ikke minst nyttig for kvinner med svakt nettverk. Selv om partneren er viktig for de gravide, føler de et spesielt fellesskap med andre gravide (Randen, Viken, & Severinsson 2014). Å drive fysisk aktivitet sammen kan være både motiverende og morsomt. Informantene påpekte at det kunne være nødvendig med individuelle samtaler i tillegg for å gjøre undersøkelser og gi kvinnen mulighet til å ta opp saker av privat karakter.

Å gjennomføre svangerskapsomsorg i grupper kan være forbundet med etiske problemstillinger som for eksempel overholdelse av taushetsplikt.

Hjelp til livsstilsendring

Informantene i studien presiserte at de bør være mer aktive med hensyn til å begrense vektøkningen og veilede de gravide til en endret livsstil. På den annen side ønsket ikke informantene at de gravide kvinnene skal oppfatte helsepersonell som moraliserende og forteller hva andre bør gjøre og ikke bør gjøre. I følge Christiansen (2013) vil hjelp til mestring av livssituasjon og endring av levevaner skape særegne pedagogiske utfordringer.

Standardiserte retningslinjer utviklet innenfor et felt, må alltid tilpasses individets forutsetninger og situasjoner. Av den grunn stilles det krav til helseveiledningen, som innebærer integrering av oppdatert fagkunnskap, pedagogiske og kommunikative ferdigheter. Helseveiledningen forutsetter videre dialog som tar utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse, hvor hensikten er å hjelpe den andre til selv å finne svar som styrker mestringen (Christiansen 2013).

Informantene hevdet i tillegg at de følte seg lite kvalifisert til å bidra til livsstilsendring og de stilte spørsmål ved om dette er innenfor deres felt. De har ved enkelte anledninger henvist overvektige til lege og ernæringsfysiolog, som heller ikke ga noe tilbud til de overvektige gravide. En kartleggingsstudie av jordmøtjenesten i kommunene (Aas 2011) viser at jordmødre som jobber innenfor denne organiseringen, beskriver tungroddede systemer som vanskelig lar seg forandre. Videre sliter mange jordmødre med at de ikke blir hørt, fordi makten ligger utenfor egen yrkesgruppe ved for eksempel at de ikke har henvisningsmyndighet. Jordmødre har liten påvirkningskraft angående arbeidsoppgaver de blir tildelt og hvilken kompetanseutvikling de får delta i som del av en karriereplan (Aas 2011). Dette står i motsetning til de nasjonale retningslinjene som sier at jordmødre har et selvstendig ansvar i svangerskapsomsorgen.

Svangerskapsomsorgen er en lovpålagt, kommunal oppgave, men det er ingen lovhjemmel for hvordan jordmøtjenesten skal praktiseres. Loven slår kun fast at kommunen skal tilby jordmøtjeneste. Historien viser at omsorg under graviditet, fødsel og barseltid har vært fordelt mellom mange aktører og at tilfeldigheter har vært avgjørende for utformingen av omsorgen (Aas 2011).

Informantene mener at utfordringene de står overfor er samspill med den overvektige gravide som skal tilpasse seg en ny livssituasjon. Nye livssituasjoner krever nyorientering og læring for å kunne mestres (Dalland 2010). Dette støttes av Banduras teori om mestringsforventning og mestringsstro (Bandura 1977). Mestringsforventninger innvirker på handlekraft og opplevelse av kontroll og er viktig for ens selvoppfatning. Det handler om å få den gravide til å tro på seg selv i å kunne lykkes med å forandre livsstil. Som støtte for endringsarbeidet hos den overvektige gravide, kan den transteoretiske modell (Prochaska, DiClemente, & Norcross 1992) anvendes. Den viser at endringer foregår i faser som føroverveilelse, overveilelse, forberedelses-, handlings- og vedlikeholdsfase. Modellen blir ofte kombinert med motiverende intervju (Barth, Näsholm, & Sjøbu 2007). Eksempelvis jordmødre eller helsesøstre med veilederkompetanse kan bidra som pådrivere og støttespillere for fagfeller som arbeider med livsstilsendring hos overvektige gravide. Det kan være med på å styrke kompetansen til informantene som mener at de ikke har nok kunnskaper om kommunikasjon. Tilnærmingen harmonerer med hva informantene ville ha som mål for de gravide, nemlig at de gravide selv skal påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen.

Studiens styrke og svakhet

Det er forskerens oppgave å overveie validiteten av hva studien forteller og hvilken overførbarhet funnene har utover denne studiens kontekst. I en fokusgruppestudie er det avgjørende for den interne validiteten at deltagerne og forskerne har en felles forståelse av hvilke spørsmål som skal besvares (Malterud 2012). Det sentrale spørsmålet i denne studien var tematisering av overvekt hos gravide under svangerskapet. Informantene i studien var jordmødre og helsesøstre som daglig arbeidet med temaer som graviditet, fødsel og forebyggende- og helsefremmende arbeid for barn og familier. I følge Lundman og Granheim

(2012) er resultatet i en intervjustudie ikke uavhengig av forskeren, fordi forskeren deltar i samspillet med de som blir intervjuet og er medskaper av teksten. Førsteforfatter var jordmor med god kjennskap til fagområdet svangerskapsomsorg. Dette bidro til en felles forståelse for fenomenet. Faren for å snakke forbi hverandre var derfor liten. Antall gruppe-medlemmer er innenfor den anbefalte ramme som sikrer troverdigheten i en kvalitativ studie (Malterud 2012). Gruppen hadde fire møter hvor gruppe-medlemmene i all hovedsak var de samme. Dette gav anledning til en fordypet samtale om fenomenet. Alle deltagerne var engasjert i temaet og deltok aktivt. Flere fokusgrupper med flere deltagere hvor en hadde fått et større mangfold av ideer og følelser knyttet til fenomenet (Krueger 2009), kunne vært en styrke for studien.

I denne studien er det helsearbeidernes røst som kommer til uttrykk. En fokusgruppe med overvektige gravide eller med helsearbeidere og overvektige gravide, ville også ha styrket studien ved persontrianglering. Her ville begge erfaringer kommet til uttrykk og derved gitt varierte perspektiver. På spørsmålet om andre måter å gjennomføre svangerskapsomsorgen på, utfordret deltagerne hverandre, noe som bidro til kreative forslag.

Alle forfattere deltok i analysen. Forskertrianglering kan bidra til å styrke studiens troverdighet. Alle forfattere er sykepleiere. Tredje forfatter har erfaring fra helsesøstervirksomhet. Dette påvirker forfatterens forforståelse.

Kvalitative studier kan ha begrenset overføringsverdi. Kunnskapen framkommet i denne studien kan være verdifull for jordmødre og helsesøstre i det forebyggende- og helsefremmende arbeid for overvektige gravide og familien.

Konklusjon

Studien viser utfordringer jordmødre og helsesøstre erfarte i det forebyggende- og helsefremmende arbeidet for overvektige gravide. Informantene er klar over at overvekt kan føre til komplikasjoner både for mor og barn, men å snakke om overvekt med den gravide, opplevde de som vanskelig. Informantene er opptatt av å vise omsorg for kvinnene, og redde for å såre de gravide. Manglende kompetanse i kommunikasjon og kunnskaper om ernæring fremkommer. Mer flerfaglig samarbeid mellom flere instanser i kommunehelsetjenesten etterlyses.

Omsorgen for de overvektige gravide handler i denne studien om to forhold. På kort sikt å hindre stor vektøkning i graviditeten for å forebygge komplikasjoner hos mor og barn i svangerskapet og ved fødselen. På lang sikt helsefremmende arbeid, som å motivere til livsstilsendring til beste for den gravide og hennes barn.

For at helseveiledningen skal føre til mestring, handler det om å få den gravide til å tro på seg selv i å kunne lykkes med å forandre livsstil. Det kan være behov for flere møter mellom den gravide og jordmor enn det som er dagens norm i løpet av et svangerskap. Videre vil det kreve at helsearbeidere med ulik kompetanse i kommunen samarbeider mer strukturert enn i dag for at kvinnene og familien skal bli fulgt opp både før og etter fødselen.

Litteratur

Aas, H.-M. (2011). *Organisering av jordmortjenesten - Faglige idealer og politiske realiteter* (Masteroppgave), Universiteter i Oslo, Det medisinske fakultet.

Adolfsson, A., Andresen, J. F., & Edgren, K. B. (2013). Why obese women feel better about their “big” condition when they are pregnant: A qualitative study performed in Sweden. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2013.

Allen, J., Kildea, S., & Stapleton, H. (2015). How does group antenatal care function within a caseload midwifery model? A critical ethnographic analysis. *Midwifery*, 31(5), 489-497.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*: Jossey-Bass.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191- 215.

Barakat, R., Perales, M., Garatachea, N., Ruiz, J. R., & Lucia, A. (2015). Exercise during pregnancy. A narrative review asking: what do we know? *British journal of sports medicine*, bjsports-2015-094756.

Barth, T., Näsholm, C., & Sjøbu, A. (2007). *Motiverende samtale - MI: endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforl.

Christiansen, B. (2013). Levevaner og endringsprosesser - konsekvenser for helseveiledning. In B. Christiansen (Ed.), *Helseveiledning* (pp. 161 - 187). Oslo: Gyldendal akademisk.

Cnattingius, S., Bergström, R., Lipworth, L., & Kramer, M. S. (1998). Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 338(3), 147-152.

Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Davies, G. A., Maxwell, C., McLeod, L., Gagnon, R., Basso, M., Bos, H., . . . Menticoglou, S. (2010). Obesity in Pregnancy: No. 239, February 2010. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 110(2), 167-173.

Eri, T. S. (2003). *Graviditet og grenser - om overvektige kvinners opplevelse av kroppen*. (Hovedfagsoppgave), Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, seksjon for helsefag.

Galtier-Dereure, F., Boegner, C., & Bringer, J. (2000). Obesity and pregnancy: complications and cost. *The American journal of clinical nutrition*, 71(5), 1242s-1248s.

Helsedirektoratet, S.-o. (2005). Retningslinjer for svangerskapsomsorgen [Guidelines for antenatal care]. Oslo: Sosial-og Helsedirektoratet.

Hummelvoll, J. (2008). The multistage focus group interview: A relevant and fruitful method in action research based on a cooperative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 1, 3-15.

Johansson, A. (2000). *Elefant i nylonstrømper: om kvindelighed, krop og sult*. København: Aschehoug.

Johnson, M., Campbell, F., Messina, J., Preston, L., Woods, H. B., & Goyder, E. (2013). Weight management during pregnancy: a systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 29(12), 1287-1296.

Kaiser, P. S., & Kirby, R. S. (2001). Obesity as a risk factor for cesarean in a low-risk population. *Obstetrics & Gynecology*, 97(1), 39-43.

Koepp UMS, Andersen LF, Dahl-Joergensen K, Stigum H, Nass O, Nystad W. (2012) Maternal pre-pregnant body mass index, maternal weight change and offspring birthweight. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* Volume 91, (2) 243–249.

Krueger, R. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research*: Sage.

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lundman, B., & Granheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Granskär & B. Høglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2 ed., pp. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030

Mattsson, L.-Å., & Ladfors, L. (2003). Övervikt och fetma—en riskfaktor vid graviditet och förlossning. *Läkartidningen*, 100(48), 3959-3961.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.

Nyman, V. M., Prebensen, Å. K., & Flensner, G. E. (2010). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26(4), 424-429.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102.

Randen, I., Viken, B., & Severinsson, E. (2014). A health promotion perspective on Norwegian women's experience of pregnancy and expectations of birth. *Nordisk sygeplejeforskning*(02), 101-113.

Skårderud, F., & Isdahl, P. J. (Eds.). (1998). *Kroppstanker: kropp, kjønn, idéhistorie*. Oslo: Universitetsforl.

Sosial-og helsedirektoratet. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. (IS-1179). Oslo: Direktoratet.

Tsoi, E., Shaikh, H., Robinson, S., & Teoh, T. G. (2010). Obesity in pregnancy: a major healthcare issue. *Postgraduate medical journal*, 86(1020), 617-623.

Årøen, A.-K. (1999). *"Diettens døtre" : En kvalitativ analyse av emosjonelle og relasjonelle aspekter ved kvinners forhold til kropp og slanking.* (Hovedfagsoppgave), Universitetet i Bergen, Sosiologisk institutt.

”En ny hverdag”

Mødres opplevelse av hverdagen med et prematurt barn, og støtten ved en ressurs-helsestasjon

Solveig Sørby og Liv Fegran

*Førsteforfatter; Solveig Sørby, Maries Vei 18 D, 3610 Kongsberg, sol.sorby@gmail.com
Annenforfatter; Liv Fegran, Førsteamanuensis, Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Gimlemoen 25, 4630 Kristiansand, liv.fegran@uia.no*

Abstract

“A new life”, Mothers’ experience of daily life with a preterm infant, and the support of a child health center with expertise in premature infants

Purpose: The study explores mothers’ of premature infants experience of how health centers especially adapted for families with premature infants can help them to cope with everyday life after discharge from a neonatal intensive care unit. **Background:** Premature children are at higher risk for physical and mental health problems, which makes parenting demanding. The transition between hospital and home is a challenging period where parents may need extra support to cope with everyday life. **Method:** Nine mothers of premature infants receiving follow-up care at a health center especially adapted for families with premature infants were interviewed. Data were analyzed by Kvale and Brinkmann’s guidelines for text analysis. **Findings:** The study revealed that mothers of premature infants need to adapt to a daily life with both challenges and joys. Mothers’ sense of coping in everyday life is affected by the public health nurse’s knowledge of and experience with premature infants.

Conclusion: Mothers of premature infants experience a challenging daily life after discharge from neonatal intensive care unit. A health center especially adapted for families with premature infants can help mothers cope with everyday life after discharge through availability, flexibility, expertise, facilitating a social network and focusing on mothers’ own experience of their daily life.

Nøkkelord/Key words

Premature infants; parents; child health center; coping, foreldre; premature; helsestasjon; mestring

Referee*

Bakgrunn

I Norge fødes det årlig rundt 4000 premature barn, og stadig mindre og sykere nyfødte barn overlever (Folkehelseinstituttet, 2010). Forskning har vist at prematur fødsel er en traumatisk opplevelse som kan føre til kraftige følelsesmessige reaksjoner hos foreldrene ([Kersting et](#)

al., 2004; Elklit, Hartvig, & Christiansen, 2008; Karli et al., 2011; Meijssen, Wolf, Koldewijn, van Baar, & Kok, 2011). En ny livssituasjon med et prematurt barn som har behov for en mer spesifikk tilnærming og oppfølging kan utløse symptomer på stress, angst, depresjon og sorg (Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004; Elklit et al., 2008; Karli et al., 2011; Meijssen et al., 2011; Boykova & Kenner, 2012). Det er heller ikke uvanlig at reaksjonene først kommer til uttrykk etter utskrivelse fra sykehuset, og symptomene kan bli langvarige (Kersting et al., 2004; Elklit et al., 2008; Fasting, 2008; Karli et al., 2011; Meijssen et al., 2011). Overgangen mellom sykehus og hjem er derfor en spesielt krevende periode for foreldrene, og det kan oppstå et behov for ekstra støtte av hjelpeapparatet for best mulig å kunne mestre en utfordrende hjemmesituasjon.

Helsestasjonstjenesten i Norge er et lovpålagt tilbud til alle barn og foreldre. Det skal være et gratis lavterskeltilbud som bedriver helsefremmende og forebyggende arbeid innenfor psykisk og fysisk helse, samt sosiale forhold (Helsedirektoratet, 2011). I følge anbefalt helsestasjonsprogram 0-5 år er det ønskelig med 14 konsultasjoner for barn og foreldre fra barnets fødsel frem til skolestart (Helsedirektoratet, 2004). Nasjonale retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn anbefaler at for å skape trygge og stabile foreldre bør familier med premature barn få en tettere og mer målrettet oppfølging etter hjemreise fra nyfødtavdelingen (Nasjonale faglige retningslinjer, 2007). Samhandlingsreformen gjør primærhelsetjenesten enda viktigere med tanke på forebyggende og helsefremmende arbeid (St.meld. nr. 47, 2009). Folkehelsemeldingen vektlegger også helsestasjonstjenesten som en svært viktig instans i forhold til å styrke foreldrerollen, og å oppdage og følge opp risikofamilier (St.meld. nr. 34, 2013). I 2014 utga Helsedirektoratet i Norge nye nasjonale retningslinjer for barselomsorg hvor blant annet hjemmebesøk ble anbefalt for å forebygge depresjon hos mor (Nasjonale faglige retningslinjer, 2014). Utover de generelle anbefalingene i retningslinjen fremheves også at risikoutsatte familier bør tilbys en individuelt tilpasset oppfølging i barseltiden (Nasjonale faglige retningslinjer, 2014).

Som en forlengelse av et prosjekt i regi av Rikshospitalet kalt "*Trygghet som foreldre til premature barn*", ble det i 2003 opprettet tre ressurshelsestasjoner i en kommune på Østlandet (Helsekontoret for barn og unge, 2010). Målet var å skape et helsestasjonstilbud spesielt tilrettelagt for premature barn og deres foreldre. Med fokus på utvidede åpningstider, et tett samarbeid mellom helsestasjon og nyfødtavdeling og veiledning av foreldrene skulle helsestasjonstilbudet bidra til å gjøre foreldrene trygge i foreldrerollen etter utskrivelse fra nyfødtavdelingen. Ressurshelsestasjonen bestod av leger og helsesøstre med spisskompetanse på premature barn, etter hospitering på nyfødtavdeling og intern undervisning og opplæring (Helsekontoret for barn og unge, 2010).

I tillegg til ordinært helsestasjonstilbud, som hjemmebesøk, jevnlig kontroll og ordinær barselgruppe, omfattet ressurshelsestasjonen også besøk av helsesøster på nyfødtavdelingen, et fleksibelt oppfølgingsforløp med mulighet for ekstra kontroll og hyppig kontakt med helsesøster, i tillegg til barselgruppe for mødre med premature barn (Helsekontorene for barn og unge, 2012).

I 2010 ble prosjektet evaluert og viste at tilbudet i høy grad bidro til å trygge foreldrene i overgangen mellom sykehus og hjemmesituasjon. Evalueringen viste også at områdene med størst forbedringspotensial var bedre oppfølging av mors psykiske helse, oftere oppstart av barselgrupper for foreldre til premature barn, og bedre faglig oppdaterte helsesøstre (Helsekontoret for barn og unge, 2010). Den gode evalueringen førte til at ressurshelsestasjon

nå er blitt et permanent tilbud for alle familier med premature barn i den aktuelle kommunen (Helsekontoret for barn og unge, 2010).

Mestringsbegrepet har en sentral plass i studien fordi det å få et prematurt barn stiller høye krav til foreldrenes mestringssevner. Mestring er opplevelsen av kontroll i eget liv og evnen til å takle utfordringer på en hensiktsmessig måte. Aaron Antonovsky beskriver i sin mestrings teori hvordan et sterkt mestringsnivå fremmer god helse (Antonovsky, 2012). Mestringsnivået avhenger av i hvilken grad den enkelte har en forståelse av situasjonen en skal håndtere, eller det Antonovsky kaller en opplevelse av sammenheng i sin tilværelse. En person som opplever sterk grad av sammenheng i sin tilværelse vil være godt rustet til å møte livets utfordringer, og kan finne styrke i og nyttiggjøre seg lærdommen selv gjennom vanskelige perioder i livet. Graden av opplevd sammenheng hos den enkelte er delvis genetisk betinget, men kan påvirkes ved å legge til rette for en tilværelse som oppleves begripelig, håndterbar og meningsfull (Antonovsky, 2012). Denne delen av teorien ble benyttet til å undersøke hvordan helsestasjonstilbudet kan legge til rette for en mer begripelig, håndterbar og meningsfull tilværelse for mødrene for på den måten å bidra til å styrke mødrenes mestringsnivå og fremme god helse i møtet med en utfordrende hverdag.

Studien

Hensikt

Hensikten med studien var å undersøke hvordan mødre til premature barn erfarer at et helsestasjonstilbud spesielt tilpasset familier med premature barn kan hjelpe dem å mestre hverdagen etter utskrivelse fra nyfødt intensiv. Forskningsspørsmålene var som følger: hvordan opplever mødrene hverdagen etter utskrivelse fra nyfødt intensiv, og hvordan opplever mødrene at helsestasjonen kan være til støtte det første året etter utskrivelse fra nyfødt intensiv?

Design og utvalg

Studien har et kvalitativt design ettersom målet var å utforske foreldrenes opplevelse av hverdagen med et prematurt barn. Kvalitativ forskning egner seg godt til å undersøke fenomener som følelser, holdninger, motivasjon og tanker, og forskningsresultatene vil bidra til en bedre forståelse av individets oppfattelse av verden (Polit & Beck, 2010). Gjennom en fortolkende fenomenologisk tilnærming ble informantenes erfaringer fortolket i lys av tidligere forskning og førsteforfatters fagkunnskap og forforståelse (Gilje & Grimen, 2011).

Det ble gjort et strategisk utvalg av mødre som kunne bidra med kunnskap til å belyse problemstillingen (Malterud, 2003). Inklusjonskriteriene innlemmet mødre med barn født før uke 35 som fikk oppfølging ved en ressurshelsestasjon, og hvor det var minst seks måneder siden utskrivelse fra nyfødt intensiv. Helsesøster på ressurshelsestasjonen informerte aktuelle deltakere om studien, delte ut informasjonsskriv og videreformidlet kontaktinformasjon til førsteforfatter. Ni mødre meldte interesse for prosjektet og disse ble kontaktet av førsteforfatter. Samtlige bekreftet deltakelse via skriftlig samtykkeskjema.

Datainnsamling

Det ble gjennomført dybdeintervju av samtlige informanter. Mødrene fikk valget mellom å gjennomføre intervjuet hjemme eller på helsestasjonen. Åtte av ni ønsket å gjennomføre intervjuet hjemme. Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide på bakgrunn av forskningsspørsmålene. Intervjuspørsmålene belyste mødrenes opplevelse av hverdagen med et prematurt barn ved å ta utgangspunkt i rutiner, samspill og samarbeidet foreldrene imellom, i tillegg til deres opplevelse av helsestasjonens tilbud. Hvert intervju varte gjennomsnittlig 60 minutter.

Analyse

Kvale og Brinkmanns retningslinjer for tekstanalyse ble benyttet til å analysere datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2012). Hensikten er en grundig analyse med fokus på hvordan de ulike elementene i teksten kan forstås i en sammenheng. Analyseprosessen startet allerede under intervjuene. Under intervjuet kunne informantene reflektere over egne opplevelser. Forskeren kunne også gjennom utdypende spørsmål forsikre seg om at fortolkningen var korrekt. Intervjuene ble ordrett transkribert før systematisk analyse. Første trinn i analyseprosessen bestod av gjentakende gjennomlesning av intervjuene for å skaffe seg et overblikk og et helhetsinntrykk av datamaterialet. Deretter ble data importert til NVivo for videre strukturering (QSR International). I trinn 2 ble det gjort en meningskodning ved at man knyttet ett eller flere nøkkelord til et tekstavsnitt, for senere å kunne identifisere en uttalelse. I trinn 3 ble ulike meningskodninger samlet under samme tema, og til slutt ble temaene kategorisert som undertemaer og til sist i hovedtemaer for å svare på prosjektets forskningsspørsmål. Se kapittel om funn på side 4.

Etiske betraktninger

Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) med prosjektnummer 35649. Det ble innhentet informert skriftlig samtykke fra alle informanter i forkant av intervjuene. Informantenes frivillige deltakelse og deres rett til å trekke seg når som helst ble understreket i utdelt informasjonsskriv. Informantene ble opplyst om at alle identifiserbare opplysninger ble anonymisert og at datamaterialet kun ville bli brukt til den skisserte studien.

Funn

Mødrene var i alderen 31-43 år og alle hadde minst 3-årig høyere utdanning. Barna var født mellom svangerskapsuke 25-34 og var innlagt på nyfødt intensiv fra 2-22 uker. Utvalget inkluderte ett tvillingpar.

Gjennom analyseprosessen fremkom følgende to hovedtemaer:

1. Tilrettelegging av en krevende ny hverdag med både utfordringer og gleder.
2. Helsesøsters kunnskap om og erfaring med premature barn påvirker mødrenes følelse av å mestre hverdagen.

Tilrettelegging av en krevende ny hverdag med både utfordringer og gleder.

Samtlige foreldre opplevde at den premature fødselen medførte en brå og uventet start på den nye foreldretilværelsen. Flere beskrev fødselen som uvirkelig, og situasjonen fremkalte usikkerhet og engstelse. "Så jeg rakk jo liksom ikke å forberede meg noe på det å føde. Når jeg kom på sykehuset med rier så følte jeg at jeg var ikke innstilt på det. Jeg hadde liksom ikke forberedt meg på hva jeg skulle gjøre eller ikke gjøre." (Mor I)

Åtte av ni familier hadde vært innlagt på en nyfødt intensivavdeling som benyttet familiebasert omsorg. Det innebar at foreldre og barn delte rom under hele oppholdet og at foreldrene i størst mulig grad tok del i den daglige omsorgen for barnet. Mødrene hadde ulike opplevelser knyttet til familierommene. Alle ønsket å tilbringe mest mulig tid sammen med barnet, imidlertid opplevde enkelte at familierommet førte med seg et tyngende ansvar. Flere uttrykte en følelse av å være innestengt fordi det var vanskelig å forlate barnet. "...Og det å gå ut av det rommet var så vanskelig. Så det kunne jo gå seks dager før vi hadde sett dagslys, ikke sant. Så for hodene våre, rett og slett, så var ikke det veldig gunstig." (Mor C). Hjemreisen symboliserte derfor et håp og en forventning om en ny og friere hverdag for familien. Likevel innebar utskrivelsen blandede følelser. Flere beskrev en usikkerhet for hvordan hverdagen ville bli: "...Ja, jeg var jo litt redd for at det skulle bli annerledes. Man visste jo ikke om det skulle være noe gærent med han. Eller om han skulle kreve veldig mye annerledes behandling." (Mor A).

På tross av blandede følelser ble hjemreisen karakterisert som en positiv opptur. Mor E beskrev utskrivelsesdagen slik:

...Vi gleda oss til å komme ut, først og fremst fra det sykehuset. Og styre egen hverdag. ...Du hadde liksom et eget stort rom for å leve, rett og slett. ...Det var en merkedag! Vi tok bilder og vi hadde flagg på bilen og sånn! (Mor E)

For flere representerte hjemreisen starten på det friske og normale livet for hele familien. Mor C sa: "...Fra vi kom hjem, så kom vi HJEM, og da skulle ikke barnet være *"han premature"*". Foreldrene uttrykte et ønske om at prematuriteten skulle ta minst mulig plass i barnas liv og de fleste satt med en forventning om at hjemmetilværelsen ville muliggjøre dette.

Imidlertid oppdaget alle at hverdagen med et prematurt barn var preget av rutiner og tilrettelegging. Familiene opplevde utfordringer som gjorde det nødvendig å ta hensyn og tilpasse dagliglivet. Barna var følsomme for sansestimuli som lyder, lys og temperaturforandringer, og flere foreldre uttrykte at de ikke var forberedt på dette.

...Det at jeg skulle være nødt til å ta så voldsomt hensyn, det skjønte jeg ikke. ...Men når du kom hjem og innså at han begynte gnåle og virre med hodet bare du hadde på TV, da innså jeg at; "Her må jeg legge om hverdagen ganske raskt". (Mor D)

Barnas umodenhet knyttet til deres fysiske, psykiske og sosiale utvikling førte til perioder hvor det opplevdes ekstra utfordrende å være forelder. "Under kolikkperioden hans så syns jeg det var en veldig sorg at jeg ikke klarte å roe min egen unge. At jeg kunne gå med han i timevis og han bare illskreik." (Mor H).

Infeksjonsrisiko var også en gjennomgående bekymring. Konsekvensen av en infeksjon kunne for noen bli så alvorlig at isolasjon fra andre syke barn og voksne var eneste alternativ. "...Ingen barnehageunger, bare friske folk. Spriting og så videre... Tommelfingerregelen er to

vintre. Så etter to vintre kan vi begynne å slippe opp litt på det der. Det gleder vi oss til da.” (Mor G).

Mødrene beskrev en tilbakevennende bekymring for barna, og et behov for å verne om og beskytte dem. Derfor opplevde flere det som vanskelig både å be om og ta imot hjelp og avlastning, selv om behovet var tilstede.

...Ja, det er kanskje bare jeg som ser farene, at; "OK, nå klatra han opp der. Eller nå faller han ned der". Alle andre tenker mer sånn; "Nei, det går fint", så smeller de jo i gulvet og slår seg. Jeg føler at jeg må passe på selv. Det sitter veldig i meg. (Mor H)

Flere beskrev også ubehaget ved å overlate et krevende barn til familie og venner. Mor E viser til egne dagboknotater for å beskrive sin opplevelse av å ta imot tilbud om barnepass: "...Det satt jo lenger inne for oss å spørre, det ser jeg i dagboka. Den første gangen vi hadde svigermor her, da var vi veldig sånn; "Håper det går fint. Håper bare at han ikke holder henne våken hele natta...".

Opplevelsen av at omgangskretsen også var tilbakeholdne og engstelige for å sitte barnevakt gjorde det vanskeligere å be om hjelp.

Mødrene beskrev hvordan de ble bedre kjent med barnet og tryggere i foreldrerollen ettersom tiden gikk.

...Du føler kjærligheten som kommer etter hvert da. Selvfølgelig er den der med en gang, men det blir jo mer og mer, når du føler at barnet smiler og kommuniserer med deg. Herregud, det er jo den største gleden i livet. (Mor H)

Enkelte opplevde også at utfordringene gjorde parforholdet sterkere. "...Og vi sitter med en følelse av at vi har fått det til. Vi er stolte av hva vi har gjort og hvordan vi har håndtert det.” (Mor C).

Mødrene fokuserte på barnas friske utvikling og gode helse. De uttrykte et her-og-nå-perspektiv og liten bekymring for fremtiden, samtidig som risikoen for senskader gjorde foreldrene oppmerksomme på forebyggende tiltak.

Vi er veldig obs på at vi må ha en god barnehage som tar det der med prematuritet på alvor. ...Ta en ordentlig prat med dem på forhånd og si at han bør bli skjermet fra stressende situasjoner, som påkledning og sånn. Og at han trenger litt ekstra tid muligens, for å komme inn i leken. (Mor E)

Flere valgte blant annet å utsette barnehagestart for å gi barnet tid til å modne.

Helsesøsters kunnskap og erfaring med premature barn påvirker mødrenes følelse av å mestre hverdagen

Utfordringene i den nye hverdagen skapte et behov for videre kontakt med helsevesenet, og helsesøster ble en viktig støtte for mange av mødrene i tiden etter utskrivelse fra sykehuset: "Jeg følte meg ikke overlatt til skjebnen" (Mor D). Og i de tilfellene hvor mødrene opplevde helsesøster som en god støttespiller ble det naturlig å også dele egne følelser og opplevelser med henne: "...Det er klart, det er ikke så enkelt å si "Vet du hva, mannen min og jeg

krangler", men jeg vet jo også at om det er noen som kan ta i mot det, så er det sånne erfarne kvinner." (Mor B). Hyppige kontroller og en fleksibel helsesøster med mulighet til å stille opp på kort varsel ga trygghet og en følelse av å ikke være overlatt til seg selv. "Det jeg satte mest pris på, var at jeg bare kunne sende en tekstmelding til helsesøster hvis det var noe jeg lurte på. Og så fikk jeg svar. Det var veldig greit." (Mor F).

Flere opplevde imidlertid helsesøsters kompetanse i forhold til premature barn som begrenset. "Det føltes ikke som hun hadde noe særlig erfaring på området med premature. ...Så alt hun sa var sånn rett fra læreboka." (Mor E). Kommunikasjonen med helsesøster var derfor avgjørende for i hvilken grad mødre opplevde helsesøster som en ressursperson de kunne støtte seg til:

Jeg skulle nok kanskje ønske at det hadde vært en litt annen type kommunikasjon. ...En mer erfaren og moden type som bare; "Jeg ser at det er sånn og sånn", i stedet for bare å komme med vekta og legge ungen på og så spørre om det går greit. For du svarer jo "Ja, det går jo greit", for du vet jo ikke om noe annet. Og det går jo, man får det jo til å funke... (Mor H)

Mødrene som ikke opplevde helsesøster som en god støttespiller valgte andre mestingsstrategier. Noen valgte å benytte seg av egen omgangskrets, og barselgruppene ble beskrevet som et viktig tiltak hvor man kunne dele erfaringer og informasjon.

Ressurshelsestasjonens tilbud inkluderte både deltakelse i ordinær barselgruppe og barselgruppe for premature barn. Det var ulike refleksjoner knyttet til valget av barselgruppe. Flere prioriterte vanlig barselgruppe for å minimere fokuset på prematuriteten. Imidlertid kunne sammenligning av barna oppleves som et stress avhengig av hvor barnet befant seg utviklingsmessig.

...Så helt i begynnelsen synes jeg det var litt sånn; "Gud av meg, skal jeg orke dette her?". Kom der kjempestolt over at han har blitt 4,5 kg ikke sant, og så; "Åja, min var 4,5 kg da han ble født". (Mor C).

På tross av ulike utfordringer ble barselgruppene et viktig sosialt samlingspunkt for de fleste mødre, uavhengig om de deltok i en vanlig eller prematur barselgruppe.

Jeg synes det var litt slitsomt å være der, men nå i etterkant som ting har roa seg litt og vi har veldig mye glede av å være sammen, så er jeg veldig glad for det. Så det var kanskje noe av det beste som kom ut av de greiene der, at jeg har et lokalt nettverk. (Mor H)

Foreldrene beskrev en tøff start og en annerledes hverdag enn forventet. Behovet for tett oppfølging av fagpersoner og sosial støtte viste seg å være betydelig.

Diskusjon

Funnene viser at foreldrene opplevde at ressurshelsestasjonens tilbud bidro til en mer begripelig, håndterbar og meningsfull hverdag etter utskrivelse fra nyfødtavdelingen.

Begripelighet

I Antonovskys teori blir begripelighet beskrevet som en strukturert og forutsigbar tilværelse (Antonovsky, 2012). Det vil si en hverdag med en viss grad av kontroll og oversikt. En prematur fødsel skaper brått en ny og uforutsigbar tilværelse som for mange kan oppleves utrygt. Våre funn som viser foreldrenes beskrivelser av hvordan livet ble snudd på hodet samsvarer med mange tidligere studier (Kersting et al., 2004; Elklit et al., 2008; Esbjørn, Hansen, Munck, & Greisen, 2008; Fasting, 2008; Gambina et al., 2011; Meijssen et al., 2011; Howe, Sheu, Wang, & Hsu, 2014). Bearbeidelse av tiden etter fødselen og forberedelser til sin nye tilværelse etter hjemreisen beskrev foreldrene som en krevende prosess som satte mestringsstrategiene deres på prøve. Dette samsvarer også med annen forskning som viser at en prematur fødsel kan fremkalle symptomer forenelig med angst, depresjon og posttraumatisk stress syndrom (PTSD) hos mor (Kersting et al., 2004; Elklit et al., 2008; Esbjørn et al., 2008; Fasting, 2008; Gambina et al., 2011; Meijssen et al., 2011; Howe et al., 2014).

Våre funn viste, i likhet med annen forskning, at mange foreldre opplevde tiden på sykehuset som en krevende periode (Fegran, Fagermoen, & Helseth, 2008). Foreldrene beskrev en opplevelse av å få et ansvar for barnet på nyfødtavdelingen som gjorde det vanskelig for dem å forlate barnet på avdelingen og ta en pause fra omgivelsene.

Forskning viser at familiebasert omsorg, som innebærer økt fokus på fysisk og emosjonell kontakt mellom foreldre og barn på nyfødtavdelingen blant annet ved å involvere foreldrene i omsorgen for barnet i større grad, kan skape tryggere foreldre (Flacking et al., 2012; Wataker, Meberg, & Nestaas, 2012). Foreldre som deltar i den daglige omsorgen blir raskere kjent med barnets sitt, lærer å gjenkjenne barnets signaler og være bevisst barnets behov. Det fremmer mestringsfølelse i foreldrerollen, økt opplevelse av kontroll i tilværelsen og en mer forutsigbar hverdag, som gir et godt utgangspunkt for livet etter utskrivelse fra nyfødtavdelingen. Forskning viser også at foreldre som deler rom med barnet på nyfødtavdelingen tilbringer mer tid på avdelingen enn foreldre med barn som er plassert i fellesrom, hvilket samsvarer med våre funn (Pineda et al., 2012). Får foreldrene mindre tid til bearbeidning av følelser og opplevelser når minst en av dem forventes å være tilstede hos barnet døgnet rundt? Egne reaksjoner kan bli skjøvet vekk fordi barna er førsteprioritet og det ikke finnes tid eller rom for følelsesmessige reaksjoner. Kan familiebasert omsorg utvikle foreldre som er tryggere på barnet sitt ved utskrivelse fra sykehuset, men som er mer disponert for emosjonelle senreaksjoner fordi de ikke har bearbeidet sine opplevelser tilstrekkelig?

For å sikre at foreldrene får utbytte av fordelene ved familiebasert omsorg på nyfødtavdelingen samtidig som de får tid og rom til å bearbeide egne opplevelser, er det avgjørende at ansvaret ikke overstiger foreldrenes mestringsnivå. At sykepleierne i samråd med foreldrene justerer foreldrenes grad av involvering kan være et nyttig tiltak for å skape trygge foreldre som er mentalt godt forberedt på utskrivelsen fra sykehuset.

Utskrivelsen ble av foreldrene beskrevet som en milepæl som symboliserte glede, men også usikkerhet. Dette støttes av forskning som viser at overgangen mellom sykehus og hjem er en stressende periode for foreldrene, da de for første gang skal stå med det fulle ansvaret for det premature barnet alene (Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004; Mai & Wagner, 2005; Esbjørn et al., 2008; Fasting, 2008; Jones, Rowe, & Becker, 2009; Dellenmark-Blom & Wigert, 2014). Besøk av helsesøster på sykehuset, raskt hjemmebesøk etter utskrivelse og et fleksibelt oppfølgingsprogram fra en ressurshestasjon har imidlertid vist seg å kunne gjøre overgangen mindre stressende (Mai & Wagner, 2005; Hammarstrand, Jönsson, & Hallström,

2008; Lopez, Anderson, & Feutchinger, 2012). Til tross for slike tiltak rapporterte likevel samtlige mødre en grad av usikkerhet i forbindelse med utskrivelse. Det må forventes at mødre er usikre ved utskrivelse, det er en naturlig reaksjon i møte med en ny tilværelse. Helsesøstrenes hovedfokus bør derfor være å forsterke faktorer som fremmer mødrenes mestring av situasjonen. Antonovsky fremhever forutsigbarhet og struktur som en viktig forutsetning for god mestring (Antonovsky, 2012). Tiltakene fra ressurshelsestasjonen skaper forutsigbarhet ved at mødre er informert om tilbudet i forkant av utskrivelse. De blir tidlig introdusert for helsesøster og tidspunkt for hjemmebesøk blir avklart før utskrivelse. Helsesøster blir dermed ikke en fremmed og mødre har faste avtaler å forholde seg til etter utskrivelse fra sykehuset. Forutsigbarhet og struktur bidrar til å sette hendelser inn i en sammenheng og dermed styrke mødrenes opplevelse av sammenheng i hverdagen. Dette vil i følge Antonovsky ha betydning for hvordan de takler den psykiske belastningen det er å bli skrevet ut fra sykehuset.

Håndterbarhet

Selv om mødre i studien ønsket at prematuriteten skulle ta minst mulig plass i barnets liv var barna avhengig av faste rutiner og skjerming for å fungere optimalt. Premature barn er utsatt for ulike helseutfordringer som søvnevansker, spiseproblemer, økt infeksjonsrisiko og atferdsvansker – og i likhet med annen forskning viste våre funn at barnas spesielle behov for tilrettelegging i hverdagen var en utfordring for foreldrene (Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004; Thoyre, 2007; Fasting, 2008; Johnson, Wolke, Hennessy, & Marlow, 2011; Lundqvist-Persson, Lau, Nordin, Bona, & Sabel, 2012; Asaka & Takada, 2013; Forsythe & Allen, 2013). Hvordan finne den riktige balansen mellom skjerming og eksponering for stimuli? Hvordan beskytte barnet for infeksjonsrisiko, men samtidig sørge for å styrke immunforsvaret? Hva skyldes prematuritet og hva er normal utvikling?

Studien viste mødrenes ulike strategier for å takle hverdagens utfordringer og spørsmål. Råd og hjelp fra omgangskrets, egne erfaringer og bruk av sunn fornuft var viktige mestringsstrategier. Likevel opplevde mange av mødre at omgangskrets og egne ressurser ikke var tilstrekkelig i overgangen mellom sykehus og hjem, og at de hadde behov for ytterligere støtte for å håndtere tilværelsen optimalt – hvilket samsvarer med annen forskning (Esbjørn et al., 2008). Antonovsky beskriver hvordan en håndterbar tilværelse gir et godt grunnlag for å mestre hverdagen. Håndterbarhet handler om en opplevelse av å ha tilgjengelige ressurser til å takle utfordringer og motgang. Våre funn viste at mange opplevde ressurshelsestasjonens tilbud som en god støtte etter utskrivelse fra sykehuset. God tilgjengelighet, fleksibilitet i oppfølgingen og hyppige kontroller skapte en følelse av trygghet hos mødre og en mer håndterbar hverdag for familiene.

Samtidig avdekket studien at enkelte familier ikke opplevde samme støtte i ressurshelsestasjonens tilbud. Disse familiene beskrev en ekstra utfordrende og slitsom hverdag, og foreldrene uttrykte usikkerhet i forhold til hvordan de kunne skape en annerledes tilværelse for dem selv. Det var et tydelig behov for hjelp utenfra, men foreldrene opplevde ikke at hjelpen var tilgjengelig. Hva var årsaken til dette?

Ressurshelsestasjonens mål er å styrke foreldrene gjennom veiledning og informasjon, slik at de har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å mestre den daglige omsorgen for det premature barnet (Helsekontoret for barn og unge, 2010; Helsekontorene for barn og unge, 2012). Gjennom god kunnskap om premature barn skal de være en tilgjengelig ressurs for foreldrene i en utfordrende periode. Det fordrer en helsesøster med tilstrekkelig kompetanse

og erfaring med premature barn til å trygge foreldrene. Imidlertid avdekket våre funn, i likhet med tidligere evaluering av ressurs-helsestasjonens tilbud, et varierende kompetansenivå blant helsesøstrene (Helsekontoret for barn og unge, 2010). Enkelte mødre opplevde at helsesøster manglet kunnskap og praktisk erfaring, og at de ikke fikk svar på spørsmål og bekymringer. Det var et behov for en faglig dyktig helsesøster med erfaring, som kunne gi konkrete og praktiske råd. Ikke alle foreldrene opplevde å møte et slikt tilbud. Konsekvensen ble at foreldrene i mindre grad benyttet helsesøster som en ressursperson.

Antonovsky beskriver hvordan en sterk opplevelse av håndterbarhet i egen tilværelse, minsker sannsynligheten for at man føler seg som et offer for omstendighetene (Antonovsky, 2012). Man klarer i større grad å takle livet når det går i motbakke. Våre funn kan tyde på at familiene som ikke opplevde helsestasjonen som en tilstrekkelig ressurs, også opplevde mindre grad av håndterbarhet i sin hverdag. Hverdagen ble beskrevet som fylt med ulike utfordringer de hadde liten påvirkningskraft over. For disse familiene var ikke helsesøsters gode tilgjengelighet og fleksibilitet tilstrekkelig for å skape trygghet, de hadde også behov for ytterligere faglig kompetanse og praktisk veiledning for å få utbytte av ressurs-helsestasjonen som en ressurs.

Meningsfullhet

Studien viste at tilpasning av hverdagen etter barnas behov for stabilitet og trygghet skapte ulik grad av isolasjon for foreldrene. Enkelte av barna i studien hadde nedsatt immunforsvar som vanskeliggjorde sosialt samvær. Andre var sensitive ovenfor sansestimuli og ble urolige av å oppholde seg på steder med mye lyd og lys. Noen av barna hadde problemer med å forholde seg til andre voksne og barn, og var derfor krevende å ha med i sosiale sammenhenger. Uansett årsak ble sosialisering utenfor hjemmet en utfordring for mange av mødrene, hvilket stemmer godt overens med annen forskning som viser at foreldre med premature barn opplever økt stress i foreldrerollen som blant annet fører til økt sosial isolering (Esbjørn et al., 2008; Howe et al., 2014). Samtidig uttrykte samtlige mødre at samvær med personer som viste forståelse for utfordringene de møtte i hverdagen opplevdes viktig og verdifullt for dem. Dette samsvarer med annen forskning som viser at et sosialt nettverk blant annet bidrar til å redusere risikoen for depresjon hos mødre med premature barn (Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004). Helsestasjonens tilbud om barselgrupper har til hensikt å legge til rette for sosialt samvær for mødrene (Helsekontoret for barn og unge, 2010). Studien viste at i de velfungerende barselgruppene oppmuntret og motiverte mødrene hverandre til å delta i fellesskapet, selv om enkelte opplevde at barnas spesielle behov gjorde samlingene utfordrende. Det ble utviklet et lokalt nettverk som mødrene satte stor pris på og som de prioriterte å bruke tid på i hverdagen. Antonovsky vektlegger opplevelsen av meningsfullhet i tilværelsen som en viktig faktor for graden av mestring. Det handler om å ha aktiviteter man engasjerer seg i og som man ser hensikten i å prioritere. Våre funn og annen forskning tyder på at et sosialt nettverk kan ha betydning for hvordan mødrene mestrer sin tilværelse (Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004). Barselgruppa kan skape mening i hverdagen ved å redusere mødrenes sosiale isolasjon, gi trygghet i form av delte erfaringer med premature barn og legge til rette for nye bekjentskap med grunnlag i like opplevelser.

Imidlertid fungerte ikke alle barselgrupper like godt og enkelte grupper ble avvirket etter kort tid som følge av det mødrene beskrev som dårlig kjemi i gruppa. Siden de velfungerende barselgruppene ser ut til å være så verdifulle for mødrene kan det være betydningsfullt å se nærmere på hva som kjennetegner en god barselgruppe og hvordan man kan tilrettelegge for det.

Mødrene ytret i ulik grad en uro for fremtiden og bekymringer knyttet til barnets ve og vel i forhold til de påkjenninger og opplevelser barnet hadde vært i gjennom. Bekymringene omhandlet barnets nåværende utfordringer, uro i forhold til hvordan livet ville bli og utvikling av eventuelle senskader. Å få muligheten til å snakke om opplevelsene og følelsene i forhold til fødselen og tilværelsen i etterkant var viktig for mødrene og samsvarer godt med annen forskning ([Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004](#); [Kersting et al., 2004](#); [Elklit et al., 2008](#); [Esbjørn et al., 2008](#); [Fasting, 2008](#); [Karli et al., 2011](#); [Meijssen et al., 2011](#); [Boykova & Kenner, 2012](#)). Emosjonelle senreaksjoner som kan komme til uttrykk etter utskrivelse fra sykehuset, understreker helsesøsters sentrale rolle i kartlegging av mødrenes psykiske helse. Etter evalueringen av ressurshestasjonen i 2010 har helsesøstrene hatt økt fokus på mors psykiske helse, og våre funn viser at mødrene var svært positive til at deres opplevelser og følelser ble et fokus i møte med helsesøster ([Helsekontoret for barn og unge, 2010](#)).

Imidlertid viste våre funn at mødrene som opplevde at helsesøster ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om premature barn heller ikke benyttet helsesøster som en samtalepartner om vanskelige opplevelser og følelser, selv om de ytret et behov for noen å snakke med. Det kan tyde på at den gjennomgående kvaliteten på helsesøsters tilbud er avgjørende for graden av tillit som skapes mellom den enkelte mor og helsesøster. Mødrene som ikke opplevde tilbudet fra ressurshestasjonen som tilstrekkelig valgte i større grad å benytte seg av familie og venner, men uttrykte likevel et behov for en fagperson å snakke med om egne følelser og opplevelser. Det ble tydelig at denne gruppen manglet en viktig ressursperson, som med sin faglige kompetanse kunne vært en ekstra støtte for mødrene gjennom bearbeidelsen av deres opplevelser rundt den premature fødselen.

Metodekritikk

Utvalget bestod kun av mødre med høyere utdanning, hvilket kan være en svakhet ved studien, da sosioøkonomisk status er en viktig faktor for mestringsnivå. Det at intervjuene ble gjennomført i informantenes hjem var en styrke ved at det både gav meg god innsikt i familienes hverdag, og at det kan ha ført til økt informasjon fra informanten ved at mødrene mottok innspill og påminnelser fra fedre som var tilstede. Samtidig medførte intervjulokasjonen også forstyrrelser og avbrytelser fra blant annet barna, noe som kan ha påvirket informantenes konsentrasjon i intervjusituasjonen.

Det ble tilstrebet å presentere spredningen i datamaterialet gjennom å benytte sitater fra alle informanter i resultatpresentasjonen. Min erfaring som sykepleier på en nyfødt intensivavdeling har gitt meg kjennskap og interesse for feltet, hvilket kan anses som en styrke. Tidligere erfaring kan også være en svakhet ved at forforståelsen for sterkt preger gjennomføring av studien. Det er derfor viktig å balansere forforståelse med en reflekterende holdning, og i den forbindelse har samarbeid med veileder og helsesøstrene vært viktig. Studiens troverdighet styrkes ved at vi har tilstrebet grundige beskrivelser av metodiske valg og metoderefleksjoner.

Konklusjon

Studien viser at hverdagen med et prematurt barn er krevende og at det er et behov for tett oppfølging også etter utskrivelse fra nyfødt intensiv. En ressurshestasjon kan bidra til å

hjelpe mødrene å mestre hverdagen etter utskrivelse gjennom god tilgjengelighet, fleksibilitet i tilbudet, faglig kompetanse, tilrettelegging for et sosialt nettverk via barselgrupper og et sterkt fokus på mødrenes egen opplevelse av hverdagen.

Videre forskning bør fokusere på tilrettelegging for økt kompetanse hos helsesøstrene, og betydningen av tilrettelegging av velfungerende barselgrupper som sosial støtte for mødrene.

Litteratur

Antonovsky, Aaron. (2012). *Helsens mysterium - den salutogene modellen*: Gyldendal akademisk.

Asaka, Yoko, & Takada, Satoshi. (2013). Relation between sleep status of preterm infants aged 1-2 years and mothers' parenting stress. *Pediatrics International*, 55(4), 416-421. doi: 10.1111/ped.12097

Bakewell-Sachs, Susan, & Gennaro, Susan. (2004). Parenting the post-NICU premature infant. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 29(6), 398-403.

Boykova, Marina, & Kenner, Carole. (2012). Transition from hospital to home to parents of preterm infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(1), 81-89. doi: 10.1097/JPN.0b013e318248b20c

Dellenmark-Blom, Michaela, & Wigert, Helena. (2014). Parents' experiences with neonatal home care following initial care in neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3).

Elklit, Ask, Hartvig, Tilde, & Christiansen, Marianne. (2008). Belastningsreaktion hos forældre til premature spædbørn - sekundærpublikation. *Ugeskriftet for læger*, 170(45).

Esbjørn, Barbara Hoff, Hansen, Bo Mølholm, Munck, Hanne, & Greisen, Gorm. (2008). Ekstremt tidligt fødte børn og forældrenes behov for støtte. *Ugeskriftet for læger*, 170(42).

Fasting, Aase Frostad. (2008). Endelig hjemme fra sykehuset - den nye hverdagen. *Prematurposten*(1).

Fegran, L., Fagermoen, M. S., & Helseth, S. (2008). Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units - from closeness to detachment. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 363-371.

Flacking, Renée, Lehtonen, Liisa, Thomson, Gill, Axelin, Anna, Ahlqvist, Sari, Moran, Victoria Hall, . . . Dykes, Fiona. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, 101(10), 1032-1037. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x

Folkhelseinstituttet. (2010). Medisinsk fødselsregister: 2010 - statistikk.

Forsythe, Erica Saleski, & Allen, Patricia Jackson. (2013). Health Risks Associated with Late-Preterm Infants: Implications For Newborn Primary Care. *Pediatric Nursing*, 39(4), 197-201.

Gambina, Irene, Soldera, Gino, Benevento, Barbara, Trivellato, Patrizia, Visentin, Silvia, Cavallin, Francesco, . . . Zanardo, Vincenzo. (2011). Postpartum psychosocial distress and late preterm delivery. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 29(5), 472-479. doi: 10.1080/02646838.2011.653962

Gilje, Nils, & Grimen, Harald. (2011). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hammarstrand, Eva, Jönsson, Lisbeth, & Hallström, Inger. (2008). A neonatal home care program - an evaluation for the years 2002-2005. *Vård i Norden*, 28(4).

Helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons-og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten-/Publikasjoner/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetj-.pdf>.

Helsedirektoratet. (2011). Helsestasjon 0-5 år. Retrieved 11.04.14, from <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/helsestasjon-0-5-ar/Sider/default.aspx>

Helsekontorene for barn og unge. (2012). Serviceerklæring for ressurs-helsestasjonene for premature barn i Bærum kommune. In Helsekontorene for barn og unge (Ed.).

Helsekontoret for barn og unge. (2010). Helsestasjonstilbudet til premature barn og deres foreldre (Helsekontoret for barn og unge Bærum kommune, Trans.).

Howe, Tsu-Hsin, Sheu, Ching-Fan, Wang, Tien-Ni, & Hsu, Yung-Wen. (2014). Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. *Research in Developmental Disabilities*, 35(7), 1748-1756. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.02.015>

Johnson, Samantha, Wolke, Dieter, Hennessy, Enid, & Marlow, Neil. (2011). Educational outcomes in extremely preterm children: neuropsychological correlates and predictors of attainment. *Developmental Neuropsychology*, 36(1), 74-95.

Jones, Liz, Rowe, Jennifer, & Becker, Tara. (2009). Appraisal, coping, and social support as predictors of psychological distress and parenting efficacy in parents of premature adults. *Children's Health Care*, 38(4), 245-262. doi: 10.1080/02739610903235976

Karli, Treyvaud, Lex, W. Doyle, Katherine, J. Lee, Gehan, Roberts, Jeanie, L. Y. Cheong, Terrie, E. Inder, & Peter, J. Anderson. (2011). Family functioning, burden and parenting stress 2 years after very preterm birth. *Early Human Development*, 87, 427-431. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.03.008

Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Ludorff, K., Witthaut, J., Ohrmann, P., . . . Arolt, V. (2004). Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 473-476.

Kvale, Steinar, & Brinkmann, Svend. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lopez, Greta L., Anderson, Kathryn Hoehn, & Feutchinger, Johanna. (2012). Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Network*, 31(4).

Lundqvist-Persson, C., Lau, G., Nordin, P., Bona, E., & Sabel, K. G. (2012). Preterm infants' early developmental status is associated with later developmental outcome. *Acta Paediatrica*, 101(2), 172-178. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02442.x

Mai, D., & Wagner, Lis. (2005). "Home early program" - experiences of parents to premature infants' one year after discharge. *Vård i Norden*, 25(1).

Malterud, Kirsti. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (2. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Meijssen, Dominique, Wolf, Marie-Jeanne, Koldewijn, Karen, van Baar, Anneloes, & Kok, Joke. (2011). Maternal Psychological Distress in the First Two Years after Very Preterm Birth and Early Intervention. *Early Child Development and Care*, 181(1), 1-11.

Nasjonale faglige retningslinjer. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. (IS-1419). Oslo Sosial- og helsedirektoratet Retrieved from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn/Sider/default.aspx>.

Nasjonale faglige retningslinjer. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. (IS-2057). Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien>.

Pineda, RG, Stransky, KE, Rogers, C, Duncan, MH, Smith, GC, Neil, J, & Inder, T. (2012). The single-patient room in the NICU: maternal and family effects. *Journal of Perinatology*(32).

Polit, Denise F., & Beck, Cheryl T. (2010). *Essentials of Nursing Research* (7. ed.): Lippincott Williams & Wilkins.

QSR International.). NVivo 10 for Windows. from http://www.qsrinternational.com/products_nvivo.aspx?utm_source=NVivo+10+for+Mac
St.meld. nr. 34. (2013). *Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>

St.meld. nr. 47. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling på rett sted til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>.

Thoyre, Suzanne M. . (2007). Feeding outcomes of extremely premature infants after neonatal care. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(4), 366-376. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00158.x

Wataker, Heidi, Meberg, Alf, & Nestaas, Eirik. (2012). Neonatal Family Care for 24 Hours per Day: Effects on Maternal Confidence and Breast-Feeding. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(4), 336-342. doi: 10.1097/JPN.0b013e31826d928b

Tenkning i sykepleie om eksklusjon av foreldre ved barns innleggelse i sykehus

Hildegunn Sundal, Karin Anna Petersen og Jeanne Boge

*Hildegunn Sundal, førsteamanuensis ved Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag, Postboks 2110, 6402 Molde. E-post: hildegunn.sundal@himolde.no
Karin Anna Petersen, Professor, Institutt for global helse og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, E-post: Karin.Petersen@igs.uib.no
Jeanne Boge, førsteamanuensis, Institutt for sykepleiefag, Høgskolen i Bergen: jhb@hib.no*

Abstract

Thoughts on the exclusion of parents of hospitalized children in nursing

Analyses of textbooks in nursing, of photographs and numerous other documents suggest that parents had limited access to participate in the care for their hospitalized children in Norway in the period 1877-1940. The analyses are conducted in the tradition of the French philosopher Michel Foucault's writings on discipline. In accordance with Foucault's understanding, it seems logical that ideas about parenting exclusion had impact even within the hospital health care system in the current era, provided the general separation of parents and children in the modern industrial society at large. In this perspective, exclusion of parents in the hospital health care system may be considered a consequence of employers' interests with regard to productivity, the lack of welfare services for parents, and the fear of parents transmitting infections from the hospitals.

Nøkkelord/ Keywords

Barn; sykehus; foreldre; eksklusjon; historisk; Foucault, children; hospital; parents; Exclusion; historically; Foucault

Referee*

Bakgrunn

Tidligere studier og dokumenter viser at foreldre i enkelte perioder har vært ekskludert fra pleie av barna sine når de er på sykehus (Elster 1990, Ertresvaag 1993, Grindaker 1993, Klepaker 1992, Kvalvåg 1992, Lie 1993, Seip 1993, Wergeland 1954). De nevnte studier og dokumenter belyser i liten grad hva som var betingelsene for at ideer om foreldre eksklusjon hadde gjennomslag i den aktuelle epoken. Slike aspekter har hatt en sentral plass i sykepleieforsker Hildegunn Sundals (2014) studie om eksklusjon av foreldre når barn er innlagt på norske sykehus. I denne artikkelen spør vi etter mulighetsbetingelsene for at det har eksistert ideer om at foreldre ikke bør være sammen med barna sine når de er innlagt på norske sykehus.

Teoretisk tilnærming

Den franske filosofen Michel Foucault argumenterte for at ulike former for viten har blitt brukt til å understøtte politisk interessante styringsideologier. Denne bruken av viten har fungert som disiplineringsverktøy i moderne industrisamfunn og den har blant annet blitt nedfelt i politisk interessante normative dokumenter (Foucault 2008/1975). I forlengelsen av Foucaults tenkning er denne artikkelen basert på en antagelse om at i enkelte epoker har eksklusjon av foreldre fra sykehus vært regnet for å være samfunnsnyttig, og at viten har blitt brukt til å understøtte slike ideer.

Metodologi og undersøkelsesteknikker

I artikkelen regner vi norske lærebøker i sykepleie som politisk interessante normative dokumenter, og vi har undersøkt hvordan eksklusjonsideer har nedfelt seg i slike læreverk. I den forbindelse har vi analysert både det som har blitt skrevet og det som ikke er nedfelt om foreldre på sykehus. Eksempelvis nevnes barn i noen pleiesammenhenger, uten at foreldre blir nevnt. Det kan bety at foreldrene ikke blir regnet med. Slik har vi prøvd å undersøke om det fremstår en periode hvor det virker sannsynlig at foreldrene har vært ekskludert fra pleien av barn på sykehus. Videre presenterer vi tekster og beskriver foto som kan indikere at foreldre faktisk var ekskludert når barn var på sykehus, for så å gjøre rede for samfunnsmessige forhold som kan ha medvirket til at ideene om foreldreeksklusjon oppstod og virket. I den forbindelse er det gjennomført arkeologisk undersøkelser av oppkomsten til de normative beskrivelsene av foreldres eksklusjon i lærebøker i sykepleie. Deretter har vi undersøkt deskriptivt materiale i form av foto og tekster fra den identifiserte eksklusjonsperioden for å finne ut om eksklusjonsnormene uttrykte gjeldene praktikker. Videre ble herkomsten undersøkt, det vil si at det ble gjort et genealogisk arbeid for å få innsikt i samfunnskonteksten med tilhørende vitensregimer som gjorde det mulig for eksklusjonspraktikkene, å oppstå (Foucault 2002/1994: 225, 2008/1975).

Analysene av samfunnskonteksten og den samfunnsmessige rådende ideologi er basert på offentlig tilgjengelige lover, forskrifter og regler, verker i generell historie, barndomshistorie, sykepleiens historie, helsevesenets historie, sykehus- og hospitalhistoriske bøker og annet materiale. Eksempelvis inngår analyser av verker om norsk offentlige helsevesen (Schjøtz 2003), om norsk historie (Nerbøvik 2011/1999), om norsk barndomshistorie (Frønes 1998/1989, Schrupf 2007), om norsk hospitalhistorie (Elster 1990, Ertresvaag 1993, Klepaker 1992, Kvalvåg 1992, Lie 1993) og verker om den første norske sykepleieutdanning (Martinsen 1984). I siste del av artikkelen gjør vi rede for viten som kan ha blitt brukt til å understøtte eksklusjonsideene. Vi har ansett viten som ideer, teorier, forestillinger eller mentaliteter som er knyttet til bestemte praktikker der kunnskap erverves og utøves (Schaanning 1999/1976: 9).

Denne måten å forske på tar utgangspunkt i Foucaults studie om disiplinering, slik disiplinering kommer til uttrykk i boken *Overvåkning og straff* (Foucault 2008/1975). Foucault har ikke skrevet noe om hvordan han gjorde denne studien, men han diskuterte framgangsmåten med franske historikere i 1976, og notatet fra denne diskusjonen er utgitt i *Question of Method* (Boge 2015 et al., Foucault 2002/1994: 225). Dette notatet har dannet bakgrunn for spørsmålene som er stilt i studien av eksklusjon av foreldre når barn er på sykehus:

- a) Når begynte lærebøkene i sykepleie å skrive om at foreldre bør ekskluderes?
- b) Hvordan bør foreldre ekskluderes i pleien når barn er på sykehus?
- c) Når ble foreldre ekskludert i pleien av barn på sykehus?
- d) Hvordan ble foreldre ekskludert i pleien av barn på sykehus?
- e) Hvilke viten/teorier/ideologier oppstod samtidig med og/eller var rådende på den tiden da eksklusjon av foreldre i pleien oppstod?
- f) Hvordan var samfunnskonteksten som gjorde foreldrenes eksklusjon i pleien mulig?

Resultat og diskusjon

Nedenfor ser vi at det er mye som taler for at foreldre var ekskludert fra pleie av barn på sykehus i perioden 1877-1940, videre vil vi se at eksklusjonspraktikkene er forståelige i lys av både vitenmessige/ideologiske/teoretiske og samfunnsmessige forhold.

1877-1940: Foreldre nevnes sjelden i lærebøker

I norske lærebøker i sykepleie som var i bruk i perioden 1877-1940 ble foreldre sjelden eller aldri omtalt (Lystad 1932/1921: 187-188, Nissen 2000/1877: 39, Sundal 2014: 47-50, Waage 1901: 10, 1905/1901: 10, 1911/1901: 9). Besøk av de nærmeste problematiseres i læreboken fra 1901 og det kan innebære at foreldre hadde en viss adgang til sykehus, ved barns innleggelse:

«Ofte har verken den syge selv eller hans næmeste den rette Forstaaelse af, hvad der tjener til den syges Vel. Saaledes hænder det ikke sjelden, at den syge anstrænges ved lange Samtaler og Besøg. Sygepleiersken bør i saadanne Tildfælde forklare den syges Omgivelser, at dette er uheldigt, og søge at hindre, at det sker» (Waage 1901: 6).

I forbindelse med spedbarnspleien så det ut for å være et visst rom for ammende mødre, og dersom mor ikke kan amme barnet, poengteres det at barn må ammes med flaske (Frølich 1932/1921: 264, Nissen 2000/1877: 69, Waage 1905/1901: 132). Det er i følge læreboken av 1921 sykepleiers ansvar å fremme amming. Den måten å skrive på er representativt for argumentasjonen i de nevnte lærebøkene fra perioden 1877-1940.

«Morens melk... det er derfor enhver mors, enhver læges og pleierskes absolutte pligt at søke denne ernæring gjennomført» (Frølich 1932/1921: 264).

På samme måte som foreldre ikke har noen sentral plass i lærebøker i sykepleie, er de også fraværende på foto av barn på sykehus i perioden 1893-1940 (Sundal 2014: 53-69, 96-106). Sundal gjorde et omfattende arbeid for å finne foto som kunne bekrefte/avkrefte at foreldre var sammen med barna sine på sykehus. Fra perioden 1893-1940 fant hun bare et foto som viser foreldrebesøk, og det fotoet var tatt på Kysthospitalet ved Stavern i perioden 1934-1940.

Foreldres fravær understrekes av fortellingen av Helge Eivind Torp som 7-åring og hans opplevelse av Rikshospitalets barneavdeling på 1920-tallet når foreldrene ikke får være hos han. Fortellingen presenteres av Torleif Elster (1990):

«Jeg så langt etter far og mor, overlatt alene her blant fremmede, og følte at all forbindelse med mine brutalt var kuttet av. En eldre, myndig dame, med stivet hette og forkle sa at nå måtte jeg være flink gutt. Hun spanderte ikke et smil, ikke et vennlig og trøstende ord... Besøkene var opprivende. De fikk bare komme inn en og en om gangen, det ble en halv time på hver... Det var nifst når alle doktorene kom på rekke og rad. Det gjaldt å ligge stille... ellers ble det overhøvling å få etterpå» (Elster 1990: 228-230).

Det er først i 1941 at en i norske lærebøker i sykepleie begynner å argumentere for at foreldre bør få besøke barnet på sykehus (Sundal 2014: 109-111, Weberg & Sundal 1941: 200-201).

Samfunnsmessige betingelser som gjorde eksklusjonspraktikker mulig

Nedenfor vil vi gjøre rede for samfunnsmessige betingelser som kan ha bidratt til at foreldre ble ekskludert når barn var på sykehus.

I siste halvdel av 1800-tallet, da eksklusjonen av foreldre er beskrevet, pågikk det en omfattende industrialisering i Norge. I den forbindelse ble inntektsarbeidet i større grad flyttet ut av hjemmet (Nerbøvik 2011/1999: 19, 99). Kjernefamilien erstattet storfamilien, og denne lille enheten måtte sørge for å ha arbeid i og utenfor hjemmene slik at de kunne klare seg selv (Schumpf 2007: 29-30, 88-89). Dersom foreldre skulle være sammen med barna sine på sykehus ville de trenge hjelp fra familie eller venner for å opprettholde inntekt og for å ivareta det praktiske arbeidet i hjemmet, for det var smått med offentlige velferdsordninger i Norge i perioden 1877-1940, det vil si i den epoken da foreldre var fraværende i norske lærebøker i sykepleie (Schiøtz 2003: 182-187). Selv om det finner sted en omfattende industrialisering i Norge fra slutten av 1800-tallet, var det begrenset med transportsystem. Derfor må vi regne med at det kunne være tidkrevende for foreldre å ta seg frem til sykehus og besøke barna sine, dersom de ikke bodde like ved sykehuset.

Det var ikke bare arbeidet som ble flyttet ut fra hjemmet i forbindelse med industrialiseringen, det samme skjedde med opplæring. Skolegang og arbeidsopplæring hadde hovedsakelig funnet sted i nær tilknytning til hjemmet i det førmoderne Norge. I siste halvdel av 1800-tallet ble det krav om at alle skulle gå på skole, hjemlet i skoleloven av 1889 (Schumpf 2007: 29-30, 88-89). Det ble med andre ord vanlig at foreldre og barn tilbrakte mindre tid sammen enn de hadde gjort i førmoderne samfunn, og det er ikke umulig å tenke seg at denne separasjonen mellom foreldre og barn i det daglige kan ha medvirket til at det ikke var så problematisk å overlate barna til faglærte helseaktører, på samme vis som store deler av barnas opplæring ble overlatt til lærere.

Helsefaglige betingelser som ble mulig på den tid

Det kunne også være faglige grunner for å ekskludere foreldre fra sykehus. Foreldrefraværet kan ha gjort det enklere å forme barna til medgjørlige og disiplinerte medisinske observasjons- og behandlingsobjekter. Legene fikk en utmerket anledning til å observere sykdommer og prøve ut behandlinger ved å samle de syke barna i institusjoner uten at utenforstående fikk innblikk i det som foregikk, og uten innblanding fra bekymrede foreldre. I behandling og pleie trengte legen medhjelpere som kunne hjelpe dem med observasjoner, behandlinger og pleie av de syke, og mot slutten av 1800-tallet samtidig med fremveksten av moderne sykehusklinikker oppstår sykepleie som faglært yrke (Foucault 2000/1963, 2008/1975, Grindaker 1993: 73-74, Martinsen 1984: 28-92, Schiøtz 2003: 123-171).

Hierarkisk disiplinering

Oppkomsten til fagutdannede sykepleiere i siste halvdel av 1800-tallet var trolig en sentral mulighetsbetingelse for eksklusjonen av foreldre som fant sted på sykehus i perioden 1877-1940. Det ble forventet at moderne sykepleiere skulle underordne seg legene og det ble forventet at de hjalp til med å gjøre barna til lydige og medgjørlige observasjons- og behandlingsobjekter. Mellom leger, sykepleiere, ufaglærte pleiere og innlagte barn og foreldre var det et underdanighetshierarki. Det hierarkiske kan ha vært en viktig forutsetning for at medisinsk interessant viten kunne bli generert og praktisert (Arntzen 1932/1921: 3-5, Foucault 2008/1975, Martinsen 1984: 136, Nissen 2000/1877: 19, Waage 1901: 1).

I den første norske læreboken i sykepleie av 1877 vektlegges sykepleiers lydighet og underordning til legen. Sykepleiers iakttakelser av pasienten og hennes beretning til legen om disse iakttakelser inngår. Pleien av den syke skal underordnes legens behandling. Det holdes i hevd i lærebøkene som er i bruk frem til 1940 (Arntzen 1932/1921: 3-5, Waage 1901:

1). «Som Sygepleierske fordres her desuden af en Dk. punktlig og ubetinget Lydighed mod Lægen i alt, hvad der vedkommer den Syges Pleie... Under ingen Omstændigheder er det hendes Sag at blande sig i Lægebehandlingen... men ogsaa i mere og mere at lære sig med klart og øvet Blik at kunne anstille de nødvendige Iagttagelser angaaende den Syges Tilstand for at kunne give Lægen en nøiaktig, paalidelig, tydelig og korrekt Sygeberetning» (Nissen 2000/1877: 23-24).

Det å disiplinere barna til ønsket atferd eller uønsket atferd blir beskrevet i lærebøkene i sykepleie fra perioden 1877-1940 (Lystad 1932/1921: 187-188, Nissen 2000/1877: 39). Det innebærer at å pleie barna når det gir utfordringer medfører at barn blir nevnt, som det å gi barnet medikamenter med vond smak og lukt. Først må en lokke barnet til å ta medikamentet, for så å tvinge barnet til å ta det dersom det første mislykkes:

«Mange innvortes Medikamenter have en ubehagelig Smag og Lugt, hvorfor det kan være vanskelig at formaa især Børn og Sindssyge til at tage dem. Børn maa man sørge at lokke dertil ved at tale venlig med dem eller vise dem Legetøi, ere de desuagtet gjenstridige, maa man holde dem i Næsen for at faa dem til at aabne Munden» (Nissen 2000/1877: 39).

I læreboken av 1932 beskrives det på tilsvarende måte ved å hindre uønsket atferd med anbefalinger om at armene til urolige barn avstives med papp for å forhindre at barnet gnir seg i øynene ved drypping og rensing av øynene, og videre anbefales det å ha en hjelper når en gjør det. Foreldrene nevnes ikke:

«For at beskytte øinene mot gnidning o. s. v. er det undertiden nødvendig at gi barn stive *papærmer*: cylindriske rør av pap eller kartong, som rækker fra haandleddet til henimot armhulen... Ved rensing og dryping av øinene hos urolige barn som kniper o. s. v., trænges ofte en hjælper» (Lystad 1932/1921: 187-188).

Barn som medisinske observasjons- og behandlingsobjekter illustreres på fotografier fra Rikshospitalets barneavdeling i 1910 (Elster 1990: 182). Det er beskrevet 11 fotografier fra norske sykehus i studien som viser tilsvarende situasjoner (Sundal 2014: 96-107). Et foto viser et medgjørlig og disiplinert barn som ser ut til å bli observert og undersøkt av leger som ledd i en undervisningssituasjon. Barnet ligger på en undersøkelsesbenk og blir undersøkt av

to leger, der tolv personer står i en halvsirkel rundt og iakttar undersøkelsen. De tolv personene ser ut til å være leger, noen i hvite uniformer og andre med svarte dresser (Elster 1990: 182).

Disiplin i behandlingssammenheng kan illustreres med den utstrakte lysbehandlingen mange barn ble utsatt for som en del av datidens behandling av tuberkulose. Et foto fra Kysthospitalet i Hagevik viser slik behandling, der barnas øyne måtte tildekkes. Det er en pleier som lysbehandler barna, der seks barn ligger nakne i mageleie på en rekke og hodene deres er tildekket med et hvitt klede. Fotoet er mest sannsynlig fra tidlig på 1900-tallet (Ertresvaag 1993: 68).

Barn som var på sykehus uten foreldrene i perioden 1877-1940 kunne være der over måneder og ble utsatt for grundige observasjoner og hvor de gjennomgikk tøffe behandlingsopplegg, og de hadde liten og ingen mulighet for å søke trøst og støtte hos mor og far. De kunne bli overlatt til pleiere som kunne ha liten forståelse for det enkelte barns livssituasjon, opplevelser og ønsker. Mangel på lydighet og underdanighet ble strengt straffet (Klepaker 1992: 136-140, Sundal 2014: 76-108).

Ikke rom for det sårbare barnet

Samtidige ideer om umodne og sårbare barn som var sentrale i barneredningsbevegelse og filantropisk bevegelse (Frønes 1998/1989: 21) ser derimot ikke ut for å ha noen sentral plass i sykehusene på den tiden da foreldre var ekskludert. De romantiske ideene om barn og familie oppstår i Norge og resten av Skandinavia på slutten av 1800-tallet. Det innebærer at barnet oppfattes som svakt og uskyldig. Ideene hadde sitt utspring i den franske filosofen Jean-Jacques Rousseaus tenkning, der barnets egenverdi har sin begynnelse. For å beskytte barnet innførte offentlige myndigheter lover, for eksempel i 1892, med å forby barnefabrikkarbeid. Ut fra ideer om umodent og sårbart barn (Ariès 2003/1960: 61-62, 153, Frønes 1998/1989: 21, Schrupf 2007: 10-11, 23-57, 78), ville det vært naturlig at foreldre var inkludert når barn er på sykehus, men ovenfor har vi sett at slike ideer ikke hadde gjennomslag i norske sykepleiebøker i perioden 1877-1940.

Viten og ideer om hygiene som kunne understøtte eksklusjonspraktikkene

Ideer om miasmer og teorier om mikrober kan ha bidratt til å understøtte eksklusjonspraktikkene.

Man mente at miasmer var små partikler som fantes i vann, jordsmonn og luft. Man regnet smittestoffet i seg selv for å være nokså harmløst, og trodde at smitte spredte seg fra utdunstinger fra jordbunn, utdunstinger fra pust og fra huden til syke, men farlig ble partiklene bare dersom de ble omgjort til *miasmer*. Denne omdanningen mente man fant sted der det var ekskrement, uorden, søppel, animalske utdunstinger og annen urenslighet. Man forestilte seg at det var mulig å styrke motstandskraften gjennom godt kosthold, klesdrakt, ved å fjerne skitt og lort, gjennom nøysom livsstil og sosiale reformer. Den første norske helseloven fra 1860 var gjennomsyret av den miasmatiske helseforståelsen (Schiøtz 2003: 84).

På slutten av 1800-tallet ble miasmeideene avløst av mikrobeteorien. Allerede på 1600-tallet hadde man sett mikrober i mikroskop. Gjennombruddet fant sted på 1880-tallet, da den tyske

legen Robert Koch identifiserte tuberkelbasillen. Innen 1890 hadde forskere kjennskap til mikroorganismene som forårsaket kolera, difteri, lungetuberkulose, tyfus og lepra (Schiøtz 2003: 51-77).

Generelt var det lite farmakologisk behandling tilgjengelig i siste halvdel av 1800-tallet. Lys, luft og streng hygiene, tvungen isolasjon og utstrakt meldeplikt ble sentrale virkemiddel for å hindre spredning av sykdommer, uavhengig av om det var miasmeideologi eller mikrobeteori som var rådende (Schiøtz 2003: 51-77). Dette kommer tydelig til uttrykk i norske lærebøker i sykepleie som var brukt i norsk sykepleie i perioden 1877-1940 (Arntzen 1932/1921, Larsen 1932/1921, Nissen 2000/1877, Sundal 2014: 81-92, Waage 1901, 1905/1901). Læreboken av 1877 er tydelig preget av en forståelse av at sykdom kan forebygges ved hjelp av lys, luft og renslighet. Det gis detaljerte beskrivelser av hva som skaper farlige utdunstninger i tillukkede rom med syke mennesker og hvordan slike udunstninger kan forebygges med utluftning, orden og renslighet:

«Ved Ind- og Udaandning og ved det menneskelige Legemes Uddunstninger forandres imidlertid Luftens Beskaffenhed i den Grad, at naar mange Mennesker opholde sig i et tillukket Rum, kan Luften blive aldeles uskikket til at indaande. Syge udbrede allerede i og for sig en slet Luft... En saadan skadelig, fordærvet Luft maa forebygges eller afhjælpes. Ved Iagttagelse af den største Orden og Renlighed maa Luften i et Sygeværrelse renses» (Nissen 1877/2000: 27).

Lærebøkene som er i bruk i perioden 1877-1940 argumenterer for rene hender i kontakt med pasienten (Frølich 1932/1921: 259, Nissen 2000/1877: 22-23, Waage 1901: 107, 1911/1901: 112). Det er ikke bare hendene som bør være rene, men også utstyr som kommer i direkte kontakt med pasienten, og det argumenteres for en hel rekke desinfeksjonsmåter, der læreboken av 1921 poengterer at desinfeksjon er lovhjemlet ut fra Sunnhetsloven av 1860 (Nissen 2000/1877: 49, Waage 1901: 134, Aaser 1921: 222).

Ved *Desinfektionsmidler* forstaar man alle saadanne Midler, som tjener til at uskadeliggjøre eller fjerne Mikroberne. At *desinficere* betyder at befri for levende Mikrober (Waage 1901: 134).

I læreboken av 1877 skrives det ingenting om isolasjon av smittebærende pasienter, men det fremgår en tydelig forståelse for hvordan overføring av smitte kan hindres i tillegg til å argumentere for desinfeksjon av infisert utstyr og for renslighet, lys og luft (Nissen 2000/1877: 48). Behovet for isolasjon understrekes i lærebøker fra 1901 og i boken av 1921 vises det til Sunnhetsloven av 1860 om lovhjemlet isolering (Waage 1901: 139-140, Aaser 1921: 221).

Spedbarnspleien er vektlagt i lærebøkene fra perioden 1877-1940, og det å ivareta renslighet ved spedbarnsernæring har prioritet. Det er ikke bare maten som må være ren, men det er også vesentlig å bade spedbarnet eller utføre hudpleie for å oppnå rene kropp, og rense barnets navle og øyne for å ivareta dets helbred (Frølich 1932/1921: 269-270, Nissen 2000/1877: 69, Waage 1905/1901: 131, Aaser 1921: 233).

Barnet bør idetmindste i de første Uger efter Fødselen bades engang daglig (Nissen 2000/1877: 67-68)... En omhyggelig Hudpleie og en gjennomført Renslighet i det hele er af stor Vigtighed for Spædbørn (Waage 1905/1901: 131, 1911/1901: 133-134).

Lærebøkene fra perioden 1877-1940 skriver prinsipielt likt om hygiene. Selv om det er egne kapitler om mikrobeteori i lærebøkene fra 1901 og 1921, endret ikke det måten læreverkene skrev om lys, luft og renslighet (Waage 1901: 132, Aaser 1921).

Avslutning

Denne teksten er basert på en antakelse om at ulike former for viten kan brukes til å understøtte samfunnsnyttige praktikker (jf. teoretisk tilnærming ovenfor). Antakelsen er fundert i Foucaults (2008/1975) argumentasjon om at sammenkoblinger mellom viten og praktikker har blitt brukt som disiplineringsverktøy i moderne industrisamfunn. Våre analyser indikerer at ideer og teorier om hygiene, med tilhørende redsel for smitte, har vært med på å understøtte den eksklusjon av foreldre som vi har identifisert i norske lærebøker i sykepleie i perioden 1877-1940. På den tiden var ikke antibiotika allment tilgjengelig, så renslighet, lys, luft og isolasjon av syke var helt sentrale i forebygging av smitte og ved behandling av de som hadde fått smittsomme sykdommer. Selv om antibiotika hadde vært tilgjengelig i den aktuelle epoken, er det lite sannsynlig at foreldre kunne være mye sammen med barna sine når de var på sykehus, fordi vi har sett at det kunne bli en økonomisk utfordring. Videre kunne det være vanskelig for foreldre å besøke barna sine på sykehus på grunn av transportbegrensninger. En reise som i dag tar en halvtime med bil, kunne være en dagsreise i perioden 1877-1940. Det var først på midten av 1900-tallet at det ble samfunnsmessig rom for å realisere ideer om at barn trenger foreldre sammen med seg når de er på sykehus (Sundal 2014: 109-111, Weberg & Sundal 1941: 200-201).

Litteraturliste

Ariès, P. (2003/1960) *Barndommens historie*, Oslo: Gyldendal

Arntzen, A. (1932/1921) Indledning. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.) *Lærebok i sykepleien*, Oslo: Aschehoug & CO

Boge, J., Sundal, H., Storum, H., Callewaert, C., Petersen, K.A. (Artikkelen ble levert til vurdering juni 2015 og ble vurdert av referee. Vi har justert den i etterkant og levert teksten til ny vurdering september 2015). Muligheter og begrensninger ved analyser av sykepleiepraktikker i et Foucault perspektiv, *Klinisk sygepleje*

Elster, T. (1990) *Rikets hospital*, Oslo: Aschehoug. Utgitt i samarbeid med Rikshospitalet
Ertresvaag, E. (1993) *Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år*, Bergen: Kysthospitalet i Hagevik

Foucault, M. (2000/1963) *Klinikkens fødsel*, København: Hans Reitzels Forlag

Foucault, M. (2002/1994) Questions of Method. I: Faubion, J. D. (red.) *Power. Essential works of Foucault 1954-1984*, London: Penguin Books

Foucault, M. (2008/1975) *Overvåkning og straff*, Oslo: Gyldendal Akademiske

Frølich, T. 1932/1921. Spædbarnpleie. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.) *Lærebok i sykepleien*, Oslo: Aschehoug & CO

Frønes, I. (1998/1989) *Den norske barndommen*, Oslo: Cappelen Damm Akademiske

Grindaker, K. E. (1993) Utviklingen av den pediatrike sykepleien. I: Lie, S. O. (red.) *For syke barn i 100 år. Barneklubben, Rikshospitalet, 1893-1993*. Barneklubben, Rikshospitalet

Klepaker, R. (1992) "Vonde minner gjennom hele livet". I: Nord, E. et al. (red.) *Kysthospitalet i storm og stille. Kysthospitalet ved Stavern 1892-1992*, Stavern: Kysthospitalet

Kvalvåg, B. (1992) "Evig takknemlig for at jeg ble frisk". I: Nord, E. et al. (red.) *Kysthospitalet i storm og stille. Kysthospitalet ved Stavern 1892-1992*, Stavern: Kysthospitalet

Larsen, A. (1932/1921) Almindelig sykepleie. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.) *Lærebok i sykepleien*, Oslo: Aschehoug & CO

Lie S. O. (red.) 1993. *For syke barn i 100 år. Barneklubben, Rikshospitalet, 1893-1993*, Oslo: Barneklubben, Rikshospitalet

Lystad, H. (1932/1921) Øiets, ørets og næsens pleie. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.) *Lærebok i sykepleien*, Oslo: Aschehoug

Martinsen, K. (1984) *Sykepleiens historie. Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram 1860-1905*, Oslo: Aschehoug/tanum-Nordli

Nerbøvik, J. (2011/1999) *Norsk historie 1860-1914*, Oslo: Det norske samlaget

Nissen, R. (2000/1877) *Lærebok i Sygpleie*, Oslo: Gyldendal Akademiske

Schiøtz, A. (2003) *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Oslo: Universitetsforlaget

Schrumpf, E. (2007) *Barndomshistorie*, Oslo: Det Norske Samlaget

Seip, M.F. (1993) Et historisk tilbakeblikk. I: Lie, S. O. (red.) *For syke barn i 100 år. Barneklubben Rikshospitalet, 1893-1993*, Oslo: Barneklubben, Rikshospitalet

Skirbekk, G. & Gilje, N. (2001/1972) *Filosofihistorie*, Oslo: Universitetsforlaget

Sundal, H. (2014) *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus: Analysene er historiske og nåtidige og har utgangspunkt i norske lærebøker i sykepleie, bilder, litteratur og andre dokumenter fra perioden 1877-2013, og intervju og observasjoner med foreldre og sykepleiere ved en barneavdeling i 2007*. Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.), Bergen: University of Bergen, Norway. <http://hdl.handle.net/1956/7942>

Schaanning, E. (1999/1976) Forord. I: Foucault, M. *Seksualitetens historie. Viljen til viten*, Oslo: Pax Forlag

Waage, H.R. (1901) *Lærebog i sygepleie*, Kristiania: I kommisjon hos H. Aschehoug & CO

Waage, H.R. (1905/1901) *Lærebog i sygepleie*, Kristiania: I kommisjon hos H. Aschehoug & CO

Waage, H.R. (1911/1901) *Lærebog i sygepleie*, Kristiania: I kommisjon hos H. Aschehoug & CO

Weberg, J. & Sundal, A. (1941) Pleie av det friske og syke spedbarn. I: Jervell, A. (red.), Arentz, G., Asbjørnsen, M., Moe, K. E. & Rimestad, A. *Lærebok for sykepleiersker*. Bind I, Oslo: Fabritius & Sønners Forlag

Wergeland, H. (1954) Barn på sykehus. *Sykepleien*, 20: 607-609

Aaser, E. (1921) Hygiene. I: Grøn, K. & Widerøe, S. (red.) *Haandbok i sykepleie*, Kristiania: Aschehoug & CO

Skal – skal ikke

Jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaringer med varsling av avvik

Ingeborg Ulvund, Karl Yngvar Dale og Atle Ødegård

Ingeborg Ulvund, høgskolelektor, Høgskolen i Molde, vitenskapelig høgskole i logistikk, Avdeling for helse og sosialfag

Karl Yngvar Dale, førsteamanuensis, Høgskolen i Molde, vitenskapelig høgskole i logistikk, Avdeling for helse og sosialfag

Atle Ødegård, professor, Høgskolen i Molde, vitenskapelig høgskole i logistikk, Avdeling for helse og sosialfag

Abstract

Midwives and mental health nurses experiences with reporting adverse events.

Patient Safety has a high priority on the national and international health care agenda. The incidence of adverse events is estimated to be too high and for a variety of reasons, a fair amount of such events are not reported. Hence, the aim of this study was to explore how midwives and mental health nurses experience and deal with adverse events. The study had a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with 25 midwives and mental health nurses. The data analysis strategy was systematic text condensation. Two primary themes emerged from the interviews: a) Nurses have a moral obligation to report, and b) Adverse events puts the individual in a difficult situation. The findings suggest developing a clearer understanding of the relationship between individual and organizational factors. In addition, management is proposed as the key factor in establishing good practice for reporting. More research is required in order to understand the psychosocial aspects of reporting adverse events, and the dynamics involved in professional decision-making in patient safety activities.

Emneord/Key words

*Varsling; pasientsikkerhet; psykiatrisk sykepleier; jordmor; kvalitativt intervju
Whistleblowing; patient safety; midwives; mental health nurse; qualitative interview*

Referee*

Introduksjon

Helsetjenesten skal tilby en sikker tjeneste av god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Likevel skades pasienter som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på det samme (Skjellanger, Deilkås, Sørensen, Advocaat-Vedvik, Brudvik, Schreiner, Fredheim, Longva, Austdal, Lemser og Nikolaisen 2014). Internasjonalt er det anslått at avvik forekommer ved ti prosent av sykehusinnleggelsene og at halvparten av hendelsene kunne vært unngått (Vincent, Aylin, Franklin, Holmes, Iskander, Jacklin og Moorthy 2008,

Donaldson 2005). En kartlegging, gjennomført i spesialisthelsetjenesten i Norge, viser at i 2013, fikk tretten prosent av pasientene en skade som resulterte i forlenget sykehusopphold eller behov for tiltak (Skjellanger et al. 2014). Denne undersøkelsen har som formål å eksplorere prosesser knyttet til varsling av denne type hendelser.

Spesialisthelsetjenesten er pålagt å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og har opprettet meldesystem for rutinemessig oppfølging av avvik. Dette er pålagt institusjonene i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven §3 -3, §3-3a og §3-4 som omhandler pasienthendelser (Lovdata1999), og Internkontrollforskriften som omhandler HMS-hendelser (Lovdata 1996). I tillegg er spesialisthelsetjenesten ved lov pålagt å orientere Kunnskapssenteret og Helsetilsynet om hendelser som har eller kunne ha ført til alvorlig skade eller død (Spesialisthelsetjenesteloven §3-3 og §3-3a) (Lovdata 1999). I tråd med dette motiveres sykepleiere gjennom utdanning og egen fagorganisasjon til å ha oppmerksomhet rettet mot pasientsikkerhet, som det kommer fram i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, punkt 5.4; *Sykepleieren melder fra eller varsler når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette* (Norsk sykepleierforbund 2014).

Når pasienter utsettes for fare for skade, eller skade, brukes begrep som *avvik, feil, uønsket hendelse, kritikkverdige forhold* og *mangelfull* eller *uforsvarlig praksis*. I denne sammenhengen bruker vi begrepet *avvik* om slike hendelser. Varsling brukes ofte synonymt med det engelskspråklige *whistleblowing*, og deles ofte i intern og ekstern varsling. Intern varsling brukes da om varsling innad i organisasjonen, mens ekstern varsling brukes om varsling ut av organisasjonen (Skivenes og Trygstad 2005). En mye brukt definisjon på varsling er: *The disclosure by organization members (former or current) of illegal, immoral, or illegitimate practice under the control of their employers, to person's or organizations that may be able to effect action* (Miceli, Near og Dworkin 2008:6). Begrepet *varsling* brukes i denne artikkelen som en samlebetegnelse på handlinger der avvik er meldt videre, uavhengig av om de er meldt internt, internt, men forbi nærmeste ledelsesnivå, eller eksternt som til media.

Park og Blenkinsopp (2009) argumenterer for at *Teori om planlagt handling* (TPH) kan være den mest nærliggende teoretiske forståelsesrammen med hensyn til varsling. I TPH angis flere faktorer som påvirker handling, herunder a) holdningen til adferden som er mediert av hvilke konsekvenser en kan forestilles seg, b) en subjektiv norm knyttet til adferden og som er mediert av normative forestillinger og c) oppfattelse av kontroll over egen atferd (Ajzen 2005). TPH angir altså en dynamisk forståelse av varsling. Det harmoner med funn fra en rekke studier, som a) at sykepleiere ser det som sitt ansvar å være pasientenes talsperson, men at både det å være involvert i avvik, og å varsle dem, er en utfordrende oppgave (Black 2011, Evans, Berry, Smith, Esterman, Selim, O`Shaughnessy og DeWit 2006, Ahern og McDonald 2002, Kirkehei, Lindahl og Tinnå 2012, Peters, Luck, Hutchinson, Wilkes, Andrew, Jackson 2011, Sanghera, Franklin og Dhillon 2007), og b) at avgjørelsen om å varsle eller ikke er et resultat av en komplisert beslutningsprosess knyttet til egen kompetanse, hendelsens karakter og forventning om støtte og/eller risiko for de involverte (Sanghera et.al 2007, Sirriyeh, Lawton, Gardner og Armitage 2010, Vaartio, Leino-Kilpi, Salantero og Suominen 2006).

Et av virkemidlene i pasientsikkerhetsarbeidet er avvikrapporing med påfølgende læring av feil. På den andre siden har det vært påpekt at avvik underrapporteres og at det i helsetjenesten mangles kunnskap om hvorfor helsepersonell unnlater å varsle (Hofstad 2015, Vincent 2008). Sykepleiere er sentrale aktører i helsetjenesten og kunnskap om deres

erfaringer med avvik og avvikshåndtering er viktig når helsetjenesten som ledd i kvalitetssikkerhetsarbeidet skal etablere kulturer og system for varsling av avvik og læring av feil (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Denne undersøkelsen utforsker erfaringer og prosesser i tilknytning til dette. Målsetningen med studien er å utforske erfaringer hos et utvalg jordmødre og psykiatriske sykepleiere når det gjelder varsling av avvik i spesialisthelsetjenesten.

Metode

Utvalg

Utvalget besto av jordmødre og psykiatriske sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. De ble rekruttert via en større undersøkelse blant jordmødre og psykiatriske sykepleiere (Ulvund og Vatne 2015). Ledere ved føde- og barselenheter og psykiatriske enheter på 10 sykehus, fra ulike deler av landet, distribuerte et informasjonsskriv med forespørsel om å delta i et individuelt telefonintervju. De som ville delta sendte kontaktinformasjon i en forhåndsfrankert svarkonvolutt, adressert til den ansvarlige for studien. For å sikre anonymitet ble det ikke innhentet bakgrunnsopplysninger.

Semi-strukturert telefonintervju

Det ble benyttet et semi-strukturert telefonintervju som metodisk tilnærming. Intervjuguiden ble utviklet i et samarbeid mellom norske og australske forskere og var ledd i en større undersøkelse om jordmødre og psykiatriske sykepleieres erfaring med varsling av avvik (Ulvund og Vatne 2015). Intervjuene varte fra 25 til 60 minutter og ble gjennomført av førsteforfatter. Det ble gjort opptak av intervjuene som deretter ble transkribert av intervjuer.

Temaene i intervjuguiden tok utgangspunkt i forskning på varsling og kjente begrep og system i tilknytning til dette; 1) Informantenes erfaring med å forårsake avvik og å være vitne til avvik, 2) Om avvikene ble varslet (ene), 3) Informantenes begrunnelser for å varsle/ikke varsle, 4) Hva som påvirker beslutningen(e) om å varsle/ikke varsle, 5) Hva som hendte etter at de varslet, 6) Kjennskap til avviksmeldesystem og 7) Tema som burde fått større fokus i pasientsikkerhetsarbeidet.

For å sikre en felles forståelse for innholdet i brukte begrep ble informantene først oppfordret til å beskrive hva de oppfattet som avvik og varsling, og å reflektere rundt begrep som brukes i pasientsikkerhetsarbeidet. Dette for å få forsikre seg om at informantene svarte på det samme når de blir spurt det samme spørsmålet. I tillegg gjentok intervjuer informantenes svar og oppsummert hovedinntrykk med egne ord for å forsikre seg om at informantenes mening kom fram. Underveis ble det benyttet oppfølgingsspørsmål som: "Kan du fortelle ...?", " Kan du si litt mer om ...? » o.l. Oppfølgingsspørsmål ble stilt for at informantens egne meninger og begrunnelser i størst mulig grad skulle komme fram.

Analyse

I analysearbeidet ble det ikke skilt mellom jordmødre og psykiatriske sykepleiere. Analysen fulgte prinsippene i Malterud's systematiske tekstkondensering (Malterud 2011). Ved flere gangers gjennomgang av både lydfiler og tekst ble det dannet et helhetsinntrykk av informantenes meninger og erfaringer med avvikshåndtering og varsling. Dette ga igjen

grunnlag for å trekke ut noen foreløpige temaer. Disse foreløpige temaene ble vurdert mot studiens hensikt og det ble arbeidet videre med den delen av materialet som besvarte denne, som anbefalt i Malterud (2011). Utsagn og tekstbiter som var relevante ble samlet under tilhørende tema. Dette dannet utgangspunktet for å trekke ut de meningsbærende enhetene, som igjen ble kondensert til subtemaer, og som tilslutt ble samlet i to hovedtemaer.

Alle forfatterne har lang klinisk erfaring og kjenner utfordringene og dilemmaene knyttet til varsling. Førsteforfatter er sykepleier og jordmor og har førstehåndserfaring fra den type praksisområder som informantene er hentet fra. Det ble lagt vekt på å reflektere rundt egen forforståelse i alle deler av forskningsprosessen.

Etikk og personvern

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Informantene gav skriftlig informert samtykke til å delta. Krav til anonymitet og konfidensiell behandling av data-materialet ble ivaretatt i transkriberingen og alt datamateriale er anonymisert. Deltakelsen var frivillig, det ble ikke notert navn i tilknytting til intervjuene, informantene oppgav heller ikke arbeidssted og det ble opplyst at de når som helst kunne trekke opplysninger tilbake.

Funn

I alt ble 25 spesialsykepleiere intervjuet, 18 var psykiatriske sykepleiere og syv var jordmødre. Den enkelte informant refererte til flere typer avvik, ulike måter å varsle på og delte erfaring fra både alvorlige hendelser med skade på pasient og avvik som ikke hadde medført uønskede konsekvenser for pasienten. Informantene brukte begrepene varsling, melding og rapportering, og uønskede hendelser, feil og avvik, litt om hverandre. Det kom likevel tydelig fram hvilke type handlinger det ble referert til. De to hovedtemaene som ble identifisert i analysen var: 1) Vi har en moralsk plikt til å varsle og 2) Avvik setter den enkelte i en vanskelig situasjon.

Vi har en moralsk plikt til å varsle

Informantene vektla respekt for pasientenes rettigheter som en sentral verdi i sykepleieres yrkesgrunnlag og viste til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og Norsk Sykepleierforbunds oppfordring til sykepleiere om å være modig og sterk og varsle avvik og faglig uforsvarlig praksis. En av informantene uttrykte det slik; ... *etterpå har jeg tenkt, fader at jeg ikke sa fra, vi må ikke være feige*. Tok de ikke dette ansvaret hendte det at de i ettertid angret eller fikk en følelse av ikke å gjøre nok for pasientene, som det kom fram i følgende utsagn;

Har følt at jeg burde stått på litt mer for pasientene, noen ganger når jeg har gått tilbake og trøstet pasientene har jeg tenkt på at jeg burde sagt fra, men det er litt vanskelig.

Jeg tenker på at folk må tørre å varsle – at det som varsles ikke blir dysset ned, og at det er litt mer rom for å varsle, ikke være redd for det - ikke redd for å bli fryst ut av avdelingen, har hørt om det.

Det kom både fram et ansvar for å melde avvik en hadde vært delaktig i, og avvik en hadde vært vitne til. Ansvarret ble beskrevet som en profesjonell plikt (yrkesetikk) og et personlig ansvar (moraliske verdier, egenskaper hos individet), det kommer fram i utsagn som; ... *jeg er den typen som sier fra*. Informantene forventet videre, både av seg selv og andre, at pasientens interesser ble satt foran egne, hadde en gjort en feil måtte en ordne opp for seg, som en sa;

Når jeg oppdaget at jeg hadde gitt feil medisin, så ville jeg ikke sitte med den rette etiske følelsen om at her er det gitt feil medisin når den er rapportert, da har jeg på en måte plassert det ut av meg selv.

Varslingsplikten knyttes ikke bare mot ivaretagelse av den enkelte pasient, informantene varslet også for hindre gjentakelse og å lære av feil. En informant uttrykte det på denne måten; ... *vi må melde for å bli bedre, for å skjerpe oss og slik at vi rent faglig blir bedre*. På den måten løftet informantene ansvar og hensikten med å varsle ut av den konkrete situasjonen, varsling fikk en forbyggende effekt og tillagt å ha en viktig funksjon i pasientsikkerhetsarbeidet, som to andre sa;

... begrunnelsen er ikke å finne ut hvem som gjør feil, vi gjør det for å bli bedre rent faglig og for å skjerpe oss.

... varslingssystemet fungerer greit, vi bruker meldingene til å bli bedre.

For å fortsette å varsle ble det imidlertid påpekt som viktig at leder hadde fokus på at hensikten var kvalitetsforbedring, at det var åpenhet om avvikene som ble varslet og om hva som ble gjort i etterkant.

Avvik setter den enkelte i en vanskelig situasjon

Flere forhold kan redusere sannsynligheten for at et avvik varsles. Det å være involvert i et avvik, enten som vitne eller som delaktig i hendelsesforløpet, utløste emosjonelle reaksjoner som stress og skyld, som en fortalte; ... *jeg kan huske det skjedde en gang for min egen del, jeg gjorde en feil, og det var en forferdelig ubehagelig opplevelse*. I tillegg til å klandre seg selv, opplevde noen det å ha gjort en feil som noe truende, som en spurte; ... *de kan ikke dømme meg for det?*

Informantene brukte ord som å *angi* og *angiveri* om avvikssystemet, og var opptatt av å unngå tildeling av skyld og utpeking av syndebukker. Noen kjente til at avvik hadde ført til utilsiktede konsekvenser for de involverte, som en sa; ... *det ble en heksejakt, folk var ikke interessert i å høre min versjon*. Dette førte til at de for ettertiden ble mer forsiktige, både på egne og andres vegne, det kommer fram i utsagn som;

Det skal være graverende før jeg melder en kollega, og det er ikke alltid jeg gjør noe.

... og man blir redd for at de skal prøve å finne en feil på deg.

Melder du meg melder jeg deg, det kan bli maktkamp i avdelingen, det blir ikke hyggelig å omgås den personen.

I analysen kom det fram en rekke eksempler på konsekvenser av varsling: a) at de involverte ikke fikk støtte eller hjelp b) at de ble frosset ut av leder eller kolleger, c) at de ikke ble trodd,

d) at hendelsen ble bagatellisert og e) at de involverte ble utsatt for represalier eller sanksjoner. I verste fall hadde varsling ført til tap av omdømme, svekkelse av helse og tap av avansementsmuligheter, og det ble referert til omplassering eller skifte av arbeidsplass. Dette fikk både personlige og profesjonelle konsekvenser, som det ble sagt ... *det gjør at en blir mer forsiktig*, eller; ... *det jeg merker i dag er at jeg har symptomer* og; ... *jeg har blitt mer varsom og vaktson*. Uavhengig av om de negative konsekvensene rammet dem selv eller en arbeidskollega, ble de selv i etterkant mer forsiktige, både med å varsle egne og andres avvik. Videre kom det fram at hyppig bruk av avviksmelding på egne avvik kunne medføre at ledelsen eller kollegaer vurderte dem som mindre dyktige eller at de ble stemplet som en "bråkebøtte". I tillegg kunne høy forekomst av avviksmeldinger ramme avdelingens omdømme negativt.

Gode rutiner for behandling av meldinger, støtte til de involverte og informasjon om avvik i egen avdeling virket motiverende, som en informant konkluderte; *Det at det blir gjort noe er helt vesentlig, da blir motivasjonen enda sterkere for å jobbe med endringsarbeid*. En annen informant fortalte følgende eksempel for illustrere det samme;

Jeg varslet om en ekstravakt som ikke fungerte, hun ble ikke brukt mer, det var litt leit, men jeg fikk god støtte fra leder og kollegaer, de sa det var riktig å varsle.

Noen typer avvik, som for eksempel feilmedisinering, var det relativt lett å identifisere som avvik. Ved andre typer avvik, for eksempel uetisk praksis og prosedyrebrudd, kunne det oppstå tvil og uenighet om hendelsen skulle varsles. Mangel på kompetanse til å vurdere, og manglende konsensus om hvilke typer hendelser som skulle varsles, kunne føre til underrapportering og skjevhet med hensyn til hva og hvem som varslet. Særlig utfordrende var det å forholde seg til en kritikkverdig praksis dersom den var akseptert av ledelsen og/eller kollegiet, samtidig som man selv mente praksisen var faglig uforsvarlig. Om denne type hendelser kunne det bli sagt;

... det er ikke vits å skrike til tomme vegger.

... jeg blir lei av å være jusstisstemme.

Ledere som oppfattet avvik og avviksmeldinger som personlig kritikk, eller som ikke fokuserte på varsling og avvikshåndtering som et middel til å lære av feil, ble oppfattet som "bremseklosser", en kommenterte det slik; ... *for å melde bekymring uten at noe skjer, da ender det med å gi opp*. Noen stilte spørsmål til effekten av å melde avvik, om det førte til kvalitetsforbedring, og argumenterte for andre former for kvalitetssikkerhetsarbeid;

... jeg har ikke alltid varslet, bare bedt om en diskusjon for eksempel, om hvordan ulike yrkesgrupper skal forholde seg.

... jeg liker ikke varslingsystemet, andre metoder virker bedre, hvorfor kan vi ikke bare snakke sammen, og ta det opp på avdelingsmøter.

Det ble også pekt på at det var ressurskrevende å melde. Det tok for mye tid, det var mangel på opplæring i bruk av meldesystemet og at kvaliteten på meldesystemet ikke var god nok.

Diskusjon

Målsetningen med studien var å utforske erfaringer hos et utvalg jordmødre og psykiatriske sykepleiere med hensyn til varsling av avvik. Funnene peker i retning av to hovedtemaer; 1) Vi har en moralsk plikt til å varsle og 2) Avvik setter den enkelte i en vanskelig situasjon.

Informantene oppfattet det som en sentral del av sin yrkesfunksjon å være pasienters talsperson og å varsle avvik. Imidlertid ble både det å forårsake et avvik, og å varsle det, forbundet med personlig og profesjonell risiko, noe som igjen kunne forhindre varsling. Det har tidligere vært foreslått at de som ikke varsler og de som varsler har ulike holdninger til varsling og pasientsikkerhetsarbeid (Ahern og McDonald 2002, Jansma, Wagner, Kate og Bijnen 2011). Denne studien fokuserte ikke direkte på holdninger, men mer på den kompleksiteten valgsituasjoner er forbundet med. Som Ajzen (2005) påpeker er det flere faktorer enn holdninger som påvirker handlingsvalg. Den indre motivasjonen, eller "holdningen", til å varsle kan overstyres av faktorer i omgivelsene. Alvorlighetsgrad kan være en slik faktor, som i denne studien hvor informantene presiserte at alvorlige hendelser alltid ble varslet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3 og §3-3a (Lovdata 1999). For andre hendelser kunne faktorer som forventning om resultat og egen evne til å mestre påkjenningene som kan oppstå i kjølevannet av en varsling, påvirke om hendelsene ble varslet eller ikke. I funnene kommer det fram flere eksempler på negative følger av varsling. Informantene fortalte både om egne og andres opplevelser, og refererte blant annet til episoder der bekymring for uetisk eller mangelfull praksis ble avfeid, at varslere hadde blitt frosset ut av kollegiet, at de selv eller en kollega hadde fått endret sitt ansettelsesforhold og personlige utfordringer som stress og redusert arbeidsevne.

Forskning om varsling gir holdepunkt for at helsepersonell som har vært involvert i avvik opplever at både det å forårsake avvik, og å varsle hendelsen, kan gi personlige konsekvenser for de involverte gjennom å utløse følelsesmessige reaksjoner som skyld og selvbebreiding (Jackson et al. 2010, Kirkehei et al. 2012, Mesel 2014, Peters et al. 2011). Det å gjøre en feil kan etterlate en opplevelse av ikke å strekke til overfor pasienten, seg selv eller kollegiet. I tillegg refererte informanter til at det hadde gitt svekket omdømme for de involverte. Det kan oppstå en konflikt mellom forventning til seg selv og det som faktisk hendte, og noen kan i etterkant streve med å plassere skyldspørsmål og skyldfølelse. Når informantene etterlyser støtte til de involverte kan det være støtte til å rydde opp i dette ansvarsforholdet og opplevelsen av moralsk skyld og selvbebreiding (Mesel 2014).

Helsemyndighetene har fokus på pasientsikkerhetsarbeid og vil ha kulturer som er åpne om avvik og lærer av feil. Man skulle således tro at norske helsepersonell opplever det uproblematisk å melde avvik, men likevel meldes ikke alle avvik. Hvorfor? På den ene siden har den som varsler et stillingsvern (Lovdata 2005). Med andre ord, man skal ikke miste jobben som følge av varsling. På den andre siden, varslere beskyttes ikke mot gjengjeldelse som sosiale sanksjoner, herunder utestengelse fra kollegiet, fortielse, mistro og mangel på støtte. Samlet sett er dette former for gjengjeldelse som både kan skape dårlig arbeidsmiljø og som kan medføre risiko for underrapportering. Det er et lederansvar å etablere kulturer og rutiner som gjør det trygt å varsle avvik. Dette vil i en ideell verden fungere slik at i stedet for å frykte konsekvenser fra kolleger og/eller ledelsen, vil de som varsler oppleve at ledelsen tar ansvar og støtter dem. Det gjøres når organisasjonen tar sin del av ansvaret og erkjenner systemfaktoren ved enkelthendelser, og forhindrer at avvik utløser en jakt på syndebukker, og således utvikler et arbeidsklima som stimulerer til læring av feil.

Manglende konsensus om hvilke hendelser som skal varsles, og manglende kompetanse til å identifisere dem, kan også påvirke meldefrekvensen (Helsetilsynet 2013, Jansam et al. 2011). Eksempelvis viser forskning at helsepersonell oftere varsler enkelthendelser som fall og feilmedisinering enn mangler som utvikler seg over tid, som trykksår og inadekvate prosedyrer (Joolae, Hajibabae, Peyrovi, Haghani og Bahrani 2011). Her ser vi konturene av nok en lederoppgave; det er ikke nok med kompetanse i bruk av meldesystemet, det må også gis opplæring i hvilke hendelser som skal meldes og hvilke som kan løses på andre måter. Åpenhet fra ledelsens side om hvordan avvik håndteres og kjennskap til positive resultat motiverer til å varsle, mens manglende kompetanse i bruk av avviksmeldinger, uklare melderutiner og kompliserte meldesystem virker motsatt (Evans et al. 2006, Jansma et al. 2011, Joolae et al. 2011, Kirkehei et al. 2012, Sirriyeh et al. 2010). Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at dersom pasientsikkerhetsarbeidet kun fokuserer på læring av feil kan det føre til at vi mister andre verdifulle innfallsvinkler. Fokus på utvikling av pasientsikkerhetskulturer, forbedringsarbeid og kunnskapsbaserte prosedyrer og retningslinjer er noen eksempler på dette. Internasjonale studier påpeker at høy faglig kompetanse hos personalet minsker avviksfrekvensen og bedrer pasientsikkerheten, en strategi som øker jobbtilfredsheten og motiverer sykepleiere til å gjøre en god jobb (Aiken Sermeus, Van den Heede, Sloane, Busse, McKee, Bruyneel, Rafferty, Griffiths Moreno-Casbas, Tishelman, Scott, Brzostek, Kinnunen, Schwendimann, D. Heinen, Zikos, Sjetne, Smith og Kutney-Lee 2012, Joolae et al. 2011, Sirriyeh et al. 2010).

Metodekritikk

Datamaterialet i denne undersøkelsen er begrenset og funnene kan ikke gjøres gyldige på tvers av kontekster der jordmødre og psykiatriske sykepleiere arbeider. Den eksterne validiteten er altså lav (Lund 2002). Oppfølgende intervju (runde to) kunne vært brukt for å samle inn nye data som kunne gitt økt forståelse av fenomenet varsling for denne gruppen informanter.

Et annet moment som må tas i betraktning er at førsteforfatter selv er sykepleier og jordmor og har førstehåndserfaring fra den type praksisområder som informantene er hentet fra. Dette anses både som en styrke og en svakhet. Det ga god mulighet til å stille relevante oppfølgingsspørsmål, men innebar også en viss risiko for at intervjuer for fort, tok for gitt at det var samsvar mellom informantens og intervjuers forståelse av situasjonen.

Vi ser for oss muligheten for å utvikle ny metodikk for kartlegging av de «psykososiale aspekter ved avvik og varsling», og som tematisk sett kom frem i denne studien, det vil si: "Hva hemmer og fremmer varsling hos tjenesteytere innen det helsefaglige området?" En større forståelse av varsling som fenomen (jfr. begrepsvaliditet), vil også kunne bidra til å forstå hvordan varsling er relatert til for eksempel arbeidsmiljøkontekst, ledelse og individuelle forutsetninger.

Konklusjon

Det må opparbeides en tydeligere forståelse av sammenhengen mellom individ, system og organisatoriske faktorer, og mye taler for at ledelsen er nøkkelen til god praksis for håndtering av avvik. Det er et ledelsesansvar å etablere rutiner som gjør de ansatte kompetente til å

vurdere hvilke situasjoner som skal meldes og hvordan de skal gjøre det. Pasientsikkerhetsarbeid innbefatter også at man på et organisatorisk nivå medierer og styrker både bemanningssituasjonen og de ansattes kompetanse og forståelse knyttet til faglige standarder. Videre må det innarbeides en åpenhet for hvordan det kan læres av feil, både på individ- og systemnivå, og ikke minst må de ansatte forsikres om at varsling ikke medfører formelle og/eller uformelle negative konsekvenser.

Litteratur

Aiken, L. H., W., K. Sermeus, D. M. Van den Heede, R. Sloane, M. Busse, L. McKee, A. M. Bruyneel, P. Rafferty, M. T.Griffiths, C. Moreno-Casbas, A. Tishelman, T. Scott, J. Brzostek, R. Kinnunen, M. Schwendimann, D. Heinen, I.S Zikos, S. Sjetne, H.L. Smith og Kutney-Lee, A. (2012) "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States." *Bmj* 344:e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717.

Ahern, K. og A. McDonald (2002) The beliefs of nurses who were involved in a whistleblowing event. *J Adv Nurs* 38 (3):303-9.

Ajzen, Icek (2005) *Attitudes, Personality and Behaviour* (2nd Edition). Berkshire, GBR: McGraw-Hill Education.

Black, L. M. (2011) Tragedy into policy: a quantitative study of nurses' attitudes toward patient advocacy activities. *Am J Nurs* 111 (6):26-35; quiz 36-7. doi:10.1097/01.NAJ.0000398537.06542.c0.

Donaldson, L. (2005) *World alliance for Patient Safety*. WHO, France:WHO.

Evans, S. M., J. G. Berry, B. J. Smith, A. Esterman, P. Selim, J. O'Shaughnessy og M. DeWit, (2006) Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care* 15 (1):39-43. doi: 10.1136/qshc.2004.012559.

Helse og omsorgsdepartementet (2012) *God kvalitet – trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Mld.st. nr 10(2012-2013) Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Helsetilsynet (2014) *Tilsynsmelding 2013* 2013 [cited 10.12 2014]. Available from <https://www.helsetilsynet.no>.

Hofstad, E. (2015) Avvik stoppes og avvises *Sykepleien* 3:30-39.

Jackson, D., K. Peters, S. Andrew, M. Edenborough, E. Halcomb,

L. Luck, Y. Salamonson og L. Wilkes (2010) Understanding whistleblowing: qualitative insights from nurse whistleblowers. *Journal of Advanced Nursing* 66 (10):2194-2201. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05365.x.

Jansma, J. D., C. Wagner, R W. Kate og A. B. Bijnen (2011) Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study. *BMC Health Serv Res* 11:335. doi: 10.1186/1472-6963-11-335.

Joolae, S., F. Hajibabae, H. Peyrovi, H. Haghani og N. Bahrani (2011) The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions." *International*

Nursing Review 58 (1):37-44. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00872.x.

Kirkehei, I, A., K. Lindahl og M. Tinnå (2012) *Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Kunnskapssenteret (2014) *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7, 2011 – 2013 – 2013*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-i-trygge-hender-24-7-2011-2013>. Nedlastet 01.10.2015.

Lovdata (2005) *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern*. 17. juli 2005; nr. 62. (Arbeidsmiljøloven). Sist endret fra: 01.10.2015. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>. (Nedlastet 20.10.2014).

Lovdata (1996) *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter*. 6. desember 1996. nr. 1127. (Internkontrollforskriften). Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127>. (Nedlastet 01.10.2015).

Lovdata (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten*. 2. juli 1999; nr. 61.

(Spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>. (Nedlastet 01.10.2015).

Lund, Torleif (2002) *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: UniPub.

Malterud, Kirsti (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mesel, Terje (2014) *Når noe går galt: fortellinger om skyld, skam og ansvar i helsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Miceli, Marcia, Jeanet P Near og Terry M. Dworkin (2008) *Whistle blowing in organizations*. New York: Routledge.

Norsk sykepleierforbund (2014) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/1378906/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>. (Nedlastet 10.01.2015).

Park, H. og J. Blenkinsopp (2009) Whistleblowing as Planned Behavior – A Survey of South Korean Police Officers. *Journal of Business Ethics* 85 (4):545-556. doi: 10.1007/s10551-008-9788-y.

Peters, K., L. Luck, M. Hutchinson, L. Wilkes, S. Andrew og D. Jackson (2011) The emotional sequelae of whistleblowing: findings from a qualitative study. *J Clin Nurs* 20 (19-20):2907-14. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03718.x.

Sanghera, I. S., B. D. Franklin og S. Dhillon (2007) The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK Intensive care unit. *Anaesthesia* 62 (1):53-61. doi: 10.1111/j.1365-2044.2006.04858.x.

Skivenes, Marit og Sissel C. Trygstad (2005) *Når arbeidstakere ytrer seg kritisk: en pilotstudie av et utvalg medarbeideres erfaringer med å varsle i utdannings- og pleie- og omsorgssektoren*. Vol. 2005:4. Oslo: FAFO.

Sirriyeh R., R. Lawton, P. Gardner og G. Armitage (2010) "Coping with medical error: a

systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being " *Qual Saf Health Care* 19: (43):8. doi: 10.1136/qshc.2009.035253.

Skjellanger A. G., E.T. Deilkås, R. Sørensen, J. Advocaat-Vedvik, M. Brudvik, M. Schreiner, N. Fredheim, K. W. Longva, C. Austdal, M. Lemser og J. Nikolaisen (2014) Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7» 2011–2013. Endret 04.10.2015 Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-i-trygge-hender-24-7-2011-2013>. (Nedlastet 01.10.2015.)

Ulvund. I., og S. Vatne (2015) *Varsling og mangel på varsling av kliniske feil og uetisk praksis*. Rapport. Molde: Møreforskning In press.

Vaartio, H., H. Leino-Kilpi, S. Salanterä og T. Suominen (2006) Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci* 20 (3):282-92. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00406.x.

Vincent, C., P. Aylin, B. D. Franklin, A. Holmes, S. Iskander, A. Jacklin og K. Moorthy (2008) Is health care getting safer? *Bmj* 337:a2426. doi: 10.1136/bmj.a2426.

Enveiskjørt samarbeid?

En studie av kommunale ledere og legers erfaringer fra samarbeid med helseforetak om kommunale akutte døgnenheter

Marianne Sundlisæter Skinner

Marianne Sundlisæter Skinner, førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning Øst, Høgskolen i Gjøvik

Abstract

Cooperation between Norwegian municipal acute bed units and hospitals: A one-way street?

The Norwegian Coordination Reform of 2012 transferred responsibilities from the state-run specialist health service to the municipality-run primary healthcare service, simultaneously aiming to improve coordination and cooperation between the two levels. This article investigates how managers and doctors in the municipalities have experienced cooperation with the hospitals on the service level since the reform was implemented. The study focuses on municipal emergency bed units, which are to be introduced in all 428 Norwegian municipalities by 2016. Qualitative interviews with representatives from eight emergency units were conducted in order to identify routines for hospital-municipality cooperation on the service level. The study indicates that there is a majority of cooperation-passive municipality/hospital constellations and a minority of cooperation-active constellations. Furthermore, it is unclear who has the responsibility for initiating and maintaining cooperation. It is argued that both parties have to be active to establish effective cooperation structures on the service level.

Nøkkelord/Key words

Cooperation; municipalities; hospitals; municipal emergency bed units
Samhandling; samarbeid; kommunehelsetjenesten; helseforetak, KAD, øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Referee*

Innledning¹

I Norge har kommunene ansvaret for primærhelsetjenester som allmennlegetjenester, legevakt, sykehjem og hjemmetjenester, mens staten, ved regionale helseforetak, siden sykehusreformen i 2002 har hatt ansvaret for de spesialiserte helsetjenestene ved sykehusene. I tiden etter sykehusreformen ble det utviklet en rekke lokalt forankrede tiltak for å bedre samordningen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjenester.

¹ Tusen takk til fagredaktør Gabriele Kitzmüller og to anonyme fagfeller for nyttige kommentarer og innspill til artikkelen. Studien er finansiert av EVASAM-programmet i Norges forskningsråd.

Disse tiltakene ble i 2012 fulgt opp av Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008-09) som skulle «*bidra til å forbedre samordningen mellom de ulike leddene i helsevesenet*» (Rommetvedt, Opedal, Stigen og Vrangbæk 2014: 13). Primærhelsemeldingen som ble presentert til Stortinget i mai 2015 (Meld. St. 26 2014-15) signaliserer fornyet fokus på å bedre kommunehelsetjenestens forutsetninger for å oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner. Utfordringene med arbeidsdeling og samordning, som den norske Samhandlingsreformen skulle imøtekomme, er ikke unike for Norge. Både Sverige og Danmark har gjennomført egne reformer og tiltak for å bedre samordningen og samarbeidet mellom de ulike forvaltnings- og tjenestenivåene (Grimsmo og Magnussen 2015; Rommetvedt et al. 2014), og i den internasjonale litteraturen er *integrated care* ett hett tema (Kodner og Spreeuwenberg 2002; Mur-Veeman, van Raak og Paulus 2008). Selv om denne artikkelen tar for seg samarbeid mellom *norske* kommuner og sykehus, strekker temaets relevans seg ut over Norges grenser.

Den norske Samhandlingsreformen hadde i tillegg til å bedre samhandlingen også som mål å tilby helsetjenester nærmere der folk bor og å redusere antallet sykehusinnleggelser. Det ble derfor fremsatt krav om at samtlige av landets 428 kommuner skal ha tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen 1. januar 2016. Kommunene skal tilby døgnopphold til «*de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til*» (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012). Øyeblikkelig hjelp døgnopphold har etter hvert blitt bedre kjent som kommunale akutte døgnenheter, forkortet til KAD. Ved utgangen av 2014 var det 275 kommuner (64 prosent) som hadde fått tilskudd og etablert KAD (Helsedirektoratet 2015: 107).

Ett av formålene med KAD er at de skal avlaste akuttinnleggelser i sykehus. Kommunene skal med andre ord overta ansvaret for en gruppe pasienter som tidligere ble sendt til sykehus for behandling. I tillegg har kommunene etter Samhandlingsreformen fått betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én, hvilket innebærer at kommunehelsetjenesten tar imot flere pasienter fra sykehus enn tidligere. Resultatene fra en delphi-studie gjennomført i 2012 av Holen-Rabbersvik, Eikebrokk, Fensli, Thygesen og Slettebø (2013: 6-7) indikerer at helsetilstanden til pasientene som blir utskrevet fra sykehus etter Samhandlingsreformen er dårligere enn tidligere. Disse funnene understøttes også av en kvantitativ studie av sykepleieres erfaringer med Samhandlingsreformen gjennomført våren 2013 i et utvalg på 2372 sykepleiere. Her oppgav fem av ti sykepleiere at over 20 prosent av pasientene som skrives ut fra sykehus til kommunene fortsatt trenger sykehusbehandling (Gautun og Syse 2013: 26). Denne oppgaveoverføringen, som innebærer at kommunene overtar ansvaret for pasienter som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten, fordrer at helseforetakene bidrar med kompetanse og kunnskapsoverføring til kommunene. Dette gjelder i høyeste grad for akuttenehetene, der det er stipulert at tilbudet i kommunen skal være «*like godt eller bedre*» enn innleggelse i sykehus (Helsedirektoratet 2014a: 6). Helseforetakene og kommunene fikk per 1. januar 2012 plikt til å inngå samarbeidsavtaler (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012). Reformen stipulerer at avtalene skal «*utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte*» (St.meld. nr. 47 2008-09: 77). Det er altså et krav fra myndighetene om at spesialisthelsetjenesten skal være delaktige i oppgaveutforming og -løsningen ute i kommunene.

Samarbeid på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten i Norge var gjenstand for forskning forut for Samhandlingsreformen (Kalseth og Paulsen 2008; Møller og Flermoen 2010; Paulsen, Romøren og Grimsmo 2013), og det er studier som har tatt for seg innholdet i de

obligatoriske samarbeidsavtalene og forholdet partene i mellom på det overordnede nivået etter reformen (Martens og Veenstra 2015; Kirchhoff, Grimsmo og Brekk 2015). Videre finnes det forskning på samarbeid i spesifikke samhandlingstiltak etter reformen (Håland og Osmundsen 2015), og samarbeidet rundt sykehusinnleggelse og/eller utskrivning av pasienter fra sykehus har også vært vært satt under lupen av flere forskere (f.eks. Gautun og Syse 2013; Hellesø og Melby 2013; Melby, Brattheim og Hellesø 2015). Foruten dette har vi imidlertid lite kunnskap om hvordan samhandlingen mellom sykehus og kommunene fungerer på tjenestenivået etter at reformen trådte i kraft. Videre er det utvilsomt viktig å evaluere i hvilken grad helseforetakene oppfyller sine forpliktelser når det gjelder *kompetanseoverføring* overfor kommunene i praksis, ikke bare på papiret.

Hensikten med denne studien er å belyse kommunehelsetjenestens erfaringer fra samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med etableringen og driften av kommunalt akutt døgnopphold. Problemstillingene som belyses er: Hvilke samarbeidsrutiner finnes mellom kommunene og sykehusene i forbindelse med KAD? Bidrar helseforetakene med kompetanse til det lokale tilbudet?

Bakgrunn

Kommunene har valgt forskjellige måter å organisere KAD på. Om lag tre fjerdedeler av kommunene som har åpnet KAD så langt har valgt å samarbeide med omliggende kommuner om tilbudet, mens de resterende etablerer plasser i egen kommune kun for egne innbyggere (Skinner 2014; Deloitte 2013). Kommunene står også fritt til å selv velge lokalisering, hvilket har resultert i et bredt mangfold hva angår akutenhetenes organisering. Noen akutenheter består av kun én seng i en sykehjemsavdeling, mens andre har flere senger organisert i tilknytning til f.eks. legevakt eller lokal-/distriktsmedisinsk senter (LMS/DMS) (Skinner 2014). Akutenhetene kan klassifiseres i åtte hovedmodeller: KAD ved sykehjem; helsehus; LMS/DMS; legevakt; sykehus; sykestue; sykehjem og annen lokalisering (legevakt/sykehus/LMS); og kommunal KAD kombinert med interkommunal KAD (Skinner 2015).

Alle norske kommuner har inngått samarbeidsavtaler som ligger til grunn for samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket (Helsedirektoratet 2014b: 9). Disse samarbeidsavtalene er inngått mellom kommunestyret og helseforetaket, og skal blant annet inneholde en beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. I tillegg har samtlige norske kommuner opprettet diverse overordnede samarbeidsorganer med «sine» helseforetak. Disse betegnes i samarbeidsavtalene som strategiske og samarbeidsfremmende, og er forta der direktører og ledere fra helseforetaket og kommunene møtes for å ta prinsipielle avgjørelser og planlegge videre arbeid (Martens og Veenstra 2015: 36).

Rommetvedt et al. (2014: 22) skiller mellom strukturelle og relasjonelle aspekter ved samhandlingsutfordringene og virkemidlene som tas i bruk for å håndtere dem. Mens de strukturelle aspektene består av politiske og administrative styringsstrukturer, aktører (f.eks. regioner, kommuner, helseforetak og sykehus) og spilleregler, er de relasjonelle aspektene de direkte tiltakene som innføres for å bedre samhandlingen, som f.eks. etableringen av avtaler og samarbeidsfora. Denne artikkelen tar kun for seg sistnevnte – de relasjonelle aspektene ved samhandlingen.

Metode

En kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig når forskningen er av en eksplorerende og empiridrevet karakter (Tjora 2012: 18) og dens hensikt er å studere personers erfaringer med et fenomen. Kvalitative semi-strukturerte intervjuer med nøkkelpersoner i åtte kommuner/akuttenheter ble brukt som primær datainnsamlingsmetode. I tillegg ble kommunenes søknader om tilskudd fra Helsedirektoratet, opplysninger om akuttenhetene fra en tidligere intervjustudie i 76 kommuner og søk på kommunenes nettsider benyttet i en kartlegging av akuttenhetene forut for intervjuene.

Utvalg og rekruttering av informanter

Det er et betydelig mangfold i hvordan kommunene har løst utfordringen med KAD. I tillegg til lokalisering og interkommunalt samarbeid er det mange andre faktorer som virker inn på hvordan samarbeidet med helseforetaket fungerer, som f.eks. kommunestørrelse og geografi. For å øke studiens representativitet ble det rekruttert ni informanter fra åtte akuttenheter til studien: Én eller to informanter fra forskjellige typer KAD-modeller (jf. Skinner 2015) og landsdeler. Åtte av de ni informantene kom fra kommuner som hadde åpnet KAD innen utgangen av 2013, mens den siste informanten representerte en akuttenhet som startet opp i 2014. Informantene representerte fem interkommunale og tre kommunale akuttenheter fra samtlige helseregioner.

Tabell 1 gir en oversikt over informantene og akuttenhetene de representerer. Hver informant har fått et nummer som knytter dem til deres respektive utsagn i resultatdelen.

Tabell 1: Utvalget

Informantnummer	Modell	Befolkningsgrunnlag	Kommunal/interkommunal
1	Sykehjem	< 5000	Kommunal
2	Flere sykehjem	20 000 – 49 999	Interkommunal
3a, 3b	Helsehus og legevakt	20 000 – 49 999	Kommunal
4	DMS	10 000 – 19 999	Interkommunal
5	Legevakt	20 000 – 49 999	Interkommunal
6	Sykestue	20 000 – 49 999	Interkommunal
7	Sykehus	5 000 – 9 999	Interkommunal
8	Kommunal og interkommunal	> 50 000	Begge

Forutsetningen for deltakelse i intervju var at informanten var nært involvert i det nåværende arbeidet med og driften av kommunens KAD og at vedkommende også hadde vært involvert i eller hadde nær kjennskap til arbeidet med etableringen av tilbudet. Rekrutteringen av informanter skjedde ved at kommunens kontaktperson for Senter for omsorgsforskning/kommuneutvalg² ble kontaktet via e-post og bedt om å hjelpe med rekruttering av en informant til studien. I noen tilfeller var navnet på den aktuelle informanten allerede kjent (fra ovennevnte kommunebesøk). I disse kommunene ble informanten kontaktet direkte via e-post.

Én av akuttenhetene stilte med to informanter på eget initiativ. Stillingene til informantene var enhetsleder, virksomhetsleder, lege ved KAD, kommuneoverlege og avdelingssykepleier. Der det var flere kommuner som hadde gått sammen om KAD, ble spørsmålene stilt om akuttenheten i sin helhet og om samtlige kommuner i samarbeidet. Unntaket var kommunen som hadde både et kommunalt og interkommunalt tilbud, hvor informanten kun ble intervjuet om «sin del» av KAD.

² Senter for omsorgsforskning/kommuneutvalg består av 50 «omsorgsforskningkommuner» og samtlige kommuner som har funksjonen utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Totalt er det 77 kommuner i kommuneutvalget, og de bistår de fem sentrene for omsorgsforskning i datainnsamling til forskningsprosjekter.

Gjennomføringen av intervjuene

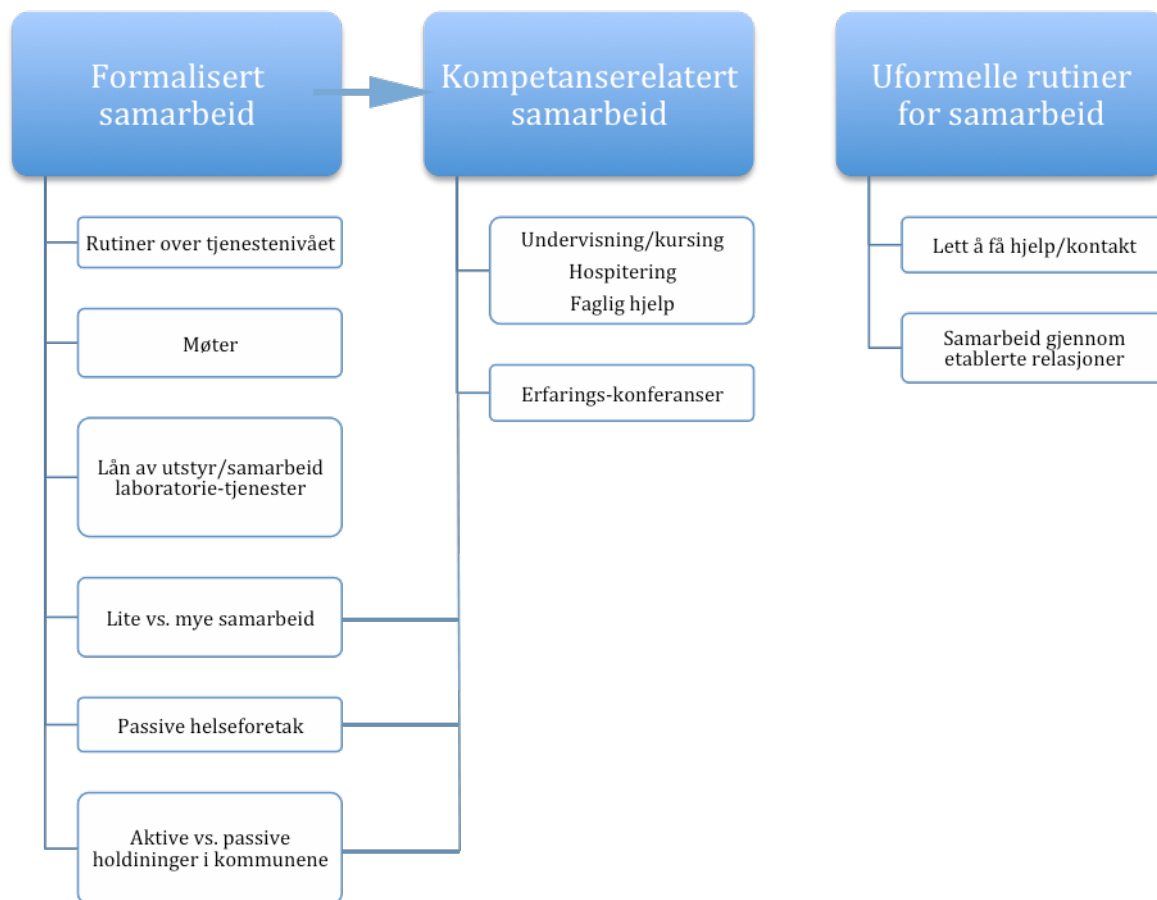
Forfatteren gjennomførte åtte intervjuer med ni informanter til studien: Ett personlig intervju og sju telefonintervju. Intervjuene ble gjennomført i en tidsperiode på 1 ½ måned ved årsskiftet 2014/2015. I intervjuene ble følgende spørsmål stilt: «*Kan du beskrive hvilke rutiner for samarbeid med helseforetaket dere har etablert i forbindelse med det kommunale akutte døgntilbudet?*» og «*i hvilken grad bidrar helseforetakene med faglig kompetanse til det lokale tilbudet?*» Oppfølgingsspørsmål ble benyttet for å utdype informantenes svar.

Analyse

Intervjuene ble tatt opp, transkribert verbatim og analysert ved hjelp av induktiv innholdsanalyse. Konvensjonell induktiv innholdsanalyse er spesielt egnet når teori og forskningslitteraturen om fenomenet som blir studert er begrenset (Hsieh og Shannon 2005). Dataanalysen ble gjennomført i flere stadier av forfatteren. Hele tekstmaterialet ble først lest flere ganger for å få en forståelse av helheten. Deretter ble hele datamaterialet lest ord for ord for å kode materialet (jf. Hsieh og Shannon 2005: 1279). Med en kode menes en forkortelse eller et symbol som brukes om en meningsenhet for å klassifisere innholdet. En meningsenhet kunne være ett enkelt ord, en setning eller et avsnitt. Etter den første runden med koding, tok jeg igjen for meg teksten ved å notere ned mine første inntrykk, tanker og den innledende analysen. Kodene og deres definisjoner fortsatte å utvikle seg i denne delen av analyseprosessen og resulterte i det første kodeskjemaet. Kodene ble sortert i kategorier basert på hvordan de hang sammen (jf. Hsieh og Shannon 2005: 1279), først i ti kategorier som igjen ble samlet inn under tre hovedtemaer.

Figur 1 viser de ti kategoriene og deres overordnede temaer *formalisert samarbeid*, *kompetanserelatert samarbeid* og *uformelle rutiner for samarbeid*. Siden det kompetanserelaterte samarbeidet i stor grad er formalisert samarbeid, er temaet *kompetanserelatert samarbeid* knyttet til temaet *formalisert samarbeid*. Dette indikeres av pilen i figuren. De to temaene har tre kategorier til felles.

Figur 1: Tema og kategorier



Etikk

Samtlige informanter som deltok i studien fikk tilsendt et informasjonsskriv i forkant av deltakelse i intervju, som opplyste om at deltakelse i studien var frivillig og at deres identitet ville behandles konfidensielt. I tilfeller i resultatrapporteringen der det var en mulighet for at informantene kunne bli gjenkjent til tross for anonymisering, ble informantene tilbudt å få sitatene til gjennomlesning og godkjenning før publisering. Intervjustudien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Resultater

Formalisert samarbeid: «Samarbeidsaktive» konstellasjoner

Informantene fra tre av tilbudene forteller at de har flere konkrete samarbeidstiltak og –rutiner som relaterer direkte til KAD. Den ene, akutenheten ved sykestue, kjøper sine plasser fra helseforetaket og har dermed en helt annen struktur på kontakten med helseforetaket enn de andre kommunene i undersøkelsen. Dette er fordi tjenesten er integrert i spesialisthelsetjenesten. Informanten fra tilbudet forteller at KAD-sengene er lokalisert i en desentralisert sykehusavdeling som ligger to timer fra modersykehuset. KAD-sengene er bemannet med sykehusets leger og sykepleiere og bruker helseforetakets kvalitetssystem og IKT-verktøy (6). Både legene og sykepleierne ved avdelingen konfererer daglig med annet

helsepersonell ved sykehuset, via telefonisk kontakt, videokonferanse eller at spesialister kommer innom avdelingen. Dette kan imidlertid ikke betegnes som samhandlingsrutiner mellom kommune og helseforetak. Selv om det i aller høyeste grad er snakk om innarbeidede rutiner for kontakt mellom avdelingen og helseforetaket for øvrig, foregår samarbeidet *innad i helseforetaket*, mellom helseforetakets ansatte.

Det første samarbeidsaktive tilbudet (når man ser bort fra sykestuen) er akuttenheten ved helsehus. Informantene fra helsehusenheten oppgir at de har opparbeidet rutiner rundt røntgen og laboratorietjenester på sykehuset (3a, 3b). De leverer blodprøver daglig på pasientene ved KAD, og har av og til pasienter som fra legevakten tar en *«sløyfe nedom sykehuset»* for å ta røntgen og blodprøver før de sendes til KAD-avdelingen. Videre har sykehuset laget et opplæringsopplegg for sykepleiere ved helsehuset som omfatter taking av blodkultur og blodtransfusjoner. Den ene informanten forklarer: *«Så hvis vi har pasienter som trenger å ta blodkultur nå, så kjører vi ned og henter utstyr, tar [...] blodkulturen her, og kjører ned med utstyret»*. Informantene ved tilbudet forteller at de også har rutiner for å låne spesialutstyr, for eksempel ståser og liknende utstyr (3a). Det er kun informantene fra helsehusenheten som beskriver så innarbeidede samarbeidsrutiner rundt laboratorietjenester.

Akuttenheten ved interkommunal legevakt er det andre samarbeidsaktive tilbudet. Ved denne akuttenheten har de hatt regelmessige møter med sykehuset på tjenestenivået helt siden før oppstart, der både samhandlingssjef fra sykehuset og en medisinsk overlege deltar i møtene. Sykehuset var med på utformingen av akuttenhetens prosedyrehåndbok før tilbudet åpnet, og partene møtes fortsatt jevnlig. Informanten forklarer at hyppigheten på møtene kan være fra *«en gang per måned til annenhver måned. Det er avhengig av hva slags saker som er»* (5). Til og med veiledningsfunksjonen sykehuset har mot tjenesten er formalisert gjennom en egen vaktordning. Informanten forteller at de har et eget telefonnummer som de ringer ved henvendelser til sykehuset: *«Vi har et eget telefonnummer vi ringer der det er tre overleger i vakt som besvarer vår telefon. Altså [...] mellom 08 og 20 hverdager, der vi kan diskutere pasienter vi har inne og forslag til behandling»* (5).

Informantene fra helsehuset og legevakten er også de eneste som oppgir at de gjennomfører konkrete kompetanseaktiviteter og -tiltak i samarbeid med helseforetaket (når man ser bort fra informant 6 fra sykestuenheten som kjøper hele tjenesten fra helseforetaket). I tillegg til opplæringsopplegget rundt laboratorietjenester som er beskrevet ovenfor, forteller informanten ved helsehusenheten at de ved oppstart av det akutte døgntilbudet laget et eget *«kompetansehevingsopplegg sammen med [helseforetaket] som gikk på å utvikle den kompetansen som gikk spesielt imot observasjon på endring i pasientene»* (3a). Den samme informanten beretter at sykehuset stilte med spesialister som foreleste om bl.a. lunge/KOLS, mens kommunen selv dekket andre deler av undervisningen. Opplegget omfattet de fire hovedgruppene KOLS, diabetes, infeksjon og hjerte, og alle sykepleierne ved KAD fikk to dagers opplæring. Videre hadde de ansatte ved KAD-sengene to dagers hospitering i mottakelsen og observasjonsposten på sykehuset ved oppstarten av tilbudet, og legen ved KAD hospiterte i tillegg på geriatrisk avdeling. Informanten forteller også at noen måneder etter at de åpnet KAD, fikk sykepleierne ved avdelingen også hospitere et par dager på en infeksjonspost eller medisinsk avdeling på sykehuset – avdelinger med mange av de samme pasientene som de har ved KAD (3a).

På akuttenheten ved den interkommunale legevakten sier informanten at sykehuset har bidratt med kompetanse ved å være med på å utvikle tilbudets prosedyrehåndbok og arrangere kurs for kommunene spesielt rettet mot KAD. I tillegg har alle sykepleierne fått tilbud om, og de

fleste har gjennomført, hospitering ved sykehuset, og flere av de fast ansatte legene hospiterte på sykehuset drøyt ett år etter oppstart (5).

Formalisert samarbeid: «Samarbeidspassive» konstellasjoner

Alle kommunene har inngått samarbeidsavtaler med helseforetaket i henhold til lovkravet, men informanter fra tre av de åtte akutenhetene oppgir i intervjuene samarbeidsavtalen som den eneste «rutinen» de har for samarbeid med sykehuset. En av informantene sier: «*Vi inngikk en avtale, og that's it*» (1). Dette sitatet er representativt for flere av tilbudene; flere informanter forteller at inngåelse av samarbeidsavtalen utgjør totaliteten av samarbeidet med helseforetaket. To informanter sier at de har diverse fora for samarbeid, altså samarbeidsorganer eller samarbeidsutvalg der både kommunen(e) og helseforetaket er representert (8, 2). I den ene kommunen forklarer informanten at de samhandler mye med sykehuset på generell basis, men det er uklart hvor hyppig møtene forekommer og hvor fremtredende KAD-plassene er som tema på disse møtene (8). I den andre kommunen er det samhandlingskoordinator og kommuneoverlegen som representerer kommunen i møtene (2). I begge disse kommunene er foraene av en overordnet eller administrativ karakter (jf. modellene i den nasjonale veilederen - Helse- og omsorgsdepartementet 2011: 36-7). I sum er det med andre ord lite eller manglende konkret formelt samarbeid om KAD-plassene mellom de fleste av kommunene og sykehusene i studien.

Ingen av de samarbeidspassive samarbeidene har etablert hospiteringsordninger på KAD-feltet. En informant viser til erfaringskonferanser som eneste fellesarena der KAD og kompetanse er i fokus (8). På det interkommunale tilbudet lokalisert til sykehus har det heller ikke vært noen hospiteringsordninger eller kurs i regi av helseforetaket, men her skal det nevnes at det kun er legeressursen ved tilbudet som er kommunal mens de øvrige personellressursene kjøpes av sykehuset. Bidraget fra helseforetaket har ifølge informanten så langt begrenset seg til «*rådføring om den enkelte problemstilling*» (7).

Et tema som går igjen i intervjuene er helseforetakenes *passivitet*. Helseforetakene sender ut kurstilbud «*i ny og ne*», og da er ikke kursene bare for KAD, men for kommunehelsetjenesten på mer generell basis. Ett eksempel fra intervjuene var et tilsendt tilbud om et kompetansehevingsprogram i geriatri, men, som informanten påpekte: «*det var jo sendt ut som et tilbud til ikke bare ø-hjelpssengene, men kommunene*» (4). En annen informant forteller: «*Vi får jo ett og annet kurstilbud fra dem der vi kan delta. Men det er ganske lenge mellom hver gang. [...] Jeg føler vel at helseforetaket har vært ganske fraværende i forhold til undervisningsansvaret sitt*» (1). Informanten påpeker videre at alle initiativ om hospitering eller andre kompetansetiltak har kommet fra kommunen, og at sykehuset først har sett ansvaret sitt når de har fått en konkret henvendelse fra sykehjemmet:

Jeg har sendt folk på hospitering på sykehuset fordi [...] det har vært noen som har trengt påfyll av ett eller annet. Så da har henvendelsen kommet fra meg. Den har ikke kommet som et tilbud fra et helseforetak. Så de er liksom ikke på tilbudssida, kan du si. De ser ansvaret sitt når henvendelsen kommer fra meg. (Informant 1)

Dette gjelder kompetanseheving generelt i de fleste kommunene. De må selv ta initiativ og spørre sykehuset om kurs eller hospitering, og spør de, får de som oftest positivt svar. En av informantene slår fast at «*hvis vi spør helseforetaket om å komme i forhold til kompetanseheving, så er de veldig velvillig*» (4). En annen påpeker at sykehusets holdning til å tilrettelegge for hospitering er positiv såfremt det er kommunens ansatte som skal hospitere

på sykehuset og ikke motsatt: «*Det er enklere å få anledning til å komme inn på sykehuset og få hospitert enn at det er like stor interesse for å komme ut, for å si det sånn*» (8). Ansatte fra sykehuset har ikke hospitert ved noen av akuttenhetene.

Uformelle rutiner for samarbeid

Selv om intervjuene vitner om svært begrensede formelle samarbeidsstrukturer i fem av sju tilbud (vi ser bort ifra kommunen som kjøper tjenesten fra helseforetaket), betyr ikke det at samarbeid og kontakt nivåene i mellom er fraværende. I de samarbeidspassive konstellasjonene dominerer de uformelle rutinene; kommunikasjonen og samarbeidet kommunene og helseforetakene i mellom er tuftet på *ad hoc*-henvendelser fra kommune til helseforetak. Samtlige informanter i undersøkelsen forteller at det er lett å ta og få kontakt med helseforetaket for å få veiledning f.eks. i forbindelse med innleggelse og at samarbeidet på dette området er godt. En informant forteller at legen ved tilbudet har daglig dialog med sykehuset om pasienter eller henvisninger (3a), og en annen opplever at sykehuset stort sett er «*veldig samarbeidsvillige*» når det er noe de står fast i (1).

Ved tilbudet som er lokalisert ved interkommunal legevakt er det, som beskrevet ovenfor, en egen «*hotline*» som legene kan bruke for å få kontakt med overlege på sykehuset (5). Ved denne akuttenheten er *ad hoc*-kommunikasjonen med sykehuset med andre ord formalisert i en mye større grad enn ved de andre tilbudene. I de fleste kommunene ser det nemlig ut til at det ikke er lagt opp noe annet system for kommunikasjon mellom akuttenheten og sykehuset enn det som finnes for enhver som trenger å rådføre seg med den medisinske ekspertisen på sykehuset. Én informant understreker eksplisitt at det ikke er noe annerledes for KAD-legene «*enn for andre som skal ha kontakt med og veiledning fra sykehuset. Da ringer man jo vakthavende lege*» (8).

Hovedsakelig går den uformelle kommunikasjonen via telefon; det er ingen av informantene som forteller at de bruker videokonferanse som verktøy, bortsett fra den kommunen som har KAD-plasser som driftes helt og fullt av helseforetaket (6). Det er også et personlig aspekt i den uformelle kommunikasjonen. Det er tydelig at det i flere kommuner er personavhengig hvordan relasjonene er og hvordan kommunikasjonen foregår. På tilbudet som er lokalisert til legevakt forteller informanten at mange av legene har en hovedstilling på sykehuset og vil kunne ta med seg personlige kontaktnett inn i arbeidet ved KAD (5). Uformelle kanaler for kommunikasjon og personlige nettverk er også fremtredende blant de kommunene som førut for etableringen av KAD hadde etablerte samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjennom DMS eller desentraliserte spesialisthelsetjenester som f.eks. sykestue. Informanten ved DMS mener f.eks. at det er mye enklere å ta kontakt både på avdelingsnivå og på et overordnet nivå hvis det er noe som ikke fungerer, på grunn av det etablerte samarbeidet (4). Tillit og god kjennskap til hverandre fremheves av både informant 4 og 6 som fordeler som de har dratt nytte av i forbindelse med etableringen av KAD.

Diskusjon

Hensikten med studien var å belyse kommunehelsetjenestens erfaringer med samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med etableringen og driften av kommunalt akutt døgnopphold. Det var bare informanter fra to av de sju tilbudene som er relevante for problemstillingen som oppgav å ha flere konkrete rutiner for samarbeid med sykehuset.

Informantene fra fem av sju akuttenheter identifiserte ingen formelle rutiner for samarbeid med helseforetaket utenom de relasjonelle tiltakene som var innført på overordnet nivå i kommunene. I og med at alle kommunene som har åpnet KAD *må* ha det formelle avtaleverket med helseforetaket i orden for å få tilskudd fra Helsedirektoratet, er det ikke overraskende at kommunene forteller at de har samarbeidsavtaler som ligger til grunn for samarbeidet med helseforetaket. Det er heller ikke overraskende at det finnes samarbeidsorganer på høyere nivå, ettersom kommunene og helseforetaket som et minimum må ha et organ som står for opprettelsen og vedlikeholdet av den obligatoriske samarbeidsavtalen. Det som er interessant er imidlertid at flertallet av informantene forteller at det formelle samarbeidet mellom akuttenehetene og helseforetaket i praksis begrenser seg til den lovpålagte samarbeidsavtalen, som er inngått på kommunestyrenivå, og møtene i samarbeidsutvalgene som også er organisert på overordnet eller administrativt nivå. I sin kartleggingsstudie av samarbeidsavtaler og –fora mellom kommuner og helseforetak fra 2008, fant også Kalseth og Paulsen (2008: 30) at samarbeidet var forankret på et høyt organisatorisk nivå og at det var vanskelig å implementere samarbeidsløsninger på tjenestenivået. Fra dette kan det se ut som at samarbeidsstrukturene mellom kommuner og helseforetak har endret seg lite siden Samhandlingsreformen ble innført.

Det kan imidlertid være en bias i intervjudataene siden informantene fra de to samarbeidsaktive akuttenehetene jobbet tett på tjenesten og kan ha hatt mer detaljert kunnskap om, og et nærmere forhold til, samarbeidstiltakene på tjenestenivået. På den annen side arbeidet av de fem informantene fra de samarbeidspassive akuttenehetene like tett på tjenestenivået. Videre var det i intervjuene med representantene fra de samarbeidsaktive enhetene, i motsetning til de andre intervjuene, en rød tråd om at de hadde et spesielt nært forhold til sykehuset både med tanke på kontakt, kommunikasjonsrutiner og kompetanseheving. De fem samarbeidspassive akuttenehetene hadde lite eller diffust samarbeid med helseforetaket som i liten grad gikk konkret på KAD.

Det kan være flere forklaringer på at de to samarbeidsaktive akuttenehetene har mer omfattende samarbeid. Det kan for eksempel være et resultat av mer aktivt oppsøkende fagmiljøer på disse to stedene. De ansatte ved akuttenehetene kan ha vært mer aktive i arbeidet med å involvere helseforetakene i forskjellige aspekter av arbeidet med KAD, ved oppstarten og i driften. Dette kan i og for seg være et uttrykk for en type fagkultur som er gjeldende for institusjonen som helhet, som KAD bare er en del av. I den forbindelse er det relevant å påpeke hva slags institusjoner de to samarbeidsaktive akuttenehetene er lokalisert til. Begge akuttenehetene er lokalisert til mer behandlingsrettede institusjoner: den ene er en interkommunal legevakt og den andre et helsehus med høy grad av spesialiserte korttidsplasser og god legedekning.

Fysisk nærhet til sykehuset er også et forhold som kan virke inn på samarbeidet, da det er mye enklere å ha daglig samarbeid om for eksempel laboratorietjenester hvis sykehuset kun ligger noen minutter unna. Nærhet til sykehuset kan imidlertid ikke forklare hvorfor legevaktenheten har fått til mer aktivt samarbeid med helseforetaket enn andre, da den ikke ligger i umiddelbar nærhet til sykehuset, men ca. én times reise unna.

Det ser ikke ut til at områdene med etablerte samarbeidsstrukturer gjennom DMS eller sykestue har hatt noen klare fordeler med KAD-samhandlingen sammenliknet med andre områder. Både informanter fra akutteneheter i områder med og uten desentraliserte spesialisthelsetjenester forteller at eksisterende personlige relasjoner og etablerte samarbeids- og tillitsforhold gjør at den uformelle kontakten med helseforetaket er god. Spørsmålet ser

heller ut til å være om det er forskjeller mellom områder med eller uten *fysisk nærhet til spesialisthelsetjenesten*, det være seg regionsykehus, lokalsykehus, DMS eller sykestue. Mulig overlapp i personellressurser er én fordel ved å være nær spesialisthelsetjenesten ved at man da automatisk får «en fot innenfor døra» på sykehuset. Økte muligheter for samarbeid som forutsetter kort avstand er en annen, som nevnt ovenfor. Eksempler på dette er regelmessig opplæring/mengdetrening ved laben på sykehuset, daglig levering av blodprøver og avtale om visitt fra spesialister fra sykehuset.

Flere studier av samarbeid mellom norske kommuner og helseforetak skiller mellom det formelle og uformelle i samarbeidet dem i mellom. Møller og Flermoen (2010) fant i sin intervjustudie blant kommuner og helseforetak i Midt-Telemark at kommunikasjonen kommunene og sykehuset i mellom foregikk i både formelle og uformelle informasjonssystemer. I Kalseth og Paulsens (2008: 22) kartleggingsstudie av det formelle rammeverket for samhandling fant de at rutiner for kompetanseoverføring og faglig veiledning i liten grad var formalisert. Denne studien bekrefter disse funnene. Møller og Flermoen (2010: 44) fant videre at «*mye av kommunikasjonen mellom kommune og sykehus foregår uformelt via personlige samtaler*». Deres funn gjaldt i all hovedsak kommunikasjon om innskrivning og utskrivning av pasienter, men funnene fra min studie viser at dette også i stor grad gjelder for KAD-samarbeidet. Den uformelle kommunikasjonen om konkrete caser eller pasienter er hovedformen for kontakt akutenhetene og sykehusene i mellom. I de fleste akutenhetene er det, som nevnt, lite samarbeid på tjenestenivået bortsett fra den uformelle kontakten. Kun ved én KAD er denne kontakten i en viss grad formalisert i form av en vaktordning og et eget telefonnummer som legene ved KAD skal ringe ved behov for konferering. I de andre kommunene har de ikke etablert spesielle rutiner rundt kontakten, men samtlige informanter gir likevel uttrykk for at den uformelle konfererings- og veiledningspraksisen er uproblematisk. Møller og Flermoen (2010: 44-5) problematiserer informasjonsflyten i de uformelle kanalene fordi den krever mye tid. Flere kontaktpunkter kan gi bedre tilgjengelighet, men det gir samtidig et økt behov for koordinering av informasjonen. Dette ser imidlertid ikke ut til å være noe stort problem i de kommunale akutenhetene, da informantene opplyser at det er lett å få kontakt med sykehuset for å få veiledning. Grunnen til at den uformelle kommunikasjonen ved KAD ikke møter de samme utfordringene som Møller og Flermoen (2010) beskriver, er antagelig at henvendelsene som beskrives av mine informanter utelukkende er fra kommune til helseforetak, i motsetning til i Midt-Telemark-studien der kommunikasjonen ble initiert av helseforetaket.

Aarseth, Bachmann, Gjerde og Skrove (2015) finner at kommunenes kontakt med helseforetaket tvert imot er preget av økt formalisering. Flere av deres informanter uttrykte et ønske om mer uformell kontakt med sykehusets forskjellige avdelinger på tjenestenivået, og noen informanter mente også at det uformelle samarbeidet var bedre tidligere (Aarseth et al. 2015: 120). Grunnen til at funnene fra denne studien avviker fra mine funn kan være at kontakten på KAD-området skiller seg fra kontakten mellom kommune og helseforetak på andre områder. På andre tjenesteområder vil samarbeidet med helseforetaket ofte bestå av informasjonsutveksling rundt utskrivning av pasienter, mens ved KAD består den uformelle kontakten stort sett av veiledning i forbindelse med innleggelse. Det at Aarseth et al (2015) peker på elektronisk meldingsutveksling som en mulig syndebukk for at den uformelle telefoniske kontakten har svunnet hen, støtter denne forklaringen.

Kommunikasjonen mellom helseforetakene og kommunene på KAD-området er svært ensidig. Dette kommer tydelig fram i samtlige intervjuer. Det er kommunene som tar kontakt med helseforetaket, ikke motsatt. Dette er kanskje naturlig siden spesialisthelsetjenesten har

veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det da blir opp til de kommunale tjenestene å etterspørre veiledningen. I praksis skjer samarbeidet fra case til case på telefonisk basis ved at kommunene tar kontakt med spesialister på sykehuset for å få de rådene, veiledningen og opplysningene sykehusene er pålagt å gi etter loven. Denne tolkningen av veiledningsplikten er det imidlertid ikke alle som er enige i. Én informant uttrykte misnøye med at helseforetaket har vært fraværende i forhold til det hun refererte til som «*undervisningsansvaret*» deres (1). På den annen side uttrykte samtlige informanter at sykehusene velvillig gir veiledning på case til case-basis og er imøtekommende når hospitering etterspørres. Ensidigheten ved kontakten er imidlertid påfallende ikke bare når det gjelder veiledningen om konkrete pasienter, men også når det gjelder hospiteringsordninger. Flere studier fremhever gjensidige hospiteringsordninger mellom sykehus og den kommunale omsorgstjenesten som et ideal (Kalseth og Paulsen 2008; Håland og Osmundsen 2015), da «*tanken er at en bedre kjennskap til og forståelse av hverandres hverdag skal kunne utvikle mer smidige samarbeidsformer*» (Kalseth og Paulsen 2008: 30). Kommunene og helseforetakene har ikke kommet nært dette idealet på KAD-fronten, da informantene rapporterer mangel på interesse blant sykehuspersonell for å hospitere ved KAD-sengene. De eneste av de sykehusansatte som har erfaring med å jobbe ved KAD er de som har todelt stillinger på sykehuset og i kommunen.

Hensikten med relasjonelle tiltak som samarbeidsavtaler og –fora er ifølge Rommetvedt et al. (2014: 22) å legge til rette for «*selvkoordinering*» og «*selvledelse*» og «*å fremme en felles erfaringsdannelse og utvikling av tillit og normer for samarbeid*». Sistnevnte mål er spesielt viktig å få til på tjenestenivået generelt, og i arbeidet med KAD spesielt. Likevel vil dette målet være vanskelig å nå ved hjelp av formelle relasjonelle tiltak så lenge tiltakene gjennomføres uten involvering av representanter på tjenestenivået. Kalseth og Paulsen (2008: 32) påpeker at «*implementering på tjenesteplanet av gode intensjoner i et overordnet avtaleverk krever gjerne en betydelig organisatorisk innsats, og betingelsene for å lykkes vil variere både med trekk ved de enkelte sykehus og i den enkelte kommune*». Det er nærliggende å konkludere at dette også gjelder akuttenhetene. Trekk ved den enkelte kommune/akuttenhet og det enkelte sykehus vil påvirke hvordan samarbeidet er i de forskjellige konstellasjonene. Videre har det kanskje vært mer omfattende organisatorisk innsats rundt samarbeidet i de akuttenhetene som har lykkes godt med å integrere tjenestenivået i de formelle samarbeidsstrukturene.

Metodediskusjon

Informantene i studien beskrev samhandlingen mellom den kommunale akuttenheten og helseforetaket basert på egne erfaringer som aktive deltakere i etableringen og driften av KAD i sin kommune. Studien fulgte hovedregelen for utvalg i kvalitativ forskning og rekrutterte nøkkelpersoner som informanter, personer som hadde forutsetninger for å «*uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet*» (Tjora 2012: 145). Styrkene ved utvalget var at informantene representerte flere forskjellige modeller for organisering av KAD og at samtlige informanter hadde god kjennskap til KAD-driften helt fra oppstart. Begrensningen var at informantene hadde ulike roller og dermed også ulik grad av nærhet til KAD.

Av praktiske og økonomiske grunner ble det besluttet å gjennomføre de fleste intervjuene per telefon. En av svakhetene ved telefonintervju som metode er at både intervjuer og informant mister muligheten til å bruke kroppsspråk i kommunikasjonen som finner sted. Tjora påpeker at dette gjør at «*noe av samtaleaspektet som det gode intervjuet er avhengig av*» forsvinner

(2012: 140). Samtidig kan bruk av telefon bidra til at informantene får en større følelse av anonymitet, og det at informantene ikke ser opptakeren kan bidra til at de taler mer fritt siden de i større grad unngår å bli minnet på at intervjuet blir tatt opp (Tjora 2012). Siden intervjuene ble gjennomført på telefon, var det i forkant av intervjuene viktig å formidle hvilke temaer som skulle tas opp for å unngå misforståelser og andre negative effekter under intervjuene (jf. Pettersen 2009, sitert av Tjora 2012: 140). Jeg ville også forsikre meg om at informantene hadde muligheten til å si det de ville si om de forskjellige temaene, på tross av at jeg ikke kunne se om/når de var ferdige med å snakke. Derfor lot jeg det være noen sekunders stillhet etter informantene hadde sluttet å snakke for å unngå å avbryte eventuelle tilleggskommentarer.

Det styrker analysens pålitelighet at det transkriberte datamaterialet først ble lest flere ganger for å oppnå en forståelse av helheten, før det ble kodet. Bruk av sitater og henvisning til de forskjellige informantenes spesifikke utsagn bidrar til å videre sikre studiens pålitelighet. Begrensningen ved analysen er at det er kun én person som har foretatt analysen. Betydningen av dette ble forsøkt redusert ved hjelp av gjentatt lesning av datamaterialet på leting etter nye koder og flere gjennomganger av kategoriene og deres tilknytning til hverandre.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien viser at kommunene og helseforetakene deler seg i to når det gjelder samarbeidet om kommunalt akutt døgnoophold: Det er et flertall samarbeidspassive kommuner og helseforetak, og et mindretall samarbeidsaktive kommuner og helseforetak. De samarbeidspassive kommunene/helseforetak-konstellasjonene har svært lite eller ikke noe formalisert samarbeid på tjenestenivået, mens de samarbeidsaktive konstellasjonene har forholdsvis omfattende samarbeid både når det gjelder kompetansetiltak og øvrige rutiner. De obligatoriske samarbeidsavtalene ser *ikke* ut til å ha bidratt til å bedre kommunenes og helseforetakenes samarbeid om kommunalt akutt døgnoophold.

Et velfungerende samarbeid krever to aktive parter, og det fremkommer tydelig fra studien at det er mange av helseforetakene som har inntatt en passiv holdning til samarbeidet rundt KAD i det daglige arbeidet. Dette gjelder også deres plikt til å tilby kommunen nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring, som er nedfelt i Samhandlingsreformen. På den annen side er det viktig å understreke at også kommunene må ta sin del av ansvaret for at samarbeidet skal fungere. De samarbeidspassive kommunene kjennetegnes også av en avventende holdning og en stilltiende forventning om at helseforetaket skal ta initiativ til kompetansehevede tiltak og annet samarbeid. Kommunene og helseforetakene må *sammen* sørge for at tiltak blir iverksatt, ikke bare i teorien (på avtalenivå), men også i praksis (på tjenestenivå). To aktive parter gir gevinst i form av godt samarbeid, mens to passive parter har dårlige forutsetninger for å lykkes; minus og minus blir ikke pluss i dette tilfellet.

At partene kjenner hverandre og ser fordelene ved et samarbeid er viktige forutsetninger for å etablere vellykkede og varige samarbeid på tjenestenivået. Kommunene og helseforetakene må dermed forpliktes til å etablere reelle møteplasser for sine ansatte, så de som jobber der det skal samhandles kan bli bedre kjent med hverandre og hverandres hverdag. Obligatoriske, gjensidige hospiteringsordninger er én måte å oppnå dette på. Bedre kunnskap om hverandre og fordelene ved samarbeid gjør det mulig å sammen finne frem til hensiktsmessige samarbeidsformer som gagnar både de ansatte på sykehuset og de kommunalt ansatte – og, i sin tur, pasienten.

Det er tenkelig at funnene fra denne studien også gjelder andre tjenesteområder enn KAD og også samarbeid på tvers av tjenestenivåer andre steder enn i Norge. Det er behov for videre forskning på hvilke forhold som hemmer og fremmer samarbeid på tvers av grenser i helsetjenesten, og ikke minst hvordan forskjellige aktører i helsetjenesten ser egen rolle i, og eget ansvar for, å etablere og vedlikeholde gode samarbeid på tjenestenivået.

Litteratur

Deloitte 2013. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud - Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen. Oslo: Deloitte/KS FoU.

Gautun, H. & Syse, A. 2013. Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? . *NOVA Rapport 8/2013*. Oslo: NOVA.

Grimsmo, A. & Magnussen, J. 2015. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, NTNU.

Hellesø, R. & Melby, L. 2013. Forhandlinger og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus. I: TJORA, A. & MELBY, L. (red.) *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet 2011. Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak.

Helse- og omsorgstjenesteloven 2012. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.

Helsedirektoratet 2014a. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmateriell. Revidert 2/2014. . Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet 2014b. Status for samhandlingsreformen: Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet juni 2014. Oslo.

Helsedirektoratet 2015. Samhandlingsstatistikk 2013-14. *Rapport IS-2245*. Oslo: Helsedirektoratet.

Holen-Rabbersvik, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., Thygesen, E. & Slettebø, Å. 2013. Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: a Delphi study. *BMC Health Services Research*, 13, 1-12.

Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.

Håland, E. & Osmundsen, T. 2015. Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold: Samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17, 63-85.

Kalseth, B. & Paulsen, B. 2008. Strategisk samarbeid - på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008. Trondheim: SINTEF Helse.

Kirchhoff, R., Grimsmo, A. & Brekk, Å. 2015. Kommuner og helseforetak - ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18, 125-141.

Kodner, D. L. & Spreeuwenberg, C. 2002. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, 1-6.

Martens, C. T. & Veenstra, M. 2015. Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune: Fra dialog til avviksmelding? . *NOVA-rapport 9/2015*. . Oslo: NOVA.

Melby, L., Brattheim, B. J. & Hellesø, R. 2015. Patients in transition – improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, Under utgivelse.

Meld. st. 26 2014-15. Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Mur-Veeman, I., Van Raak, A. & Paulus, A. 2008. Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? . *Health Policy*, 85, 172-183.

Møller, G. & Flermoen, S. 2010. Samhandling mellom kommuner og helseforetak: Erfaringer fra Midt-Telemark. *TF-rapport nr. 266*.

Paulsen, B., Romøren, T. I. & Grimsmo, A. 2013. A collaborative chain out of phase. *Int J Integr Care*, 13, e008.

Rommetvedt, H., Opedal, S., Stigen, I. M. & Vrangbæk, K. 2014. *Hvordan har vi det i dag, da? Flernivåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Skinner, M. S. 2014. Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud: Status per 2012/2013. *SOF Rapportserie nr. 5/2014*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.

Skinner, M. S. 2015. Døgnåpne kommunale akutenheter: En helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1.

St.Meld. nr. 47 2008-09. Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Tjora, A. 2012. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Aarseth, T., Bachmann, K. E., Gjerde, I. & Skrove, G. K. 2015. Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17, 109-133.

Sykepleielærere sine holdninger og kunnskapsbehov i kunnskapsbasert praksis

Inger Utne, Marit Leegaard og Gro Røkholt

Inger Utne, RN, PhD, Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, inger.utne@hioa.no

Marit Leegaard, RN, PhD, Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, marit.leegaard@hioa.no

Gro Røkholt, RN, MSc, Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, gro.rokholt@hioa.no

Abstract

Nursing educators' attitudes and needs for knowledge in evidence-based practice

It is required that faculty in nursing education prepares students to work evidence-based (EBP). The purposes of this study are to identify teachers' beliefs towards EBP and to describe what the faculty identify as their specific learning needs to teach EBP. Data were collected from teachers at a University College in Norway by use of questionnaires and focus group interviews. Descriptive statistics were used to analyze the questionnaires and thematic content analysis for the focus group interviews. The teachers have positive beliefs towards EBP and their central learning needs were searching the literature, critical appraisal and application. They have knowledge in basic methodology, but need more knowledge of epidemiological and summarized research. Teaching and training in all six stages of EBP is important for teachers to develop their knowledge of EBP. Qualitative and quantitative methods in combination, works well to identify teachers' specific needs for new knowledge.

Nøkkelord/ Keywords

*Fokusgrupper; kartlegging; kunnskapsbasert praksis; lærere; sykepleierutdanning
Evidence-based practice; faculty; focus groups; nursing education; survey*

Referee

Introduksjon

Sykepleierutdanningene har ansvar for at nyutdannede sykepleiere har den kompetansen som samfunnet krever. Reformer de siste ti år har bidratt til endrede forutsetninger for sykepleierutdanningen. I St.meld.nr 16 (2010-2011) «Nasjonal helse- og omsorgsplan» står det at helse- og omsorgstjenesten forutsettes å være kunnskapsbasert og at en kunnskapsbasert utdanning og praksis legger et viktig grunnlag for kunnskapsbasert yrkesutøvelse (Helse og omsorgsdepartementet 2011). Nyutdannede sykepleiere utgjør en stor gruppe og vil dermed ha en sentral rolle i å arbeide kunnskapsbasert. Bare i 2014 ble det uteksaminert 3630 sykepleiere i Norge (Database for statistikk om høgre utdanning). I St.meld.nr 13 (2011-2012) «Utdanning for velferd» fremheves det at utdanningsmiljøene må være godt orientert og

vektlegge metoder som fremmer kunnskapsbasert tjenesteutøvelse i undervisningen (Kunnskapsdepartementet 2012). Dette understrekes ytterligere i helsepolitiske føringer hvor det er klare forventninger til at kunnskapsbaserte arbeidsformer integreres i profesjonsutdanningene (Helse- og omsorgsdepartementet 2014). Internasjonalt er det enighet om at kunnskaper, ferdigheter og holdninger om kunnskapsbasert praksis (KBP) må integreres i profesjonsutdanningene (Dawes, Summerskill, Glasziou et al. 2005). KBP er en målsetting innen helsefaglige og politiske miljøer så vel nasjonalt som internasjonalt (The IDM Manual for Using the Interactive Domain Model Approach to Health Promotion 2002; Helsedirektoratet 2005).

KBP betyr å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart 2012). Denne definisjonen understreker at forskningsbasert kunnskap er en av kunnskapskildene som praksis baseres på. KBP har sitt utspring fra evidence-based medicine hvor kvantitativ og oppsummert forskning er vesentlig for beslutningsgrunnlaget (Hjørland 2011). KBP beskrives som en prosess bestående av seks trinn; (1) refleksjon, (2) spørsmålsformulering, (3) litteratursøk, (4) kritisk vurdering, (5) anvendelse og (6) evaluering (Nortvedt et al. 2012). Ett sentralt trinn i KBP er kritisk å vurdere forskningsbasert kunnskap med tanke på validitet, reliabilitet og overførbarhet. Kunnskap om ulike forskningsdesign er nødvendig for å kunne vurdere den metodiske kvaliteten og hvilken kontekst studiene er gjennomført i.

Fra helsepolitisk hold foreslås obligatorisk opplæring i kunnskapshåndtering og kunnskapsbasert praksis for alle helsefagutdanningene (Helse- og omsorgsdepartementet 2014). Det er primært lærere ved sykepleierutdanningene som underviser studentene i prosessene knyttet til det å arbeide kunnskapsbasert. Lærere har en sentral rolle i å bidra til at studentene utvikler kunnskaper og ferdigheter og en kunnskapsbasert tilnærming til fagutøvelsen (Christie, Hamill og Power 2012). Dette forutsetter at lærerne selv behersker denne arbeidsmåten. Hvordan sykepleierutdanningene forbereder studentene til å arbeide kunnskapsbasert har vi funnet lite norsk forskning på. En studie fra 26 sykepleierutdanninger i Sverige (Florin, Ehrenberg, Wallin og Gustavsson 2012) viser at det varierer i hvor stor grad studentene får opplæring i KBP.

En amerikansk studie (Stichler, Fields, Kim og Brown 2011) rapporterer at kunnskaper og ferdigheter i forskningsprosessen ikke nødvendigvis overføres til positive holdninger og kunnskap om elementene i KBP. Dette gjelder også for ferdigheter i kritisk vurdering. Forfatterne påpeker at man må rette oppmerksomheten mot lærernes holdninger til KBP for at det skapes en kultur for å arbeide kunnskapsbasert. Det er ikke funnet norske studier som har kartlagt lærere i sykepleierutdanninger sine holdninger og kunnskap om KBP.

Lærernes holdninger og kunnskaper i KBP kan ha betydning for hvordan utdanningen forbereder fremtidige sykepleiere i å arbeide kunnskapsbasert. Derfor er hensikten med vår studie å:

- 1) kartlegge lærernes holdninger til KBP
- 2) kartlegge lærernes kunnskaper spesielt relatert til «kritisk vurdering»
- 3) utforske hvilke kunnskaper lærerne mener de har behov for slik at de kan bidra til at sykepleierstudenter arbeider kunnskapsbasert

Funnene kan bidra til å identifisere spesifikke behov for kunnskaper om KBP og til å skreddersy et undervisningsprogram for lærere i sykepleierutdanninger.

Metode

Studiens design er en kombinasjon av kvantitativ metode og en kvalitativt beskrivende metode for datainnsamling. Hensikten med å blande metoder var å utvide omfanget av studien og utdype vår innsikt av de fenomenene vi ønsker å kartlegge og utforske (Sandelowski 2000a). Spørreskjema ble brukt for å kartlegge holdninger til KBP og kunnskaper relatert til «kritisk vurdering». Fokusgruppeintervjuer ble brukt for å få dybdekunnskap om erfaringer, muligheter og utfordringer i undervisningen av KBP. Her kunne deltagerne også beskrive hvordan holdninger og kunnskaper blir overført til studentene. En kombinasjon av disse to metodene bidro til at man kvalitativt hadde mulighet til å utdype funn fra den kvantitative delen og bedre forstå meningen med de kvantitativt innhentede data. Studien ble gjennomført på en utdanningsinstitusjon som utdanner sykepleiestudenter på Bachelor-, Videreutdanning- og Master-nivå i Norge.

Studien ble forelagt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste som konkluderte med at studien ikke var meldepliktig. Anonymitet og frivillighet og mulighet for å trekke seg fra studien uten begrunnelse, ble poengtert ovenfor deltakerne før datainnsamlingen startet.

Det var frivillig å delta i studien og alle deltagerne ga sitt informerte samtykke. Deltagernes anonymitet ble ivaretatt ved at samtykkeskjema og spørreskjemaene ble utfylt hver for seg. I den kvalitative delen ble konfidensialitet ivaretatt ved at navnene ble erstattet med tall i det transkriberte materiale. Hvis identifiserbar informasjon fremkom i intervjuene, ble det slettet under utskrift av intervjuene. Alle opplysninger som framkom i studien ble behandlet konfidensielt.

Kvantitativ datasamling

Utvalg og metode for datainnsamling

Spørreundersøkelsen ble annonsert på e-post til samtlige lærere ansatte per oktober 2012 (n = 154) og ble gjennomført på fire samtidige møter for lærere. Totalt var det 52 møtedeltagere, hvorav 42 lærere svarte, noe som gir en svarprosent på 81. Svarprosenten var 28 regnet ut fra samtlige ansatte.

Instrumenter

Demografiske karakteristika

Dette skjemaet innhenter informasjon om utdanning (d.v.s., bachelor, master, førstekompetanse), antall år siden høyeste akademisk grad ble avsluttet, antall år klinisk erfaring og antall år undervisningserfaring.

Kunnskapsbasert praksis – holdningsskala

Holdninger til KBP ble målt med den norske oversettelsen av Evidence Based Practice Beliefs Scale (Melnik, Fineout-Overholt og Mays 2008; Snibsöer, Olsen, Espenhaug og Nortvedt 2012). KBP holdningsskala består av 4 subskalaer (holdninger relatert til kunnskap, til verdier, til ressurser og til vanskeligheter og tid) og inneholder 16 påstander hvor respondentene svarer hvor enig eller uenig de er på en skala fra 1 («svært uenig») til 5 («svært enig») (Estrada 2009; Melnik et al. 2008). Spørsmål 11 og 13 er snudd (5 «svært uenig» og 1 «svært enig»). Skjemaet gir en totalskår fra 16 til 80 og høy skåre indikerer positive

holdninger. Internasjonalt er skjemaet beskrevet med tilfredsstillende kriterierelatert validitet og begrepsvaliditet i ulike utvalg (Melnyk, Bullock, McGrath et al. 2010; Melnyk, Fineout-Overholt, Giggleman og Cruz 2010; Melnyk et al. 2008; Varnell, Haas, Duke og Hudson, 2008). Skjemaet er også brukt i Norge, inkludert lærere i helsefagutdanning (Snibsöer et al. 2012). Chronbach's alpha i vår studie var .84, noe som viser at reliabiliteten var god.

Kunnskapsbasert praksis – Kunnskapstest i forskningsmetode

Forskningsmetodiske kunnskaper relatert til KBP ble innhentet ved bruk av spørreskjema utviklet spesifikt for denne studien, da det ikke eksisterer noe eksplisitt spørreskjema for dette formålet. Spørreskjemaet består av 25 av totalt 69 kunnskapsspørsmål fra «Test deg selv spørsmålene» i boken «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt et al. 2012). Denne boken er en av de mest brukte lærebøkene om KBP i sykepleierutdanning og klinisk praksis i Norge. Spørsmålene ble valgt slik at de dekket sentrale tema knyttet til ulike typer forskningsdesign og oppsummert forskning. Hvert spørsmål har fire svaralternativ (tre utsagn og et alternativ for «Vet ikke»). For eksempel: Hvilke type studier egner seg best til tverrsnittsstudie? a) Studier som undersøker effekt av tiltak, b) Studier som undersøker forekomst, c) Studier som undersøker forløp, d) Vet ikke. Hvert riktig svar gir en skår på 1 og hvert uriktig svar eller «Vet ikke» gir 0. Sum score kan variere fra 0 til 25, hvor 25 viser mest kunnskap.

Analyse av data

Data ble analysert ved bruk av SPSS (Statistical Package for Social Science) versjon 21. Deskriptiv statistikk ble brukt for å beskrive bakgrunnsopplysninger om lærerne, holdninger til KBP og kunnskaper om KBP.

Kvalitativ datasamling

To fokusgruppeintervjuer ble gjennomført høsten 2013. Denne metoden er velegnet for å samle inn kvalitative data fra deltakernes synspunkter og som støttes av illustrerende sitater som skissert av Sandelowski (Sandelowski 2000b). Fokusgruppeintervju er velegnet for å produsere en konsentrert mengde data rundt spesifiserte forskningsspørsmål (Malterud 2012; Morgan 1997). Vi benyttet en semistrukturert intervjuguide for å sikre en lik tilnærming i begge fokusgruppene (Figur 1). Deltakerne ble rekruttert via invitasjon sendt på e-post til alle ansatte i undervisningsstillinger.

Figur 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE
1. Hvordan forstår du begrepet kunnskapsbasert praksis (KBP)?
2. Hva er dine erfaringer med å undervise/veilede i KBP?
3. Hva opplever du er de største utfordringene for deg når det gjelder å undervise og veilede studentene i å jobbe kunnskapsbasert?
4. Hva slags undervisningsopplegg mener du vil være mest effektiv for at studentene skal lære å jobbe KBP?
5. Hva slags kunnskap trenger du for å undervise og veilede i KBP?
6. Hvordan ville du ha foretrukket at undervisningen du eventuelt har behov for blir organisert?
7. Har du andre spørsmål eller kommentarer?

Før fokusgruppeintervjuet startet, fylte deltagerne ut informert samtykke og demografiske karakteristika om alder, utdanning (d.v.s., bachelor, master, førstekompetanse), antall år klinisk erfaring, antall år undervisningserfaring og om de hadde deltatt i den kvantitative delen av studien.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og varte fra 60-90 minutter. En av forfatterne (GR) ledet fokusgruppeintervjuene (moderator). Som et virkemiddel for å rette oppmerksomheten mot kunnskapsbasert praksis, lå boken «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt et al. 2012) og kopi av trinnene og modellen for KBP på bordet. Malterud (2012) anbefaler å bruke symboler og konkrete gjenstander for å rette oppmerksomheten mot det tema som skal diskuteres i fokusgruppen. En observatør var med under intervjuene, tok notater og oppsummerte hovedtrekkene på slutten av intervjuene. Etter intervjuene noterte moderator erfaringer og refleksjoner. Hverken moderator eller observatør var kollega med deltagerne i fokusgruppene.

Analyse av data

Lydbåndene ble transkribert ad verbatim. For å kvalitetssikre transkriptene, hørte en forfatter (GR) på begge intervjuene, og en (IU) på ett. I analysen av datamateriale er det benyttet en tematisk deskriptiv innholdsanalyse inspirert av Granheim og Lundman (Granheim og Lundman 2004). Alle forfatterne deltok i analyseprosessen. Studiens hensikt og kategorier fra intervjuguiden organiserte teksten etter første gjennomlesning. De meningsbærende enhetene ble kondensert og videre redusert til kategorier og hovedtema som vist i figur 2.

Figur 2: Eksempel på analyseprosessen

Intervjuguide	Eksempel på kondenserte meningsenheter	Kategorier	Tema
Hva opplever du er de største utfordringene for deg når det gjelder å undervise og veilede studentene i å jobbe kunnskapsbasert?	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende felles forståelse av hva det er og hvordan det skal synliggjøres i programplan. • Individuelle læreplaner. 	Hindringer.	Utfordringer for den enkelte lærer.

Resultat

Demografiske karakteristika

Som vist i tabell 1, hadde majoriteten i den kvantitative delen av studien utdanning på bachelor/masternivå. For 20 av respondentene var det mer enn 10 år siden de hadde tatt den høyeste akademiske graden. Tjueto respondenter hadde mer enn 10 års klinisk erfaring. I den kvalitative delen av studien hadde majoriteten utdanning på bachelor/masternivå. Syv intervjuobjekter hadde mer enn 10 år klinisk erfaring og mer enn 10 års undervisningserfaring. Fem deltagere hadde deltatt på den kvantitative studien.

Tabell 1: Bakgrunnsvariabler for deltagerne til den kvantitative delen (n = 42) og til deltagerne i fokusgruppene (n = 10)

Bakgrunnsvariabler	Kvantitativ del* Antall	Fokusgrupper Antall
Høyeste utdanningsnivå		
• Bachelor/Master	30	8
• Førstekompetanse**	9	2
Antall år siden høyeste akademisk grad ble avsluttet		
• 0-10	19	
• >10	20	
Antall år klinisk erfaring		
• 0-10	15	3
• >10	22	7
Antall år undervisningserfaring		
• 0-10		3
• >10		7
Deltok i kvantitativ del av studien		5

*Svarene utgjør ikke 42 fordi alle respondentene ikke svarte på spørsmålene

**Førstelektor og førsteamanuensis

Kvantitative funn

Kunnskapsbasert praksis – holdningsskala

Gjennomsnitt totalskår for alle deltagerne (n = 42) var 57.6 (SD = 7.8) (Tabell 2), med en spredning fra 35 til 78. Gjennomsnittskår for enkeltspørsmålene varierte fra 4.3. (SD = 0.7) på utsagnet «Jeg tror kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP» til 2.8 (SD = 0.9) på spørsmålet «Jeg er sikker på hvordan jeg kan måle effekt (utfall) av klinisk praksis». På de respektive utsagnene varierte det fra 38 til 8 respondenter som var «enig» eller «svært enig» (Tabell 2).

Tabell 2: Gjennomsnitt av enkeltspørsmål og totalskår for KBP holdningsskala for lærere (n = 42) og andel lærere som svarte «enig» eller «svært enig» på hvert spørsmål (n = 42)

Spørsmål ^{a,b}	Gjennomsnitt (SD)	«enig» eller «svært enig» n (%)
1. Jeg tror KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling	4.0 (0.6)	33 (78.5)
2. Jeg kjenner til trinnene i KBP	3.8 (1.1)	30 (71.4)
3. Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP	3.4 (0.9)	20 (47.6)
4. Jeg tror kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP	4.3 (0.7)	38 (90.5)
5. Jeg er sikker på at kliniske retningslinjer basert på forskning kan forbedre klinisk praksis	4.1 (0.7)	34 (81)
6. Jeg mener jeg kan søke etter den beste kunnskap fra ulike kilder (f.eks. forskning, teori og kvalitetsindikatorer som antall liggedøgn, dødelighet,	3.5 (1.0)	23 (54.8)

fallfrekvens) for å besvare kliniske spørsmål på en tidseffektiv måte		
7. Jeg tror jeg kan overkomme barrierer i forhold til å anvende KBP	4.0 (0.8)	31 (73.9)
8. Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP på en tidseffektiv måte	3.3 (1.0)	15 (35.7)
9. Jeg er sikker på at anvendelse av KBP vil forbedre behandlingen/tiltak jeg gir til mine pasienter	4.0 (0.8)	30 (71.4)
10. Jeg er sikker på hvordan jeg kan måle effekt (utfall) av klinisk praksis	2.8 (0.9)	8 (19.1)
11. Jeg tror KBP tar for mye tid ^c	3.4 (1.2)	21 (50)
12. Jeg er sikker på at jeg har tilgang til de beste ressurser som trengs for å anvende KBP	3.4 (1.0)	18 (42.9)
13. Jeg tror KBP er vanskelig ^c	3.5 (1.0)	24 (57.1)
14. Jeg vet hvordan KBP effektivt kan anvendes for å få til endringer i praksis	2.9 (0.8)	9 (21.4)
15. Jeg er trygg på min egen evne til å anvende KBP i mitt arbeid	3.3 (1.0)	20 (47.6)
16. Jeg mener min praksis er kunnskapsbasert	3.6 (0.8)	27 (64.2)
Totalt ^d	57.6 (7.8)	

^aSkår kan variere fra 1 («svært uenig») til 5 («svært enig») og høyere skår indikerer positive holdninger

^b Spørsmålene er nummerert ut i fra spørreskjemaet

^cSkåren er rekodet

^dSkår kan variere fra 16 til 80 og høyere skår indikerer positive holdninger

Kunnskapsbasert praksis – Kunnskapstest i forskningsmetode

Som vist i tabell 3, var antall riktige svar i gjennomsnitt 12 poeng (SD = 3.1). Antall deltakere som svarte korrekt varierte fra 38 på spørsmålet «Hvorfor randomiserer vi?» til 3 på spørsmålet «Kasus-kontrollstudier egner seg godt for å avdekke:». Antall deltakere som svarte «vet ikke» varierte fra 29 på spørsmålet «Hva betyr «intention to treat?»» til ingen på spørsmålene «Hva kan vi gjøre for å forebygge eller behandle et helseproblem?», «Hva kan vi ikke bruke kvalitative studier til?», «Hvorfor er det viktig i kvalitativ forskning at forskeren redegjør for sitt perspektiv (teoretisk ramme, forståelse) i studien?» og «Hva er hensikten med å bruke kvalitative forskningsmetoder?».

Tabell 3: Antall lærere (n = 42) som har besvart kunnskapsspørsmål i forskningsmetode korrekt, ikke korrekt eller med «vet ikke»*

Spørsmål	Korrekte svar n	Ikke korrekte svar n	«Vet ikke» n
Hvorfor randomiserer vi?	38	2	1
Hva betyr det at et resultat ikke er statistisk signifikant?	37	3	1
Hvilket studiedesign besvarer følgende spørsmål best: Hvordan opplever alvorlig syke pasienter et opphold i intensivavdelingen?	36	1	3

Hva er en systematisk oversiktsartikkel («systematic review»)?	35	5	2
Hva kan vi gjøre for å forebygge eller behandle et helseproblem?	35	6	0
Hva kan man <i>ikke</i> bruke kvalitative studier til?	30	11	0
En pasient har fått tilbud om å delta på et treningsprogram for KOLS-pasienter og spør deg om du vet om det har vist seg å ha positiv virkning på andre i samme situasjon. Hvilke type kjernespmå spørsmål står du overfor?	28	13	1
En vanlig måte å presentere resultatene i en tverrsnittstudie på er:	26	5	10
Hvorfor er det viktig i kvalitativ forskning at forskeren redegjør for sitt perspektiv (teoretisk ramme, forforståelse) i studien?	24	18	0
Hvilket studiedesign besvarer følgende problemstilling best: Hvilken rolle spiller E-vitamin i behandlingen av koronar hjertesykdom?	22	13	6
Hva er hensikten med å bruke kvalitative forskningsmetoder?	21	20	0
En systematisk oversikt er det samme som:	21	20	1
Hvilke typer studier egner seg best til tverrsnittstudie?	18	10	11
Hva er en faglig retningslinje?	18	21	2
Hvilke type kliniske spørsmål vil typisk bli forsøkt besvart med en kohortstudie?	16	17	8
Hva er konfidensintervallet rundt en behandlingseffekt?	15	6	19
Hva er en meta-analyse?	14	24	2
Hvilket studiedesign besvarer følgende spørsmål best: Er det sammenheng mellom passiv røyking og plutselig uventet spedbarnsdød?	14	18	8
For at vi skal kunne stole på resultatene i en systematisk oversikt, må følgende være oppfylt:	10	25	6
Hva er relativ risiko for å pådra seg en bestemt sykdom i en kohortstudie?	9	14	16
Hva er Number Needed to Treat?	7	16	17
Hva innebærer en odds ratio eller relativ risiko = 1?	6	8	25
Hvilke type kliniske spørsmål vil typisk bli forsøkt besvart med en kohortstudie?	5	21	14
Hva betyr «intention to treat»?	4	7	29
Kasus-kontrollstudier egner seg godt for å avdekke:	3	27	11
Antall korrekte svar i gjennomsnitt (SD)	12 (3.1)		

*Svarene utgjør ikke alltid 42 fordi ikke alle respondentene svarte på samtlige spørsmål

Kvalitative funn

I de innledende diskusjonene i fokusgruppene ble forståelse av og erfaring med KBP diskutert, noe som bidro til å etablere et felles utgangspunkt. De ulike kunnskapskildene i modellen ble belyst og en av deltageren ga denne beskrivelsen: «..jeg tenker den

kunnskapsbaserte praksisen er jo nettopp å ha med alle elementene, forskning, praksis og erfaringer og pasient. Så det blir en systematisk bruk av kunnskap, ja».

Deltagerne diskuterte også hvordan KBP hadde endret seg, med mer vektlegging av forskning og pasientinvolvering, og hvordan dette kunne vektlegges i veiledning av studentene når de var i praksis. Deltagerne diskuterte noen av trinnene i modellen for KBP, deriblant refleksjon, søk og kritisk vurdering.

Utfordringer for den enkelte lærer

Det trinnet som ble mest diskutert var «Litteratursøk». «Jeg syns det er kjempevanskelig jeg,... å sette opp søkeord og få svar på det du lurte på». Diskusjonen handlet videre om betydningen av å styrke egen kompetanse på området og hvordan de kunne søke i databaser relatert til veiledningssituasjoner med studenter.

Flere av deltagerne kommenterte at de må beherske det å søke hvis de skulle anvende det i undervisning og veiledning av studenter. En av deltagerne uttrykker det slik: «Jeg tror vi skorter litt her sjøl, og da er det ikke så lett å veilede studentene i det heller, når vi er så svake.»

Det fremkom at KBP er vektlagt i utdanningens programplan og ulike utfordringer rundt dette ble diskutert. Flere savnet avklaring på hva som skulle forventes av studentene på de ulike nivåene i utdanningen. «Men nå snakker du om den private læreplanen som jeg har hørt om i så mange år her, at man kan gjøre som man selv vil,...». I denne sammenhengen kom flere inn på at arbeidsformen ennå ikke var integrert i studieoppgavene på de ulike nivåene «jeg har bare lyst til å si at jeg ikke får det godt nok til, det ligger mange rammer i studieoppgavene som ikke peker på at vi skal begynne å søke i forskningsartikler, studieoppgavene må være formet på en slik måte at det etterspør denne typen tenkning». Deltagerne diskuterte videre utfordringene som oppsto når noe nytt skulle innføres. En deltager uttrykte det slik: «At vi setter i gang systemer som gjør at, at det er nesten, du må nesten, umulig å lykkes. Altså, fordi at det er ikke rammefaktorer på det.» De rammefaktorene som oftest ble nevnt, var mangel på tid, manglende tilgang til internett og at det var et ledelsesansvar å tilrettelegge for KBP.

Ordbruk

I begge gruppene kom det fram at det ikke var noen felles forståelse av begreper som er knyttet til KBP. Uttrykk som «sånne oppskrifter», «kunnskapsbasert undervisning», «kunnskapsbasert litteratur», «nivå», «elementer», «teori» og «modell» ble brukt om hverandre. Deltagerne etterlyste et felles begrepsapparat i kollegiet.

Ordbruk og anvendelsen av trinnene i KBP ble relatert til lærerens undervisning og veiledning av studentene i teori og praksis. Begrepet refleksjon ble hyppig nevnt, men ikke som et av trinnene i KBP.

I begge gruppene var det deltagerer som beskrev at det å jobbe kunnskapsbasert ikke er noe nytt for dem. «Sykepleie av kvalitet har alltid vært kunnskapsbasert – er dette egentlig noe nytt – med unntak av at vi er blitt bedre til å søke etter litteratur?»

Støtte

Deltagerne foreslo at kollegaer som har innsikt i KBP kan hjelpe de som strever «... å spille hverandre gode på å bruke dette.» Begge gruppene etterlyste mer støtte fra systemet og ønsket mer støtte fra ledelsen i form av at forholdene måtte legges til rette.

«Så vi har egentlig ikke noe valg. Det er samfunnets krav til oss at studentene kommer ut og har den kompetansen. Og da må skolen gjøre noe med det, uansett om de har mange hoder som kanskje ikke er helt enige i alt, altså i den ideologien som du sier at det kan bli tolket som.»

Det ble uttrykt ønske om å lære om KBP generelt. «En grunnpakke med kurs med hele prosessen rundt KBP.» De ønsker også å være oppdatert og kunne benytte verktøyene som beskrives i boken «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt et al. 2012). Konkret nevnes «Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler» og «PICO».

Flere beskrev betydningen av at lærerne må få lik opplæring for å sikre lik undervisning. «..... og det er det jeg tenker at hvis det står veldig spesifikt at studentene skal gå gjennom trinn 1 i nettkurset, så må jo faktisk lærerne også vite hva det nettkurset er». Deltagerne var konkrete på at de ønsket å bli gode i litteratursøk. Det kommer frem av intervjuene at de opplever at kritisk vurdering av forskningsartikler er krevende og at de ønsker å trene på det.

Deltagerne ble spurt om hvilke undervisningsformer de ønsket, og det kom frem at de ønsket kursing, gjerne i form av seminar. Kurset må være tilpasset lærere. De ønsket en introduksjon med oppfølging og med forpliktende oppgaver. Det kom også frem konkrete forslag om interaktiv undervisning og at det bør være obligatorisk for nyansatte. I tillegg ble det ytret ønske om at man skulle starte med en gruppe motiverte og interesserte lærere.

Diskusjon

Resultatet fra denne studien viser at lærerne har positive holdninger til KBP målt ved hjelp av KBP holdningsskala. Når vi sammenligner resultatene med en studie fra Bergen blant 54 lærere i høyskoler som har gjennomført videreutdanning i KBP, er holdningene rapportert i vår studie litt mindre positive (Snibsöer et al. 2012). Minst forskjell mellom disse to utvalgene er å finne på spørsmålene som handler om holdninger relatert til verdien av KBP (spørsmål 1, 4, 5, 9 og 16). Størst forskjell mellom utvalgene er det på spørsmålene som handler om holdninger til kunnskap (spørsmål 2, 3, 10, 14, 15). På spørsmålet «Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP» svarer nesten alle (94%) i studien fra Bergen positivt, men under halvparten (48 %) i vår studie svarer at de kan anvende KBP. Det at lærere i vår studie erkjenner at de ikke behersker KBP kan være et godt utgangspunkt for læring. Om resultatene er sammenlignbare kan imidlertid diskuteres ettersom utvalget fra Bergen er lærere som underviser innen helse- og sosialfag og har gjennomført videreutdanning i KBP. Det er viktig å påpeke at det er et selvrapporteringsinstrument som er benyttet for å måle holdninger, noe som medfører at det ikke sier noe om faktisk atferd (Shaneyfelt, Baum, Bell et al. 2006).

Resultatene fra kunnskapstesten om forskningsmetode i vår studie viser at det var stor variasjon i antall lærere som svarte korrekt på de ulike spørsmålene. Svarene på kunnskapstesten gir kun et øyeblikksbilde og muligens er ikke svarene representative for den faktiske kunnskapen lærerne har. De fleste lærerne svarte korrekt på hvorfor man

randomiserer og hva det betyr at et resultat ikke er statistisk signifikant. Dette kan tyde på at lærerne har gode kunnskaper om grunnleggende metodiske spørsmål. Det er særlig på spørsmålene relatert til epidemiologiske studier og systematiske oversikter at lærerne ikke svarer korrekt eller ikke vet svaret. Sett i lys av den økende bruk av epidemiologisk og oppsummert forskning i sykepleiefaget, øker behovet for denne type kunnskap. Det er derfor interessant å legge merke til at lærerne i minst grad hadde kunnskaper om sentrale spørsmål for å kunne anvende KBP. I den kvalitative delen gir lærerne uttrykk for at kritisk vurdering av forskningsartikler er krevende og at de ønsker å trene på det.

Resultatene fra både den kvalitative og kvantitative delen viser at lærerne har positive holdninger til KBP, erkjenner sin kunnskapsmangel og ønsker å lære noe nytt. Dette samsvarer med resultater fra en amerikansk studie (Stichler et al. 2011) som rapporterte positive holdninger blant lærere i sykepleierutdanningen, men manglende kunnskaper og ferdigheter i KBP. Forfatterne konkluderer med at man må rette oppmerksomheten mot lærerne sine kunnskaper og holdninger for at kulturen i en organisasjon skal omformes til å bli kunnskapsbasert. Konkret foreslår forfatterne at lærere bør få opplæring i utarbeidelse av kliniske spørsmål, litteratursøk, kritisk vurdering og statistikk, for eksempel odds ratio, relative risk og number needed to treat. En nyere studie fra USA og England rapporterer at lærere både har positive holdninger og kunnskaper om KBP (Upton, Scurlock-Evans, Williamson, Rouse og Upton 2015) kartlagt med bruk av Evidence-Based Questionnaire (Upton og Upton 2006). Etersom disse studiene er gjort i land som har lengre tradisjon for KBP og benyttet andre måleinstrument, er funnene ikke direkte sammenlignbare med våre.

KBP innebærer blant annet å ta beslutninger basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap (Nortvedt et al. 2012). Det er derfor interessant å legge merke til at lærerne gjennom intervjuene ga uttrykk for at kunnskap om litteratursøk er den største utfordringen. Dette til tross for at halvparten av lærerne svarte på holdningsskalaen at de kan søke etter den beste kunnskap fra ulike kilder. Det at ikke alle lærerne innehar denne kompetansen, samsvarer med en kartleggingsstudie fra 266 sykepleierutdanninger i USA, som fant at nesten 50 % av lærerne kunne betegnes som nybegynner eller avansert nybegynner i bruk av informasjonsteknologi (McNeil, Elfrink, Pierce et al. 2005). Konkret nevnte lærerne at de trengte kunnskap om PICO og søk i ulike databaser. Tatt i betraktning den utviklingen det har vært i antall databaser og ulike måter å søke på i de ulike databasene, er det forståelig at det kan være en utfordring for lærerne å holde seg oppdatert. De kvalitative dataene kan tyde på at lærerne mener at innsikt i litteratursøk er så vesentlig at det er denne kompetansen som skal til for at de skal kunne undervise kunnskapsbasert.

De kvalitative og kvantitative dataene sett under ett, indikerer at lærerne kan ha nytte av et opplegg hvor alle trinnene inngår. Gjennom de kvalitative intervjuene kom det frem at lærerne ikke har en felles begrepsforståelse for hva KBP er og at de ønsker kunnskaper om alle trinnene i KBP. Spesielt uttrykte lærerne at de hadde behov for mer kunnskap om «Litteratursøk», «Kritisk vurdering» og «Anvendelse». KBP består av flere trinn og hele prosessen er nødvendig for å lykkes. I en systematisk litteraturgjennomgang fra medisinerutdanningen (Coomarasamy og Khan 2004) påpekes det at teoretisk undervisning om KBP fremmer kunnskap, men først når denne kunnskapen integreres i praksis, økes både kunnskaper, holdninger og ferdigheter. For lærere som ikke primært arbeider i klinikken, kan det å anvende kunnskapen bli en utfordring. Det er rimelig å anta at lærerne i sykepleierutdanningen har kunnskap om forskningsprosessen, men slik det kommer frem i denne studien, er det ikke ensbetydende med at de mener de har nok kompetanse til å kritisk

vurdere. Lærerne uttrykker i fokusgruppen at de også ønsker mer kunnskap om «Kritisk vurdering».

Lærerne ønsker at interaktive metoder blir brukt som undervisningsform. Dette er et av elementene i CASP-modellen (Critical Appraisal Skills Programme) som anbefales brukt i Norge (Tuntland og Nordheim 2009) og internasjonalt (Kravovich-Miller, Haber, Yost og Jacobs 2009). Det er mye usikkerhet om hvilke metoder for undervisning som egner seg best, men resultatene fra en internasjonal studie viser at deltakerne må være aktive (Kunz, Wegscheider, Fritsche et al. 2010). For å forbedre kunnskaper, ferdigheter og holdninger i KBP, viser en nyere systematisk oversikt at undervisning i KBP må være mangeartet (Young, Rohwer, Volmink og Clarke 2014). Den bør bestå av varierte metoder slik som forelesninger, øvelser i datarom, diskusjon i smågrupper, lesesirkler med bruk av relevante kliniske problemstillinger.

En svakhet ved denne studien er at det er kun inkludert lærere fra en sykepleierutdanning. Dette reduserer funnenes overførbarhet. I den kvantitative delen av studien var det lav svarprosent og det er derfor usikkert om deltakerne i studien er representative for alle lærerne som er ansatt i utdanningsinstitusjonen. Imidlertid er andel deltagere med førstekompetanse representativ for utdanningsinstitusjonen. En studie blant lærere i USA og England vedrørende KBP rapporterte en tilsvarende lav svarprosent (27 %) (Upton et al. 2015). Det er umulig å sammenligne resultater fra spørreskjema direkte med funn fra fokusgruppeintervju, men de ulike data utfyller hverandre og gir et fyldigere bilde på hvilke områder lærere både har og trenger mer kunnskap om når det gjelder KBP. Det er en svakhet at instrumentet som kartlegger kunnskaper vedrørende metode er utviklet spesifikt for denne studien og derfor ikke mulig å sammenligne med andre.

Konklusjon

Studien har undersøkt holdninger og kunnskaper om KBP blant lærere ved en sykepleierutdanning. Deltagerne var positive til KBP og uttrykker at de trenger mer kunnskaper om prosessen. Undervisning og øvelse i alle seks trinn i KBP er viktig for at lærere skal kunne utvikle sine kunnskaper i KBP. For å kunne bidra til at fremtidige sykepleiere arbeider kunnskapsbasert, er det vesentlig at lærernes behov for kunnskap imøtekommes. Denne studien viser at kvalitative og kvantitative metoder i kombinasjon kan identifisere lærernes holdninger samt spesifikke behov for nye kunnskaper hos lærerne. Lærernes holdninger og kunnskapsbehov kan brukes som utgangspunkt når den enkelte sykepleierutdanning skreddersyr undervisningsprogram i KBP for sine ansatte. Studien viser at det er behov for mer systematisk kartlegging av lærere som underviser ved norske sykepleierutdanninger sine holdninger og kunnskaper i KBP.

Litteratur

CASP - Critical Appraisal Skills Programme. Tilgjengelig fra <http://www.casp-uk.net/> (Nedlastet 23.10.2015)

Christie J, Hamill C og Power J (2012) How can we maximize nursing students' learning about research evidence and utilization in undergraduate, preregistration programmes? A

discussion paper. *J Adv Nurs*, 68(12):2789-2801. doi: 10.1111/j.13652648.2012.05994.x

Coomarasamy A og Khan KS (2004) What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ*, 329(7473), 1017. doi: 10.1136/bmj.329.7473.1017

Database for statistikk om høgre utdanning (2013) Tilgjengelig fra <http://dbh.nsd.uib.no/> (Nedlastet 23.10.2015)

Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian, K et al. (2005) Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ*, 5(1), 1. doi: 10.1186/1472-6920-5-1

Estrada N (2009) Exploring perceptions of a learning organization by RNs and relationship to EBP beliefs and implementation in the acute care setting. *Worldviews Evid Based Nurs*, 6(4), 200-209. doi: 10.1111/j.1741-6787.2009.00161.x

Florin J, Ehrenberg A, Wallin L og Gustavsson P (2012) 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

Graneheim UH og Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Helsedirektoratet (2005) Og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015) (978-82-8081-072-4). Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015> (Nedlastet 23.10.2015)

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Meld. St. 16 (2010 - 2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-1620102011/id639794/> (Nedlastet 23.10.2015)

Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *HelseOmsorg21*. Et kunnskapssystem for bedre Folkehelse. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/> (Nedlastet 23.10.2015)

Hjørland B (2011) Evidence-based practice: An analysis based on the philosophy of science. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 62(7), 1301-1310. doi: 10.1002/asi.21523

The IDM Manual for Using the Interactive Domain Model Approach to Health Promotion (2002). Tilgjengelig fra: <http://www.idmbestpractices.ca/idm.php?content=resources-world> (Nedlastet 03.02.2014)

Krainovich-Miller B, Haber J, Yost J og Jacobs SK (2009) Evidence-based practice challenge: teaching critical appraisal of systematic reviews and clinical practice guidelines to

graduate students. *J Nurs Educ*, 48(4), 186-195.

Kunnskapsdepartementet (2012) Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/> (Nedlastet 23.10.2015)

Kunz R, Wegscheider K, Fritsche L, Schunemann HJ, Moyer V, Miller D et al. (2010) Determinants of knowledge gain in evidence-based medicine short courses: an international assessment. *Open Med*, 4(1), e3-e10.

Malterud K (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

McNeil BJ, Elfrink VL, Pierce ST, Beyea SC, Bickford CJ og Averill C (2005) Nursing informatics knowledge and competencies: A national survey of nursing education programs in the United States. *International Journal of Medical Informatics*, 74(11–12), 1021-1030. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.05.010>

Melnyk BM, Bullock T, McGrath J, Jacobson D, Kelly S og Baba L (2010). Translating the evidence-based NICU COPE program for parents of premature infants into clinical practice: impact on nurses' evidence-based practice and lessons learned. *J Perinat Neonatal Nurs*, 24(1), 74-80. doi: 10.1097/JPN.0b013e3181ce314b

Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Giggelman M og Cruz R (2010) Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system. *Nurs Outlook*, 58(6), 301-308. doi: 10.1016/j.outlook.2010.06.002

Melnyk BM, Fineout-Overholt E og Mays MZ (2008) The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews Evid Based Nurs*, 5(4), 208-216. doi: 10.1111/j.1741-6787.2008.00126.x

Morgan DL (1997) *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV og Reinart LM (2012) *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Sandelowski M (2000a) Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. *Res Nurs Health*, 23(3), 246-255.

Sandelowski M (2000b) Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*, 23(4), 334-340.

Shaneyfelt T, Baum KD, Bell D, Feldstein D, Houston TK, Kaatz S et al. (2006) Instruments for evaluating education in evidence-based practice: a systematic review. *JAMA*, 296(9), 1116-1127. doi: 10.1001/jama.296.9.1116

Snibsöer A K, Olsen NR, Espenhaug B og Nortvedt MW (2012) Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. *Sykepleien forskning*, 7(3), 232-241.

Stichler JF, Fields W, Kim SC og Brown CE (2011) Faculty Knowledge, Attitudes, and Perceived Barriers to Teaching Evidence-Based Nursing. *Journal of Professional Nursing*, 27(2), 92-100. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2010.09.012>

Tuntland H og Nordheim L (2009) Undervisning og læring i kunnskapsbasert praksis. Presentasjon av CASP-modellen. *Ergoterapeuten*(9), 1-7.

Upton D og Upton P (2006) Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs*, 53(4), 454-458. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x

Upton P, Scurlock-Evans L, Williamson K, Rouse J og Upton D (2015) The evidence-based practice profiles of academic and clinical staff involved in pre-registration nursing students' education: a cross sectional survey of US and UK staff. *Nurse Educ Today*, 35(1), 80-85. doi: 10.1016/j.nedt.2014.06.006

Varnell G, Haas B, Duke G og Hudson K (2008) Effect of an educational intervention on attitudes toward and implementation of evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*, 5(4), 172-181. doi: 10.1111/j.1741-6787.2008.00124.x

Young T, Rohwer A, Volmink J og Clarke M (2014) What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. *PLoS One*, 9(1), e86706. doi: 10.1371/journal.pone.0086706

«Du fungerer mer som et menneske.»

Norske revmatikeres erfaringer med helse og dagligliv i Spania.

Anne-Grethe Gregersen og Ann Karin Helgesen

Anne-Grethe Gregersen Høgskolelektor, Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse og sosialfag, anne.g.gregersen@hiof.no, 69303036, mobil 48052511

Ann Karin Helgesen I.amanuensis, Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse og sosialfag

Abstract

“I just feel more like a normal human being.”, The health and daily life experience by Norwegian rheumatics.

The objective of this study is to illuminate the experience of Norwegian rheumatics illness during long-term residency in Spain. The method chosen is qualitative with a phenomenological approach. Twelve rheumatics comprise the sample group, eight women and four men, ages from 45 to 70. Data collection was performed by qualitative research interview. The data is analyzed using condensation, followed by a thematic approach, inspired by Giorgis phenomenological method. The essence of the Norwegian rheumatics experience is that they recovered control over everyday life. They experienced pain relief, reduced medication and increased personal activity. The study indicates that long-term stay in Spain can promote health for people suffering weather-sensitive rheumatism.

Nøkkelord/Key words:

*Reumatisme, dagliglivet, aktivitet, smertelindring, stabilitet
Rheumatism; everyday life; activity; pain relief; stability*

Referee*

Innledning

Revmatiske sykdommer er definert som «smertefulle tilstander i bevegelsesapparatet (ledd, skjelett og muskelsystemet) og i bindevev». Disse kan være stadig tilbakevendende eller utvikle seg til kroniske sykdommer (WHO 2014). Symptomene ved revmatisk sykdom domineres av smerte og ubehag fra muskel- /skjelettsystemet, nedsatt bevegelighet, tretthet og begrensninger i dagliglivets funksjoner (Grut og Sandsund 2014). Personer med revmatoid artritt har høyere forekomst av hjerte- og karsykdom, kreft, gastrointestinal sykdom, lungesykdom og infeksjoner. Som for andre kronisk syke er de også mer utsatt for depresjon. Disse tilstandene medfører økt dødelighet (Gabriel og Michaud 2009). Estimater tilsier at det er minimum 300000 personer med diagnosen revmatisk sykdom i Norge i dag (Grut og Sandsund 2014).

Sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv medfører smertefulle tilstander i bevegelsesapparatet høye kostnader i form av tapt samfunnsinntekt da de som er rammet ofte har nedsatt arbeidsevne (WHO 2014). I Norge er sykdommer i bevegelsesapparatet de hyppigst representerte diagnosene innenfor allmennpraksis og institusjonsbehandling, samt den hyppigste årsaken til sykmelding og uførepensjon (Ihlebak, Brage, Natvig og Bruusgaard 2010). 31 % av alle uførepensjonerte i Norge har muskel- og skjelettlidelser (NAV 2012). Sett i et individperspektiv innebærer revmatisk sykdom at særlig smerter går ut over fysisk og sosial fungering. Smerter hindrer dagliglivets aktiviteter og reduserer pasientens livskvalitet (Coty og Wallston 2008, Arne, Janson, Janson, Boman, Lindquist, Bern og Emter 2009, Dobnik, Lorber og Pahor 2013).

Rehabilitering i varmt klima har vært et tiltak for revmatikere i Norge siden 1967 (NOU 2000). Begrunnelsen for å tilby spesifikke behandlingsreiser til denne pasientgruppen var og er at tørt og varmt klima har en symptomlindrende effekt som bedrer mulighetene for fysikalsk behandling (NOU 2000, Kurtze, Lippestad og Hem 2011). Opphold i subtropisk strøk fører til redusert smerte og stivhet og/eller mindre engstelse for å få smerter i affiserte ledd ved bevegelse (Hafström og Hallgren 2003, Forseth 2007, Vaks 2014). Studier viser at den positive effekten vedvarer lenger ved behandlingen i middelhavsklima enn ved rehabilitering i Norge (Strumse, Nordvåg, Stanghelle, Røisland, Winther, Pajunen, Garen og Flatø 2011, Clark-Jenssen, Mengshoel, Strumse og Forseth 2014).

Ved gjennomgang av publiserte studier om sammenhengen mellom vær og revmatisme kan det se ut til å være uenighet. Klimatiske forhold som er mest undersøkt er temperatur, luftfuktighet, atmosfærisk trykk og vind. Sibly (1985) publiserte resultater av en dobbelt blindtest på 70 pasienter med osteoartrose (OA) og Revmatoid artritt (RA) hvor 62 % av pasientene følte at været påvirket smertene, men ingen objektive data på dette ble funnet. Patberge, Nienhuis og Veringa (1985) og Guedj og Weiberger (1990) fant sammenheng mellom subjektive smerter ved Revmatoid artritt (RA) og temperatur, trykk, og fuktighet. I Taiwan fant Liu, Tseng, Feng, Lam og Tsai YC (2006) at det er sammenheng mellom barometrisk trykk og sterke smerter. Van der Laar (1991) presenterte en studie hvor resultatet var at det er ingen klar sammenheng mellom atmosfæriske forhold og RA. Fors og Sexton (2002) fant ingen klar sammenheng mellom symptomer ved artrose og fibromyalgi og klima. I en global systematisk reviewstudie ved Smedslund og Hagen (2011) viste 9 studier fra sør til nord i Europa fra 1986 til 2009 ingen konsistent gruppeeffekt av værforhold på smerte ved RA. De skriver at det allikevel ikke kan utelukkes at revmatiske smerter blir mer påvirket av været hos noen individer enn andre. Det er gjort en stor studie angående artrose i Europa (European Project on OsteoArthritis EPOSA). Resultatet er at 67,2 % føler at været påvirker deres smerter. De eldste deltakere fra Italia og Spania opplever seg som mer værsensitive sammenliknet med deltakerne fra Sverige (Timmermans, van der Pas, Schaap, Sánchez-Martínez, Zambon, Peter, Pedersen, Dennison, Denking, Castell, Siviero, Herbolsheimer, Edwards, Otero og Deeg 2014) noe som er interessant med tanke på at Sverige (Hafström og Hallgren 2003) som Norge (Kurtze m.fl. 2011) har et tilbud om behandlingsreiser i Syden.

I følge SINTEF (Kurtze, Lippestad og Hem 2011) reiser ca. 2000 personer til Norsk Revmatikerforbunds trenings- og feriesenteret Reuma-sol i Spania hvert år. Årlig får 1700 av 3600 revmatikere innvilget søknad om behandlingsreise til utlandet ved Seksjon for

behandlingsreiser, Oslo Universitetssykehus (Kurtze et al. 2011). I følge en NOVA rapport oppsøker revmatikere varmt klima på egenhånd i tillegg til organiserte tilbud, i håp om å bli bedre (Elstad, Grue og Eriksen 2005). Klima blir også beskrevet som en vesentlig årsak til at norske alders- og uførepensjonister har valgt å flytte fra Norge til Spania (Helset, Lauvli og Sandlie 2004, Sørby, Selbekk, Helland og Grue 2004).

Litteratursøk viser at det er begrenset med nyere forskning som fokuserer på revmatikeres egne erfaringer med sykdommen og hvordan de erfarer at klimaet innvirker på symptomene. Denne studiens hensikt er å belyse norske revmatikeres erfaringer med sykdommen i dagliglivet ved langtidsopphold i Spania.

Metode

Det er valgt kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming der hensikten er å få kunnskap om respondentenes livsverden (Giorgi 1985, 1994). Metoden er vurdert som egnet da det er begrenset med forskning på tematikken.

Utvalg

Respondentene ble i første omgang rekruttert gjennom annonser i aviser, innslag i radio og plakatooppslag i Spania. De første respondentene var deretter behjelpelige med rekruttering av ytterligere respondenter ved hjelp av snøballmetoden (Bernhard 2015). Inklusjonskriteriene for å delta i studien var: å være norsk, å være uførepensjonert med revmatisme men uten behov for helse- og sosialhjelp i det daglige, å oppholde seg på Costa Blanca i Spania minimum 5 måneder i løpet av året og å være samtykkekompetent.

Utvalget består av tolv respondenter, åtte kvinner og fire menn i alderen 45 til 70 år. Ni av respondentene er fullt uføretrygdet, en halvt uføretrygdet. To respondenter er alderspensjonerte, disse ble inkludert da de fyller de øvrige inklusjonskriteriene, og det var vanskelig å rekruttere respondenter til studien. Samtlige respondenter har revmatisk diagnose. Fem av respondentene bor permanent i Spania og er kun på ferie i Norge (residente). Syv er sesongbeboere i tre måneder av gangen, før og etter jul. Alle bortsett fra en har egen bolig i Spania.

Datainnsamling

Datainnsamlingen ble utført ved kvalitative forskningsintervju. I forkant av studien ble en temabasert intervjuguide (Giorgi 1985) testet i et pilotintervju. I intervjuet deltok et resident pensjonistpar der den ene hadde revmatisme og den andre var alderspensjonist. Etter pilotintervjuet ble temaet «behov for og bruk av helsetjenester» lagt til intervjuguiden da dette viste seg å være av betydning. Intervjuguiden ble i første rekke benyttet som et hjelpemiddel for forskerne for å sikre at temaene erfaringer med revmatisme, valget om å satse på Spania, hverdagslivet i Spania, behov for helsetjeneste og kontakten med Norge, ble ivaretatt i alle intervjuer.

Intervjuene ble innledet med spørsmålene: kan du fortelle om dine erfaringer med sykdommen og valget om langtidsopphold i Spania? Forskerne bestrebet seg på å ha en åpen tilnærming til respondentenes beskrivelser, og det ble bedt om utdyping der det var nødvendig for å få tydelige svar (Giorgi 1985).

Intervjuene ble gjennomført i respondentenes hjem. Tre personer ble intervjuet i Norge, de øvrige i Spania. Fem av intervjuene ble utført med kun respondenten til stede, i fire av intervjuene var respondent og deres ektefelle til stede og i et intervju var tre respondenter til stede. I sistnevnte intervjuform styrte forskerne i større grad intervjuet for å sikre at samtlige besvarte temaene i intervjuguiden.

Intervjuene varte fra 1 til 2 timer. To forskere var til stede under intervjuene, bortsett fra i et individuelt. Intervjuene ble tatt opp på opptaker og deretter transkribert ordrett.

Analyse

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av meningsfortetting og tematisering etter tilpassing av Giorgis fenomenologiske metode (Giorgi 1985,1994, Malterud 2013). Først ble de transkriberte intervjuene lest igjennom for å få et helhetsinntrykk. I neste trinn ble meningsbærende enheter identifisert. På dette trinnet ble teksten tematisert med fokus på respondentens synsvinkel. Temaene med tilhørende meningsbærende enheter ble plassert i en matrise. Dette materialet ble deretter undersøkt i lys av studiens formål og det framkom sentrale temaer som essenser av funnene.

Etisk vurdering

Studien er vurdert av Personvernombudet for forskning hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste NSD (Personvernombudet for forskning, NSD, 15409). Respondentene ga sitt samtykke til deltakelse etter at de skriftlig og muntlig ble gjort kjent med studiens hensikt og innhold. Respondentene ble informert om anonymisering og om muligheten til å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt, uten at dette ville gi konsekvenser for dem.

Troverdighet.

Datainnsamlingen ble gjennomført med intervju av enkeltrespondenter, av respondenter med ektefelle til stede og et gruppeintervju. Intervjuene var i respondentens eget hjem slik Repstad (2007) anbefaler for det gode intervjuet. At de selv valgte sted kan være en forklaring på at det var god atmosfære og åpenhet i alle intervjuene. Betenkelighet med gruppeintervju er at noe av det individuelle kan gå tapt eller at kun det som kan presenteres offentlig kommer fram (Repstad 2007). Det er mulig det kan gjelde også for par. Forskernes erfaringer er at partnere og gruppedeltakere bidro til at respondentene ble påminnet situasjoner og at noe ble tydeligere. Respondentene valgte selv denne formen, og erfaringen med dette ser ut til å være i tråd med Repstad (2007) som skriver at gruppeintervju er bra under harmløse forhold og i grupper med medlemmer med noenlunde lik status. Data fra respondentene som var alderspensjonister skilte seg ikke ut fra det øvrige materialet.

Når målet er at teksten skal tematiseres med fokus på respondentens synsvinkel har det vært en fordel å dele analysearbeidet med flere. I følge Giorgi (1985) skal forskernes egen bakgrunn og teorier «settes i parentes». Å være to forskere med forskjellig faglig plattform har vært en kontroll på om det har vært mulig å holde tilbake egen forforståelse i analysearbeidet. I tillegg har to av respondentene lest utdrag fra analysen, og de gjenkjente temaene. Analyseprosessen er utført i samarbeid med veileder.

Studiens rekrutteringsmetode kan tenkes å ha medført skjevheter i utvalget. Ulempene med selvseleksjon kan være at de som ønsker å delta har en egen motivasjon for å kunne fortelle om et bestemt forhold (Staff 2010). Det kan være deltakere som spesielt har hatt ønske om å bruke forskerne som talerør. Mest sannsynlig oppholder det seg norske revmatikere i Spania som har andre erfaringer enn det som har framkommet i studien.

Gjenvunnet kontroll over dagliglivet

Essensen i norske revmatikeres erfaringer er at de hadde gjenvunnet kontrollen over dagliglivet, som utpeker seg som studiens overordnede tema. Beskrivelsene omhandler i stor grad livet før og etter flyttingen til Spania. I værutsatte Norge var livet preget av mange nederlag og at revmatismen hadde styringen over tilværelsen. I det mer værstabile Spania var dagsformen mer forutsigbar, hvilket innebar at de fikk kontroll over dagliglivet. En av respondentene forklarer «*Du fungerer mer som et menneske*». Flere av respondentene beskrev at de er svært værsensitive. Et godt klima opplevdes derfor som vesentlig for å beholde kontrollen over dagliglivet. Ved å reise til Norge erfarte de at revmatismen igjen tok styringen.

Jeg prøvde å være hjemme i Norge i 14 dager til jul, men, det gikk ikke. Etter en uke gjorde det så vondt!! Så etter det har jeg vært kun 5-7 dager hjemme før jeg drar tilbake. Det vonde kommer såpass fort tilbake.

Temaene «Fra plagsomme smerter til smertelindring», «Frihet fra medisiner og behandling» og «Fra funksjonstap og passivitet til aktivitet» beskriver endringen i dagliglivet etter flyttingen til Spania. Disse tre temaene er nært forbundet med hverandre og det overordnede temaet «Gjenvunnet kontrollen over dagliglivet».

Fra plagsomme smerter til smertelindring

Smerter og konsekvenser av smerter var et gjennomgående tema i respondentenes fortellinger fra tiden i Norge. Regn, vind og kulde gjorde at revmatismen forverret seg og resulterte i økte smerter, stivhet, slitenhet og problemer med å fungere normalt. Væromslag ble beskrevet som noe av det verste.

I Norge fikk jeg angst hver gang jeg så en svart sky for da visste jeg at nå kommer smertene. Da fikk jeg en dag eller to i sengen.

Respondentene fortalte at de hadde forsøkt å holde smertene under kontroll blant annet med varme bad i Norge, men at de etter hvert søkte mer varig lindring i form av behandlingsreiser og

sydenreiser. Det stabile, tørre og varme klima i Spania medførte mindre fare for akutt forverring på grunn av brå værømslag slik som ofte forekommer i Norge. Flyttingen til Spania ble beskrevet som et vendepunkt i tilværelsen.

Det var noen og tjue varmegrader. Pent vær, og det var jo så godt! Etter tre dager tok jeg ikke en tablett for smertene, kunne gå turer, kunne bøye meg og plukke opp ting fra bakken. Og det har jeg ikke kunnet gjøre i Norge på år og dag.

Smertelindringen kom raskt. Det ble imidlertid påpekt at for å oppnå varig bedring var det viktig å sikre seg mot fuktig luft og vind, selv i Spania. Respondentene rådet andre i samme situasjon til å bo et stykke inn fra havet hvor det er maksimalt stabilt og tørt klima.

Frihet fra medisinbruk og behandling.

Et annet gjennomgående tema var at respondentene fortalte om bruk av mye smertestillende medisiner da de bodde i Norge.

På det verste måtte jeg jo blande Fortralin og Paralgin Forte, for å få sove.

Det var vanlig å måtte bruke mye medisiner for å dempe smerter, og det hadde medført bekymring for bivirkninger. Flere av respondentene hadde også opplevd alvorlige hendelser. En ung mann som hadde brukt Methotrexat var bekymret over at han ikke burde få barn fordi medisinen virket på cellene. En annen som hadde brukt Vioxx hadde vært redd for å få alvorlige hjertesykdom som følge av disse og to av respondentene hadde hatt blødende magesår etter bruk av NSAIDS.

Det endte med at jeg fikk sår på tolvfingertarmen og spiserøret. Og det må jeg ta medisiner for hele tiden nå.

I Spania opplevde respondentene at de kunne redusere bruken av smertestillende medisiner betraktelig. Samtlige understrekte det positive med å føle frihet fra medisinbruken og bekymringene knyttet til dette. Mens de i Norge måtte ta medisiner for å klare jobb og komme seg gjennom dagene så opplevde de at i Spania var det eget valg av aktivitet som avgjorde om de måtte ta medisiner eller ikke.

Bare puttet inn og puttet inn tabletter. Nå tar jeg bare en tablett mot smerter hver tolvte time, hvis jeg ikke gjør noen ekstra strabaser.

Noen av respondentene hadde hatt behov for helsetjenester etter flytting til Spania. Dette dreide seg om medisiner, laser- eller ultralydbehandling. En hadde blitt kneoperert. Til tross for disse behandlingene beskrev respondentene at revmatismen ikke lenger dominerte livet deres.

Fra funksjonstap og passivitet til aktivitet

Det tredje gjennomgående tema er knyttet til et dagligliv i Norge preget av en stadig forverring av revmatismen og av nedsatt funksjonivå. Deres arbeidskapasitet, aktivitetsnivå og

aktivitetsradius hadde blitt redusert på grunn av smerter og slitenhet. De hadde forsøkt med mange former for medisinsk og alternativ behandling, behandlingsreiser og egne reiser til Spania, men det hadde hatt begrenset effekt. Revmatiske smerter kunne i verste fall føre til avhengighet av andre.

Jeg satt bare i sofaen og gruet meg til å gå ut på kjøkkenet. Jeg klarte ikke å åpne kaffeboksen og trakte meg kaffe. Det var så vondt og så tungt, og det gikk utover humøret.

Vintertiden i Norge hadde vært spesielt passiviserende. Respondentene beskrev at de lengtet ut, men var redd for å falle. Etter at de flyttet til Spania var de ute hele året og trengte ikke streve med støvler og vintertøy.

Jeg er veldig mye i bevegelse, trimmer en halv time om morgenen og så går jeg inn til postkassen i byen som er ca. 2,5 km unna. Går i hvert fall to ganger om dagen, av og til går jeg lenger. Jeg er veldig mye ute og går. Det klarer jeg ikke i Norge om vinteren, når det er glatt, da går jeg stivt.

Samtlige beskriver at de er i mer aktivitet i Spania enn de hadde vært i Norge. Det mest vanlige er å gå turer i parker og på strandpromenader, å svømme i havet eller i basseng. De gjør også øvelser som de blant annet hadde lært på behandlingsreiser. Alle opplevde at de oppnår bedring av funksjonsnivå med mer aktivitet og øvelser. Å trene og kunne bevege seg ute betydde redusert stivhet i muskler og ledd ifølge respondentene.

Hvis jeg ikke vil stivne helt, så må jeg være i bevegelse. Og det klarer jeg ikke i Norge.

Det stabile været i Spania gjorde at dagsformen var mer forutsigbar, og det var derfor lettere å delta i sosiale aktiviteter. Det var vanlig å delta i aktiviteter i klubber og i Den norske kirken og å samles til lunsj på markedsdager. Flere påpekte at de syntes det var urettferdig at media fokuserte på stort alkoholkonsum hos norske beboere i Spania. De vektla at de *ikke er på ferie* i Spania og at alkoholinntaket var begrenset, «*Vi koser oss med et glass på fredag kveld*».

Diskusjon

Studiens hensikt var å belyse norske revmatikerers erfaringer med sykdommen og dagliglivet ved langtidsopphold i Spania. Essensen i respondentenes beskrivelser var at de hadde gjenvunnet kontrollen over dagliglivet etter å ha flyttet til Spania.

Respondentene beskriver det relativt kjølige og ustabile været i Norge nærmest som utløsende årsak til mer intense smerter og en uforutsigbar hverdag. Etter langtidsopphold i Spania som har varmere og mer stabilt vær enn Norge (i Valencia området er det gjennomsnittlig 20°C ni måneder i året og 25 nedbørsdøgn (Storm 2014) erfarer respondentene at smertene minker og at de gjenvinner kontrollen over dagliglivet. Funnet støtter således forskning som viser at varmt klima har gunstig effekt på trening ved revmatiske tilstander (NOU 2000, Strumse et al. 2009, Kurtze et al.2011). Det er verdt å bemerke at værromslag ble beskrevet som det mest plagsomme,

hvilket er interessant i lys av usikkerhet om værrets innvirkning på revmatiske sykdommer (Smedslund og Hagen 2011).

Svingninger i sykdomsforløpet har vist seg å være en gjenganger i en revmatikers liv. Kroniske, revmatiske smerter svinger mellom rolige og vanskelige faser, og kroppen er uforutsigbar og upålitelig. Forskning beskriver at det er en utfordring å håndtere dagliglivet på grunn av uforklarlige, uregelmessige smerter (Paulson, Danielsson, Larsson og Norberg 2001, Elstad et al. 2005, Dybdal 2011). Det vanskeligste med å leve med revmatisme er å forholde seg til disse uforutsigbare svingningene. Svingningene medfører usikkerhet, og det er vanskelig å finne en etterlengtet balanse (Elstad et al. 2005, Mengshoel 2008, Bergsten, Bergman, Fridlund, Alfredsson, Berglund, Petersson, Arvidsson og EIRA Study Group 2009, Grønning, Lomundal, Koksvik og Steinsbekk 2011, Dybdal 2011). Det er derfor svært interessant at respondentene i studien opplever at klimaet i Spania gir en stabil dagsform med lite smerter. Smertelindring og forutsigbarhet bidrar til et kvalitativt bedre liv enn tidligere. I Norge har revmatisme hindret livsutfoldelse og spontanitet slik også annen forskning har beskrevet (Paulson et al. 2001, Elstad et al. 2005) og så opplever de at dagsformen blir bedre og mer forutsigbar. Det er ikke lenger nødvendig å ta forbehold om endringer i dagsformen. Det blir enklere å ha et sosialt liv, og de har et dagligliv med venner, treff og aktivitet i organisasjoner, slik også andre nordmenn lever i Spania (Helset et al. 2004, Sørby et al. 2004).

Et annet interessant funn er at respondentene erfarer frihet fra medikamenter, behandling og bekymring for bivirkninger. Fare for alvorlige bivirkninger bekreftes i kliniske registre (Arentz-Hansen, Palm, Norderhaug, Gjertsen og Nordvåg 2007). Våre respondenter er lettet over å ikke ha denne bekymringen. Respondentene hadde hatt alvorlige bivirkninger og var derfor meget lettet over at de kunne redusere eller slutte med medisiner. Fra å være i en situasjon der de brukte flere typer medikamenter regelmessig for å klare jobb og dagligliv, hvilket er vanlig for revmatikere (Elstad et al. 2005), bruker de nå medisiner kun sporadisk. I NOVA rapporten (Elstad et al. 2005) beskrives at revmatikere har en kamp mot bivirkninger. Ved langvarig opphold i Spania kan det se ut til at revmatikere selv reduserer bruk av medikamenter. Det innebærer at de har mindre stress knyttet medikamentbruk og bekymringer for bivirkninger.

Det er en kjent utfordring for revmatikere å få til regelmessig aktivitet (Grut og Sandsund 2014). Denne studien viser at respondentene er i fysisk aktivitet opp til flere ganger daglig når de er i Spania. Det står i kontrast til aktivitetsnivå i Norge hvor de ble sittende mye inne på grunn av kulde og glatte veier. I Spania ser det ut til at respondentene er mer aktive enn Helsedirektoratets anbefalinger om daglig fysisk aktivitet på 30 minutter med moderat intensitet (Helsedirektoratet 2014). Det hevdes at i et livsløpsperspektiv vil en fysisk aktiv person som tilfredsstillende denne anbefalingen forventes å ha et betydelig potensiale for helsegevinst, både i form av økt livslengde og økt livskvalitet (Helsedirektoratet 2010). I tillegg vil en revmatiker som er i fysisk aktivitet kunne redusere funksjonstapet (Opava og Nisell 2009, Fongen, Kløkkerud, Husebø, Bjor og Hagen 2009, Hagen, Dagfinrud, Moe, Østerås, Kjekken, Grotle og Smedslund 2012). Tidligere studier har vist at aktivitet gir mestringsfølelse og øker livskvaliteten for revmatikere (Uhlig og Christie 2007, Fongen et al. 2009). I Spania er det mulig å være i aktivitet daglig, hele året.

I følge annen forskning er det uklart i hvor stor grad revmatiske smerter påvirkes av værforhold. Kvantitativ forskning ser ut til i beskjeden grad å finne sammenheng mellom værforhold og revmatiske smerter (Smedslund og Hagen 2011). Der hvor pasienter har rapportert sin egen oppfatning av hvor værsensitive de er, så er det en sterkere sammenheng (NG, Scott, Taneja, Gow og Gosai 2004, Timmermans et al. 2014). Smedslund, Hagen, Heiberg og Kvien (2008) som har undersøkt norske revmatikere skriver at til tross for at de ikke finner en klar sammenheng mellom revmatisme og klima på gruppenivå så kan det ikke utelukkes at enkeltpersoner bli påvirket av været. Det er dermed ikke usannsynlig at det er disse enkeltpersonene som søker behandlingsreiser i Syden og som har vært flertallet av de som deltok i vår studie. Respondentene har erfaring med været i to forskjellige klimasoner, og det er bare de selv som vet hvordan revmatismen arter seg om de forflytter seg mellom klimaene. De fleste i vår studie hadde tidligere opplevd at middelhavsklimaet var godt for dem og hadde satset på langtidsopphold i Spania av den grunn.

Avslutning

Studiens hensikt er å belyse norske revmatikeres erfaringer med sykdommen i dagliglivet ved langtidsopphold i Spania. Essensen i deres erfaringer er at de gjenvinner kontrollen over dagliglivet. De erfarer smertelindring, redusert medisinbruk, muligheter for økt aktivitet og bedret funksjon i Spania. Studien indikerer at langtidsopphold i Spania fremmer helse og velvære for værsensitive revmatikere. Det bør forskes mer på hvordan langtidsopphold i middelhavsklima kan fremme egenaktivitet, bedre helse og dagligliv for revmatikere.

Litteratur

Arentz-Hansen H, Palm Ø, Norderhaug IN, Gjertsen MK og Nordvåg BY (2007). *TNF-hemmere ved revmatiske sykdommer (del 2): Effekt og bivirkninger rapportert i kliniske registre*. Kunnskapssenteret 2/07.

Arne M, Janson C, Janson B, Boman G, Lindquist U, Bern C og Emter M (2009). Physical activity and quality of life in subjects with chronic disease: chronic obstructive pulmonary disease compared with rheumatoid arthritis and diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(3), 141-147. doi:10.1080/02813430902808643.

Bergsten U, Bergman S, Fridlund B, Alfredsson L, Berglund A, Petersson IF, Arvidsson B og EIRA Study Group (2009). Patients' conceptions of the cause of their rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Musculoskeletal care*, 7(4), 243-255.

Bernhard HR og Gravlee CC (red) (2015). *Handbook of Methods in Cultural Anthropology*. Rowman & Littlefield, London, England.

Clarke-Jenssen A-C, Mengshoel A M, Strumse YS og Forseth KØ (2014). Effects of a Fibromyalgia rehabilitation programme in warm versus cold climate: a randomized controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(7), 676- 83.

Coty MB og Wallston KA (2008). Roles and well-being among healthy woman and woman with rheumatoid arthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 6(2), 189-198. doi: 10.1111/j.13652648.2008.04661.x.

Dobnik M, Lorber M og Pahor A (2013). The impact og biologics om the quality of life of people affected by rheumatic diseases. *Obzornik Zdravstevne Nege*. 47(2):177–83.

Dybdal K-L (2011). *Når kroppen endres. En kvalitativ studie av kvinnelige pasienters hverdags erfaringer med kroppsendringer ved revmatisk sykdom*. Masteroppgave, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Elstad JI, Grue L og Eriksen J (2005). *Smerte og livsmot. En analyse av 74 fortellinger om livet med revmatisme*. NOVA Rapport 4/05.

Fongen C, Klokkerud M, Husebø ME, Bjor T og Hagen KB (2009). *Tilpasset fysisk aktivitet for pasienter med revmatisk sykdom TAKT*. NRRK-notat nr.1/09, Diakonhjemmets Sykehus, Oslo.

Fors EA og Sexton H (2002). Weather and the pain in fibromyalgia: are they related? *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61(3), 247-50.

Forseth KØ (2007). Utenlands behandling av pasienter med revmatisk sykdom. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 127(4), 449-52.

Gabriel SE og Michaud K (2009). Epidemiological studies in incidence, prevalence mortality and comorbidity of rheumatic diseases. *Arthritis Research & Therapy*, 11(3),19.

Giorgi A (1985). Sketch of a Psychological Phenomenological Method. I Giorgi A *Phenomenology and Psychological Research*. Duquesne University Press, Pittsburg, Pennsylvania.

Giorgi A (1994). *Phenomenology and Psychological Research*. Duquesne University Press, Pittsburg, Pennsylvania.

Grut L og Sandsund. M (2014). *Rehabilitering for personer med revmatisme og muskel - /skjelettplager, Et forprosjekt*, SINTEF 2/14.

Grønning K, Lomundal B, Koksvik HS og Steinsbekk A (2011). Coping with arthritis is experienced as dynamic balancing process. A qualitative study. *Clinical Rheumatology*, 30(11), 425-432. doi 10.1007/s10067-011-1836-9.

Guedj D og Weinberger A (1990). Effect of weather conditions on rheumatic patients. *Annals of the Rheumatic Diseases* 49(3), 158-159.

Hafström I og Hallgren M (2003). Physiotherapy in subtropic climate improves functional capacity and health-related quality of life in Swedish patients with rheumatoid arthritis and spondylarthropathies still after 6 months. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 32(2), 108-13.

Hagen KB, Dagfinrud H, Moe RH, Osteras N, Kjekken I, Grotle M og Smedslund G (2012). Exercise therapy for bone and muscle health: an overview of systematic reviews. *BMC Medicine*, 10(167), 1741-7015. doi: 10.1186/1741-7015-10-167.

Helsedirektoratet (2014). Anbefalinger fysisk aktivitet. Hentet 16.3.2015 fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>

Helsedirektoratet (2010). *Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ved fysisk aktivitet*. Hentet 13.1.2015 fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/vunne-kvalitetsjusterte-levear-qalys-ved-fysisk-aktivitet/>

Helset A, Lauvli M og Sandlie HC (2004). *Norske pensjonister og norske kommuner i Spania*. Rapport, NOVA 3/04.

Ihlebak C, Brage S, Natvig og Bruusgaard D (2010). Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser. *Tidsskrift for Den norske Legerforening*, 23(130), 2369 – 70, doi: 10.4045/tidsskr.10.0236.

Kurtze N, Lippestad JW og Hem K-G (2011). *Evaluering av ordningen med behandlingsreiser til utlandet*. Rapport, SINTEF 11/11. Hentet: 3.2.2015 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/evalueringsrapport-fra-sintef-behandlingsreiser-til-utlandet/Sider/default.aspx>

Kvale S (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Liu YC, Tseng FL, Feng JY, Lam Cf og Tsai YC (2006). Pain intensity and barometric pressure closely correlate in Southern Taiwan. *Acta Anaesthesiologica, Taiwanica* 44(3), 147-52.

Malterud K (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Universitetsforlaget, Oslo.

Mengshoel A M (2008). Living With a Fluctuating Illness of Ankylosing Spondylitis: A Qualitative Study. *Arthritis and Rheumatism*, 59 (10), 1439-1444. doi: 10.1002/art.24103.

NG J, Scott D, Taneja A, Gow P og Gosai A (2004). Weather changes and pain in rheumatology. *Journal of Rheumatology*, 7(3), 204-206.

NAV (2012). Hentet 11.3.2015

fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforepensjon+-+statistikk/Uforetrygd/Diagnoser+uf%C3%B8repensjon>

NOU, Norges offentlige utredninger (2000). *Behandlingsreiser til utlandet. Et offentlig ansvar?* NOU 2000:2. Hentet 13.1.2015 fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2000-2/id142347/>.

Opava C og Nisell R (2009). Revmatoid artritt. I Bahr R (Red.). *Aktivitetshåndboken, Fysisk aktivitet forebygging og behandling*. Helsedirektoratet, Oslo.

Patberg WR, Nienhuis RL og Veringa F (1985). Relation between meteorological factors and pain in rheumatoid arthritis in a marine climate. *Journal of Rheumatology* 12, 711-5.

Paulson M, Danielson E, Larsson K, Norberg A (2001). Men`s descriptions of their experience of nonmalignant pain of fibromyalgia type. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 15(1), 544-9.

Personvernombudet for forskning, NSD.

http://pvo.nsd.no/prosjekt/sok?s=15409&innmeldt_fra=&innmeldt_til=&institusjon=0&side=

Repstad P (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitativ metode i samfunnsfag*. Universitetsforlaget, Oslo.

Smedslund G, Hagen KB, Heiberg T og Kvien TK (2008). Association between meteorological and solar variables and patient-reported daily pain over 84 days in 37 patients with rheumatoid arthritis (RA). *Annals of the Rheumatic Diseases, The Eular Journal*, 67 (suppl II): 578.

Smedslund G og Hagen KB (2011). Does rain really cause pain? A systematic review of the associations between weather factors and severity of pain in people with rheumatoid arthritis. *The European Journal of Pain (EJP)*, 15(1), 5-10. doi:10.1016/j.ejpain.2010.05.003.

Staff A (2010). Bias. Hentet 11.03.15 fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Spesielle-problemomrader/Bias/>

Strusberg I, Mendelberg RC og Serra HA (2002). Influence of weather conditions on rheumatic pain. *Journal of Rheumatology*, 29(2), 335-8.

Strumse YAS, Nordvåg BY, Stanghelle JK, Røisland M, Winther A, Pajunen PA, Garen T og Flatø B (2011). Efficacy of rehabilitation for patients with ankylosing spondylitis: comparison of a four-week rehabilitation programme in a Mediterranean and a Norwegian setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(6), 534-42.

Storm (2014). Hentet 12.11.2014 fra: <http://www.storm.no/vaer/torreveija/klima>

Sørby LW, Selbekk AS, Helland O, Grue EV (2004). *Nordmenn i Spania - pleie, rehabilitering og omsorg. En kartleggingsstudie*. Rapport 3/04, Diakonhjemmet Høgskole, avdeling for Forskning og Utvikling, Oslo.

Timmermans EJ, van der Pas S, Schaap LA, Sánchez-Martínez M, Zambon S, Peter R, Pedersen NL, Dennison EM, Denkiner M, Castell MV, Siviero P, Herbolzheimer F, Edwards MH, Otero A, Deeg DJ (2014). Self-perceived weather sensitivity and joint pain in older people with osteoarthritis in six European countries: results from the European Project on OsteoArthritis (EPOSA). *BMC Musculoskeletal Disorders*, 5(15), 66. doi: 10.1186/1471-2474-15-66.

Uhligh T og Christie A (2007). Spesialisert rehabilitering av pasienter med revmatisk sykdom. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 3-5(127), 313- 5.

Vaks K (2014). *Reumatoid Artrit-Patienters opplevelse av klimavård*. Masteroppsats

Institutionen för idrottsvetenskap, Kalmar. Hentet 22.01.2013 fra:

<http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A724525&dswid=80>

van der Laar M (1991). Assessment of inflammatory joint activity in rheumatoid arthritis and changes in atmospheric conditions. *Clinical Rheumatology*, 10(4), 426-33.

WHO (2014). Chronic rheumatic conditions. Hentet 12.11.2014 fra:

www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/

Sammen går vi døden i møte

Sven Inge Molnes

Sven Inge Molnes, Høgskolelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Ålesund, Postboks 1517, 6025 Ålesund, E-post: svmo@hials.no

Abstract

Helping patients facing death

In 2011 it was reported 29,907 people with a cancer diagnosis, and despite the fact that survival numbers increase, it is still a significant number of people who die of cancer every year. The process of dying and death is a natural part of life, but it's not always easy to deal with this. The purpose of this study was to examine how nurses experience spiritual aspects for cancer patients living at home. Data were collected using semi-structured, individual interviews with ten nurses. The interviews were analysed by means of Giorgi analytical method. The nurses said it was important to have a dialog with the patient about spiritual aspects, but several nurses had problems involving themselves in talks related to the patient's situation and his thoughts about the death. To allow more cancer patients a good and worthy treatment in their own home, the community health services should focus more on increasing the skills related to spiritual aspects for cancer patients at home.

Nøkkelord/Key words

*Kommunehelsetjenesten; hjemmedød; åndelige behov; sykepleiere
Community health services; home death; spiritual aspects; nurses*

Referee*

Introduksjon

I 2011 ble det rapportert inn 29 907 mennesker med en kreftdiagnose, og til tross for at overlevelsestallene øker, er det likevel et betydelig antall mennesker som dør av kreft hvert år. I 2011 var det 10 970 som døde av sykdommen i Norge (Kreftregisteret 2013).

Dødsprosessen og døden er en naturlig del av livet, men det er ikke alltid like lett å forholde seg til dette, både for pasient, pårørende og helsepersonell. Det må tilrettelegges for at alvorlig syke og døende skal kunne få velge hvor de vil være den siste tiden. Samhandlingsreformen legger opp til at flere pasienter skal behandles i kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Dette innebærer at flere skal få behandling, i tillegg til livsavslutning i eget hjem. Det er viktig å bevare integritet, egenkontroll og personlige relasjoner, og man må også inkludere familier og venner. Pasienter med livstruende sykdom er ofte opptatt av døden. Hva kommer til å skje, hva er meningen med livet, og finnes det en høyere makt (Helsedirektoratet 2015, Hopkinson, Hallet og Luker 2005, Kearney og Mount 2000). Det er flere studier som viser at den åndelige dimensjon spiller en vesentlig rolle for døende

mennesker (Buchwald 2010, Cobb 2001, Dalgaard 2007, Hansen 2003, Nielsen 2005, Sæteren 2007, Thomsen 2010). En studie viser at flere kreftpasienter ønsker å dø hjemme, men at det praktisk sett ikke alltid lar seg gjøre (Jocham, Dassen, Widdershoven, Middel og Halfens 2009). Ektefeller ønsker også å ha sine kjære lengst mulig hjemme, men at det kreves mye å ha dødssyke hjemme (Luijkx og Schols 2010). En alvorlig og uhelbredelig sykdom har ikke bare fysiske konsekvenser. Den påvirker også i høy grad psykiske, sosiale, eksistensielle og åndelige forhold. Det er for mange utfordrende å skulle forholde seg til døende, da man ofte blir stilt overfor eksistensielle spørsmål, som er med på å sette i gang egne følelser og reaksjoner (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Pasienter og pårørende føler seg verdsatt, beroliget og støttet av sykepleiere som klarer å involvere seg utenom de fysiske forholdene. De ser på sykepleierne som en verdifull ressurs, spesielt med tanke på den støttende rollen de har (Griffiths, Ewing og Rogers 2013).

For å kunne gi god sykepleie i hjemmet er det viktig med god kompetanse for å kunne dekke pasientens behov. Dette bidrar også til at pasienten, og eventuelle pårørende, skal kunne føle seg trygg i hjemmet. Det innebærer blant annet at sykepleierne har gode kommunikasjonsferdigheter, instrumentelle ferdigheter og et klinisk blikk. Sykepleierne kan med sin faglige kompetanse, innlevelse og omsorg bidra til at den siste fasen i livet oppleves som god og verdig. Det handler om tillit, trygghet, tid og tilstedeværelse (Fjørtoft 2012, Madsen og Madsen 2001, McSherry 2006).

En rekke studier har vist at døende pasienter og pasienter med alvorlig sykdom med behov for lindrende behandling primært ønsker å få hjelp i hjemmet fremfor sykehus, men sammenlignet med andre skandinaviske land ligger Norge mye høyere med hensyn til antall pasienter som dør på institusjon (Agenda Kaupang 2012, Beccaro, Costantini, Giorgi Rossi, Miccinesi, Grimaldi og Bruzzi 2006).

Hensikt

Hensikten med denne artikkelen er å rette søkelys på hjemmesykepleiens møte med hjemmedød og kreftpasienters åndelige behov. Hvordan beskriver sykepleiere egen praksis knyttet til dette?

Metode

Design

Denne studien hadde et utforskende design, et design som preges av fleksibilitet, og at det fenomenet som skal undersøkes finner sted i naturlige omgivelser. På denne måten kan man utvikle nye ideer og tanker, og ut ifra dette få ny kunnskap om eksisterende fenomener og til å se nye fenomener (Nord 1998). I denne studien har det blitt valgt en kvalitativ metode, som baserer seg på en beskrivende undersøkelse, dette for at sykepleierne skal kunne få formidle sine egne erfaringer fra praksisfeltet.

Utvalg

For å få tilgang til feltet ble det sendt brev til distriktsledere i tre forskjellige omsorgsdistrikt på mindre steder i Midt-Norge. Distriktslederne sendte meg skriftlige tilbakemeldinger, om at de ønsket å være med i studien. Distriktslederne var behjelpelig med å identifisere aktuelle respondenter som hadde erfaringer med hjemmedød hos kreftpasienter, og ut ifra de gitte inklusjonskriteriene. Inklusjonskriteriene i studien var at sykepleierne jobbet i hjemmesykepleien

og at de minimum hadde jobbet der i ett år. Etter at distriktslederne hadde identifisert tre til fire respondenter i sitt distrikt, var de behjelpelig med å formidle informasjonsskriv og samtykkeerklæring til de aktuelle sykepleierne. Det var ti sykepleiere som ønsket å delta i studien.

Datasamling

Data ble samlet gjennom halvstrukturerte, individuelle intervjuer (Kvale 1997). Intervjuene ble gjennomført fra november 2007 til januar 2008. Hver respondent ble intervjuet fra femti minutter til en og en halv time. Respondenten begynte med å snakke om sine erfaringer når det gjelder smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. I noen av intervjuene var det nødvendig å bruke intervjuguiden mer aktiv enn i andre, noen respondenter kunne beskrive sine opplevelser rundt pasienter og episoder veldig detaljert, mens andre var mer ordknappe i sine beskrivelser. Dette har også med hvor mye erfaring man har på de aktuelle områdene. I denne studien ble det valgt en halvstrukturert intervjuguide. Det ble også stilt oppfølgingsspørsmål og oppklarende spørsmål.

Datamaterialet var transkriberte intervju med ti sykepleiere. Hvert intervju ble skrevet ned ord for ord, men uttrykk som "hmm", "mmm", "eh" og latter, ble ikke tatt med i transkriberingen. Navn på personer, bygninger og geografiske områder er anonymisert til NN i transkriberingen. Jeg valgte å transkribere alle intervjuene til bokmål, da det er viktig å passe på at respondentene forblir anonyme, og på grunn av at det kan være lett å gjenkjenne noen dialekter.

Analyse

Intervjuene ble skrevet ut i full tekst og analysen ble gjort ved hjelp av Giorgis (1985) fire steg. I det første steg ble teksten fra hele intervjuet lest igjennom for at jeg skulle få en generell forståelse av helheten. Jeg fikk da en umiddelbar forståelse av hva sykepleieren ville fortelle. Dette dannet basis for neste steg, som er identifisering av meningsenheter. Her blir teksten ryddet og tema som omhandlet det samme ble identifisert og gruppert. I steg tre er transformasjon av meningsenhetene sentralt, her analyserte jeg hva som var det viktigste i de forskjellige temaene som ble identifisert. I det fjerde og siste steget gir jeg en spesifikk beskrivelse av fenomenet basert på resultatene som kom fram i de andre stegene.

Utsagnene som er brukt til å belyse meningsenhetene som ble identifisert, er sitat fra sykepleierne som beskriver kjernen av det som kom frem i intervjuene.

Etiske overveielser

Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD), der studien ble godkjent (prosjektnummer 17502).

Før man kan ta fatt på et forskningsprosjekt, må man innhente respondentenes informerte samtykke, dette ble gjennomført skriftlig. Informasjonsskriv ble sendt til respondentene, de ble informert om hensikten med studien, det at det er frivillig å delta, og at de har muligheten til å trekke seg når som helst underveis, uten at de måtte begrunne dette nærmere. Respondentene ble på nytt informert i samtykkeerklæringen om at deltakelsen i studien var frivillig, og at de hadde muligheten til å avbryte sin deltakelse i studien når som helst, uten at de måtte begrunne dette. I begynnelsen av intervjuene fikk respondentene informasjon om hensikten med studien, og at de fortsatt hadde muligheten til å trekke seg, dersom de ønsket dette. Informasjon fra den enkelte

respondent skulle ikke kunne identifiseres, og når funnene ble presentert var det viktig at respondentene forble anonyme. Hver enkelt av de ti respondentene i studien fikk ett referansenummer fra 1 til 10. Dette referansenummeret har fulgt respondenten fra intervjuet og gjennom resten av studien, på denne måten vil respondentenes identitet fortsatt være konfidensiell. Det er viktig å være oppmerksom på at respondenten kan si ting i intervjuet som de senere angres på, og ut ifra dette fikk hver enkelt respondent muligheten til å kontakte meg på telefon dersom det var noe de lurte på, etter at man hadde avsluttet intervjuet. På denne måten kunne respondentene ta kontakt med meg i ettertid, dersom det var noe de opplevde problematisk og belastende i intervjuet, som de ønsket å diskutere.

Metodekritikk

Ved kvalitative forskningsintervju er det alltid en fare for at respondentene forteller det de tror forskeren er ute etter. Videre kan også respondenter påvirke hverandre, dersom man skal intervju flere sykepleiere på samme arbeidssted, så kan disse påvirke hverandre, for eksempel dersom en av respondentene har vært inne til intervju, og denne person diskuterer tema og spørsmål rundt intervjuet med andre respondenter som ikke har vært inne til intervju.

Jeg arbeidet selv i hjemmesykepleien da intervjuene ble gjennomført, og kjente derfor praksisfeltet og fenomenet som studeres, derfor er det viktig å være bevisst min egen erfaring som sykepleier, og at forforståelsen for fenomenet kan være med på å påvirke studien.

I denne studien har jeg som forsker møtt ti forskjellige respondenter i tre ulike distrikt. Respondentenes erfaringer til døden kan forandre seg, og det samme kan man si om omgivelsene hvor intervjuene fant sted. Det er derfor vanskelig å etterprøve resultatene. Jeg har i denne studien støttet meg til annen forskning som viser likheter og ulikheter.

Resultat

Respondentene beskrev ulike forhold som belyste hjemmedød hos kreftpasienter. Resultatene presenteres i to hovedtema; 1) Å arbeide i andres hjem, når ønske er å få dø hjemme og 2) Den utfordrende samtalen.

Å arbeide i andres hjem, når ønske er å få dø hjemme

Når man skal arbeide i andres hjem, er det flere forhold som kan påvirke pleien og omsorgen til kreftpasienten. Respondentene mente at hjemmet er et sentralt sted for de fleste, og hjemmet er ikke bare et sted hvor man bor, men også et symbol på mye at det som man har opparbeidet seg gjennom livet. Hjemmet blir beskrevet av flere som pasientens territorium, der pasienten skal være i fokus og pasientens selvbestemmelse og medbestemmelse blir et viktig utgangspunkt for pleien.

Flere av respondentene opplevde at det å komme inn i et fremmed hjem, der både pasienten og pårørende har store forventninger til pleien, er skremmende og utfordrende, man skal forstå pasientens smerter og samtidig inkludere pårørende.

Når pasienten er ferdigbehandlet ved sykehuset, og pasientens siste ønske er å få komme hjem og dø med sine nærmeste rundt seg, så møter både pasienten, pårørende og personalet i hjemmesykepleien en rekke utfordringer av både faglig, praktisk og etisk karakter.

I noen tilfeller står pårørende for mye av pleien, dette medfører nye utfordringer for hjemmesykepleien, særlig med tanke på organiseringen av pleien. Noen av respondentene opplevde dette som vanskelig, de vet ikke hvor mye pårørende klarer å utføre, og hvilke ønsker har pasienten. Det kan være flere årsaker til dette, ifølge respondentene. Pårørende er til stede, og har et ønske om å gjøre mest mulig for sine, noe som oppleves som om at de ikke har behov for hjemmesykepleiens tjenester. Videre kan det skyldes at pårørende avviser annen eller mer hjelp, for å respektere pasientens ønsker. Noen av respondentene opplevde at situasjon er ubehagelig når det er mange til stede, og når de ikke har opparbeidet seg et godt forhold til pårørende. De pasientene som ikke har pårørende, og har et lite nettverk rundt seg, kan være en like stor utfordring, om ikke større. Respondentene opplevde at disse pasientene må ha en tettere oppfølging, og krever flere ressurser, men dette er ikke en hindring for at de ikke skal få dø hjemme i sitt eget hjem, dersom de ønsker det.

Den utfordrende samtalen

Å våge å snakke om de vanskelige tingene, det er ifølge respondentene noe som ikke alltid er like lett og det krever mot å gå inn i situasjonene. Selv om mange alvorlig syke er forberedt på at døden kommer, er det ikke alle som våger å gå inn i en samtale om pasientens situasjon og hva han tenker om døden. En av respondentene beskrev det på følgende måte:

Det er så vanskelig å vite hva folk egentlig tenker, men kanskje vi skulle vært litt flinkere. Vi er redde for å trenge oss på, ikke sant. Dersom de ikke vil da? Det blir nok på slutten da (R2).

Respondentene sa at når man snakker med eldre om døden, hører man sjelden at de er redde for å dø, men de frykter måten døden kommer på, med smerter og andre plager, og at de skal bli en byrde for pårørende. Noen av respondentene har opplevd at det hjelper at pasientene får sette ord på bekymringer eller tanker om det som ligger foran, det er nødvendig å synliggjøre pasientens utfordringer både av eksistensielle og praktisk karakter. Noen av respondentene mente at det var viktig å kartlegge pasientens psykiske og åndelige smerte, noe som de mente ble altfor lite kartlagt. Respondentene mente at mange forbinder det åndelige med det religiøse, og derfor oppleves det som vanskelig å skulle nærme seg pasientens åndelige behov. En av respondentene følte det på følgende måte:

Det er alltid vanskelig, jeg gruer meg alltid for å komme på banen med det, for her kommer sykepleieren og skal dytte på meg Gud, Jesus og mye annet. Det føler jeg, og det gruer jeg meg alltid på. Men så vet jeg at man spør som regel for lite enn for mye, så får du ett svar da, så vet du i hvert fall, og det kan variere, og det kan forandre seg (R3).

Respondentene opplevde at pasientene er preget av kaos og usikkerhet, og befinner seg i en krisesituasjon. Det er viktig at de pasientene som opplever dette, får muligheten til å snakke med personer som er kompetente til å hjelpe pasienten gjennom denne vanskelige tiden. Pasientene har ofte et ønske om å fortelle om livet sitt, dette kan være en bevisst og/eller ubevisst oppsummering av livet. Ifølge respondentene så har de opplevd at pasientene forneker sin sykdom, og de ønsker å snakke om noe helt annet. Noen ønsker å snakke om sin betydning i livet, og det inneholder gjerne både gledelige og triste temaer. Noen ganger blir skyld et tema i samtaler. Respondentene opplevde at pasientene får en følelse av at de blir straffet, og det kan være flere årsaker til dette, som for eksempel det at de har røyket hele livet, eller det kan skyldes at Gud vil straffe dem for noe de har gjort tidligere i livet. Respondentene sa at det var viktig at pasienten fikk snakket om sine følelser og tanker, og at sykepleierne er til stede og lytter til pasienten, og at de tar reaksjonene på alvor. Noen av respondentene mente at sykepleierne var

opptatt av at pasientene skulle ha noen å snakke med og at det var deres rolle å være lyttende, men det blir ikke iverksatt i realiteten, det blir med tanken. Flere mente at grunn til dette var at de ikke mestret denne rollen, det blir for personlig og nært å gå inn i slike temaer. Det er lettere å ta kontakt med andre som kan hjelpe pasienten med disse tingene, som for eksempel en prest. Dersom man bestemmer seg for å ta kontakt med en prest, er det viktig ifølge respondenten å informere pasienten og pårørende om dette. En av respondentene sa følgende:

Det er noe man merker folk rygger til da, nå som hjemmesykepleien kontakter prest så skal jeg sikkert dø i morgen. Nå har tiden kommet (R3).

Flere av respondentene var opptatt av hva som er akseptabelt å ta opp i hjemmet versus sykehuset, og hvordan skal man bevege seg, samtidig som man opprettholder den private sfære. De har opplevd at pasientene er mer opptatt av sykdommen på sykehuset, og behandlingen har vært rettet mot det fysiske. Når pasientene kommer hjem, så begynner de gjerne å tenke på fremtiden, de er mer alene, de har ikke så mye helsepersonell rundt seg. Flere av respondentene opplevde at pasientene hadde behov for å snakke om sine innerste tanker. Pasientene må få mulighet til å fortelle om hvordan han opplever sin sykdom, og hvordan han ser på fremtiden. Flere av respondentene har opplevd at pasientene føler seg triste, deprimerte og usikre. Det hevdes blant respondentene at pasientene blir liggende å gruble om natten, og man har ikke så mye tid om morgenen til å sette seg ned med pasienten for å snakke med han om disse tingene. Noen av respondentene sa at det er opptil hver enkelt sykepleier hvordan dette håndteres, og relasjon til pasienten og pårørende.

Flere av respondentene opplevde det som en vanskelig oppgave å kartlegge åndelige smerter. Noen av respondentene mente at dersom man ikke følte seg komfortabel, så var det mye bedre å innhente kompetanse. Både eksistensielle, åndelige og psykiske smerter er en del av det komplekse smertebildet hos pasientene. Respondentene sa at dersom sykepleiere som ikke har engasjement og tilstrekkelige kunnskaper rundt dette, velger å gå inn i slike samtaler kan gjøre det vondt verre.

Diskusjon

Dødsprosessen og døden er en naturlig del av livet, men funn fra studien viser at sykepleierne finner det vanskelig å samhandle med alvorlig syke og døende, rundt det åndelige, psykiske og eksistensielle, dette samsvarer med Abma (2005). Det å stå ansikt til ansikt med døden, er like vanskelig for helsepersonell som for andre, ifølge Sørbye (1980). For mange sykepleiere er det å samhandle med døende vanskelig, deres egne følelser blir involvert, og for mange handler det om å være trygg på egne følelser, noe som kan være med på å påvirke samhandlingen med alvorlig syke og døende. Sykepleierne våger ikke å snakke om døden, noe som kan hindre pasientens åpenhet, og pasientene forteller sjeldent direkte om sine eksistensielle behov (Abma 2005, Jordhøy, Fayers, Saltnes, Ahlner-Emqvist, Jannert og Kaasa 2000, Schmidt 2009). Hvordan kan man få tak i pasientens behov og ønsker, dersom man ikke våger å spørre? Sykepleierne opplevde at det var viktig for pasientene å ha noen å snakke med, om de åndelige og eksistensielle spørsmål. ”Åndelig omsorg for alvorlig syke pasienter kan forstås som det å oppfatte pasientens eksistensielle problemer, lytte til disse problemenes mening i pasientens livshistorie, og assistere pasienten i hans arbeid med problemene med utgangspunkt i hans eget livssyn” (Kaasa 1998:86). Likevel er dette noe sykepleierne i studien vegret seg mot. Som sykepleier vil man før eller siden møte pasienter i livets slutt. Å ta del i pasientens og eventuelt pårørendes sorg, frykt, håp og glede, kan for mange sykepleiere være en stor utfordring

(Brattberg 2001, Busch og Hirsch 2007, Lorentsen og Grov 2011, Røgenes, Moen og Grov 2013). Mange av pasientene blir mer opptatt av åndelige spørsmål når de blir sykere enn ellers (Busch og Hirsch 2007). Sykepleierne vegrer seg mot å gå inn i en situasjon som involverer egne følelser. Ifølge Madsen og Madsen (2001) er dette en utfordring for sykepleierens kompleksitet og helhetsorientering. Denne pleien forutsetter medmenneskelig innsikt og erfaring, og krever en stor faglig kompetanse. Den overordnede målsettingen for sykepleietjenesten til kreftpasienter som ønsker å avslutte livet i hjemmet er at de skal kunne bli ivaretatt på best mulig måte gjennom god og riktig sykepleie. En forutsetning for dette er at man har et godt samarbeid med pasient og eventuelle pårørende, der man sammen setter rammene for sykepleien (Brattberg 2001, Busch og Hirsch 2007, Hunstad og Svindseth 2011, Lorentsen og Grov 2011). I Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen (2004) kommer det frem at flere norske kommuner arbeider med å få på plass prosedyrer og retningslinjer for alvorlig syke og døende. Hensikten med dette er at det skal skapes en trygghet rundt det å være pasient, pårørende og helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Det å skulle gå døden i møte sammen med pasienten og eventuelle pårørende er en personlig og krevende prosess for helsepersonell (Røgenes, Moen og Grov 2013), dette samsvarer med erfaringene fra flere av sykepleierne i studien. De har erfaringer med at ubehaget og utfordringene fører til at man kan utsette samtaler med pasient og eventuelle pårørende, også noe som støttes av Abma (2005). Benner, Hooper-Kyriakidis og Stannards (1999) hevder at dersom helsepersonell tar avstand til pasienters og eventuelle pårørendes lidinger for å skjerme seg selv, kan slik skjerming føre til at helsepersonell er mindre observante og hjelpsomme. De er videre opptatt av at kunnskapsutveksling må til, gjerne gjennom klinisk ekspertise, da denne kunnskapen vil føre til at sykepleierne på den ene siden kan unngå overidentifisering med pasienter og eventuelle pårørende, der personlige følelser styrer pleien. Men det er også viktig å ikke opptre som ufølsom, der man stenger ute alle følelser. Målet må være å danne en mellommenneskelig relasjon både til pasient og eventuelle pårørende, der sykepleier viser åpenhet, engasjement og kompetanse. Lie (2002) hevder at sykepleierne må ta pasientenes eksistensielle behov på alvor. Det er viktig at pasient og sykepleier bygger opp et tillitsforhold, man kan gjerne snakke om vanlige ting, men så er det viktig å komme inn på eksistensielle tema. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011:7) beskrives sykepleiens grunnlag på følgende måte: "Grunnlaget for all sykepleie skal være respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert". Respekten for pasientens liv og verdighet tilsier i praksis å imøtekomme hans ønsker og behov. Alvorlig syke og døende pasienter må bli møtt på åndelige behov. De befinner seg i endret livssituasjon, med en forventet kort levetid, og med mye usikkerhet. Det er ikke bare de fysiske smertene som skal kartlegges, like viktig er de psykiske. De bekymringer, sorger og psykiske utfordringer som pasienten har ut over sitt smerteproblem har en tendens til å forverre smertene. Når kreftpasienten nærmer seg livets slutt, er det viktig at sykepleierne makter å hjelpe pasienten, slik at han kan møte døden på en optimal måte. Dersom sykepleierne skal kunne ivareta pasienten på en god måte, mener jeg at det er nødvendig med kompetanse i forhold til ivaretagelse av alvorlig syke og døende. I studien kommer det frem at sykepleierne ønsker å ha fysiske oppgaver som skal gjennomføres ved tilsyn, dette er noe som støttes av Griffiths, Ewing, Rogers, Barclay, Martin, McCabe og Todd (2007). De fant at sykepleierne følte seg inkompetente og at de hadde lite kunnskap og evner, spesielt i forhold til å møte psykologiske behov hos pasientene. Det kom frem at selv om det var ønskelig å opprette kontakt med pasienten på et tidlig tidspunkt, synes sykepleierne at det var lettere hvis det også var fysiske oppgaver å gjøre hjemme hos pasienten. Sykepleierne kan med sin kompetanse være med på å gjøre den siste tiden til en bedre tid (Wallerstedt og Andershed 2007). Fjørtoft (2012) hevder at mye handler om de fire t-ene: tillit, trygghet, tid og tilstedeværelse. Alvorlig syke og døende har en begrenset levetid, og i mange tilfeller får helsepersonell spørsmål fra pårørende om når de kan forvente at pasienten dør, noe som er

umulig å fastslå. Den siste tiden kan brukes til å avklare viktige ting, og fortsatt må pasienten være i sentrum. Pasienten må selv få være med å bestemme det som angår han selv. Det å jobbe med alvorlig syke og døende krever mot fra sykepleierne, selv om mange er forberedt på døden, så har de fleste et behov for å snakke om det. Funn fra studien viser at dersom ikke pasienten eller eventuelt pårørende selv tok initiativ til å snakke om det, så ble det heller ikke sett på som et stort behov fra sykepleierne. Det er lett for at sykepleierne overser viktigheten med en slik dialog. Ved å våge å gå inn i en dialog med pasienten og eventuelt pårørende om pasientens situasjon og døden, så kan man få i gang en prosess hos alle parter, der man får sette ord på bekymringer, tanker eller avklare spørsmål. Jeg tror årsakene til dette kan være at man ikke vil trenge seg på, man er redd for at man blir for privat, og man er redd for å krenke pasienten. Videre vil nok egne verdier og uavklarte forhold rundt det åndelige og religiøse, være med på å påvirke situasjon. Man kan da stille seg spørsmålet om sykepleieren opptrer profesjonelt? Det er viktig at sykepleierne viser nærhet til pasienten og eventuelt pårørende, når tankene blir preget av sykdom og død. For mange sykepleiere er det vanskelig å gå inn i en slik situasjon, men det er viktig at sykepleierne og andre profesjoner skaper rom for at pasienten og pårørende kan dele tanker og følelser. Ifølge Fitzpatrick (1988) innebærer det å gi sykepleie også å trøste og støtte alvorlig syke og døende mennesker. Funn fra studien viser at sykepleierne ønsket å bruke mer tid sammen med pasienten og eventuelt pårørende, da de så viktigheten av å trøste og støtte pasienten og eventuelt pårørende i en vanskelig tid. Dette er noe som støttes av Eriksson (1995), da trøst er med på å lindre pasientens og eventuelt pårørendes plager i en situasjon som er preget av usikkerhet. Jeg tror at sykepleierne som våger å gå inn i samtaler med pasienten og eventuelt pårørende om åndelige og eksistensielle spørsmål, kan være med på å gi mot og håp til pasienten og eventuelt pårørende. Videre mener jeg at tillitsforholdet mellom pasient, pårørende og sykepleierne vil bedres, dersom man våger å gå inn i slike samtaler.

Ifølge Vang (1995) så er helsepersonell mer engasjert i åndelige spørsmål, og det er en økning i etterspørselen, når det gjelder undervisning og veiledning på området. Dette er positive signaler, men det er fortsatt et godt stykke igjen før tilbudet til pasienten er optimalt. Som det kommer frem i studien så tok både pasientene og sykepleierne sjelden initiativ til å samtale rundt åndelige og eksistensielle spørsmål, men sykepleierne i studien var flinke til å ta kontakt med prest, dersom pasienten eller de selv trodde at pasienten hadde ønske eller behov for dette. Dette er noe som støttes av Schmidt (2009) som hevder at ingen har nytte av at sykepleiere utfører noe som strider mot ens eget ståsted eller tro.

Konklusjon

Dødsprosessen og døden er en naturlig del av livet, men å arbeide nært alvorlig syke og døende kan gi en rekke utfordringer, derfor er det avgjørende om sykepleierne har kompetanse, trygghet, mot, erfaring og etisk innsikt til å imøtekomme pasientens behov og ønsker. Det kreves mot å være nær døden, fordi vi selv blir utfordret på grunnleggende verdier i livet. Det er flere som hevder at man må ha et avklart forhold til døden for å arbeide med døende. Det er nok vanskelig å være helt avklart, men et viktig moment er å sette av tid til å reflektere sammen rundt og om døden, og at man er trygg nok til å ha samtaler om døden med pasienten, pårørende og kollegaer. Det er viktig at sykepleiere og annet helsepersonell bringer det åndelige, psykiske og eksistensielle på banen. Hvordan pasienten blir møtt av sykepleiere kan være av stor betydning. I Norge ligger alt til rette for å organisere en god hjemmedød. Det er derfor en utfordring at vi nå har den laveste andelen i Europa, det er ulik holdning i kommunene til hjemmedød hos pasienter, pårørende og helsepersonell. For å legge til rette for en god hjemmedød behøver kommunene å styrke kompetansen hos ansatte, gjerne gjennom tverrprofesjonelt samarbeid og tydeliggjøring

av ansvarsforhold. Når det gjelder videre forskning bør man se på forholdet mellom åndelig, psykisk og eksistensiell støtte, og livskvalitet i dødsprosessen. Videre vil det være interessant å se nærmere på hvordan sykepleiere og annet helsepersonell kan møte de åndelige, psykiske og eksistensielle utfordringene.

Referanser

Abma, TA (2005) Struggling with the Fragility of Life: A relational-narrative approach to ethics in palliative nursing. *Nursing Ethics*, 12(4):337-348

Agenda Kaupang (2012) *En naturlig avslutning på livet*. Sluttrapport nr. 7543-31.oktober 2012

Beccaro, M, Costantini, M, Giorgi Rossi, P, Miccinesi, G, Grimaldi, M og Bruzzi, P (2006) Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of dying of cancer (ISDOC). *J Epidemiol Community Health*, 60:412-416

Benner, P, Hooper-Kyriakidis, P og Stannards, D (1999) Clinical wisdom and interventions in critical care. Philadelphia: WB Saunders Company

Brattberg, G (2001) Når livet gjør ondt. I: Fasting, U og Lundorff, L (red.). *Smerter og smertebehandling i klinisk praksis*. København: Munksgaard, s. 13-36

Buchwald, D (2010) *Millioner af stjerner – om hvordan børn magter tilværelsen med en alvorlig syg og døende forældre*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag

Busch, Cj og Hirsch, A (2007) Eksistensiell og åndelig omsorg. I: Kaasa, S (red.). *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 115-141

Cobb, M (2001) *The dying soul. Spiritual care at the end of life*. Philadelphia: Open University

Dalgaard, KM (2007) *At leve med uthelbredelig sykdom: at begrænse dødens invasion og fremme livsutfoldelsen i tid og rum*. Aalborg: Forskningsenhet for Klinisk Sygepleje, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital

Eriksson, K (1995) *Det lidende menneske*. Otta: Tano

Fitzpatrick, FJ (1988) *Ethics in Nursing Practice. Basic Principles and their Application*. Linacre Centre for the Study of the Ethics of Health Care, London

Fjørtoft, AK (2012) *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget

Giorgi, A (1985) *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh: Duquesne University Press

Griffiths, J, Ewing, G, Rogers, M (2013) Early support visits by district nurses to cancer patients at home: a multi-perspective qualitative study. *Palliat Medicine*, 25(4):349-357

Griffiths, J, Ewing, G, Rogers, M, Barclay, S, Martin, A, McCabe, J og Todd, C (2007) Supporting Cancer Patients with Palliative Care Needs - District Nurse's Role Perceptions. *Cancer Nursing*, 30(2):156-162

Hansen, SR (2003) *Hospitalindlagte patienters oplevde lidelse i livet med uhelbredelig kræft*. Aarhus: Det Sundhedsvitenskaplige Fakultet, Århus Universitet

Helsedirektoratet (2015) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Tilgjengelig på: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/forord>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Nasjonal kreftstrategi 2013-2017. Sammen - mot kreft*. Tilgjengelig på: https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Tilgjengelig på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Hopkinson, JR, Hallet CE og Luker, KA (2005) Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*, 42(2):125-133

Hunstad, I og Svindseth, M (2011) Challenges in home-based palliative care in Norway; a qualitative study of spouses' experiences, *International Journal of Palliative Nursing*, 17(8):398-404

Jocham, HR, Dassen, T, Widdershoven, G, Moddel, B og Halfens, R (2009) The Effect of Palliative Care in Home Care and Hospital on Quality of Life. *Journal of hospice & palliative nursing*, 11(2):119-126

Jordøy, MS, Fayers, P, Saltnes, T, Ahlner-Elmqvist, M, Jannert, m og Kaasa, S (2000) A palliative-care intervention and death at home; a cluster randomized trail. *The Lancet*, 356:888-893

Kaasa, S (1998) *Palliativ behandling og pleie*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Kearney, M og Mount, B (2000) Spiritual care of dying patient. I Chochinov, H og Breitbart, W. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. New York: Oxford University Press, s. 357-373

Kreftregisteret (2013) Cancer in Norway 2011. Institute of population-based cancer research. Tilgjengelig

på: http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2011/cin2011_with_special_issue-NORDCAN.pdf.

Kvale, S (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Lie, K (2002) *Eksistensiell og åndelig helseomsorg. En praktisk veileder*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Lorentsen, VB og Grov, EK (2011) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H, Stubberud, DG og Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 401-437

Luijckx, KG og Schols JMGA (2010) Perceptions of terminally ill patients and family members regarding home and hospice as places of care at the end of life. *European Journal of Cancer Care*, 20:577-584

Madsen, KH og Madsen, LD (2001) *Sygeplejen i den palliative indsats*. København: Munksgaard

McSherry, W (2006) *Making sense of spirituality in nursing and health care practice, an interactive approach*. London: British Library Cataloguing in Publication Data

Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen (2004) Kvalitet, kompetanse og kapasitet. Oslo: Rapport til Helsedepartementet

Nielsen, R (2005) *Her kommer man få lov at være sig selv. En kvalitative undersøgelse af den åndelige dimension hos døende mennesker*. Frederiksberg: Unitas Forlag

Nord, R (1998) Ulike typer design. I: Fagermoen, MS, Nord, R, Rokne Hanestad, B og Bjørnsborg, E (red.). *Fra kunst til kolikk - Norsk sykepleieforskning i fokus*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 24-38

Røgenes, GK, Moen, A og Grov, EK (2013) Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk Sygepleje*, 27(1):64-76

Schmidt, H (2009) *Har du tid til det da? Om åndelig omsorg i sykepleien*. Nesttun: Folio Forlag
Sæteren, B (2007) Livsfortellingene som ingen etterspurte. *Omsorg, Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 24(4):3-8

Sørbye, LW (1980) Omsorg for døende og deres pårørende - en retrospektiv analyse ved to sykehus. Norges almenvitenskapelige forskningsråd

Thomsen, TG (2010) *Advanced cancer patients as participants in their own lives*. Odense: University of Southern Denmark

Vang, K (1995) Den skjulte smarten. *Tidsskrift for sjelesorg*, 4:170-177

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/2182990/seefile>

Wallerstedt, B og Andershed, B (2007) Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1):32-40

Markedsliberalistiske forskyvninger i det psykiske helsefeltet – om forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering

Bengt Karlsson

Bengt Karlsson, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus. Postboks 7053, 3007 Drammen. bengt.karlsson@hbv.no

Abstract

Since 1998, there has been several extensive reforms in the mental health field in Norway. The reforms have changed the basic politics and conditions for the development of the field and set out a new framework for the different actors' participation. There are tensions in the development of the field with different strategies focusing on demands for change and better quality in the services. The reforms highlights different aspects of leadership and management through control, power and knowledge, discipline and self-discipline. The change of services also require ways to change the professionals and the citizens' different identities. The ways they collaborate and relate to one another are being standardized and often experienced as depersonalized. Meanwhile, both the service users and the professionals are involved in the governance and thus have a decisive influence on the success of the changes. This is a disciplinarian of the professionals into practices based in neoliberal thinking rather than based in professionals' knowledge from experience and practice. Many professionals experience their autonomy as reduced and threatened. They are being forced into a certain ways of organizing and practicing their work.

Nøkkelord/Keywords

Psykisk helse; nyliberalisme; new public management; governmentalitet; disiplinering; makt. Mental health; neoliberalism; new public management; governmentality; discipline; power.

Refereebedømt essay*

Reformer i det psykiske helsefeltet – endrede styringslogikker

Målsettingen med dette essayet er å utlegge en bred tenkemåte for å analysere sentrale utviklingstrekk i psykisk helsefeltet i Norge de siste 15 årene. Målet er ikke å utvikle overordnede forklaringer, men heller å bringe flere perspektiver sammen med beskrivelser av utvalgte detaljer. Reformene i det psykiske helsefeltet har forandret grunnleggende mulighetsbetingelsene for feltets utvikling og fastsatt nye rammer for aktørenes deltagelser. Siden 1998 har det pågått en omfattende reform i psykisk helsefeltet i Norge. Reformen startet med Stortingsmelding 25 (1996–97). Åpenhet og helhet (Sosial- og helsedepartementet 1997). I 1998 kom «Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006», (Sosial- og helsedepartementet

1998). Det politiske og faglige grunnlaget i de to nevnte dokumentene er videreført i andre helsepolitiske dokumenter som «Fra Bruker til borger», Rusreformene, NAV-reformen, Samhandlingsreformen og «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet 2014). Siktemålet med essayet er å diskutere de forskjellige styringslogikker som settes i og på spill i reformene. Disse styringslogikkene plasserer seg gjennom kontroll og styring, makt og kunnskap, disiplinering og selvdisiplinering. Sentralt er å vise at disse styringslogikkene fungerer basert i deres forskjellighet. Gjennom sin forskjellighet evner de å innordne sine egne umuligheter og slik operere lengre inn i det sosiale rommet. Forskjelligheten innebærer også at styringen hele tiden må være i bevegelse for å kunne fungere. Styringen knyttes til krav om løpende endringer som igjen fastlegger væremåter som skal endre fagpersoners og borgeres ulike identiteter. På den ene siden skal de standardiseres, dokumenteres og delta på nye måter. På den andre side involveres begge parter i større grad i styringen og slik sett får avgjørende innflytelse på styringens suksess. Første del av essayet vil løfte frem spenninger i utviklingstrekk i det psykiske helsefeltet og hvordan disse spenningene søkes møtt med ulike strategier som fokuserer på krav om endringer og kvalitet. Avslutningsvis retter essayets fokus seg mot konkrete fenomener som sikter mot å imøtekomme de overnevnte krav.

Faglige veiledere og retningslinjer som klinisk og juridisk styringslogikk – et eksempel

I 2012 lå det 150 veiledere og 50 faglige retningslinjer Helsedirektoratets hjemmeside (Karlsson og Borg 2013). For å beskrive og konkretisere eksempler på styringslogikker tas det utgangspunkt i Helsedirektoratets «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» fra 2008, heretter kalt BUP-veilederen (Helsedirektoratet 2008). På side 33 angis det at en skal anvende ”virkningsfulle behandlingsformer”. Helsedirektoratets forståelse av begrepet skjer med en henvisning til evidensbasert kunnskap, med referanse til Helsebiblioteket og Campbell-databasen (s. 31). Her brukes evidensbegrepet fra Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes og Richardson (1996) og Chambless, Sanderson, Shoham, Bennet Johnson, Pope og Cristoph (1996). I psykisk helsearbeid, via psykoterapiforskning, er dette evidensbegrepet knyttet til et perspektiv som peker ut hvilke behandlingsmetoder, i betydningen teorispesifikke og manualbaserte ”behandlingspakker”, som har best effekt ovenfor hvilke spesifikke lidelser (DSM/ICD-diagnoser). Idealet er å kontrollere for terapeut- og pasientegenskaper samt ferdigheter, og søke svaret på ”det virksomme” i teorispesifikke ingredienser og deres effekt og virkning på en avgrenset, diagnostisert, psykisk lidelse (Lambert 2010). Utgangspunktet for metodevalg er en diagnose, noe som igjen krever et utredningsrepertoar knyttet til standardiserte verktøy. Etter utredning og diagnostikk velger en behandlingsmetode på bakgrunn av diagnosen ut fra hva databasen foreslår som ”best practice”. Det en velger må være utprøvd gjennom kliniske forsøk. Dette peker igjen mot metoder som er manualiserte og som angir teoretisk begrunnede praksisformer omtalt som ”virkningsfulle» behandlingsformer.

Økonomisk og kunnskapsmessig effektivitet, standardisering og styring i det psykiske helsefeltet

New Public Management (NPM)

Parallelt med ønsket om reformer og endringer i forståelsen av og arbeidet med psykisk helse, har det samme feltet, særlig fra starten av 2000-tallet, blitt utsatt for reformer basert i økonomisk og kunnskapsmessig effektivisering, standardisering og byråkratisering. Disse reformene begrunnes i New Public Management (NPM) og begreper om evidensbasert kunnskap og tilsvarende metoder (Ekeland 2014). Samlet fremstår dette som både forståelser og praksiser av

økonomisk og kunnskapsmessig effektivitet og standardisering. Det uttrykker seg i det psykiske helsefeltet ved at alt og alle kan måles med fokus på det kvantitative, samt en instruktiv og reduksjonistisk oppfattelse av hva som er omsorg og behandling. Det som teller er det som kan telles og det individuelle og spesifikke marginaliseres i alt hjelpearbeid (Martinsen 2005). Innføringen av NPM har tydeliggjort og realisert markedsliberalistiske idealer, og ordet produksjon brukes om tjenestene i arbeidet med psykisk helse. Fokus er på antallet konsultasjoner, økonomisk inntjening, gjennomstrømming av brukere, reduksjon av ventelister, budsjettkontroll og innsparinger. Det politiske kunnskapsregimet i NPM knyttes til økt effektivitet, til «eksperten vet best», og måling av resultater blir kopiert til det psykiske helsefeltet – uten kritisk refleksjon i relasjon til det reformatoriske faglige innholdet som samtidig skal utvikles. Det diskuteres ikke at de strukturelle omveltningene som foregår gjennom NPM, kan medføre grunnleggende endringer av rammebetingelsene for realiseringen av faglig nyteknologi og kunnskap. Med NPM er markedets logikk og markedet som modell innført. De grunnleggende prinsippene hentes fra en markedsliberalistisk ideologi knyttet til offentlig sektor gjennom NPM (Ekeland 2001; 2011). Sentrale styringsprinsipper er en reduksjon av de offentlige bevilgningene til velferd og helse til fordel for økte krav til effektivisering og sterkere, sentralisert økonomistyring. NPM representerer også et kunnskapsregime hvor økonomisk terminologi og begreper anvendes på utøvelsen av helsehjelp: produksjon – kvalitet – standardisering – tidsbruk. Bestiller-utfører-modellen kan eksemplifisere dette kunnskapsregimet (Ekeland 2004). NPM fokuserer på styring og kontroll som de mest sentrale komponentene hva angår økonomi, produksjon og tidsbruk.

Like sentralt er at den omtalte styring og kontroll også rammer inn det *faglige* kunnskapsgrunnlaget. Sentrale politiske myndigheter utvikler nasjonale retningslinjer og standardiserte prosedyrer for klinisk arbeid, som så søkes implementert i praksis. Den kunnskapsmessige basen for behandlingsveiledere og nasjonale retningslinjer er oftest basert i *én* form for evidensbasert kunnskap som er utviklet gjennom randomiserte, kontrollerte studier. Effektiviteten viser seg ved at det gjøres en rask utredning og diagnostisering og deretter en foreskrevet behandling. Dette kunnskapssynet forsterker ekspertveldet i form av ledelses- og fagfunksjoner. Det underminerer betydningen av det genuine møtet og betydningen av tid, faglig skjønn og relasjonelt samarbeid om og med psykisk helse (Joranger 2009). Styringslogikken og begrepene om produksjonsteknologi i NPM har gitt økt krav om klinisk dokumentasjon i relasjon til behandlingseffektive og kostnadseffektive behandlingsmetoder (Ekeland 2004).

NPM har innenfor psykisk helse bidratt til et vitensregime som økonomiserer behandling og standardiserer klinisk praksis. Fokus er på kvantitet – hvor mange konsultasjoner har dere pr. dag? Ikke på kvaliteten i møtene. Slik griper den økonomiske styringsmodellen direkte inn i kliniske praksiser og i fagpersoners faglige autonomi. Den utfordrer hvorvidt fagpersonen er å anse som en ansvarlig og myndig aktør og brukeren som et deltakende og fritt subjekt. Ekeland (2004) hevder at denne innrammingen mellom fagperson og borger prinsipielt må være til stede. Bryter denne autonomien sammen, bryter også den kliniske logikken sammen. Skal en borger ha tillit til en fagperson, må borgeren oppleve at fagpersonen er der for brukeren og ikke er bundet på hender og føtter av andre(s) interesser. Det er kjernen i samarbeidsrelasjonen – fagpersonens autonomi er en forutsetning for borgerens autonomi.

Kunnskapsregimet i NPM fremstår som en udelelig enhet mellom økonomiserte fag og faglig økonomi, som gir opphavet til en modellmakt. Med Foucault (1972) kan dette omtales som en statlig styringskunst hvor makt og kunnskap er vevd sammen for å styre menneskers liv slik at én sannhet blir mer sann enn alle andre – den rette lære – og som også evner å marginalisere andre sannheter. Marginaliseringen innebærer at de som besitter makten – fornuftseierne – også

bestemmer hvem skal få anledning til å snakke, når og på hvilke premisser og med hvilke talemåter (Hede 1992). Den medisinske modellmakten som styrer det psykiske helsefeltet i Norge, er basert på et diagnosesystem som er utviklet innenfor fagdisiplinen psykiatri. Her har man et språk som ser på psykiske vansker som sykdom (psykisk syke), og behandlingsmodellen er at eksperten (fagpersonen) skal gjøre den syke frisk. Det innebærer en objektivisering av den andre, samtidig som det styrker den asymmetriske relasjonen; eksperten blir enda mer ekspert. Fokuset blir på ekspertens behandlingsmetoder og ikke på personens egen subjektive kunnskap om lidelsen, hva som hjelper og hvordan det kan hjelpes. Den medisinske modellmakten marginaliserer både den subjektive erfaringen og det faglige skjønnet – sannheten ligger i diagnosens objektive beskrivelser og forskrivning av en instruktiv behandling (Ekeland 2004).

Refleksiv styring

Ekeland (2014) viser til begrepet om refleksiv styring som søker å fange karakteriske kjennetegn ved de nyliberale styringslogikkene. Begrepet peker på at et sentralt karakteristika ved refleksiv styring er en styring av styringen gjennom indirekte teknikker preget av overvåking, dokumentasjon og kontroll. Teknikkene for styringen er utformet slik at de kan trenge inn i den lukkede og bedrevitende ekspertisen som har vokst frem i velferdsstaten. Et sentralt siktemål er å disiplinere profesjonene ved å gjenreise tillit, gjøre praksiser forutsigbare og åpne, og ikke minst, øke den byråkratiske kontrollen og styringen med de ulike aktivitetene som utføres av ulike tjenester og faggrupper. I den grunnleggende intensjonen om kontroll, styring og overvåking reises det en innbyrdes mistillit til fagfolk, profesjoner og tjenester (Ekeland 2014).

Højlund (2003) viser hvordan nyliberalistisk kontroll og refleksiv styring er den samfunnsmessige konteksten for ropene om kvalitet og kvalitetssikring i alle deler av helsesektoren. Sammenkoblet med sikring av kvalitet i tjenester og hos utøvere kommer kravene om dokumentasjon og evaluering av ulike tiltak. Som jeg tidligere har vist er dette begrunnet i begrepene om evidensbasert kunnskap med vekt på evidensbasert praksis (EBP). Ekeland (2014) viser hvordan den styringslogikken er legitimert gjennom en imitering av markedsøkonomiske prinsipper som gjør klinisk (sam)arbeid om til produksjon. Kliniske data blir også styrings- og produksjonsdata og gjør fagpersonen til en økonomisk aktør – ikke bare en faglig aktør. Højlund (2003) fremholder at kvalitetssikring som styringslogikk gjør at det ikke lenger er tilstrekkelig å ha rutiner for kvalitet på tjeneste- og fagpersonnivå. Det skal samtidig dokumenteres at fagpersonen gjør slik det er foreskrevet slik at vedkommende kan evalueres og kontrolleres. Fagpersonen har ansvar for å dokumentere det vedkommende har gjort er i tråd med foreskrevne, evidensbaserte og standardiserte metoder og tiltak, og dermed kan etterprøves. Ekeland (2014) beskriver dette som at brukeren sin tillit skal økes gjennom mistillit til fagpersonen. I kliniske praksiser har de psykiske helsemyndighetene bidratt til å utvikle ulike strategier og teknologier for å kontrollere, styre og overvåke de samme praksisene gjennom bruk av faglige veiledere og retningslinjer for psykisk helsearbeid.

En konkret eksempel på den juridiske styringslogikken tydeliggjøres i den tidligere omtalte BUP-veilederen. Her sies det: "Når det står 'skal' i veilederen betyr det at noe er lov- eller regelfestet, eller så klart faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig og ikke gjøre som anbefalt» (Helsedirektoratet 2008:7). Det understrekes at veilederen ikke er juridisk bindende men at hvis en ikke velger å følge den, "...bør dette begrunnes i pasientens journal" (s.7). Ordet "skal" trer fram i veilederen med flere og ulike forkledningner. Først fremholder den at fagpersonen skal arbeide "...kunnskaps- og erfaringsbasert". Videre understreker veilederen at "...alle pasienter som mottar hjelp i poliklinikker skal, der det er hensiktsmessig, utredes for aktuell problematikk, symptomutforming, funksjonsnivå, omsorgssituasjon, opplæringsituasjon,

risikofaktorer, ressurser og pasient/foreldres ønsker og forventninger” (s.28). I det overstående fremholdes det ikke hva som ansees som hensiktsmessig eller ikke. Videre sies det i veilederen at etter utredning og diagnostisering, skal det utarbeides en behandlingsplan sammen med pasienter og/eller foreldre. Disse tre ”skal” gir en juridisk binding til hvordan praksis skal utformes og om det forekommer avvik må dette begrunnes. Et implisitt fjerde ”skal” er selve diagnosen ved at denne inngår som et sentralt element i behandlingsplanen. Denne modellen kan ikke ansees å være juridisk bindende. Samtidig uttrykker den klare juridiske føringer som det er vanskelig å se bort fra den. Fagpersonen starter med utredning som gir en diagnose som refererer til databaser med primært kunnskap basert i kliniske forsøk som gir teorispesifikke behandlingsmåter. Dette er grunnlaget for en behandlingsplan som gjennomføres og avsluttes med evaluering og epikrise. Til sist må den underskrives av en psykiater eller psykologspesialist.

Referansen til pasient- og pårørendedeltagelse inngår i disse ”skal”, og transformeres til det svakere ”bør” når en ser på punktet om brukermedvirkning (Helsedirektoratet 2008). På den ene siden har ”...brukere rett til medvirkning på system- og individnivå» (s.13). Samtidig som ordet ”bør” og ikke ”skal” anvendes på å lage felles mål, rammer for behandling, ta opp vansker pasienter og pårørende opplever samt regelmessig evaluering. Avvik fra dette trengs ikke å begrunnes i journal ettersom dette ikke er juridisk bindende. Modellen fremstår slik som sterkt byråkrati- og terapeutsentret.

Markedsliberalistisk styringskunst- om governmentalitet og individualiserende maktutøvelse

Michel Foucault hadde gjennom sitt forfatterskap et skarpt blikk på hva som kjennetegner maktutøvelse i det moderate liberale samfunn (Foucault 1982; Joranger 2009). Foucault fremholdt at maktformene ikke primært var etnisk, sosial eller religiøs undertrykkelse og dominans. Hans poeng var at liberale maktformer var skapende i den betydning at de søker å fremelske, dyrke og stimulere bestemte evner hos borgerne. Derfor hans begrep om at makten er produktiv. Den er skapende gjennom at den gjør individer til, og får individer selv til å gjøre seg til, bestemte individer. Den liberale staten opererer med borgerne både som en totalitet og som enkeltindivider. Slik kan borgernes individualitet eller selvforhold gjøres produktiv gjennom en bearbeidende og fremelskende form for styring. Foucault hevder at den moderne stat samtidig er både individualiserende og totaliserende (Foucault 1982). Statens kunnskap om dens borgere kan relateres til to akser; en er overgripende og kvantitativ og rettet mot hele befolkningen. Den andre er analytisk og individuell og retter seg mot individet. Den moderne stat er totaliserende når den gjør alle borgere til gjenstand for obligatorisk utdanning og nasjonale folkehelseprogrammer eller deler borgerne i overgripende kategorier som «arbeidsløse» eller «psykisk syke». Staten er individualiserende når den fokuserer enkeltindividets personlighet eller psykiske helse. Foucault fremholder at den moderne stat er basert på en subtil kombinasjon av totaliserende prosedyrer og individualiserende teknikker (Foucault 1982).

Foucaults begrep om governmentalitet representerer et forsøk på å analysere de «dividing practices» som skjer gjennom statens styring av sine borgere og ledere til å oppdele individer og skape oppdelinger i individet (Foucault 1982). Det er fokus på de konkrete praksisene som finner sted i statens styring av borgerne i form av den samme statens teknologier, dens diskurser og praksiser. «Begrepet» governmentalitet forsøker å fange de kunnskapsformer som den moderne stat baserer seg på, og de praktiske instrumenter, institusjoner og teknologier som følger av dette. Foucault benytter governmentalitet som en kategori som muliggjør ulike empiriske beskrivelser av ulike praksiser som utforskes. Sammentrukket kan begrepet governmentalitet begrunnes i Foucaults skarpe, analytiske blikk for hva som karakteriserer maktutøvelse og maktpraksiser i

moderne markedsliberalistisk styringskunst. Sentreringspunkter er makt som skapende ved å gjøre individer til å modellere seg selv til bestemte subjekter. Dette selvforholdet gjøres slik til gjenstand for en bearbeidende form for totaliserende styring gjennom det Foucault omtaler som pastoral ledelse (Foucault 2000). Denne ledelsesformen krever at alle sier sannheten om hvem vedkommende er og rommer. Utsagnene binder vedkommende fast til ordene som sanne. Slik skapes den individualiserende makt, hevder Foucault. Derved oppstår det en makt som vil korrigere og forbedre det menneskelige materialet basert i beskrivelser og registreringer av avvikelser. Det handler om å bevege borgeren i retning av en norm, en standard for normalitet som er definert av moderne human- og sosialvitenskaper. Foucault viser at moderne styring hviler på kunnskap som er vitenskapelig basert. Slik skapes det en symbiose mellom styring og vitenskap i en gjensidig betinget relasjon. I maktutøvelsen brukes vitenskapelig kunnskap som legitimerende begrunnelser for innsettelse av kunnskap om borgerne. Den vitenskapelige kunnskapen er oftest produsert og etablert i tette forbindelser med maktpraksiser knyttet styring, forvaltning og kontroll av mennesker. Slik etableres det et dialektisk forhold mellom makt og kunnskap, og kunnskap og makt (Foucault 1982; 2000).

Det nye helsebyråkratiet og styringskunst

Sosiologen Max Weber (2000) var opptatt av byråkrati og makt som sosiale fenomener. Han skisserte på 1920-tallet idealtypiske trekk ved et byråkrati, som kan relateres til dagens helsebyråkrati hvor styrings- og maktforhold i beskjeden grad problematiseres. I Webers (2000) byråkratimodell har forvaltningen faste og entydige over- og underordningsforhold og er bygd opp som et hierarki. Autoritet og makt styres nedover fra toppen i en kommandokjede. Lojaliteter, plikter og rettigheter knyttes til abstrakte regler og prinsipper som gjør byråkratiet egnet til å sette verdier som likebehandling og rettssikkerhet høyt. Mange av disse byråkratiidealene er gjenkjennbare i dagens markedsliberalistiske styring og kontroll av psykiske helsetjenester. Det er flere elementer ved byråkratiforståelsen som er relevante i dette essayet. Først ved at beslutninger innenfor et byråkrati utføres av saksbehandlere. For det andre er deres beslutningsmyndighet begrenset av et sett av lover og regler.

Saksbehandleren står ansvarlig for å følge regelverket i sine beslutninger overfor sine ledere. Målet er å sikre likhet i behandlingen av saker og personer som byråkratiet retter seg mot. Samtidig opprettholdes utvidet kontroll fra ledelsens side over detaljene i det som innebærer lik behandling. Jurister har slik fått en sentral plass i helseforetaksbyråkratiene gjennom de vurderinger og beslutninger som knyttes til de praksisformer byråkratiet framholder. For det tredje har byråkratiet sitt unike begrepsapparat. Vi møter ikke-kliniske begrep som er styrende for hvordan klinisk praksis skal utføres og hvordan borgere og praksis omtales. Eksempelvis i begreper som gjennomstrømming, pasientflyt og behandlingsresistent. For det fjerde utvikles det retningslinjer for hvordan tjenestene skal utøves og hvem som skal gjøre hva. Det utvikles nasjonale veiledere og retningslinjer for behandling av ulike lidelser med klare pålegg samt juridiske konsekvenser for den enkelte behandler hvis disse veilederne ikke følges. Et femte område er begrepet ”spesialist” med påfølgende konsekvenser for hvordan profesjonsrelasjoner i det tverrfaglige feltet psykisk helse skal forstås og organiseres (Karlsson og Borg 2013).

Slik styres og kontrolleres praksiser av helselover, andre juridiske forordninger, faglige veiledere og retningslinjer som ensretter hvordan det skal arbeides klinisk. Måten den forskningsbaserte kunnskapen knyttes til den kliniske hverdagen til borgere og helsearbeidere blir styrende for relasjonsbygging, samarbeid, endringsarbeid og problemløsninger. Innenfor slike rammer kan psykiske helsetjenester fremstå som formalistiske, vanskelig å nå fram til og ikke rettet mot enkeltmenneskets ønsker og behov. Dette er et paradoks i forhold til at de samme myndighetenes

intensjon er at det skal være et borgerorientert helsevesen gjennom tilgjengelighet, nærhet og skreddersydde tilbud (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Det samme gjelder intensjonene om at borgerne skal være med å forme alle deler av helsetjenestene. Det tydeliggjør et helsebyråkrati i det psykiske helsefeltet preget av ett dominant kunnskapssyn. Byråkratiets framvekst innebærer ikke nødvendigvis god, virksom og hjelpsom hjelp. Spørsmålet er mer om god hjelp ofres til fordel for et oversiktlig og velorganisert byråkrati.

Det evidensbaserte kunnskapsevangelium og behandlingmessig ensretting

De siste 15 års utvikling innen det psykiske helsefeltet har tydeliggjort det gjensidige forholdet mellom makt og kunnskap. Moderne økonomiske og evidensbaserte praksiser passer som hånd i hanske og muliggjør en iscenesettelse hvor kunnskap ikke bare gir makt, men også RETT – en rett som gir muligheter for rangering av kunnskap og profesjoner, og en marginalisering av andre kunnskapsformer og faglig autonomi. Foucault (1967; 1972; 1973) var i hele sitt tredelte forfatterskap opptatt av staten og dens utøvelse av makt. Sentralt var hans undersøkelser av hvordan makt som praksiser, som begreper og teknikker med særlig vekt på forholdet mellom makt og kunnskap. Foucaults studier viser hvordan kunnskap gir makt og hvordan makt gir kunnskap - makt og kunnskap er vevd inn i hverandre. Han hevdet at kunnskap ikke bare er frigjørende – den kan også være objektgjørende. Følgelig må kunnskap som praksis(er) undersøkes konkret. Maktdynamikken knyttes til formidling, innsetting og utvinning av viten (Foucault 1972; 1973).

Den evidensbaserte profesjonsutøvelse som begrep og forståelser viser seg gjennom en framvekst av behavioristiske og kognitive perspektiver kombinert med krav om ansvarlighet og det å stå til rette for sin praksis (Waldegrave, Tamasese, Tuhaka og Campbell 2003). Dagens dominerende ideal for psykisk helseverns kunnskaps- og praksisformer er basert i randomiserte, kontrollerte studier (RCT) som fremstilles som gullstandarden. Idealet angir hva som anses å være gode, rette og akseptable praksiser. Mantraet om evidensbasert kunnskap reiser spørsmål om hva som er forskningsbasert kunnskap, hva er relevant kunnskap, hvordan kan ulike kunnskapsperspektiver gis legitimitet i kliniske praksiser og hvor befinner definisjonsmakten seg. Den teoretiske kunnskapen, forstått som den forskningsbaserte eller vitenskapelige kunnskapen, har forrang og tidvis monopol på hva som omtales som gyldig kunnskap. Vitenskapelig kunnskap omtales som evidensbasert kunnskap. Ekeland (2011) beskriver dette som det evidensbaserte evangelium. Det evangeliske består i en forkynnelse av at vitenskapelig kunnskap også er *sann* kunnskap. Utsagn som «Forskning viser at ...» eller «Denne kunnskapen er evidensbasert ...» viser til at når kunnskap er basert i forsknings- eller evidensbasert metodologi, er den sann. OG mer gyldig enn andre former for kunnskap, som praktisk eller erfaringsbasert. Slik underminerer NPM, og et smalt evidensbegrep, alle gode politiske intensjoner og målsettinger om personifisering, brukermedvirkning og økt medbestemmelse i psykisk helsearbeid (Ekeland 2011).

Standardisering og manualisering av psykisk helsearbeid

I BUP-veilederen (Helsedirektoratet 2008) skrives det: ”Selve behandlingen – møtet mellom to eller flere mennesker – kan ikke styres gjennom en veileder, men veilederen er ment å være en hjelp til ledere og øvrige ansatte for å lage gode rammebetingelser rundt behandlingsarbeidet” (s.8). Veilederen skal slik styre rammebetingelsene og ikke det som skjer i det konkrete behandlingsarbeidet. I kliniske praksiser rapporteres det ofte at hvis ikke veilederen følges vil det få juridiske konsekvenser. Veilederen representerer en instruksjon av klinisk praksis, gjennom

for eksempel dokumentasjon. Det første en jurist vil se på i en klagesak er om veilederen er fulgt. Journalføringen påvirkes og styres i større grad av å ha "ryggen fri" ved en mulig jurists involvering i en klagesak enn å være et informasjons-, planleggings- og evalueringsredskap for både brukere og terapeuter. Kjernebegrepene er utredning, diagnostikk, behandlingsplan og behandling og unntak fra denne strenge tidsmessige arbeidssekvensen må begrunnes i journal. Veilederen styrer på en avgjørende måte hva som skal skje i behandlingen og går ut over bare det å legge til rette rammebetingelser.

Samtidig peker den ut, som en rammebetingelse, en helt spesiell tilnærming for klinisk praksis det neppe finnes forskningsmessig begrunnelse for. Modellen med en tidsmessig organisering av pasientforløpet i en sekvens med utredning som start, så diagnostikk, deretter formulering av behandlingsplan og så behandlingsstart med evaluering først i sluttfasen av behandlingen, peker mot en ideologisk og medisinsk basert modell (Wampold 2001). Slik "skal" fagpersoner tvinges inn i en spesiell måte å arbeide etter, definert som en medisinsk modell som ikke kan sies ha tilstrekkelig evidens til å få slik en dominerende plass (Wampold 2010). Slik underordnes BUP-veilederens (Helsedirektoratet 2008) henvisning til brukermedvirkning og fleksibel tilpasning, et smalt evidensbegrep hvor forskningsbasert kunnskap rotfestet i kliniske forsøk, utredning, diagnose og behandlingsplan skal styre *fagpersonen* i valg av en virkningsfull behandlingsform. Denne modellen kan ikke sies å være "best practice" i psykisk helsearbeid. Det bygges opp en byråkratisk modell som ikke er basert på dagsaktuelle forskningsfunn, snarere i et smalt evidensbegrep fra RCT-studier. Den helsebyråkratiske modellen fremstår slik mer som en hindring i å realisere dens mål, omtalt som god, effektiv og ansvarlig behandling.

Konsekvenser: Mistillit og redde organisasjoner

For meg er det særlig to områder av forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering som bekymrer. Det første er at mange fagpersoner disiplineres inn i praksiser som er fundert i markedsliberalistisk tenkning snarere enn basert i fagpersoners kunnskaper fra erfaring, praksis og forskning. Det er alvorlig at fagpersonene opplever at deres autonomi reduseres og de tvinges inn i en måte å organisere sitt arbeid på som i beste fall kan sies å ha uklar evidens. Dette er en systemstyring og krav om systemtroskap snarere enn den personorientering og det relasjonsfokusert en kan forvente basert i ulike psykisk helsepolitiske føringer som understreker både borgeres medvirkning og rettigheter. Vi ser en økt og detaljert styring og kontroll av profesjonene i det psykiske helsefeltet. Dette uttrykker mantraet om at alt lar seg måle og må måles fordi praktikerne mistros til at de ellers kan gjøre slik de vil. Min andre bekymring er knyttet til at det kan se ut som om NPM bidrar til å skape redde organisasjoner i det psykiske helsefeltet. Ansatte opplever en cocktail av at alt skal måles, mistenksomme ledere, detaljstyring, tilsyn, revisjoner, prosessbeskrivelser og kvalitetssikringssystemer. Grunnleggende er en mistillit til at organisasjonens medlemmer vil opptre opportunistisk og følgelig må styres og ledes for å unngå skandaler og feilbehandlinger med påfølgende mediaoppslag. Denne mistilliten sprer seg ved at den er knyttet til individuell kontroll, pålegg og overvåkning. Hovedtilnærmingen til mange ansatte blir at de er redde for å gjøre feil. De gjør det de pålegges og kontrolleres for. Ikke fordi de mener det er faglig riktig. De gjør det fordi de vil ha ryggen fri fra å kunne bli stilt juridisk og faglig ansvarlig for at de ikke har gjort som manualer, styringsdokumenter og ulike kvalitetsstyringsinstrumenter pålegger dem å gjøre.

Litteratur

- Chambless, D L, Sanderson, W C, Shoham, V, Bennet Johnson, S, Pope, K S, Cristoph, P (1996) An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2):5-18
- Ekeland, T-J (2004) *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat 6/2004. Oslo: Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier
- Ekeland, T.-J (2011) *Ny kunnskap – ny praksis Et nytt psykisk helsevern*. Erfaringskompetanse, no 2011:1
- Ekeland, T.-J (2014) Frå objekt til subjekt –og tilbake? Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11,3:211-220
- Foucault, Michel (1967) *Madness and Civilisation: A History of Insanity in the Age of Reason*. London: Tavistock/Routledge
- Foucault, Michel (1972) *The Archaeology of Knowledge*. London: Tavistock/Routledge
- Foucault, Michel (1973) *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London: Tavistock
- Foucault, Michel (1982) The Subject and Power. I Dreyfus, H.L. & Rabinow, P. *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. New York: Harvester Press
- Foucault, Michel (2000) *Ethics. Subjectivity and Truth*. New York: Penguin Books
- Hede, Dag (1992) *Det tomme menneske*. København: Museum Tusulanums forlag
- Helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. IS-1570.
- Helsedirektoratet (2014) «*Sammen om mestring*». *Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. IS-2076
- Højlund, H (2003) Velærdsforskydninger. I Borch, C. & Larsen, T.L. *Perspektiv, magt og styring. Luhmann & Foucault til diskussion*. København: Hans Reitzels Forlag
- Johannessen, B F (2004) *Lederskap, evidens og behandlingstenkning innen det psykiske helsevern*. Bergen: Rokkansenteret, Universitetet i Bergen
- Joranger, L (2009) Moderne forvaltningsidealer og psykiatrimakt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*; 46:1186–1190
- Karlsson, Bengt og Marit Borg (2013) *Psykisk helsearbeid – humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lambert, Michael (2010) *Prevention of treatment failures. The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Martinsen, Kari (2005) *Samtalen, skjønnnet og evdidensen*. Oslo: Akribe

Sackett, DL, Rosenberg, W M, Gray, J A, Haynes, R B & Richardson, W S. (1996) Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312:71-72

Sosial- og helsedepartementet (2001) *Lov om helseforetak*. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)

Sosial – og helsedirektoratet (2007) *Nasjonal helseplan - Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*. IS-1443

Sosial- og helsedepartement (1997) *St.meld. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*

Sosial- og helsedepartement (1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. St prp nr 63 (1997–98)

Waldegrave, C, Tamasese, K, Tuhaka, F, & Campbell, W (2003) *Just therapy – a journey. A collection of papers from the Just Therapy Team, New Zealand*. Adelaide: Dulwich Centre Publications

Wampold, Bruce (2001) *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah: Erlbaum

Wampold, Bruce (2010) The research evidence for common factors models: A historical situated perspective. In Duncan, D L, Miller, S D, Wampold, B E & Hubble, M N. (Eds). *The heart and soul of change. Second edition. Delivering what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association

Weber, Max (2000) *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal Akademisk

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

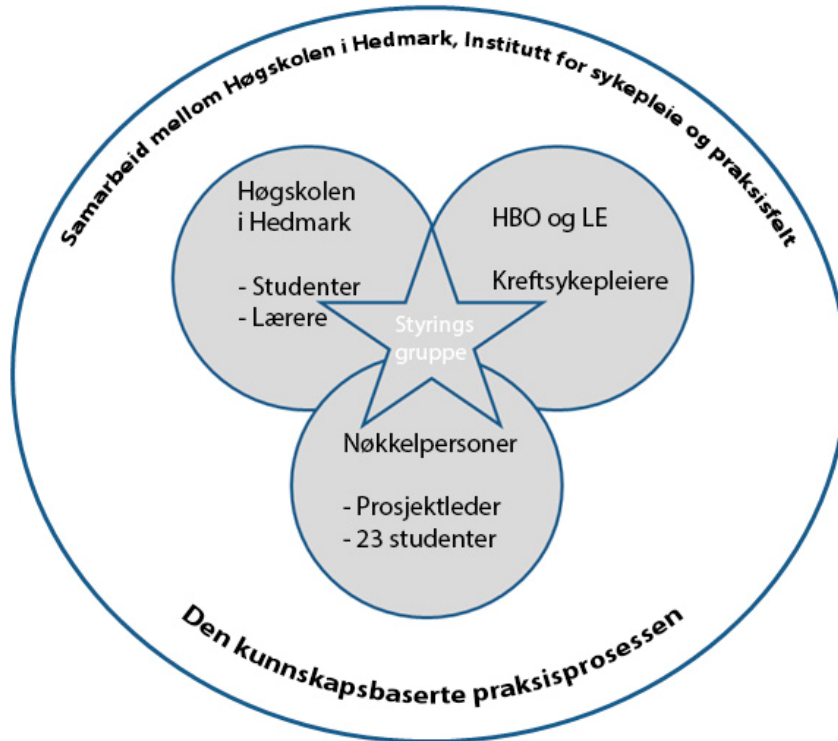
Deltakere i prosjektet var studenter i fjerde semester av sykepleierutdanningen, kommunens kreftkoordinator, samt en lærer som var prosjektleder. Studentenes praksis bestod av ti uker i hjemmebasert omsorg. I denne tiden deltok de fire dager på prosjektmøter og tre dager i hospitering ved Lindrende enhet 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. Forskningen 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.

Forskningkunnskap

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 fremtiden. 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

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.

Simulering som læringsmetode kan bidra til økt sykepleiefaglig handlingskompetanse i rurale strøk

Eva Tharaldsteen og Inger Skoglund

Eva Tharaldsteen, Universitetslektor UIT, Norges Arktiske Universitet, Campus Hammerfest, Elsa Semmelmannsv.1, 9600 Hammerfest, Eva.Tharaldsteen@uit.no

Inger Skoglund, Universitetslektor, UIT, Norges Arktiske Universitet, Campus Hammerfest, Elsa emmelmannsv.1, 9600 Hammerfest, i.skoglun@online.no

Abstract

Simulation as a learning method can help to improve nursing management ability in rural areas.

Simulation as a learning method can recreate reality. The method has three aspects to it, consisting of building a scenario, making the students familiar with it, and debriefing them after the scenario is played out. This learning method enables both students and healthcare professionals to train various acute patient situations, while staying in a safe environment and without harming the patient. Simulation can in a harmless way uncover knowledge shortcomings and uncertainty, which is not easily recognized because of the lack of training opportunity. This being because of the long timespan between each emergency occurring in reality. The article is based on experiences and reflections that we as teachers have acquired, through using simulation as a learning method for acute nursing students coming from different rural and remote municipalities in Finnmark. Working in remote areas requires adequate depth and breadth of knowledge, in relation to the local community's needs for health care services.

Nøkkelord/Key words

*Simulering; avsidesliggende; sykepleie; lære ved å gjøre
Simulation; Rural and remot; nurcing; learning- by- doing*

FOU

Introduksjon

Norges Arktiske universitet, campus Hammerfest gjennomførte 2012-2014 en videreutdanning i akutt sykepleie, med studenter fra kommuner i Finnmark. Studiet på 60 studiepoeng var samlingsbasert over 11/2 år. De fleste av studentene arbeidet i kommunehelsetjenesten, i distrikt med lang avstand til nærmeste sykehus.

I denne artikkelen vil vi diskutere våre erfaringer og refleksjoner med simuleringstrening til videreutdanningsstudenter i akutt sykepleie. Vi vil undersøke hvordan oppøving av ferdigheter gjennom gjentatte simuleringer kan bidra til at læringsutbytte oppnås i akutt sykepleieutdanningen, og hvordan simulering dermed kan bidra til å styrke handlingsberedskapen spesielt hos sykepleiere som arbeider i rurale strøk. Målet med simulering er å oppnå bedre handlingskompetanse, hos de som simulerer relevante situasjoner fra praksis.

Distriktsykepleie -Rural Nursing

Å jobbe som sykepleier i rurale strøk fordrer en tilstrekkelig dybde- og breddekompetanse i forhold til lokalsamfunns behovet for helsetjenester. Sykepleietjenesten er en viktig del av den totale, lokale beredskapen i et distrikt. Derfor er det viktig å kunne styrke kompetansen hos sykepleierne både innenfor akuttbehandling, lindrende pleie og behandling, rehabilitering og omsorg i lange pasientforløp. På små steder stilles det store krav til beredskap og generalistkompetanse hos sykepleierne (Scharff, 2013). Tilgangen til spesialisert helsepersonell er ofte svært begrenset. Lange avstander, stengte fjelloverganger og flyplasser og usikre vær- og vindforhold kan stoppe transport av akutt-kritisk syke. Dette medfører at sykepleierne i distriktene må ha ansvar for dårlige pasienter over tid i påvente av transport til spesialisthelsetjenesten. God handlingskompetanse hos disse sykepleierne er derfor uhyre viktig. Behovet for bedre handlingskompetanse har økt sterkt etter innføringen av «Samhandlingsreformen» (Stortingsmelding nr. 47 (2008 –2009)). Her knyttes kommunenes hovedutfordringer både til et pasient-, og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det forutsettes at bærebjelken i den norske velferdsmodellen fortsatt skal være; lik tilgang til gode og likeverdige helsetjenester, uavhengig av bosted og personlig økonomi. I et fylke med lange avstander, klimatiske utfordringer og spredt bosetning gir dette store utfordringer. Samhandlingsreformens grunnidé er at pasientene primært skal raskere ut fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten for videre behandling og rehabilitering (Stortingsmelding nr. 47(2008-2009)). Pasienten skal kunne behandles på mellomnivå i Kommunal Akutte Døgneheter (KAD) før og etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Dette har ført til at pasientene som blir utskrevet fra spesialisthelsetjenesten er sykere enn for få år siden, med sammensatte utfordringer og sykdomshistorie, noe som fordrer større kompetanse hos helsepersonell i kommunene.

Sykepleierne i kommunen som tar imot disse pasientene jobber ofte selvstendig, er kreative og handlingskompetente, uten alltid å ha støtte i et større team med kolleger og spesialister. Kommunehelsetjenestens helsepersonell blir stadig pålagt flere oppgaver som både krever en generell breddekompetanse og spesialisert dybdekompetanse (Helsedirektoratet IS- 2248, 2014).

Dette er krav som ikke er lett å forene. Dybdespesialisering innebærer konsentrert sykepleiekompetanse og krever omfattende erfaring innen ett felt. Sykepleietjenesten i distrikt møter en stor bredde av tilstander og situasjoner, som hver for seg opptrer forholdsvis sjelden. Det er vanskelig å utvikle nødvendig vurderingsevne, rutine og å holde seg faglig oppdatert over hele spekteret av akutte situasjoner. Til tross for dette vet sykepleieren at de er de første som tar imot pasientene i distriktene og må ha tilstrekkelige handlingsberedskap og kompetanse til det.

Forskning om simulering

Simulering er en læringsmetode for å gjenskape virkeligheten i et klinisk miljø hvor trening på prosedyrer, samarbeid, beslutningstaking og refleksjoner ved hjelp av rollespill og bruk av dokker er sentralt (Jeffries, 2007). Simulering som læringsmetode ble først utviklet på 1950 tallet. I sykepleiefaget finnes det i dag mye forskning og fagutvikling om simuleringstrening.

Leigh og Armentrout (2013) skriver at simuleringbasert undervisning har vist seg å ha en positiv effekt når den ble brukt sammen med tradisjonelle undervisningsmetoder, videre at simulering er en pedagogisk metode som fremmer innovasjon og kreativitet. Missen, Sparkes, Porter, Cooper og McConnell-Henry (2013) beskriver erfaringer der de viser at sykepleiere får bedre handlingskompetanse ved bruk av simuleringstrening på rurale sykehus. Deltagerne i deres

studie mente at simulering ga flere og unike muligheter for å lære kompleksiteten i den kliniske verden og hjalp dem til å opprettholde sin handlingskompetanse.

En annen studie (Berragan,2013) viser at simulering kan hjelpe studentene til å se kompleksiteten og etablere en forståelse av læringen. Simulering kan være et potensial i læringen når den tilbys studentene i å praktisere sykepleie i et miljø hvor de kan ha muligheten til å vurdere forskjellige sammenhenger i sykepleiefaget og dermed utvikle sykepleieidentitet. Tilbakemeldingen fra studentene var at de opplevde en positiv sammenheng mellom aktivitet, læring og miljø.

Wisborg, Brattebø, Brinchmann-Hansen og Schrøder Hansen (2009) fokuserer på trening i traumemottak, og at det har en pedagogisk overføringsverdi til simuleringstrening generelt. Målet med trening i traumeteam, ved bruk av simulering er et alternativ der det ikke er mange nok hendelser til å opprettholde og utvikle erfaring og kompetanse på behandlingen til reelle pasienter. De konkluderer i artikkelen med at det ikke ser ut til å være forskjell ved å trene på levende markør eller resuciterings-dukke når målet er kommunikasjon, samhandling og ledelse. Det er lite kunnskap om det pedagogiske utfallet av teamtreningen, men de mener at simulering som pedagogisk læringsmetode er nyttig og læringseffekten er høy.

I Yuan, Williams og Man`s (2014) studie var hensikten å vurdere sykepleiestudentenes læring av observasjon, tiltak og klinisk skjønn ved bruk av High-Fidelity simulering. De mener at bruken av høy-teknologisk simulator har et potensiale når det gjelder å støtte utviklingen av sykepleiestudentenes kliniske skjønn. Studentene oppfattet at simulering styrket deres teoretiske kunnskaper og hjalp dem til å observere, tolke og forstå situasjonene bedre.

Alle fire artiklene konkluderer med at det er gjort for lite spesifikk forskning som kan dokumentere hvorvidt simulering øker handlingskompetansen, men flere påpeker at hensikten med simulering er å forbedre ferdighetene, beslutningsprosessene, klinisk skjønn, samarbeid og ledelse.

Pedagogisk tilnærming til simulering

Vår erfaring er at simulering som læringsmetode har en positiv betydning for studentenes læringsprosess. Med denne metoden lærer studenten gjennom å gjøre, i tråd med filosofen og psykologen John Deweys prinsipp ”Learning by doing”. Pedagogen David Kolb har utviklet en modell over erfaringslæring som bygger på Deweys læringsteorier (Wahlgren, Høyrup, Pedersen og Rattleff, 2002). Ut fra Kolbs sirkel tar læringen utgangspunkt i en opplevelse eller erfaring, for så å reflektere over dette, gjøre en ny handling og så evaluer. Det er dette simulering handler om.

Studentene simulerer et scenario, underveis kan scenarioet bli «frost» slik at studentene får mulighet til refleksjon over handlingen. Deretter kjører de videre i samme scenarioet hvor facilitator (veileder) etter en tid avbryter scenarioet. Tilslutt kommer oppsummering og tilbakemelding fra studentene og facilitator. Å reflektere og gjenta handlingene i praksis og utfordre teoretiske - og kroppslige viten, kan bidra til økt handlingskompetanse. Dette gir ny kunnskap, bedre ferdigheter og holdninger i yrkesutøvelsen. Filosofen Donald Schön som også bygger på Dewey, kaller dette for viten – i-handling, hvor den teoretiske kunnskapen er noe studentene innehar før de skal utføre praktisk handling (Wahlgren et.al.,2002; Leigh og Armentrout, 2013).

Simulering er en interaktiv læringsmetode og har opphav fra flyteknologi. Derav kommer begrepene facilitator, briefing (gjøre kjent med), debriefing (refleksjon/oppsummering) og scenario (skape iscenesetting). En fordel simuleringen har framfor klinisk praksis, er at ferdigheter kan repeteres, vi kan stoppe opp, reflektere og diskutere og gjenta handlingen på nytt. Læringen skjer uten fare for pasienten. Berragan, (2013) skriver at simulering som læringsmetode kan hjelpe studentene til å se kompleksiteten og etablere en forståelse av læringen. Studentene kan da lære av sine handlinger. Prosessen bidrar til å lukke noe av avstanden mellom «å vite» og «å gjøre» (Aase, 2010). Erfaringene studentene gjør under simuleringen, tar de med seg til praksis. Dette har betydning nettopp fordi det i kommunene er for lite pasientgrunnlag til at studentene får oppøvd god erfaring på de mange ulike utfordringene.

Arbeidsmetode i simulering

I gruppen av akuttstykkepleierstudenter var læringsmetoden; simulering med simuleringsdukke (SimMan) en helt ny erfaring. Det var derfor viktig med en nøye gjennomgang både teoretisk om hva simulering er, og å gjøre seg kjent med SimMan, utstyret og selve simuleringsrommet.

I forkant av en simulering presenteres en case, der en beskriver prosessen fra start (briefing) til og med oppsummering og refleksjon (debriefing).

Casen som skulle simuleres ble presentert før simuleringen, med tilhørende læringsmål fra emneplanen. På denne måten hadde studentene tid til å tenke gjennom og gjøre avtaler seg imellom hvordan de ville gå frem (Leigh og Armentrout 2013). Det er viktig å bruke god tid på briefing, for at man skal kunne skape et så godt og trygt læringsmiljø som mulig (Berragan, 2013).

Scenarioet blir tatt opp på film, og brukt under refleksjonen i debriefingen. Avtalen med studentene var at videoopptaket kun blir brukt under debriefingen, som et refleksjonsverktøy og opptaket blir slettet i etterkant. Rammer som tid, sted, antall simuleringssekvenser, og viktigheten av taushetsplikt og lojalitet i scenarioene blir presisert. Studentene blir informert om at alt som skjer før, under og etter en simulering på simuleringsrommet, forblir der. Dette for å ivareta studentestrykthet i læringssituasjonen og ivareta integritet. Det som skjer skal ikke viderefremmes til andre enn de som har vært med i scenarioet.

Briefing

Studentene «våre» ble på forhånd informert om at vi skulle skrive en artikkel på bakgrunn av de lærer erfaringene som ble ervervet under simuleringen. Dette for å kunne formidle og dele de kunnskaper vi fikk til annet undervisningspersonell.

Scenarioet som ble satt opp var; HLR (hjerne-lunge- redning), som inkluderer samspill og kommunikasjon mellom helsepersonell. Vi anser det for å være en konkret og lett gjenkjennelig situasjon: En mann ble funnet bevisstløs og meldt til sykestua med hjertestans, han kommer inn, og de som er på jobb av helsepersonell tar imot.

Læringsutbyttet avhenger av at det er etablert et trygt læringsmiljø blant studentene. Studentene våre ble oppfordret til å vise romslighet mot hverandre og ha en innstilling om at dette er noe de skal lære av. En lærer både av å feile og av å mestre.

Læringsutbyttet i studieplanen for akuttsykepleiere (2012) og selve scenarioet er:

- å videreutvikle studentenes handlingskompetanse i forhold til HLR
- å videreutvikle studentenes kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid
- å utvikle studentenes selvstendighet og refleksjon innen akuttsykepleie med utgangspunkt i den enkeltes erfaring

Dette fordrer at studentene har den medisinske kunnskapen og vet hvilke observasjoner og tiltak som må iverksettes. De må også evne å kommunisere med hverandre i uforutsigbare situasjoner (Wahlgren et.al.,2002).

Scenarioene er utarbeidet av lærer i forkant, og blir presentert før scenarioet starter. Det er viktig at studentene får gjort seg kjent med simuleringsrommet, utstyret og hvordan dette fungerer, slik at de kan ha fokus på selve scenarioet. De blir delt inn i grupper f.eks. på 4 stykker. Facilitator går gjennom reglene og gjør en rollefordeling. I scenarioet vi brukte som eksempel, var det to sykepleiere og to ambulansesarbeidere. Scenarioet tok fra 7 – 15 minutter. Vi opplevde at studentene generelt var veldig engasjerte og ivrige til denne læringsmetoden. De syntes det var en spennende måte å øve praktiske ferdigheter og teste seg selv på. Den positive stemningen var et godt utgangspunkt for læring. Studentene levde seg fort inn i rollene. I eksemplet hadde ambulansesarbeider 1 fått i oppgave å holde frie luftveier, ventilere og ha kommandoen, mens ambulansesarbeider 2 og sykepleier 1 hadde fått i ansvar å utføre hjertekompresjoner. De skulle veksle på komprimeringen etter avtale. Pasienten blir monitorert, og sykepleier 2 har fått ansvar for loggføring. I akutte situasjoner jobber helsepersonell i team for å utføre best mulig medisinsk behandling til pasienten. Det er da viktig at de som jobber ute i distrikt får trent på det å jobbe i team. Simulering er en pedagogisk mulighet til å sette sammen et scenario slik at teambygging og medisinske kunnskap blir «testet» (Missen et.al,2013; Leigh og Armentrout 2013).

I starten av scenarioet fungerte kommunikasjonen mellom studentene bra. Det var direkte kommunikasjon med et lavt støynivå, hvor alle har fokus på sine arbeidsoppgaver. Ambulansesarbeider 1 fulgte algoritmen¹, ga tydelige beskjeder og det var flyt i scenarioet. Dette endret seg etter en som tiden gikk i scenarioet. Vi erfarte at når studentene begynte å bli slitne, ble fokuset på arbeidsoppgavene dårligere og utflytende. Studentene ble opptatt av hvordan de andre utførte sine oppgaver, kommunikasjonen ble amper, beskjeder ble «kastet» ut i rommet, og støynivået økte. I en slik situasjon kan studentene bli mer utrygge, scenarioet blir uoversiktlig, noe som kan føre til usikkerhet hos hver enkelt. Studentene rapporterte i etterkant at de opplever fysisk stress med økt puls, de ble varm og svett i hendene.

Når en situasjon blir kaotisk, kan facilitator «fryse» situasjonen og stille følgende spørsmål; Hva skjer? Hva gjør dere nå? Dette er en av fordelene med å simulere. Man kan stoppe opp slik at studentene får tenke og reflektere over handlingen, for så å starte situasjonen på nytt. Facilitator kan for eksempel spørre studentene hva de hadde tenkt å gjøre? Når dette oppstår har vi flere ganger erfart, at de er usikker på hvordan de skal gå i gang igjen med scenarioet. En av grunnene kan være en brist i de medisinske kunnskapene, en annen kan være at kompleksiteten av scenarioet blir for stor. Vi som lærere kan ha forutsatt at studentene hadde grunnkunnskapen inne for å mestre det oppsatte scenario. Det samme kan også studentene ha forutsatt. Da kan kunnskapsmangelen fremtre. Yuan et.al. (2014) sier i sin artikkel at simulering bidrar til å styrke den teoretiske kunnskapen til studentene og får dem til å observere og tolke kompleksiteten i situasjonen bedre.

¹ Presis beskrivelse av en serie handlinger, som skal utføres for å løse ett eller flere problem. HLR prosedyre.

Selv om studentene ble stoppet i prosessen og utfordret på ulike spørsmål, erfarte vi at de var engasjert og motivert til å gå videre. Samme scenarioet blir vanligvis kjørt to ganger, med en kort (3-5 min.) pause. Når scenarioet ble gjennomført andre gang, så vi at studentene fant sine roller på nytt, var fokuserte og ivrige på å få til scenarioet bedre enn første gang. De var fokusert på at teamet fungerte og at scenarioet ble fullført. Vi erfarte at studenter som får gjentatt simuleringstreningene hvor de må handle, der det ukjente blir kjent, blir tryggere på seg selv og hverandre. Kunnskapen får «festet» seg og de stressfulle situasjonene oppleves mindre stressende. Noe som er i tråd med konklusjonene til Wisborg et.al. (2009) og Wahlgren et.al. (2002). Kommunikasjon og samhandlingen går bedre, beskjeder blir gitt på tvers av rollene og tatt til etterretning. Simuleringsprosessen får en ny og bedre flyt. De lever seg igjen inn i sine roller, og omgivelsene kommer i bakgrunnen. Det forstyrrende i situasjonen blir mindre eller fullstendig borte, kontrollen blir gjenvunnet og studentene opplever at de mestrer situasjonen.

Etter ca. 15 min. stoppes scenarioet. Lærere og studenter går inn på et nytt rom hvor simuleringsssekvensen blir vist i sin helhet før debrifingen starter.

Debrifing

En debrifing er en kritisk refleksjon som gir rom og mulighet for bearbeiding av alle deler i prosessen. Debrifing er en oppsummering og avreagering for de som har deltatt i senarioet, ledet av facilitator (Haugen, og Knudsen, 2008). Det er viktig at det settes av tilstrekkelig med tid og at man sitter uforstyrret.

Før debrifingen gjennomgår vi noen forutsetninger for å skape et godt og konstruktivt læringsmiljø. Studentene blir oppfordret til å sette ord på erfaringene fra scenarioet og reflektere over det de så i videoopptaket. Vi ber studentene være konkrete og rette søkelys på handlingene, ikke på personene. Det er viktig å tenke høyt og sette ord, både positive og negative, på erfaringene fra øvelsen, og huske at det er trening og refleksjon som gir kompetanse. Vi understreker det pedagogiske prinsippet om å sørge for at alle studentene får sagt noe, og at det er greit å feile. Debrifingen fordrer at studentene våger å miste kontrollen over seg selv og situasjonen, og kjenne på stresset og det dette gjør med dem. For å oppnå dette er vi avhengig at det er etablert et trygt læringsmiljø blant studentene. De lærer både av å være klønete og av å mestre. En systematisk gjennomgang fra facilitator blir gjort ved å stille åpne spørsmål til studentene om opplevelsene i scenarioet. Slik blir deres refleksjoner en sentral del av læringsprosessen.

Diskusjon

Når scenarioet stopper opp, stiller vi oss spørsmålet; var dette fordi de var usikker på seg selv og hverandre, eller var det en usikkerhet i forhold til å tre fram som fagperson? Vi får som regel ikke noe direkte svar på dette, men det kan være flere faktorer som spilte inn. Det kan både være kunnskapsbrist, eller at studenter mister fokuset når kommunikasjonen i teamet ikke fungerer. Når det varierer mellom rolig, stille og høylytt kommunikasjon, tolker vi det som at studentene blir stresset fordi teamarbeidet begynner å svikte, når det er høylytt. Når en merker at studentenes kompetanse og kunnskap ikke er tilstrekkelig i en stresset situasjon, fremtrer behovet deres for å støtte seg på andre i teamet. Når det haster må alle vite hva som er gjort og hva som skal gjøres. Det er viktig med konkret kommunikasjon og å søke bekreftelse på handlingene – altså å lukke lærings sirkelen. Dette innebærer at når en beskjed blir gitt, tar den andre den imot

og bekrefter mottatt og utført handling. Det fordres også at den nonverbale kommunikasjonen blir observert. Det kan være flere årsaker til at scenarioet stoppet opp. Utryggheten kan ha flere årsaker, som kan henge sammen med å «tape ansikt». Å bli realitetsorientert om at; «*dette kan du faktisk ikke*», usikkerhet i forhold til tilbakemeldinger fra de andre i teamet, eller utydelig kommunikasjonen. Simuleringserfaringen er også positiv i forhold til det at man blir bevisstgjort om hva man kan og ikke kan. Det er greit å feile i en simuleringssituasjon kontra det å feile med en pasient i praksis. Debrifingen starter med å se videoopptaket. Det kan være utfordrende for studenter å se seg selv på film og å se og høre seg selv i handlingen. De kan føle seg avkledd og avslørte på det de eventuelt ikke kan. Samtidig som de erfarer det som lærerikt. De blir mer bevisstgjort på hva de sa og gjorde i scenarioet og har en unik mulighet til å kunne tette kunnskapsmangler under kontrollerte forhold, der de kan repetere teoretiske kunnskaper og trene flere ganger i trygge omgivelser.

En annen utfordring er å reflektere over egne, medstudentenes og lærernes krav og forventninger. Spesielt hvis krav og forventninger oppleves som kritikk. Utfordringen ligger i hvordan krav og forventninger kommuniseres og hvilken hjelp studentene får til å ta imot dem. Når studentene deler sine opplevelser, får de tilbakemelding fra hverandre. Gjennom tilbakemeldingen viser studentene at de andres opplevelser er gjenkjennbare i egne opplevelser. Dette kan bidra til å gjøre andres opplevelser til egne erfaringer. Vår erfaring som lærere i simuleringstrening er at det ofte ikke er tilstrekkelig at studentene reflekterer alene (Skoglund, 2002). Blant annet kan det være lett å stikke bort det som oppleves faglig eller følelsesmessig vanskelig. Lærerne vil stille andre spørsmål til refleksjon enn studentgruppen, og se fagutvikling på en annen måte enn studentene.

Når studentene opplever mestring og at de kan gjøre noe med situasjonen, skjer det en faglig og personlig vekst, som gjør at de våger å ta imot og stå i nye utfordringer. Når studentene opparbeider denne kompetansen, vil teoretiske, erfaringsbaserte og etiske kunnskaper omsettes til praktisk handling (Karlsen, Ballangrud, Haugom, Mæhlum og Mæhlum, 2009).

Debrifingen er en vesentlig faktor i simuleringstrening. Gjennom refleksjon og gjennomgang av scenarioet skjer det en bevisstgjøring av egen rolle og kunnskap hos studentene, som stimulerer til videreutvikling av egen fagforståelse. I denne refleksjonsrekken er det viktig for studentene å bli møtt med trygghet. Læring skjer gjennom å ufarliggjøre samhandlingsbristene og kunnskapsvikt. Målet med simulering er å trene på det man ikke behersker under trygge forhold.

Avslutning

Simuleringssituasjonen kan på en ufarlig måte avdekke kunnskapsbrist og usikkerhet i kunnskapen som studenten selv kanskje ikke har vært klar over, fordi det er lenge mellom hver gang situasjonen oppstår i praksis.

Gjennom gjentakelser og «time out» under senarioet vil studenten få mengdetrening i å forbedre ferdighetene, takle beslutningsprosessene, samarbeide med andre og utvikle klinisk skjønn. Dette kan føre til økt handlingskompetanse, ved «learning by doing». Studentene kan da reflektere over sine handlinger før de går videre i prosessen. For studentene i videreutdanning i akuttsykepleie som arbeider i distriktene vil dette kunne være spesielt viktig.

Å kunne handle profesjonelt i ulike situasjoner forutsetter en læringsprosess preget av vekselvirkning mellom teoretisk og praktisk kunnskapsbearbeidelse. I rurale strøk hvor det kan være få akutte hendelser, er simulering en metode som har stor betydning for at sykepleierne skal være bedre forberedt til å møte ulike utfordringer. Simulering kan være med på å forbedre pasientsikkerheten og redusere antall uønskede hendelser.

At pasientens liggetid i spesialisthelsetjenesten er blitt kortere, kan skape utfordringer for studenter i klinisk praksis. Oppfølgingen og observasjonen over tid blir nå gjort i kommunehelsetjenesten. Det blir derfor viktig at utdanningsinstitusjonene legger til rette for ulike undervisningsmetoder, som simulering, slik at studenter og helsepersonell kan trene på ulike pasientsituasjoner i trygge omgivelser uten å skade pasienten. De får trygge sin egen kompetanse for å møte ulike utfordringer i helsetjenesten.

Litteratur

Aase, Karina (red.)(2010) *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*. Oslo. Universitetsforlaget.

Berragan, Liz (2013) Conceptualising learning through simulation: An expansive approach for professional and personal learning. *Nurse Education in Practice* 13(4), 250-255. Nedlastet 5.10.15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23402772>

Haugen, Jan Erik & Øystein Knudsen jr.(red.)(2008) *Akutt medisinsk sykepleie – utenfor sykehus*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet IS- 2248 (2014) Personell- og kompetansesituasjonen I helse- og omsorgstjenestene. OSLO.

Jeffries, Pamela R. (2007) Simulation in Nursing Education. From Conceptualization to evaluation. I: Aase.K.(red.) *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo. Universitetsforlaget.

Karlsen, Tore, Ballangrud, Randi, Haugom, Viktor T., Mæhlum, Else H. & Karin Mæhlum (2009) Trener på virkeligheten. *Sykepleien* 15, 31-34.

Leigh, Ann Cates & Debra Armentrout (2013). Simulation With Synergy and Community Energy. *Advances in Neonatal care*. 13(2), 97-102. Nedlastet 5.10.15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23532028>

Missen, Karen, Sparkes, Louise, Porter, Joanne, Cooper, Simon & Tracy McConnell-Henry (2013) Developing team based acute care scenarios: A real hospital experience. *International Emergency Nursing* 21(3), 186-189. Nedlastet 5.10.15 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23211761>

Scharff, Jane Ellis (2013) "The distinctive nature and scope of rural nursing practice: philosophical bases". 241-258. In: Winters, Charlene A.(editor) *Rural Nursing, Concepts, theory and practice*. New York. Springer publishing company.

Skoglund, Inger (2002) Faglig veiledning i sykepleie: Om veiledningens betydning for utøvelse av sykepleie i praksis. Hovedfagsoppgave i helse og omsorgsfag. Det medisinske fakultetet avd. for sykepleie og helsefag, Universitetet i Tromsø

Stortingsmelding nr. 47 (2008 –2009) «*Samhandlingsreformen*» det Kongelige helse- og omsorgsdepartementet.

Studieplan for modulbasert videreutdanning i Akuttsykepleie, Høgskolen i Finnmark, avdeling for helsefag 2012-2014.

Wahlgren, Bjarne, Høystrup, Steen, Pedersen, Kim & Pernille Rattleff (2002) *Refleksion og læring, kompetenceudvikling i arbejdslivet*. Frederiksberg. Samfundslitteratur.

Wisborg, Torben, Brattebø, Guttorm, Brinchmann-Hansen Åse & Kari Schrøder Hansen (2009) Mannequin or standardized patient: participants' assessment of two training modalities in trauma team simulation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 17(59),1-4. Nedlastet 5.10.15. <http://www.sjtem.com/content/pdf/1757-7241-17-59.pdf>

Yuan Hao Bin, Williams Beverly A. & Chan Yok Man (2014) "Nursing students' clinical judgment in high-fidelity simulation based learning: A quasi-experimental study" *Journal of Nursing Education and Practice*. 4(5). Nedlastet 5.10.15. <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/3743>

Studenters erfaringer med Flipped Classroom i en helsefagutdanning

Christine Tørris

Christine Tørris, førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for atferdsvitenskap Christine.Torris@hioa.no

Abstract

Students experience with flipped classroom in health profession education

Background *The flipped classroom approach has gained increased attention in educational research literature. The purpose of this study was to investigate how students experience a flipped classroom approach in health education, compared to ordinary lectures.*

Method *Bachelor students (n=25) who watched the video-based material in the flipped classrooms pre-session, answered a questionnaire to evaluate their flipped classroom experience. The questionnaire consisted of both closed and open questions.*

Results *Ninety six per cent (24/25) of respondents found the video-based material in the pre-session useful. Seventy six per cent (19/25) of respondents found that the flipped classroom approach resulted in the highest learning outcome, over the traditional approach (16%, 4/25). Barriers to the flipped classroom approach was technical problems with the video-based material, such as screen view.*

Conclusion *The flipped classroom approach is promising as an acceptable approach for teaching in health science curricular in higher education.*

Key words

Flipped classroom, student's involvement, just in time teaching, blended learning.

FOU

Tell me and I forget. Teach me and I remember. Involve me and I learn.

—Chinese proverb as quoted by Benjamin Franklin (Novak, 2011).

Bakgrunn

De siste tiårene har det vært et pedagogisk skifte i høyere utdanning fra en mer tradisjonell forelesningsbasert undervisning, til modeller der økt studentinvolveringen står sentralt (Kurup & Hersey, 2013; Mehta, Hull, Young, & Stoller, 2013; Sharma, Lau, Doherty, & Harbutt, 2015). Undervisning i helsefagets naturvitenskapelige emner kan ofte bli forelesningspreget, noe som kan bidra til at studentene blir passive. Det er derfor ønskelig å involvere studentene mer i undervisningen. Ved økt studentinvolvering aktiviseres studentene, noe som kan øke studentenes prestasjoner og forbedre eksamensresultater (Freeman et al., 2014).

Flipped classroom er en av disse pedagogiske innovasjonene, som har fått økt oppmerksomhet innenfor ulike utdanninger (Bernard, 2015; Freeman et al., 2014; Gilboy, Heinerichs, &

Pazzaglia, 2015; Khanova, Roth, Rodgers, & McLaughlin, 2015; Moraros, Islam, Yu, Banow, & Schindelka, 2015; Park & Howell, 2015). Flipped classroom som modell ble presentert allerede i 2000 gjennom *The inverted classroom*, som en ny læringsstrategi der ny teknologi tas i bruk (Lage, Platt, & Treglia, 2000). Denne nye læringsstrategien bruker ulike læringsstiler, med multimedier som en grunnstein (Lage et al., 2000). Klasserommet «flippes» slik at det som tradisjonelt foregikk i klasserommet, nå finner sted utenfor klasserommet (Lage et al., 2000). Dette er likevel ikke en dekkende definisjon av flipped classroom, da ideen om å lage videoer som erstatning for lærerens undervisning er feilaktig (Bernard, 2015; Lage et al., 2000). Flipped classroom omfatter både meningsfulle online aktiviteter, og et godt designet undervisningsopplegg i klasserommet som studenter opplever både aktiviserende og meningsfullt (Bernard, 2015).

Leksjoner legges tilgjengelig for studentene før selve undervisningen, slik at tiden i klasserommet kan brukes til aktivt å engasjere studenter i deres egen læringsprosess (Hamdam, McKnight, McKnight, & Arfstrom, 2014). I den direkte instruksjonen som gjennomføres utenfor klasserommet, brukes teknologi og videoleksjoner (Khanova et al., 2015; Lage et al., 2000).

Aktivitetene i klasserommet kan gjøres på mange ulike måter, og kan inneholde både gruppeaktiviteter og diskusjoner (Bernard, 2015). Et eksempel på en i klasseroms aktivitet er *Just in time teaching* (JiTT). JiTT kan brukes for å optimalisere studenters læringsutbytte og øke studenters motivasjon og kontroll over egen læring (Schuller, DaRosa, & Crandall, 2015). JiTT er en web-basert pedagogikk, selv om den foregår i klasserommet (Novak, 2011). Strategien ligger i å gripe tak i det som ligger mellom undervisning og læring, i rommet mellom studentenes utenfor klasseroms erfaring og innenfor klasseroms erfaring (Novak, 2011). Her gir studentene tilbakemelding til lærer, etter at de har fullført første del på internett. Undervisningen i klasserommet legges så opp etter disse tilbakemeldingene (Novak, 2011; Schuller et al., 2015).

Denne nye læringsstrategien har blitt svært godt mottatt av studenter (Lage et al., 2000), og muliggjør et læringsrom der studenter kan utforske temaer i dybden (Bernard, 2015). Ved bruk av flipped classroom modellen får studenter ta mer ansvar for egen læring, og vil også i større grad kunne delta aktivt i diskusjoner i klasserommet (Critz & Knight, 2013). Studenter kan også synes en flipped classroom tilnærming er en hyggelig opplevelse, sammenlignet med tradisjonell forelesning (Mortensen & Nicholson, 2015). Flipped classroom anbefales brukt innenfor helsefag (Hawks, 2014), likevel er det få studier som har sett på flipped classroom i høyere utdanning (Chen, Wang, Kinshuk, & Chen, 2014) og det er fortsatt mange kunnskapshull som må tettes (Bernard, 2015).

For å øke studentinnvolving i anatomi/fysiologi-undervisningen, ble flipped classroom prøvd ut. Hensikten med denne studien er å undersøke studentenes erfaringer med flipped classroom i helsefag ved en høyere utdanning, sammenlignet med tradisjonelle forelesninger. Undervisningsopplegget ble evaluert, og det var spesielt ønskelig å se på studentenes erfaringer både i forhold instruksjonsvideoene og studentenes læringsutbytte.

Metode

For å evaluere undervisningsopplegget fikk studentene et spørreskjema de besvarte. Denne studien er basert på dette spørreskjemaet. Spørreskjemaet har både åpne og lukkede spørsmål, og har derfor både en kvantitativ og en kvalitativ tilnærming. Dette var hensiktsmessig ettersom det både var interessant å se hvor mange studenter som brukte instruksjonsvideoene, gir dette

undervisningsopplegget studentene bedre læringsutbytte enn tradisjonell forelesning, og for å få et godt bilde av hva som fungerte og hva som kunne gjøres bedre. Denne trianguleringen med bruk av både kvantitativ og en kvalitativ tilnærming, kan bidra til en bedre forståelse av fenomenet som studeres (Malterud, 2011).

Deltagerne

Undervisningsopplegget gjennomføres i et kull med 45 vernepleierstudenter i et anatomi/fysiologi-emne, og 25 studenter som hadde sett instruksjonsvideoene besvarte spørreskjema.

Undervisningsopplegget

Et undervisningsopplegg basert på flipped classroom ble utviklet, og fire videoleksjoner ble produsert i Jing som er et digitalt verktøy for å utvikle skjermvideoer. Begrensningen med Jing er at skjermvideoen kan være på maks 5 minutter. Disse skjermvideoene omhandler nervesystemet. Både undervisningsopplegget og skjermvideoene ble utviklet av forfatter. Selve undervisningsopplegget består av to deler, der den første delen foregår før studentene kommer til klasserommet og andre del foregår i klasserommet.

I den første delen av undervisningsopplegget får studentene tilgang til fire skjermvideoer med leksjoner i nervesystemet. Dette foregår ved at studentene får et informasjonsskriv, med linker til leksjonene. Dette legges ut på Fronter, som er en nettbasert tjeneste for læring og undervisning. Her får studentene en detaljert beskrivelse om hvordan instruksjonsvideoene spilles av, at de kan spole frem og tilbake og at de kan se skjermvideoene så mange ganger de vil. Hver leksjon består av en mini-forelesning på maksimum 5 minutter, der ulike deler av nervesystemets oppbygning og funksjon gjennomgås. Studentene får så en dag til å gjennomgå instruksjonsvideoene, før de møter i klasserommet.

I andre del av undervisningsopplegget møter studentene i klasserommet. Dette foregår dagen etter at studentene fikk tilgang til leksjonene. I klasserommet deltar studentene i en workshop, og de får også ulike tester. Selve workshopen bygger på JITT strategien, for å optimalisere studentenes læringsutbytte og øke deres motivasjon og kontroll over egen læring (Schuller et al., 2015). I workshopen kan studentene fortelle hva de lurer på, og hva de syntes var vanskelig å forstå. Undervisningen og diskusjonene i klasserommet rettes så mot studentenes kommentarer. Det blir dermed studentene som styrer innholdet i undervisningen, og de får god mulighet til å diskutere og ta opp det de syntes var vanskelig.

Datainnsamling

Samme dag som workshopen holdes evaluerer studentene undervisningsopplegget, ved at de besvarer et spørreskjema. Spørreskjemaet inneholder både lukkede og åpne spørsmål, og spørreskjemaet besvares anonymt. (**Figur 1**)

Evaluering

1) Brukte du Nervesystemets Jings? Ja Nei

2) Synes du det var nyttig, og ga deg økt forståelse? Ja Nei

3) Hva gir deg størst læringsutbytte? Forelesning Jings Begge

4) Det var 4 linker til Nervesystemets Jings. Hvor mange av linkene så du på?
0 1 2 3 4

5) Så du på Nervesystemets Jings flere ganger? Ja Nei

6) Brukte du «spolefunksjon», ved å spole tilbake eller hoppe over noe?
Ja Nei

7) Ville du anbefalt å se på Jings for å øke læringsutbytte? Ja Nei

8) Hvordan kan Jings lages bedre?

a) Bedre lyd/ stemmebruk

b) Tydeligere bruk av pekefunksjon

c) Bedre figurer

d) Annet:

9) Har du andre kommentarer?

Figur 1. Evalueringskjema

Analyse av de kvalitative data ble gjennomført ved hjelp av en fenomenologisk-hermeneutisk metode, som består av tre faser: naiv lesing, tematisk strukturanalyse og helhetsforståelse (Lindseth & Norberg, 2004). I første fase leses svarene igjennom for å få et inntrykk, i andre fase struktureres svarene etter tema og i tredje fase leses alle svarene på nytt for å danne et helhetsbilde (Lindseth & Norberg, 2004).

Analyse og behandling av kvantitative data gjøres i Excel 2013.

Resultater

I et kull med 45 studenter som fikk prøve ut flipped classroom, besvarte 25 studenter spørreskjema (56%). Alle de 25 studentene som besvarte spørreskjemaet hadde sett instruksjonsvideoen, og av disse svarte 24 studenter at de hadde sett på alle fire instruksjonsvideoene.

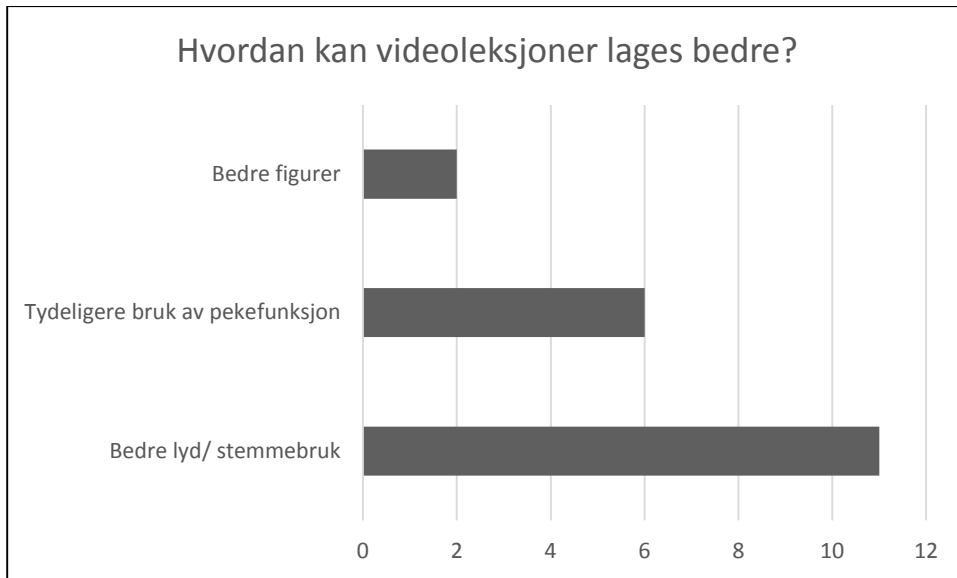
Nesten alle studentene syntes instruksjonsvideoen var nyttig (96%), og nesten halvparten (44%) svarte at de hadde sett instruksjonsvideoen flere ganger. Over halvparten av studentene (56%) svarte at de hadde brukt spolefunksjonen.

Nesten alle studentene (88%) svarte at de ville anbefale andre å se på instruksjonsvideoen for å øke læringsutbyttet. Her svarte en student at han/hun var usikker, en student svarte nei og en student hadde ikke besvart dette spørsmålet. På spørsmålet om hva som ga størst læringsutbytte svarte 16% at det var forelesning, 8% at det var instruksjonsvideoen, og 76% svarte at både forelesning og instruksjonsvideoen ga dem best læringsutbytte (**Figur 2**).



Figur 2. Antall studenter (n=25) som svarte hva som ga dem størst læringsutbytte.

På spørsmål om hvordan instruksjonsvideoene kan lages bedre svarte 44% bedre lyd/stemmebruk, 24% tydeligere pekefunksjon, og 8% svarte bedre figurer (**Figur 3**) Nesten halvparten av studentene (44%) besvarte dette spørsmålet i åpent felt.



Figur 3 Antall studenter (n=25) som svarte på hva som kan forbedres ved videoleksjonene.

På spørsmålet om hvordan videoleksjonene kan lages bedre, kom det frem at det var tekniske ting som ikke fungerte like godt for alle. Det var problemer med at bildet på skjermvideoen ikke passet studentens skjerm, slik at det ble vanskelig å konsentrere seg om hva som ble sagt. Det kom også frem at det var ønskelig med flere definisjoner, og at litt lengre skjermvideoer (**Figur 4**).

- Flere definisjoner
- Skjermbilde for stort, ikke mulig å minske
- Kanskje filmene kunne vært litt lenger.
- Litt mer utdypende om hvert bilde.
- Et skjermbilde som passer skjermen slik at man slipper å skrolle opp/ned/bortover medførte at det var vanskelig å konsentrere seg om det som blir sagt.

(Figur 4) Studentenes svar på hva som kan forbedres med skjermvideoene.

Studentene kom også med ulike kommentarer. Her kom det frem at dette undervisningsopplegget fungerte godt, og at det er et undervisningsopplegg studentene ønsker mer av. Det kom også frem at videoleksjoner var ønsket som et supplement til klasseromsundervisning. Selv om de fleste var positive, syntes noen det var vanskelig at det ikke var noen å spørre når nytt stoff ble presentert (**Figur 5**).

- Videoleksjoner er et supplement til vanlig forelesning.
- Mange sider og komplisert språk i boka var kortet ned, så jeg satt igjen med en følelse av at «var dette alt», etter å ha sett leksjonene. Det var også vanskelig å ikke ha noen å spørre, når jeg så på leksjonene.
- Bra og tydelig tale i videoleksjonene.
- Om man lurte på noe så var det ingen å spørre.
- Fordelen med vanlig undervisning er at vi kan stille spørsmål underveis, men videoene blir veldig gode å ha for repetisjon.
- Denne typen undervisning synes jeg fungerer utmerket.
- Følte jeg fikk med meg mer.
- Bra å kunne høre om igjen og skrive utfyllende notater med det som står i boka. Jeg kan også se det om igjen når og hvor som helst, og bruke så lang tid som jeg selv ønsker. Men et minus er at jeg ikke får stille spørsmål, når jeg ser på leksjonene.
- Nyttig informasjon i videoleksjonene, men forelesning er mer betryggende siden man har en lærer man kan spørre om man lurer på noe.
- Synes dette var en helt super form for undervisning. Jeg kan sitte i ro, og slippe kommentarer i klasserommet som tar tid fra undervisningen. Ja takk til mer av dette ☺.
- Slik undervisning kan fungere greit på «enkler» ting, men synes det er for komplisert til å undervises på denne måten. Men som et supplement, er det helt klart bra.
- Hadde jeg ønsket brevkurs, så hadde jeg ikke søkt på høgsolen!
- God nytte av videoleksjonene! Jeg satt sammen med to andre i gruppen, og så det flere ganger. Vi snakket rundt emnet, tegnet og repeterte det vi kunne. Vi brukte ca. 4 t på dette.
- Jeg vil gjerne ha mer av slik undervisning. Kjempefornøyd!!

Figur 5 Studentenes kommentarer fra åpne felt i spørreskjemaet.

Diskusjon

De fleste studentene syntes at flipped classroom fungerte godt, og ønsket mer av samme type undervisningsopplegg. Dette samsvarer også med andre studier (Galway, Corbett, Takaro, Tairyan, & Frank, 2014; Gilboy et al., 2015; Tan, Brainard, & Larkin, 2015). De fleste studentene syntes at skjermvideoene var nyttige, selv om det var flere som hadde problemer med å justere skjermbildet.

Omtrent halvparten av studentene hadde sett skjermvideoene flere ganger, og brukt spolefunksjonen. Nesten alle studentene svarte at de ville anbefale andre å se på instruksjonsvideoen for å få økt læringsutbytte, og at undervisningsopplegget var med på å øke deres læringsutbytte. Det kommer likevel frem at skjermvideoene skal være et supplement, noe som også påpekes av andre ved at videoene ikke skal være en erstatning for lærerens undervisning (Bernard, 2015; Lage et al., 2000).

I forhold til selve skjermvideoene kom det frem at disse kan forbedres. Flere studenter hadde tekniske utfordringer med skjermbildet, lyd/stemmebruk i opptaket, og pekefunksjon. Disse tekniske utfordringene skyldes i stor grad ulike skjermoppløsninger og lydgjengivelser på ulike skjermer på mobil, nettbrett og pc. Likevel må studentenes IKT-kunnskaper vurderes ved innføring av ulike undervisningsopplegg som involverer IKT, for at riktig informasjon om hvordan det gjøres gis. Studentene i denne studien fikk en detaljert beskrivelse av hvordan skjermvideoene brukes, men hadde ikke deltatt i lignende undervisningsopplegg før. Det var derfor naturlig at de var skeptiske, når de møtte opp til workshop. Det kan tenkes at de ikke hadde vært så skeptiske, hvis de hadde vært kjent med flipped classroom fra tidligere. I en tidligere studie har et helt fakultet har blitt bedre kjent med flipped classroom, gjennom egen opplevelse av et slikt undervisningsopplegg. Her deltok over 80% av fakultetet, i et undervisningsopplegg der deltagerne skulle lære å brette en oregami-fugl (See & Conry, 2014).

IKT har blitt en viktig del av høgskolens virksomhet og grunnleggende ferdigheter i bruk av digitale verktøy er integrert både som verktøy for lærere og studenter, og til bruk i læring og organisering av læringsaktiviteter. Potensialet som ligger i teknologien bør brukes, og ved systematisk bruk av IKT kan vi gi den enkelte student mulighet til å virkeliggjøre sitt potensiale (Norge Digitutvalget, 2013; Ørnes, 2011). Ved å bruke IKT i undervisning i helsefag, vil det bidra til å øke helsepersonells IKT-kunnskaper. Dette er viktig fordi helsepersonell må forstå omsorgsteknologi for å kunne informere brukere, og kjenne til hvordan IKT-tjenester fungerer. Studentene må også ha en digital dømmekraft, og forstå hvordan sikkerheten skal ivaretas i ulike IKT-løsninger (Norge Digitutvalget, 2013). Det er derfor viktig å integrere digital kompetanse i studiene slik at studentene blir vant til å bruke digitale tjenester.

Selv om flipped classroom modellen ble godt mottatt, var enkelte studentene skeptiske når de møtte i klasserommet dagen etter å ha sett skjermvideoene. Studentene hadde mange spørsmål om nervesystemet, etter å ha undret seg når de hadde sett på skjermvideoene. Ettersom workshopen var bygd opp etter JiTT strategien (Novak, 2011; Schuller et al., 2015), var det flott å se at studentene var motiverte, tok kontroll over egen læring og stilte mange spørsmål. I workshopen fikk studentene svar på det de lurte på, og en forklaring på det de syntes var vanskelig å forstå. Studentene styrte dermed innholdet i undervisningen, i kontrast til en forelesning der innholdet er bestemt på forhånd gjennom studieplaner og den enkelte foreleser. I workshopen fikk studentene god mulighet til å diskutere, og å ta opp det de syntes var vanskelig. I workshopen fortalte flere studenter at de følte det var lettere å stille konkrete spørsmål, når de visste hva de lurte på.

I andre studier som ser på bruken av flipped classroom, brukes det ulike læringsaktiviteter og pedagogiske undervisningsopplegg når studentene er samlet i klasserommet. Dette er ofte gruppediskusjoner, diskusjoner av case, quiz (Tan et al., 2015) og rollespill (Critz & Knight, 2013). Ved gjennomføringen av et flipped classroom opplegg er det likevel noen grunnregler som kan være lurt å følge, slik som å gjøre det enkelt og unngå for mye informasjon på en gang (Sharma et al., 2015).

Ved å flytte/flippe deler av undervisningen, får studentene se leksjoner før de kommer til undervisning. De vil da ha fått en introduksjon av tema, og eventuelt nye begrep. Dette bidrar til at studentene til å møte forberedt, og har kanskje også ha et litt mer samlet ståsted i undervisningen. I denne studien ble det sett at studentene stilte mange spørsmål i workshopen, og samhandlet på en mer aktiv måte enn når det ble forelest. Studentinvolvingen økte, og når studentene bestemte innholdet i undervisningen fikk de ansvar og ble aktivisert. Flipped classroom frigir også lærer en god del av lærerens tid, slik at den enkelte student i større grad kan

kommunisere med lærer og medstudenter. Dette i motsetning til et forelesningspreget undervisningsopplegg der studentene kan bli sittende som passive mottagere.

Det å ta i bruk flipped classroom (omvendt klasserom) er både spennende og utfordrende. Dette er en metode som handler om å flytte enveis presentasjoner i klasserommet over til lekse/hjemmearbeid, slik at tiden i klasserommet kan brukes mer til hands on-aktiviteter, diskusjoner og problemløsning.

Styrker og svakheter

Det å bruke metode-triangulering er en styrke da ulike perspektiver kombineres (Dalland, 2012). Det er likevel en svakhet med studien at den har så få respondenter, og at spørreskjemaet ikke inneholder flere spørsmål. Likevel kom det frem nyttige aspekter, som skal brukes når et slikt undervisningsopplegg planlegges på nytt.

Konklusjon

I denne studien kom det frem at de fleste studentene var svært fornøyd med flipped classroom modellen, og ønsket mer av dette. Det kom imidlertid frem at enkelte studenter slet med tekniske problemer. Dette undervisningsopplegget i anatomi, fysiologi var en pilot, og vil bli videreutviklet og utvidet. Det å stadig forbedre kvaliteten på undervisningen viktig, og det føles alltid godt når studentene evaluerer et undervisningsopplegg som godt. Men det å få tilbakemeldinger om ting som ikke fungerer er like viktig, for det er da muligheten til å endre undervisningsopplegget til det bedre. Det å bedre utdanningskvalitet trekkes også frem i NOKUTs notat om satsing på utdanningskvalitet, der det kommer med mulige tiltak og virkemidler for å heve oppmerksomheten på utdanningskvalitet (Lid & Kantardjiev, 2014).

Litteratur

Bernard, J. S. (2015). The Flipped Classroom: Fertile Ground for Nursing Education Research. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 12. doi: 10.1515/ijnes-2015-0005

Chen, Y., Wang, Y., Kinshuk, N.-S., & Chen, N.-S. (2014). Is FLIP enough? Or should we use the FLIPPED model instead? *Computers & Education*, 79, 16-27. doi: 10.1016/j.compedu.2014.07.004

Critz, C. M., & Knight, D. (2013). Using the flipped classroom in graduate nursing education. *Nurse Educ*, 38(5), 210-213. doi: 10.1097/NNE.0b013e3182a0e56a

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt, H., & Wenderoth, M. P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 111(23), 8410-8415. doi: 10.1073/pnas.1319030111

Galway, L. P., Corbett, K. K., Takaro, T. K., Tairyan, K., & Frank, E. (2014). A novel integration of online and flipped classroom instructional models in public health higher education. *BMC Med Educ*, 14, 181. doi: 10.1186/1472-6920-14-181

- Gilboy, M. B., Heinerichs, S., & Pazzaglia, G. (2015). Enhancing student engagement using the flipped classroom. *J Nutr Educ Behav*, 47(1), 109-114. doi: 10.1016/j.jneb.2014.08.008
- Hamdam, N., McKnight, P., McKnight, K., & Arfstrom, K. M. (2014). The flipped learning model: a white paper based on the literature review titled: a review of flipped learning. from http://researchnetwork.pearson.com/wp-content/uploads/WhitePaper_FlippedLearning.pdf
- Hawks, S. J. (2014). The flipped classroom: now or never? *Aana j*, 82(4), 264-269.
- Khanova, J., Roth, M. T., Rodgers, J. E., & McLaughlin, J. E. (2015). Student experiences across multiple flipped courses in a single curriculum. *Med Educ*, 49(10), 1038-1048. doi: 10.1111/medu.12807
- Kurup, V., & Hersey, D. (2013). The changing landscape of anesthesia education: is Flipped Classroom the answer? *Curr Opin Anaesthesiol*, 26(6), 726-731. doi: 10.1097/aco.0000000000000004
- Lage, M., Platt, G., & Treglia, M. (2000). Inverting the Classroom: A Gateway to Creating an Inclusive Learning Environment. *The Journal of Economic Education*, 31(1), 30-43. doi: 10.1080/00220480009596759
- Lid, S. E., & Kantardjiev, K. (2014). Nokuts notat Satsing på utdanningskvalitet – fra vilje til handling?
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 145-153. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Mehta, N. B., Hull, A. L., Young, J. B., & Stoller, J. K. (2013). Just imagine: new paradigms for medical education. *Acad Med*, 88(10), 1418-1423. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182a36a07
- Moraros, J., Islam, A., Yu, S., Banow, R., & Schindelka, B. (2015). Flipping for success: evaluating the effectiveness of a novel teaching approach in a graduate level setting. *BMC Med Educ*, 15, 27. doi: 10.1186/s12909-015-0317-2
- Mortensen, C. J., & Nicholson, A. M. (2015). The flipped classroom stimulates greater learning and is a modern 21st century approach to teaching today's undergraduates. *J Anim Sci*, 93(7), 3722-3731. doi: 10.2527/jas.2015-9087
- Norge Digitalutvalget. (2013). Hindre for digital verdiskaping: utredning fra Digitalutvalget oppnevnt i statsråd 24. juni 2011 : avgitt til Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet 7. januar 2013. *NOU 2013:2*, 130 s.
- Novak, G. M. (2011). Just-in-Time Teaching. *New Directions for Teaching and Learning*(128), 63-73. doi: 10.1002/tl.469
- Park, S. E., & Howell, T. H. (2015). Implementation of a flipped classroom educational model in a predoctoral dental course. *J Dent Educ*, 79(5), 563-570.

Schuller, M. C., DaRosa, D. A., & Crandall, M. L. (2015). Using just-in-time teaching and peer instruction in a residency program's core curriculum: enhancing satisfaction, engagement, and retention. *Acad Med*, 90(3), 384-391. doi: 10.1097/acm.0000000000000578

See, S., & Conry, J. M. (2014). Flip My Class! A faculty development demonstration of a flipped-classroom. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 6(4), 585-588. doi: 10.1016/j.cptl.2014.03.003

Sharma, N., Lau, C. S., Doherty, I., & Harbutt, D. (2015). How we flipped the medical classroom. *Med Teach*, 37(4), 327-330. doi: 10.3109/0142159x.2014.923821

Tan, E., Brainard, A., & Larkin, G. L. (2015). Acceptability of the flipped classroom approach for in-house teaching in emergency medicine. *Emerg Med Australas*, 27(5), 453-459. doi: 10.1111/1742-6723.12454

Ørnes, H. (2011). *Digital tilstand i høyere utdanning 2011: Norgesuniversitetets monitor* (Vol. nr 1/2011). Tromsø: Norgesuniversitetet.

Erfaringer med helsemonitorering for KOLS-pasienter

Catharina Bjørkquist

Catharina Bjørkquist, Førsteamanuensis, Avd. for helse- og sosialfag, Høgskolen i Østfold, catharina.bjorkquist@hiof.no

Abstract

This article analyzes how health monitoring by tablet computer of COPD patients can contribute to safety and coping. The aim is to document and discuss experiences from users and the project team member who is also a nurse, with the use of telecare technology. The study was qualitative, using in-depth interview and short enquetes. Results show that the users increased their understanding of their physical condition and got better control of their illness. Accordingly, they coped better and felt more secure. Their level of activity was hardly affected even though one patient argued that the monitoring helped her adapt the level of activity to her present physical condition. Based on this study, we have, however, no significant indication that health monitoring by the use of tablet computer may reduce hospitalization and readmission rates.

Nøkkelord/Keywords

telehealth technology, COPD, health monitoring, pilot schema

FOU

Innledning

Denne artikkelen drøfter erfaringer fra pilotering av helsemonitorering for KOLS-pasienter som et eksempel på en velferdsteknologisk løsning. Piloteringen ble gjennomført over en periode på 10 måneder i 2014. Formålet med studien gjennomført som følgeforskning, er å dokumentere tiltakene i form av pilotering av velferdsteknologiske løsninger og drøfte brukeres og ansattes erfaringer innenfor en kommunal kontekst.

Kommunene står overfor en rekke krav og forventninger som skaper noen utfordringer og dilemmaer. De får stadig flere og tyngre helse- og velferdsoppgaver med et økende antall eldre og kronikere og et fokus på at folk skal bo hjemme lengst mulig. Befolkningen har høye forventninger til kommunale helse- og velferdstjenester samtidig som mange kommuner har en anstrengt økonomi og det er forventet en mangel på arbeidskraft i pleie- og omsorgssektoren. Samtidig skal innbyggerne ha lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Følgelig vil det være et økende press på kommunale tjenester. I den forbindelse har man trukket fram omsorgstjenestenes uutnyttede potensiale for å ta i bruk eksisterende teknologi og utvikle ny, jf. Hagen-utvalgets innstilling (NOU 2011:11 2011). Innstilling har skapt et klima for et stort antall lokale prosesser der en utreder og utprøver ulike

teknologiske løsninger. Det er store forventning til hva velferdsteknologi skal bidra til å løse, for eksempel gi økt trygghet for innbyggerne, utsette behov for sykehjemsplass og andre kommunale tjenester eller hindre sykehusinnleggelse.

Bakgrunn

Sarpsborg kommune er en av kommunene som har deltatt i Nasjonalt Program for utvikling og implementering av Velferdsteknologi (NPV eller Velferdsteknologiprogrammet) og som har fått tildelt midler fra Helsedirektoratet til utprøvingen av ulike velferdsteknologiske løsninger, tjenesteinnovasjon og følge-med-forskning. Kommunen har i 2014 og første del av 2015 testet ut mobil trygghetsalarm, digital medisindispenser, KOLS-monitorering og ultralydbasert fallsensor. Det varierte om brukerne testet ut en eller flere løsning samtidig, for eksempel mobil trygghetsalarm og digital medisindispenser eller mobil trygghetsalarm og KOLS-brett. Til sammen har 50 brukere gitt tilbakemeldinger om erfaringer med på uttestingen. Denne artikkelen vil se nærmere på erfaringene med KOLS-monitorering ved bruk av nettbrett (KOLS-brett). Argumentet for en slik avgrensning er for det første at KOLS er svært utbredt. For det andre reiser bruken av helsemonitorering generelt og KOLS-monitorering spesielt noen prinsipielle spørsmål om hva som skal inkluderes i det kommunale tjenestetilbudet. Videre viser det empiriske materiale noen interessante erfaringer som bør deles med andre.

Prosjektets overordnede mål var økt frihet og trygghet for brukere, inkludert aktive og trygge eldre og trygge pårørende. Velferdsteknologi ble også ansett som et virkemiddel for at brukerne skal kunne være mer aktive i eget liv, bo lengst mulig i eget hjem og sikre bærekraftige løsninger for kommunen (Sarpsborg kommune, 2013a og 2013b). Hensikten med piloteringen var å prøve ut velferdsteknologiske løsninger, her i form av mobil trygghetsalarm, digital medisindispenser og KOLS-brett, som kan gjøre hverdagen enklere og tryggere for eldre brukere. Videre la en vekt på økt frihet for brukere, inkludert aktive og trygge eldre og trygge pårørende.

En av utfordringene er knyttet til forekomsten av KOLS som øker med økende alder. Med en økende andel eldre i befolkningen, er det forventet at forekomsten vil fortsette å øke. KOLS medfører stor grad av uførhet og pasientene kan bli sosialt isolert og lite aktive blant annet på grunn av tung pust. Sykdommen er også en hyppig årsak til sykehusinnleggelse, via legevakt eller fastlege. Sykehusinnleggelser innebærer for mange av disse pasientene en stor belastning blant annet på grunn av økt infeksjonsfare. Mange avventer med å kontakte fastlege eller legevakt, noe som igjen kan bidra til en forverring av sykdommen slik at behandling i spesialisthelsetjenesten er nødvendig. Mange KOLS-pasienter har symptomer på angst og dårlig livskvalitet (Andenæs 2005) noe som igjen kan føre til sosial isolasjon og ensomhet.

Problemstillingen som drøftes her er hvordan helsemonitorering av KOLS-pasienter kan bidra til trygghet og mestring. Spørsmålet er om monitorering ved hjelp av nettbrettet vil kunne fungere som et ledd i (opplæring og) egenbehandling og dermed bidra til at pasientene får økt kontroll over egen sykdomsutvikling. Selv oppgir brukerne ved oppstart at de mener det vil ha stor betydningen å kunne følge med på egen sykdomsutvikling. Opplevelsen av mestring og kontroll vil også kunne ha innvirkning på pasientenes eventuelle angst og nervøsitet knyttet til sykdommen.

Videre vil man kunne ha en forventning om at det kan være en hjelp for fastlegen til bedre oppfølging av pasienten siden fastlegen vil få tilgang til detaljert oversikt over pasientens sykdomsutvikling mellom hver konsultasjon. I kontakt med legevakten, vil informasjonen fra

nettboardet kunne kompensere eventuell mangelfull kontinuitet og lite fullstendig sykehistorie, gitt at man er åpen for å ta i bruk slik informasjonen.

Metode og datainnsamling

Studien er basert på en evaluering av uttesting av helsemonitorering på KOLS-pasienter på kommunalt nivå. Gjennom piloteringen har kommunen vi har studert prøvd ut et nettboard med tanke på å gjøre hverdagen enklere og tryggere for eldre brukere.

I vid forstand dreier evaluering seg om å beskrive virkningen av en beslutning eller et tiltak og er ofte knyttet til bruk av offentlige midler og til politiske motiver (Baklien, 1993). Formålet ved denne evalueringen er å dokumentere utprøvingen og sammenfatte erfaringer fra brukere og vedkommende prosjektmedarbeider som har fulgt opp monitoreringen i tett samarbeid med brukerne. Vi har fulgt prosessen i prosjektet fra oppstart til uttesting av piloter og erfaringer med disse, og har følgelig en prosessorientert tilnærming til evaluering. Baklien (1993) framhever prosessevaluering som aktuelt når en studerer en virkelighet som skjer uavhengig av beslutninger tatt av forskeren. Videre er denne følgeforskningen en evaluering som foregår kontinuerlig og er av formativ karakter (Tornes 2012).

I prosjektet som helhet hvor flere velferdsteknologiske løsninger ble testet ut, ble det totalt intervjuet fem pårørende, fire ansatte i hjemmetjenesten og en prosjektmedarbeider som hadde ansvaret for monitorering, løpende kontakt med og oppfølgingen av brukerne. I tillegg fylte 50 brukere, hvorav 5 KOLS-pasienter, ut et lite spørreskjema de fikk utlevert hjemme. De ansatte i hjemmetjenesten var primært involvert i den digitale medisindispenseren. Alle ansatte hadde også noe erfaring med trykghetsalarmen, men det varierte hvor involvert de hadde vært. Ingen ansatte i hjemmetjenesten hadde i utgangspunktet noe befatning med KOLS-boardet. Det er prosjektmedarbeider som har levert ut skjema til brukere som har testet ut nettboard og trykghetsalarm. På denne måten kunne KOLS-pasientene svare på spørsmål og løse eventuelle uklarheter.

Intervjuene er transkribert og transkriberingen danner grunnlag for den videre analysen. Materialet er analysert i henhold til erfaringer og synspunkter knyttet til noen utvalgte temaer som nytte og hinder for bruker og ansatte, brukervennlighet, aktivitet og trykghet.

Mange kommuner gjennomfører pilotering, ofte i liten skala og få legger opp uttestingen slik at de kan tilfredsstille kravene til en RCT-studiet. Datagrunnlaget for å diskutere erfaringer og synspunkter med KOLS-boardet fra denne piloteringen er kvalitativt og i seg selv også lite, men vi vil likevel hevde det framkommer noen interessante erfaringer som bør diskuteres og deles. Arbeidet med rapporten og tilbakemeldinger til kommunen ga mulighet til i større grad se informasjon fra alle som deltok i piloteringen av en av de teknologiske løsningene i sammenheng enn det denne artikkelen gjør, men analysen er likevel preget av ha data fra flere brukere. Vi ser at datagrunnlaget kunne vært styrket med intervjuer av leverandører, men det inngikk ikke i problemstillinger slik prosjektet som helhet ble utformet.

Utvelgning og kjennetegn av testpersoner

Kommunen rekrutterte seks KOLS-pasienter etter et åpent møte for å informere om velferdsteknologi og skaffe testpersoner. Kartleggingen av de utvalgte brukerne i forkant vist følgende:

Fire av de seks brukerne bodde alene mens to bodde med ektefelle. Det var én som ikke hadde noe behov for hjelp hjemme, verken for hjelp i hjemmet eller til å ivareta egen helse og én som hadde fullt behov for hjelp i hjemmet. Tre brukere hadde middels behov for hjelp i hjemmet. Tre av de seks brukerne hadde hjemmehjelp hver 14.dag. Fire hadde trygghetsalarm ved oppstart og noen av disse ønsker også å teste en mobile trygghetsalarm. Fem av de seks KOLS-pasientene hadde avtale med sin fastlege og medisiner hjemme slik at de kunne starte egenbehandling ved akutt sykdomsforverring.

Testpersonene var ved oppstart noe aktive, enten ved bruk av hjelpemidler som rullator eller elektrisk rullestolbil. Noen uttrykte ønske om å være mer aktive. Ved å ha bedre kunnskap om egen sykdomssituasjon, vil KOLS-pasientene i større grad kunne vite når de for eksempel kan legge ut på tur og mest sannsynlig komme seg hjem igjen.

Alle brukerne foretok daglige målinger av oksygenmetning, puls, lungevolum og temperatur. I tillegg svart de på fire spørsmål om egen helse, blant annet om nattesøvn og pust. Registreringene ble sendt trådløst til helsepersonell i prosjektgruppen for piloteringen som fulgte opp og hadde kontakt med pasientene underveis i prøveperioden. En av de seks brukerne fullførte ikke utprøvingen.

Forskningsetikk

Hvem som er spurt om deltakelse som testpersoner, er ikke kjent for forskerne i følgeforskningsprosjektet. Frivillig deltakelse med hensyn til å besvare spørreskjemaer for evaluering og tilbakemelding samt konfidensialitet er tilstrebet forsvarlig ivaretatt. Resultater er søkt beskrevet slik at informasjon ikke kan tilbakeføres til bestemte personer. Når det henvises til prosjektmedarbeideren, har det dog vært et begrenset antall ansatte i prosjektet, men det ble heller ikke innhentet informasjon om vedkommende, kun om erfaringer fra prosjektet og vurderinger av betydningen KOLS-brettet hadde for testpersonene. Følgeforskningsprosjektet er søkt og godkjent hos NSD.

Tidligere forskning

I det følgende gis en kort kunnskapsoversikt over testing og bruk av velferdsteknologi i form av helsemonitorering generelt og KOLS-monitorering spesielt.

Velferdsteknologi og eldre

Ulike typer velferdsteknologi er i sterk vekst etter hvert som nye teknologier er utviklet og tidligere løsninger har blitt bedre, inkludert løsninger som er rettet mot brukere med demens (Bowes, 2007). Den økte oppmerksomheten på personsentrert omsorg bidrar også til diskusjoner om hvordan man kan benytte velferdsteknologiske løsninger til å kompensere for funksjonsnedsettelse. Det er da et poeng at grunnlaget for valg av løsninger er basert på en forståelse av hva som er brukers behov og kapasitet.

Gitt oppmerksomheten på at eldre skal bo lenger hjemme, blir det viktig å vurdere hvilken rolle ulike velferdsteknologiske løsninger kan ha med hensyn til å yte helse- og velferdstjenester i hjemmet. Det at eldre skal bo lenger hjemme, er viktig både fordi mange eldre heller ønsker å bo hjemme enn på sykehjem og fordi institusjonsplass er en kostnadskreven løsning (Woolham,

Gibson og Clarke 2006). Erfaringer fra andre studier kan tyde på at bruk av velferdsteknologi bidrar til at pasientene får redusert behov for sykehusinnleggelse, færre dager på sykehus når de legges inn og kortere tid på legevakt eller i akuttmottak (Ward, Holliday, Fielden og Williams 2012). Det å ta i bruk helsemonitorering hjemme hos den enkelte bruker ses følgelig på som en måte å imøtekomme utfordringer knyttet til en aldrende befolkning.

Helsemonitorering generelt og KOLS spesielt

Studier om bruk av velferdsteknologi for helsemonitorering rettet mot diabetespasienter viser at man i de fleste tilfellene klarer å redusere blodsukkernivået, også langtidsblodsukkernivået (Mignerat, Lapointe og Vedel 2014). Registrering gir oversikt over utviklingen på ulike indikatorer som igjen gir bedre kunnskap om egen helse. Videre viser denne og andre litteraturoversikter at man i mange tilfeller oppnår bedre kvalitet på tjenestene (Mignerat et al. 2014; Paré, Jaana og Sicotte 2007). Et eksempel på det er at velferdsteknologi kan spille en viktig rolle med hensyn til å levere individuelt tilpasset og fleksibel omsorg til pasienter med diabetes (Mignerat et al. 2014). Andre studier viser at det samme også kan være tilfelle for andre pasientgrupper med kroniske lidelser som kroniske lungelidelser, hjertesykdommer og høyt blodtrykk (Paré et al. 2007). Lite erfaring med bruk av teknologi og mindre gode brukergrensesnitt kan skape problemer og hindre riktig bruk av teknologien (Mignerat et al. 2014) og vil dermed redusere sjansen for å oppnå de positive effektene nevnt ovenfor – som bedre kontroll med og kunnskap om egen helse.

Videre kan bruk av velferdsteknologi generelt og helsemonitorering spesielt, bidra til å framskaffe nøyaktige og pålitelige data, også over lengre tidsrom – gitt dataene lagres på en tilfredsstillende måte. Men det er knyttet usikkerhet til teknologien og stabiliteten i overføring av data. Her er det ingen klare mønstre i de undersøkelsene som er gjennomført. Noen finner at dataoverføring fungerer uten store tekniske problemer i de fleste tilfellene (Paré et al., 2007). Andre igjen peker på at teknologien foreløpig er ustabil og sårbar (Aspnes et al., 2012; Farshchian et al., 2012).

Meystre (2005) argumenterer for at langsiktig helsemonitorering av brukere som bor hjemme, kan være en av de bedre måtene å ta i bruk velferdsteknologi på med hensyn til å yte kvalitativt gode tjenester som samtidig er kostnadseffektive. Det er da særlig snakk om helsemonitorering for kroniske lidelser som hjerte- og karsykdommer, astma, KOLS og diabetes. En viktig målsetting med å ta i bruk slike systemer er at man ønsker å oppdage en forverring eller svekkelse av helsetilstanden på et tidlig tidspunkt og dermed kunne forebygge sykehusinnleggelse (May et al. 2011; Meystre 2005). Innsparingene er i størst grad knyttet til færre innleggelse på sykehus og sykehjem, men her understreker man at det er nødvendig å vurdere i hvilken grad det er snakk om «‘cash-releasing’ savings that can be realized in practice or whether they are actually opportunity cost savings» (evaluering gjennomført av York Health Economics Consortium sitert i Sorell og Draper 2012, s. 42). Dette bygger på en antakelse om at pasientene kan spille en mer aktiv rolle i håndteringen av sin egen sykdom når man tar i bruk løsninger for helsemonitorering, men det er det ikke gitt at man finner empirisk støtte for dette. Men det er funn som viser at en svært vanlig effekt av helsemonitorering skjer på holdnings- og atferdsnivå. Det viser seg blant annet i form av riktigere medisiner og større grad av myndiggjøring av brukerne. Det at brukerne involveres direkte i prosessen, og den økte kunnskap om og forståelse av egen sykdom som følger av slik involvering, er en vesentlig kilde til myndiggjøring (Paré et al. 2007). På den annen side finner man også at pasienter som prøver ut helsemonitorering i eget hjem, har færre henvendelser til primærhelsetjenesten med lunge- og

brystproblemer. Derimot er det ingen reduksjon på færre besøk på akuttmottak, antall sykehusinnleggelse eller dager på sykehus (Lewis et al. 2010).

En gjennomgang av studier av velferdsteknologi brukt for monitorering av pasienter med lungesykdommer, viser at bruk av teknologi bidrar til å kunne avdekke endringer i pasientens helsetilstand på et tidlig tidspunkt. Dermed kan man raskt sette i gang tiltak for unngå en forverring (Paré et al. 2007).

Videre hevdes det at helsemonitorering kan gi færre komplikasjoner hos kronisk syke fordi pasientene kan få bedre oppfølging samt at akuttjenestene kan være bedre forberedt i møtet med pasienten gitt at helseinformasjon kan gjøres tilgjengelig for dem (Meystre 2005). Dette krever at det er etablert et samarbeid og at involverte parter har tilgang til informasjon om bruker og dennes helsetilstand.

Studier har vist at flere brukere har behov for hjelp av pårørende eller ansatte i helsetjenesten (Farshchian, Holbø, Mikalsen og Reitan 2012). Gitt at dette behovet imøtekommes, vil det kunne være et motargument i forhold til at mange hevder at innføring av velferdsteknologi vil føre til at eldre brukere blir mer isolert. Argumentet om isolering bygger på at målsettingen med innføring av velferdsteknologi er at brukerne skal bli mer uavhengige (independent living), og spørsmålet er om det er mulig å oppnå dette uten samtidig å redusere besøk fra pleie- og omsorgsansatte. Hvis det er slik at disse ansatte er en viktig ressurs i de eldre sitt sosiale nettverk, vil mindre tilstedeværelse i hjemmet kunne bidra til økt opplevelse av ensomhet og isolering (Sorell & Draper, 2012). Spørsmålet blir hvordan man ved hjelp av velferdsteknologi kan bidra til å redusere brukernes uro og engstelse uten at brukerne føler seg mer isolert.

På samme tid må man også ta hensyn til at helsemonitorering krever en rekke investeringer – både i teknisk utstyr og i et apparat som skal følge opp brukerne på en nærmere bestemt måte. Spørsmål knyttet til hvordan eventuelle refusjoner skal håndteres kan være en hindring til effektiv bruk (Meystre 2005). For kommunene som skal ta i bruk monitorering som en del av tjenestetilbudet, vil det derfor være nødvendig å avklare bruken av og størrelsen på egenandeler, hvilke typer teknologiske løsninger det skal gis refusjon for, osv.

I forbindelse med utprøving og innføring av velferdsteknologiske løsninger, må man forutsette at tjenesteyter foretar en rekke etiske vurderinger og sikrer at man handler innenfor rammen av hvilke bestemmelser knyttet til den enkeltes rettssikkerhet og personvern og nødvendig helsehjelp tillater. I andre land har det vist seg at det oftere er ansatteorganisasjoner heller enn brukere, pårørende eller den enkelte ansatte som stiller spørsmål knyttet til etiske aspekter ved bruk av f. eks. springsteknologi (Miskelly 2004). Eldre brukere kan selv ofte være forberedt på å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger som kan understøtte deres uavhengighet (Ward et al. 2012).

Funn

Nedenfor følger en beskrivelse av brukeres og prosjektmedarbeiders erfaringer med og synspunkter på KOLS-monitorering ved hjelp av nettbrett.

Fem av de seks utvalgte brukerne testet ut nettbrett for KOLS-monitorering i hele perioden på 10 måneder, alle med KOLS grad fire. Brukerne registrerte daglige målinger av puls, oksygenmetning, lungevolum, temperatur og vekt. I tillegg svarte de på fire spørsmål om søvn,

pust og økende slim. Nettbrett har ulike innstillinger i forhold til hva bruker ser av informasjonen som er lagt inn om egen helse i forhold til disse parameterne. Informasjonen ble sendt trådløst til nettbrettet og til helsepersonell. Dersom målingene avvek fra forhåndsinnstilte nivåer, tok helsepersonell eller andre man hadde avtale med, kontakt med bruker. I løpet av testperioden kunne brukerne ta kontakt med leverandør pr epost og med prosjektmedarbeider i kommunen på telefon/SMS eller epost.

Brukerne fikk hjelp med oppsett og til å velge visningsinnstillinger, henholdsvis lett, medium eller avansert. Med valget avansert ser bruker omtrent det samme som mottaker av varslingene/callsenteret. Etter noen få ukers innkjøring hadde alle brukerne valgt avansert visning.

Flere av brukerne hadde avtale med fastlege om å kunne starte behandling når det skjer en akutt forverring.

Brukernes erfaringer og synspunkter

Motivasjonen for å være med på utprøvingen av KOLS-brettet var delt mellom ønske om å prøve ut hjelpemidler som kan gi følelse av trygghet, og teknologi som gir kunnskap om egen sykdomsutvikling. Flere var interessert i måling av blant annet lungefunksjon og oppfølging av disse. To av deltakerne har hatt flere måleapparater tidligere.

Alle brukerne med KOLS oppfattet sin egen helse som dårlig. Fire av fem ble dårligere i løpet av testperioden. Det var ingen som mente å ha fått økt aktivitetsnivået mens de hadde KOLS-brettet. En av brukerne var derimot blitt mindre aktiv enn tidligere. Det var heller ingen vesentlige endringer med hensyn til om brukerne var mer ute i testperioden enn de var før de fikk nettbrettet. Samtidig opplevde alle brukerne at de følte seg tryggere med nettbrett enn uten.

Det å ha bedre oversikt over egen sykdom synes ikke å ha hatt noen egen innvirkning på innleggelse på sykehus for den gruppen som var med i uttestingen. Kun en av fem har hatt færre sykehusinnleggelse i testperioden. Flere av brukerne har tatt med seg nettbrettet til fastlegen, legevakt eller sykehus. To har ikke gjort det.

Det var kun en av fem brukere som ønsket at pårørende skulle ta imot varsling fra nettbrettet når bruker hadde verdier som oversteg grenseverdiene som var satt. De øvrige fordelte seg på hjemmetjenesten, fastlege og legevakt.

Informasjon og opplæring knyttet til nettbrettet hadde ifølge brukerne vært bra. Det var få rapporterte problemer knyttet til bruk av nettbrettet, men en mente det var vanskelig å se om målingene var sendt.

Prosjektmedarbeiders erfaringer og synspunkter

Man hadde få forventninger til KOLS-nettbrett og monitorering ut over det å skaffe seg erfaringer gjennom selve testingen og kunnskap om hvorvidt monitorering bidrar til å trygge hverdagen til pasientene. Det henger også sammen med at dette også var et ønske fra brukerne med KOLS da de ble bedt om å si noe om hva de ønsket å få ut av å delta i utprøvingen. Videre var det i prosjektet et spørsmål om teknologi kunne bidra til å mestre sykdommen på en bedre måte. Slik mestring og økt trygghet kan kanskje medføre at pasientene får færre sykehusinnleggelse.

Ingen av testpersonene meldte om at de opplevde nettbrettet som vanskelig å bruke. De var alle opptatt av både å få gjennomført og sendt målingene sine daglig i testperioden. Brukerne var opptatt av at dagens beste måling skulle være den som ble sendt inn, og ikke en som kunne bli litt dårligere fordi de hostet under målingen. Dette har sammenheng med at brukerne ikke ønsket at en dårlig måleverdi skulle bli registrert når de faktisk ikke hadde en dårlig dag. For de brukerne som har vært bortreist i kortere eller lengre perioder, tok noe av utstyret for mye plass eller var for tungt å ta med seg, for eksempel vekten. Det varierte litt hvorvidt brukerne lot være å foreta målinger i perioden de var borte, eller kun tok med seg det enkleste og letteste utstyret i tillegg til selve nettbrettet.

Det ble ikke foretatt noen registrering av testpersonenes aktivitetsnivå verken før eller etter at fikk testet ut nettbrettet. Men man antok at de hadde et moderat aktivitetsnivå gitt at de alle fem har KOLS grad fire. En av brukerne ble generelt dårligere i testperioden og gikk ikke lenger ut. Vedkommende var også mindre aktiv i forhold til sosiale treff og besøk i eget hjem. To av de fem var ganske aktive, noe de også var før de fikk nettbrettet. Den ene trente flere ganger ukentlig på helsesenter. Den andre trente hjemme og var mye ute og gikk tur. Forskjellen fra tidligere var at sistnevnte, ved å følge med på sine enge målinger, kunnet tilpasse uteaktiviteten bedre til dagsformen.

Det kan synes som om det å følge utviklingen av sykdommen medførte at et par av brukerne har hatt en helsegevinst. En av testpersonene hadde i løpet av testperioden færre sykehusinnleggelser. Vedkommende endret medikamenter som en følge av det å overvåke egne måleverdier, og på den måten kunne oppdage en negativ utvikling tidlig nok til å endre medisiner. En annen bruker hadde ikke ingen innleggelser i perioden, men det er ikke mulig å slå fast at det er monitoreringen som er grunnen til det.

Prosjektmedarbeideren i kommunen som har fulgt opp brukerne i perioden, framhevet at alle mente de har blitt tryggere i perioden. Dette har sammenheng med at brukerne ble gode til å måle og registrere måleverdiene sine. Etter litt tid hadde de også blitt gode til å forstå resultatene og hadde ikke så behov for noen andre til å si de var dårlige. De fant selv referanseverdiene sine og fulgte utviklingen av måleverdiene. Informasjon lagret på nettbrettet viste tydelig hvordan måleverdiene utviklet seg. Dette var også grunnlaget for hva de selv skulle gjøre i forhold til sin egen sykdom. Prosjektmedarbeideren sa i denne sammenhengen at;

[...] det var jo litt hensikten med prosjektet også. At vi skulle finne et instrument som kunne mestre hverdagen – som kunne trygge og mestre hverdagen og sånn synes jeg det var et godt instrument for å måle det. Ikke det at det absolutt må være noen som sitter og ser på det [den enkeltes måleverdier] hver dag.

Det var samtidig en overraskelse at brukerne var så fornøyde med å se sine egne helsedata på skjermen – det at de kunne gjøre en egen helsesjekk. Det var etter hvert ikke like viktig at det var helsepersonell som besvarte de ulike målingene hver dag. Det at brukerne fikk et oversiktsbilde og mulighet til å følge utviklingen over tid, var med på trygge hverdagen deres.

Det var et ønske at brukerne skulle kunne ta med nettbrettet til for eksempel fastlegen sin. I testperioden var én fastlege interessert i sin pasients målinger og fikk tilgang til disse via en epost. Men slik måleverdiene og den historiske utviklingen ble vist på nettbrettet, med ett diagram for hver måling, synes det som det blir for mye data å ta med seg til fastlegen. Gitt en konsultasjon på 20 minutter, vil det ta mye av denne tiden å sette seg inn i måleverdiene til

pasienten. Samtidig ligger det et potensiale her for pasienter som får en sykdomsforverring slik at de ikke:

orker [...] gå til legen lenger. Så hun kunne virkelig ønske seg en sånn telefonsamtalekonsultasjon hvor legen faktisk kunne se [måleverdiene]. Det er helt klart en ting å tenke videre på.

En bruker hadde ingen tjenester fra hjemmesykepleie eller praktisk bistand da testingen startet. Gjennom deltakelse i prosjektet og kontakten med prosjektmedarbeider ble brukeren satt i forbindelse med hjemmesykepleien i tilknytning til mulig behov for hjelpemidler. I tillegg fikk hun tildelt hjemmehjelpstjenester. Her ble hjemmetjenesten noe kjent med nettbrettet. Det samme gjelder en annen sone hvor to av de fem testpersonene var hjemmehørende. Det ga en av ildsjelene i hjemmetjenesten som også var ressursperson i velferdsteknologi i sin sone, mulighet til å se nettbrettet i bruk. Ut over dette var nettbrettet ikke kjent i hjemmetjenesten i kommunen.

Alle brukerne fikk individuell opplæring i bruk av nettbrett og innstillinger ble satt opp og senere endret i samarbeid med kommunens prosjektmedarbeider. Tilbakemeldinger om og oppfølging av eventuelle feil og spørsmål foregikk i stor grad via SMS og epost i nettbrettet. Alle brukerne var raske med å gi beskjed på denne måten hvis noe ikke fungerte. Det var viktig at en slik kontaktform fungerte siden det kan være anstrengende for denne brukergruppen å snakke i telefon. I starten ble brukerne oppringt av leverandør når målingene var dårlige, men det fungerte ikke godt fordi brukerne ble slitne av å snakke og fikk hoste. For ikke å forverre tilstanden til testpersonene, ble det viktig å benytte SMS og epost.

Erfaringen med bruk av epost-funksjonen via nettbrettet i lukket nett til kontaktperson i kommunen, leverandør eller andre forhåndsdefinerte mottaker var som nevnt overfor, noe alle tok i bruk. Denne erfaringen har gjort at flere har kommet over en terskel med hensyn til å være trygge på bruken slik at de begynte å bruke epost ellers også.

Drøfting

Nedenfor drøftes studiens funn som vi har presentert ovenfor, med den hensikt å besvare spørsmålet om hvordan teknologi kan bidra til trygghet og mestring.

I prosjektet var det en viss optimisme med hensyn til at bruk av velferdsteknologiske løsninger skal gjøre det mulig for brukerne å være mer aktive i hverdagen. Andre studier har vist at det skulle kunne være grunnlag for en slik optimisme, men da særlig knyttet til at bruker med en form for fallalarm var mer utendørs enn brukere uten slik alarm (Horton 2008; Ward et al. 2012) – heller enn helsemonitorering. Denne studien viser at forventninger til aktivitetsnivå hos brukere med KOLS-brett kanskje må justeres. Det er ikke mulig ut fra denne piloten å trekke noen slutninger om betydning av nettbrettet for aktivitetsnivået til brukerne da ingen av deltakerne rapporterer at aktivitetsnivået har økt i testperioden. Det er også flere forhold som virker inn på aktiviteten til brukerne og generelt kan pasientene i denne uttestingen synes å ha vært dårlige – alle hadde alvorlig KOLS, grad fire.

Derimot viser studien at det kan være grunnlag for at registrering og oppfølging av måleverdier via nettbrett, kan bidra til helsegevinst for noen KOLS-pasienter. Hvilket igjen kan bidra til at brukerne opplever økt trygghet og mestring basert på økt forståelse av og kontroll med sykdommen (May et al. 2011), hvilket var erfaringen hos flere av brukerne i denne uttestingen.

Monitoreringen kan i tillegg gi brukerne opplevelse av mestring når de kan bruke måleverdiene og kunnskapen om hva det betyr for den enkeltes dagsform til for eksempel å opprettholde et visst aktivitetsnivå tilpasset dagsformen.

Når det gjelder antakelsen om at en tett oppfølging via nettbrett kan redusere antall sykehusinnleggelser (May et al. 2011), er det ikke grunnlag for en slik slutning på bakgrunn av dataene i denne studien. Antall brukere som er med i studien er lite, men tendensen er at det ikke er noen forskjell i forhold til hvordan det var før de fikk nettbrettet, trekk som også støttes av andre studier (Lewis et al. 2010). Generelt sett har brukerne som testet nettbrettet, blitt dårligere i perioden. Videre er det ikke gjort noen registrering av sykehusinnleggelser for disse personene før de ble med i prosjektet eller underveis. Gjennom egenrapportering ved avslutning i prosjektet er det én av fem som ikke har hatt noen sykehusinnleggelser i perioden, men vi har ikke noe sammenligningsgrunnlag for hvordan dette er i forhold til tidligere for de samme pasientene.

Denne piloteringen viser eksempler på at det å lære seg å sende inn egne målinger i forbindelse med helsemonitorering, kan være med på å utvide en sosial kontaktflate for brukerne. Brukerne som testet ut KOLS-brettet, begynte å kommunisere med andre via e-post også på PC, ikke bare eposten som var satt opp på nettbrettet og knyttet til mottaker av helseinformasjonen. På denne måten fikk flere mulighet til å holde kontakt med venner og familie, men på en annen måte enn tidligere. Nettbrett har da fungert som en døråpner for å ta i bruk annen teknologi.

Det at nettopp brukere av KOLS-brettet viser til at de har hatt stor nytte av denne typen teknologi i forhold til trygghet og mestring, skaper noen mer prinsipielle og overordnede utfordringer. Nettbrettet vil ikke, slik tjenestene er organisert i mange kommuner i dag, erstatte noen av dagens tjenester til denne gruppen, men snarere utvide det kommunale ansvaret og tjenestetilbudet gitt at dette er en tjeneste kommunen skulle tilby sine brukere som en del av de ordinære helse- og omsorgstjenestene. Det vil måtte foretas en rekke avklaringer blant annet knyttet til spørsmål om egenandeler, bruk av helseinformasjon og hvordan pasientene skal følges opp når de sender inn avvikende måleverdier. På den annen side kan man argumentere for at det er et grunnlag for å drive tjenesteutvikling hvor ressurser omdisponeres og dagens prioriteringer endres.

Hvis en slik monitorering av KOLS-sykdom skal ha en funksjon ut over å gi pasienten selv en oversikt over sykdomsutviklingen, bør man vurdere å kunne ha kobling til fastlege eller akuttjeneste. For den enkelte blir oppfølging og samarbeid med fastlege viktig for sikre tidlig intervensjon og hindre innleggelse. Et av grunnlagene for bedre oppfølging ligger i at brukeren har med seg detaljert helseinformasjon til fastlege eller akuttjeneste (Meystre 2005). Det potensialet er til stede med KOLS-brettet, men det forutsetter at de rette instanser har tilgang på informasjonen som et virkemiddel i behandlingen slik at man kan gå inn med tiltak når det er avvik som vurderes som vesentlige for pasienten og dennes helse.

Det hevdes at det er brukere med lavt eller middels omsorgsbehov som vil ha størst nytte av teknologi på lang sikt. Det er også denne gruppen hvor teknologi antas å ha størst betydning med hensyn til å utsette behovet for sykehjemsplass (Woolham et al. 2006). Det skaper et dilemma i forhold til at eldre med lite omsorgsbehov vil være blant de gruppene som i mindre grad vil kvalifisere for tildeling av offentlige helse- og omsorgstjenester når det er et press på disse. Spørsmålet er hvordan man kan foreta mer helhetlige vurderinger når velferdsteknologiske løsninger i større grad skal innføres som en del av de ordinære tjenestene, og ikke i størst utstrekning eksistere i form av prøveprosjekter og utprøving i mindre skala.

Flere argumenterer for at det er grunnlag for å kunne redusere kostandene knyttet til helse og omsorgstjenestene ved å gjøre eldre i stand til å bo lenger hjemme (Chan, Campo, Estève og Fourniols 2009; Sorell og Draper 2012). Samtidig vil det være en utfordring hvis hovedargumentet for innføring av velferdsteknologiske løsninger blir et spørsmål om kostnadsbesparelser heller enn helsegevinst (Sorell og Draper 2012).

Det vil alltid være vanskelig å måle effekten av intervensjoner eller tiltak siden det vil være en rekke forhold som virker inn på det vi studerer. Når det gjelder KOLS-monitorering vil for eksempel utviklingen av sykdommen i seg selv være et forhold som vi ikke kan si noe om effekten av og hvordan det virker inn på brukertilfredshet og økt aktivitet eller frihet – uavhengig av nettbrett. Videre kan oppmerksomheten som selve uttesting medfører også bidra med effekter vi ikke vil kunne isolere.

Avslutning

Forventninger til digital medisinhandling og til KOLS-brettet innfrir i stor grad med hensyn til å trygge bruker. Det er grunnlag for å hevde at KOLS-pasientene som har testet ut nettbrettet, har fått mer kontroll med egen sykdom og på denne måten også opplever større grad av trygghet og mestring. Registrering og innsending av måleverdier har fungert godt. Opplæringen og oppfølging sies i stor grad å ha vært bra. Aktivitetsnivået til brukerne påvirkes i liten grad. Denne studien har ikke kunnet dokumentere hvilken betydning nettbrett kan ha med hensyn til sykehusinnleggelse for denne pasientgruppen. For å bidra til mer helhetlige tjenester og bedre oppfølging av brukere, ville det ha betydning om informasjonen som pasientene registrerer, også ville være tilgjengelig for legevakt og/eller fastlege.

Videre kan det være grunnlag for at å hevde at innføring av ulike velferdsteknologiske løsninger, som KOLS-monitorering, vil innebære ikke bare en endring av det kommunale tjenestetilbudet, men også potensielt en utvidelse. Følgelig vil det kreve en rekke vurderinger på hvordan man lokalt skal bruke teknologi og hvordan man samtidig skal utvikle tjenestene hvis målet er at teknologi skal bidra til å løse utfordringer knyttet til presset på den kommunale helse- og velferdssektoren.

Denne evalueringen av uttesting av KOLS-brett er finansiert av Sarpsborg kommune gjennom deres deltakelse i Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi (Velferdsteknologiprogrammet). Programmet ledes av Helsedirektoratet og KS og varer fram til 2020.

Litteratur

Andenæs, R. (2005) Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(6), s. 427-428

Baklien, B. (1993) Evalueringsforskningens historie og utvikling i Norge. *Politica* 25(1), s. 56-62

Chan, M., E. Campo, D. Estève og J.-Y. Fourniols. (2009) Smart homes — Current features and future perspectives. *Maturitas*, 64(2), s. 90-97

- Farshchian, B. A., K. Holbø, M. Mikalsen og J. K. Reitan. (2012) AAL Technologies in Rehabilitation — Lessons Learned from a COPD Case Study. I Augusto, J. C., Huch, M. og Kameas, A. (red.) *Handbook of Ambient Assisted Living*. IOS Press, Amsterdam
- Horton, K. (2008) Falls in older people: The place of telemonitoring in rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45(8), s. 1183-1194
- Lewis, K. E., J. A. Annandale, D. L. Warm, S. E. Rees, C. Hurlin, H. Blyth, Y. Syed og L. Lewis. (2010) Does Home Telemonitoring after Pulmonary Rehabilitation Reduce Healthcare Use in Optimized COPD?? A Pilot Randomized Trial. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 7(1), s. 44-50
- May, C. R., T. L. Finch, J. Cornford, C. Exley, C. Gately, S. Kirk, K. N. Jenkins, J. Osbourne, A. L. Robinson, A. Rogers, R. Wilson og F. S. Mair. (2011) Integrating telecare for chronic disease management in the community: What needs to be done? *BMC Health Services Research*, 11(1), s. 131-141
- Meystre, S. (2005) The Current State of Telemonitoring: A Comment on the Literature. *Telemedicine and e-Health*, 11(1), s. 63-69
- Mignerat, M., L. Lapointe og I. Vedel. (2014) Using telecare for diabetic patients: A mixed systematic review. *Health Policy and Technology*, 3(2), s. 90-112
- Miskelly, F. (2004) A novel system of electronic tagging in patients with dementia and wandering. *Age and Ageing*, 33(3), s. 304-306
- NOU 2011:11. (2011) *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Paré, G., M. Jaana og C. Sicotte. (2007) Systematic Review of Home Telemonitoring for Chronic Diseases: The Evidence Base. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 14(3), s. 269-277
- Sarpsborg kommune. (2013a) *Handlingsprogrammet for velferdsteknologi. En kommune som ser fremtiden og satser*. Sarpsborg kommune, Sarpsborg
- Sarpsborg kommune. (2013b). *Invitasjon til deltakelse i utviklingsprosjekt: Smart teknologi for helsesektoren. Prekvalifisering*. Sarpsborg: Sarpsborg kommune
- Sorell, T. og H. Draper. (2012) Telecare, Surveillance, and the Welfare State. *The American Journal of Bioethics*, 12(9), s. 36-44
- Tornes, K. (2012) *Evaluering i teori og praksis*. Akademika forlag, Trondheim
- Ward, G., N. Holliday, S. Fielden og S. Williams. (2012) Fall detectors: a review of the literature. *Journal of Assistive Technologies*, 6(3), s. 202-215
- Woolham, J., G. Gibson og P. Clarke. (2006) Assistive Technology, Telecare, and Dementia: Some Implications of Current policies and Guidance. *Research Policy and Planning*, 24(3), s. 149-164

