

## Leder

### Ett tilbakeblikk

Ideen til et nytt tidsskrift for helseforskning slo rot vinteren 2004. Våren 2005 kom Nordisk Tidsskrift for Helseforskning med første utgave med undertegnede som hovedredaktør og Helga Finstad som fagredaktør, begge ved Universitetet i Nordland, nå Nord Universitet. Senere kom også andre institusjoner og fagpersoner til å spille en viktig rolle i utviklingen av tidsskriftet. Her skal nevnes Ingunn Elstad og Anne Grethe Talseth ved Universitetet i Tromsø, samt Marit Kvangardsnes og Marit Følsvik Svindseth ved Høgskolen i Ålesund.

Bakteppe for etablering av tidsskriftet var de store endringene som profesjonsutdanningene har gjennomgått med krav om kompetanseheving mot oppbygging av akademiske grader, forskning og publisering. Publisering av forskningsartikler både nasjonalt og internasjonalt sto da fram som er en farbar vei å gå for å heve den akademiske kompetansen innen helsefagutdanningene. I tillegg så vi behovet for å kunne publisere noe av det omfattende FOU-arbeidet som finner sted både innen helsefagenes praksisområder og utdanningsområder.

Nordisk tidsskrift for Helseforskning ble etablert med ambisjoner om å skrive på et nordisk språk, det vil si norsk, dansk eller svensk. I akademiske sammenhenger ser vi at de nasjonale språkene er satt under press og svekkes i forhold til engelsk. Dette skjer uavhengig av hvem man reelt sett henvender seg til. I etablering av tidsskriftet var det en målsetting om å styrke de nasjonale fagspråkene. Det er flere grunner til dette. For det første så vi det som uheldig at academia anvender et annet språk enn de samfunn og kulturer de hviler på. Kunnskap og erfaringer formidles gjennom språket. Språk- og begrepsutvikling er et av akademias viktigste bidrag til samfunnet. Når man forlater et språk, så distanserer man seg fra de menneskene som forklarer seg gjennom dette språket. På det grunnlag var det et ønske om at den fagutvikling som formidles gjennom Nordisk Tidsskrift for Helseforskning skal ha et potensiale utenfor academia, i relasjon til pasienter og personalet i ulike praksisfelt og i undervisningssammenheng.

Når vi nå kommer med ny utgave for 2016 er det med ny hovedredaktør og nye fagredaktører. Det er med andre ord tid for undertegnede å takke for seg. Og ikke minst en takk til alle forfattere, fagredaktører og referere som alle har arbeidet iherdig for å muliggjøre tidsskriftet.

Inger Lise Wang

**Avtroppende redaktør**

<http://dx.doi.org/10.7557/14.3779>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

# Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser – en fenomenografisk studie

**Ann-Kjærsti Svalheim og Anne Kjersti Myhre Steffenak**

*Ann-Kjærsti Svalheim, Helsesøster Løten kommune, Master i psykisk helsearbeid, [ann.svalheim@gmail.com](mailto:ann.svalheim@gmail.com)*

*Anne Kjersti Myhre Steffenak, Førsteamanuensis Høgskolen i Hedmark, Avdeling for Folkehelse. E-post: [anne.myhre@hihm.no](mailto:anne.myhre@hihm.no)*

## Abstract

### **Child-responsible role, related to children as caregivers of parents with mental illness - a phenomenographic study**

*Children as caregivers of parents with mental disorders are a vulnerable group. They have been invisible to service providers until recent years. These children have an increased risk of developing behavioral problems and impaired psychosocial functioning. In 2010, law amendments require that special health have child-responsible personnel, to ensure children and their families proper measures. There is little knowledge of how this role works. The purpose of this study is to uncover the perceptions child-responsible personnel have of their own role. The study is qualitative with a phenomenographic approach. Child-responsible personnel have a special interest in working with young caregivers. They act as "watchdog" for colleagues and they provide guidance for parents. Follow-up of children is random where responsibilities are added to therapists. Child-responsible personnel collaborate with municipality, and public health nurse is specifically mentioned. There is still a way to go before the role works as intended.*

## Keywords / nøkkelord

*Child-responsible personnel; young caregivers; parents with mental health disorders; barneansvarlig; barn som pårørende; foreldre med psykiske lidelser*

## Referee \*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.3771>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## **Innledning**

Mange barn har uformelle omsorgsroller hvor de påtar seg ansvar for foreldre som er syke. Barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser bidrar ofte med emosjonell omsorg til foreldrene (Dearden og Becker 2004). Dette er omsorgsoppgaver som anses å være særlig belastende fordi de er lite konkrete og barna i mindre grad opplever å få bekreftelse og støtte på det de gjør (Haugland 2006). I Norge opplever mellom 50 000-130 000 barn belastende omsorgsoppgaver (Kallander og Vallesverd 2015).

Forskning fra Storbritannia, USA og Australia har fra begynnelsen av 2000-tallet hatt fokus på unge omsorgsgivere. I Storbritannia har kunnskapsutviklingen bidratt til tydelige helsepolitiske strategier, rutiner og god praksis i arbeid med barn som er pårørende (Aldridge 2006; Becker 2007; Maybery og Reupert 2009).

Uavhengig av hvilket land barn bor i, eller hvor velutviklet velferdssystemene er, har barn med omsorgsroller for syke foreldre mye til felles, og det er behov for anerkjennelse av unge omsorgsgivere som sårbare barn (Becker 2007).

I Norge har barn som har foreldre med psykiske lidelser nærmest vært usynlige for kommune- og spesialisthelsetjenesten inntil de siste årene (Ytterhus 2012). I 2010 kom det endringer i spesialisthelsetjeneste- og helsepersonelloven som skal sikre oppfølging av barn som er pårørende. Lovendringene påla spesialisthelsetjenesten å ha minst ett barneansvarlig personell på hver avdeling (Helsepersonelloven 1999; Spesialisthelsetjenesteloven 1999).

## **Bakgrunn**

Barn som er pårørende omfatter barn i alderen 0-18 år som bor med sine biologiske foreldre, adoptivforeldre, steforeldre, eller fosterforeldre (Helsedirektoratet 2010). I 2011 levde 260 000 barn sammen med foreldre med alvorlig psykisk lidelse som gikk ut over dagliglivets gjøremål, og 70 000 barn levde med foreldre med alvorlig alkoholmisbruk (Torvik og Rognmo 2011).

Ulike forhold påvirker barns omsorgsrolle og hvordan de håndterer hverdagen som omsorgsgiver, blant annet i hvilken grad familien får støtte, samt hvor godt foreldrene fungerer som foreldre (Aldridge 2006; Kallander 2010). Det er ikke den psykiske lidelsen i seg selv om er skadelig for barnet, men hvordan foreldrene mestrer foreldrerollen (Aldridge 2006; Alnes 2011). Særlig uheldig er det hvis barna ikke får den følelsesmessige og praktiske støtten de trenger (Aldridge 2006). Det ses en sammenheng mellom foreldres psykiske lidelser og barns adferdsvansker (Griffiths, Boland, Gilliland, McKernan og Shields 2007) og nedsatt psykososial fungering (Korhonen, Pietila og Vehvilainen-Julkunen 2010). Barna som er mest utsatt bor i familier hvor foreldrene har alvorlig psykisk lidelse, og hvor de voksne har udekkede behov fra helse- og omsorgstjenester. Disse familiene har ofte mangelfullt sosialt nettverk og prøver å skjule de psykiske lidelsene for omverdenen. Mangel på støtte fra venner og øvrig familie kan være en risikofaktor som bidrar til å øke barns rolle som omsorgsgiver (Becker 2007). Mange barn får belastende oppgaver med å få hverdagen til å fungere. Barn vil slippe dette ansvaret, og ønsker seg mer hjelp hjemme og forebyggende tiltak (Kallander 2010).

Barneansvarlig personell er knyttet til spesialisthelsetjenesten i offentlig eller privat regi, og det er ikke krav om spesielle kvalifikasjoner for dem som skal inneha rollen. Barneansvarlige har flere funksjoner; lage system for oppfølging av barn og deres familie, holde helsepersonell

oppdatert om ny viten og fremme barnas interesser. Det er virksomhetens ansvar å legge til rette for tid, ressurser og kompetanseheving slik at de barneansvarlige kan utføre arbeidet på en forsvarlig måte (Helsedirektoratet 2010).

Lovendringen har fungert i fem år, og det er lite forskning om hvordan ordningen fungerer i Norge. Studier fra andre land viser at familiefokuserte intervensjoner bidrar til at barna blir ivaretatt og kan påvirke foreldrenes bedringsprosess positivt (Maybery og Reupert 2009). Foreldrestøttende arbeid i familier med psykiske lidelser har positiv effekt på både barna og foreldrenes lidelser (Griffiths et al. 2007).

Det kan ha betydning for behandlernes yrkesutøvelse om behandlerne har et familieperspektiv i sin utøvelse av tjenestene. Forutsetninger hos behandlere som gir god samhandling med barn som pårørende er lang erfaring, utdanning innen familiearbeid, at de selv har barn og at familiefokusert omsorg praktiseres i avdelingen (Korhonen et al. 2010).

I følge Helsedirektoratet (2010) er koordinering og samhandling av tjenester områder som omfatter barneansvarliges oppgaver. Med tanke på oppfølgingstiltak og forebygging av psykiske vansker hos barn, bør de ha kunnskap om hvordan førstelinjetjenesten er organisert (Helsedirektoratet 2010). Undersøkelser viser manglende samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste og manglende oppfølging av barna i kommunene. Dette til tross for at veiledning og langvarig oppfølging bør skje i kommunen hvor barna bor (Kallander, Brodal og Kibsgård 2012).

Denne studiens hensikt er å undersøke: Hvilken oppfatning barneansvarlige har av egen rolle knyttet til barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser.

## Metode

Det er benyttet en kvalitativ metode med en fenomenografisk tilnærming i studien. Tilnærmingen er eksplorativ med et deskriptivt sluttprodukt. Hensikten med en fenomenografisk tilnærming er å få kvalitativt forskjellige beskrivelser i oppfatninger av et fenomen, som i denne studien er barneansvarliges rolle. Dette er basert på en forståelse av at mennesker er forskjellige med ulike meninger og erfaringer om fenomener i sin verden (Alexandersson 1994).

Tilnærmingen ble utviklet av en gruppe svenske forskere ved Universitetet i Gøteborg, og har sine røtter i innlæringspsykologien (Uljen 1989). I forbindelse med at gruppens forskningsområde skulle beskrives, introduserte Marton i 1981 fenomenografi (Alexandersson 1994).

Fenomenografi ser på første og andre ordens perspektiv. Med første ordens perspektiv forstås *hva som kan observeres*. Dette aspektet kan omfatte både materielle og ikke-materielle ting. Andre ordens perspektiv forstås med *hvilken oppfatning man har av hva som observeres, fenomenet*. Disse to aspektene må ses i sammenheng med hverandre. «Hva-aspektet» må avklares før man kan si noe om hvordan oppfatningen av et fenomen er. Begrepet «oppfatning» er sentralt i fenomenografien og er abstrakter fra virkeligheten, formulert på ulike måter (Barnard, McCosker og Gerber 1999).

## Utvalg

I tradisjon med fenomenografisk tilnærming, hvor det ønskes deltakere med variert bakgrunn, ble utvalget strategisk valgt. Fra to ulike fylker ble atten personer som arbeidet som barneansvarlige på psykiatriske sykehus og distriktpspsykiatriske sentre (DPS) valgt. Det var tretten kvinner og fem menn mellom trettitre og sekstifire år (gjennomsnittsalder 46,33). De var utdannet vernepleiere (2), sykepleiere (2), psykiatriske sykepleiere (7), sosionomer (3), klinisk sosionom (1), psykiatrisk hjelpepleier (1), vernepleier med psykisk helsearbeid (1) og sosionom med psykisk helsearbeid (1). Ti arbeidet på døgnavdeling, tre på poliklinikk, to på DPS døgnavdeling og tre på DPS poliklinikk. Deltakerne hadde arbeidet fra tre måneder til ti år som barneansvarlige. I avdelingene hvor de arbeidet, varierte det fra en til fire ansatte som hadde en rolle som barneansvarlig.

Deltakerne ble rekruttert via sine avdelingsledere. Disse ble kontaktet via telefon og fikk etter avtale tilsendt et informasjonsskriv om studien på e-post. En avdelingsleder avsto tilbudet og to avdelingsledere ga ingen tilbakemelding etter de hadde mottatt informasjonsskrivet. Deretter ble barneansvarlige kontaktet av sine avdelingsledere med spørsmål om de var villige til å delta. Alle barneansvarlige som ble spurt om å delta takket ja.

## Intervju

Det ble gjennomført atten av tjue, avtalte intervjuer. To intervjuer ble ikke gjennomført på grunn av sykdom hos deltakerne. Alle intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass, enten på deres kontor eller på et besøksrom. De valgte selv hvor intervjuet skulle gjennomføres. Intervjuet ble lagt opp som en uformell samtale hvor intervjueren bevisst unngikk å styre samtalen. Deltakerne fikk snakke fritt ut fra sin oppfatning. Intervjuene varte fra 15-45 minutter.

Intervjuet inneholdt to spørsmål. Hvert intervju startet med en avklaring for å sikre at samtalen dreide seg om samme tema og at det var en lik forståelse av hva samtalen skulle omhandle, derfor ble intervjuet innledet med et «*hva*»-spørsmål: *Hva er din oppfatning av rollen knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser?*

Dette ble fulgt opp av hovedspørsmålet som skal belyse hvordan innholdet av fenomenet, her forstått som «*oppfatning av egen rolle som barneansvarlig*», prosesseres av den enkelte deltager: *Hvilken oppfatning har du av egen rolle knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser?*

Oppfølgingsspørsmål ble stilt ut fra deltakernes uttalelser og kunne være: Kan du utdype det litt mer? Kan du gi eksempel på det?

Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker og skrevet ordrett av. Samtlige intervjuer ble transkribert enten umiddelbart eller senere samme dag av førsteforfatteren (AKS).

## Analyse

Den første tolkningen av et intervju begynner allerede under selve intervjuet. Her kan intervjueren få et inntrykk av hva som formidles og på hvilken måte. En ytterligere forståelse skjer under transkriberingen (Alexandersson 1994).

Analysen er gjennomført etter Alexanderssons (1994) fire trinn. Deltakerne kalles heretter barneansvarlig.

### **Bli kjent med, og få en oversikt over dataene**

Intervjuene ble lyttet til for å forsikre at de var skrevet av riktig. De skrevne dataene ble lest flere ganger i tråd med Alexanderssons trinn en (Alexandersson 1994). Dette ga en oversikt over dataene, og forfatterne kunne danne seg et helhetsinntrykk. Deretter startet arbeidet med å søke etter meningsbærende utsagn, hvor hensikten var å avdekke kvalitative forskjeller i barneansvarliges beskrivelser av rollen som barneansvarlige.

### **Finne likheter og ulikheter i utsagnene**

I trinn to ble ulike utsagn kontrastert mot hverandre. Alexandersson beskriver dette som en pendling mellom innenfra og utenfra perspektivet. Det handler om å forstå innholdet i det enkelte utsagn på egne vilkår, samtidig som man prøver å konstruere sammenhengende mønstre og beskrivelser som ses opp mot andre utsagn (Alexandersson 1994). Meningsbærende utsagn ble trukket frem fra datamaterialet og markert. Disse beskriver barneansvarliges ulike oppfatninger av egen rolle. Da de meningsbærende utsagnene var identifiserte ble de gruppert ut i fra innhold under foreløpige overskrifter, og samtidig makert med hvilket av intervjuene de kom fra. Under dette arbeidet ble det stadig gått tilbake til den opprinnelige teksten for å forstå utsagnene. Oppgavens hensikt og problemstilling var tilgjengelig under hele prosessen for å holde riktig fokus i analysearbeidet.

### **Kategorisere oppfatninger i beskrivelseskategorier**

Når det ikke fremkommer nye tolkninger av innholdet, kan man anta at det er kommet en metning i analysen (Alexandersson 1994). I trinn tre begynner kategoriseringen av beskrivelsene i ulike beskrivelseskategorier. Disse skal være kvalitativt forskjellige fra hverandre i hvordan de fremstår og forstås, og ikke overlape hverandre (Alexandersson 1994). Beskrivelseskategoriene er en beskrivelse av forskerens forståelse av innholdet gjennom forskerens abstraksjon (Larsson og Holmström 2007). Dette arbeidet ble gjort ved at de meningsbærende utsagnene ble kodet i ulike fargekoder. I starten ble det mange ulike kategorier som deretter ble kondensert til tre atskilte kategorier med to-tre deskriptive underkategorier. Tre kvalitativt ulike kategorier som beskriver hvordan barneansvarlig personell oppfatter egen rolle, knyttet til barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser (Tabell I).

### **Avdekke underliggende strukturer i kategorisystemet**

Utfallsrommet er hovedresultatet i en fenomenografisk undersøkelse. Det gir en sammenfatning av beskrivelseskategorier som omfatter distinktive grupperinger av oppfatninger av fenomenet, og hvordan de forholder seg til hverandre (Alexandersson 1994). Transkripsjonene ble igjen gransket for å se om de samsvarte med de oppfatninger som kategoriene viser.

## Etikk

Barneansvarlige fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien og at det var frivillig å delta. De kunne når som helst uten videre forklaring trekke seg fra studien. Skriftlig samtykke fra samtlige barneansvarlige ble gitt før intervjuet. Godkjenning av studiet er gitt av Norsk Samfunnsmedisinske Datatjeneste (NSD) før de barneansvarlige ble kontaktet (41933).

## Resultat

Den fenomenografiske analysen resulterte i tre kvalitativt forskjellige, deskriptive kategorier: «Spydspiss», «Vaktbikkje» og ivaretagelse av barna. De er likeverdige, står i relasjon til hverandre og er ikke overlappende (Tabell I). Underkategoriene beskriver meningsinnholdet i kategoriene.

**Tabell I. Barneansvarliges oppfatning av egne roller knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser**

«Spydspiss»	«Vaktbikkje»	Ivaretagelse av barna
I front på fagutvikling	Påse at lovpålagte oppgaver blir utført	Forebyggende perspektiv
Kollegaveiledning og internundervisning	Unnlatelse og vegring hos behandlere	Foreldrearbeid
"Ildsjel"		Samarbeid med kommunale instanser

«Spydspiss» viser at barneansvarlige har tilegnet seg kompetanse om barn som pårørende. Kunnskap formidles til avdelingen, både ved kollegaveiledning og internundervisning. Barneansvarlige er «ildsjeler» som er spesielt interessert i å arbeide med barn som er pårørende.

I rollen som «Vaktbikkje» påser barneansvarlige at de lovpålagte oppgavene blir utført, og passer på at kollegaene utfører oppgavene de skal i følge lovverket. Barneansvarlige beskriver at noen kollegaer unnlater eller vegrer seg for å gjøre arbeid relatert til barna.

Siste kategori, «ivaretagelse av barna», omhandler flere ting. Barneansvarlige samarbeider med foreldre og kommunale instanser og har et fokus knyttet til å forebygge psykiske lidelser hos barna.

### «Spydspiss»

Barneansvarlige beskriver at de skal ha kunnskap om barn som pårørende, formidle denne kunnskapen videre til sine kollegaer samt være en pådriver med barnefokus på avdelingen. De beskriver seg selv som en «spydspiss».

*Vi er litt sånn «spydspisser», motivatorer og inspiratorer og har faglige oppgraderinger for våre kollegaer, det er det vi skal bidra med. Mandatet vårt er faktisk å være litt i forkant og ha fokus på barn som pårørende av psykisk syke (Ba 11).*

### **I front på fagutvikling**

Barneansvarlige er opptatt av egen kompetanse. De deltar på kurs og seminarer spesielt rettet mot barneansvarlige. De deltar også på nettverksmøter med andre barneansvarlige fra ulike avdelinger.

*Vi deltar på en del kurs for å kunne holde oss oppdatert. Kurs om lovverk, det å snakke med barn, meldeplikt til barnevernet og samarbeidsrutiner mellom sykehus og kommuner, hvordan det er å være barn som pårørende og hva det gjør med utviklingen til barnet. Innimellom trenger vi litt påminnelse om hva vi driver med, da får vi ny kunnskap og litt mer fokus (Ba 3).*

Barneansvarlige ønsker seg mer tid, og enkelte mener de ikke er flinke nok i rollen som barneansvarlig. De ønsker mer kunnskap om barn som pårørende og hvordan de skal snakke med barn i ulik alder. På avdelinger med flere barneansvarlige blir kunnskap utviklet ved at de møtes og diskuterer ulike problemstillinger. I tillegg deltar de i nettverksmøter.

### **Kollegaveiledning og internundervisning**

Barneansvarlige gir faglig oppdatering i kollegiet gjennom internundervisning og kollegaveiledning. De har fokus på barna til pasientene i behandlingsmøter og avdelingsmøter.

*Som barneansvarlig skal jeg passe på å gi informasjon om alt nytt og holde internundervisning (Ba 12).*

Kollegaveiledningen kan være planlagt eller mer uformell ut fra kollegaenes behov.

### **«Ildsjel»**

Barneansvarlige er spesielt interessert i arbeid med barn som pårørende, og har selv ønsket seg rollen som barneansvarlig.

*Jeg ble veldig glad når jeg ble spurt om å være barneansvarlig. Jeg har en veldig stor interesse for feltet (Ba 9).*

Barneansvarlige oppfatter rollen som spennende, lærerik og meningsfull. En barneansvarlig uttrykte det slik: «rollen som barneansvarlig er vel litt ildsjelopp-gave» (Ba 1). En barneansvarlig uttrykte et ønske om å overlate rollen til en annen for å få rullering i rollen som barneansvarlig.

### **«Vaktbikkje»**

Barneansvarlige beskriver at de påser at lovpålagte oppgaver blir ivaretatt, enten av dem selv eller av kollegaene. Rollen blir derfor å være «vaktbikkje». De ser kollegaer som vegrer seg eller unnlater å utføre arbeid knyttet til barna av pasientene i avdelingen.



### **Påse at lovpålagte oppgaver blir utført**

Barneansvarlige beskriver at de ser det som sin oppgave å påse at kollegaer kartlegger om pasientene har barn og om de gir eventuelle barn nødvendig oppfølging. Blir ikke dette ivaretatt av kollegaene, gjør de dette arbeidet selv.

*Jeg føler at det er mitt ansvar å sørge for at folk husker på det, så jeg blir nok ei slik vaktbikkje i forhold til kartlegginga og det å følge opp (Ba 7).*

Barneansvarlig beskriver denne delen av arbeidet sitt som «helt grei», selv om de mener det medfører mye ansvar.

### **Unnlatelse hos kollegaer**

Rollen som «vaktbikkje» synliggjør at en del kollegaer vegrer seg mot å snakke med foreldrene om barna, eller selv snakke med barna. Dette medfører at barneansvarlig utfører oppgavene, eller at barna ikke får oppfølging.

*Det er fortsatt mye å jobbe med når det gjelder behandlers unnvikelse, eller behandlers ønske om å prøve å finne gode grunner til ikke å bekymre seg (Ba 11).*

Barneansvarlige forteller om kollegaer som uten videre godtar at foreldrene ikke ønsker å involvere barna. De uttrykker et ønske om at alle i personalgruppen har mer fokus på barna og tar mer ansvar for pasientenes barn.

## **Ivaretagelse av barna**

Barneansvarlige er opptatt av å forebygge psykiske lidelser hos barna, gi foreldreveiledning og samarbeide med kommunale instanser.

### **Forebygge psykiske lidelser hos barna**

Barneansvarlige beskriver et forebyggende perspektiv i tiltakene for å sikre at barna blir ivaretatt. Barneansvarlige ser sammenhengen mellom å vokse opp med foreldre med psykisk sykdom og utvikle psykiske lidelser selv. Som en sa: «vi ser jo her at de færreste pasientene har hatt en bra barndom og oppvekst, det er mange pasienter her som er barn av psykiske syke foreldre» (Ba 7).

Samtaler med barna ble nevnt som et viktig tiltak i det forebyggende arbeidet. Det blir vektlagt i samtalene å skape trygghet hos barna ved å gi god informasjon knyttet til forelderens sykdom, unngå stigma og skam ved å alminneliggjøre og skape åpenhet om psykiske lidelser.

*Vi må få kartlagt dette og få fokus på det for å forebygge hos videre generasjoner. Vi ser jo at dette er mye arv, det hører vi av historiene deres. Det viktigste er å få forebygget videre, begynne så tidlig som mulig. Vi er kanskje de første som får kontakt med barna (Ba 8).*

### **Foreldrearbeid**

Mange foreldre er klar over at barna kan ha det vanskelig i forbindelse med at de selv er innlagt på sykehus. Barneansvarlig legger til rette for, og deltar i familiesamtaler hvor det tas

opp temaer relatert til barnas trivsel, hverdag og forelderens situasjon. I noen tilfeller ønsker ikke foreldrene at barna skal involveres. Barneansvarlige har samtaler med foreldrene om viktigheten av at barna får oppfølging og mulighet for å komme til samtale på avdelingen.

*Vi hjelper foreldrene til å skjønne hva som er hensikten med barnesamtaler, og de fleste foreldre sier det er greit, de ønsker sine barns beste. Jeg snakker med foreldrene før samtalene slik at jeg kan kartlegge litt sammen med foreldrene. Da kan jeg bli litt kjent med barnet først (Ba 10).*

Barneansvarlig sier at i de tilfellene foreldrene ikke gir samtykke, har ikke barneansvarlig mulighet til å handle på egen hånd.

### **Samarbeid med kommunale instanser**

Barneansvarlige samarbeider med kommunale instanser i den hensikt at barna skal bli ivaretatt i hverdagen, og trekker blant andre helsesøster frem som en viktig person som kan følge opp barna i kommunen.

*Det er gode tilbud for barna i kommunen, tilbud som man kan knytte opp til både barna og familier som trenger hjelp. Helsesøster er en som har tillit hos de fleste, og alle har jo en helsesøster. Mitt inntrykk er at helsesøster er rask til å komme på banen og tilby samtaler (Ba 8,9).*

Barneansvarlige hadde en gjennomgående positiv holdning til, og gode erfaringer med å samarbeide med kommunale instanser. En uttrykte mistillit til kommunens psykiatritjeneste. Barnevernstjenesten ble nevnt som en viktig samarbeidspartner.

*Jeg har vel opplevd at vi og barnevernet har stått veldig langt fra hverandre, men etter mange samarbeidsmøter, opplever jeg at vi har en bedre forståelse for hverandre. Vi kan ta en litt uformell telefon, undre oss litt i stedet for bare å melde. Med en gang vi nevner barnevern til pasientene, tenker de: nå kommer de og tar ungene mine...(Ba 2).*

### **Diskusjon**

Resultatene i studien beskriver ulike oppfatninger barneansvarlig har av egen rolle, knyttet til barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser. «Spydspissen» som holder fokuset på barn oppe i avdelingen, «Vaktbikkja» som påser at de lovpålagte oppgavene blir utført og ivaretagelse av barna, hvor samarbeid og det forebyggende perspektivet er fremtredende. De tre kategoriene danner utfallsrommet; tre horisontale, likeverdige kategorier som ikke overlapper hverandre, men som står i relasjon til hverandre.

#### **«Spydspiss»**

«Spydspissen» fremstår som genuint interessert i arbeidet med barn som pårørende. Barneansvarlige viser et engasjement i arbeidet med disse barna. Halså og Kufås (2012) viser til at mange avdelinger har valgt å gi rollen til personer som er spesielt interessert i arbeidet med barn. Barneansvarlige i foreliggende studie beskriver en oppfatning av egen rolle som å

være i front på fagutvikling og et ønske om å ha den nyeste kunnskapen om barn som pårørende.

«Spydspissen» implementerer rollen som barneansvarlig i sin arbeidshverdag. Noen har stor arbeidsbelastning ved siden av arbeidet som barneansvarlig. Dette gir variasjon i hvilken grad kollegaveiledning og internundervisning gis. Barneansvarlige som jobber som behandlere i poliklinikker har ofte fulle pasientlister, og oppgavene relatert til oppfølging av barna er derfor lagt til den enkelte behandler. Oppfølgingen av barna kan derfor bli tilfeldig, og er avhengig av den enkelte behandlers tid, kunnskap og interesse for barna. Barneansvarlige har ulike profesjoner, noe som kan medføre at arbeidsoppgavene som utføres løses ulikt. Dette kan gi ulikheter i hvilken grad barna blir ivaretatt. Yngre helsepersonell med middels høy utdanning, som sykepleiere, er mer positive til de nye oppgavene som følge av lovendringen i helsepersonelloven enn de med lavere eller høyere utdanning. De har mer kunnskap om barn, og er heller ikke så engstelig for at pasient-behandlerrelasjonen skal bli påvirket negativt om de snakker med foreldrene om hvordan deres psykiske sykdom kan påvirke deres foreldrefunksjoner (Lauritzen, Reedtz, Van Doesum og Martinussen 2015). En årsak kan være at sykepleierutdanningen innehar et større barne- og familieperspektiv enn de andre yrkesgruppene. En annen forklaring kan være at helsepersonell med høyere utdanning utdannet seg i en tid hvor fokus på barn og deres utviklingsbetingelser ble mindre vektlagt (Reedtz og Lauritzen 2015).

Resultatene i foreliggende studie beskriver også at ledelsens holdninger til barn som pårørende har betydning for hvor stort fokus det er på barn i avdelingen. Det oppleves vanskelig for barneansvarlige å opprettholde fokus på barn i kollegagruppen hvis det ikke anses som viktig av ledelsen. Studien viser at barneansvarlige gjennomfører internundervisning og kollegaveiledning på avdelingen i varierende grad. En studie utført av Thorbjørnsen mfl. (2014), viser at internundervisning og kollegaveiledning som er lagt opp med refleksjon over egen praksis, er egnet til kompetanseheving og holdningsendringer. Med tanke på behandleres unnvikelse på grunn av manglende kunnskap, kan internundervisning og kollegaveiledning være nyttig, relatert til oppfølging av barna. De avdelingene hvor barneansvarlige ikke, eller i liten grad gir internundervisning, kan miste muligheten til økt kunnskap om barn som pårørende. Barneansvarlige fremstår som «ildsjeler» med stort fokus på barna.

Det er ikke avsatt ekstra tid til utførelsen av oppgavene knyttet til rollen. De lovpålagte oppgavene utføres derfor i tillegg til de vanlige oppgavene barneansvarlig har som behandler. Barneansvarlige sier de ønsker mer tid for å kunne få gjennomført oppgavene bedre. For å lykkes i arbeidet med å ivareta pårørende barn med foreldre med psykiske lidelser, fremheves tid som en absolutt forutsetning (Reedtz og Lauritzen 2015). Tiden som leder avsetter til oppfølgingen av pårørende barn, kan ha sammenheng med leders syn på dette arbeidet. Avdelinger som har flere barneansvarlige har mer tid til rådighet enn avdelinger med en barneansvarlig. Dette gir ulik oppfølging av barna. En studie av Halså og Kufås (2012) viser at arbeidet med barn som pårørende oppleves tidkrevende. Det tar tid å etablere en god relasjon til den innlagte forelderen og å komme i posisjon for å kunne jobbe med barna (Myrvoll 2013). I denne studien beskriver barneansvarlige som jobber i akuttavdeling hvor pasienten er innlagt i kort tid, at dette er særlig utfordrende.

Roller som barneansvarlig beskrives som meningsfull, og ses i sammenheng med den særlige interessen barneansvarlig har for barn som pårørende. Denne genuine interessen antas å bidra til at barneansvarlig evner å flette oppgavene knyttet til rollen inn i en ellers travel hverdag.

Noen barneansvarlige mener selv de ikke er flinke nok i rollen sin, og ønsker mer opplæring for å utvikle seg.

### **Barneansvarlig som vaktbikkje**

En del av rollen som barneansvarlig innebærer å påse at de lovpålagte oppgavene blir gjennomført. Barneansvarlige beskriver at de ivaretar mange av disse oppgavene selv, men at de også påser at kollegaer gjør de oppgavene de skal, relatert til barna. Denne «vaktbikkjerollen» oppleves grei for de fleste, også fra de andre i avdelingen, som synes det er greit å bli minnet på i en travel hverdag.

Noen barneansvarlige påpeker at hver enkelt behandler skulle ta dette ansvaret selv uten påminnelse. Barneansvarlige beskriver noen kollegaer som unnvikende. Vegring hos behandlere bidrar til ulik praksis relatert til oppfølging av barna. Barn som ikke får nødvendig oppfølging kan utvikle adferdsforstyrrelser og psykososiale vansker (Helsedirektoratet 2010; Killén 2013). Myrvoll (2013) sier at behandlere som har sin faglige forståelse ut fra en biomedisinsk modell, ofte har individfokus og mener andre bør ivareta barna til pasientene. En ny studie viser at mange barn av pasienter i psykiatrisk poliklinikk ikke blir registrert (Reedtz, Mørch og Lauritzen 2015). Dette samsvarer med funn i denne studien, som viser at oppfølging av barn av pasienter i poliklinikk er tilfeldig. Det kan føre til at noen barn og foreldre mister muligheten til å få den oppfølging de har behov for. Halså og Kufås (2012) viser til barneansvarlige som sier det er vanskelig å vite hvilken oppfølging barna får av kollegaene. Resultater fra foreliggende studie viser at behandlere unngår å snakke med pasientene om barna, av redsel for at alliansen til pasienten blir skadet og at pasienten dermed uteblir fra avtaler.

Systemer som implementerer de nye rutinene og prosedyrer kunne bidratt til å gi flere pårørende barn og deres familier bedre oppfølging. Dette er en del av de barneansvarliges rolle (Helsepersonelloven 1999), men er ikke nevnt fra de barneansvarliges side i foreliggende studie. Tilrettelegging for systemarbeid er et ledelsesansvar (Helsepersonelloven 1999). Barneansvarlige beskriver også ledere som formidler til ansatte at det er best å unngå konflikt med pasienten, og at «barn faktisk tåler en del». Dette kan gi alvorlige konsekvenser for barna. Barn som lever med store belastninger har risiko for utvikling av psykiske- og atferdsvansker (Korhonen et al. 2010; Rutter og Quinton, 1984).

Killén og Olofsson (2003) skriver at arbeid med pasienter med alvorlig psykisk lidelse kan oppleves følelsesmessig belastende. Ved å distansere seg fra barna, kan behandlere beskytte seg selv mot ytterligere følelsesmessige påkjenninger. Det kan være enkelt å bagatellisere barns situasjon, eller tenke at barn er tilpasningsdyktige og tåler en del.

Dette kan ses i sammenheng med manglende kunnskap om barns utviklingsbetingelser, mangel på tid og redsel for å ødelegge relasjonen til pasienten. På den annen side har barn som pårørende rettigheter som er lovpålagt, noe som er et ledelsesansvar å påse blir etterfulgt. Ved mistanke om omsorgssvikt har helsearbeidere plikt til å melde bekymring til barnevernstjenesten (Helsepersonelloven 1999). Kommunale instanser er ikke alltid klar over situasjonen i hjemmet, og barn kan derfor leve i omsorgssituasjoner som ikke er bra nok over tid. Med gode samarbeidsrutiner mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten, kan dette bedres. Dette er en av oppgavene som barneansvarlig skal ivareta (Helsepersonelloven 1999). Barneansvarlige samarbeider med barnevernet, men opplever at kollegaer kvier seg for å ta kontakt når de bekymrer seg over barns omsorgssituasjon. Denne unnvikelsen kan føre til at barn ikke får den oppfølgingen de har behov for, og i verste fall lever i en

omsorgssviktsituasjon. Kollegaenes holdninger vil også kunne påvirke foreldrenes holdninger til barnevernet på en negativ måte. Mange pasienter har vært eller er i kontakt med barnevernstjenesten, og har ulike erfaringer. Barneansvarlige forteller at pasienter er redd for at de skal bli fratatt barna sine.

Barneansvarlige beskriver at mangel på kunnskap og erfaring i å prate med barn, bidrar til vegring mot å snakke med pasientene om barna eller snakke med barna selv. Internundervisning og kollegaveiledning relatert til egen praksis kan bidra til økt kompetanse hos behandlere (Torbjørnsen et al. 2014).

### **Ivaretagelse av barn**

Barneansvarlige beskriver rollen sin som viktig, knyttet til ivaretagelse av barn. Barnesamtaler er et av de tiltakene barneansvarlige tilbyr foreldrene og deres barn for å forebygge psykiske vansker hos barna. Samtalens hensikt er blant annet å skape trygghet hos barna, skape åpenhet rundt psykisk helse og sørge for nødvendig oppfølging. Dette er i tråd med retningslinjer fra Helsedirektoratet (2010). Barneansvarlige i denne studien beskriver at samtalen har et barneperspektiv, og foregår med barnet alene eller sammen med foreldrene i en familiesamtale. Samtalene har fokus på trivsel, følelser og vanskelige tanker, alminneliggjøring av psykiske lidelser og oppfølging fra kommunale instanser. Barneansvarlige sier de har erfaring med at familiesamtaler bidrar til å skape trygghet hos barna og åpenhet rundt sykdommen.

Familiesamtaler som har fokus på barna, er forebyggende på utvikling av psykiske vansker hos barn (Beardslee, Gladstone, Wright og Cooper 2003). Helgeland (2012) sier det er viktig at barna får foreldrenes uttalte støtte til å delta i samtaler uten foreldrene. Barn er veldig lojale overfor sine foreldre og kan komme i lojalitetskonflikt om samtalen foregår uten foreldrenes støtte. Foreliggende studie viser at gjennomføringen av samtaler med barna og foreldrene praktiseres ulikt på de forskjellige avdelingene. På avdelinger hvor behandlerne selv skal ivareta dette, blir oppfølgingen tilfeldig. Der er det opp til den enkelte behandler om de tilbyr samtale. I avdelinger med flere barneansvarlige er arbeidet satt mer i system, og de barneansvarlige utfører i større grad samtalen selv. Dette viser betydningen av utarbeidede rutiner som er forankret i systemet i avdelingen.

Barneansvarlige initierer kontakt med kommunale instanser med tanke på oppfølging av barna i kommunen hvor de bor. Samhandling med andre instanser er en av oppgavene barneansvarlig skal ivareta (Helsepersonelloven 1999). Nasjonale føringer relatert til barn og psykisk helsearbeid, viser til viktigheten av samordnede tjenester mellom etater og behandlingsnivåer, relatert til oppfølging av barna (Helsedirektoratet 2007, 2010, 2014). Mahony (2010) viser til en økning i barn som lever med foreldre som lider av psykisk sykdom, og at helsesøster i økende grad møter barn med problemer relatert til psykiske lidelser. Det er et ønske om anerkjennelse av økningen i problemstillinger relatert til psykiske lidelser, samt behovet for riktig utdanning og støtte for oppfølging og ivaretagelse av barna. Barneansvarlige som ikke samarbeider med kommunale instanser i særlig grad, har negative erfaringer og liten tro på at kommunale instanser følger opp. Manglende samarbeid kan føre til at barna ikke får oppfølging i egen kommune.

Helsesøster beskrives av barneansvarlige både som en viktig person for barna og en god samarbeidspartner for dem selv. Helsepersonell skal, ifølge Helsepersonelloven (1999), samarbeide med annet personell for å ivareta barns beste. Barneansvarlige beskriver

helsesøster som en person de fleste har tillit til. Helsesøster skal, ifølge Helsedirektoratet (2004), være spesielt oppmerksom på barn og unge i sårbare situasjoner, samt forebygge psykiske plager og lidelser (Helsedirektoratet 2007). Helsesøstertjenesten omfattes av taushetsplikten. Denne er likevel ikke til hinder for meldeplikten til barnevernstjenesten ved mistanke om omsorgssvikt (Helsepersonelloven 1999). Noen familier kan oppleve at tilliten svekkes når helsesøster melder bekymring til barnevernstjenesten. Denne meldeplikten bør helsesøster være åpen om i møte med barn og familier med ulike vansker. Helsesøster bør omtale barnevernstjenesten som en samarbeidspartner i kommunen. Bekymringsmeldingen kan, ofte med fordel, skrives sammen med foreldrene.

Et samarbeid mellom voksenpsykiatrien og førstelinjetjenesten, skole/barnehage kan bidra til økt støtte i barnas hverdag, og er et uutnyttet potensiale. Dette er fagpersoner som naturlig bør følge opp barnet og familien videre (Osen 2015).

Halsa (2012) skriver at tidlig intervensjon, riktig og langsiktig oppfølging bidrar til å forebygge utvikling av adferds-, sosiale- og psykiske vansker hos barn som pårørende. Dette er oppgaver helsesøstertjenesten skal bidra med (Helsedirektoratet 2007), og som barneansvarlige skal bidra til at skjer (Helsedirektoratet 2010).

## **Metodiske betraktninger**

Det ble brukt en fenomenografisk tilnærming i studien, da hensikten var å avdekke de ulike oppfatningene barneansvarlige har av egen rolle, knyttet til barn som pårørende. I fenomenografien handler troverdighet, nøyaktighet og gyldighet om utfallet i beskrivelseskategoriene som representerer deltakernes oppfatninger av det fenomenet studien undersøker.

I fenomenografiske studier benyttes et strategisk utvalg for å skape forutsetninger for å få en variasjon i hvordan et utvalg oppfatter samme fenomen. Analysen er gjennomført og beskrevet i tråd med Alexandersson's (1994) fire trinn og troverdigheten ble prøvd ivaretatt ved variasjon i utvalget; kjønn, alder, erfaring, ulike arbeidsplasser og antall barneansvarlig i avdelingen. Føsteforfatterens erfaring som helsesøster og arbeid med barn kan ha medvirket til å få rikere data fra deltakerne. Wilhelmsen (2010) sier det er en risiko ikke å anerkjenne forutinntattheter som bringes inn i forskningsarbeidet. Ulike faktorer som kan påvirke resultatet bør nøye overveies så ikke viktige aspekter av fenomenet går tapt.

Det er også viktig at forfatterne erkjenner at egen forforståelse og erfaring kan være en risiko i forhold til påvirkning av studiens troverdighet. Troverdigheten kan opprettholdes ved at forskeren er bevisst på nærhet/distanse mellom egen praksis og forskning, og har en refleksiv holdning gjennom hele arbeidet med studien (Sundet 2014). Forfatterne har diskutert og forsøkt å ivareta både den personlige og epistemologiske refleksiviteten gjennom hele forskningsprosessen.

Påliteligheten er ivaretatt ved at samme person gjennomførte alle intervjuene og åpnet alle intervjuene med samme spørsmål til deltakerne. Dette til tross, kan oppfølgingsspørsmålene være påvirket av at intervjueren etter flere intervjuer kan ha fått ny kunnskap som kunne påvirke oppfølgingsspørsmålene. Alle trinnene i forskningsprosessen er beskrevet og et representativt utvalg av uttalelser (sitater) fra deltakerne er vist for at leseren kan følge forskernes resonnement i kategoriseringen av uttalelsene. For å sikre troverdigheten

ytterligere har medforfatter lest intervjuer og deltatt i analysen, og hvert trinn er diskutert. Forfatterne kan likevel ikke forbeholde seg retten til å si at funnene representerer alle varianter av oppfatninger som barneansvarlig har av egen rolle.

## **Konklusjon**

Barneansvarlig er spesielt interessert i barn som pårørende og holder barnefokusset oppe i avdelingen. De har kunnskap om barn som pårørende og holder seg oppdatert på temaet. Denne kunnskapen formidles gjennom internundervisning og kollegaveiledning i avdelingen. Barneansvarlig passer på at de lovpålagte oppgavene, knyttet til barn, blir utført. De er opptatt av å forebygge psykiske lidelser hos barn og ha et samarbeid med foreldrene og kommunale instanser. Ivaretagelse av barn som pårørende har ulik praksis på forskjellige avdelinger. Forhold som påvirker utøvelsen av rollen er tid, hvor mange barneansvarlige det er på avdelingen, mangel på utarbeidede rutiner og systemer og hvilke holdninger ledelsen har til arbeid med barn som pårørende. Barneansvarlig ser at noen behandlere ikke følger opp ansvaret de har for pasientenes barn. Summen av disse forholdene gjør at det er tilfeldig hvilken oppfølging barna og familien får.

## **Relevans for klinisk praksis**

Barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser har økt risiko for å utvikle vansker, og spesielt utsatt er barn som lever i en belastende omsorgssituasjon over tid. Disse barna må ses og følges opp.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør samordne tjenestene til familier med barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser. Tiltak og tjenester bør samordnes så tidlig som mulig, og det bør være mulighet for langsiktig oppfølging til de familiene som har behov for det.

Familiefokuserte intervensjoner, som har forebyggende effekt på utvikling av problemer hos barn og som styrker foreldrekompetansen, må tilbys familiene.

Det er viktig at utdanningsintitusjoner som utdanner helsepersonell som skal arbeide med mennesker med psykiske lidelser, har fokus på betydningen av familieperspektivet i møte med, og behandling av *alle* pasienter. Det er også viktig at de vektlegger betydningen av samarbeid og samordnede tjenester.

## Litteratur

- Aldridge, J (2006) The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. *Child Abuse Review*, 15(2), 79-88. <http://dx.doi.org/10.1002/car.904>
- Alexandersson, M (1994) Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I Starrin, B og Svensson, P G (red) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Holmbergs i Malmö AB, s. 111-136
- Alnes, N (2011) Barn har ikke tid til å vente. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(16), 541-542. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.09.1428>
- Barnard, A, McCosker, H og Gerber, R (1999) Phenomenography: a qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qualitative health research*, 9 (2), 212. <http://dx.doi.org/10.1177/104973299129121794>
- Beardslee, W R, Gladstone, T R G, Wright, E J og Cooper, A B (2003) A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change *Pediatrics*, 112 (2), e119. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.112.2.e119>
- Becker, S (2007) Global Perspectives on Children's Unpaid Caregiving in the Family: Research and Policy on 'Young Carers' in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa. *Global Social Policy*, 7 (1), 23-50. <http://dx.doi.org/10.1177/1468018107073892>
- Dearden, C og Becker, S (2004) *Young Carers in the UK: The 2004 report*. London: Carers, UK
- Griffiths, H Boland, V, Gilliland, D, McKernan, B og Shields, L (2007) An Evaluation of the Child and Parent Support Service within the Magherafelt and Cookstown Area *Child Care in Practice*, 13 (2), 125-135. <http://dx.doi.org/10.1080/13575270701201193>
- Halsa, A (2012) Foreldre som velferdsaktører - forebyggende arbeid for barn i risiko. I Haugland, B S M, Ytterhus, B og Dyregrov, K (red). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Halsa, A og Kufås, E (2012) De nye vaktbikkjene: barneansvarlige i helseforetak. I Haugland, B S M Ytterhus, B og Dyregrov, K (red). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Haugland, B S M (2006) Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 43 (3) s. 211-220
- Helgeland, A (2012) Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I Haugland, B S M, Ytterhus, B og Dyregrov, K (red). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (Oppfølging av born som pårørende)* (Ot.prp. nr. 84, 2008-2009) Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-84-2008-2009-/id560342/>
- Helsedirektoratet (2004) *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450.* (IS-1154) Oslo: Direktoratet
- Helsedirektoratet (2007) *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene.* (IS 1405) Oslo: Direktoratet
- Helsedirektoratet (2010) *Barn som pårørende.* (IS-5/2010) Oslo: Direktoratet
- Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.* (IS-2076) Oslo: Direktoratet
- Helsepersonelloven (1999) *LOV-1999-07-02-64. § 10a (2014)*
- Kallander, E K (2010) Skjulte unge omsorgsgivere: helsepolitiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid (trykt utg.)*



- Kallander, E K, Brodal, L og Kibsgård, H (2012) *Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende 2007-2010*. (IS-2011) Oslo: Direktoratet
- Kallander, E K, Vallesverd, V U (2015) Unge omsorgsgivere – barn og unge som har betydelige omsorgsoppgaver. I Haugland, B S M, Bugge, K E, Trondsen, M V, Gjesdahl, S (Red.) *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Fagbokforlaget, Bergen, s. 79-90
- Killén, K (2013) *Barndommen varer i generasjoner: forebygging er alles ansvar* (3. utg. utg.) Oslo: Kommuneforlaget
- Killén, K og Olofsson, M (2003) *Det Sårbare barnet : barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget
- Korhonen, T, Pietila, A-M og Vehvilainen-Julkunen, K (2010) Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? - a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 65. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x>
- Larsson, J og Holmström, I (2007) Phenomenographic or phenomenological analysis: does it matter? Examples from a study on anaesthesiologists' work. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(1), 55-64. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v2i1.4945>
- Lauritzen, C, Reedt, C, Van Doesum, K og Martinussen, M (2015) Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness. *Journal of Child and Family Studies*. Vol. 24(4) Apr. 2015, pp. 864-871. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9895-y>
- Mahoney, L. (2010) Children living with a mentally ill parent: the role of public health nurses. *Nursing praxis in New Zealand inc*, 26(2), 4
- Maybery, D og Reupert, A (2009) Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 784-791. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x>
- Myrvoll, L R (2013) "Tidstyvene", barn som pårørende; en kvalitativ studie av hvordan behandlere ved en psykiatrisk avdeling forstår og handler for å ivareta mindreårige barn som pårørende. Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer
- Osen, N L (2015) «Medvindsfaktorer» for barneansvarligarbeidet i voksenpsykiatrien. I Haugland, B S M, Bugge, K E, Trondsen, M V, Gjesdahl, S (Red.) *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Fagbokforlaget, Bergen, s.213-226
- Reedt, C og Lauritzen, L (2015) Barn med psykisk syke foreldre: Behov for nye rutiner og bedre implementeringsstrategier. *Scandinavian Psychologist*, 2015;2(e10)1-18
- Reedt, C og Lauritzen, L (2015) Å se og ivareta barn av psykisk syke foreldre. *Utfordringer i psykisk helsevern*. I Haugland, B S M, Bugge, K E, Trondsen, M V, Gjesdahl, S (Red.) *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* Fagbokforlaget, Bergen, s. 229-237
- Reedt, C, Mørch, L og Lauritzen, C (2015) Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(01)
- Rutter, M og Quinton, D (1984) Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological medicine*, 14(04), 853-880. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700019838>
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *LOV-1999-07-02-61. § 3-7a. (2014)*
- Sundet, R (2014) Forsker og terapeut – Sammenfletting av roller som grunnlag for en forskende klinisk praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (01)
- Torbjørnsen, A B E, Strømstad, J V, Aasland, A M K og Rørtveit, K (2014) Relasjonens

- betydning i psykisk helsearbeid - en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (04)
- Torvik, F A og Rognmo, K (2011) *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. (Rapport 2011:4) Oslo: Folkehelseinstituttet
- Uljens, M (1989) *Fenomenografi: forskning om oppfatninger*. Lund: Studentlitteratur
- Wilhelmsson, N (2010) *From Basic Science Knowledge to Clinical Understanding*. Stockholm: Karolinska institutet
- Ytterhus, B (2012) Hva er et "pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I Haugland, B S M, Ytterhus, B og Dyregrov, K (Red.) *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS

# Kvalitet i praksisstudier i sykepleier- og vernepleierutdanning

**Kari Westad Hauge<sup>1</sup>, Ole David Brask<sup>2</sup>, Liv Bachmann, Inger Elisabeth Bergum, Wenche Mongstad Heggdal, Hans Inderhaug, Cecilie Katrine Utheim Grønvik og Signe Gunn Julnes**

*Kari Westad Hauge<sup>1</sup>, førstelektor, Høgskolen i Molde, avdeling for helse- og sosialfag*

*Ole David Brask<sup>2</sup>, førstelektor, Høgskolen i Molde, avdeling for helse- og sosialfag*

*Likestilte medforfattere:*

*Liv Bachmann, høgskolelektor, Høgskolen i Molde, avdeling for helse- og sosialfag*

*Inger Elisabeth Bergum, høgskolelektor, Høgskolen i Molde, avdeling for helse- og sosialfag*

*Wenche Mongstad Heggdal, høgskolelektor, Høgskolen i Molde, avdeling for helse- og sosialfag*

*Hans Inderhaug, høgskolelektor, Høgskolen i Molde, avdeling for helse- og sosialfag*

*Cecilie Katrine Utheim Grønvik, høgskolelektor, Høgskolen i Molde, avdeling for helse- og sosialfag*

*Signe Gunn Julnes, høgskolelektor, Høgskolen i Molde, avdeling for helse- og sosialfag*

## Abstract

**Background:** Clinical training in health and social care educations are important in the development of professional competence. Evidence indicates that there are major quality differences in clinical practice in health- and social studies. **Purpose:** To examine what key players related to clinical practice in nursing and social education believes provides quality. **Method:** Focus Group Interview where students, supervisor and teachers participated in all groups. **Results:** Students learning in practice presupposes a knowledge base of the student, a learning environment with adapted responsibilities and coping capabilities, and a relationship with the supervisor who promotes both recognition and needed correction. The supervisors role can be strengthened through individual competence, clearer support from boss and co-workers, and more emphasis on triangular cooperation with the college. **Conclusion:** There is a large overlap in the understanding of what in practice is all about quality. The perspectives of the three actors appear primarily as mutually complementary.

## Keywords/nøkkelord

*quality; clinical studies; collaboration, health- and social care education; kvalitet; praksisstudier; samarbeid; helse- og sosialfag utdanning*

## Referee\*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.3772>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Bakgrunn

Praksisstudier i helse og sosialfaglige bachelorutdanninger spiller en viktig rolle i utviklingen av profesjonell kompetanse hos profesjonsutøvere. I sykepleierutdanningen utgjør dette 50 % av utdanningen, og rammeplanen stiller krav om at studentene skal ha praksis i ulike deler av spesialist- og kommunehelsetjenesten. I vernepleierutdanningen er praksiskravet 33 %, og den enkelte utdanningsinstitusjon kan langt på vei definere hvilke praksisarenaer som er de mest sentrale. Kårstein og Caspersen (2014) fremhever at hovedvekten av eksisterende kunnskap om praksis i helse- og sosialfaglige utdanninger, har utgangspunkt i sykepleierutdanningen. Vår litteraturgjennomgang viser også at omfanget av kunnskap om praksis i vernepleierutdanningene er betydelig mindre.

I de senere årene har det vært et sterkt nasjonalt fokus på kvalitet i praksisstudier i helse- og sosialfagutdanninger. Mye tyder på at det er store kvalitetsforskjeller, ikke minst når det gjelder veiledning i praksisstudier (Kårstein og Caspersen 2014). I 2012 initierte Helsedirektoratet et nasjonalt prosjekt som undersøkte hva veiledere mente ga god kvalitet i praksisstudier (Caspersen og Kårstein 2013). Studien konkluderer med at god praksis kjennetegnes ved klare planer og mål for praksisstudiet, og at praksis bygger videre på tema som er gjennomgått på høgsolen. Veilederne fremhever betydningen av at forventninger til studentene fra praksisfeltet blir kommunisert til studentene i forkant av praksisoppholdet, og at det er klare og forståelige læringsutbytter for studiet som er relevante for vurdering av studentene. Videre kjennetegnes god praksis ved at veilederne har veilederutdanning som oppleves relevant, og at det finnes en plan for kompetanseutvikling for veiledere. Kvaliteten forutsetter også at det er etablert et system for kontakt mellom høgsolen og praksissted (Jokelainen, Turunen, Tossavainen, Jamookeah og Coco 2011).

På oppdrag fra Universitets- og høgsolenrådet ble det i 2014 gjennomført en litteraturgjennomgang av utfordringer knyttet til praksis i helse- og sosialfagutdanningene. Den viser at vi mangler kunnskap om hva høgsolenes lærere opplever er av betydning for kvalitet i praksisstudier (Kårstein og Caspersen 2014). Studenter fremhever viktigheten av at de får kunnskap om hvilke forventninger høgsolen og praksisfeltet stiller til dem, og at praksis bygger på de ferdigheter/tema de har fått opplæring i på høgsolen. I tillegg oppleves det positivt om de får mulighet til å reflektere over erfaringer og problemstillinger som oppstår i praksis (Kårstein og Caspersen 2014). Haug (2009) og Løfmark, Morberg, Öhlund og Ilicki (2009) finner at kvaliteten øker når studenter bidrar med oppdatert kunnskap i praksis. Caspersen og Kårstein (2013) viser videre til at praksisfeltet og utdanning kan ha ulike syn på hva kvalitet i praksis er, og dette er først og fremst knyttet til hva formålet med praksisstudiene skal være. De oppfordrer til mer forskning på hvordan studenter lærer i praksis; hva fungerer bra og hva fungerer mindre bra.

## Hensikt

Studiens hensikt var å undersøke hva sentrale aktører mener gir kvalitet i praksisstudiene i en sykepleier- og vernepleierutdanning. For å belyse dette, intervjuet vi studenter, veiledere fra praksisfeltet og lærere ved høgsolen, med utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- Hva forbinder studenter, veiledere og lærere med kvalitet i praksisstudier?
  - Hva kjennetegner praksisstudier som fremmer læring?

## Metode

Fokusgruppeintervju ble valgt for å fange opp deltakernes perspektiver. I følge Krueger og Casey (2009) og Malterud (2012) er fokusgruppeintervju en velegnet metode når hensikten med studien er å få frem data som gjenspeiler mangfold av opplevelser, meninger og erfaringer om et bestemt tema. I tillegg genereres data fra en gruppedynamisk interaksjonsprosess i fokusgruppeintervju som ikke ville ha kommet frem ved dybdeintervju (Krueger og Casey 2009, Malterud 2012).

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervju. I alle gruppene deltok veiledere, lærere og studenter. Denne sammensetningen ble valgt for at perspektivene til de tre hovedaktørene skulle kunne utfylle og utfordre hverandre. Deltagerne i to av gruppene representerte sykepleierutdanningen, mens deltagerne i de to andre gruppene representerte vernepleierutdanningen. Dette siste ble gjort for å tydeliggjøre likheter og forskjeller mellom utdanningene, siden det er gjort få studier i vernepleierutdanning tidligere.

Malterud (2012) framhever at gruppene må settes sammen slik at vi får det ønskede mangfoldet innad i gruppen, samtidig som dimensjonene ikke representerer potensielle spenninger mellom deltakerne. Videre at deltakerne lettere gjenkjenner og identifiserer seg med hverandres erfaringer, slik at assosiasjonseffekten øker (Malterud 2012). Vi valgte å ha to veiledere, to lærere og fire studenter i hver gruppe, for å balansere maktforholdet mellom deltakerne. Dette ga grupper på åtte deltakere.

## Rekruttering og utvalg

Informantene ble rekruttert fra en høyskole og tilhørende praksisfelt. Begge utdanningenes praksisområder ble representert i utvalget. For å sikre oss studenter med mest mulig erfaring fra praksisstudier, gikk vi ut med en åpen invitasjon blant tredjeårsstudenter om å delta i studien. Ved vernepleierutdanningen måtte invitasjonen også gå til andreårsstudenter for å få nok informanter. Videre ble veiledere og lærere med erfaring i å veilede, forespurt om å være med i studien. Veiledere både med og uten videreutdanning i praksisveiledning ble spurt. Alle potensielle informanter fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien.

## Datainnsamling

Studien ble utført av åtte forskere. Disse utgjør en av høyskolens forskningsgrupper, og innehar representanter fra begge de aktuelle profesjonsutdanningene. Det var en erfaren moderator og to sekretærer i alle intervjuene. Malterud (2012) understreker viktigheten av at moderator har god opplæring og kompetanse i fokusgruppeintervju. Forskere tilknyttet vernepleierutdanningen fylte rollene som moderator og sekretær ved sykepleierutdanningen, og vice versa. Dette for å redusere kjennskap til informantene.

Intervjuene varte i nitti minutter og det ble brukt lydopptaker. En sekretær noterte data på klima og samhandling, den andre begynnelsen på hvert utsagn. Malterud (2012) poengterer replikkfastsetting som viktig for transkriberingsarbeidet. Det ble utarbeidet en intervjuguide (se figur 1) med åpne spørsmålsformuleringer. Krueger og Casey (2009) understreker betydningen av å starte intervjuet med enkle spørsmål, med lite konfliktpotensial. Når stemningen er god og deltakerne aktive, er det lettere å spørre om spesifikke temaer og invitere til nyanserte og kanskje motstridende synspunkter.

- Hva forbinder dere med kvalitet i praksisstudier?
- Kan dere fortelle om en gang dere opplevde en god læresituasjon; som student, praksisveileder eller høgskolelærer?
- Hva er det som kjennetegner gode læresituasjoner i praksis?
- Hva er det som skal til for å få en god læringsprosess i praksisstudier?
- Hva mener dere må til for at kvaliteten på praksisstudier skal bli enda bedre?

Figur 1 Intervjuguide

## Analyse

Intervjuene ble transkribert av forskerne i studien. Det ble gjennomført en tematisk analyse med utgangspunkt i Braun og Clarke (2006). Disse beskriver analyseprosessen i 6 faser: gjøre seg kjent med dataene, generere innledende koder, søke etter temaer, gjennomgå temaer, definere og navngi temaer og produsere rapport.

Braun og Clarke (2006) vektlegger at det er viktig å bli kjent med alle aspekter ved data, noe som krever både lesing og re-lesing. Hver enkelt leste gjennom intervjuene, og alle fremmet forslag til meningsbærende enheter. Deretter møttes en i undergrupper og ble enige om foreløpige koder. Undergruppenes forslag til koder ble så satt inn i tabell, og materialet kategorisert utfra disse. Forskerne diskuterte seg i fellesskap frem til et sett med ni temaer, der tema er samlebetegnelse for koder som hører sammen. Etter ytterligere diskusjon ble antallet tema redusert til seks. Hele analysearbeidet ble gjennomført i tett dialog mellom alle forskerne.

## Metodiske betraktninger

Studiens pålitelighet kan være styrket ved at alle bidro og diskuterte i alle deler av analyseprosessen. På den måten kan vi ha redusert faren for at forforståelsen fikk styre. I følge Ellingsen og Dragset (2008) styrkes også troverdigheten ved at flere forskere med emne- og metodekunnskap deltar i analysearbeidet.

De samme personene ble brukt som moderator og sekretærer i begge intervjuene ved hver utdanning, noe som gjorde det mulig å nyttiggjøre seg erfaringer underveis. Videre la moderatorne vekt på å oppsummere, og å stille oppklarende spørsmål, noe som bidrar til å styrke validiteten i studien (Krueger og Casey 2009).

Hensikten med kvalitative studier er ikke å generalisere på populasjonsnivå, men å utvide forståelsen av et fenomen (Ellingsen og Dragset 2008). Et sentralt stikkord i forhold til overførbarhet, er her kontekst. Malterud (2012) sier at jo mer relevant utvalget av deltakerne

er i forhold til problemstillingen, jo mer sannsynlig er det at diskusjonene i gruppene har presentert erfaringer som andre kan lære noe av. Informantene i studien er rekruttert fra en høgskole og dens praksisfelt. Hvordan praksisstudiene er opplagt og tilrettelagt vil kunne variere fra en utdanningsinstitusjon til en annen. Funnene viser at kvaliteten i praksis i stor grad er avhengig av relasjoner, noe som kan bekrefte at studien har overføringsverdi til tross for at «systemet» kan variere fra en utdanningsinstitusjon til en annen. Det er også en fare for at vi ved en åpen invitasjon til våre informanter, har rekruttert deltakere som skiller seg fra gjennomsnittet ved at de er spesielt interessert i studiens tema. På den annen side ville vi ikke nødvendigvis være sikret bedre data ved å inkludere deltakere som ikke er interessert. Vi opplevde ikke at noen av deltakerne hadde særstandpunkter med begrenset overførbarheten. Malterud (2012) hevder også at en grundig teoretisk diskusjon av funnene også vil styrke overførbarheten av funnene, ved å sette dem inn i en større sammenheng. Videre hevder hun at det som kanskje har størst betydning for overførbarheten er kombinasjonen av «aha-effekt» og gjenkjennelighet. I dette legger hun at en gjennom funnene både opplever sammenfall med kunnskap en har fra før, og får en ny og endret forståelse i forhold til tidligere.

### **Etiske overveielser**

Prosjektet ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), og er utført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer. Deltakerne fikk informasjon om at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg når som helst fra prosjektet. Samtlige deltakere leverte skriftlig informert samtykkeerklæring.

### **Resultater**

Analysen resulterte i seks tema: a) kommunikasjon og samarbeid, b) tilnærminger og tilrettelegging, c) vurdering og vurderingsgrunnlag, d) veilederkompetanse, e) studentrolle og -ansvar, og f) relasjon student/veileder. Temaet kommunikasjon og samarbeid er til forskjell fra de andre både et gjennomgående og et overordnet tema. Gjennomgående ved at det går som en rød tråd gjennom alle de andre temaene. Overordnet ved at det omhandler trekantsamarbeid mellom aktørene som sikrer kvalitet i praksisstudiene.

I sitatene differensieres det mellom de tre aktørene. L står for lærer, S for student og V for veileder. Tilhørighet til utdanning synliggjøres kun der vi mener dette har et poeng.

### **Kommunikasjon og samarbeid**

Som gjennomgående tema ser vi at informantene framhever kvaliteten på kommunikasjon og samarbeid innenfor læringsmiljøet på praksisstedet, i tilbakemeldingene fra veileder til student, i oppfølgingen til veilederen, i relasjonen mellom student og veileder og i studentens formidling av sine læringsbehov og sitt kunnskapsgrunnlag. Dette utdypes under de enkelte temaene.

Når det gjelder kommunikasjon og samarbeid som overordnet tema, så legger studenter, veiledere og lærere i alle grupper vekt på informasjonsutveksling og dialog mellom aktørene. Spesielt to typer trekantsamarbeid framheves som viktig: informasjonsmøte før praksisperiodene, og forventningssamtale i starten av periodene. Vernepleierutdanningen har

et felles forberedende informasjonsmøte for alle tre aktører, noe som blir etterspurt i sykepleiergruppene:

*"Informasjon fra høgskolen, tror jeg er viktig. Mange ganger opplever en at praksisveilederne rett og slett blir overrasket over hvor store læringsutbytter vi har, og alt det de må sette seg inn i... Det var en gang noen som hadde et møte med praksisplassen, de virket mye mer forberedt." (S2, sykepleie)*

Åpen kommunikasjon rundt forventninger til en praksisperiode er et tema som omtales av informanter i alle gruppene. Dette innbefatter avklaringer av både forventninger og ansvar mellom student, veileder og lærer. Sykepleierutdanningens forventningssamtale hevdes å treffe dette behovet godt. Ved vernepleierutdanningen gir flere uttrykk for at de savner en gjensidig avklaring av forventninger.

### **Tilrettelegging og tilnærminger**

I alle grupper blir læringsmiljøet tillagt en vesentlig rolle for opplevelsen av kvalitet. Dette handler delvis om praksisstedets forberedelser og innstilling til å ha studenter, og om spesifikk tilrettelegging for læring.

I følge informantene er praksisstedenes forberedelser til en praksisperiode høyst ulike. Veiledere i flere grupper peker på at det må være god informasjonsutveksling og dialog mellom ledelse og veileder som skal ha ansvar for studenten, og ikke bare informasjon via en "gul lapp i hylla" like før studenten kommer.

Veiledere i flere grupper fremhever betydningen av å kunne tilby et romslig miljø, med åpenhet for innspill fra studentene: *"At en blir tatt godt vare på, at du får lov til å stille kritiske spørsmål, og at du får lov til å være kritisk reflekterende - det er kjempeviktig!"* (V6). Kontinuitet i oppfølgingen fra veileder blir poengtert av mange, herunder fremheves det som viktig at veilederen i størst mulig grad bør gå i 100 % stilling, og at student og veileder følger samme turnus.

Mange vektlegger at gode læresituasjoner kjennetegnes ved at studentene gis utfordringer og ansvar for å lære. Noen av informantene vektlegger det å lære å presse egne grenser, mens de fleste vektlegger at utfordringene må tilpasses den enkelte, slik at studenten opplever mestring. Studenten må tildeles passe mye ansvar, samtidig som veileder og lærer støtter og inspirerer til best mulig resultat. Mange er opptatt av at en mestringsopplevelse forutsetter at studenten har kunnskapsgrunnlaget i orden, og at en får tydelige tilbakemeldinger hele veien.

### **Vurdering og vurderingsgrunnlag**

Flere informanter fremhever betydningen av å ha konkrete vurderingsverktøy for praksis. I sykepleierutdanningen trekkes "progresjonsstigen" fram som et viktig hjelpemiddel, der forventet læringsutbytte, tema og læringsaktiviteter konkretiseres. Dette blir vurdert som avgjørende for en rettferdig vurdering av studentene, samtidig som det gir veileder økt trygghet til å ta vanskelige avgjørelser.

Noen veiledere opplever at terskelen for å gi vurderingen ikke-bestått i praksis er høy, og at studentene må gjøre alvorlige feil for å stryke. En veileder påpeker at loven "beskytter"



studenter, og at studentens rettigheter noen ganger kan bli tillagt for mye vekt i forhold til faglige vurderinger.

Flere av veilederne synes det er utfordrende å gi tilbakemeldinger. Informantene understreker viktigheten av at konstruktive tilbakemeldinger blir gitt tidlig, slik at studentene får mulighet til å forbedre kunnskap og ferdigheter. Studenter fremhever betydningen av daglige tilbakemeldinger, uavhengig av om de er positive eller negative.

For å gi lærer et best mulig vurderingsgrunnlag, trekker informantene frem betydningen av at veiledere skriver tilbakemeldinger med utgangspunkt i konkrete situasjoner.

*"Det er faktisk er veldig viktig at det som er grums skrives ned, slik at høgskolen kan se hele bildet, siden det er dere som skal vurdere til slutt." (V9)*

Noen informanter har opplevd at veiledere dokumenterer mangelfullt. Svake studenter som burde fått underkjent praksisperioden, har fått bestått fordi det manglende grunnlaget for vurderingen ikke skulle gå ut over studenten. Det å gi ikke-bestått krever mot fra veileder og lærer sin side, og noen informanter mener at det er situasjoner hvor dette ansvaret ikke blir tatt. En lærer sier: *"Vi opplever av og til at vi har studenter hvor vi lurte på hvordan i all verden har det gått til at de har kommet til tredje året." (L1)*

## **Veilederkompetanse**

Veilederkompetanse framheves som viktig i alle gruppene, og her nevnes både pedagogisk, faglig og relasjonell kompetanse. Studentene skiller mellom veiledere som gir god og dårlig oppfølging, og relaterer dette til veilederens pedagogiske kompetanse. En student sier:

*"Det er irriterende at ikke alle studentene får like bra oppfølging. Det er veldig bra for studenten når du får reflektert over dagen. Har du lært noe av den situasjonen? Synes du måten vi gjorde det på var bra? Eller har du sett det gjort på en annen måte tidligere? Flere burde fått oppfølging på den måten." (S1)*

Veilederens faglige kompetanse blir løftet fram som betydningsfull. En vernepleierstudent savner at hun i sitt 2. studieår enda ikke har hatt en vernepleier som veileder. Hun savner en hun kan identifisere seg med faglig. Flere sykepleierstudenter peker på betydningen av at veileder har dybde i fagkunnskapen ved å ha videreutdanning innenfor eget fag.

Veilederens relasjonelle kompetanse er et annet tema i gruppene. En veileder sier at hun må veie sine ord, en student sier at veilederne må være observant på hvordan de snakker til studenten. En veileder sier: *"Å hakke på noen er ikke god hjelp"* (V9). Flere er inne på betydningen av at veileder er trygg på seg selv, både faglig og sosialt.

Betydningen av å ha en videreutdanning i veiledning berøres i gruppene. En lærer sier at kvaliteten på samtalene i praksis er en helt annen når veileder har en slik videreutdanning. En veileder, som selv har gjennomført utdanningen, sier at det er veldig bra å ha den ballasten studiet gir. Ikke minst handler dette om den bevisstgjøringen som skjer, i forhold til studentens potensiale for utvikling.

Informantene peker på at det er et ledelsesansvar å skolere de ansatte slik at de er kompetente til å ta på seg ansvar for studenter.

## Studentrolle og ansvar

Noen informanter framhever at studentens evne til å ta ansvar påvirker læring positivt. Flere av studentene uttaler at de må vise interesse, si tydelig ifra hva de ønsker å lære og å ta initiativ til ulike læresituasjoner. Veiledere og lærere framhever betydningen av at studentene viser seg frem og synliggjør eget ståsted. De påpeker viktigheten av å ta initiativ til å bruke høgskolens praksisdokumenter. Ikke minst blir studentenes faglige forberedthet framhevet som betydningsfull i forhold til å forstå komplekse sammenhenger.

*"Det er veldig viktig at de viser at de kan teorien rundt det de holder på med og jobber og ser sammenhenger- hvorfor det ble endring i pasientens situasjon. Det er viktig å bruke tid i læresituasjoner." (L1)*

Noen av studentene gir uttrykk for at de synes det er utfordrende å knytte teori til praksis. Andre opplever det som utviklende å anvende teori i praksis.

## Relasjon mellom student og veileder

Alle gruppene vektlegger dette temaet, og flere omtaler dette som "å ha god kjemi". Betydningen av det første møtet mellom student og veileder påpekes, både i forhold til relasjonen og læringsutbyttet: *"Får du et godt førsteinntrykk, får du et lite puff til å sette alle kluter til"* (S8). En lærer peker på betydningen av at både veileder og student er godt forberedt ved første møte, samt at veileder har lyst til å være veileder. Studentene ønsker å bli sett og møtt som person, at de ikke bare blir én av studentene.

Alle aktørene peker på grunnleggende verdier i relasjonen. De løfter fram betydningen av tillit, respekt, god kommunikasjon, at de har et ønske om å gjøre hverandre bedre. En student sier:

*"Praksisveilederen viste meg stor respekt i det første møtet, og jeg følte at jeg hadde hennes tillit hele veien. Jeg følte jeg hadde henne i ryggen, samtidig som jeg opplevde at det var lov å stille kritiske spørsmål." (S10)*

Flere veiledere sier at de lærer mye av å ha studenter, og underbygger slik at relasjonen er preget av et "gi og ta" forhold. Veilederne må skjerpe seg mer, og studenten kan bringe inn nyere kunnskap. Dette kan være teoretisk kunnskap, men også erfaringskunnskap som studenten har plukket opp av andre veiledere.

Det kommer videre fram hvordan veileder og student kan underbygge en god relasjon. Dette kan skje ved at studenten opplever at veilederen vil studenten vel, viser studenten omtanke og støtte. Videre er det viktig at veileder er motivert for oppgaven, og at hun ikke glemmer at hun selv har vært student. En veileder hadde en student som var usikker på seg selv, og investerte tid og oppmerksomhet på studenten:

*"Studenten utviklet seg fra å være usikker på seg selv til å klare å stå for ting og ta tak i egen utvikling. Det å kunne få være med på denne prosessen, og se at hun ble utrolig mye tryggere som vernepleier, det var herlig! Dette løftet meg slik at jeg fikk mye mer motivasjon til å ta imot studenter neste gang." (V7)*

Studenten på sin side kan underbygge en god relasjon ved å være engasjert og vise interesse, *"engasjementet til studenten inspirerer meg til å være veileder"* (V1). Begge to må tilpasse seg

ulike personer, møte hverandre med et åpent sinn. Veileder og student må *"flyte litt med hverandre i den prosessen de deler sammen"* (L5).

Informantene viser også hvordan aktørene kan isolere seg fra hverandre. En lærer sier at det kan ødelegge for relasjon om studenten merker at veileder ikke har lyst til å være veileder. Studentene gir enkeltteksempler på at veileder kan vise at hun misliker studenten, angriper studenten verbalt, eller viser en nedlatende væremåte. Begge partene kan isolere seg i relasjonen ved *"å være konfliktsky i forhold til å ta opp "sur" kjemi"* (S6).

## Diskusjon

Våre funn gir få holdepunkter for forskjeller mellom utdanningene. Det er stort sammenfall i forståelsen av hva praksiskvalitet handler om, og i hva som oppleves som hovedutfordringene i dag. Dette funnet kan styrke en antakelse om at forskning innenfor sykepleierutdanning har overføringsverdi til vernepleierutdanning. På noen områder har utdanningene valgt ulike virkemidler, slik som overordnede fora for kommunikasjon og samarbeid.

Sykepleierutdanningen har utformet første møte ved praksisstedet som en forventningssamtale mellom de tre aktørene, mens vernepleierutdanningen har valgt å avholde et felles informasjonsmøte for aktørene før praksisperioder. Der det framkommer ulikheter viser de to utdanningene interesse for hverandres løsninger, og bekrefter en liknende kvalitetsforståelse. I følge Caspersen og Kårstein (2013) har tilsatte i praksisfeltet og ved utdanningene ulikt syn på hva kvalitet i praksis innebærer. Kårstein og Caspersen (2014) påpeker at vi mangler kunnskap om hva høgskolens lærere opplever er av betydning for kvalitet i praksisstudier. I våre funn framstår perspektivene til de tre aktørene først og fremst som gjensidig utfyllende. De bidrar med noe forskjellige vinklinger på det samme, men det framkommer lite reell uenighet. Eksempelvis er det særlig studenter som setter ord på hvordan det oppleves å ikke bli tatt godt imot på et praksissted. Videre er det veiledere som påpeker fordelene med å ta veilederutdanning. Endelig er det flest lærere som fokuserer på viktigheten av å trekke inn lærer i vanskelige vurderinger.

## Tilknytning og selvavgrensning

Funnene viser at alle aktører legger betydelig vekt på kommunikasjon og samarbeid, og hva som kan fremme og hemme dette på ulike nivåer. Spesielt blir kontinuitet i oppfølgingen fra veileder tillagt mye vekt, og viktigheten av å samarbeide med og knytte relasjon til studenten over tid. Intervjuene kaster lys over flere utfordringer ved slik relasjonsbygging, som i uheldige tilfeller gjør at studenter føler seg lite sett og forstått. Samtidig tyder funnene på at mange studenter trenger tydeligere tilbakemeldinger, også av korrigerende art. Vårt inntrykk er derfor at det kan være underskudd både på anerkjennelse og korrigerende i mange veiledningsrelasjoner. For å kaste lys over noe av dette ønsker vi å trekke inn Schibbyes (2009) teori om relasjoner, og begrepene tilknytning og selvavgrensning.

I følge Schibbye innebærer trygg tilknytning at en opplever omsorg, beskyttelse, tilhørighet, og at en opplever å ha relasjon til den andre. Selvavgrensning viser til individets evne til å skille egne følelser, tanker, meninger, synspunkter, oppfatninger og vurderinger fra andres. Selvrefleksivitet, det å kunne forholde seg til seg selv og kunne "observere" seg selv, er en del av selvavgrensningen og en uvurderlig evne i alle relasjoner (Schibbye 2009).

Selvavgrensning er en naturlig del av individets utvikling til et voksent og selvstendig individ. I følge Schibbye opplever det selvavgrensede og selvrefleksive menneske seg som integrert og trygg i sine relasjoner, og klarer å skille mellom egne og andres behov og opplevelser. Samtidig påvirkes denne evnen av de utfordringene en møter, og de relasjonene en er en del av. Slik sett er selvavgrensning en kontinuerlig prosess, og også avhengig av graden av støtte i omgivelsene.

### **Studentens vekst med veilederen som base**

Med utgangspunkt i det foregående, kan det være nyttig å forstå studenten i praksis i lys av menneskers behov for en base, som utgangspunkt for utforsking av verden. I samsvar med annen forskning (Hauge 2015a, Maasø 2014, Haugan, Aigeltinger og Sørli 2012, Holmsen 2010 og Prestbakmo 2006) viser funnene at den viktigste "basen" for studentens læring, er veiledningsrelasjonen. Prestbakmo (2006) sier at en av veilederens viktigste funksjoner er å være en som studenten kan støtte seg til og stole på; et fast holdepunkt. Det er en utbredt oppfatning i våre grupper at den første fasen av veiledningsforholdet er avgjørende for hvordan relasjonen vil bli videre, og dermed læringsmulighetene. Det er viktig at veilederen formidler at hun vil studenten vel, og viser omtanke og støtte. I tillegg til veilederens relasjonelle kompetanse, viser funnene at veiledernes kompetanse innen egen yrkesfunksjon og veiledning er avgjørende for om studentens skal oppleve relasjonen til veileder som en trygg base. Studentens trygghet og læring i praksis er avhengig av at de får klarlagt gjensidige forventninger (Holmsen 2010), noe som bekrefter betydningen av den omtalte forventningssamtalen.

Informantene er opptatt av at studenten må få ansvar, samtidig som de løfter fram at dette må tilpasses den enkelte og ta utgangspunkt i studentens ståsted. Når studenten har fått etablert en relasjon til sin veileder, og på den måten fått en base, kan han begynne å utforske den praksis han skal føres inn i. Dette er sammenfallende med Jokelainen et al. (2011) som påpeker betydningen av å tilrettelegge for en individuell læringsprosess i praksis. En slik tilrettelegging krever at veileder kjenner studentens personlige læringsutbytter og forutsetning for å nå disse. Forventningssamtalen kan være en god start i å avdekke dette for veileder, men krever videre kontinuitet i veiledningen. Veiledningen bør videre ha fokus på å øke studentens ansvar til å jobbe selvstendig (Jokelainen et al. 2011, Strand og Nondal 2012). Kontroll fremmer studentens læring, og når ansvar er en utfordring studenten mestrer, kan det gi opplevelse av oversikt og kontroll (Löfmark og Wikblad 2001). For både å sikre mestringsopplevelser og tilby passe utfordring, må veilederen inntil en viss grense tilby "stillasbygging" (Imsen 2005) tilpasset den enkelte student. Det vil si nødvendig støtte slik at individet kan bevege seg inn i det Vygotsky (1978) kaller "sin nærmeste utviklingsone". Nøyaktig hvor grensen skal gå for tilpasning vil variere, men både lærer og veileder må bidra til tydeliggjøring av hva som skal forventes av studenten i ulike faser av studiet. Studentene i vår studie er tydelige på at de ønsker klare krav innenfor en støttende og trygg atmosfære. Den omtalte progresjonsstigen i sykepleierutdanningen er et eksempel på slik tydeliggjøring (Julnes, Grønvik, Eines og Ødegård 2015), som også kan bidra til at studentene tar mer ansvar for egen læring.

Våre informanter beskriver en rekke tiltak for å forberede studentens praksis og organisering av et støttende system. Sentralt her er at veilederne er oppnevnt på forhånd, at første dagen i praksis er godt organisert, at studenten får følge samme turnus som sin veileder og at en tilrettelegger for en mellommenneskelig relasjon til veileder. Informantene vektlegger at studenten blir inkludert som del av arbeidsfellesskapet. Alle disse funnene er sammenfallende

med Jokelainen et al. (2011). Hvordan avdelingen som helhet tar imot studenten, særlig i starten av praksisperioden, har stor betydning (Haddeland og Söderhamn 2013). Selv om den viktigste basen normalt vil være veilederrelasjonen, så kan også læringsmiljøet som helhet forstås som en slik base, der studenten henter mer eller mindre trygghet og selvavgrensning til å utvikle seg som selvstendig fagperson. Informantene understreker betydningen av det å lage et støttende læringsmiljø, og at ledelsen har en viktig oppgave i dette.

En god relasjon mellom student og veileder blir av flere informanter omtalt som ”god kjemi”. Studentene peker blant annet på at veileder må vise dem omsorg, og være interessert i både det å veilede, og i dem som personer. I følge dialektisk relasjonsforståelse (Schibbye 2009) vil relasjonen mellom veileder og student være avhengig av et bidrag fra begge parter. Anerkjennelse er en holdning man inntar i forsøket på å få den andre til å føle seg forstått ved at man viser den andre ekte interesse. Schibbye (2009) omtaler anerkjennelse som et dynamisk begrep, der innholdet er preget av empati, bekreftelse og omsorg. Et individ blir selvstendig og bevisst ved å bli anerkjent av andre. Funnene bekrefter at det er i veiledningsrelasjonen studenten tydeligst forventer å få den anerkjennelsen som fremmer selvstendighet og bevissthet som profesjonsutøver. Det er også i denne relasjonen de i størst grad forventer å bli møtt på eget perspektiv og måtte innta andres perspektiv. I følge Gillespie (2005) har relasjonen mellom veileder og student en iboende verdi for studentens læring og profesjonelle sosialisering. Våre informanter er opptatt av at student og veileder må tilpasse seg hverandre, og møte den andre med et åpent sinn, noe som kommer nært opp til det Schibbye kaller anerkjennelse. En lærer sier om relasjonen student/veileder at de må *”flyte litt med hverandre i den prosessen de deler sammen”*. Dette utsagnet gir et godt bilde av anerkjennelsens dynamikk. Informantene viser også at både veileder og student kan bidra til at denne flyten forkludres, ved at for eksempel studenten merker at veileder ikke har lyst til å være veileder, eller at de ikke bidrar til å underbygge en god relasjon. Manglende interesse og engasjement hos studenten kan likedan påvirke flyten negativt.

Et fremtredende funn i vår studie er betydningen av at studentene får jevnlige og tydelige tilbakemeldinger, noe som støttes av annen forskning (Hauge 2015a, Holmsen 2010, Haddeland og Söderhamn 2013, Haugan et al. 2012). I følge våre informanter vil slike tilbakemeldinger styrke både studentens kunnskapsgrunnlag og ferdigheter. Videre vil denne tilbakemeldingen kunne bekrefte at veileder ser studenten og hans behov (anerkjennelse), men samtidig innebære en viktig justering av kursen i forhold til vekst og utvikling (korrigerende). Veilederne i vår studie sier at de har et ønske om å være ærlige i sine tilbakemeldinger, men opplever dette som utfordrende. Schibbyes (2009) begrepsapparat kan her bidra til å belyse hva som kreves av en tydelig veileder. Den tryggheten som kreves for å kunne anerkjenne og korrigere i en god balanse, handler om selvrefleksivitet og selvavgrensning. Klarer veilederen å ha et reflektert forhold til seg selv, sine behov og opplevelser, og å skille disse fra andres, vil det være lettere både å opptre innlevende og avgrensende. Dersom veilederen sliter med selvrefleksivitet og selvavgrensning, kan dette slå i to retninger. Veilederen kan komme til å overdrive sin omsorgs- og støttfunksjon overfor studenten, gi for få eller uklare korrigerende tilbakemeldinger, og kanskje unnlate å varsle om fare for stryk. Alternativt kan veilederen komme til å opptre på en generelt negativ og kritisk måte, som hindrer studenten i å oppleve nødvendig mestring.

## **Mot til å stille krav**

Fra alle aktører i studien framkommer det bekymring for at for få studenter stryker i praksis, noe som samsvarer med annen forskning (Hauge 2015b, Hunt, McGee, Gutteridge og Hughes 2012, Duffy 2006). Selv om det formelle ansvaret for praksisgodkjenning ligger på skolen og læreren, vil veilederen ha et utøvende ansvar for å sette foten ned, og rapportere om sine bekymringer. Mange veiledere opplever dette som en svært krevende oppgave (Luhanga, Yonge og Myrick 2008, Duffy 2006, Pedersen 2001). Våre informanter peker på at det å stryke en student krever mot hos veileder, og de nevner eksempler på situasjoner hvor dette ansvaret ikke har blitt tatt. Det kommer også fram at svake studenter som burde fått ikke-bestått, får bestått på grunn av manglende dokumentasjon. Forskning viser at veiledere unnlater å stryke en student som ikke har nådd læringsutbyttene, dersom de mangler kunnskap og fortrolighet i rollen som veileder, mangler dokumentasjon eller opplever utfordringer knyttet til vurderingsdokumentet, mangler støtte fra utdanningen, kolleger og egen sjef, frykter å miste ansikt og opplever knapphet på ressurser (Hauge 2015b). En annen viktig grunn er veilederens personlige holdninger og oppfatninger. Det vil si hvilke holdninger de har til studenten, hvordan de selv oppfatter det å stryke, når og på hvilket grunnlag studenten kan stryke (Hauge 2015b).

## **Forhold som støtter veilederens selvrefleksivitet og selvavgrensning**

Det vi her har omtalt handler i utgangspunktet om personlig kompetanse hos veilederen. I tillegg vil ulike sider ved rammebetingelsene fungere støttende i forhold til veilederens selvrefleksivitet og selvavgrensning (Schibbye 2009). Vi vil spesielt diskutere tre slike forhold, som kom opp i intervjuene: veilederutdanning, ledelse og avdelingskultur, og høgskolens rolle.

Det første forholdet er veilederutdanning. Informantene vektlegger både pedagogisk, faglig og relasjonell kompetanse hos veilederen, og flere viser til viktigheten av at flere gjennomfører videreutdanning i praksisveiledning. De som har denne utdanningen, peker på at de er tryggere og mer bevisst i sin veilederrolle, samt at de er mer rustet til å veilede ulike studenter. Berthelsen (2012) fant at ved å ta en videreutdanning i veiledning, endrer veilederne syn på veiledning og læring. Veilederne tar i større grad enn før utgangspunkt i studentens ståsted, støtter studenten i læringsprosessen ved å ha en anerkjennende holdning og lager et lærende klima rundt studenten som bygger på gjensidig tillit. Videre blir veilederne mer bevisst på eget og studentens kroppsspråk, aktiv tilstedeværelse og aktiv lytting. Dette kan forstås som økt selvrefleksivitet, noe som innebærer selvavgrensning (Schibbye 2009). En person som kan skille mellom egne og andres behov vil også framstå som tryggere og tydeligere. En av våre veiledere påpeker at trygghet kan åpne for et sunt kritisk blikk på seg selv som veileder; en forutsetning for å være i stadig utvikling.

Det andre forholdet er ledelse og avdelingskultur. Selv om ansvaret for praksisveiledningen knyttes tydelig til en person, så skal ikke denne måtte føle seg alene i denne situasjonen. Her ser vi noen tendenser i vårt materiale. Der ledelsen prioriterer og forbereder det å ha studenter, opplever veilederen oftere at hun bidrar med noe viktig, og studenten føler seg mer velkommen. Imidlertid er tidspresset ofte stort, og veilederen blir lite involvert fram mot praksisstart. I en sammenliknende undersøkelse av flere profesjonsutdanninger fant Hatlevik (2012) at sykepleierne i større grad enn andre oppga å ha blitt pålagt oppgaven med å være veiledere. I tillegg trenger veilederen noen å søke råd hos, også lokalt. En leder kan spille en viktig rolle i så måte. Det samme gjelder en kultur hvor en kan finne støtte hos kolleger når det røyner på. Veiledere trenger også en trygg base og refleksjonsmuligheter i kollegamiljøet.

Det tredje forholdet, høgskolens rolle, bør ideelt sett fungere som en form for ”stillasbygg” for veilederen. Informantene vektlegger et godt fungerende samarbeid mellom utdanningen og praksisfeltet, og peker her på flere momenter. Fra første kontaktpunkt og til og med sluttvurderingen, bør veilederen oppleve tydelig informasjon og forventninger, både til studenten og veilederrollen. Skolen bør gi ryggdekning i forhold til vanskelige vurderinger som veilederen måtte komme opp i. Kontakten mellom veileder og lærer er viktig for å sikre nødvendig støtte, men også som et forum for refleksjoner, utfyllende informasjon om skolens krav og dialog rundt vurderinger av studenten. Studier viser at sykepleiere håndterer veiledningsoppgaver bedre dersom utdanningen gir dem støtte i rollen (Kristoffersen og Lillemoen 2012).

## **Konklusjon og implikasjoner for praksis**

Vi finner få holdepunkter for forskjeller mellom utdanningene i vår studie. Det er stort sammenfall i forståelsen av hva praksiskvalitet handler om, og i hva som oppleves som hovedutfordringene i dag. Videre framstår perspektivene til de tre aktørene først og fremst som gjensidig utfyllende. De bidrar med noe forskjellige vinklinger på det samme, reell uenighet framkommer lite.

Funnene viser at studentens læring i praksis vil fremmes ved at studenten har fokus på kunnskapsgrunnlaget, får tilpasset ansvar og tydelige tilbakemeldinger. En styrket veilederrolle som muliggjør vekst, vil være viktig. Det framkommer at veilederrollen kan styrkes ved at veileder har både en faglig-, pedagogisk- og personlig kompetanse. Støtte fra ledelsen, praksismiljøet og høgskolen vil også være avgjørende for å styrke veilederrollen. Funnene tyder på at kvalitet i praksis i stor grad er avhengig av om studenten får etablert en god relasjon til sin veileder. Veilederens trygghet og selvavgrensning i rollen kan være avgjørende, for å kunne tilby både anerkjennelse og korrigerende etter studentens behov. Veilederne med formell videreutdanning i veiledning sier at dette gir dem en trygghet i hvordan de skal møte studentene og hvordan de kan stille krav. Dette styrker at et krav om veiledningsutdanning vil være et viktig tiltak for å sikre kvalitet i praksisstudier.

Alle aktørene er bekymret for at for få studenter stryker i praksis. For å kvalitetssikre praksisstudiene, vil det i denne sammenhengen være viktig at utdanningen og praksisfeltet samarbeider om å utarbeide tydelige vurderingsverktøy, og sikrer at dette blir brukt. Støtte i kollegiet og fra lærer vil underbygge veilederens mot til å handle i en slik situasjon. Videre må skole og praksisfelt jobbe sammen for tidlig å identifisere studenter som forårsaker bekymring, og ha prosedyrer for hvordan en følger opp slike situasjoner.

Betydningen av tilbakemeldinger og mot til å stille krav understrekes i denne studien. I framtidige forskningsprosjekt kunne det vært interessant å undersøke hvor vanlig det er at studenter som ikke når læringsutbyttene, likevel får bestått i praksis. Videre ville det vært interessant å gjøre en dokumentanalyse av veilederes skriftlige tilbakemeldinger og vurderinger av studenter for å se om det er samsvar mellom tilbakemeldingene og krav om forventet læringsutbytte.

## Litteratur

- Berthelsen, AK. (2012) "Bare det å lære seg å lytte". *Hvordan erfarer sykepleier at videreutdanning i veiledning har hatt betydning for hennes møte med sykepleierstudenten som skal veiledes? En kvalitativ studie*. Masteroppgave i Helsefag, Universitetet i Tromsø. <http://munin.uit.no/handle/10037/4538>
- Braun, V. og V. Clarke (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in psychology*, 3 (2):77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Caspersen, J. og A. Kårstein (2013) *Kvalitet i praksis: Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere*. I NIFU (Ed.), (Vol. 14). Oslo: Universitets- og høgskolerådet.
- Duffy, K. (2006) *Weighing the Balance: A grounded theory study of the factors that influence the decisions regarding the assessment of student's competence in practice*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements of Glasgow Caledonian University for the degree of Doctor of Philosophy. Glasgow: Glasgow Caledonian University
- Ellingsen, S. og S. Dragset (2008) Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning. En introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(3):23-39
- Gillespie, M. (2005) Student-teacher connection: a place of possibility. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2):211-19. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03581.x>
- Haddeland, B. og U. Söderhamn (2013) Sykepleierstudenters opplevelse av veiledningssituasjoner med sykepleiere i sykehuspraksis. En fenomenologisk studie. *Nordisk sykeplejeforskning*, 3(1):18-33.
- Hatlevik, I. K. R. (2012) *Praksis i studiene. En undersøkelse blant praksisveiledere, faglærere og studenter ved fem profesjonsutdanninger*. Høgskolen i Oslo og Akershus. <http://www.hioa.no/Om-HiOA/SPS/filer-sps/arbeidsnotater/Praksis-i-studiene-Hatlevik-2012> Lastet ned 14.04.2015.
- Haug, E. (2009) Rapport fra arbeid med studentaktiv FOU 2006- 2007: tema for FOU-arbeidet: tilrettelegging av det kommunale tjenestetilbudet til barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier TaKT (Vol. 5): Høgskolen i Østfold.
- Hauge, K. W. (2015a) Stryke i praksis – er det mulig? Sykepleiestudenters opplevelse av å få ikke-bestått i praksisstudier. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1(11):137-149. <http://dx.doi.org/10.7557/14.3485>
- Hauge, K. W. (2015b) Veilederes beveggrunner for å unnlate å gi ikke-bestått i praksisstudier til tross for at læringsutbyttene ikke er nådd. Why are mentors failing to fail students who do not meet clinical performance standard? *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(1), 20-28. <http://dx.doi.org/10.1177/0107408314560325>
- Haugan, G., E. Aigeltinger og V. Sørli (2012) Relasjonen til veileder betyr mye for sykepleiestudenter i sykehuspraksis. *Sykepleien Forskning*, 7(2):152-58. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0083>
- Holmsen, T. L. (2010) Hva påvirker sykepleiestudentens trygghet og læring i klinisk praksis? *Vård i Norden*, 95(30):24-28. <http://dx.doi.org/10.1177/010740831003000106>
- Hunt L. A., P. McGee, R. Gutteridge og M. Hughes (2012) Assessment of student nurses in practice: A comparison of theoretical and practical assessment results in England. *Nurse Education Today*, 32:351-355. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.05.010>
- Imsen, G. (2005) *Elevens verden: Innføring i pedagogisk psykologi* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Jokelainen, M., H. Turunen, K. Tossavainen, D. Jamookeah og K. Coco (2011) A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. *Journal of clinical nursing* 20(19-20), 2854-2867. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03571.x>
- Julnes, S. G., C. K. U. Grønvik, T. Eines og A. Ødegård (2015) Praksisveilederes opplevelse med et nytt veilednings- og vurderingsverktøy for sykepleierstudenter i praksis - en evalueringstudie *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 10(2):91-105.



- Kristoffersen, N. J. og L. Lillemoen (2010) Veiledningsgruppe for studentansvarlige sykepleiere i klinisk praksis. Utvikling av veiledningskompetanse. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 12(2):3-14.
- Krueger, R. A. og M. A. Casey (2009) *Focus groups a practical guide for applied research*. 4<sup>th</sup> edition. Los Angeles: Sage
- Kårstein, A. og J. Caspersen (2014) *Praksis i helse og sosialfagutdanningene. En litteraturgjennomgang*. In NIFU (Ed.), (Vol. 16). Oslo: Universitets og høyskolerådet.
- Luhanga, F., O. Yonge og F. Myrick (2008) "Failure to Assign Failing Grades": Issues with Grading the Unsafe Student. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1):1-14. <http://dx.doi.org/10.2202/1548-923X.1366>
- Löfmark, A. og K. Wikblad (2001) Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: a student perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 43-50.
- Löfmark, A., Å. Morberg, L. S. Öhlund og J. Ilicki (2009) Supervising mentors' lived experience on supervision in teaching, nursing and social care education. A participation-oriented phenomenological study. *Higher Education*, 57(1), 107-123. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.3411739.x>
- Maasø, A. G. (2014) *Å se med hjertets øyne. En fenomenologisk studie av sykepleierstudenters samspill med praksisveileder i en kirurgisk sengepost med hensyn til oppøving og utvikling av et faglig reflekterende skjønn*. Doktoravhandling, NTNU, 2014:246
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo. Universitetsforlaget
- Pedersen, K. L. (2001) En utfordring på tålegrensen. *Tidsskriftet sykepleien*, 15:50-53.
- Prestbakmo, R. T. (2006) En studie av veiledningssamtalen mellom kontaktsykepleier og student. *Vård i Norden*, 80(2):36-39. <http://dx.doi.org/10.1177/010740830602600208>
- Schibbye, A. L. L. (2009) *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Strand, K. og K. M. Nondal (2012) Sykepleiestudenters utvikling av selvstendighet i praksisstudier organisert som studentdrevet team. *Vård i Norden*, 32(4):4-8. <http://dx.doi.org/10.1177/010740831203200402>
- Vygotsky, L. S. (1978) *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

# «Eit givande, men krevjande lagspel for å betre tenestene». Brukarerfaringar frå samarbeidsforsking

**Anne-Grethe Halding, Aud Berit Fossøy, Christian Moltu og Ellen Karine Grov**

*Anne-Grethe Halding, sjukepleiar, førsteamanuensis, PhD, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag*

*Aud Berit Fossøy, sosiolog, førstelektor, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag*  
*Christian Moltu, spesialist i klinisk psykologi, førsteamanuensis, PhD, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag*

*Ellen Karine Grov, sjukepleiar, professor, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag*

**Samarbeidspartnarar:** brukarar Nina Maria Dolmen, Aud Jenny Jensen, Sissel Stavøstrand og Steinar Valvik, spesialsjukepleiar Grete Berg Grimelid, Helse Førde, ergoterapeut Evy Aarsheim, Flora kommune, og sosionom og PhD stipendiat Tone Larsen, Helse Førde

## Abstract

### **“A precious, but challenging teamwork for improved healthcare”. Service users’ experiences from participatory research**

*In spite of identifying the importance of service user (SU) involvement in healthcare research, few studies define specific activities. Although an effective infrastructure is acknowledged as key to enable SU’s equal contribution, we, in Norway, recognize a lack of their involvement in studies on Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Consequently, a preliminary project was designed to implement a research-training programme for co-researchers and seek their collaboration in a participatory research study on COPD. This paper reports the co-researchers’ experiences using a focus group interview. Through content analysis, we describe coresearchers’ experiences, which recognize the importance and challenges of participatory research. These experiences demonstrate how acknowledgement, a fruitful climate for collaboration, new insight and practical arrangements promote involvement, whilst too extensive training and vague expectations may hinder involvement. Empowering equality of relationships and involvement, particularly for co-researchers with failing health and no former research training, demands thorough planning and organizing.*

## Keywords/ Nøkkelord

*Service user involvement in research; focus groups; qualitative; COPD, Brukarmedverknad i forskning; fokusgrupper; kvalitativ; KOLS*

## Referee\*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.3773>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Introduksjon

Brukarmedverknad har lenge vore eit honnørord i norske helsepolitiske dokument. Samhandlingsreforma (HOD, 2008- 2009) hadde mål om at brukar- og pasientmedverknaden skulle vidareutviklast, og at pasientar i sterkare grad skulle involverast i arbeidet med å utvikle pasientsentrerte tenester. Seinare er brukarmedverknad i forskning og tenesteutvikling utpeika som satsingsområde i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (HOD 2011) og HelseOmsorg21 (Forskningsrådet 2014). Også internasjonalt er det aukande fokus på at kvalitetsutvikling av helse og velferdstenester bør inkludere praksisnær forskning med brukardeltaking (Beresford 2013; Mossberg 2015). Men trass i dette idealet er brukarmedverknad i forskning og kvalitetsutvikling enno ikkje systematisk implementert i Noreg (Forskningsrådet, 2014; Wiig, Storm, Aase, Gjestsen, Solheim, Hartug, Robert & Fullop 2013). Prosjekt med brukarmedverknad er også kritiserte for å ikkje nå opp til ideal om *likeverdig* medverknad (Brett, Staniszevska, Mockford, Seers, Herron-Marx, & Bayliss 2010; Domecq, Prutsky, Elrayah, Wang, Nabhan, Shippee & Murad 2014; Mossberg 2015; Pollock et al. 2014).

Vi har gjennomført eit forprosjekt for eit samarbeidsforskningsprosjekt. Deltakarar var brukarar som lever med kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) og helsepersonell som arbeider innanfor same feltet, alle seinare i artikkelen kalla medforskarar. Forprosjektet inneheldt eit medforskarkurs og utvikling av eit samarbeidsforskningsprosjekt. Vi ønska også å utforske medforskarane sine erfaringar frå forprosjektet gjennom vitskapleg metodikk. Formålet med denne artikkelen er å formidle medforskarerfaringane frå forprosjektet gjennom data frå fokusgruppeintervju og resultat frå kvalitativ innhaldsanalyse (Graneheim & Lundman 2004). Resultata kan bidra til å styrke medverknadsmetodikk i ei tid då ein vert sterkt oppfordra til å nytte tilnærmingar med brukarmedverknad, og bidreg såleis til kunnskapsgenerering for helseforskningsfeltet.

## Bakgrunn

Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015) har definert brukarmedverknad: «Brukerne skal medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem. Brukermedvirkning skjer når brukerne er aktive deltagere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak». Brukarane skal vidare «i større grad trekkes med i arbeidet med å utvikle nasjonale faglige retningslinjer og veiledere» (HOD 2011: 85-86). Brukarmedverknad i forskning er ein arena for brukarinvolvering i kvalitetsutviklinga av helsetenestene. Formålet med brukarmedverknad i helseforskning er «å sikre kvalitet og relevans ved å la de som kjenner behovene være med å sette agendaen» med sine erfaringar og synspunkt. Brukarmedverknad skal vere ein naturleg integrert del av forskingsprosessar. Det er no sett krav om brukardeltaking for å få offentleg finansiering, og ein anbefalar utarbeiding av retningslinjer for deltaking og etablering av kompetansebygging for brukarane (Forskningsrådet 2014: 32).

Forskning som involverer brukarar kan nemnast *medforskning* eller *samarbeidsforskning*, og brukarane kallast *medforskarar* ( Borg, Kristiansen, Glover, Volden, Beston, Hauge & Jensen 2009; Johannessen & Natland 2011). *Samarbeidsforskning* er deltakarbasert praksisutvikling som involverer partar som er sentrale for den praksisen ein vil utvikle. Ein kan då systematisk inkludere brukarane og tenesteytarane sine perspektiv og gjere resultata meir relevante og gjennomførbare for praksis (Moltu, Stefansen, Svisdal & Veseth 2013). Vidare aukar ein sjansen for relevante forskings spørsmål, god dialog under datasamlingar og kvalitetssikring av analysar og rapportering. Spesielt brukarar sin medverknad kan bringe inn

problemstillinger som forskarar ikkje har anerkjent (Beresford 2013; Pollock et al. 2014). Ein Cochrane review har likevel konkludert med at det hittil er lite kunnskapsmessig støtte for at brukarinvolvering i forskning betrar tenestene (Nilsen, Myrhaug, Johansen, Oliver & Oxman 2009). Meir utforsking av metodar, kontekst og prosessar i samarbeidsforskning kan bidra til optimalisering av brukarinvolvering i kvalitetsforbetring av helsetenestene (Brett et al. 2010; Domecq et al. 2014).

I samarbeidsforskning (Johannessen & Natland 2011) er målet at brukarar, tenesteytarar og forskarar skal samarbeide tett og likeverdig gjennom heile prosessen. Medforskarane, brukarar og tenesteytarar, skal involverast tidleg nok, og dei skal vere med på å definere mål og utforme prosjektet. Dette synes å bli ivareteke i for liten grad i dag (Larsen & Sagvaag 2011). Samhandlingsreforma (HOD 2008- 2009) peika på store utfordringar med sprikande målforståing og dårleg kommunikasjon innan helsetenestene. Desse fenomena kan også gjere seg gjeldande i samarbeidsforskning.

Brukarmedverknad i utvikling av helse- og velferdstenestene kan hevdast å vere basert på to ulike ideologiar, *konsumentmodellen*, der kost/nytte perspektivet og søk etter objektiv kunnskap er dominerande, og *demokratimodellen*, der målet er å betre tilhøva for brukarane, styrke dei, og å nytte erfaringskunnskapen deira. I drøftinga av brukarmedverknad er eit sentralt omdreingspunkt spørsmål kring makt. I demokratimodellen ser ein på medverknad også som eit sosialt fenomen, der interaksjon og maktoverføring vert sentralt (Beresford 2013; Moltu, Stefansen, Svisdal & Veseth 2012; Mossberg 2015). For å få reell medverknad lyt brukarar få overført makt over forskingsprosessar, og denne makta vert då overført frå *nokon andre*, slik som tenesteytaren eller forskaren (Arnstein 1969; Humerfelt 2005). Ei supplerande forståingsramme er medverknad som sosial læring gjennom deltaking (Collins & Ison 2006) og her er fokuset på formell makt mindre viktig. Larsen og Sagvaag (2011) understrekar at både makt- og lærings- perspektiva er viktige for å forstå brukarmedverknad i praktisk forskingsarbeid.

For å skape reell *samhandling* og brukarmedverknad er det då essensielt å ha ein gjensidig respektfull dialog der alle partar sin kunnskap vert likestilt, altså pasientar og pårørande sin erfaringskunnskap, helsepersonell sin fagkunnskap, og forskarane sin fag- og metodekunnskap (Larsen & Sagvaag 2011; Peuravaara 2015). I samarbeidsforskning må ein difor legge til rette for at medforskarane fullt ut kan nytte sin erfaringskunnskap. Det føreligg imidlertid ikkje god metodekunnskap om korleis dette kan optimaliserast.

Nordisk litteratur som omhandlar samarbeidsforskning er mest knytt til brukargrupper og tenester innan sosialt arbeid, psykisk helse og rusomsorg (Borg et al. 2009; Johannessen & Natland 2011; Moltu et al. 2012, 2013; Mossberg 2015). Vi er ikkje kjende med publikasjonar frå samarbeidsforskning som inkluderer personar som lever med KOLS.

### **KOLS i Noreg**

I Noreg har om lag 300 000 personar diagnosen KOLS. Det har lenge vore helsepolitisk prioritert å gi desse personane betre behandling og oppfølgingstenester (Helsedirektoratet 2012; HOD 2009). Nasjonale og internasjonale rettleiarar (GOLD 2015; Helsedirektoratet 2012) er utarbeida, og det er dokumentert at rehabiliteringstiltak har god effekt på meistring, helse og livskvalitet på kort sikt. Dei positive verknadene av tiltaka synes likevel å svekkast over tid dersom pasientane ikkje får systematisk oppfølging. Ein veit ikkje sikkert kva som bør vere standard tenesteutforming (GOLD 2015). Det er funne svikt i oppfølging av

pasientgruppa i Noreg (Bratås 2011; Halding, Heggdal & Wahl 2011; Helsedirektoratet 2012). Helsedirektoratet (2012) har nyleg gitt ut ny nasjonal faglig retningslinje for oppfølging av personar som lever med KOLS.

### **Forprosjektet som er grunnlag for artikkelen**

Vi vil i denne delen beskrive metodikken i forprosjektet. Med mål om å inkludere medforskane sine erfaringar i kvalitetsforbetring av Helsedirektoratet (2012) sine retningsliner, initierte førsteforfattaren eit forprosjekt. Ein ville sikre likeverdig deltaking i eit kvalitetsforbetringsarbeid innan tenesteutforming av oppfølging for personar som lever med KOLS. Forprosjektet inneheldt eit medforskarkurs og eit arbeid der ein utvikla samarbeidsforskningsprosjektet.

Brukarane fekk betalt høgskulelærarløn for møtetid, tenesteytarane fekk nytte si arbeidstid til prosjektet. Alle fekk dekkja reiseutgifter, og vi la vekt på praktisk tilrettelegging og å ta andre omsyn til medforskarane sin situasjon og helse. Møteaktiviteten var på høgskulen, og det vart servert lunsj under møta. Vi avslutta med sosialt samvær og middag etter medforskarkurset og ved avslutning av forprosjektet.

*Medforskarkurset* gjekk over fem dagar (24 timar) våren 2013. Programmet var inspirert av forskarskulen for medforskarar som Regionalt forskingsnettverk for stemningslidelser (MoodNet), Universitetet i Bergen og Universitetet i Stavanger, gjennomførte (Svisdal, Moltu & Sletvold 2010), og modifisert til å inkludere design og metode i samarbeidsforskningsprosjektet. Kurset var på bachelornivå med undervisning frå fagfolk med spesialkompetanse innan emna. Ein brukar som hadde delteke på MoodNet sin forskarskule underviste om sine erfaringar. Kurset hadde følgjande hovudtema:

1. Kvalitetsforbetringsarbeid, prinsipp og metode
2. Vitskapsteori
3. Forskningsprosessen; frå problemstilling til formidling, erfaringar frå medforskarskule
4. Kvalitative og kvantitative forskingsmetodar
5. Forskingsetikk og jus

Læringsmetodane var førelesingar og diskusjonar, samt distribusjon av støtteark og litteraturforslag. Emnet kvalitative forskingsmetodar hadde praktiske øvingar på individuelle intervju og fokusgruppeintervju.

*Utvikling av samarbeidsforskningsprosjektet* starta hausten 2012 med tre møte før medforskarkurset. Parallelt med medforskarkurset hadde vi to prosjektgruppemøte, og mellom kursavslutning og datainnsamling til denne artikkelen vart det gjennomført fire prosjektgruppemøter. Vi samarbeida mot målsettinga om at alle, etter sine føresetnader, skulle involverast likeverdig i alle delar av samarbeidsforskningsprosjektet. Arbeidet følgde stega i forskningsprosessen:

1. Kva veit vi (bakgrunn)?
2. Kva har vi behov for å finne ut meir om (kunnskapshol)?
3. Korleis skal vi gå fram (design og metode)?
4. Korleis skal den nye kunnskapen nyttast (implementering og nytte)?

Det vart i fellesskap utvikla to delstudiar: ein kartleggingsstudie med spørjeskjema, og ein kvalitativ intervjustudie for å utforske behov, tilbod og bruk av oppfølgingstenester<sup>1</sup>.

Vi diskuterte først kva medforskarane opplevde som hovudutfordringar innan oppfølgingstenestene. Innanfor desse områda gjorde prosjektleiar så litteratursøk og la fram dokumenterte kunnskapsmanglar. Dette vart vidare samanstilt med medforskarerfaringane, og vi diskuterte til vi nådde konsensus om forskingsfokus. Gruppa vart tidleg einige om at ein hadde behov for å kartlegge og utforske brukarane sine behov, tilbod og bruk av tenester med vitskaplege metodar. Prosjektleiar la så fram til diskusjon metodar tilpassa forskingsspørsmåla. Gruppa nytta mykje tid på utvikling av eit spørjeskjema. Dette vart utprøvd av prosjektgruppedlemene og justert på bakgrunn av erfaringane. Vi hadde også grundige diskusjonar om utarbeiding av informasjonsskriv og rekruttering av deltakarar til delprosjekta. Vi deltok også på eit fagseminar<sup>2</sup> der ein brukar hadde innlegg, og vi gjennomførte prosessevalueringar undervegs og på siste kursdag etterfølgt av nødvendige mindre justeringar.

## Metode

I denne artikkelen stiller vi følgjande forskingsspørsmål:

Kva utbyte erfarer medforskarane at dei har frå forprosjektet i høve forventingar og mål?

Kva fremmer likeverdig deltaking?

Kva er barrierar for likeverdig deltaking?

## Utval

Inklusjonskriterium

- Deltaking i medforskarkurset og utvikling av samarbeidsforskningsprosjektet
- Erfaring med KOLS, som brukar og/eller som helsearbeidar med spesielt ansvar for personar med KOLS
- Fysisk i stand til å delta gruppeintervju
- Frivillig deltaking

Medforskarane i prosjektet var fire brukarar og to tenesteytarar innanfor feltet og frå det geografiske nærområdet. Ein rekrutterte brukarar gjennom informasjonsmøte via ei pasientforeining, ei brukarstyrt nettverksgruppe, og på ein fagdag. Framfor å ha formell brukarrepresentasjon gjennom t. d. brukarutval ville ein ha med brukarar som hadde erfaringar frå å leve med KOLS. Det vart rekruttert brukarar frå fire kommunar. Ein av desse var i tillegg pårørande til andre med same diagnose.

I rekruttering av helsepersonell la ein vekt på å ha tverrfagleg representasjon og representasjon frå både spesialist- og kommunehelsetenesta. Tidlegare samarbeidspartnarar vart rekrutterte, ein spesialsjukepleiar frå spesialisthelsetenesta og ein ergoterapeut frå kommunehelsetenesta.

---

<sup>1</sup> Under arbeid, med gjennomført brukardeltaking i datainnsamling, og planlagt brukardeltaking i analyse og rapportering.

<sup>2</sup>Helse Bergen: Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering: Regionalt nettverksmøte. Tema KOLS- rehabilitering i et pasientforløp. Bergen 12.11.2013.

Medforskarane fekk munnleg og skriftleg informasjon og førespurnad om deltaking. Alle responderte positivt, men ein melde fråfall til første datasamling. Fem kvinner og ein mann i alderen 48–68 år deltok. Dei hadde variert yrkesbakgrunn, med utdanning som varierte frå ungdomsskule til masterutdanning.

## **Datainnsamling**

I samråd med medforskarane vart data samla i fokusgruppeintervju (Krueger & Casey 2009; Malterud 2012) for å få fram varierte meiningar som var danna i gruppa og redusere ubalanse i makt mellom intervjuarane og dei intervjuja. Intervjuet vart gjennomført ved avslutning av forprosjektet, seks månader etter avslutta medforskarkurs. Prosjektleiari og moderator utarbeida intervjuguide med opne spørsmål: om tidlegare erfaringar, forventningar, utbyte av medforskarkurset og arbeidet i prosjektgruppa, samarbeidsklime, nytteverdi av og framtidig deltaking i samarbeidsforskning, og rom for andre kommentarar. Etter eige ønske fekk medforskarane intervjuguiden på førehand, med plass til notatar, for individuell førebuing. Andreforfattar, som var utan tilknytning til prosjektet, men hadde erfaring med gruppeintervju, var moderator, og ein masterstudent var assistent. Rett før intervjuet gjentok vi informasjon om fokus i samtalen og reglar for open gruppesamtale med gjensidig respekt. Moderator brukte intervjuguiden for å sikre at alle aktuelle tema vart med, og assistenten supplerte med spørsmål og noterte tilleggsopplysningar. Etter ein innleiande fase med etablering av kontakt styrte moderator intervjuet og sikra at alle kom til orde. Intervjuet hadde til tider form av diskusjon der ulike synspunkt vart konstatert eller justert. Undervegs, og særleg på slutten, var det ope for frie kommentarar og tema utanom intervjuguiden, og saman gav dette oss eit heilskapeleg bilete. Intervjuet varte i to timar. Det vart gjort lydopptak som seinare vart transkribert av moderator og anonymisert i transkriberingsprosessen.

## **Analyse**

Vi nytta Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innhaldsanalyse, med meiningstolking gjennom søk etter manifest og latent (underliggende) meining, der medforskarane var involverte i analysearbeidet. Deltakarane sine erfaringar, studien sine problemstillingar og kunnskap på feltet var rettleiande for søk etter meningsinnhaldet i teksten. Den anonymiserte og transkriberte teksten vart analysert i seks trinn:

- 1) Teksten vart grundig gjennomlese av moderator og prosjektleiari for å få overordna samla forståing av materialet, og vi skreiv ned hovudinstrykk kvar for oss. Vi diskuterte desse og utvikla konsensus om hovudinstrykk.
- 2) Teksten vart så inndelt i markerte meiningseiningar og meiningsfortetta og koda av prosjektleiari,
- 3) før ho systematiserte teksten i kategoriar og forslag til tema. Fokusgruppedeltakarane sine utsegn var styrande for temautvikling.
- 4) Heile den anonymiserte transkripsjonen, hovudinstrykket og den systematiserte teksten vart så sendt til alle deltakarane i fokusgruppeintervjuet og til moderator for validering, med spørsmål om dei kjende seg att, og med oppfordring om å kommentere den førebelse analysen. Alle slutta seg til den førebelse analysen.
- 5) I samarbeid gjorde så prosjektleiari og moderator vidare analyse av teksten med søk etter manifest og latent meining. Vi søkte spesielt etter latente meiningar som kunne kaste lys over maktdimensjonen i erfaringane, medforskarane sitt utbyte av å delta, og fenomen som fremma og hemma likeverdige deltaking. Tema vart reviderte ut frå dette.



- 6) For meir grundig utforsking av tema og for å sikre at endelege abstraksjonar til tema verkeleg representerte medforskarane sine erfaringar, vart det seinare gjennomført ein workshop der alle medforskarane deltok. I denne workshopen vart analysemetoden først repetert frå medforskarkurset. Deltakarane fekk så igjen høve til å supplere eller korrigere intervjueteksten som var utsendt på nytt før workshopen. Deretter fekk dei utdelt ein matrise med kategoriar og tema frå innhaldsanalyse utført av prosjektleiar og moderator i trinn 5. Vi diskuterte denne framstillinga grundig i gruppa. Deltakarane var einige i systematiseringa og abstraksjonane til tema, men dei ønska ei endring i hovudtema: Frå *Krevjande, men givande*, til *Givande, men krevjande lagspel*. Det positive måtte komme før det negative.

## Etikk

Deltakarane leverte skriftleg samtykke. Prosjektet vart tilrådd av Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste AS (prosjektnummer, 36427 tittel: *Styrking av brukardeltaking*). Ein vektla gjennom heile forprosjektet at medforskarane kunne trekke seg dersom påkjenninga vart for stor eller på grunn av andre hindringar. Ein tok omsyn til helsetilstanden til brukarane ved praktisk tilrettelegging og å leggje inn ønska lengde på arbeidsøkter.

## Resultat: Eit givande, men krevjande lagspel for å betre tenestene

Hovudfunnet i studien er at det har vore eit givande, men krevjande samarbeid. Deltakarane var sterkt motiverte, og forventningane vart i stor grad innfridde. Samarbeidet og læringsmiljøet var godt. Det har likevel vore krevjande å delta, spesielt på kurset med uklare forventingar frå forskarane, ny teori, vanskelege ord og dels fysisk krevjande dagar. Deltakinga har auka medforskarane sin innsikt og tryggleik i høve brukardeltaking, dei har tru på samarbeidsforskningsmetodikk, og dei vil tilrå dette til andre. Beherska tru på framtida som medforskar kom også fram.

Resultata er systematisert i tre hovudtema og sju undertema som vert dokumenterte med kortare og lengre sitat under kvart undertema.

- Høg motivasjon for å spele på lag for betre tenester
  - ✓ Motivert gjennom tidlegare positive samarbeidserfaringar
  - ✓ Ønske om å lære for å spele på lag for betre tenester
  
- Givande, men krevjande å delta
  - ✓ God tilrettelegging og likeverd gav aktiv gruppe
  - ✓ Store krav til eigeninnsats
  
- Ny forståing for forskning og brukar-medverknad
  - ✓ Ingen snarveg i forskning
  - ✓ Ei slags oppvaking om brukarmedverknad
  - ✓ Ei usikker framtid som medforskar



## **Høg motivasjon for å spele på lag for betre tenester**

Deltakarane vart sterkt motiverte for samarbeidet. Motivasjonen bygde både på positive erfaringar frå tidlegare samarbeid mellom brukarar, helsepersonell og forskarar, og eit genuint ønske om å betre helsetenestene.

### **Motivert gjennom tidlegare positive samarbeidserfaringar**

Fleire gruppemedlemer var motiverte gjennom tidlegare positive samarbeidserfaringar i kvalitetsutviklingsarbeid og brukargrupper: «Eg har veldig gode erfaringar med å jobbe i grupper der ein kjenner kvarandre. Kunnskap og innsikt, det er viktig. Det er litt stillstand no (i utvikling av tenestene lokalt)». «Eg har vore med tidlegare, men ikkje på slik forskning, akkurat». «Vi har vore saman i prosjekt tidlegare, du blir litt engasjert, du brenn for det, og eg visste eg ville få påfyll».

### **Ønske om å lære for å spele på lag for betre tenester**

Ei sterk drivkraft var ønsket om å samarbeide godt om utbetring av tenestene: «Eg tenkte at ved å vere med i prosjektet kunne eg vere med og påverke korleis rehabilitering for dei med KOLS kunne bli i framtida». «Ja der hadde vi same forventingar». Det å kunne arbeide i partnerskap verka freistande: «Eg tenker på det å vere medforskar som det å spela på lag, med erfaring som brukar og ikkje berre som profesjonell. Det syntes eg var veldig spennande.» «Ja, dei kan KOLS dei og (tenesteytarane), men vi føler det på kroppen, korleis det er å leve med KOLS.» Fleire trekte fram ønsket om å lære, med ulike forventingar: «Elles var ikkje mine forventingar så store [...]. Eg har aldri forstått dette med forskning, tenkte at det kunne vere noko å ta med vidare.» «Viktig med denne tverrfagleg utviklinga, og for meg personleg å komme ilag med fagfolk på høgskulen og med brukarar. Det er viktig at vi kjem saman på denne måten. Trur vi kan profittere veldig på det.»

## **Givande, men krevjande å delta**

Deltakarane såg fram til å komme på tilrettelagde møte med godt samarbeidsklima, dei hadde hatt tilfredsstillande læringsutbyte og involvering, men for fleire var det og krevjande å delta på lange dagar med ny teori og forventingar frå forskarane om involvering i prosjektet.

### **God tilrettelegging og likeverd gav aktiv gruppe**

Dei praktiske rammene rundt samlingane har vore viktige for trivselen og involveringa:

*Eg får berre seie... det er utruleg hyggeleg å komme hit, føler oss vel og blir vel teke imot. Det er ikkje så masse, det er dei små tinga. Det har vore godt organisert med tidspunkt og lengde, og så treng vi litt pause innimellom. Det er teke omsyn til det. Så det er så gjennomført.*

Brukarane var også nøgde med at dei fekk løn for arbeidet. Det var ikkje summar som betydde mykje økonomisk, men det var eit teikn på anerkjenning av innsatsen.

I høve lærings- og samarbeidsmiljø har medforskarane erfart ei respektfull og open atmosfære, med dialog, tid til kunnskapsdeling og til å stille spørsmål. Dette har gitt gradvis aukande tryggleik og involvering.

*Førelesarane har stoppa opp, med spørsmålsstilling undervegs, og har vi lurt på noko har vi fått svar på det. Det har vore veldig ope her, og det er viktig og, at gruppa er aktiv. Viktig for læraren og. Det er ein måte å lære å snakke på, seie dine meiningar.*

Medforskarane har også bidrege i kursplanlegginga: «Vi var vel litt med på å påverke tal gangar vi skulle fordele kurset på. Det har vore teke veldig omsyn til våre ønske og har blitt tilpassa, kan du seie.»

Prosjektlear har delteke på alle førelesingar og møte, og fleire av forskarane har delteke på deler av opplæringsprogrammet. Slik deltok alle i fagleg og sosialt samvær og fekk tid til å bli kjende: «Det sosiale har vore veldig bra. Vi er jo ikkje så mange, så vi blir godt samansveisa.» «Prosjektlear har vore observant og har fanga opp stemninga, sørgja for at alle slepp til med det dei vil seie, flink også til å sette ned foten ved ting som ikkje fører nokon plass.» «Atmosfæren har vore veldig god. [...] Ikkje utan grunn at man reiser hit.»

### **Store krav til eigeninnsats**

Det har også vore krevjande å delta, spesielt på medforskarkurset. For nokre medforskarar har læringskurva vore bratt, med store krav til eigeninnsats. Temaoutvalet i kurset syntes relevant, men deler av stoffet har vore vanskeleg tilgjengeleg:

*Eg har lært ein ting, og det er at forskningsteori er forferdeleg vanskeleg, i alle fall for oss med vanlege hovud. Så er det dette med vanskelege ord. Vi hadde hatt stort utbyte av å ha ei ordbok. For dei som brukar slike ord til vanleg, så er dette forståeleg, men for oss er det veldig vanskeleg.*

Fleire deler denne erfaringa, sjølv om vanskegraden vart opplevd ulik: «Så mykje av dette har gått over hovudet på meg, men eg synes eg har fått med ein god del også.» Ordliste vart etterlyst under kurset, men dette vart ikkje følgt opp av prosjektlear. Etter kursslutt ordna medforskarane sjølve opp, ein av dei skaffa ordliste og distribuerte i gruppa.

Kurset hadde mange emne. Fleire meinte at det var mykje på kort tid: «Det seier seg sjølv at vi ikkje kunne få med oss alt. Eg trur ikkje vi kunne hatt med meir. Det er grenser for kva ein klarer å samle her oppe (i hovudet).» Dei praktiske øvingane i intervjuteknikk vart verdsette: «Det var ein dag vi hadde praktiske oppgåver; når vi satt to og to (individuelle intervju), og då vi hadde fokusgruppe og øvde oss på det. [...] Det syntes eg var ein spennande måte å jobbe på.» For nokre lungesjuka har det også vore fysisk krevjande å delta på dei lengste dagane:

*Dei dagane vi hadde kurset hadde eg vondt nede frå og heilt opp hit. Ein blir sittande ein heil dag, og du er så stressa for å få med deg dette. Eg trur det gjekk fleire dagar før eg vart god igjen! Det krev ganske mykje av oss. Eg må seie at det er dagar eg kjem heim etter slike kurs, og eg har vore trøytare enn etter trening, når eg har sprunge eller gått på tredemølle.*

Ein tok også opp utfordringa med å sette av nok tid mellom samlingane:

*Eg skulle ønskje eg fekk meir tid, så eg fekk utnytte denne mulegheita betre enn eg har gjort. [...] Eg føler meg litt snytt når eg ikkje forstår. Eg er irritert på meg sjølv for at eg skulle brukt meir tid. [...] Når du kjem heim så er det andre ting. Ein kan google desse orda, men så er ikkje eg den raskaste i det. Eg sat faktisk ei natt på nettet, og ein augneblink var det som at eg forsto.*

Funna tyder på at nokre av deltakarane var usikre på om dei hadde oppfylt forventingane frå forskarane: «Det at vi ikkje forstår alle orda, det går fint an å leve med. Trur heller ikkje at det vert forventa av oss at vi skal skjønne alt. Det er kalkulert inn at vi ikkje skjønner. Men så....» Ein av dei andre legg til: «Nei, ikkje på vårt nivå, men så har dei ikkje kravd så mykje av oss heller. Endå. Eg veit ikkje kva proffane synes....»

## **Ny forståing for forskning og brukarmedverknad**

Medforskarkurset og deltakinga i utvikling av eit forskingsprosjekt har gitt medforskarane ny innsikt i forskingsfeltet, og samtidig om korleis brukarmedverknad på den eine sida kan innebere å vere sterkt involvert og på den andre sida å vere avhengig av faktorar ein ikkje kan styre sjølv.

### **Ingen snarveg i forskning**

Samstundes som at delar av opplæringsprogrammet har vore krevjande, så har alle opplevd givande læring gjennom kurset og samarbeidet i prosjektet. Om det innblikket dei har fått i forskning seier ein av deltakarane: «Det er ingen snarveg i forskning. Det er mykje forarbeid, søknader og kvalitetssikringar, alt må vere på stell for at det skal bli godteke. Og så det med publisering. Det er ikkje som å skrive eit innlegg i avisa.» Ein annan legg til: «Ja, eg er heilt einig. Prosessen har vore slik at det har gitt oss god oversikt. Sjølv om nokon har hatt litt kunnskap frå før og nokon ikkje, så trur eg vi sånn samla har fått med oss mykje, og det har vore verdifullt.»

### **Ei slags oppvakning om brukarmedverknad**

Sjølv om dei fleste tidlegare har delteke i kvalitetsforbetningsarbeid, så har prosjektet gitt medforskarane ny innsikt i kva brukarmedverknad kan vere: «I kvalitetsutvikling har det jo blitt nytta forskning, men ofte gamal forskning der brukarane ikkje har vore med. Og så har ein (tenesteytar) jo ofte ein tendens til, det må jo seiast, at vi veit best. Dette har vore ei oppvakning for meg». Nettopp involvering av fleire partar har vore fruktbart:

*Ja, når vi er med på begge sider kan vi fortelje korleis vi har det og dei kan fortelje korleis dei trur vi har det. Vi får betre innsikt på begge sider. Det er noko nytt i forhold til Samhandlingsreforma. Tidlegare om du var med i eit forskingsprosjekt, så blei du spurt, men du hadde ikkje nokon innverknad på verken spørsmål eller utforming av prosjektet, sånn som her. Du kunne svare, og så brukte forskarane det til det dei ville. Det var det du fekk bidra med.*

Denne nye forma for medverknad gir anerkjenning, muligheiter og auka krav: «Det er jo ei form for veldig formalisert brukarmedverknad, så det blir strengare krav, kan du seie. Og ein måte å få fram stemma si på. Det er veldig viktig». «Ja, det er viktig, og så blir det høyrte. Dei (helsearbeidarar og forskarar) ser på det som viktig og. Og det kan jo bli med på å forbetre ting.» «Dette er slik medverknad for å sjå ting som burde ha vore gjort annleis. Eg trur absolutt at vi som brukarar kan tilføre spesialistane noko. Det er vi som har KOLS og kjenner det på kroppen som veit korleis det er».

Fleire la vekt på den spesifikke sjukdomserfaringa. Ein kritiserte eit diagnosespesifikt prosjekt med formell utnemning av brukarrepresentant, men brukarrepresentanten hadde ei anna diagnose: «Då er det systemet som rår, og ikkje fornuft!»

## Ei usikker framtid som medforskarar

Arbeidet i prosjektgruppa hadde gitt brukarane meir sjølvtilit som medforskarar og tru på samarbeidsforskning: «Eg trur at det vi gjer er litt banebrytande, dette må vi gjere meir av!» Alle medforskarane var motiverte til å fortsetje dette arbeidet som hittil hadde kravd mykje. Moderator:» Dersom du vart spurt i dag, trur du at du ville sagt ja til å bli med i prosjektet?» «Ja, eg hadde nok gjort det. Hadde vore dum nok til det. Eg synes det har vore OK, trass i ein del vanskeleg. Når ein går inn i noko nytt må ein rekne med ein del plankekøyning».

Men mulighetene til å delta i samarbeidsforskning kan vere avgrensa. Etter forprosjektet måtte ein medforskar trekke seg på grunn av ny jobb, ein fekk ikkje lenger vere med i arbeidstida, og ein måtte ta pause på grunn av forverring av helsa og deltaking i andre aktivitetar. Samarbeidsforskninga kom på toppen av kvardagskrava. Deltakarane var også klar over at vidare medforskning var avhengig av faktorar utanfor deira kontroll. Moderator: «Kva trur de om framtida til prosjektet?» Medforskar: «Det er avhengig av økonomien det, og svarprosenten<sup>3</sup>. Og så prosjektleiar, då... Men eg føler at ho er veldig innstilt på at vi skal komme i mål om alt klaffar. Og så har ho eit engasjement for dette.»

## Diskusjon

Forprosjektet vart planlagt og gjennomført i samsvar med politiske føringar og faglege tilrådingar ( Borg et al. 2009; Brett et al. 2010; Domecq et al. 2014; Forskningsrådet 2014; HOD 2011; Johannessen & Natland 2011; Larsen & Sagvaag 2011; Moltu et al. 2012; Svisdal et al. 2010). Målet var å nå idealet om likeverdig brukarinvolvering i alle deler av arbeidet. Funna skildrar at medforskarane hadde sterk motivasjon til å lære og få inspirasjon til å betre dei aktuelle helsetenestene, i samsvar med funn frå andre samarbeidsforskningsprosjekt (Grayson, Tsang, Jolly, Karban, Lomax, Midgley, O'Rourke, Paley, Sinson, Willcock & Williams 2013; Moltu et al. 2013). Motivasjonen vart styrka av positive samarbeidserfaringar. Resultata syner at nettopp samarbeidet (lagspelet) mellom brukarar, tenesteytarar og forskarar bidrog til ny felles forståing og inspirasjon for både tenesteytarar og brukarar. KOLS-retningslinene tilrår sterk satsing på rehabilitering, livsstilsendring og eigenomsorg (Helsedirektoratet 2012), tiltak som krev brukarorientering, ressursfokus og at partane har felles målforståing. Brukarar som lever med KOLS, og tenesteytarane deira utgjorde verdifulle ressursar i dette forprosjektet ved å bidra med sin erfaringskunnskap og meiningar. Men personar som lever med KOLS er vanlegvis ikkje involverte i samarbeidsforskning i Noreg. Negative haldningar til pasientgruppa kan vere medverkande årsak. Personar som lever med KOLS har opplevd stigmatisering (Arne, Emtner, Janson & Wilde- Larsson 2007; Halding, Heggdal & Wahl 2011), og det vert hevda at helsepersonell tidlegare har hatt ein nedbrytande haldning til pasientgruppa (Helsedirektoratet 2012). Når ein no set krav om brukarmedverknad for å få offentleg forskningsfinansiering (Forskningsrådet 2014), kan vi forvente at brukardeltakinga aukar. Ei av utfordringane er då å få til reell brukarmedverknad, at denne ikkje kun vert symbolsk.

I ei kunnskapsoppsummering syner Brett et al. (2010) at bevisstheit rundt kontekst og prosess ved brukarmedverknad er grunnleggande for å lukkast. Vårt prosjekt var planlagt med likeverd og partnerskap (Arnstein 1969; Humerfelt 2005) som ideal, og med medforskar

---

<sup>3</sup> Viser til den pågåande spørjeundersøkinga i hovudprosjektet der svarprosenten har vore låg og resultata difor usikre.

deltaking frå tidleg fase. Kontekstuelle faktorar som god organisering, praktisk tilrettelegging og økonomi vart trekt fram av medforskarane som viktige faktorar for anerkjenning, trivsel og gjennomføring. Samarbeidsklimaet vart erfart som inkluderande, med gjensidig respekt og aksept for ulike typar kunnskap. Involvering av medforskarane i alle deler av prosjektet, samt gruppa si involvering i planlegging og gjennomføring av ein brukar sitt innlegg på fagkonferanse var prosessfenomen som kan ha forsterka opplevinga av likeverd. Kunnskapsdelinga og involveringa i målsetting og avgjerder over tid i vårt prosjekt er eksempel på overføring av makt frå forskarane til brukarane og helsearbeidarane ( Arnstein 1969; Humerfelt 2005). Medforskarane si involvering auka gradvis gjennom læring og samspel i gruppa. Uttrykket «spele på lag» symboliserer opplevinga av at enkeltpersonane sine ulike bidrag og roller vart avbalanserte til eitt felles produkt; samarbeidsforskningsprosjektet. Den formelle deltakinga i prosjektgruppa vart slik realisert gjennom den sosiale læringsprosessen (Collins & Ison 2006; Larsen & Sagvaag 2011), der roller og identitet vart forma undervegs (Moltu et al. 2012; 2013; Mossberg 2015) mot ei ny forståing av brukarmedverknad.

Samstundes formidla medforskarane erfaringar fortolka som hemmande for likeverdig deltaking. «Krevjande» skildrar korleis fleire deltakarar opplevde si yting i prosjektet. Medforskarkurset var vidtfemnande og på høgare utdanningsnivå for å styrke medforskarane til å utøve makt gjennom å delta likeverdig i avgjerder, samtidig som rammefaktorane økonomi, tid og geografi førte til konsentrert og intens opplæring. Avgjerda om å ha opplæringa på bachelornivå vart gjort ut frå prosjektleiar si vurdering av deltakarane sine utdanningar og yrke, og etter inspirasjon frå utdanninga «Medarbeider med brukererfaring i Nedre Buskerud» (Biong, Fugletveit & Lofthus 2012). Prosjektleiar kan ha vore for ambisiøs med omsyn til omfang og forventa læringsutbytte frå eit kort kurs, og funna tyder på at fleire deltakarar strekte seg til det yttarste for å nå læringsmåla. I dei tilfella medforskarane sjølve opplevde å ikkje nå læringsmåla kan det ha redusert tryggleiken og slik ha svekka opplevinga av likeverd og hemma involvering og makt. Dessutan har brukargruppa kronisk lungesjuka oftast redusert energi, og kan difor ha mindre arbeidskapasitet (GOLD 2015). Dette kan ha gitt spesielt brukarar i dette prosjektet for store påkjenningar. Slik Brett et al. (2010) rapporterte, kan brukarane ha blitt overbelasta og frusterte i deler av prosessen. Vi har likevel den oppfatninga at diskusjonar under og etter denne erfaringsstudien bidrog til avklaring av forventingar og trygging av deltakarane. Ein kan skildre denne prosessen som ei forhandling av innhaldet i medforskarrolla som del av eit team, ein prosess som kan vere både krevjande og givande (Moltu et al. 2012).

Ulikt kunnskapsgrunnlag for å fatte avgjerder gir utfordringar både for forskarane og medforskarane i samarbeidsforskning. Mossberg (2015) skildrar slikt samarbeid som å balansere i ulike subjekt- og maktposisjonar, der brukarane må balansere mellom dei ideelle krava og det dei finn mogeleg, og å heve den subjektive brukarstemma si og samtidig å tilpasse seg dei vitskapelege normene. Medforskarpolisjonen kan slik bli både uavhengig, implisitt ved formell rett til å medverke, og avhengig ved å vere prisgitt forskarane sin samarbeidsvilje, kompetanse og tilrettelegging. I vårt prosjekt var medforskarane formelt likeverdige medlemmer og dei erfarte å auke sin medforskarkompetanse og å bidra verdifullt i prosjektet. Samtidig uttrykte dei takksemnd over å bli tekne med i prosjektet, for tilrettelegginga som vart gjort, og dei erkjente å vere avhengige av forskarteamet i høve framtidig medforskning. Dette kan tolkast som uttrykk for ein avhengig posisjon, der brukarane opplevde å «motta» deltaking, kurs og tilrettelegging med forventing om ideell motyting i form av ny innsikt og involvering i avgjerdsprosessane, slik det passa for forskarane. Dette syner at god forvaltning av brukarressursane og etablering av best mogeleg balanse i

samhandling i samarbeidsforskning krev høg grad av etisk medvit og refleksjon over eiga rolle hjå dei som sit i maktposisjonane, oftast forskarane, for å unngå framandgjering av brukarane, og at forskinga i praksis vert gjennomført på dei sterkaste sine premissar (Peuravaara 2015).

## **Implikasjonar**

Erfaring frå dette prosjektet syner at medforskarane hadde nytte av spesiell tilrettelegging. Det er sentralt at medverknadsmetodikken tek omsyn til medforskarane sin kapasitet, gjennom vurdering av både individuelle ressursar og hinder for deltaking. Medforskaropplæring er nødvendig, og den må tilpassast deltakarane og det aktuelle prosjektet. Idealet er brukarmedverknad gjennom alle fasar i eit prosjekt, og brukarmedverknad frå starten har vore viktig i dette prosjektet. Likevel må brukarane sjølve ha innverknad på kva dei ynskjer å delta i, og kor mykje. Dette er kanskje den viktigaste forma for medverknad (Peuravaara 2015). Vidare må det leggast praktisk til rette for at helseutfordringar hindrar minst mogeleg, for lungesjuka til dømes ved å ha lett tilgjengelege lokale og tilpassa arbeidsøker. Det bør vidare leggast vekt på å skape eit trygt lærings- og samarbeidsmiljø, der sosial læring, rolleutforming og maktoverføring kan skje (Larsen & Sagvaag 2011; Moltu et al. 2013) over tid. Gjensidige forventingar og rolleutforming bør vere tema for diskusjon i gruppa. Fleire brukarar og medforskarar i ei prosjektgruppe gir høve til erfaringsutveksling, utvikling av felles erfaringskunnskap og styrking av brukarane ved anerkjenning av denne kunnskapen. Prosjekt med brukarinvolvering må nøye planleggast med omsyn til faktorar som tidsplan, finansieringsplan og rekruttering av brukarar.

## **Styrker og avgrensingar ved studien**

Denne studien dokumenterer medforskarar sine erfaringar med samarbeidsforskning innanfor KOLS feltet, der dette ikkje tidlegare er utført. Medforskarane var involverte frå starten, og i opplæring og prosjektutvikling over tid, samt i analyse og tolking av data i fleire trinn og formidling av resultat. Funna representerer difor medforskarerfaringar over tid, noko som styrkar truverdet. Eit lågt tal deltakarar og dei kontekstuelle faktorane sin innverknad gjer likevel at overføring av denne kunnskapen må gjerast med varsemnd.

## **Konklusjon**

Det er aukande krav om brukarmedverknad i helseforskning. Brukarar og tenesteytarar innan KOLS feltet er motiverte og har ressursar til å delta som medforskarar i samarbeidsforskning. Realisering av idealet om maktutjamning og likeverdig deltaking for brukarar med sviktande helse og utan forskarutdanning krev spesiell planlegging og tilrettelegging. Erfaringane frå dette prosjektet syner at anerkjenning, praktisk tilrettelegging, godt samarbeidsklima og ny innsikt fremja involvering, men for omfattande opplæring på kort tid og uklare forventingar kan hemme maktutjamning og medverknad.

## Litteratur

- Arne, M., Emtner, M., Janson, S., & Wilde- Larsson, B. (2007). COPD patients perspectives at the time of diagnosis: a qualitative study *Primary Care Respiratory Journal: Journal of the General Practice Airways Group*, 16(4), 215-221.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*(4), 216-244. <http://dx.doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Beresford, P. (2013). Understanding the other. From 'other' to involved: user involvement in research: an emerging paradigm. *Nordic Social Work Research*, 3(2). <http://dx.doi.org/10.1080/2156857X.2013.835138>
- Biong, S., Fugletveit, R., & Lofthus, A.-M. (2012). *FORSKNINGSRAPPORT NR. 4/2012. UTDANNINGEN MEDARBEIDER MED BRUKERERFARING I NEDRE BUSKERUD. EN FORSKNINGSBASERT EVALUERING*. Drammen
- Borg, M., Kristiansen, K., Glover, H., Volden, O., Beston, G., Hauge, S., Jensen, P. (2009). *Medforskning: å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo: Universitetsforl.
- Bratås, O. (2011). *Multidisciplinary rehabilitation in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*. (PhD), NTNU, Trondheim. (NTNU 2011: 237 ISBN 978-82-471-3034-6)
- Brett, J., Staniszewska, S., Mockford, C., Seers, K., Herron-Marx, S., & Bayliss, H. (2010). *The PIRICOM Study: A systematic review of the conceptualisation, measurement, impact and outcomes of patients and public involvement in health and social care research*. Retrieved from Royal College of nursing, University of Warwick. York, UK.
- Collins, K., & Ison, R. (2006). *DARE WE JUMP OFF ARNSTEIN'S LADDER? SOCIAL LEARNING AS A NEW POLICY PARADIGM*. Paper presented at the *PATH*.
- Domecq, J., Prutsky, G., Elraiyah, T., Wang, Z., Nabhan, M., Shippee, N., Murad, M. (2014). Patient engagement in research: a systematic review. *Health Services Research*, 14(89), 2-9. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-89> Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/89>
- Forskningsrådet (2014). *HelseOmsorg21*. Henta frå <http://www.forskningsradet.no/prognett-helseomsorg21/Forside/1253985487298>.
- GOLD. (2015). *Global strategy for the diagnosing, prevention and management of chronic obstructive pulmonary disease. Updated January 2015*. Henta frå <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. Henta frå <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2004070732&loginpage=Login.asp&site=ehost-live>
- Grayson, T., Tsang, Y.H., Jolly, D., Karban, K., Lomax, P., Midgley, C., O' Rouke, I., Paley, C., Sinson, J., Willcock, K., Williams, P. (2013) Include me in: user involvement in research and evaluation. *Mental Health and Social Inclusion*, 2013, Vol.17(1), p.35-42. <http://dx.doi.org/10.1108/20428301311305296>
- Halding, A.G., Heggdal, K., & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scand J Caring Sci.*, 25(1), 100-107. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00796.x>
- Helsedirektoratet (2012). *Kols Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Henta frå [www.helsedirektoratet.no/.../nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder](http://www.helsedirektoratet.no/.../nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder)

- HOD. (2008- 2009). *Meld.St. 47 Samhandlingsreformen Henta frå*  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>.
- HOD. (2011). *Meld. St. 16 Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Henta frå  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv. I E. Wilumsen (red.), *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, A., & Natland, S. (2011). Forskning, utviklingsarbeid og samarbeidsforskning. I A. Johannessen, S. Natland, & A.-M. Støkken (red.), *Samarbeidsforskning i praksis* (pp. 27-39). Oslo: Universitetsforlaget.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. ( 2009). *Focus groups - A Practical Guide for Applied Research* (4 ed.). SAGE Publications.
- Larsen, T., & Sagvaag, H. (2011). Brukermedvirkning; mer enn fordeling av makt i tjenestetutvikling. In A. Johannessen, S. Natland, & A. M. Støkken (red.), *Samarbeidsforskning i praksis* (s. 52-67). Oslo Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moltu, C., Stefansen, J., Svisdal, M., & Veseth, M. (2012). Negotiating the co-researcher mandate- service users' experiences of doing collaborative research on mental health. *Disability and Rehabilitation* 34(19): 1608-1616.  
<http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.656792>
- Moltu, C., Stefansen, J., Svisdal, M., & Veseth, M. (2013). How to enhance the quality of research into mental health issues: Service users' experiences of their potential contributions through collaborative methods. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*(16), 1-21. <http://dx.doi.org/10.1080/15487768.2013.762295>
- Mossberg, L. (2015). Service user involvement in Swedish mental health and social care: an analysis of ideological dilemmas and subject positions in a collaboration context. *European Journal of social work* (5.september), 1-15.  
doi:10.1080/13691457.2015.1081586
- Nilsen, E. S., Myrhaug, H. T., Johansen, M., Oliver, S., & Oxman, A. (2009). Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Library*.  
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004563.pub2>
- Peuravaara, K. (2015). reflections on collaborative research: to what extent and on whose terms? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 17(3), 272-283.  
<http://dx.doi.org/10.1080/15017419.2013.859178>
- Pollock, A., St George, B., Fenton, M., Crowe, S., & Firkins, L. (2014). Development of a new model to engage patients and clinicians in setting research priorities. *Journal of Health Services Research & Policy*. 19(1), 12-18.  
<http://dx.doi.org/10.1177/1355819613500665>
- Svisdal, M., Moltu, C., & Sletvold, E. (2010). *Evalueringsrapport forskerskole for medforskere*. Helse Vest, Stavanger
- Wiig, S., Storm, M., Aase, K., Gjesten, M., Solheim, M., Hartug, S., Robert, G., Fulop, N, QUASER team (2013). Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: rhetoric or reality? *BMC Health Services Research*, 13(206). <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-206>



# Forståelse av åndelighet og åndelig omsorg for gamle mennesker – en hermeneutisk studie

**Linda Rykkje**

*Linda Rykkje Førsteamanuensis ved Høgskolen Stord/Haugesund, E-post: [linda-rykkje@sklbb.no](mailto:linda-rykkje@sklbb.no)*

## **Abstract**

### **Understanding spirituality and spiritual care for older people – a hermeneutical study**

*In old age, spirituality and existential issues may become salient. The study aim is an understanding of older peoples' perception of spirituality and spiritual care in a Norwegian context. Gadamer hermeneutics is the guiding methodology. 30 interviews were conducted with 17 participants between 74-96 years, six self-reliant, five with homecare, and six nursing home residents. The findings present understanding of spirituality, soul and spirit, the meaningful in life, inner peace, care from family in old age, and spiritual care. The study discusses spirituality as a force that contributes to wholeness and health, especially by the experience of "inner calm and peace". That which may contribute to inner peace is love for fellow human beings and being with others, religion and nature, together with meaningful activities and feeling "alive". Spiritual care involves "to care about" the whole person through compassionate care, presence, listening, touch and facilitating socializing and activities.*

## **Nøkkelord/Keywords**

*Åndelighet; forbundethet; åndelig omsorg; alderdom; hermeneutikk, Spirituality; connectedness; spiritual care; old age; hermeneutics*

## **Referee\***

<http://dx.doi.org/10.7557/14.3780>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Introduksjon

Den åndelige dimensjonen er anerkjent på tvers av kulturelle og religiøse tradisjoner som en viktig bestanddel i helhetlig omsorg, og særlig i møte med den syke og lidende pasienten (MacLaren 2004; Miner-Williams 2006; Sivonen 2000). Min erfaring fra eldreomsorgen er imidlertid at åndelig omsorg får lite oppmerksomhet, noe som gjorde at jeg undret over hva åndelighet er og om det har betydning i de gamles liv? Selv om åndelig omsorg er viktig, var det vanskelig å konkretisere i handlinger fordi det var diffust. Dette støttes av studier som påpeker at begrepet fremstår som uklart og at det eksisterer motstridende forståelser av dets innhold (Swinton og Pattison 2010; Weather, McCarthy og Coffey 2015). Menneskets åndelige dimensjon ble derfor sentral i mitt doktorgradsarbeid. I denne artikkelen ønsker jeg å formidle hva åndelighet og åndelig omsorg kan innebære i omsorgen for gamle pasienter. Begrepet gammel er valgt fordi det i sykepleieforskning foretrekkes benevnelsen «older people»<sup>4</sup>. Dette har jeg oversatt til gamle mennesker, men jeg er oppmerksom på at gammel i Norge ofte forbindes med svakhet og at ingen ønsker å være gammel<sup>5</sup>. Selv om det ikke opprinnelig var noe jeg ønsket å finne ut av, kom det frem i intervjuene hvordan deltakerne så på seg selv som «gamle». Dette tenker jeg er viktig å formidle videre, fordi det har betydning for hvordan vi som arbeider i eldreomsorgen skal forstå de gamles ønsker og behov vedrørende åndelig omsorg.

Studiens utgangspunkt er Erikssons omsorgsteori der mennesket er en enhet av kropp, sjel og ånd, og der åndelighet anses som integrert i menneskets opplevelse av både lidelse og helse (Lindström, Lindholm og Zetterlund 2010). Artikkelen bygger også på en forståelse av åndelighet der forbundethet (Bellingham, Cohen, Jones og Spaniol 1989) er sentralt. I åndelighet kan forbundethet ses som bevegelse mot og vekst gjennom relasjoner og kontakt både med seg selv; til sitt indre rom, og utover seg selv; til en høyere makt, naturen, andre mennesker og samfunnet (Rykkje, Eriksson og Råholm 2011). I denne forståelsen fremstår kjærlighet som limet som forbinder mennesket med seg selv og andre, og muliggjør relasjoner som er holdbare over tid. Når det gjelder forskning om helse og velbefinnende hos gamle mennesker ses en helsefremmende gevinst i åndelighet (Lavretsky 2010). I alderdommen kan åndelighet og eksistensielle spørsmål, særlig knyttet til religion bli fremtredende (MacKinlay og Trevitt 2007). Eriksson (2007) peker på at mennesket kan oppleve å være hellig når han/hun er i kontakt med sin indre kjerne, åndelighet og religiøsitet. Åndelighet kan imidlertid innebære mer enn religion, og opplevelse av forbundethet med noe større enn seg selv kan være spesielt viktig for gamle mennesker på sykehjem (Touhy 2001). Lavretsky (2010) påpeker at mennesket opprettholder sin religiøse tro og livssyn i alderdommen, og at religion kan bidra til mening, helse og velvære gjennom sosialt samvær og støtte av en høyere makt i møte med lidelse og død. Men også det å glede seg over naturen og det estetiske og vakre i levende skapninger, landskapet og andre naturfenomener kan inngå i forståelsen av åndelighet (Creel og Tillman 2008). Likeledes kan åndelighet innebære en forståelse av livets mening og det eksistensielle i form av livets sirkel; at mennesket deltar i et naturlig kretsløp (Mok, Wong og Wong 2010).

Åndelig omsorg kan forstås som å ivareta menneskets indre vesen gjennom bekreftelse og vise at en bryr seg om den andre (Creel og Tillman 2008). I omsorgen for gamle innebærer åndelig omsorg å støtte og fremme deres helse- og livskvalitet, samt å forebygge og lindre åndelig uro eller lidelse. Åndelighet anses som en ramme for livsutfoldelsen, og

<sup>4</sup> Se forfatterretningslinjer for tidsskriftet *Int J of Older People Nursing*. Her anbefales at en anvender «older people» og relaterte termer som «older person». Termer som «elderly» og «aged» bør ikke brukes.

<sup>5</sup> Et eksempel er strofen «Vi vil leve lenge vi, men gammel vil vi aldri bli» i sangen til H. Sivertsen.

oppmerksomhet på det åndelige kan for sykehjemsbeboere fostre opplevelse av fredfullhet (Wallace og O'Shea 2007). I praksis mener mange at helhetlig omsorg som inkluderer åndelighet er viktig, men forskning viser at helsepersonell strever med å møte pasientenes åndelige behov (Baldacchino 2006). Dette kan skyldes at religion og livssyn er en del av ens private sfære, og at religiøsitet og åndelighet uttrykkes forskjellig hos ulike mennesker (Miner-Williams 2006). Det er vesentlig at helsepersonalet har kunnskaper om åndelighet, samt er bevisst egne verdier, livssyn og fordommer for å kunne ivareta pasientens åndelige behov (Baldacchino 2006; Kjølsvik og Holmen 2008).

## Metode

Artikkelen bygger på en intervjustudie vedrørende betydningen av åndelighet for det gamle menneskets verdighet. Kvalitativ forskning beskriver ofte forståelse for fenomener i bestemte kontekster, og en kan ikke ukritisk overføre empiriske funn fra en kontekst til en annen (Jacobsen 2010). En begrunnelse for å gjennomføre studien var å utforske om deltakerne fant begrepene betydningsfulle i eget dagligliv, og i tilfelle med hvilke ord de ville beskrive begrepene innhold. Denne artikkelen avgrenses til å formidle deltakernes forståelse av åndelighet og åndelig omsorg, i lys av det å være gammel. Det finnes mye forskning om åndelighet, men få pasientnære studier fra Norge (Kjølsvik og Holmen, 2008). Siden valg av ord har betydning for forståelsen i møtet mellom pasient og helsepersonell (Gadamer 2010), er det artikkelens hensikt å tilføre fagfeltet en forståelse som rommer språklige uttrykk for åndelighet og åndelig omsorg som gir mening i en norsk eldreomsorgskontekst.

Studien er inspirert av Gadamers (2010) hermeneutikk, som innebærer å speile det unike mot det universelle, i den helhet og perspektiv en som forsker innehar. Det er gjennom forståelse at nye perspektiver og handlingsalternativ åpnes opp. Gadamer fremhever en felles forståelse som deles av mennesker innenfor en bestemt kultur og historisk epoke, og dette beskrives som forståelseshorisonten. Denne horisont eller synsrand utgjør forskningens begrensning og angir grensene for hva som er synlig fra forskerens ståsted. Men horisonten indikerer også noe som kan endres og utvides. Artikkelens horisont baseres på forståelsen av mennesket som en helhet (Lindström et al. 2010) og åndelighet kan ikke undersøkes som et uavhengig eller separat emne. Når mennesket blir pasient skjer forandringer der både kropp, sjel og ånd påvirkes gjensidig av hverandre (Sivonen og Kasén 2003). Men selv om det ikke kan dras grenser mellom kropp, sjel og ånd, kan det være nødvendig å opprettholde distinksjoner mellom ulike deler for å utvinne kunnskap om mennesket som en helhet. Ved å se på helheten kan vi forstå delene, og delene forstår vi mot helheten. I møte med alt en prøver å forstå skjer en forståelsesprosess som er basert på et samspill mellom to parter, og i søken mot ny forståelse skjer en horisontsammensmeltning (Gadamer 2010). Gjennom hermeneutikkens dialektisk bevegelse og pendling mellom helhet og del, søkes forståelse for det fenomen en studerer. Studiens intensjon er ikke å gi en endelig eller full forståelse av åndelighet, det er verken ønskelig eller mulig. Det som søkes er å synliggjøre og forstå *noe* av menneskets åndelige dimensjon.

## Deltakere og gjennomføring av intervjuer

18 deltakere ble rekruttert, men en deltaker med hjemmesykepleie trakk seg. I studien deltar seks menn og elleve kvinner mellom 74-96 år, som er klar og orientert og har samtykkekompetanse. Seks deltakere bodde hjemme uten hjelp, fem deltakere fikk hjemmesykepleie og seks deltakere bodde på sykehjem. Studien ble gjennomført i tre

vestlandskommuner våren 2011. Flertallet av deltakerne vokste opp på Vestlandet, hadde ulik grad av utdanning og deltakelse i yrkeslivet, 17 hadde barn og fem var gift, men majoriteten var enke/enkemann. Deltakerne var medlemmer av Den norske kirke og ulike religiøse samfunn, men selve trosspørsmålet varierte.

Studien er godkjent av Regional etisk komité (2010/2677a). Deltakelsen var frivillig og informert samtykke ble underskrevet. Muntlig samtykke om at forskeren kunne kontakte aktuelle deltakere ble innhentet ved hjelp av en tredjeperson, som var en elderrådsleder og avdelingsledere i fire sykehjem og fem områder for hjemmetjenester. Informasjon om studien og samtykkeerklæringen ble utdelt i forbindelse med rekrutteringen. Hensikten var at deltakerne skulle være forberedt til samtalene, men også at de skulle kunne ta en best mulig avgjørelse om de ønsket å delta eller ikke. Personene ble invitert til å delta på to samtaler. Selve intervju situasjonen tok hensyn til deltakerne helse og det var enkelte som ikke ønsket å delta på et andre intervju. Årsaken var i to tilfeller sykdomsforverring, andre oppgav at emnet var utfordrende, og dette var også begrunnelsen for deltakeren som trakk seg fra studien før første intervju.

Det ble gjennomført 30 samtaler som varte i 50-90 minutter. Samtalene ble tatt opp på bånd og gjennomført i personenes hjem. Deltakerne fikk i forkant tildelt intervjuguide, som bidro til å gi en god ramme for dialog og refleksjon (Fleming, Gaidys og Robb 2003; Phillips 2007). Den hermeneutiske tilnærmingen til forskningen ble aktualisert ved at hvert enkelt intervju bygger på det forrige som i en spiral-sirkel. Dette gjaldt første og andre intervju med samme deltaker, og mellom deltakerne. I intervju prosessen steg det frem ord og uttrykk som var sentrale i norsk dagligtale, samt mønster omkring forståelsen av åndelighet og åndelig omsorg. Et eksempel fra dagligspråket var at sjel og ånd brukes tilnærmet likt. Deler av mønstrene ble luftet i annengangs-samtalene der det falt seg naturlig og tjenlig for å fordype forståelsen og frembringe variasjoner og nyanser i den språklige formidlingen. Underveis i studien ble ordlyden i intervjuguiden justert for å fremme samforståelse og skape en bedre ramme for intervjuene, derfor oppgis ikke spørsmålene men eksempler på samtaleemner i tabell 1.

## **Tolkningsprosessen**

Samtalene ble transkribert og tolkningsprosessen fokuserte på å bringe fram essensen fra intervjuene, der fortolkningen av tekstutdrag dannet grunnlag for helhetsforståelsen. Fleming et al. (2003) påpeker at forskeren ikke kun må forholde seg til den transkriberte teksten, men også deler av samtalen som ikke lar seg beskrive i tekst bør være delaktig i tolkningsprosessen. Som Gadamer (2010) antyder er forståelsen også avhengig av konteksten. Den begynnende forståelsen ble utfordret ved å lese transkripsjonen av intervjuene på nytt for å søke å forstå ut fra samtalsituasjonen og personens unike livserfaring. Gjennom den sirkulære forståelsesprosessen ble uttalelser som tilsvarte et bestemt mønster fremtredende. Et eksempel er forståelsen av åndelighet som noe altomfattende, som gjenspeiles i *Forståelse av åndelighet og en åndelig dimensjon*. Mønstrene er satt sammen og endret flere ganger, og en helhetlig forståelse i samsvar med det teoretiske perspektivet steg frem.

I hermeneutikken finnes mulighet til å åpne opp for kunnskap som ikke er umiddelbar synlig eller sansbar (Eriksson og Lindström 2007). Dette er relevant for studien, fordi mennesket kan savne ord for å beskrive det åndelige. Ifølge Sivonen (2000) kan den åndelige dimensjonen likevel erfares eller fornemmes, og i det minste til en viss grad, komme til syne gjennom den

hermeneutiske tolkningsprosessen. Åndelighet kan virke fremmedgjørende om det formidles i et for «akademisk» forskerspråk, derfor mener jeg det er viktig å fremheve hvordan åndelighet kan ha betydning i deltakernes dagligliv, gjennom deres egne ord ved å gjengi i stor grad sitater. Forståelsen for det å være gammel er valgt å presenteres sammen med betydningen av omsorg fra familien, fordi det var en særlig knytning mellom alderdom og endringer i forholdet til familien. Det må likevel presiseres at opplevelsen av å være gammel også har betydning for de øvrige mønstrene som presenteres. Ved valg av publiseringsmåter ble det besluttet å skrive flere artikler basert på det rikholdige materialet i studien. Det er imidlertid vektlagt en fordeling av resultater for å unngå dobbeltpublisering, og i dette arbeidet har NVivo vært til god hjelp.

## Begrensninger

Under intervjuene ble det tatt hensyn til at åndelighet er et sensitivt emne, og enkelte spørsmål ble forbigått dersom de ble oppfattet som for vanskelig å besvare. Dette kan ha begrenset studiens dybde. Det var viktig å ta hensyn til deltakernes grenser for hva de ønsket å dele av eget liv, men selv om emnet er sensitivt er det min forståelse at deltakerne også hadde utbytte av samtalene (Pleschberger et al. 2011). Videre er en absolutt forståelse av andre ikke mulig, ettersom all forståelse er historisk og i stadig utvikling (Fleming et al. 2003; Phillips 2007). I annengangs-intervjuet ble min foreløpige tolkning speilet tilbake til dem, og flere deltakeren uttalte at dette fanget det de ønsket å formidle. Tolkningens troverdighet styrkes ved at forskeren lytter til deltakerne og beskriver forskningsprosessen, samt presenterer direkte sitater fra de transkriberte tekster (Debesay, Nåden og Slettebø 2008; Fleming et al. 2003). Åndelighet er et komplekst begrep og det er begrenset hva som fremkommer i denne artikkelen.

## Funn

Her presenteres seks mønstre med «språklige bilder» som belyser deltakernes varierte erfaringer, beretninger og forståelse av åndelighet og åndelig omsorg i deres kontekst, som er å være gammel og i varierende grad ha behov for hjelp i dagliglivet.

## Forståelse av åndelighet og en åndelig dimensjon

Åndelighet er et flyktig begrep, og anses av deltakerne i studien som altomfattende, ikke-materielt og allestedsnærværende – «alt er åndelig». Det åndelige er vanskelig å beskrive, og en deltaker sa det slik:

*«Det er jo udefinerbart, sant. Du kan ikkje sjå verken sjel eller ånd. (...) det er noko som ligge øve hovudet på oss og rundt oss. Som ikkje, me kan ikkje ta i da, me kan ikkje finna da.»*

Flere deltakere hadde forståelsen for at det finnes en åndelig dimensjon, som her beskrevet ved å ha en usynlig hjelper: «Jeg har en aku-aku som går ved min side og advarer meg (...) Jeg føler at jeg har noe som varsler at lenger bør du ikke gå.» En deltaker fortalte hvordan hun snakket med sin avdøde ektefelle daglig. En annen deltaker fortalte om en opplevelse tilknyttet déjà vu og sa: «det der med reinkarnasjon og sånt noko, eg har ikkje tru på da – men da er mykje løye mellom himmel og jord.» Også denne fortellingen om en opplevelse av forbundethet på avstand med søsteren når hun døde, illustrere denne dimensjonen:

*«plutselig, når eg satt og høyrte på musikken, plutselig så.. var da noko som gjorde at eg tenkte så sterkt på søster mi, og.. eg begynte å grina.»*

Den åndelige dimensjonen omhandlet de store spørsmål i livet og forbundethet med noe større enn seg selv, og flesteparten av deltakere forbandt åndelighet med religion. Fra samtaleene fremkommer det flere måter å forholde seg til religion og religiøs tro. For flere deltakere handlet religionen om troen på Gud og et liv etter døden. Andre så på troen på Gud som vanskelig å forstå, det fremsto for enkelte som «eventyr». Det som gjaldt var det konkrete i livet, og etter døden finnes det ingenting. Kirken ble for de troende et sted for møte med Gud, for eksempel i nattverd. For de som var mer tvilende til troen, var kirken likevel noe håndfast med ritualer som gav inndeling i livets faser, og ble særlig ansett som en hjelp i kriser. For flere av deltakerne, og særlig de som var eldst, var barnetroen signifikant. Selv om religion ikke for alle hadde vært sentralt tidligere i livet, ble barnetroen og det en har lært om kristendommen fra unge år mer fremtredende. To personer forbandt det åndelige hovedsakelig med religion, mens øvrige intervjudeltakere i varierende grad også mente at naturen har en sentral plass.

### **Den sammenvevde natur av ånd og sjel**

Mange deltakere opplevde at ordene ånd og sjel ble brukt tilnærmet likt: «da er litt diffust (...) det er liksom du, du vil slå da samene. Til ett ord.» Disse ordene har tilsynelatende den samme betydningen i dagligtale. Deltakerne enes om at alle mennesker har en ånd inne i seg. Svært mange snakket om en ånd eller sjel som forlater kroppen etter døden, selv om noen hadde en forestilling om at kroppen sovner og blir vekket på «dommedag». En deltaker beskrev hvordan ånden eller sjelen ser ut ved klarsynthet: «Vi har en ånd og den ser ut som et spennelokk med to vinger på.» En annen deltaker sa: «Dei har jo sagt at du har ei sjel altså, men det er jo heila deg som går når du dør.» Denne deltakeren beskrev videre en nær-døden opplevelse fra barndommen:

*«så då var eg inne i døden altså. Og då opplevde eg altså, eg var oppe i taket, (...) eg var komen så langt, det var sekundar, eg var vandra ut av livet altså, var komen oppe der. Så såg eg mor sat og grein så, og der mobilserte eg alle krefter og ned igjen. (...) Det var ein fæl oppleving. Det var som tusendels sekund så snudde eg. (...) Det er i grunnen ikkje sjel, det er noko anna. Det er noko anna, det er altså individet som går ut. Du kan ikkje spesielt sei sjel altså (...) Det er heile meg.»*

Ånden ble av noen også beskrevet som «livsgnisten», som kan variere i styrke, og som kan bli borte. Dette kan ses reflektert i et utsagn fra en deltaker som synes livet var utfordrende på grunn av tap av sanser: «Samtidig som eg har lyst til å vandra herifrå, så har eg lyst til å leva.» En deltaker forklarte livsgnisten slik: «Sjølv om ein veit at da, får beskjed om at da går mot slutten, og har fått tre månader igjen, så. Så er da jo, mange som eigentleg tøyser den perioden der. Og da går veldig mykje på da personlige, at de hogg tak og ikkje liksom mister gnisten.» Å miste livslysten var forbundet med ønske om å dø, som i denne fortellingen om en ektefelle som ble syk:

*«Det var tungt det, han fekk slag då. (...) Ja, også mista han livsmotet han og for, me hadde båt og han var ute og fiska og han hadde bil så han kjørte, men til slutt så var da liksom ikkje noko liv for han heller (...). Han sa bare at, skulle ønska han fekk dø, sa han. (...) Me har ikkje meir å leva for på ein måte (...) Nei, eg syns det var veldig trist, men det var ikkje noko eg kunne gjera noko med.»*

Deltakerne assosierte ofte ånden med sinnet og personligheten, som igjen er forbundet med ens oppførsel som bør samsvare med egen tro eller livssyn. Personlighet ble beskrevet som medfødte egenskaper, som sammen med oppdragelsen gjenspeiles i ens væremåte. Dette var noe som var dypere enn personens holdninger og det som vises på utsiden: «Du oppdager ikke det indre før du gjerne kommer i nærheten.» En deltaker mente væremåten er et uttrykk for ens åndelighet, men at det ikke kan settes likhetstegn mellom personlighet og åndelighet:

«personlighet er meir handfast, meir konkret, måten ein oppføre seg på. Personligheten kan du oppleve hos eit menneske, men åndeligheten da trur eg da er verre med.» En annen deltaker snakket om sjelen på denne måten: «vi er jo forskjellige. Noen er tungsindige, andre dei er lettliva, noen ler av mykje, andre har lett for å grina.» Han tenkte at mennesker er mer ulike i sjelen enn i ånden.

I annengangs-intervjuene var det flere deltakere som reflekterte over om ånd og sjel er det samme. En forståelse var at ånden er livsgnisten som forsvinner når mennesket dør, mens sjelen er mer følelser og samvittighet. Synspunktet om at menneskets sjel består av følelser ble delt av andre deltakere. Det var også et religiøst syn der ånd og følelser ble separert basert på Bibelens ord: «det som står skrevet det står skrevet alltid, følelsane våre skifter (...) ein kan ikkje bygge på følelsane. Det kan ein ikkje, det er jo godt å ha gode kjensler, men eh skriften står der.» En deltaker mente vi har en menneskelig ånd og en religiøs ånd relatert til den «hellige ånd» eller kilden til liv som gis av en skaper.

### **Åndelighet og det meningsfulle i livet**

Åndelighet handlet for mange om å finne mening og formål gjennom hele livet. Meningen med livet var imidlertid vanskelig å sette ord på og ikke alle hadde reflektert over dette. Et fellestrekk hos deltakerne var at «det viktigste» i livet var kjærlighet og omsorg for sin familie, og særlig det å sørge for fremtiden for sine barn og barnebarn. Det å kunne hjelpe hverandre var en viktig del av et meningsfylt liv, men hjelpen måtte være forankret i ekte omtanke. Dette kan illustreres ved at familiebesøk måtte være naturlig og lystbetont, og ikke på grunn av pliktfølelse. Mange deltakere uttrykte også bevissthet for dem som lider i samfunnet, og en plikt til å hjelpe. En liten handling av godhet kan bety mye, og å være i stand til å gi kan føles fantastisk. Dette knyttes til åndelighet, fordi gleden av å gi er at du får noe igjen. En deltaker fortalte hvordan gode tilbakemeldinger berørte han:

*«Når eg får dei, då, da røre meg. Då syns eg eg har gjort noko godt. Og eh, da røre meg i sjela då, kanskje. (...) Då får du ein indre ro, ikkje sant, at du synes at du har gjort noko som gjorde godt for andre. Men da gjere godt for deg og.»*

Videre var det meningsfullt å leve livet som en god og rettferdig person. Det var også flere som uttrykte takknemlighet for livet og for naturen. For noen deltakere var meningen med livet å gripe dagens muligheter, få det fulle potensialet ut av hver dag, å leve i nuet, men også «å ha noe å se frem til og glede seg over.» Andre mente det viktigste formålet med livet var å leve et godt kristent liv, for å nå himmelen etter døden. Majoriteten av deltakerne mente god helse var av stor betydning i dagliglivet, men det varierte hvordan deltakerne oppfattet det å være frisk og ha god helse. Noen forbandt dette med fysisk funksjon og å være i stand til å være selvstendige og selvhjulpen. Andre deltakere mente god helse er å være mentalt frisk.

## Det åndelige berører sjelen og gir ro

Fra intervjuene fremstår åndelighet som noe som berører mennesket innvendig og gir fred og ro: «Åndelighet, skal eg definere det slik at... Å ha ro i seg sjølv.» Det er flere som beskriver erfaringer med det åndelige som noe som «treffer» menneskets indre og gir gode følelser, som gledes-tårer, ærefrykt, opplevelse av hellighet eller det sakrale, og noe som skaper interesse og engasjement. Disse erfaringene kan være både religiøse og ikke-religiøse. Mange ulike åndelige aktiviteter ble nevnt, som naturopplevelser, kirkerom og arkitektur, underholdning og sosialt samvær.

Det var ikke så stor deltakelse i samfunnslivet hos flesteparten av deltakerne, men det var individuelle forskjeller. Noen var fortsatt aktive både i foreninger og frivillig arbeid. Det var for mange viktig å delta i det sosiale livet. Et eksempel var en deltaker som fortalte at mannen hadde oppfordret henne til å delta på et møte: «Har ikkje han sagt det, så har vel ikkje eg gått. Då hadde eg sitte inne så lenge at eg måtte ha det puffet (...) Ja. Så da var eg der, og prata (...) Og den dagen så var eg tydelig oppkvikka.» Dette viser hvordan deltakelse i sosiale sammenhenger har betydning for det åndelige.

Nærhet til naturen fremstår også som en viktig del av deltakernes oppfatning av det åndelige i dagliglivet. For eksempel ble utsikt over havet nevnt av flere som en kilde til fred. Når han følte seg litt stresset og kanskje litt nedstemt, beskrev en deltaker hvordan det gav han en «herleg fred» å se på utsikten: «sette deg ned og kikka bare utover, så. Så er da, sige freden på.» Åndelighet kunne også være å gå tur i skog og mark, eller være på sjøen og fiske. En fjelltur ble beskrevet som «ein oppleving på like fot som kunst, men da er meir fysisk. Men da har noko med – ro og fred.» En deltaker forteller hvordan han finner åndelighet i hverdagen:

*«Når eg ser ein morgon som kjemer – kvar dag. Og har da godt, eh om dagen. Og ikkje har noko slags problem som tyngje meg. Og sånn. Eg trengje i grunnen ikkje noko meir enn da. Når eg kan gå i båten og tømme meg utover fjorden om morgonen, og finna roen. Og i da heila tatt. Ja, kva skal eg tru når eg ser solo kjemer om morgonen, og kastar lys over heile tilværelsen min? Då syns eg at då har eg da så godt at eg kan ikkje få da betre.»*

Det er også betydningsfullt med aktiviteter tilknyttet noe en har oppnådd i dagliglivet, noe en er interessert i, eller nå et personlig mål. Flertallet beskrev at musikk er åndelig, og denne berettelsen illustrerte den sammenvevde naturen til kropp, sjel og ånd: «det har hendt at eg har vore på konsert, og plutselig sprett tårane fram.» Åndelighet ble også tilknyttet hvordan lesning av gripende bøker, det å lytte til interessante forelesninger og kåserier, eller delta på andakt, kan bevege et menneske.

## Betydningen av omsorg fra familien – i lys av å være gammel

Fra intervjuene fremkommer det at familie og venner får større betydning i alderdommen. Jeg har valgt å se dette mønsteret i lys av å «være gammel». Å være gammel i år er ikke ensbetydende med at en «føler» seg gammel. Flertallet av deltakerne mente at å være gammel er å ha dårlig helse og ikke være selvhjulpen. Flere påpekte at følelsen av å være gammel har med innstillingen mentalt å gjøre: «Eg trur da har mykje med sinnet og humør å gjera i det heile tatt.» At en er like mye verd som gammel, har også med innstilling å gjøre, en «tilpasser seg, gjør det en makter». Alderdommen setter likevel sine spor: «når du kjem opp i åra, så blir du fortare trøtte, sant. Blir snarare trøtte.» Det viser seg også at døden kommer nærmere: «eg



begynnar å bli så gammal at det er forsyne meg ikkje så mange igjen på min alder.» Flere deltakere reflekterte over at det med tiden kan bli behov for hjelp fra andre:

*«me som er jo relativt friske og oppegående, eh, har no då – tenkje ikkje så mykje på da. Men viss du komme på pleieheimen, blir sengeliggande, å blir i da heila tatt, og begynner å bli dårlege til helsa og sånt. Så gjer da kanskje noko ant med deg, at du tenke litt annleis.»*

For brukerne i hjemmesykepleien var det en balansegang, selv om de var til dels selvhjulpne, hadde de også behov for assistanse til visse gjøremål. En bruker mente unge ikke kan forestille seg hvordan det er å være gammel:

*«Nei, du kan ikke. Og det kan ingen av dere yngre, dere kan ikke forestille dere, for ting nemlig som du har kunnet og vet godt om, det greier du ikke. Du vet det, hvordan du skal gjøre det, men du greier ikke å utføre det lenger skal jeg si deg. Det er det verste. (...) Og jeg kan ergre meg grønn over alle de tingene jeg ikke får gjort.»*

En annen bruker sa det slik: «veit du eg går nett som ein olding. Har nå aldri måtte stiltra meg på denne måten. Og så da verste når eg skal få kle på meg om morgonen. Kroppen din.» Det kroppslige setter sine spor i alderdommen. Likevel var det en sykehjemsbeboer som ikke opplevde seg som gammel, fordi han forbandt det med å «ikke huska». Det skjer trolig en tilpasning til alderdommen og de kroppslige endringene, noe som særlig var synlig hos beboerne på sykehjem. Men dette var selvsagt individuelt. En beboer fortalte at det var vanskelig å miste synet i alderdommen: «Eg føler meg så utanfor (...) Det har ikkje med det at eg er gammal, men eg ser jo ikkje, eg føler meg litt utanfor, off. (...) Ja alt trengje eg hjelp til.» Det var flere av de eldste deltakerne som bodde på sykehjem, og for noen var kroppen til hinder for større aktiviteter. En beboer fortalt at han tidligere spilte sjakk, men ikke lengre savnet slike aktiviteter:

*«Eg er så gamal at eg har ikkje noko sagn. (...). De har sjakkspel og sånt, så eg kunne endelig fått nokon til å spela sjakk, men eh det. (...) Nei, eg er for gamal. (...) Ja, eg kan ikkje ha noko ... elles. Men det er jo ofte eg har hatt lyst til å gått på noko, men det er så seint veit du.»*

Han fortalte at han ble fort sliten, og utpå ettermiddagen var dagens krefter brukt opp. Han opplevde at det var litt færre krefter for hver dag som går. Dette gjenspeiles i en annen beboers ytring: «Men eg kjenner det at eg har nok no snart.» For disse beboerne var kroppens svekkelse av alderdommen kommet så langt at de kjente at døden var mer nærstående enn det som fremkom hos de øvrige deltakerne.

I forbindelse med åndelighet i hverdagen var det mange deltakere som omtalte familien som det som gir livet mening. Betydningen av omsorg fra familien kom tydelig frem, og særlig i forbindelse med det å motta omsorgstjenester. Det var en endring i relasjonen til familie og venner ved at deltakerne i mange tilfeller ikke lengre var fysisk i stand til å gå på besøk til andre, men var avhengig av å få besøk. Det var også endringer i forholdet mellom det å være en person som hjelper andre i familien til selv å være den med størst behov for hjelp. Flere historier viser at når helsen svikter, kan det være vanskelig å akseptere å bli avhengig av hjelp fra andre. Det var flere deltakere som fryktet å ende på et sykehjem, mye fordi dette var forbundet med livets slutt: «da er dødens venteværelse». Men likevel ønsket de at det var en sykehjems plass tilgjengelig om det skulle bli nødvendig. Å motta hjelp til personlig hygiene og daglige gjøremål ble ansett som en offentlig oppgave, og noen deltakere fryktet å være en

byrde for familien. En sykehjemsbeboer som følte på denne frykten fortalte at hun ble forsikret om noe annet: «Ho seier det spesielt yngste dotter mi, tenk mamma på alt du har gjort for oss, no kan me gi litt igjen.» I intervjuene fremstår det å gi omsorg som tilsynelatende lettere enn å motta omsorg.

Det er fremtredende at omsorgsrelasjoner må bygge på gjensidighet. En deltaker sa «det grøsser i meg enda» når hun tenkte tilbake hvordan det var å gi veldedig hjelp til andre, med tanke på at den velmenende tanken var svært ensidig fra givers side. En annen deltaker påpekte en balanse mellom å gi og ta imot: «Ja da meiner eg da må vera, ein gjensidighet mellom medmenneske». Betydningen av fortsatt å være i stand til å gi noe til andre var fremtredende i forståelsen av åndelighet fordi det bidrar til mening og indre glede, og det er først og fremst familie og venner som er mottakere av deltakernes kjærighet og omsorg. En deltaker påpekte at personalet ikke kan erstatte besøk fra familien: «det trur eg neppe går, for de sitte jo der og ventar (...) det er noko heilt ant (...) Ja, det er ein forskjell, ja. Få på deg frakken, så er du ein fagperson.» Det er likevel viktig at personalet bryr seg om pasienten, men det er en forskjell: «ein kan jo endeleg blir glad i og føla kjærleik til sine pasientar og. Men da blir ikkje da sama som pårørande.» Savnet etter at familie kommer på besøk kom frem i flere samtaler, som illustrert i dette utsagnet om barna: «de er voldsomt snille med meg, og elskelige og sånn, men de har det fryktelig travelt». En annen deltaker sa: «Da er viktig at ikkje du verte gløymt». Funnene tyder på at når en er gammel er det svært viktig å oppleve å ha betydning og at noen bryr seg om en som menneske, noe som er sentralt i forståelsen av åndelighet og det meningsfulle i hverdagen.

### **Betydningen av åndelig omsorg og meningsfulle aktiviteter**

Deltakerne samtykket i at åndelig omsorg er viktig. Flere deltakere mente imidlertid at åndelig omsorg også kan være det samme som god omsorg for hele pasienten, som dette utsagnet handler om:

*«å bare visa at du er til stades kan jo vera nok omsorg. (...). Og ikkje minst berøring, å ta i de, og snakke med de. Då, da er omsorg da. (...) Hovudsaka er at det kjem inn ein person som bryr seg om den som ligger der.»*

I samtalene kom det frem ulike synspunkter på hva åndelig omsorg kan innebære, og en deltaker påpekte hvor viktig det er å ta seg tid til å snakke med pasientene:

*«Men da kan jo vera åndelig omsorg når du har ein pleiepasient som ligge til sengs, og ta vedkommande i handa og snakka med de. Er ikkje da åndelig omsorg då? Eg vil tru da. Og viss du då kan få god kontakt og prata med de, om kva som helst nær sagt – men de føle nærheten. Når du sitte der og holder i handa. Og du kan gjerna sei da at du kjem igjen til de i morgon. Då har dei gjerna noko å sjå fram til.»*

Selv om deltakerne forstod at personalet hadde det travelt, var det flere sykehjemsbeboere som kommenterte at de savnet noen å snakke med. De ønsket ikke å bry personalet, men som en beboer sa: «når det først kommer et menneske så er det så kjekt å snakke med de vet du». En annen beboer sa det var lite tid til å snakke: «Nei, veldig lite tid for de er så opptatte, men det hende de sette seg ned å prata litt men (...) Ja, ikkje, eg syns det er litt for lite altså men, det er ikkje så mykje.» Tross alt får sykehjemsbeboere daglig kontakt med andre mennesker, og det kommer frem i studien at hjemmeboende kan oppleve å være mer alene. Denne

deltakeren beskriver verdien av å prate med andre på denne måten: «kva gir det meg, eg veit ikkje korleis eg skal uttrykka meg. Det gir meg iallfall noe at eg vet at eg lever.»

Åndelig omsorg ble ofte knyttet til andakt og presten, men flere deltakere forstod dette som noe mer enn religiøse aktiviteter. Det kan være å bidra til at pasienten opplever seg «oppløfta» ved å delta på noe som «vekker ein følelse i deg». Her er en deltakers refleksjon omkring dette:

*«eit teaterstykke (...) gå på ein kino, er da åndelig omsorg? Kanskje ikkje men eh, hvis du opplever ein kunstnar som gjev deg noko – som gjev deg ein opplevelse – detta var flott. Detta var fantastisk. Viss du høyre på koret for eksempel og nyte da (...). Eg trur at da grensar mot sånn som eg forstår åndelig omsorg.»*

Mange deltakere var særlig opptatt av at sykehjemsbeboere får tilbud om aktiviteter, og en beboer kommenterte: «alle syns det er veldig lange dager på et slikt sted. (...) Men de er alle, alle tiders, med meg. Så det er ikke det, jeg har det ikke vondt på noen måte sånn. Men det er et kjedelig liv.» Betydningen av å delta på meningsfulle aktiviteter har en rekkevidde utover selve stunden den pågår, slik denne deltakeren forteller:

*«møtene ser eg frem til kvar gong. For det er så mye som felles, (...) alle her er jo sjuke ikkje sant. Men der, der syngje me og kose oss. Så er det predikant og snakkar. Og det er altså veldig viktig, for å komma gjennom dagane. Det er veldig viktig når du går på eit sånt møte, når du tenker tilbake, jaha det var sånn han sa det. Sånt og sånt. Liksom du blir meir oppløfta (...) Du kan gløyma at du er mye sjuk og når du kan tenka på sånt.»*

## Drøfting

I denne studien anses mennesket som en enhet av kropp, sjel og ånd. Mens kroppen er den synlige del av mennesket, er sjel og ånd relatert til det immaterielle og usynlige, men likevel fornembare (Sivonen 2000; Sivonen og Kasén 2003). Mennesket indre rom består av sjel og ånd, og disse to dimensjoner er overlappende og kan ikke skilles. Det fremkommer i intervjuene at sjel og ånd ofte får likt innhold i dagligtale, noe som støttes av Sivonen (2000). Det kan imidlertid være slik at den innerste og mest private del av menneskets indre rom kan betraktes som ånden. Samtalene med de gamle bekrefter annen forskning som påpeker at åndelighet har betydning i dagliglivet (Lavretsky 2010; Touhy 2001). Selv om det fremkommer ulike oppfatninger av «det åndelige», fremstår forbundethet (Bellingham et al. 1989; Weathers et al. 2015) og ulike aspekter ved menneskets åndelighet som ressurser som fremmer menneskets helse. I denne studien har deltagerne et syn på åndelighet som «indre fred og ro», noe som også er funnet i tidligere studier (Meraviglia, Sutter og Gaskamp 2008; Wallace og O'Shea 2007).

Det var viktig for deltakernes «indre ro» å leve i pakt med egen samvittighet og livssyn, og det å ha kjærlighet for medmennesker og særlig de nærmeste, var av stor betydning. Dessuten var blant annet naturen viktig, samt samvær med andre og meningsfulle aktiviteter som bidrar til gode opplevelser og at en føler at en «lever». Indre ro forstår jeg også som et mulighetsrom mennesket skaper for å kunne oppleve «frihet» fra seg selv. Lindström og Lindholm (2003) påpeker at mennesket unike enhet omslutter det aller innerste, der kampen på liv og død og tilblivelse i helse eier rom, et hemmelig rom som ikke andre har tilgang til og der mennesket i

ensomhet kan møte sin Gud eller en høyere makt en tror på. I roen kan en møte seg selv, forstå seg selv, og «hvile» i en forbundethet med sitt eget indre rom (Rykkje et al. 2011).

Åndelighet som kraft eller styrke ble funnet i deltakernes beskrivelser av livet, inkludert både glede og sorg. Denne kraften ses spesielt i kjærlighet til familien, og ikke minst det å få mulighet til både gi og ta imot omsorg. I gleden beskrives gode opplevelser, og noe som beveger menneskets indre, slik som særlig musikk har en evne til å gjøre. I sorgen ble det fortalt om mange opplevelser av lidelse, tap og møter med døden. Særlig i møte med sorgen ble åndelighet beskrevet i lys av et religiøst språk. Funnene tolkes dithen at barnetroen er tilstrekkelig for å kunne besvare noen av spørsmålene omkring døden, og kan være noe håndfast og en kilde til «trøst» i møte med at eget liv går mot slutten. Min forståelse er at religion har betydning i møte med vanskelige situasjoner, for noen i troen på Gud, og for andre ligger kraften i støtte fra prest og i religiøse ritualer og symboler. En fordypende tolkning er at denne kraften kan bidra til gode opplevelser, men også lindre lidelse i vanskelige situasjoner. Dette kan anses som del av Erikssons (2007) bilde på åndelighet og religiøsitet som en kraft som bidrar til helhet og helse.

I Norge påligger ansvaret for omsorgen for gamle mennesker hos velferdsstaten (Dale, Sævareid, Kirkevold og Söderhamn 2011). Pårørende i nordiske land har ikke den samme forpliktelsen til å ivareta gamle familiemedlemmer som for eksempel ses i øst-europeiske land. Likevel finner norske forskere at offentlige helsetjenester er et komplement heller enn en erstatning for omsorg fra familien, noe som særlig gjelder for brukere av kommunale hjemmebaserte tjenester (Dale et al. 2011). Fra intervjuene fremkommer det at etter hvert som en blir eldre og kanskje har behov for hjelp i hverdagen, er det først og fremst familien en støtter seg til. Selv om deltakerne verdsatte selvstendighet høyt, ønsket de hjelp fra det offentlige for ikke å være «til bry» for familien. I forhold til helsepersonell får familien en annen, men svært viktig betydning, i form av å være der for den gamle og vise at de «bryr seg om» ham/henne.

Etter hvert som den gamle opplever at kroppens krefter forsvinner litt etter litt, reduseres behovet og ønsker vedrørende aktiviteter. Det som fremkommer enda tydeligere for de eldste deltakerne er betydningen av at familie og venner kommer på besøk, ringer, eller på annen måte viser at «de bryr seg om» vedkommende. Dette gjelder særlig for de deltakere som var avhengig av at andre kom til dem, siden de selv hadde begrensede mulighet til å besøke andre. Den personlige sfære innsnevres mot slutten av livet, både når det gjelder mulighet for fysisk å forflytte seg, og begrensningene de svinnende kreftene medfører i hverdagen. Jo mindre ens sfære blir, jo større betydning får en opprettholdelse av forbundethet med de viktigste menneskene i sitt liv (Mok et al. 2010). Denne forbundethet til andre mennesker ses i denne studien konkret gjennom behovet for kontakt og samtale med andre i dagliglivet. Det var først og fremst ektefeller og barn som var viktige i deltakerne liv, og andre en er nært forbundet til i relasjoner bygget på gjensidighet og kjærlighet.

Åndelig omsorg forstås i denne studien som det å vise at en «bryr seg om» hele mennesket gjennom omsorgsfull pleie, tilstedeværelse, lytting, berøring og tilrettelegging for sosialt samvær og meningsfulle aktiviteter tilpasset den enkeltes ønsker og behov. Det er tydelig at det også for deltakerne i denne studien er betydningsfullt at menneskets indre vesen ivaretas gjennom åndelig omsorg (Creel og Tillman 2008). Likevel tror jeg det er viktig at tilbudet om aktiviteter ikke skal bli et «krav» - den enkelte må få avgjøre selv om ens krefter strekker til. Det fremkommer i flere av deltakernes beretninger at tilbudet om deltakelse på aktiviteter og

gjøremål som beveger ens indre har et potensiale utover nåtiden, både ved at den gamle kan se frem til noe - og i etterkant glede seg over gode minner.

MacKinlay og Trevitt (2007) peker på at mange gamle opplever en spenning mellom «å leve i nuet» og «fremtidig død», og særlig ved endringer i helsetilstanden kan eksistensielle og åndelige spørsmål få ny aktualitet. Omsorgens mål er å lindre pasientenes lidelse (Lindström et al. 2010) for å sikre en god livskvalitet helt frem til livets slutt. Åndelighet er en kraft til friskhet og styrke under påkjenninger, og flere forskere (Baldacchino 2006; Kjølsvik og Holmen 2008; Miner-Williams 2006) påpeker helsepersonells ansvar for å møte pasientens åndelige lengsler og behov. I et norsk helsevesen basert på sekulære verdier blir åndelighet imidlertid ofte redusert til religion og overlatt til prestedtjenesten (Holmen 2008). Sæteren, Lindström og Nåden (2011) fant i sin studie at pasienter savner støtte i eksistensielle og åndelige spørsmål. Denne studien bidrar med forståelse for betydningen av at helsepersonell har kunnskap om åndelighet som mer enn religion, noe som er viktig for å kunne ivareta gamle menneskers åndelige behov.

## Litteratur

- Baldacchino, D R (2006) Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, (15), 885-896. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01643.x>
- Bellingham, R, Cohen, B, Jones, T og Spaniol, L R (1989) Connectedness: Some skills for spiritual health. *American Journal of Health Promotion*, 4(1), 18-31. <http://dx.doi.org/10.4278/0890-1171-4.1.18>
- Creel, E og Tillman, K (2008) The meaning of spirituality among nonreligious persons with chronic illness. *Holistic Nursing Practice*, 22(6), 303-309. <http://dx.doi.org/10.1097/01.HNP.0000339340.96005.ff>
- Dale, B, Sævareid, H I, Kirkevold, M og Söderhamn, O (2011) Older home-living patients perceptions of received home nursing and family care. *Nordisk Sygeplejeforskning*, (3), 219-234
- Debesay, J, Nåden, D og Slettebø, Å (2008) How do we close the hermeneutic circle? A gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies. *Nursing Inquiry*, 15(1), 57-66. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2008.00390.x>
- Eriksson, K (2007) Becoming through suffering - the path to health and holiness. *International Journal for Human Caring*, 11(2), 8-16
- Eriksson, K og Lindström, U Å (2007) Vårdvetenskapens vetenskapsteori på hermeneutisk grund - några grunddrag. I Eriksson, K, Lindström, U Å, Matilainen D og Lindholm L (red) *Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, s. 5-20
- Fleming, V, Gaidys, U og Robb, Y (2003) Hermeneutic research in nursing: Developing a gadamerian-based research method. *Nursing Inquiry*, 10(2), 113-120. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x>
- Gadamer, H (2010) *Sannhet og metode: Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (oversatt av Holm-Hansen, L). Oslo: Pax
- Holmen, J (2008) Er det gud vi saknar? om medisin – og tru og overtru. I I Kjølsvik og J Holmen (Red) *Helse - frelse: Samfunnsmedisin og livssyn - et møte* (s. 111-128). Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jacobsen, D I (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring. innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse-og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS
- Kjølsvik, I og Holmen, J (2008) *Helse - frelse: Samfunnsmedisin og livssyn - et møte*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Lavretsky, H (2010) Spirituality and aging. *Aging Health*, 6(6), 749-769. <http://dx.doi.org/10.2217/ahe.10.70>
- Lindström, U Å og Lindholm, L (2003) Kontext och meningssammanhang. I Eriksson, K og Lindström, U Å (red) *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, s. 35-45
- Lindström, U Å, Lindholm, L og Zetterlund, J E (2010) Katie Eriksson: Theory of caritative caring. I Marriner-Tomey, A og Alligood, M R (red) *Nursing theorists and their work*. Maryland Heights: Mosby Elsevier, s. 190-221
- MacKinlay, E og Trevitt, C (2007) Spiritual care and ageing in a secular society. *The Medical Journal of Australia*, 186(10), 74-76
- MacLaren, J (2004) A kaleidoscope of understandings: Spiritual nursing in a multi-faith society. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 457-462. [http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.2929\\_1.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.2929_1.x)
- Meraviglia, M, Sutter, R og Gaskamp, C D (2008) Providing spiritual care to terminally ill older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(7), 8-14. <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20080701-08>
- Miner-Williams, D (2006) Putting a puzzle together: Making spirituality meaningful for

- nursing using an evolving theoretical framework. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 811-821. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01351.x>
- Mok, E, Wong, F og Wong, D (2010) The meaning of spirituality and spiritual care among the hong kong chinese terminally ill. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 360-370. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05193.x>
- Phillips, B (2007) Nursing care and understanding the experiences of others: A Gadamerian perspective. *Nursing Inquiry*, 14(1), 89-94. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2007.00324.x>
- Pleschberger, S, Seymour, J E, Payne, S, Deschepper, R, Onwuteaka-Philipsen, B D og Rurup, M L (2011) Interviews on end-of-life care with older people. *Qualitative Health Research*, 21(11), 1588–1600
- Rykkje, L, Eriksson, K, og Råholm, M (2011) A qualitative metasynthesis of spirituality from a caring science perspective. *International Journal for Human Caring*, 15(4), 40-53
- Sivonen, K (2000) *Vården och det andliga. en bestämning av begreppet "andlig" ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Doktorgrad. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi
- Sivonen, K og Kasén, A (2003) Enheten människa - kropp, själ och ande. I Eriksson, K og Lindström, U Å (red) *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, s. 75-95
- Sæteren, B, Lindström, U Å og Nåden, D (2011) Latching onto life: Living in the area of tension between the possibility of life and the necessity of death. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 811-818. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03212.x>
- Swinton, J og Pattison, S (2010) Moving beyond clarity: Towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. *Nursing Philosophy*, 11(4), 226-237. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2010.00450.x>
- Touhy, T A (2001) Nurturing hope and spirituality in the nursing home. *Holistic Nursing Practice*, 15(4), 45–56. <http://dx.doi.org/10.1097/00004650-200107000-00008>
- Wallace, M og O'Shea, E (2007) Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holistic Nursing Practice*, 21(6), 285-289. <http://dx.doi.org/10.1097/01.HNP.0000298611.02352.46>
- Weathers, E, McCarthy, G og Coffey, A (2015) Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum* (Nettpublisert i forkant av trykk: 2. februar 2015)

# Godt – eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket?

## Bjørg Christiansen og Ida Torunn Bjørk

*Bjørg Christiansen, I.amanuensis, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus, [bjorg.christiansen@hioa.no](mailto:bjorg.christiansen@hioa.no)  
Ida Torunn Bjørk, professor, Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for Helse og Samfunn Universitetet i Oslo, [i.t.bjork@medisin.uio.no](mailto:i.t.bjork@medisin.uio.no)*

### Abstract

#### **Good work – or good enough? How do nurses perceive ideals and realities in the profession?**

*The purpose of the study is to explore what it entails for nurses to perform good work. It may be challenging to maintain good work when demands of efficiency threaten professional and ethical ideals. How nurses describe expectations they set for themselves and others will also indicate their views on professional identity. The study is qualitative with a descriptive and explorative design, based on individual semi-structured interviews with eight nurses in specialist- and community health care. The data were analyzed in three different interpretational contexts, aiming at an insightful and valid understanding of the text. Findings show that good work was associated with responsible practice and a patient-centered approach. An obligation to update themselves is integrated into their professional identity. Findings show that we can no longer take for granted that nurses handle cross-pressures and value-conflicts in the profession.*

### Keywords/ Nøkkelord

*Good work; professional identity; cross-pressure; nursing; qualitative study; clinical practice: godt arbeid; yrkesidentitet; krysspress; sykepleie; kvalitativ studie; klinisk praksis*

### Referee\*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.3774>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.



## Introduksjon

Spenningsforholdet mellom idealer og realiteter i sykepleien har ofte vært relatert til en problematisk overgang mellom utdanning og yrke på grunn av mangelfull tilrettelegging for nyansatte. Bjerknes og Bjørk (2012) fant eksempelvis at nyutdannede sykepleiere hadde empati med pasienter og entusiasme for yrket, men at dette potensialet ble hindret av tidspress og opplevelse av manglende støtte. Opplevelsen av å realisere faglige kvalitetsnormer og verdier i yrket har betydning for utvikling av profesjonell identitet, som strekker seg utover tiden som nyansatt. Profesjonell identitet utvikles i et samspill mellom personlige forutsetninger og sosialiseringprosesser i utdanning og yrke (Heggen 2005, Wachterhausen 2002). Sykepleiere blir sosialisert inn i yrket ut i fra profesjonsspesifikke normer og forventninger (Benner, Sutphen, Leonard-Kahn og Day 2008). Det stilles krav til sykepleiere om å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde (Norsk Sykepleierforbund 2011). Helsepersonelloven (2012) understreker imidlertid ikke bare det individuelle ansvaret, men stiller også krav til helseinstitusjonene om å tilrettelegge for at helsepersonell kan utøve forsvarlig arbeid.

Tidligere studier har vist at sykepleiere går inn i yrket med en forventning om å bruke seg selv og sine kunnskaper til pasientens beste. Engasjement i yrket er knyttet til relasjoner med pasienter og opplevelsen av at arbeidet er meningsfylt (Breivik og Obstfelder 2012, Forbech Vinje 2007). Andre studier har imidlertid fremhevet hvordan sykepleiere opplever at rammebetingelser i spesialist- og kommunehelsetjeneste utfordrer muligheten for å realisere profesjonsspesifikke idealer. Allerede i 2001 påpekte Sintef-rapporten "Stykkevis og helt" at sykehusene må legge bedre til rette for at sykepleiere skal ha reell tid til fagutvikling. Man stilte spørsmål om arbeidsbetingelsene sykepleiere ble tilbudt understøttet mulighet for å praktisere yrket i samsvar med egne og andres forventninger. Orvik (2006) hevdet at sykepleiere strekker seg lengre enn ressursrammer tilsier for å forsvare kvalitetsnormer i arbeidet. Sykepleierens idealer og verdier er kontekstuavhengige, og kan fremstå som grenseløse og altomfattende innenfor sykehusets rammer for utøvelse av arbeidet (Orvik 2006). Når sykepleiere jobber innenfor rammer som gjør det vanskelig å realisere fagets verdier, kan det gå utover trivsel, energi og motivasjon i yrket (Førland, Haukom og Kristoffersen 2007).

Nyere studier har også pekt på spesifikke barrierer for å kunne utøve sykepleieryrket i tråd med faglige og moralske normer, hvor opplevelsen av tidspress, mindre autonomi og krav til kostnadseffektivitet er fremtredende (Debesay 2012, Kjølrsrud 2013, Nordhaug 2013). Vi vet imidlertid mindre om hvordan ulike rammebetingelser i dagens helsevesen preger sykepleierens opplevelse av å utføre kvalitativt godt arbeid.

## Hensikt

Hensikten med studien er å utforske hva det innebærer for sykepleiere å utføre kvalitativt godt arbeid. Opplever de rammebetingelser som understøtter forventninger til egen praksis? Med to års erfaring som sykepleier er man ikke lenger nybegynner, men har et annet utgangspunkt for å vurdere kvaliteter og utfordringer i utøvelsen av yrket. For å utforske dette har vi utført en kvalitativ studie basert på følgende forskningsspørsmål:

Hva innebærer det for sykepleiere å utføre godt arbeid?

Hva oppfattes som utfordringer i den sammenheng?

## Bakgrunn

Idealer og realiteter kan forbindes med dobbelthet og motsetninger i et sosialt system, slik Løchen (1971) skildret i en feltstudie fra et psykiatrisk sykehus. Godt arbeid (Good work) kjennetegnes i følge Gardner, Csikszentmihalyi & Damon (2001) av et høyt faglig og etisk nivå og personlig engasjement. Begrepet er utviklet empirisk ved å studere hvordan profesjonsutøvere opprettholder kvalitativt godt arbeid i en tid hvor krav til lønnsomhet og effektivitet kan true faglige og etiske idealer. Godt arbeid er et ideal eller mål man føler seg forpliktet i forhold til, i samsvar med egen profesjon (Gardner et al. 2001). Når man vet og kjenner at man realiserer slike forventninger, bidrar det også til engasjement og tilfredshet hos profesjonsutøveren. Men å strebe etter å utføre godt arbeid kan også fra tid til annen forbindes med frustrasjon og skuffelse (Christiansen 2008, Gardner et al. 2001).

Flere studier har pekt på sammenhengen mellom kvalitet, arbeidsglede og utholdenhet i yrket. Godt arbeid innebar å ivareta faglige, sosiale og etiske implikasjoner i ulike daglige situasjoner med pasienter og pårørende. Opplevelsen av å utføre godt arbeid følte også godt for studenter og sykepleiere, og hadde derved betydning for engasjement og utholdenhet som sykepleier (Christiansen 2008, Christiansen og Bjørk 2013). Kristoffersen (2013) fant i sin PhD studie at sykepleierne også opplevde en tilfredsstillende gjennom å gi pasientene hjelp. I følge Forbech Vinje (2007) var det avgjørende for jobbengasjement blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten at de opplevde et meningsfullt arbeid som virkeliggjorde sentrale verdier. En svensk kvantitativ studie med sykepleiere fra kommunal eldreomsorg fant at idealer knyttet til godt arbeid ble forbundet med at arbeidet var faglig stimulerende, meningsfylt og i overensstemmelse med personlige verdier. Forfatterne oppfordret ledere til å ta hensyn til slike forhold dersom de vil beholde sykepleiere i kommunal eldreomsorg (Josefsson, Åling og Östin 2011). I følge Miller (2013) vil økt bevisstgjøring i forhold til godt arbeid også innebære å ha fokus på rammebetingelser som muliggjør dette. En slik prosess vil kunne forbygge følelsen av utilstrekkelighet og utbrenthet blant sykepleiere.

Smedstad (2010) fant at sykepleiere erfarte moralsk stress når arbeid med pasientene ikke samsvarte med den etiske standarden som de så behov for og ønsket å utrette. Det kunne for eksempel oppleves i samarbeid med leger. I følge Epstein og Delgado (2010) kan opplevelse av moralsk stress være en konsekvens av at personen er klar over hva som er moralsk riktig å gjøre i en gitt situasjon, men som på grunn av faktorer eller hindringer i institusjonen forhindres i å handle på den riktige måten. En norsk, kvalitativ studie fra kirurgisk avdeling illustrerte dette. Et av hovedfunnene var høyt arbeidspress, mangel på tid og fordeling av tiden sin på flere pasienter og oppgaver. Det kunne føre til at sykepleierne opplevde stress og en følelse av personlig ansvar for det som ikke var blitt gjort på grunn av ressursmangel (Torjuul og Sørli 2006).

Hurtige endringer og spesialisering innen spesialist- og kommunehelsetjenesten stiller store krav til sykepleierens kompetanse. Noen studier har vist at sykepleiere ønsker bedre tilrettelegging for faglig oppdatering og utvikling. Fagerjord (2009) fant at kreftsykepleiere opplevde mangel på tid til fagutvikling, som innebar oppdatering på ny kunnskap, forbedring av praksis og god sykepleie. I følge Breivik og Obstfelder (2012) var organisering av pleie- og omsorgsarbeidet og muligheter for fagutvikling viktig for trivsel, og for at sykepleierne skulle forbli i yrket. Tønnessen og Nortvedt (2012) hevdet at det er nødvendig å tilpasse et forsvarlighetskrav i hjemmesykepleien til de normer, verdier og kunnskaper som gjelder for tjenesten og sykepleiefaget.

Sammenfattet tyder både norske og internasjonale studier på at sykepleiere ofte erfarer et krysspess mellom idealer og realiteter. Spørsmålet er hvordan et slikt krysspess preger opplevelsen av å utføre godt arbeid som sykepleier.

## Design og metode

Studien er kvalitativ med et beskrivende og utforskende design, basert på individuelle intervjuer med åtte sykepleiere (Polit og Beck 2014). Utvalget var strategisk da det var ønskelig at alle hadde ca to års yrkeserfaring, og at det var representanter fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Med to års erfaring som sykepleier vet man hva yrket innebærer, samtidig som man fortsatt er relativt nyutdannet. Vi antok at det ga et godt grunnlag for utdypende kunnskap om hva det kan innebære å håndtere et krysspess mellom idealer og realiteter.

### Utvalg

Brev med informasjon om studien og forespørsel om deltagelse ble i første rekke sendt til åtte sykepleiere som var uteksaminert fra NN høgskole. Som 3. årsstudenter hadde de vært deltagere i fokusgruppeintervju med lignende tematikk, se Christiansen og Bjørk (2013). De åtte studentene hadde stilt seg positive til å bli kontaktet for individuelle intervju etter et par år i yrket. Vi fikk samtykke fra fem når vi kontaktet de på ny, og supplerte utvalget med tre sykepleiere som var utdannet på samme tid. Det endelige utvalget besto av åtte sykepleiere, alle kvinner, med ca to års yrkeserfaring:

Respondenter	Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Nr 1	Hjemmesykepleie	
Nr 2		Bemanningsenhet
Nr 3		Kirurgisk avdeling
Nr 4	Sykehjem, palliativ avdeling	
Nr 5		Korttidsenhet
Nr 6	Omsorgsbolig for demente	
Nr 7	Hjemmesykepleie	
Nr 8	Hjemmesykepleie	

Fig. 1 Utvalg

### Kvalitativt intervju

Intervjuene ble foretatt med utgangspunkt i en intervjuguide med spørsmål knyttet til erfaringer med godt arbeid, og hvordan de oppfattet rammebetingelser i den sammenheng. Til tross for en relativt strukturert intervjuguide, ønsket vi at sykepleierne fikk snakke mest mulig fritt, og at de uttrykte seg på en konkret og eksemplifiserende måte. I og med at flere av respondentene bodde ulike steder i landet, ble fem intervjuer foretatt via telefon, og tre på arbeidsplassen til en av forskerne. I følge Tjora (2012) er telefonintervju hensiktsmessig når man av praktiske eller økonomiske grunner ikke kan møte informantene. Vi hadde god erfaring med telefonintervju, som utfordret oss til også å være oppmerksom på respondentenes stemmebruk, pauser, nøling, tonefall etc. Det hjalp oss til å stille utdypende og bekreftende spørsmål underveis i intervjuet. Det ble utført lydopptak under intervjuene, som ble transkribert ordrett av en profesjonell transkriptør.

## **Etiske overveielser**

Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste ble konsultert i forhold til meldeplikt. Det ble innhentet informert, skriftlig samtykke fra respondentene med informasjon om at deltagelsen var frivillig, og at de når som helst og uten begrunnelse kunne trekke seg. Personopplysninger er aidentifisert. Lydfiler ble slettet etter transkribering. Transkribert materiale er lagret på passordbeskyttet PC, og vil bli slettet etter at studien er avsluttet.

## **Analyse**

Analyse av data har likhetstrekk med den hermeneutiske prosess hvor formålet er å komme frem til en gyldig og innsiktsfull forståelse av teksten. Data ble analysert i tre ulike kontekster for fortolkning (Kvale og Brinkmann 2010).

I første fortolkningskontekst gjennomførte vi en åpen og helhetlig gjennomlesing av de transkriberte intervjuene, hvor tematiske ord og utsagn ble notert underveis. Denne fortolkningen gjenspeiler respondentenes selvforståelse (Kvale og Brinkmann 2010). Notatene fra den innledende gjennomlesningen av alle intervjuene ga sammen med tema fra intervjuguiden grunnlag for formulering av åtte tentative kategorier som ble gitt hver sin fargekode: Forhold til yrket, verdier og idealer, kjennetegn på godt arbeid, barrierer for godt arbeid, betydningen av kollegafelleskap, faglig utvikling, ledelse- og organisering, karriereplaner.

I andre fortolkningskontekst ble hvert intervju lest på en mer fokusert måte i lys av de åtte kategoriene, og meningsbærende ord og utsagn ble fargekodet. Deretter ble hvert intervju strukturert og sammenfattet i lys av de kodete kategoriene. De opprinnelige intervjutekstene ble derved redusert betydelig i omfang (Tjora 2012). I en gjentagende lesing av de sammenfattede intervjuene var forskningsspørsmålene i fokus. Det innebar en ytterligere komprimering av meningsinnhold, hvor typiske trekk og særpreg på tvers av de åtte intervjuene ble strukturert via tre empirinære overskrifter, underbygd med sitat: Godt arbeid innebærer å være faglig oppdatert, Godt arbeid innebærer engasjement i pasient og pårørende, Opplevelse av tidspress; en utfordring for godt arbeid. Fremstillingen av funn gjenspeiler hva Kvale og Brinkmann (2010) karakteriserer som kritisk forståelse.

Tredje fortolkningskontekst innebærer en mer abstrahert og teoretisk forståelse (Kvale og Brinkmann 2010), hvor funn diskuteres i lys av teori og tidligere forskning.

## **Metodiske betraktninger**

Spørsmål knyttet til gyldighet og nøyaktighet i relasjon til kvalitative intervjuundersøkelser bør, i følge Kvale og Brinkmann (2010), oppfattes som en gjennomgående kvalitetskontroll. Utvalget av respondenter var til dels styrt av et ønske om å intervju de samme personene som hadde deltatt i en fokusgruppeundersøkelse med lignende tematikk som 3. årsstudenter (Christiansen og Bjørk 2013). I ettertid ser vi at andre kriterier kunne vært vektlagt mer, eksempelvis et noe større utvalg med jevnere fordeling av respondenter mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi var to erfarne forskere som delte gjennomføring av intervjuene (både ansikt til ansikt og pr. telefon), hvor vi begge la vekt på å skape rom for at sykepleierne

kunne uttale seg på en åpen og eksemplifiserende måte. I den videre analyseprosessen har vi hatt løpende diskusjoner som har skjerpet tilvante og umiddelbare tenkemåter i forhold til datamaterialet. Det medførte utprøving av måter å strukturere funn, før vi fant fram til den endelige presentasjonen. Overførbarhet i sammenheng med kvalitative studier er, ifølge Kvale og Brinkmann (2010) knyttet til om funn har relevans i lignende kontekster.

## **Funn**

### **Godt arbeid innebærer å være faglig oppdatert**

Alle respondentene så det å forvalte sentrale normer i yrket (faglig, moralsk forsvarlighet) som en personlig utfordring, eller forventning de stilte til seg selv: «At man gjør ting på riktig måte, at det er kvalitet i det man gjør» (1). «Ansvarsbevisst» og «pliktoppfyllende» var ord de brukte for å beskrive seg selv. Det innebar et personlig ansvar for å være faglig oppdatert. En sykepleier fra spesialisthelsetjenesten ville helst være oppdatert på det meste hele tiden, men kjente særlig på ansvaret ved uvanlige komplikasjoner hos pasienten, eller sjeldne prosedyrer: «Da må jeg virkelig sette meg inn i det» (3).

For en sykepleier i kommunehelsetjenesten kunne personlig, faglig oppdatering innebære å «lese seg opp» når det kom pasienter med medisiner eller diagnoser hun ikke kunne så mye om. Respondenten fra korttidsenheten i spesialisthelsetjenesten (5) hadde forventninger om å lære noe hver dag. Når hun møtte noe hun ikke kunne «så slår jeg det opp med én gang». Men verken hun eller andre kollegaer søkte etter forskningsstudier, «vi er veldig dårlige på det». Sykepleierne kunne også ta medansvar for andres faglige oppdatering. Et eksempel var å ta initiativ til faglunsjer én gang i uken. Da bidro både interne og eksterne fagpersoner med tema de kunne lære mer om. Denne sykepleieren opplevde ellers lite felles tilrettelegging for faglig (forskningsbasert) oppdatering, det var «opp til deg selv» (6). En annen sykepleier fra hjemmesykepleien tok ansvar for at sårprosedyrer var faglig begrunnet: «Vil ha en grunn; hvorfor gjør vi det»? Hun fortalte at hun møtte motstand fra kollega (ikke sykepleier) når hun tok initiativ til å endre en sårprosedyre. Hun ga seg ikke, «skal hun jobbe i gruppa mi er hun nødt til å lære seg prosedyren»(7).

Flere av respondentene fortalte også om utfordringer i forhold til faglig oppdatering. Det kunne være situasjoner hvor de hadde liten trening og følte seg faglig usikre fordi det var forhold de sjelden opplevde. Sykepleier (1) fra hjemmesykepleien kunne «enkelte ganger bli kastet ut i ting som det egentlig ikke er forsvarlig at man gjør, men som forventes at man likevel skal kunne gjennomføre». Et eksempel var spinal smertepumpe: «Har verken anestesileger eller noen i umiddelbar nærhet hvis noe skulle gå galt med denne pumpen. Og man får tre kvarter med opplæring, og det forventes at man skal kunne dette, da». En sykepleier fra spesialisthelsetjenesten syntes det kunne være vanskelig å ta opp faglige tema hun mente var viktig fordi hun jobbet deltid, og derfor kunne bli oppfattet som en «viktigper». Selv om tema som smerteskala og smertebehandling ble diskutert, hadde hun aldri opplevd at det hadde vært snakk om «hvordan vi veileder pasienten gjennom dette oppholdet» (3).

### **Godt arbeid innebærer engasjement i pasient og pårørende**

Respondentene var ikke bare opptatt av hva som var faglig riktig, men også hva som var godt for pasienter og pårørende: «Opplevelsen av å ha utrettet noe godt så og si hver dag» (2). Flere ga uttrykk for ønske om å være nær pasientene, og gjøre det de kunne for at alle skulle

ha det bra: «Tenker at hver gang jeg kommer på jobb, så må jeg gjøre mitt beste og liksom se alle» (5). Samtidig ga de også uttrykk for glede og engasjement i et yrke som ga mye tilbake: «Jeg er stolt over å være sykepleier, jeg er blitt så glad i brukerne mine (demente pasienter)» (6). For noen hadde motivasjon for yrket forsterket seg: «Har funnet ut at det gir meg så mye tilbake å hjelpe andre, da... jeg føler at det er sykepleier jeg vil være». Likevel hadde hun sluttet i hjemmesykepleien på grunn av tidspress (8).

En respondent fra palliativ post fortalte at det var de dagene «de fikk det bra til» de levde videre på når de følte seg litt utilstrekkelige. Det gjaldt å gjøre så godt man kunne, ikke bare «sette seg ned og irritere seg over at i dag mangler vi to stykker og det kommer til å bli hektisk» (4). Selv om denne sykepleieren hadde «glød for jobben sin», hadde hun merket et økende press og forventninger særlig de to siste årene. Det medførte at hun hadde tenkt tanken å slutte som sykepleier.

Alle respondentene fortalte om barrierer som fra tid til annen hindret dem i å gjøre det de så pasienter og pårørende hadde behov for i ulike situasjoner. Det var mye som ikke stemte når man kom ut i «den virkelige sykepleieverdenen», som en respondent (6) uttrykte det i sammenheng med at hun brukte mye tid på dokumentasjon, i stedet for i direkte kontakt med pasientene.

### **Opplevelse av tidspress; en utfordring for godt arbeid**

Tidspress kunne oppleves som en personlig belastning som skapte utfordringer i forhold til å gjøre det de mente var kvalitativt godt for pasientene. En sykepleier som arbeidet med demente pasienter kunne ofte kjenne på det når hun gikk hjem fra jobb: «Det har ikke vært helt den dagen du på en måte hadde lyst til at det skulle være. Ikke tid til annet enn å gi medisiner og de praktiske sykepleieroppgavene» (6).

Det kunne medføre at de demente pasientene ble urolige: «Det er jo nesten halve jobben å være tilstede. Da føler jo jeg at jeg ikke har vært en god sykepleier» (6). Selv om hun ikke angret på utdanningen, hadde hun vært inne på tanken å slutte som sykepleier. Sykepleieren som jobbet på palliativ post på sykehjem vektla kvalitet i relasjoner med pasienter og pårørende. Likevel kunne hun av og til føle på utilstrekkelighet, og at hun ikke handlet i samsvar med egne sykepleieprinsipper: «Å gi medisiner i stedet for å ta meg tid til å sette meg ned» (4). Underbemanning og stram økonomi gjorde at man ikke kunne bemanne opp når det trengtes. De hadde tatt opp en årsak til tidspress som de mente bunnet i systemer på sykehjemmet, som kunne gå ut over tiden med pasientene. Pleiepersonalet ble satt til å: «smøre skiver på kjøkkenet, ta oppvask, løpe opp og ned med lapper og bestillinger» (4). En sykepleier som jobbet på ulike avdelinger på sykehus (bemanningsenhet), kunne oppleve at de ikke hadde tid til å vise henne rundt når hun kom og var ny på avdelingen. Samtidig opplevde hun trygghet ved å være del av et kollegafellesskap: «Veldig greit å spørre folk om hjelp hvis det er ting man lurte på uten å bli sett på som uvitende og dum» (2).

En hjemmesykepleier kunne savne tid til litt ekstra omsorg.

*Den gode praten som pasientene noen ganger har behov for. Bare ha tid til å smøre bena fordi hun er så tørr og hun når ikke ned dit selv... de (bestillerkontoret) er så strenge med at dette får hun lov til, dette får hun ikke (7).*

En annen fra hjemmesykepleien merket også tidspress. Når det ble forsinkelser, så «bare forfølger det deg videre hele dagen» (8). Det ga henne en dårlig følelse, fordi det gikk utover

andre pasienter. Krav knyttet til tidsbruk og økonomi kunne også gi andre utslag. En hjemmesykepleier prøvde å få til fagdager, men fikk høre fra leder: «Hvis vi skal kaste bort en dag på fagdag, så koster én dag så mye...»(7). En respondent refererte til hjemmesykepleien hvor hun trivdes godt, men hadde sluttet på grunn av tidspress. Hun savnet blant annet å kunne sette seg ned på jobb for å lese en fagartikkel. De hadde lært i utdanningen at det var viktig å ha mulighet til det i jobben «men det følte jeg ikke i det hele tatt» (8). Kun én av respondentene opplevde at det ikke var tidspress på jobb, men derimot mangel på utstyr. «Vi har jo ikke råd, for eksempel til EKG, det må vi jo gå å låne av noen. PC-en er ofte nede» (5). Hun var likevel fornøyd med arbeidssituasjonen sin:

*Jeg tror dette er en av de få avdelingene der det faktisk er tid til å sette seg ned og snakke med pasientene. Jeg kan gå hjem med god samvittighet og føle at jeg har tatt vare på pasientene og sett dem (5).*

## Diskusjon

Godt arbeid ble i første rekke relatert til at de utførte faglig forsvarlig sykepleie. Det å holde seg faglig oppdatert ble opplevd som et personlig ansvar. Måten respondentene omtalte seg selv i den sammenheng ga innblikk i en yrkesidentitet hvor forpliktelsen til faget var sterkt forankret. Forventninger til sykepleiere om å holde seg faglig oppdatert gjenspeiles i Helsepersonelloven (2012) og Yrkesetiske retningslinjer (2011) som stiller krav til sykepleiere om å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis. I følge Grimen (2008) utgjør det spesifikke kunnskapsgrunnlaget et sentralt skille mellom profesjoner og andre yrkesgrupper. Gardner et al. (2001) fremhevet forpliktelsen den profesjonelle har til å utøve yrket i samsvar med profesjonens kollektive kunnskap og verdier. I dagens samfunn stilles økte krav til å holde seg oppdatert i forhold til kunnskapsutviklingen innen eget felt (Jensen 2012, Christiansen, Carlsten og Jensen 2009).

Respondentene ble særlig utfordret på å oppdatere seg når de sto ovenfor situasjoner som representerte noe de var uvant med. Andre studier har også vist at sykepleiere søkte kunnskapskilder før de utførte oppgaver i grenselandet mellom det de kunne og ikke kunne, enten for å søke ny kunnskap eller for å kontrollere seg selv (Christiansen 2012, Fagerjord 2009). Det er en form for faglig oppdatering som ligger implisitt i den daglige yrkesutøvelsen, og som krever tilgjengelige, oppdaterte kunnskapskilder og tilstrekkelig tid til å nyttiggjøre seg de. I følge Eraut (2007) må det å søke kunnskap proaktivt i yrkessammenheng sees som sentralt i en læringskultur. Funn viste et spenn i hva det kunne innebære, fra å slå opp eller lese om ukjente medikamenter og diagnoser, til å lære seg spinal smertepumpe i hjemmesykepleien uten at tid og støtte til det opplevdes som tilstrekkelig. Dette var ikke et enestående tilfelle, flere hadde kjent på faglig usikkerhet i tilknytning til situasjoner som ikke forekom så ofte. Dette er en tematikk som særlig aktualiseres i lys av Samhandlingsreformen (2008-2009), hvor kommunehelsetjenesten mottar pasienter som fortsatt er behandlingstrengende.

Godt arbeid ble også forbundet med at de tok medansvar for en kollektiv faglig oppdatering i forhold til spesifikke tema. Et eksempel var revidering av sår-prosedyre som også krevde at sykepleieren måtte forholde seg til motstand mot endring i kollegafelleskapet. Revidering av prosedyrer og annen forbedring av praksis involverer som regel at sykepleiere må forholde seg til forskningsbasert kunnskap (Jensen 2014, Christiansen et al. 2009, Ciliska 2006). Selv om de tok ansvar for faglig oppdatering og læring, fremgikk det også at det ikke nødvendigvis innebar å søke etter forskning. Et trekk ved kunnskapsbasering av arbeidet er at det medfører

økte forventninger til kvalitetssikring og fagutvikling (Bjørk og Solhaug 2008, Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt og Reinart 2007). Selv om det tradisjonelt ikke har vært vanlig å forholde seg til forskningsbasert litteratur i sykepleiemiljø (Nortvedt 2008), er det tegn som tyder på at akademiske ferdigheter er i ferd med å integreres i yrkesidentiteten. Økt fokus på forskningsbasert kunnskap i sykepleierutdanningen i de senere år kan ha bidratt til dette. I en norsk studie med avgangsstudenter fant man eksempelvis en positiv holdning til ”forskningspraksis” (prosjektoppgave), og forelesninger som formidlet oppdatert forskning (Vågan, Erichsen og Larsen, 2014). Her trengs det imidlertid videre studier. Det var også eksempler i vårt materiale på motstand til fagutviklende tematikk og tiltak ikke bare fra pleiepersonalet, men også fra leder. Betydningen av at fagutvikling og klima for læring er forankret på ledelsesnivå har vært fremhevet i andre studier (Bjørk, Tøien og Sørensen 2013, Knutheim og Bjørk 2013, Boomer og McCormack 2011, Josefsson et al. 2011). Dersom ledere oppfatter effektivitet ensidig som produktivitet på bekostning av kvalitet og kunnskap, kan det føre til alvorlige problemer (Arakelian, Gunningberg og Larsson 2008). En studie skildret hvordan sykepleiere i videreutdanning i akuttisykepleie opplevde utfordringer i kommunehelsetjenesten. Sentrale funn var at faget kom i skyggen av organisatoriske forhold, og at kompetanseheving var opp til den enkelte. Fra ledelsen ble det verken forventet eller akseptert at arbeidstiden skulle brukes til å søke opp og lese fag – og forskningslitteratur (Hovland, Kyrkjebø og Råholm 2015).

Funn viste at godt arbeid også hadde en mellommenneskelig dimensjon som pekte utover det faglige riktige. Nærhet til pasientene, det å se alle og å utvikle en godhet for den demente pasienten vitnet om et pasientorientert engasjement som var særlig utpreget hos respondentene som arbeidet i kommunehelsetjenesten. Opplevelsen av å kunne gjøre sitt beste for å hjelpe den andre ga næring til yrkesidentiteten i form av glede, engasjement og stolthet over å være sykepleier. Andre studier har også vist at sykepleiere opplevde tilfredsstillende og glede ved direkte pasientkontakt og realisering av sentrale verdier i yrket (Kristoffersen 2013, Breivik og Obstfelder 2012, Christiansen 2008, Forbech Vinje 2007).

Det var et gjennomgående funn at de opplevde tidspress som en utfordring i forhold til godt arbeid. Det kom særlig til uttrykk blant respondenter fra kommunehelsetjenesten som hadde mer kontinuitet i pasientkontakten. Tilstrekkelig tid er i seg selv et element i en faglig og moralsk forsvarlig pleie, eksempelvis i forhold til demente pasienter. I en studie fra sykehjem fant Heggstad, Nortvedt og Slettebø (2013) at tilstrekkelig tid var en nødvendig betingelse for personalets ivaretagelse av sosial verdighet i relasjon til demente pasienter. Andre studier har også vist en sammenheng mellom tid og kvalitet i pleie- og omsorg (Ball, Murrells, Rafferty, Morrow og Griffiths 2014, Chan Jones og Wong 2013). Det fremgikk i vår studie at tidspress var noe respondentene ble konfrontert med i det daglige, i form av tidsskjema som sprakk, marginal bemanning og arbeidsoppgaver på siden av det man er utdannet for. Fagerjord (2009) fant i sin studie av kreftsykepleiere at de hadde delegerte oppgaver som vask av senger og portørtjenester, mens tid og mulighet for fagutvikling var lavt prioritert i organisasjonen. Tidsskriftet Sykepleien har utført en e-post spørreundersøkelse hvor 3509 sykepleiere med pasientkontakt besvarte spørsmål om hvordan de opplevde «tidstyvene» i arbeidet sitt. Over halvparten meldte om en økning av de ikke-pasientnære oppgavene de siste årene. Halvparten syntes de ikke får nok tid til pasienten (Hofstad 2014). Debesay (2013) har studert hjemmesykepleierens rammebetingelser i pleie av og omsorg for etniske minoritetspasienter. I studien fremgikk det at økt kontroll som ledd i effektivisering (bestiller - utfører modellen) kan føre til at ansatte mister noe av autonomien knyttet til nødvendig skjønnsvurdering i arbeidet. Det er en rammebetingelse som kan forringe kvaliteten i arbeidet.



De ansatte kan kompensere for negative konsekvenser av en slik styringsmodell med egen ekstra innsats.

Manglende tid ble ikke bare opplevd som en strukturell rammebetingelse man må forholde seg til. Som sykepleier hadde det en personlig dimensjon som medførte opplevelsen av å gå på akkord med egne faglige prinsipper eller idealer. Følelsen av å ikke strekke til eller gjøre en god jobb griper inn i yrkesidentiteten. I følge Wackerhausen (2002) vil både yrkesutøverens profesjonelle identitet og eksterne forhold som økonomi, regler, arkitektur etc. bidra til å strukturere praksis. Andre studier har også påpekt at sykepleiere holder fast på profesjonsspesifikke idealer de er utdannet til (Kristoffersen 2013, Christiansen 2008, Orvik 2006). Smedstad (2010) karakteriserte sykepleierens opplevelse av å gå på akkord med etiske standarder de ønsket å realisere som moralsk stress. I en kronikk i Sykepleien stilte Nortvedt (2013) spørsmål om tidspress kan tvinge sykepleiere til å gjøre ting de ellers ikke ville gjort, som å overse menneskelige hensyn. Han hevdet at det etiske og faglige grunnlaget for forsvarlige tjenester er faktisk truet i noen sammenhenger.

Til tross for at tidligere studier har fremhevet at meningsfylte sider ved sykepleierens arbeid bidrar til engasjement og utholdenhet i yrket (Orvik 2006, Forbech Vinje 2007, Christiansen 2008, Kristoffersen 2013), viser denne studien at vi ikke lenger kan ta for gitt at sykepleiere håndterer krysspress og verdikonflikter i yrket. Det er et faresignal som må tas på alvor at flere av respondentene hadde sluttet på arbeidsplasser de egentlig likte, på grunn av tidspress og/eller lite rom for faglig oppdatering. To av respondentene vurderte å slutte helt som sykepleier på grunn av økende krav og tidspress, til tross for at de i utgangspunktet var engasjert i yrket. Både denne og andre studier viser betydningen av at sykepleiere gis mulighet til å utøve yrket på en måte som gjør at de ikke opplever for stor sprik mellom profesjonsspesifikke idealer og realiteter. Det er viktig for å fremme kvalitet, engasjement og ikke minst utholdenhet i yrket.

## **Konklusjon**

Studien har vist at godt arbeid ble forbundet med en faglig forsvarlig praksis og en pasientsentrert holdning. Forpliktelsen til å holde seg faglig oppdatert var integrert i yrkesidentiteten. Et uttrykk for det var kravet de stilte til seg selv om en kontinuerlig og situasjonsavhengig oppdatering, et ansvar som også kunne innebære å bidra til en mer generell fagutvikling blant kollegaer. Det fremgikk at rammebetingelser ikke nødvendigvis understøttet slike intensjoner, enten på grunn av tidspress, motstand hos leder eller organisatoriske forhold som påla sykepleiere lite profesjonsspesifikke oppgaver. Rammebetingelsene bidro til å svekke sykepleierens mulighet til å gjøre det de mente var godt og riktig for sårbare pasienter.

Til tross for at studien er basert på et relativt begrenset utvalg av respondenter, gir den et innblikk i spenningsforholdet mellom idealer og realiteter i dagens helsevesen fra sykepleierens perspektiv. Tematikken kan forfølges på en mer utdypende måte via observasjons- og intervjustudier fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten, og også inkludere andre relevante profesjonsgrupper.

## Litteratur

- Arakelian, E, Gunningberg, L, Larsson, J (2008) Job satisfaction or production? How staff and leadership understand operating room efficiency: a qualitative study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52: 1423-1428. <http://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01781.x> Nedlastet 20.8-2015
- Ball, JE, Murrells, T, Rafferty, AM, Morrow, E, Griffiths, P (2014) Care left undone during nursing shifts: associations between workload and perceived quality of care. *BMJ Quality and Safety*, 23: 116-125
- Benner, P, Sutphen, M, Leonard-Kahn, V, Day, L (2008) Formation and everyday ethical comportment. *American Journal of Critical Care*, 17: 473-476
- Bjerknes, M & Bjørk, IT (2012) Entry into nursing: An ethnographic study of newly qualified nurses taking on the nursing role in a hospital setting. *Nursing Research and Practice*, 1:7. <http://doi.org/10.1155/2012/690348> Nedlastet 20.8.-2015
- Bjørk, IT, Tøien, M og Sørensen, AL (2013). Exploring informal learning among hospital nurses. *Journal of Workplace Learning*. 25 (7), 426-440. <http://doi.org/10.1108/JWL-01-2013-0003> . Nedlastet 15 okt 2014.
- Bjørk, Ida Torunn og Marit Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*, Oslo: Akribe AS
- Boomer, CA & McCormack, B (2011) Creating the conditions for growth: a collaborative practice development programme for clinical nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 18: 633-644
- Breivik, E og Obstfelder, A (2012) Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid. *Nordisk Sygepleieforskning*,(2) 2: 111-120
- Chan, EA, Jones, A, Wong, K (2013) The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (9): 2020-2029. <http://doi.org/10.1111/jan.12064> Lastet ned 5.6-2015
- Christiansen, B (2008) Good work - how is it recognized by the nurse? *Journal of Clinical Nursing*, 17(12): 1645-1651
- Christiansen B, Carlsten, TS, Jensen, K (2009) Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien Forskning*, 2 (4):100-106
- Christiansen, B (2012) Knowledge-seeking practices of competent nurses. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 2 (2): 121-132
- Christiansen, B, Bjørk, IT (2013) Good Work Feels Good: Students Perceptions of Good Work. *Pennsylvania Nurse*, 68 (1): 20-27
- Ciliska, D (2006) Evidence-based nursing: how far have we come? *Evidence-Based Nursing*, 9(2): 38-40
- Debesay, J (2012) *Omsorgens grenser. En studie av hjemmesykepleieres rammebetingelser i pleie av og omsorg for etniske minoritetspasienter*. Doktorgradsavhandling Senter for profesjonsstudier. Høgskolen i Oslo og Akershus
- Epstein, EG, Delgado,S (2010). Understanding and Addressing Moral Distress. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3). DOI:10.3912/OJIN. Vol15No03Man01 Lastet ned 23.03.16
- Eraut, M (2007) Learning from other people in the workplace. *Oxford Review of Education*, 33 (4): 403-422
- Fagerjord, B (2009) *Fagutvikling for kreftsykepleiere i pleiepraksis. En studie av hva kreftsykepleiere forstår med fagutvikling, hva det betyr for dem og hvordan de opplever at det prioriteres og tilrettelegges for det i pleiepraksis*. Mastergradsoppgave, Avdeling for sykepleie og helsefag, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø

- Forbech Vinje, H (2007). *Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen  
<http://hdl.handle.net/1956/2646>
- Førland, O, Haukom, M, Kristoffersen, I (2007) Jobbtilfredshet og jobbtrivsel blant sykepleiere- refleksjoner og utfordringer. I Alvsvåg, H. og Førland, O. (red) *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Akribe AS, Oslo, s.251-268
- Gardner, Howard, Mihaly Csikszentmihalyi & William Damon (2001) *Good work: When excellence and ethics meets*. New York: Basic Books
- Grimen, H (2008) Profesjon og kunnskap. I Molander, A. og Terum, L.I. (red) *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 71-86
- Heggen, K (2005) Fagkunnskapens plass i den profesjonelle identiteten. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, 89: 446-460
- Heggestad, AKT, Nortvedt, P, Slettebø, Å (2013) Dignity and care for people with dementia living in nursing homes. *Dementia*. <http://doi.org/10.1177/1471301213512840> Lastet ned 10.12.2014
- Hofstad, E (2014) Sluttet i protest. Tidstyvene gjorde at jeg sa opp på sykehjemmet. *Sykepleien*, nr.12
- Hovland, G, Kyrkjebø, D, Råholm, M-B (2015) Sjukepleiaren si kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesta; sampele mellom utdanningsinstitusjon og arbeidsplass. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1:11
- Jensen, K (2014) Signing communities. Dealing with non-knowledge: Some cases from nursing. *Professions & Professionalism*, 4 (2): 1-13 <http://dx.doi.org/10.7577/pp.824> lastet ned 4.3.2015
- Jensen, K (2012) The desire to learn: An analysis of knowledge-seeking practices among professionals. I Jensen, K., Lahn, L.C., Nerland, M. (Eds) *Professional learning in the knowledge society*. Sense Publishers, Rotterdam, s165-177
- Josefsson, K, Åling, J, Östin, B-L (2011) What implies the good work for registered nurses in municipal elderly care in Sweden? *Clinical Nursing Research*, 20(3): 292-309  
Doi:10.1177/1054773811403622 lastet ned 4.3.15
- Kjølsrud, ES (2013) *Profesjonsetiske utfordringer i et helseforetak. En kvalitativ studie av sykepleiere ved to psykiatriske akuttposter i et helseforetak*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Agder
- Knutheim, AG, Bjørk, IT (2013) Kliniske spesialister styrker læring gjennom uformelle aktiviteter. *Sykepleien Forskning*, 8: 62-72
- Kristoffersen, M (2013) *Strekke seg mot tinder, stå i kneiker: om å fortsette i sykepleien: en studie av livsforståelsens betydning for sykepleieres utøvelse av sykepleie*. Doktorgradsavhandling, Det samfunnsvitenskaplige fakultetet, Universitetet i Stavanger
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lov om helsepersonell mv. av 2. Juli 1999 nr 64 (helsepersonelloven). ( Sist endret 22.juni 2012) [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
- Løchen, Yngvar (1971). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Miller, JF (2013) Factors influencing excellence in nursing. *Pennsylvania Nurse*, 68 (1): 4-9
- Nordhaug, M (2013) *Which patient's keeper? Partiality and justice in nursing care*. Doktorgradsavhandling Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler.
- Nortvedt, Monica Wammen, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholdt og Liv Merete Reinart (2007)

- Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. En arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Nortvedt, P (2013) Få helsearbeidere har nok tid. *Sykepleien*, 101: 72-73
- Nortvedt, Per (2008) *Sykepleiens grunnlag - historie fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Orvik, Arne (2006) *Organisatorisk kompetanse- i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s
- Polit, Denise F & Cheryl Tatano Beck, (2014) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- Sintef-rapport (2001) *Stykkevis og helt-sykepleiernes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Oslo: Sintef Unimed Helsetjenesteforskning
- St. meld. Nr. 47.(2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Oslo: Det Kongelige Helse og omsorgsdepartement
- Smedstad, E (2010). *Samarbeidsforhold mellom sykepleiere og leger – en årsak til moralsk stress?* Masteroppgave. Det teologiske fakultetet, Universitetet i Oslo
- Tjora, Aksel (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Torjuul, K, Sørli, V (2006) Nursing is different than medicine: Ethical difficulties in the process of care in the surgical units. *Journal of Advanced Nursing*, 56: 404-413
- Tønnessen, S og Nortvedt, P (2012) Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7(3): 280-285. <http://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0134> , lastet ned 4.3-2015
- Vågan, A, Erichsen, T og Larsen, K (2014) En mixed methods studie: Sykepleierstudenters syn på kunnskap og læring. *Sykepleien Forskning*, 2 (9): 170-181
- Wacherhausen, Steen (2002) *Humanisme, professionsidentitet og utdanning - I sundhedsområdet*. København: Hans Reitzels Forlag

# Korleis sjukepleievitskap materialiserer seg i lys av historisk oppkomst – kunnskapsgenerering i spenningsfeltet mellom klinikk og akademia

**Wenche Sortvik, Jeanne Boge, Staf Callewaert og Karin Anna Petersen**

*Wenche Sortvik, høghskulelektor VID vitenskapelige Høghskole. Master i helsefag.*

*Forskningsgruppa Praxeologi [wenche.sortvik@hotmail.com](mailto:wenche.sortvik@hotmail.com)*

*Jeanne Boge, 1. amanuensis (Phd). Institutt for sjukepleie, Høghskulen i Bergen. Senter for omsorgsforskning Vest. Forskningsgruppa Praxeologi*

*Staf Callewaert, professor emeritus Københavns Universitet. Forskningsgruppa Praxeologi, institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen*

*Karin Anna Petersen, professor i sjukepleievitskap. Leiar av forskningsgruppa Praxeologi, institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen*

## **Abstract**

### **How nursing science materializes related to historical origin – knowledge in the field of tension between the clinic and academia**

*The focus of this paper is on the scientific development in nursing, and is based on an analysis of master-thesis in nursing science at the University of Bergen in the period 2005-2010 when the master title came to Norway (Sortvik 2011). The aim of this paper is on what focus a new scientific discipline as nursing science has developed through the thesis, and how it constitutes during a certain amount of time. The article starts with a presentation of themes and the basis of recognition. Then philosophy of science and methodologies that are the dominant tendencies will be discussed related to the historical origin of nursing science at the University of Bergen. The empirical theoretical and methodological approach is based upon the theory of the French sociologist Pierre Bourdieu about understanding current practices in light of historical origin. Results: Majority uses qualitative method (71.4%), and is using phenomenological and hermeneutical approaches. The quantitative tasks (26.2%) are mainly anchored in medical terminology and are using medical statistics. Issues are mainly from the nurses own practices and practical utility are emphasized. Only one work is using mixed methods. Questions that will be discussed are why these master-thesis materialize in the way they do, and what kind of factors that influence opportunities and choices in nursing science?*

## **Keywords/ Søkord**

*Nursing science; profession; nursing research; nursing scientific development; academia; praxeology. sykepleievitenskap; profesjonsfag; sykepleieforskning; sykepleievitenskaplig kunnskapsproduksjon; akademia; praxeologi.*

## **Essay, referee\***

<http://dx.doi.org/10.7557/14.3777>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## **Innleiing**

Artikkelen har sitt utspring i interesse for kunnskapsproduksjon og erkjenningssgrunnlag til eit ungt vitenskapsfag som sjukepleievitenskap, og har sin bakgrunn i eit studie gjennomført i 2011 (Sortvik, 2011). Studien var ei analyse av korleis sjukepleievitenskap materialiserer seg i 42 masteroppgåver ved Universitetet i Bergen i tidsromet 2005-2010. Dette utgjorde alle masteroppgåver som var avlagt i den aktuelle perioden, med unntak av to arbeid som ikkje var tilgjengelege. Analysane var basert på fylgjande spørsmål; Korleis konstituerer eigentleg eit ungt vitenskapsfag som sjukepleievitenskap seg gjennom eit visst tidsrom som produsent av ny kunnskap? Kva påverkar vala og moglegheitene til sjukepleia på det akademiske området, og korleis kan dette forståast? Spørsmåla vart teoretisk og metodisk fundert i den franske sosiologen Bourdieus praxeologiske tenking kring vitenskapleg arbeid og sosiale praksisar, og inspirert frå den danske sjukepleieforskaren og professoren Karin Anna Petersens (1997/98) og den svenske omsorgsforskaren Ingrid Heymans (1995) studiar av vitenskapleg kunnskapsproduksjon.

Fyrsteforfattaren var i 2011 sjølv i den gruppa sjukepleiarar som etter mange års praksis var masterstudent ved universitetet. Frå å vere i klinikken, opptatt av sin praksis og korleis gjere ting på best mogleg måte, skulle ein utføre eit arbeid av vitenskapleg karakter, med det akademisk landskap som rammer for agering. Ein nykomar med praktisk ballast på veg inn i det akademiske landskap – på lik line med forfattarane bak det materiale som i det fylgjande vert presentert.

Akademiseringa av sjukepleiefaget og oppkomsten til sjukepleievitenskap ved Universitet i Bergen 1979, er ei historie som kan forteljast ut frå ulike interesseposisjonar, og har vore gjenstand for diskusjon (Juvkam 1985). Sjukepleias akademiske tilgang opna for vitenskapleg kunnskapsproduksjon. Sjukepleias praksis vert med dette ikkje berre er ein profesjonell praksis, men også ein akademisk og vitenskapleg praksis. Dette vert omtalt som ei styrking av sjukepleie som sjølvstendig kunnskapsområde, der forbetring av pasientpleie og klinisk praksis særleg har vore framheva som legitimerande for sjukepleias forskingsfunksjon (Lerheim 2000:5-6, Juvkam 1985: 39).

Studien frå 2011 var basert på ei undring i høve *kva* som skal danne grunnlaget for den sjukepleievitenskaplege kunnskapsproduksjon, og *kva* som er orienterande for sjukepleiaren på dette sosiale feltet? For å kaste lys over desse spørsmåla, har artikkelen fokus på *kva* som kjenneteiknar skrivepraktikken sjukepleiaren utøver innan academia; korleis feltet framkjem slik det faktisk materialiserer seg gjennom dei teoretiske arbeida, og korleis dette kan forståast i lys av sjukepleievitenskap sin historiske oppkomst og kontekstuelle forhold ved Universitetet i Bergen.

## **Ei praxeologisk tilnærming**

Bourdieus praxeologiske tenking er brukt som ein orienteringsmåte for å prøve å forstå dei strukturar som påverkar sjukepleiarens handlemåte innan det akademiske feltet. I eit Bourdieu-perspektiv er det relasjonelle aspektet sentralt, noko som kjem til uttrykk gjennom tankane om sosiale praksisar som felt (Bourdieu & Wacquant 1992/1996:27). Dei potensielle moglegheitene for handling ligg dels i individet, som kroppsleggjorde strukturar, og dels som sosiale, objektive strukturar i dei situasjonar individa handlar innan. Relasjonane mellom desse fenomen vil gjensidig påverke kvarandre og dannar grunnlaget for moglege handlingsval (Bourdieu 1994/97: 11, Petersen 2006 b:52-55). I tråd med dette perspektivet

kan ein ikkje tale om sjukepleievitskap, men om det system av relasjonar som *strukturerer* sjukepleievitskap på visse tidspunkt.

*Den praktiske sans*, habitus, er sentral i Bourdieus teori. Habitus kan skildrast som ei før - medviten grunnorientering som er opphavet til våre sosiale kvardagspraksisar. Individet har lært seg å omgåast tinga på ein særskilt måte som vert rasjonell ut frå situasjon og kontekst. Dette vert internalisert i kroppen og vil vere orienterande for praktikaren i praktikken, trass i skiftande omgjevnader (Petersen 1995:126). Den praktiske logikk vert rekna som *ulik* den teoretiske logikk. Ei verkeleg forståing av praksis krev at ein må bevege seg forbi objektivisme og subjektivisme og gripe den praktiske sans - interaksjonen mellom struktur og praksis i kvardagslivet (Wilken 2008: 82-84). Eit interessant spørsmål vert om gruppa av sjukepleiarar innan academia har ein særskilt måte å utføre sine vitskaplege arbeid som er akseptert og tatt for gitt?

Medan Bourdieus habitus skildrar rammene for aktørane praksis, skildrar feltomgrepet den sosiale arena der praksis utspelar seg (Wilken 2008:38-39). Bourdieu ser på samfunnet som eit system av relasjonar mellom posisjonar. Dette kallar han for sosialt rom. Individ vil innta ein posisjon der moglegheitene i stor grad er førehandsbestemt ut frå relasjonane til andre posisjonar. Det vil alltid eksistere skilnader mellom aktørane i form av å inneha ulike ressursar; mellom anna yrke, utdanning, kjønn og inntekt (Halskov, Lundin og Petersen 2008:275-276). Vesentleg her er korleis verdien av slik kapital vert vektlagt (Petersen 1997/98:45-46). Aktørane vil ta ein relasjonell posisjon i feltet som seier noko om dominansforhold og rådande maktstrukturar. Dette vil vere orienterande for kva som er moglege handlingsalternativ, men treng ikkje vere medvite. Feltet pregast av kamp om kven som skal ha definisjonsmakta (Bourdieu 1991/93:84-85, Bourdieu 1994/1997:11-12). Ut frå dette perspektiv, vil det sosiale rom der desse akademiske arbeid har vakse fram, vere prega av kampar gjeldande *kva* som skal vere sjukepleievitskapens verkeområde. Det vil difor vere tydingsfullt å undersøke aktørar i dominante posisjonars interesseretningar då desse innehar ei definisjonsmakt som vil vere orienterande for andre sitt handlerom i feltet.

Fokuset i artikkelen er ikkje å diskutere kva sjukepleievitskap *bør* vere, men å gå *bak* omgrepet for å stille spørsmål ved kva sjukepleiaren, reint faktisk, *gjer* i det akademiske felt. I ein praxeologisk tenkemåte prøver ein å forstå sosiale praksisar i lys av historisk oppkomst. Dei gjevne omgrep vert ikkje tatt for gitt, ein stiller spørsmål ved kva som eigentleg ligg *bak* sosialt skapte grupperingar, og korleis dette kan forståast i ein kontekst relatert til historiske vilkår (Petersen 2006a:43). I tråd med dette perspektiv vil artikkelen ha fokus på korleis det eigentleg kan ha seg at sjukepleiaren vel å utføre sine akademiske arbeid på ein særskilt måte, sett ut frå kva relasjonar som strukturerer området med omsyn til historie og kontekst. I det fylgjande vil difor aspekt av tyding i historie og kontekst kring sjukepleie som akademisk fag bli forsøkt rekonstruert.

### **Sjukepleievitskap – slik feltet framkjem i mastergradsoppgåver ved Universitetet i Bergen, 2005–2010**

Det vil i det fylgjande verte halde fram kva erkjenningssystem, metodisk tilnærming, teoretisk referanseramme, tematikkar og dominerande tendensar som kan sporast i 42 mastergradsoppgåver i sjukepleievitskap ved Universitetet i Bergen (UIB) i perioden 2005-2010 (Sortvik 2011). Resultata framkom gjennom ein systematisk gjennomgang med fokus på vitskapsteoretiske aspekt ut frå eit kategorisystem. Kategoriane hadde som siktemål å gjennom ulike synsvinklar få tak på innhaldsmessige aspekt i tekstmassen, og var utarbeidd



med tre aspekt som bakgrunn; området sjølvforståing/ kvardagslege framstilling av eiga verksemd, administrative og institusjonelle forhold og oppgåvenes teoretiske omgrepssett (Sortvik 2011:24-26). Dei sentrale spørsmål som søkjast belyst er korleis materialiserer dette kunnskapsområdet seg gjennom teksten, og korleis kan det ha seg at desse arbeida vert valt utført som dei gjer?

## **Erkjenningsgrunnlag**

Analysane viser sjukepleievitskap som eit felt der dei agerande hovudsakleg er kvinner, over 95% av samla populasjon. Fleirtalet av arbeida er kvalitative; 30 oppgåver (71,4%), og tema er i stor grad henta frå eigen kliniske praksis; i 34 arbeid (80,1%). Alle studiene rommer empiri og halvparten av studiene har pasienten som populasjon (50 %). Ytterlegare 16 arbeid (37,1 %) har sjukepleiar/helsepersonell som populasjon.

## **Metodisk tilnærming**

Ved dei kvalitative arbeida, 30 oppgåver (71,4%), vert metode fundert i human- og samfunnsvitskap. 28 oppgåver (66,7%) har fenomenologisk og/eller hermeneutisk tilgang, ofte fundert i filosofi. Vitskapsteoretisk ståstad vert sjeldan artikulert, men i arbeida med fenomenologisk og/eller hermeneutisk tilnærming, framkjem dette som vitskapsteoretisk ståstad knytt til metodeval. Dei kvantitative arbeida, totalt 11 oppgåver, fylgjer hovudsakleg klinisk medisinsk mønster og nyttar medisinsk statistikk. Desse omfattar ikkje vitskapsteoretisk fundering.

27 arbeid (64,3%) omtaler seg som skildrande, forståande og fortolkande i høve tema, og ytterlegare 10 arbeid (23,8 %) som deskriptive. Den forklarande dimensjon er ikkje merkbar, og berre i lita grad vert evaluering, teori og metodeutvikling omhandla. Intervju er den empiriske metoden som i størst grad blir nytta, i 25 arbeid (59,5%). Kombinasjonen kvalitativ-kvantitativ skjer berre ved eitt tilfelle. Av dei kvantitative oppgåvene er 6 av 11 arbeid (54,5 %) utforma som artikkel med spesifisert publiseringstidsskrift, medan berre 7 av dei 30 reint kvalitative arbeida (23,3%) er utforma som artikkel, oftast utan oppgitt publiseringsmål.

Arbeida er like i utforming; eit fastsett mønster for disposisjon av innhald fylgjast. Av dei arbeid som nyttar kvalitativ metode, viser 27 av til saman 31 (87,1%) til same referansar for metodisk gjennomføring; legen Kjersti Malterud (2003) og/eller psykologen og tenkaren innan kvalitativ forskningstradisjon Steinar Kvale (1997, Kvale & Brinkmann 2009). 20 av totalt 31 arbeid som nyttar kvalitativ metode (64,5%) viser til same framgangsmåte for analyse - psykologen Amedeo Giorgis fenomenologiske analysemåte (1985) ofte modifisert ved Malterud (2003).

## **Teoretisk referanseramme**

Arbeida tydeleggjer ein tendens til å vente med val av teoretisk referanseramme til empiri er heilt eller delvis samla inn, gjennom 21 av 42 arbeid (50%). Teori utgjer ei kompleks samansetjing; delar av mange teoriar nyttast. 31 arbeid (73, 8%) nyttar meir enn ein teori frå ulike tradisjonar. Desse kan inneha ulike perspektiv på menneske, helse og sjukdom, noko som ikkje vert reiegjort for. Særskilt framkjem ein tendens til å nytte referansar med fenomenologisk og filosofisk forankring, ofte representert ved sjukepleiaren, professoren, historikaren og filosofen Kari Martinsens omsorgsfilosofi fundert i den danske teologen Knud



E. Løgstrups nærleiksetikk (1958), åleine eller i kombinasjon med litteratur som vektlegg klinisk erfaringskunnskap. Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi nyttast i 19 av 42 arbeid (45,2%). Den amerikanske sjukepleieforskaren Patricia Benner vert mykje nytta i samband med tenkegrunnlag kring klinisk erfaringskunnskap, særskilt teksten «Frå novise til ekspert» (1995), der kompetansestigning fundert i Dreyfus og Dreyfus (1986) sin ferdigheitsmodell, den tause kunnskap og erfaringskunnskap vert vektlagd.

Av andre referansar med utgangspunkt i fenomenologi og filosofi, kan nemnast filosofen Maurice Merleau Ponty's kroppsfenomenologi (1962), professor i tankesystemas historie Michel Foucault sitt tenkegrunnlag kring makt og disiplin (1975/94), og sjukepleieteoretikaren Katie Erikssons lidingssteori (1995). Dette kombinerast ofte med ytterlegare ein hjelpedisiplin, svært ofte medisinsk-sosiologi. Referanseramma er kompleks, men særskilt tydeleggjierast ein tendens til å nytte sosiologen Aron Antonovskys salutogenetiske teori (1987/2000); helsefremjing i staden for sjukdomsperspektiv, til dels kombinert med tankegrunnlag kring livskvalitetsforskning ved bruk av kvantitative måleinstrument; standardiserte skjema for helsereelatert livskvalitet.

## Tematikkar

Studiane si praktiske nytteeffekt og korleis gjere praksis betre; teori *for* praksis, er fokusområde i 36 av dei 42 arbeida (85,7%). Omgrepet klinisk vert mykje nytta i sjukepleiarens omtale av kunnskapen som ligg i praksisfeltet, og kan sjå ut som å ha ei tyding i sambandet mellom praksis og vitskapsgrjing, men vert ikkje tydeleg definert. 32 arbeid har temaområde innan førebygging, pleie - og behandling (76,2%). Trass i omsorgstenkinga si sentrale stode, er det vanskeleg å sjå at pleie og omsorg vert helde fram som eit *eige* område.

## Dominerande tendensar

Kort samanfattande kring dominerande tendensar innan det området som kallast sjukepleievitskap i aktuelle tidsrom, kan fenomenologi og hermeneutikk omtalast som dominerande tendensar metodisk - fundert i filosofi, men nytta empirisk, og i særleg grad omsorgsfilosofi - ofte kombinert med sjukepleieteori/helsefagteori som vektlegg klinisk kompetanse *for* det praktiske arbeid, som teoretisk referanseramme for å kaste lys over empiri. Omsorgstenkinga står sentralt, i samband med klinisk kompetanse der kunnskapen skal ha praktisk nytteeffekt for det praktiske arbeid sjukepleiaren gjer.

## Den historiske oppkomst til sjukepleievitskap ved Universitetet i Bergen

«Eit folk utan fortid er eit folk utan namn», sa forfattaren Milan Kundera (1980). Desse orda omhandlar ei anna historie, man kan kanskje likevel vere eit bakteppe for den vidare lesing. I ei tid der sjukepleievitskap er eit etablert tilbod innan sjukepleiarens vidare utdanningsperspektiv, kan det lett gløymast at det berre er vel tretti år sidan sjukepleia fekk tilgang til det akademiske feltet. I praxeologiske studiar prøver ein å forstå notidige praktikkar i lys av historisk oppkomst, og når ein så set fokus på *korleis sjukepleievitskap materialiserer seg og korleis dette kan forståast*, er det av interesse å stille spørsmålet – *korleis oppstod dette utdanningstilbodet?* Kvar byrja det og kva drivkrefter sto bak? Sjukepleias veg mot vitskap kan ikkje grundig omhandlast denne samanheng, men eit grovmaske tilbakeblikk kan gje perspektiv. I det fylgjande vil vi sjå at det skjer eit sprang i den symbolske tale om kva sjukepleie er – frå å vere legens lydige hjelpar, underlagt den medisinske referanseramme med

medisinske omgrep og grunnlagsforståing, til ein vitskapleg posisjon og tale om eit eige, sjølvstendig kunnskapsområde.

Sentrale representantar frå både fagorganisasjonen, Norsk Sykepleierforbund (NSF) og frå Norges Sykepleierhøgskole (NSH), var pådrivarar for at faget skulle utviklast vitskapleg (Melby 1990: 280). Nemnast kan Kjellaug Lerheim, gjennom si rolle som rektor ved NSH og medlem av komitear nedsett av NSF, og Helga Dagsland gjennom si rolle som forskar, lektor ved NSH og leiar av NSF frå 1967-1973 (Bondevik 2004:12). Stipendordningar frå NSF opna dørene for at norske sjukepleiarar kunne ta høgare studiar i utlandet, særskilt USA (Melby 1990:275-276). Desse utvalte sjukepleiarane kunne bringe med kunnskap om forskning og metode heim, og kom såleis etterfylgjande til å utgjere eit rekrutteringsgrunnlag for sentrale stillingar i utdanning og fagorganisasjonsorgan. Slik kjem dette også inn i undervisingsamanheng (Melby 1990:275-276). Samstundes medfører dette at både NSF og NSH sin agenda vert sterkt prega av amerikansk sjukepleietenking, som har røter i positivistisk forskningstradisjon, med tilhøyrande målingar av kva intervensjonar som har effekt (Melby 1990:282).

Sjukepleias veg mot vitskap er likevel meir enn ei historie om sterke einskildpersonar i sentrale posisjonars kamp for universitetstilgang. Det er også ei historie om profesjonskamp og utdanningsmessige spørsmål som vaks fram gjennom etterkrigstida, der medisinsk spesialisering eskalerte og gjorde det naudsynt å definere grenser kring sjukepleias eige verkefelt (Juvkam 1985:15). Samstundes skjer samfunnsmessige endringar – både sosioøkonomiske og med moment frå kvinnehistorie - som gjorde utviklinga mogleg, grunna politisk velvilje for realiseringsmoglegheiter gjennom høgare utdanning (Juvkam 1985, Melby 1990). At denne utvikling skjer, kan også relaterast til eit stadig meir motsetnadsfylt forhold til medisinen. Å «bli kvitt det forferdelige legeåket» var ein viktig motivasjon i kampen for eige kunnskapsgrunnlag, held Kari Martinsen, historikar, filosof og professor i sjukepleievitskap, fram (Martinsen 1979 ref. i Juvkam 1985:16). Sjukepleie måtte kvile på andre prinsipp enn den medisinske modell, heilskapssyn i staden for naturvitskap (Juvkam 1985). Samstundes harmonerast dette med ein kamp for verdier – og ynskje om betring av pasientpleia (Juvkam 1985:39). Ei nyorientering i læreboksamanheng er at *pasienten* vert sett i sentrum (Lerheim og Norsk Sykepleierforbund 1967). Forholdet til medisinen var likevel uklart; på den eine sida kjempast det for profesjon og grensegang for eige område, på den andre sida kan det antydast eit tilknytingsbehov - som sosial legitimeringsstrategi og høgare status (Melby 1990).

Sjukepleie som akademisk felt vart ulikt utforma ved universiteta i Tromsø, Oslo og Bergen (Lerheim 2000:65-69). Tilbodet i Tromsø kom til som eit initiativ frå Sosial departementet. Forskingsprofilen har her særskilt omhandla filosofiske og etiske problemområde, samt sjukepleias sosiologiske, kulturelle og organisatoriske kontekst. I Oslo vart ein eksisterande institusjon med lange tradisjonar overført til universitetsfeltet; tidlegare namna som Norges Sykepleierhøgskole. Forskinga har her hatt fokus på sjukepleie som disiplin, sjukepleiepraksis og pasientkarakteristika i resultatorientert retning (Kirkevold 1997 ref. i Lerheim 2000:68-69).

I Bergen var derimot utreiingsarbeidet ei intern sak som hovudsakleg føregjekk i komitear. Einskildmedlemmar var drivkrefter og hadde stor påverknad representert gjennom sentrale posisjonar i mellom anna NSF og NSH (Lerheim 2000:66). Allereie frå starten eksisterte ulike fagperspektiv på kva sjukepleievitskap i Bergen skulle omhandle. Dei første studieplanar kan sjåast på som eit objekt for *attgjeving* av dei ulike interesseretningar. To forslag vart

introdusert, ulike i høve både tema og metodeval (Juvkam 1985). Desse kan omtalast som polariserande krefter, der sjukepleie som vitenskap slitast i ulike retningar i spenninga mellom forplikting overfor praksisfeltet og ivaretaking av pasienten, og på den andre sida som kampområde for forskarars ulike vitenskapssyn, akademiske og profesjonelle interesser (Juvkam 1985:139).

Den eine studieplan kan omtalast som pasientvitenskapleg/akademisk, der to ulike metodologiske paradigme – frå både naturvitenskap og samfunnsvitenskap vert vektlagt. Samstundes verdsettast medisin som referanseramme; sjukdom knyttast til fysiologisk forståing, pleie og omsorg vert knytt til medisinsk kunnskap (Juvkam 1985:97). Ulla Qvarnstrøm, den fyrste professoren i sjukepleievitenskap ved Universitetet i Bergen, tilsett frå start til 1998, kan omtalast som å representere *prinsippsynet* i denne studieplanen (Juvkam 1985:86-87). Sjukepleievitenskap skulle dreie seg om klinisk, empirisk forskning, der målet var kunnskap som forbetra sjukepleiepraksis (Bondevik 2004:50).

I det andre forslag til studieplan vert sjukepleievitenskap halde fram som ein potensiell sjølvstendig disiplin, der målet er å bygge praksis på vitenskapleg grunn. Både pasientologi og klinisk sjukepleie vektleggast. Sterke representantar for dette prinsippsyn var sjukepleieforskarane Elsa Kristiansen og Aud Sissel Digernes, begge med masterstudiar frå USA, og tilsett som amanuensisar ved UiB frå start til 1982 (Juvkam:1985:110, Bondevik 2004:86). I dette forslaget synleggjerast eit forsøk på lausriving frå det medisinske tenkegrunnlag, som omtalast som reduksjonistisk. Sjukepleievitenskap vert definert i ein sosialvitenskapleg kontekst. Vitenskapsfilosofi får større plass, og fenomenologiske og hermeneutiske erkjenningsmodellar vert sentrale. Desse tilnærmingane let seg lettare harmonere med omsorgstenking, som vektleggast (Juvkam 1985:117-119).

I den endelige studieplanen som vart godkjent i 1982, skjedde ei tilnærming der prinsipielle syn frå begge retningar vart representert (Bondevik 2004:31). Denne vart praktisert fram til 1986, og i stor grad vidareført. Dette kan sjåast som eit bilete på to ulike konkurrerande miljø som utøvde reell innflytelse på korleis sjukepleievitenskap vart utforma som høgare utdanning – og forskingsfelt gjennom den første periode, og som la tradisjonar som vart borne vidare i det akademiske sjukepleiemiljøet i Bergen. Den pasientvitenskaplege/akademiske retninga kan omtalast som å ynskje utvikle kompetanse og teori som bidrag til vitenskapen, med medisin og eit objektivistisk vitenskapssyn som sentralt. Den profesjonelle/sjukepleievitenskaplege retninga kan omtalast som å ynskje utvikle særeigen kunnskap retta mot å styrke sjølvstende og handlingsgrunnlaget for yrkesutøvarane, noko som har klare parallellar til den kamp sentrale organ som NSF og NSH har ført gjennom historia (Juvkam 1985).

Sjukepleievitenskap ved UiB har gjennomgått ei rekkje strukturelle endringar sidan start – frå grunnfag til innlemming av mellomfag i 1982, hovudfag i 1985 og doktorgradsstudie i 1987. Frå 2003 erstatta nemninga mastergrad tidlegare hovudfag, og det er frå denne kontekst artikkelen har sitt utspring.

## **Å gjere sin praksis til arena for vitenskap**

34 av dei 42 masterarbeida (81%) i undersøkte periode bruker eigen praksis som grunnlag for tema og problemstilling. Det er ein klar tendens til at kunnskapen som kjem fram skal bidra til å gjere praksis betre, teori *for* praksis er det sentrale i 36 arbeid (85,7%). Utover dette talet innlemmast eit kapittel om praktiske implikasjonar også i studiar der fokuset er av filosofisk karakter på teoretisk refleksjonsnivå. Løysing av praktiske problemstillingar innan sjukepleiepraksis, er eit prioritert fokus. Korleis kan det ha seg at sjukepleiaren i eit så stort

omfang vel å gjere eigen praksis til gjenstand for fokus i sitt akademiske arbeid, i staden for å utforske nye terreng og søkje kunnskap om nye område? På mange vis er sjukepleiarens val på dette området slett ikkje overraskande. Sett i lys av at den tidlegare skisserte historie, ser vi ein aksept og *premiss* innan fagmiljøet om at sjukepleie har eit sosialt mandat; sjukepleievitskapens legitimitet vert knytt til den legitimitet sjukepleie har som praksisfag (Kirkevold 1996, 2002). Det er altså ikkje disiplinens kunnskap *om* bestemte praktiske forhold som gjev den legitimitet. Sjukepleievitskap legitimerast via det sjukepleiaren gjer i eigen praksis og ved utvikling av kunnskap *for* sjukepleias kliniske praksis. Dette skal danne grunnlag for vitskapelege arbeid. Sjukepleias praksis skal vere forskingsbasert og profesjonell og praksis skal byggast på vitskapens grunn. Dersom vi trekker parallellar til den skisserte historie, er dette på mange vis i tråd med den kamp NSF har kjempa for ein profesjonsmodell og yrkesretta profil som rammer for sjukepleievitskap. Klinisk sjukepleie jamstillast med klinisk medisin. For eit fag som sjukepleie, praktisk i sin natur, kan dette sjåast på som naturleg, der den vitskapelege disiplin er administrert fram av yrkesutøvarar frå det praktiske sjukepleiefelt og fagorganisasjonen i eit kampfelt med den medisinske profesjon – ikkje som eit erkjenningfag i ein meir klassisk universitetstradisjon (Callewaert 1998).

Diskusjonen om eit praktisk fag som sjukepleie *kan* definere eit gjenstandsområde på lik line med klassiske erkjenningfag, må ligge i denne omgang. Ein kan likevel spørje om vitskapsgriering av eigen praksis er noko som kan skje utan vidare problematisering? På den eine sida kan det kanskje hevdast at dette *ikkje* er ei utfordring, då det finnast måtar å handtere forskning i eige fag på. Men, utfordringar på eit prinsipielt plan kan likevel viast rom for refleksjon. Sjukepleiaren forskar altså *i* sjukepleie gjennom si praktiske verksemd *som* sjukepleiar. Praktikarens kunnskap vert med dette det epistemologiske grunnlag for den vitskapelege kunnskap innan feltet. Eit spørsmål vert om sjukepleiaren som akademisk aktør er i stand til å vere sine haldningar og handlingar medvitne og erkjent, i høve ein praksis som ein sjølv er ein del av? Det er interessant å merke seg at berre eit fåtal av arbeida, 7 av 42 oppgåver (16,6%), set eigen praksis i kritisk lys, eller utfordrar den, ut frå kva som ligg i føreforståinga av denne. Dei omgrepssett som gjeld innan det aktuelle praktiske felt, vert overført utan at det stillast kritisk spørsmål ved kva desse bygger på, eller på kva grunnlag desse eksisterer. Det kan altså sporast liten grad av ambisjon til å stille grunnvitskapelege spørsmål som vedkjem korleis dette kan forståast, kvar har dette sitt opphav og korleis fungerer det? Sjukepleias grunnlagstenking var over eit langt tidsrom styrt av medisinen som overordna referanseramme. På den eine sida kan ein stille spørsmål til om dette er så integrert i praksis at det er vanskeleg å utfordre? På den andre sida kan det undrast over om *nettopp* utfordringa av medisinen har medført at det vert nytta eit omgrepssett som blir gitt ei motsett tyding av det som assosierast med ei medisinsk grunnlagsforståing, men at det likevel ikkje skjær ei utfordring av dei grunnleggande rammer for desse oppfatningane?

Å nytte praksis som grunnlag for vitskapsgriering er likevel ikkje noko som vedkjem sjukepleie spesielt, men også andre praktiske fag. På mange måtar er dette ein gamal tematikk, der trådar kan trekkast heilt attende til Aristoteles (384-322 f.krf) og diskusjonen kring praktisk kunnskap og episteme (Aristoteles 1973). Aristoteles *skilde* mellom formene teoretisk kunnskap (episteme), handverkskunnskap (techne) og klokskap (phronesis). Desse var likeverdige, men *ulike* former for kunnskap. Ut frå dette perspektiv, må sjukepleias praksis sjåast på som gyldig i sin eigen rett, som ei eiga form for kunnskap. Kvifor ynskjer vi så å gjere den til vitskapeleg praksis for å få full legitimitet? Som Karin Anna Petersen, professor i sjukepleievitskap og leiar av forskingsgruppa praxeologi, påpeiker (1996), vil ei samanføyning av den moralske praksis og vitskapens eigenlogikk bli problematisk dersom ein anerkjenner at det finnast *ulike former for kunnskap* som eksisterer ut frå sin eigen logikk.

Samstundes kan sjukepleia på dette området samanliknast med det både medisin og andre disiplinær har gjort – å forsøke å vise at den *kliniske praktikk* er fundert i vitskap, men *også* vitskapleg i sin konkrete praktiske gjennomføring (Petersen, Beedholm, Engström, Gunvik-Grönbladh, og Larsen 2006 b). Gjennom dei undersøkte arbeida går omgrepet klinisk igjen i omtalen av sjukepleiehandlingar i praksis, og kan synast å vere av tyding i sambandet mellom praksis og vitskapsgjering (Sortvik 2011). Det kan sjå ut som klinisk vert sett i samband med eit deskriptivt, skildrande, forståande og fortolkande perspektiv, då 37 oppgåver (88,1%) omtaler seg med dette føremål. Samstundes kan det sjå ut for at klinisk har med stipulering av praksis å gjere, då kunnskap *for* praksis gjennom desse arbeida vektleggast.

## Men, kva er klinisk sjukepleie?

Klinisk sjukepleie har blitt sidestilt med klinisk medisin, mellom anna i studieplaner. Men – kva er eigentleg sjukepleieklinikk? Kvar stammar omgrepet klinisk i frå, og korleis kan det forståast inn i sjukepleiarens akademiske samanheng?

Ser vi det gjennom professor i tankesystemas historie, Michel Foucault (1926-1984) sitt perspektiv på legevitskapens oppkomst og historie, held Foucault fram at klinikken vert eit grunnlag for ny organisering av kunnskap; ein stad for teoretisk og praktisk opplæring (Foucault 1993/2000). Dette fører med seg ein ny måte å *sjå* og *forstå* sjukdom på – og å samle inn og utvikle kunnskap på. Pasienten vert flytta til det kollektive rom der sjukdomen kan studerast, legen flyttar seg ut i klinikken som lærestad. Klinisk verksemd har altså primært ikkje heling som mål, men observasjon, forskning og læring (Petersen 2010:30). Klinikkk peiker på kunnskap av konstaterande karakter - slik gjerast det – for nye som skal lære praksis. Klinikken organiserer erfaringar; ein stad der ein observerer sjukdom og symptom, med føremål å samle kunnskap og å undervise om dette. Klinikkk kan omtalast som ein særskilt måte å *snakke* om tinga på og ein særskilt måte å *sjå* på. Når det så talast om klinisk verksemd i ulike sjukepleiesamanhengar, kan dette sjåast på som å omhandle ei systematisering av kunnskap, ein særskilt måte å bruke blikket og språket på for å innsirkle kunnskapen ved undersøkingsobjektet. Slik kan det opparbeidast kompetanse ut frå erfaring og observasjon – rasjonelt grunngjeve i vitskap som skal legge grunn for den «riktige» undervisinga vidare om kva sjukdom er.

Analysane av mastergradsoppgåver i sjukepleievitskap ved UiB viser at omgrepet klinisk vert nytta i vid utstrekning (Sortvik 2011). Det talast om klinisk kompetanse i samband med taus kunnskap og erfaringskunnskap, så vel som klinisk i meir medisinsk forstand. Åtskiljing av pleie og behandling skjer likevel i svært liten grad. Vidare er oppgåvenes føremålsfelt hovudsakleg på skildrande og forståande nivå, dimensjonar som forklaring, omgrep, teori og metodeutvikling vert i svært liten grad omhandla. Kan dette forståast som at det er vanskeleg å skilje ut eit område som kan omtalast som sjukepleias eige område, sjukepleia sin substans – som grunnlag for eigen klinikk, og med egne omgrep og teori? Vågast det ikkje å gå inn på ein forklarande dimensjon, på eit område som eigentleg er medisinenens?

Artikkelens intensjon er ikkje å kome med forslag til kva som skal danne grunnlaget for sjukepleias klinikk. Ynskje er meir å appellere til refleksjon kring ein tendens som framkjem som vektlagt frå fagmiljø og gjennom dei akademiske arbeid, og som tydeleg vert markert som eit fokusområde i samband med vitskapsgjering av sjukepleias praksis. Å nytte omgrepet klinisk krev ei definering av kva som meinast med dette i samband med sjukepleiarens verksemd – utover den etymologiske definisjon; å vere ved sjukesenga - både i praktisk og vitskapleg samanheng. Vert klinisk oppfatta som eit synonym til praksis? Kva skal eigentleg

klinisk omhandle, og kan sjukepleie omhandle eit eige, klinisk grunnlag som ikkje er del av medisinen klinikk? Vert det gjort forsøk på å skape ein eigen klinikk på grunnlag av skildring og fortolking av erfaringskunnskap om korleis sjukepleie gjerast? Er dette ein måte å prøve gjere vitskap av til dømes den tause, praktiske kunnskap? Ein kan undrast – er dette forsøket mogleg? Er ikkje dette ein dimensjon av sjukepleia som må sjåast på som nettopp ei eiga form for kunnskap – som ikkje taler same språk som den vitskaplege logikk?

## Pasienten som kjernen i sjukepleievitskap

50 % av studiane i undersøkte tidsrom har pasienten som populasjon. I høve til at sjukepleie er eit fag der pasienten står i sentrum, er dette ein forståeleg tendens. Sett i historisk lys, ser vi at vektlegging av pasienten vert meir tydeleg i sjukepleias lærebøker frå slutten av 1960 talet (Lerheim og Norsk Sykepleierforbund 1967). Dette kan sjåast som eit forsøk på å markere eit eige kunnskapsgrunnlag tilknytt sjukepleie, til erstatning frå tidlegare medisinske referanserammer og legen som leverandør til lærebokmaterialet (Bjerkreim, Mathisen og Nord 1996). Pasienten vert vektlagt som fokusområde i begge dei to fyrste forslag til studieplan, men gjennom ulike synspunkt for metodiske og teoretiske rammer. Begge søker ein ekspressiv tilgang til pasientens erfaring, men den eine vektlegg naturvitskapen som eit overordna paradigme med medisinen som referanseramme for pleie og omsorg og eit objektivistisk syn på vitskap. Det opnast vidare for eit mangfald av teoretisk orientering av generell natur – frå både sosiologi, jus, psykologi. Desse synspunkt fekk sterkt fotfeste ved UiB. Livskvalitetsforskning og pasienterfaringar i høve helse og sjukdom har vore eit prioritert område - særskilt fram mot år-tusen skiftet (Kirkevold 1996 ref. i Lerheim 2000:68-69), og har sitt utspring i denne kontekst. Studiens funn viser ein tendens til fokus på livskvalitet, pasientens oppleving og ei kvantitativ tilnærming til dette. Parallellar kan trekkast til eit etablert forskingsmiljø, som også har utløyst økonomiske midlar (Bondevik 2004). Den dominerande tendens er likevel ein annan, der 71,4 % av arbeida er kvalitative og hovudsakleg har fenomenologisk og eller hermeneutisk metodisk tilnærming. Den subjektive oppleving står i sentrum, vert skildra for så å vise til hermeneutikken for å fortolke det ein ser. Teoretiske referanserammer som nyttast er komplekse, og det er tydeleg at ein ventar med teori til ein ser kva retning empirien tek. Det peiker seg likevel ut ein dominerande tendens til å nytte humanvitskap representert ved Kari Martinsens omsorgsfilosofi fundert i Knud E. Løgstrups nærleiksetikk (1958), åleine eller saman med helsefaglitteratur som vektlegg praktisk kompetanse. Omsorgsdimensjonen vert dermed vektlagt, ut frå eit filosofisk ståstad, men relatert direkte til praksis – i stor grad til pasientens oppleving av sin situasjon som utgangspunkt for sjukepleiehandling. Det er av interesse å trekke parallellar til det opposisjonelle synspunkt på dei fyrste rammer for sjukepleievitskap. Pasientologi vert her helde fram som eit tydeleg fokusområde. Sjukepleie som vitskap skulle byggast på eit paradigme som omhandlar heile mennesket, i motsetjing til det som omtalast som medisinen reduksjonistiske tenking (Juvkam, 1985:119). Det søkjast å bygge ei særeiga erkjenning – og eige kunnskapsgrunnlag for faget, der sjukepleie definerast i ein sosialvitskapleg kontekst, og fenomenologiske og hermeneutiske erkjenningsmodellar vektleggast. Både sjukepleieteori for praksis, særskilt frå USA, og vitskapsfilosofi får her breiare dekning, og omsorgstenkinga vert omtalt som sjukepleias primære instrument (Juvkam 1985:123). I samband med dette kan ein merke seg at konteksten for sjukepleievitskap ved UiB i tidsromet frå 1990-2000 utviklar seg til å inneha sterke fenomenologiske profilar med fokus på levd kropp, anti-kartesianisme, heilskapssyn i motsetnad til dualisme og det som vert omtalt som medisinen reduksjonistiske og føremålsrasjonelle tenkegrunnlag. Det setjast fokus på subjekt og subjektiv oppleving, noko som vert omtalt som forsømt gjennom medisinen objektivisering og teknifisering. Kari Martinsens omsorgstenking får i dette tidsrom sterkt fotfeste. Studiens dominerande tendensar

på dette området kan altså forståast ut frå ein kontekst der omsorg får eit sterkare fundament i høve til pasienten, og setjast inn i fenomenologiske rammer der heilskapsyn, den levde kropp og subjektiv oppleving vert sett i motsetjing til medisinens redusering av kroppen i delar og den tilhøyrande forskings objektivering som ideal. Både Kari Martinsen og Eva Gjengedal, professorar i sjukepleievitskap og Målfrid Råheim, professor i helsevitskap, kan assosierast med desse synspunkt (Råheim 1997), og er i dette tidsrom sentrale aktørar i denne kontekst; som førelesarar, vegleiarar, forskarar, forfattarar og som pensum-relevante. Sentralt spørsmål vert så om denne sterke tendens antyder eit forsøk på å markere eit eige område utan medisinsk referanseramme som dominans, der pasienten, hans opplevingar og erfaringar står i fokus, noko som skal fangast inn, skildrast og fortolkast gjennom fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming? I den grad det er anløp til kritiske tendensar i arbeida, vedrører dette spennet mellom biomedisin og subjektiv kroppsleg erfaring, og erfaringskunnskap sett opp mot objektiv, kvantitativ kunnskap (Sortvik 2011). Men, når samstundes tendensen om å ha fokus på anten pleie og behandling eller behandling åleine framkjem, og sjukepleia kan ansjåast å vere del av medisinens klinikk, kan ein undre seg om dette forsøket er mogleg? Eit spørsmål blir om sjukepleie kan proklamere eit eige kunnskapsgrunnlag som ikkje inkluderer medisin, og om dette er føremålstenleg for sjukepleie – både som praksis og som vitskap? Funna viser at berre ved eitt tilfelle nyttast kvantitative og kvalitative tilnærmingar kombinert. Ved sjukepleievitskapens 25 årsdag i 2004, gav seksjonsleiar Kjell Kristoffersen uttrykk for at kvantitative og kvalitative tilnærmingar ikkje lenger er konkurrerende, men komplimentære (Bondevik 2004:7). Det kan stillast spørsmål ved om dette faktisk er tilfelle?

I klassisk meining kan vitskapens oppgåve forståast som å forklare korleis det kan vere at ting framstår som dei gjer. Gjennom det undersøkte tidsrom materialiserast ein dominerande tendens av empiriske studiar av pasient og sjukepleiars opplevingar, og i mindre grad objektivering av kva grunnlag desse erfaringar har og kva som skjer med pasient og sjukepleiar i den kliniske praksis. Det kan antydast å mangle eit fokus på ein forklarande dimensjon kring kva sjukepleie og omsorg faktisk er gjennom korleis det materialiserer seg i praktikken.

## Subjekt versus objekt

Fenomenologiske og hermeneutiske tradisjonar vert gjennom dei undersøkte arbeida halde fram som ei motsetjing til kvantitativ tilgang, som vert knytt til objektiv og føremålsrasjonell kunnskap (Sortvik 2011:101). Det vert trekt trådar til det filosofiske og meta-teoretiske grunnlag, der metode forankrast i filosofi, men nyttast empirisk for å søkje og fortolke opplevd subjektiv erfaring. Denne tendens kjem ikkje fram i dei arbeida som fylgjer klinisk medisinsk mønster; her vert empirisk metode omtalt, med resultatpresentasjon i form av medisinsk statistikk, utan at det vert forsøkt å forsvare metodiske val. Arbeida som funderast i fenomenologi og hermeneutikk vier rom for vitskapsteoretisk forankring, men ingen *diskusjon* kring vitskapsteoretisk fundament. Fenomenologien vert meir halde fram som tydingsfull for å demme opp for naturvitskapleg objektivisme. Trass i at vitskapsteori gjennom dei siste ti-år i stadig større grad har blitt integrert i undervisningssamanheng (Sortland og Petersen 2014), og er eigen modul ved masterutdanningar innan helsefag, er det interessant at berre eit fåtal artikulterer seg tydeleg kring vitskapsteoretisk ståstad, og tydinga dette har for det aktuelle arbeid. Det vert viktigare å halde fram og forsvare den subjektive oppleving som gyldig kunnskap versus den objektive, reduksjonistiske kunnskap assosiert med naturvitskap og medisin. Dette funderast i filosofi, men vert knytt opp mot metode og omtalt som metodologi. Trådane trekkast attende til Husserl (1936) og Heideggers (1927) filosofiske synspunkt for å

markere ein opposisjon mot naturvitskapens paradigme som ikkje hadde rom for subjektets oppleving.

Gjennom særskilt dei siste tiåra av det 20. århundre har fenomenologi fått stor påverknad i Europa og USA, særskilt innan samfunnsfag, men også innan helsefag. Dette er ei av hovudstrøymingane i vår tids filosofi (Thornquist 2003:83). For å forstå den posisjon fenomenologien har fått, er det av tyding å kjenne til *kva grunnlag* fenomenologien vaks fram på og vise refleksjon kring tilhøyrande vitskapsteoretiske diskusjonar. Åtskiljing av subjekt og objekt har ei lang historie, og må sjåast i lys av ulike tradisjonars grunnleggande perspektiv. Desse er del av vår kunnskapsarv og har sett spor som enno pregar dagens helsevesen i form av åtskiljing av kropp og sjel (Thornquist 2003:11).

Artikkelen tek ikkje sikte på å gå nærare inn på ulike vitskaplege retningar eller diskutere kva fenomenologi og ulike fenomenologiske retningar omhandlar. I denne omgang må vi nøye oss med å fastslå at det herskar ulike perspektiv på om og korleis fenomenologi som filosofi *både* kan danne grunnlag for metodisk tilnærming – og empirisk vitskap. Innan mellom anna helsefag framkjem ein tendens til å nytte fenomenologi som ein freistnad på innleving for å fange det undersøkte si erfaring. Vidare ansjåast den fenomenologiske innsikt som eit grunnlag for agering og direkte praktisk intervensjon. Fenomenologi vert sett på som eit systematisk forsøk på å sameine filosofi, vitskap og liv (Thornquist 2003:86, Fjelland og Gjengedal 1995). Opphavleg kan filosofi skildrast som eit utgangspunkt for refleksjon – å tenke *med* og *om* – ikkje romme løysinga på praktiske problem. Frå kritisk hald vert det hevd at det bør markerast skilje mellom den fenomenologiske filosofi og ein fenomenologisk måte å tenke på (Callewaert 1986).

Den vektlegging fenomenologi har i dei sjukepleievitskaplege arbeid gjennom aktuelle tidsperiode kan sjølvsagt sjåast på som eit legitimt forsøk på å sameine kropp og sjel knytt til dei erfaringar pasienten gjer. Likevel kan fleire spørsmål genererast for vidare ettertanke. 81% av arbeida som nyttar fenomenologi åleine eller saman med hermeneutikk, omtaler dette som å inkludere vitskapsteoretisk posisjon, filosofi, metodisk tilgang, teoretisk referanseramme og som empirisk vitskap (Sortvik 201:101-108). Dette viser ein tendens til *ikkje* å skilje mellom ein fenomenologisk tenkemåte som grunnlag for empirisk vitskap og den fenomenologiske filosofi, noko som altså *kan* sjåast på som ulike diskursar, og å forvandle fenomenologi til ei metode eller teknikk for handtering av empirisk materiale. Eit spørsmål som her ikkje skal svarast på, men løftast fram som interessant for ein meir djuptgåande diskusjon og større grad av medvitsgjering er *korleis* fenomenologi som filosofi kan transformerast til både metodisk tilgang og empirisk vitskap innan sjukepleievitskap?

Vidare kan ein undre seg om denne tydelege tendens til å nytte fenomenologi som forsvar for det subjektive og som motsetnad til det objektive kan leie til nok ei form for *anten eller* posisjon der det enno vert mur mellom subjekt og objekt? Vil dette danne eit godt fundament for sjukepleie som vitskap?

### **Å fylgje ei oppskrift**

Både dei kvalitative og dei kvantitative studiane fylgjer tydeleg ein mal for gjennomføring, med omsyn til innhald og struktur. Dei kvantitative arbeida vektlegg metodisk framgangsmåte og empiriske resultat meir enn teoretiske rammer, som i hovudsak er medisinsk fagterminologi. Vitskapsteoretisk forankring viast ikkje rom i samband med metodeval, og resultat haldast opp mot tidlegare forskning.



Til motsetnad gjev dei kvalitative oppgåvene ei brei omtale av meta-teori/filosofi, knytt opp mot metodeval, i stor grad intervju. Ein interessant tendens er at det hovudsakleg visast til same type referansar for metodisk gjennomføring og analyse. Kjersti Malterud (2003) og Steinar Kvale (1997, Kvale og Brinkmann 2009) vert vist til ved metodisk gjennomføring i over 87% av dei kvalitative arbeida. Vidare viser nærare 65% av desse til Amadeo Giorgis fenomenologiske analysemetode ved analyse, ofte modifisert ved Malteruds systematiske tekstkondensering (2003). Dette viser ein dominerande tendens til å binde seg opp til ein spesiell framgangsmåte og spesielle referansepersonars synspunkt for analyse av datamaterialet (Sortvik 2011:109-112).

Kvifor vel halvparten av arbeida å trekke inn teori *etter* at empiri er samla inn? Veljast teori for å styrke teoretiske antakelser, eller bekrefte aktuelle funns resultat? Eller er dette ein medviten strategi i tråd med eit fenomenologisk perspektiv som tilseier at ein skal nærme seg empiri utan å vere teoristyrte? Vert metoden, her representert ved Kvale sin framgangsmåte (1997, 2009) og Malterud si forståing av Giorgis analysemetode (2003), snarare enn ideal om verdifri tilnærming, ei oppskrift innan det medisinsk-odontologiske fakultet der punktvis framgangsmåte og presentert mal styrer kva som definerer eit arbeid som skal kallast vitskapleg? Å utføre eit forskingsarbeid i tråd med ein dominerande tendens i det etablerte miljøet, kan uttrykkje ein måte å «spele spelet» i tråd med gjeldande spelereglar. I så fall kan ein undre seg over kva som hemmar eller fremmar vitskapens vilkår og konsekvensane dette kan ha for mangfaldet i den kunnskapen som vert produsert gjennom den sjukepleievitskaplege kunnskapsproduksjonen? Artikkelen intensjon er ikkje å legge opp til ei normativ definering av korleis metode eller teori skal nyttast i sjukepleievitskaplege arbeid. Intensjonen er å kaste lys over ein dominerande tendens, og invitere til undring over korleis dette kan ha seg?

## **Sjukepleias akademiske praksis er prega av sine historiske røter**

Artikkelen har påpeikt at sjukepleiaren handlingsrom i det akademiske felt kan vere påverka frå fleire hald, og at historie og sentrale relasjonar innan dette området er orienterande med omsyn til korleis sjukepleievitskap materialiserer seg, kva spelereglar som gjeld og kva val som er mogleg å ta.

Sett i lys av Bourdieus praxeologiske tenking vil dei potensielle moglegheiter for handling ligge dels i individet som kroppsleggjorte strukturar og dels i objektive, sosiale strukturar i dei situasjonar individet handlar innanfor i ulike felt i det sosiale rom (Petersen 1993). Relasjonane mellom desse fenomen påverkar kvarandre og orienterer kva som er strategisk moglege handlingsval. Dette påverkar kva tankar, kjensler og val som *er moglege* for individet, men dette er ikkje naudsyntvist medviten. Dermed er vi ikkje så frie som vi gjerne trur (Bourdieu 1994/1997:11-12, Halskov et. al. 2008: 275-276 ). Det som skjer i feltet kan samanliknast med eit spel. Feltet er definert ved grunnleggande reglar som spelarane i feltet må akseptere (Wilken 2008: 42-43). Dette kan omtalast som feltets doxa; dei udiskutable premissane som agentane handlar etter og som gjer kampen i feltet meningsfull, det paradigme som herskar og vert teke for gitt (Callewaert 2003). Sett ut frå eit slikt perspektiv, kan ein undrast om dei dominerande tendensane dette empirisk-teoretiske arbeid har kasta lys over er eit resultat av spelereglane i feltet, meir enn medvit i høve erkjeningsteoretisk refleksjon og fridom i handlerom i det akademiske sjukepleiefelt? Orienterande premissar kan sjåast på som å vere lagt ut frå dei relasjonelle handlingsval som er strategisk mogleg – gjennom ytre strukturar som studieplan, pensum og undervising, vegleiarar sine

interesseposisjonar og institusjonelle tradisjonar, og gjennom den historie sjukepleia sjølv bringer med inn i akademia. Ei historie som lenge var forma av medisinsk grunnlagsforståing. Det kan kanskje hevdast, at å stille kritiske spørsmål, grave i historie og undre seg over korleis dette kan forståast, i dag er overflødig. Kanskje kan det også skape harme. Men sjukepleia ber med ei historie som har lagt tradisjonar som er med å forme identiteten som fag. Å kjenne historia er ein føresetnad for ein meir medviten og reflektert praksis, også i det akademiske felt. Kanskje vil det vidare utfordre den tydinga som leggst i etablerte omgrep og sosialt skapte kategoriar? Å stille spørsmål ved kva erkjenning som bringast vidare gjennom sjukepleievitskaplege arbeid, kva kunnskapsformer som leggst til grunn og å skape rom for ein grunnlagsdiskusjon kring kva som skal bere sjukepleie som vitskap, er like dagsaktuelt som då sjukepleievitskap oppstod i Bergen for 37 år sidan. Kanskje *endå meir* i ei tid der det opnast for stadig nye masterprogram, og der universiteta ikkje lenger har monopol på sjukepleias kunnskapsbase. Å grave i dette og å prøve å forstå korleis det kan ha seg at det som framkjem som *enkelt og beintfram, eigentleg er tilslørt og har rom for mange tolkingar.....* (Bourdieu og Waquant 1991/93:11)... har dei beste intensjonar. Ynskje er at dette kan appellere til refleksjon og diskusjon over kva som kan fremje sjukepleie som sjølvstendig praksis - og som vitskap i framtida.

## Litteratur

- Antonovsky, A. (1987/2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. På dansk ved Amnon Lev. København: Hans Reitzel Forlag. Kap 1 – 5
- Aristoteles (1973). *Etikken*. Oslo: Gyldendal.
- Benner, P. (1995). *Frå novise til ekspert. Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Tano Aschehoug
- Bjerkreim, T., Mathisen, J. & Nord, R. (1996). *Visjon, viten og virke*. Universitetsforlaget UiO
- Bondevik, M. (2004). *Sykepleievitenskap i Bergen gjennom 25 år 1979-2004. Fra den første visjon til dagens virkelighet. Jubileumsskrift*, Universitetet i Bergen
- Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. (1991/1993). *Den kritiske ettertanke*. Det Norske Samlaget, 1993, Oslo,
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1992/1996). *Refleksiv Sociologi*. Hans Reitzels Forlag. København, 1996
- Bourdieu, P. (1994/1996). *Symbolisk makt*. Pax Forlag, 1996
- Bourdieu, P. (1994/1997). *Af praktisk grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen* Hans Reitzel Forlag. Danmark, 1997
- Callewaert, S. (2003). *Fra Bourdieu og Foucaults verden. Pædagogikk og sociologi, diskurser og praktikker efter det moderne*. Akademisk Forlag A/S, 2003. s. 7-197
- Callewaert, S. (1998). The Idea of a University, I. *Society, Education and Curriculum*, Department of Education, Philosophy and Rhetoric, University of Copenhagen, s. 75-93
- Callewaert, S. (1986). Till kritikken av den pædagogiske teorin . I Gustafsson – Ference Marton (red) *Pedagogikens granser og muligheter*, s. 150-170
- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1986). *Mind over Machine – the power of human intuition and experience in the era of computer*. New York , Free Press, 1986
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. Tano Aschehoug
- Fjelland, R. & Gjengedal, E. ( 1995). *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Ad Notam Gyldedal, Oslo
- Foucault, M. (1975/94). *Overvåking og straff*. Gyldendal, Oslo
- Foucault, M. (1993/2000). *Klinikkens fødsel*. Oversatt av Henning Silberbrandt. København: Hans Reitzels Forlag (2000). s. 7-21.
- Halskov, G., Lundin, S. & Petersen, K. A. (2008). “Homologier”, I *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu - æresbog til Staf Callewaert.*, Forlaget Hexis, København, s. 273-293: 20 s.
- Heidegger, M. (1927). *Væren og Tid*. Pax Forlag 2007.
- Heyman, I. (1995). ”Gånge hatt till ... Omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige åren 1974 till 1991”. (1995). Daidalos, Göteborg
- Juvkam, R. A. (1985). *Sykepleie -forskning i Norge. Vitenskapsteori og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Ad Notam, Gyldendals Forlag, Oslo, Norge
- Kirkevold, M. (2002) *Hva slags vitenskap er sykepleievitenskapen?* I: Östlinder, G., Söderberg S, Öhlen J. (2009). *Omvårdnad som akademiskt ämne*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, s. 11-20.
- Kvale, S. & Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldedal Norsk Forlag AS.
- Lerheim K, & Norsk sykepleierforbund (1967). *Lærebok for sykepleieskoler*, Bind I: generell sykepleielære. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag, 1967.
- Lerheim, K. (2000). *Sykepleieforskningen i Norge – i fortid og nåtid*. Forlaget Sykepleien
- Løgstrup, K. E. (1956). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal 1991
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget , Oslo

2. utgave

- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk filosofiske essays*. Tano
- Maurice Merleau Ponty (1962). *Phenomenology of perception*. Routledge
- Melby, K. (1990) *Kall og Kamp*. J. W. Cappelens Forlag A.S
- Petersen, K. A. (1993). ”At konstruere en teori om sygepleje” I *Overvejelser og metoder I sundhedsforskningen, Akademisk Forlag*, pp. 35-55, 20 s
- Petersen, K. A. (1995). ”Hvorfor Bourdieu?” i *Fokus på sygeplejen 1996*, pp. 123-143
- Petersen, K. A. (1996). ”Den situationsbundne kundskab – om praktikernes egenlogik” i Jørgensen, Emmy Brandt (Ed): *Sundhedsvidenskabelige praktikker*. Akademisk forlag, s.321
- Petersen, K. A. (1997/98). *Sygeplejevidenskab – myte eller virkelighed? Om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark*. Center for Videreuddannelse, Viborg Amt
- Petersen, K. A. (2006 a). How to construct nursing theories, concepts and techniques from the empirical nursing practices? I *Proceedings – Interpersonal Relationships in Nursing*, pp. 43-61
- Petersen, K. A., Beedholm, K., Engström, L., Gunvik-Grönbladh, I. & Larsen, L. (2006 b). (eds.): *Objektiveringer. En dansk -svensk-norsk antologi om vård, omvårdnad, sygepleje, omsorg og medicin. At tænke med human- og samfundsmedicin*. ESEP: Ethos in Society, Education and Practices, rapport nr 7, pp. 72-106. Pedagogiske institutionen, Uppsala Universitet, 163, 34 s.
- Petersen, K.A.(2010). Klinisk betyder empirisk I *Gjallerhorn Tidsskrift for professionsuddannelser* Nr.12. 2010. Enhed for Professionsforskning VIA UC, Risskov. [www.viauc.dk/udvikling](http://www.viauc.dk/udvikling).
- Råheim, M. (1997). Forståelse av kroppen som fenomen. Kritikk og utfordringer helsefagenes grunnlagsforståelse. I Alvsvåg, H., Anderssen, N., Gjengedal, E., & Råheim, M. *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Kap. 4, s. 95-123. Oslo: Ad Notam, Gyldendal AS.
- Sortland, O. E & Petersen, K. A. (2014). Oppkomsten av vitenskapsteori og forskningsmetode i norsk sykepleierutdanning. *Klinisk Sygepleje*. 28 årgang. Nr.2. s. 45-58
- Sortvik, W. (2011). *Sjukepleiaren som akademisk aktør – kva er sjukepleievitenskap?* <https://bora.uib.no/handle/1956/5613?show=full> , lastet opp 13.10.2015
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen
- Wilken, L. (2008): *Pierre Bourdieu*. Tapir Akademiske Forlag, Trondheim

# Å gå med i pasienten si livsverd. Tankar omkring ei sjukepleieforteljing

**Else Marie Lid, Kari Kvigne og Per Kristian Roghell**

*Else Marie Lid, universitetslektor ved Nord universitet, Sandnessjøen, [else.lid@nord.no](mailto:else.lid@nord.no)*

*Kari Kvigne, professor ved Høgskulen i Hedmark og Nord universitet, Sandnessjøen*

*[kari.kvigne@hihm.no](mailto:kari.kvigne@hihm.no) [kari.kvigne@nord.no](mailto:kari.kvigne@nord.no)*

*Per Kristian Roghell, førstelektor ved Nord universitet, Sandnessjøen, [per.k.roghell@nord.no](mailto:per.k.roghell@nord.no)*

## **Abstract**

*Based on a nursing experience from a Norwegian local hospital, we reflect on the personal narrative in the story presented as well as on essential caring near the end of life. Important questions are: What will the challenging tasks be in nursing following a patient's life world? How does such a practice and way of being in the world affect the relationship between nurse and patient? The focus of discussion is how a nurse possibly can be open, receiving and personal connected, and through such a practice be able to support patients to live their lives in spite of life threatening illness. The authors emphasize the existential dimensions of the relationship between a nurse and a patient. The nurse can support her patients to express themselves in many different ways, in her communication. For this to happen depends on the nurse's ability to be open and personally present in her meeting with the patient.*

## **Keywords/ Nøkkelord**

*Existential dimensions and caring; life world; nursing narratives; communication; openness and connection; phenomenological understanding, Eksistensiell sjukepleie; livsverd; sjukepleieforteljing; open og sansande; fenomenologisk forståing.*

## **Essay, referee \***

<http://dx.doi.org/10.7557/14.3775>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Innleiing

«Kva slags verd er du i no?» Ho som spurde bøygde seg fortruleg mot den andre. Ho var ung, kanskje 8 år. «Eg er i den verda der eg får det til,» svara han. Dei to borna sat i breidd med kvar si digitale spelemaskin. Han verkar vere yngre enn henne. «Å ja, der har eg nettopp vore! Men det er vanskelegare for meg i den verda eg er i no,» slo ho fast. Dei to sat beint imot meg eit par seterader framom min eigen plass på toget gjennom Raumadalen. Eg hadde fullt innsyn til deira aktivitet og var såleis ein tilskodar. Ein som ikkje tok del i deira verd. Vi var likevel alle tre med i det fellesskapet denne gruppa av ulike menneske utgjorde, som delte tog-kupé denne sommardagen. Sola strålte gjennom tog-vindauga, og passasjerane omkring oss var mest opptekne av den storslåtte naturen dei såg utanfor. Dette forstyrra ikkje dei to som søkte å meistre sine liv i den virtuelle verda. Og mine tankar tok eigne vegar og stansa ved ei forteljning frå sjukepleiar Evy sin kvardag:

*«Ho døde 39 år gamal av brystkreft med spreiding. Ho hadde eit barn på 12 år, og i heile sonen si levetid hadde ho vore kreftsjuk. Eg hadde mykje med henne å gjere i løpet av sjukdomstida hennar.*

*Ein dag var eg innom avdelinga og besøkte henne på fritida mi. Ho var dårleg. Eg kom inn. Mannen og veninna hennar var der, og då eg kom inn, sa ho: «Hei, eg har sakna deg!» «Ja, eg har sakna deg og, og det er difor eg kjem,» svara eg.*

*Vi sat ei stund og prata om laust og fast, så sa ho plutsleg: «Du, skal vi ta oss ein tur på Kina-restauranten i kveld?» «Ja, vi tek oss ein tur på restaurant i kveld. Kva vil du ete?» spurde eg. Og då hadde ho både menyen og drikka klar. Vi sat og prata bortimot ein time om alt vi skulle finne på denne kvelden.*

*Medan vi sat slik og prata, kom det ein sjukepleiar inn som arbeidde på posten. Ho berre rista på hovudet til meg, som om ho ville seie meg at ho hallusinerer ho. Ja, det var liksom trist at ho var koma så langt i sjukdomslauget. Eg måtte prate med sjukepleiaren etterpå. Ho trudde sikkert at eg ikkje forstod. Men eg sa til henne: «Pasienten hallusinerer ikkje. Ho er heilt bevisst på det ho seier. Og ho er klar over at ho er så sjuk at ho ikkje kjem seg ut av sjukesenga eingong. Men ho vil ha den draumen. Ho har lyst til å vere i den fantasien. Og vi skal tillate henne å vere der. Det er hennar måte til framleis å leve, medan ho ligg i den der senga og livet på ein måte er røva ifrå henne.»*

*Dette var mitt siste møte med pasienten. Eg trefte henne ikkje seinare. Men eg kjem aldri til å gløyme den flotte opplevinga ho gav meg» (Lid 2006:11).*

## Kontekst

Sjukepleiar Evy kjende denne pasienten frå sitt daglege arbeid i ein kreftpoliklinikk i eit lokalsjukehus i Noreg. Det var gjennom mange møte der at relasjonen mellom dei hadde vakse fram. Hendinga i forteljninga fann stad i ei medisinsk avdeling på same sjukehus som Evy hadde sin arbeidsstad.

Erfaringar frå sjukepleiarkvardagen meiner vi er viktig å dvele ved fordi erfaringar frå livet ber i seg ein annan type kunnskap enn rein teori. Det allmenne i ei erfaringsforteljning vil vise

seg som noko gjenkjenneleg og samanliknbart i lesaren sitt eige levde liv. Ei forteljing frå sjukepleiekvardagen kan difor vere kjelde til innsikt og djupare forståing over ulike livsfenomen gjennom refleksjon og samtale.

I essayet har forfattarane re-analysert sjukepleiar Evy si praksisforteljing som tidlegare er publisert av Lid (2006). I refleksjonen og samtalen har vi valt å stå fram med ei stemme. Eg-forma er gjennomgåande nytta i heile essayet med det føremål å få fram ei nær og undrande stemning i teksten.

## Refleksjon over livet i sjukerommet

Korleis kan eg forstå Evy si erfaring frå sjukerommet? Etter kvart som tanken får tak, dukkar fleire spørsmål opp: Kva kan innhaldet i erfaringa vere som gjorde opplevinga så kraftfull for Evy? Er det mogleg å få meir innsikt i hennar erfaring med min avstand til hendinga? Og kva er det i forteljinga som råka meg på ein slik måte, at etter mange år så dukka den opp, som eit innfall aktivert av borna i tog-kupeen?

Gjennom forteljinga forstår eg at pasienten var svært sjuk. Ho hadde vore kreftsjuk i tolv år då denne hendinga fann stad. Hennar kropp var ein plaga kropp. Eg kan forstå det som at hennar tilvære var fylt med smerter, ulike rutinar og plager knytt til handsaming, lindring og pleie. Pasienten hadde likevel livskraft til å stadfeste samværet med gjestane sine kring sjukesenga gjennom ein invitasjon til eit draumemåltid. Den herja og plaga kroppen strekte seg ut mot noko anna enn her og no-tilværet. Den plaga kroppen overskreid plagene gjennom å søkje mot fantasien og opplevingar draumen kunne gi. Gjennom invitasjonen risikerte pasienten å bli avvist. Men Evy og dei andre gjestane avviste henne ikkje. Tvert om, dei gjekk med henne inn i draumen. Trass i sjukdomen sitt truande grep, fekk dei alle tre oppleve livet falde seg ut i her og no-situasjonen. Det var krefter mellom dei som stadfesta og bar livsutfoldinga – ikkje berre hjå pasienten, men også hjå Evy sjølv.

Det kan verke som om Evy spontant skjønna at pasienten hadde trong til å overskride her og no-situasjonen og å søkje opplevingar i ei draumeverd. På meg verkar det som om ho hjalp pasienten til andre og meir livgjevande opplevingar enn det kvardagen baud på. Der dominerte den plaga kroppen tilværet. Kan eg forstå det slik at ved å gå med pasienten i hennar draumeverd, så stadfesta Evy livet – eksistensen – til pasienten? Det verkar vere eit stort spørsmål. Kan samspelet og tilhøvet mellom sjukepleiar og pasient vere så avgjerande at oppleving av sjølv tilværet står på spel? Eit anna spørsmål trengjer seg på: Korleis har eg sjølv teidd meg i møte med pasientar? Eg kan ikkje minnast at nokon av dei har vore i ein fantasi, men svært mange har uttrykt ei anna forståing av her og no-situasjonen enn eg sjølv hadde. Mange pasientar eg har møtt i mi sjukepleiegjerning har til dømes uttrykt så sterke minner frå eit levd liv at no-tilværet tilsynelatande er fråverande. Kanskje kan eg forstå slike sterke minne som noko eksistensielt og berande i livet?

Når eg les Evy si forteljing, ser eg føre meg pasienten i eit sjukerom som verkar vere fylt av ei stemning der glede over godt samvær og fellesskap får tre fram. Pasienten verkar vere den som var midtpunktet og leia samtalen i fellesskapet. Dette klarte ho trass i at sjukdomen hadde gitt henne så alvorlege plager at ho var sengeliggande. Pasienten inviterte så til gjestebod på restaurant. Ho hadde allereie tenkt ut kva som skulle serverast både av mat og drikke. Evy deler ikkje detaljar om sjølv måltidet med oss. Derimot forstår eg at pasienten gjennom minne og dagdrøyming lokka fram ei feststemning som også dei andre slutta seg til

og tok del i. Også eg sjølv får rom gjennom min eigen fantasi til å ta del i restaurantmåltidet. Eg tek del i måltidet på Kina-restauranten med mine minne om ris med soyasaus saman med innbakte kongereker, steikte grønnsaker og kjøttbitar i mørk blank saus, panfløytemusikk og fellesskap med folk eg er glad i.

Den gode stemninga i sjukerommet vart så uroa av ein sjukepleiar som kom inn med sine naudsynte gjeremål. Denne sjukepleiaren bar i seg ei anna stemning enn den som allereie var i rommet. Truleg visste ho ikkje på førehand kva som ville møte henne og vart såleis overrumpla over stemninga som møtte henne i sjukerommet. Evy sansa dette og tydde kroppsuttrykket hennar som ei haldning prega av mistru og avstand. Sjølv om ho var der, så var ho ikkje ein del av fellesskapet likevel. Ho var utanfor det gode selskapet og vart heller ikkje invitert med i måltidet. Undervegs søkte Evy augekontakt med kollegaen. Eg tenkjer at Evy vara ei forståing av situasjonen hjå kollegaen som var ulik den ho sjølv hadde av situasjonen. Det kan synest som det var ei usemje om korleis dei to sjukepleiarane forstod pasienten og situasjonen pasienten var i. Kollegaen kom inn i rommet, gjorde sine gjeremål og fortolka stemninga og praten rundt senga som avvikande framferd. Pasienten vart observert, vurdert og diagnostisert som hallusinerande og ute av seg sjølv.

Kollegaen sitt uttrykk kan tolkast slik at for henne vart måltidsdraumen eit bevis på at pasienten hadde mista taket på seg sjølv og sin eigen situasjon. Dette gjorde sterkt inntrykk på Evy, og ho søkte denne sjukepleiaren etter pasientvitjinga med det føremål å korrigere sjukepleiaren si oppfatning av situasjonen: *«Pasienten hallusinerer ikkje. Ho er heilt bevisst på det ho seier. Men ho vil ha den draumen. Ho har lyst til å vere i den fantasien. Og vi skal tillate henne å vere der. Det er hennar måte til framleis å leve, medan ho ligg i den der senga og livet på ein måte er røva ifrå henne.»*

Kollegaen sitt blick kan eg forstå som eit diagnostiserande blick. Eit blick som vurderer, kategoriserer, objektiverer og deler opp mennesket slik at det passar inn i faglege termar. Eit diagnostiserande blick kan opplevast som eit hastig og krenkande blick. Motsetnaden er å verte sett av auger fylde av kjærleik og varme. Slike blick verkar støttande, velmeinande og kjærlege. Viss eg kunne velje, ønskjer eg å bli sett med kjærlege auge. Men eg kan ikkje velje korleis andre skal sjå meg. Eg er heilt prisgitt andre. Slik er det for oss alle. Kanskje var det også slik at det ikkje berre var pasienten som vart utsett for kollegaens granskande blick? Også Evy og dei andre kring sjukesenga risikerte å bli sett på med eit kritisk diagnostisk blick. Eg tenkjer at Evy tedde seg farefullt ved å handle utanfor systemet. Ho søkte pasienten på fritida. Dette var ei uvanleg handling som kunne få konsekvensar for hennar faglege autoritet. Kollegaens forståing av situasjonen kunne forsterke ei eventuell negativ oppfatning av Evy. Men slike tankar opptok ikkje Evy. Ho våga seg fram og hadde mot til å handle utifrå seg sjølv og sine egne vurderingar. I møtet med pasienten uttrykte ho ro og harmoni. Ho verka å ha god tid og uttrykte både vilje og evne til å vere i pasienten si livsverd og livsrom. Livsrom forstått som pasienten si eiga tidsoppleving og ein dagdraum om eit måltid på Kina-restauranten. Pasienten og dei tre gjestane kring sjukesenga verka alle å vere forsona med lagnaden kvar og ein av dei var ein del av. Eg kan forstå det som at deira felles oppleving av måltidsdraumen bar livet i no-situasjonen (Lid 2006).

Gjensynsgleda dei begge viste då dei først såg kvarandre, vitnar om at tilhøvet mellom dei overskreid dei formelle posisjonane dei hadde i høve til kvarandre, sjukepleiar og pasient. Den eine var profesjonell hjelpar, den andre var ein svært sjuk pasient. Pasienten var i ferd med å tape dei lekamlege livsprosessane. Sjukdomen sine herjingar i kroppen hadde kome langt. Og sjukepleiar Evy søkte henne på privat initiativ utan at vi får vite grunnane ho hadde



for det. Men ordvekslinga dei hadde då dei såg kvarandre, kan gi oss ein peikepinn: «*Hei, eg har sakna deg!*» «*Ja, eg har sakna deg og! Og det er difor eg kjem!*» Både pasienten og sjukepleiar Evy sette ord på sin lengt etter den andre i eit menneskeleg møte som kunne gjere dei godt. Dei hadde tydeleg erfart det før. Og det var vitne til stades – ektemann og venninne – som begge hørde og såg deira gjensidige glede over å kunne møtes på nytt. Sjukepleiar Evy på si side tok imot henne og gjekk lenger – «*det er difor eg kjem.*»

Eg kan forstå dette slik at Evy hadde tatt innover seg og var rørt over det djupe Alvoret i pasienten sin situasjon. Livet til pasienten var truga og livsutfaldinga var innskrenka. For Evy vart det viktig at pasienten fekk vere i det sansande minnet som fantasien gav tilgang til, slik at pasienten fekk kjenne livet falde seg ut i sjukerommet. Evy anerkjende fellesskapet med pasienten som viktig også for seg sjølv gjennom å uttale at «*eg kjem aldri til å gløyme den flotte opplevinga ho gav meg.*» Dette kan eg forstå som at opplevinga gav mening og stor verdi for Evy i ettertid av hendinga. Ei oppleving for livet som kanskje også påverka sjukepleiegjeringa hennar? Gjennom teksten syner ho meg at ho har eit ope og sansande sinnelag i møte med pasienten. Ei slik positiv livsoppleving vil kanskje forsterke ei evne til merksemd og sansing i møte med alvorleg sjukdom?

Eit anna og vesentleg moment er å forstå det *gjensidige* i fellesskapet kring sjukesenga. Evy tonar heilt ned si eiga deltaking i fellesskapet. Men forteljinga ber fram bodskapet om at det var *ho* som først fekk invitasjonen og som tok imot denne på vegne av dei to andre vitjarane. Det at Evy baud på seg sjølv, tolkar eg som eit vesentleg bidrag til den gode stemninga i rommet og opplevinga ho sjølv sat igjen med. Eg kan såleis forstå at denne erfaringa kunne vere med å styrke Evy i sjukepleiegjeringa til framleis å by på seg sjølv i møte med pasientar.

Sjukepleiarkollegaen bar i seg noko anna. Ho utøvde naudsynte gjeremål omkring pasienten. Sjukepleiehandlingar er avgjerande for pasienten si lindring, heling og eller trøst. Men utøvinga av gjeremåla, handlemåten og haldninga vi møter pasienten med kan vere ulik og også opplevast på ulike vis. Kanskje var sjukepleiaren meir fylt av kvardagens travle gjeremål enn Evy? Eller ho hadde forventningar til seg ifrå systemet om ein særleg handlemåte?

## **Teoretisk refleksjon og diskusjon**

### **Livsverda og sjukepleiegjeringa**

«*Kva slags verd er du i no?*» Spørsmålet frå barnet på toget trengjer seg på og får ein ny dimensjon over seg: Har det noko å seie kva verd sjukepleiaren er i når ho møter pasienten si livsverd? Spørsmålet verkar noko malplassert. Alle vil skjøne at sjukepleiaren må møte den sjuke i hans eller hennar røyndomsverd. Det verkar like fullt som at dei to sjukepleiarane, Evy og kollegaen, hørde til to ulike verder i møte med den alvorleg sjuke kvinna. Evy var sansande og nærværande pasienten si livsverd i sjukerommet. Ja, ho endåtil gjekk med henne og var aktivt med å skape den. Sjukepleiaren på vakt såg og opplevde noko anna. Noko trist, slik Evy formulerte det. Denne sjukepleiaren si forståing av situasjonen, stod i kontrast til Evy si oppleving av livet som utfalda seg kring pasienten. Denne kontrasten utfordrar meg og mitt syn på sjukepleiegjeringa. Eg må arbeide med meg sjølv for ikkje å moralisere over kollegaen og dømme henne som ein dårleg sjukepleiar i møte den alvorleg sjuke kvinna. Korleis kan eg så forstå ulikskapen mellom dei slik den uttrykkjer seg i forteljinga?

Å forstå pasienten sitt uttrykk slik det viser seg fram for sjukepleiaren har utspring i fenomenologisk tankesett. Den tysk-jødiske filosofen Edmund Husserl (1859-1938) vert regna som grunnleggaren av dette tankesettet. Han hevda at all oppleving, forståing og kunnskapsutvikling tek utgangspunkt i mennesket si livsverd. Omgrepet *livsverd* eller *den naturlege innstillinga til verda* nytta han første gongen rundt 1916. Med livsverda meinte Husserl den verda vi til dagleg lever våre liv i og som vi tek for gitt, som vi er fødde inn i og som verkar sjølvstøtt for oss. Han meinte at livsverda var sjølv grunnlaget for, og måtte danne utgangspunkt for all vitenskap (Kvigne 2004:7).

I artikkelen «En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning» skildrar Bengtson (2006:24) Martin Heidegger (1889-1976) sine tankar om livsverdomgrepet. Heidegger arbeidde vidare med Husserl sine tankar kring dette omgrepet og var særleg oppteken av vår verden-i-verda som ei levde verd. Den levde verda, verden-i-verda, både påverkar og påverkast av det livet den er bunden til. Dette utgjør ei gjensidig og udeleleg eining som ikkje kan reduserast. Livsverda er tvtydig gjennom å vere både ibuande og oversanselig. Sidan den er knytt til livet, er den open og uavslutta. Denne tydinga av det å vere menneske, som ein særleg verden-i-verda, er sjølv det å vere menneske (Hov 2015:48). «Eg kan snu meg i den eine eller andre retninga og variere kva eg rettar merksemda mi mot, men det endrar ikkje det at verda er rundt meg og for meg, og at eg er i denne verda. Det er mi livsverd» (ibid:48).

Jürgen Habermas har mellom anna i sitt verk *Theory of Communicative Action* (1987) arbeidde vidare med livsverdomgrepet. Her søkjer han å synleggjere kva innverknad og makt system av ulike karakterar har fått i det moderne samfunnet. Struktur og system er naudsynt i våre liv for å søke orden og oversyn. Men dersom systema vert eit mål i seg sjølv, vert livsverda redusert til eit subsystem mellom mange andre i den store samanhengen. Han nytta formuleringa at systema koloniserer livsverda vår. Dette forstår eg slik at sjølv tankegodset i systema ikkje gir rom for det mangfald av uttrykk og erfaringar som høyrer livet til. I mi fortolking forstår eg dette som at systema og systemverda kan ta dominans over livsverda.

Den norske sjukepleiaren og filosofen Kari Martinsen skildrar fram sine synspunkt om framveksten av den teknisk-instrumentelle fornuft i boka «Frå Marx til Løgstrup» (2003). Slik eg forstår Martinsen så rettar ho kritiske merknader til ei utvikling der sjukepleietenesta i hovudsak vert basert på den instrumentelle fornuft. Ho åtvarar at den instrumentelle fornufta vil verke objektiverande og undertrykkjande på menneska. Ei slik fornuft vil binde oss til sterke ønskjer om heile tida å stette egne behov og dyrke eigen fridom. Dette vil føre til endring i vår livsforståing gjennom språk og system som devaluerer menneskeverdet. Sjukepleiaren si livsverd kan bli dominert av ulike system sine føremål for rasjonell og effektiv drift. Når sjukepleiaren si livsverd er fylt av rutinar, føremål og gjeremål som berre må gjennomførast, er det lett å tape av syne det sjuke mennesket. Pasienten vert ein ting, eit objekt både for sjukepleiaren sjølv og systemet sjukepleiaren er ein del av. Systemverda kan heilt ta over sjukepleiaren si livsverd, og ho kan verte meir oppteken av å imøtekome systemkrav enn å te seg medmenneskeleg i samvær med pasientar og pårørande. Med Habermas kan eg forstå at systema då har kolonisert sjukepleiaren si livsverd. Sjukepleiegjeringa kan slik bli ei krenkande gjerning som ikkje gagnar pasienten. Den norske filosofen Lindseth kjem også inn på dette i sin artikkel «Når vi blir syge på livets vej – en utfordring for filosofisk praksis». Han skildrar her fram ei opa *merksemd* som avgjerande for eit godt mellommenneskeleg møte der den andre sitt uttrykk må få vilkår for å gjere inntrykk. «En manglende vilje og evne til at lade et udtryk gøre indtryk kan skyldes forskellige forhold. Nogle gange er det personlige forhold – belastende erfaringer, psykiske traumer, fordomme, manglende interesse, ufølsomhed, stress eller noget lignende – som

blokerer. Andre gange er det systemkundskaben, som forleder os til at sætte præmisserne for mødet, således at modtageligheden begrænses eller hindres til trods for alle forsikringer om åbenhed og hjælpsomhed» (Lindseth 2011:147).

I dagens helsevesen med auka krav om effektivitet, er det lett å bli fylt av systemet sine forventningar. Sjukepleiaren går frå pasientsituasjon til pasientsituasjon utan rom for refleksjon over kva situasjon ho forlèt eller kva som ventar bak neste dør. Det er gjort tidsstudiar i ulike pleieavdelingar, og i kommunehelsetenesta er det no vanleg å yte hjelp etter vedtak der ulike handlingar er tidskalkulert (IPLOS, Helsedirektoratet 2007). Sjukepleiarar som ikkje er systemtru og lojalt følgjer opp, risikerer refs frå arbeidsgjevarar når sjukepleiegjeringa vert utøvd etter pasientens trong og sjukepleiaren si faglege vurdering. I eit slikt system er det lite rom for å gå med i pasienten si livsverd. Organisering og leiing av tenesta byr til dominans av det registrerande og abstraherande blikket. Det vil krevje mykje av den einskilde sjukepleiar å gå imot eit slikt system. Det vil krevje både mot og sjukepleiefagleg medvit og medkjensle for å handle sansande i trå med pasienten si livsverd.

Eg kan forstå Evy sin kollega i lys av slike tankar. Slik forteljinga skildrar henne, kan eg forstå hennar uttrykk for avstand og kategorisering som at krava frå det styrande systemet var i henne og viste seg fram i rommet. Vi veit ikkje kva situasjon ho kom ifrå, kva stemning ho var fylt av og bar med seg då ho entra sjukerommet. Men ho kom frå ein annan situasjon og inn i ein ny der det gode samværet med gjestane fylde rommet. Slike overgangar og endringar er vanskelege for dei fleste av oss. Å vere tilbakehalden og søkjande på pasienten si stemning og uttrykk kan hjelpe oss inn i nye og krevjande situasjonar. Slik tilbakehaldande framferd kan som første inntrykk bli oppfatta som avstand og distanse, men kan gi sjukepleiaren opning til at tillit og tryggleik kan vekse fram mellom dei som er tilstades i sjukerommet.

Å forstå pasienten si livsverd handlar om at sjukepleiaren i si gjerning må vere open og sansande for pasienten si oppleving av seg sjølv, sitt liv og sin røyndom. Livet sjølv må få rom til å vise seg fram i møte mellom pasienten og sjukepleiaren. I mi forståing handlar dette både om at sjukepleiaren må våge å vere nærverande og merksam i si faglege utøving av sjukepleiargjeringa samstundes som ho også må by på seg sjølv i samværet. Sjukepleiar Evy si innstilling i møte med den alvorleg sjuke kvinna kan fortolkast slik.

### **Auga som ser – ulike syn**

I atikkelen «Vestens rasjonalitet – avfortryllingen av kroppen» (2009) drøftar Kari Martinsen utviklinga i den moderne medisinen, og medisinen sin kunnskap grunnlagt på samanliknande studiar og statistikk. Ho skriv der at det einskilde lidande mennesket vert redusert til eit objekt for ein lækjarvitskap som er tufta på eit teknisk kunnskapssyn. Ho argumenterer med franske Michael Foucault sine kritiske merknader til framveksten av ein medisinsk vitskap som avdekkjer kvar celle og biologiske prosess i kroppen. «Blikket blir også et kvantitativt blikk. Det danner grunnlag for å klassifisere, danne kategorier, regne ut gjennomsnitt og fastsette normer. (...) Sansning reduseres til teknikk for kontrollert observasjon. Statistikk har tendens til å erstatte den enkelte leges erfaringer. Erfaringer vunnet ut fra den sansende berørthet anses som bedrageriske, og det legges et kontrollert og statistisk fundament for kunnskap» (ibid:108-113). Martinsen hevdar vidare at dette perspektivet påverkar sjukepleiarar i slik grad at vi som yrkesgruppe undertrykkjer og devaluerer oss sjølve til lækjaren sin assistent (ibid:119).

Kan eg forstå Evy sin kollega i lys av eit slikt perspektiv som er skildra ovanfor? Gjennom det sjukepleiar Evy fortel forstår eg at kollegaen kom inn i sjukerommet for å utføre sine gjeremål. I dette arbeidet vart ho verande utanfor gjestebodet. Ho bar også med seg ei stemning og ei haldning som Evy spontant reagerte mot. Slik Evy skildrar det kan eg forstå det som at kollegaen byrja å kategorisere og diagnostisere pasienten: «...*no hallusinerer ho.*» Utan ord vart dette så tydeleg formidla til Evy at ho oppsøkte kollegaen etter pasientmøtet. Sjukepleiar Evy la då vekt på å formidle det eksistensielle i samværet kring sjukesenga: «*Det er hennar måte til framleis å leve medan livet på ein måte er røva ifrå henne.*» Evy såg altså noko anna i situasjonen. Det verkar som om Evy såg med «hjertets øye» - slik Martinsen (2002) skriv om i boka «Øyet og Kallet». Martinsen skriv der at å sjå med hjarteauget vil vere det same som å sjå den andre ope, sansande, deltakande og merksam slik at den andre får tre fram som verdfull med sitt liv. Ho utdjupar sitt syn i samspel med den bibelske likninga om den miskunnsame samaritanen. «Han så med øyne som ikke gjorde noen forskjell (han og jeg er like som mennesker), og med øyne som gjorde en forskjell (han er den andre som trenger hjelp)» (ibid:20). Ho skriv også at det er den skadde mannen som syner oss kva livet er: At det er sårbart, at det må takast vare på, at det å sanse den andre er å stå i eit etisk tilhøve til han, og at det er ei etisk kvalifisering gitt ved sjølve livet (ibid:19-23). Å sjå med hjarteauget forstår eg som å nytte alle mine egne sansar for å forstå situasjonen pasienten er i, og så kome pasienten i møte. Eg forstår at eg sjølv er like sårbar som den andre sidan livet bind oss saman. Det lidande uttrykket råkar meg slik at eg vil handle godt og hjelpe den andre gjennom gode gjerningar. Eg kan også forstå Evy sin handlemåte i lys av dette då ho søkte å tale kollegaen til rette. Evy vart råka av kollegaen si vurdering av pasienten. Ho søkte difor å halde fast ved og lyfte fram pasienten sitt verdfulle liv i sjukesenga. Det var eit liv pasienten trengde hjelp til å halde fast ved. Og som Evy sa: «*Vi skal tillate henne det.*»

Eg kan forstå at desse to sjukepleiarane møtte pasienten med utgangspunkt frå to ulike posisjonar: Evy var open, sansande og vendt mot pasienten si livsverd. Ho sansa det eksistensielle i pasienten si livsutfalding og tok del i gjestebodet med seg sjølv. Ho såg med hjarteauget. Kollegaen var prega av systemverda si tenking. Ei tenking som verkar vere grunna i eit naturvitskapleg og medisinsk kunnskapssyn. Hennar møte med pasienten var dominert av eit vurderande, klassifiserande og diagnostiserande blikk. «Det rent registrerende øye derimot er et øye som har trukket seg ut av situasjonen, og det finner ikke sted noe samspill i rommet. Øyet stiller seg i en utenfor posisjon, opptatt av å se etter og trekke ut felles kjennetegn for å ordne disse under et på forhånd definert begrep eller klassifikasjon. Den abstraherer fra den konkrete sammenhengen og ser etter likheter som kan underordnes et felles begrep (det abstrakte allmenne)» Martinsen (2002:29). I forteljinga er kollegaen skildra som om ho var i ein utanforposisjon i sjukerommet. Ho kom inn, gjorde sine vurderingar og abstraherte informasjonen ho tok til seg i situasjonen og generaliserte dette til ei diagnose, hallusinasjon.

Ein sjukepleiar må stadig omstille seg til nye situasjonar. Kvar pasient med sine pårørande er eineståande. Sjukepleiaren vert fagleg og kjenslemessig utfordra i møte med pasientar. Eg kan kjenne på eit ubehag ved å skifte frå eine situasjonen til den andre utan og få tid til å bu meg til det nye. Dette ubehaget kan eg forstå med Heidegger som eit brot i dei gjensidige tilhøva i mi sjukepleieverd. Slike omskifte er krevjande. Ved å gi oss sjølve tid til å sanse kan vi forstå situasjonane betre. Martinsen skriv at ei forståing som er frårøva sansinga blir til rein registrering. Men livet sjølv vil protestere mot slik kynisme og vise seg fram med sitt fulle verde (ibid).

## Tid og det fiktive rom

Den danske filosofen og teologen Knud Ejler Løgstrup (1905-1981) skreiv om «de lokalløse tanker og det fiktive rom» (2003:38-41). Her peika han på at gjennom minne vil tidlegare sansing og opplevingar levandegjere ein no-tidig tanke. Ved å gå inn i det fiktive rommet vil ei ikkje-kroppslig sansing likevel bli kroppsliggjort og slik fyller tidsrommet vårt. I boka «Løgstrup og sykepleien» skildrar Kari Martinsen (2012) det fiktive rommet som eit rom der «sansningen rekker inn i, og et rom for stemninger og toner, for skapende fantasi, tenkning og undring. Det gir pusterom» (ibid:21).

Det fiktive rommet blir for meg eit sansande og skapande rom vi kan vandre inn og ut av ved å nytte minne, fantasi og dagdraumar. Eit rom som gir opning for ei anna type livsutfalding enn her og no-situasjonen byr oss. Og er det ikkje nettopp eit fiktivt rom Evy skildrar for oss i forteljinga? Pasienten og hennar gjestar er saman om å bringe fram stemning og minne om mat og drikke som skulle serverast under måltidet. Dette gav dei alle fire eit pusterom ifrå dei plagene ein alvorleg sjuk kreftpasient dagleg strir med som dårleg matlyst, kvalme, oppkast og soppinfeksjon i munn og svelgparti. Plager som gjer det vanskeleg å få ned den minste matbit. Maten og fellesskapet omkring ete-situasjonen har stor verdi for oss som menneske. Kanskje var det slik at måltidsdraumen gav pasienten ei oppleving av både lukt og smak på mat og drikke gjennom minne om tidlegare måltid? Med Martinsen kan eg forstå at måltidsdraumen vart eit pusterom som gjorde tida uvesentleg. Fantasien gjorde dei involverte godt. Det vart det vesentlege.

Så kan eg spørje, kva er tid? Korleis kan vi forstå opplevinga av tid? I følgje Martinsen (2012) kan tid forståast på ulike vis. Tid kjenner vi som mekaniske oppdelte einingar slik urverket syner oss. Dette er ei lineær tid som delast inn i svært små einingar. Ei slik teknisk og mekanisk tid kan binde sjukepleiaren fast i travle gjeremål som hindrar henne i å sanse pasienten. Men tid kan også erfarast, sansast og utfaldast på anna vis. Tida kan opplevast syklisk der kroppen er ein del av naturen si eiga rytme og lever med sola og månen si vandring over himmelen. Naturen sin eigen puls påverkar og kringsett oss, trygt og føreseieleg (ibid:109-142).

Tida kan også «gløymast.» Vi kan gløyme oss sjølve heilt og fullt i det vi er engasjerte i, og brått sansar vi at mange timar er borte utan at vi har ensa tida. Kvigne (2004) refererer til den amerikanske legen og filosofen Drew Leder som forklarar ein slik tilstand som ei ekstatiske oppleving der den «ekstatiske kroppen» har overskride her og no-situasjonen og strekkjer seg ut i merksemd mot noko anna utanfor oss sjølve. Dette anna kan vere noko vi øvar på, eit samvær med andre, ein hobbyaktivitet osv. Han hevdar i sitt arbeid at kroppen har tre dimensjonar: 1) Den ekstatiske kroppen, 2) Den tilbaketrekte kroppen, 3) Den dysframtrédande kroppen. Føresetnaden til at den ekstatiske kroppen kan overskride her og no-situasjonen er at den tilbaketrekte kroppen fungerer optimalt (fysiologien i indre organ mm) (ibid:11).

Skårderud (2005) omtalar slik ekstase som sjølvgløyming og poengterer at ekstasen ikkje er knytt til verken rus, begeistring eller orgasme, men er ei skildring av «kroppen vår når vi glemmer at vi har den. Den er ekstatiske i betydningen utenfor oss selv. Kroppen er nærværende i kraft av sitt fravær, fordi den ikke plager oss med sine mangler, sin smerte, eller estetiske skavanker. Den er positivt fraværende. Og en slik selvforglemmelse er avgjørende for at vi for fullt skal ta del i verden. Vi kan friere rette oppmerksomheten vekk fra oss selv, mot noe annet og mot de andre» (ibid:38). Evy fortel oss ikkje noko om pasienten sin kropp med tanke på smerter eller kvalme, men skildrar for oss pasienten si livsutfalding i

sjukesenga. Eg tolkar difor pasienten sin situasjon slik at dei kroppslege plagene er godt lindra. Kroppen hennar er tilbaketrekt og gir opning til sjølvgløyming i samvær med andre.

Martinsen (2003) påpeikar ei anna side av å gløyme seg sjølv som handlar om sjukepleiaren. Ho er oppteken av det etiske i relasjonen mellom sjukepleiaren og pasienten og hevdar: «Ved åpent og deltakende å være rettet mot den andre – i selvforglemmende opptatthet – møter jeg ikke den andre som et behovsvesen, men som et medmenneske. Min person er rettet mot det som er godt for den andre, mot det som gjør at relasjonene blir gode» (ibid:34). Dette vert ekstra viktig i møte med pasientar som opplever tida pinefull og langsam. Den sjuke og lidande kan erfare og kjenne seg fanga i seg sjølv med store smerter som gjer tida langsam og uuthaldeleg. Pasienten si tid kan strekkje seg ut i kroppen og gjere her og no-situasjonen pinefull. Då er det avgjerande at sjukepleiaren evnar å vere nærværande og sansande til stades i samvær med pasienten. Motsett kan sjukepleiaren vere oppteken av urverket si tid i møte med pasienten. Ho vil då kanskje til dømes fokusere på at smertelindring og medisinerer skal følgje kvar 4. eller 6. time. Korleis pasienten sjølv opplever og erfarer sin eigen kroppslege tilstand vert uvesentleg for henne, i beste fall underordna.

Den som er alvorleg sjuk kan også oppleve å miste tida under eit sjukeleie. Den tilbaketrekte og dysframtrédande kroppen kan dominere tilvære vårt slik at tida opplevast å stå stille. Plager som hudkløe, sår-og muskelverk, beinsmerter og pustevanskar kan dominere tilværet på ein slik måte at tida nærast blir borte i stillstand. Timar og dagar flyt saman, kun med sykliske avbrot tilsvarende rytmen i ei avdeling som til dømes kroppsstell, snuing, måltid, lækjarvisitt, medisinerer mm. Ho átvarar også mot å forveksle klokkeid med hjerteslag, for klokka, eller urverket, er ikkje lik tida. «Tiden er ute når hjertet stanser, ikke når klokken stanser» (Martinsen 2012:127). Spørsmålet som trengjer seg på er: Kva skal tid handle om for sjukepleiaren i møte med pasientar? Skal det handle om urverk eller om kroppen si sansing og pasienten si opplevde tid?

Løgstrup (2003) poengterer at tida har sitt utspring i det som *er* uavhengig av oss sjølve, vårt medvit og vårt tilvære. Tida kan ikkje snuast eller vendast attende. Den er irreversibel. Gjennom minne kan vi vandre mellom tidsfasane slik Augustin skildra det for etterslekta, notida står i ein kontinuerleg relasjon til fortida og framtida. Ved å minnast liknande og tilsvarende opplevingar og sansing, kan vi få fram meiningsfull tyding i vår erfaring. Ei tyding som fyller livsrommet vårt, og som gir livsmeining, livsmot og livsstyrke (Lid 2006:54). Føresetnaden for at vi i det heile erfarer tid, meiner Løgstrup (2003:11-79) handlar djupast sett om ein protest mot vår eiga utsletting der døden trugar oss med vår ikkje-eksistens. Ei utsletting som øydelegg rommet av tid. Han nyttar omgrepet «oppstand i mot tiden» som eg forstår som ein motstand eller protest. Denne motstanden mot vår eiga utsletting, meiner han er så fundamental at utan den ville vi ikkje kjenne til tida og tida si utstrekning i dei tre dimensjonane fortid, notid og framtid. Ved å anerkjenne dagdraumen og det skapte rommet, kan vi altså få opning til sanseopplevingar som grip så djupt i oss at det opplevast som særeigne rom. På ein slik måte er det mogleg for oss å oppleve meiningsfylde og verde når her og no-tida opplevast meiningslaus.

### **Mellomrommet – samvær mellom menneske**

For å stå fram som eit eineståande menneske, må vi ha avstand til vår neste. Avstanden mellom oss, mellomrommet, skil oss ifrå einannan samstundes som det bind oss saman.

Mellomrommet kan vere konkret og fysisk, ein avstand målt med metermål. Og mellomrommet kan opplevast metafysisk som kjenslemessige band i eksistensielle fellesskap som styrkjer oss i livet (Lid 2006). I forteljinga verkar mellomrommet mellom pasienten og Evy å vere prega av vidsyn, tryggleik og tillit dei begge fekk utfalde seg i.

Løgstrup (2000) hevda i sitt arbeid at tillit er eit grunnvilkår ved livet. Ei grunnleggande livsytring vi er fødte inn i. Ved å erfare tillit, vil denne forsterke seg i møte med andre. Og motsett; ved å erfare mistillit, brytast tilliten ned, og mistru vil tre fram. «Det høyrer med til menneskelivet at vi normalt møtes med en naturlig tillit til hverandre» (ibid:29). Det verkar som det var stor tillit mellom Evy og pasienten. Å møte kvarandre i tillit kan gi opning for sjukepleiaren til å gå med i pasienten si livsverd. Motsett vil ei møtande haldning i mistillit verke dømande og lukke til for nærvær og samspel. Men kan vi vedta at tillit skal skapast i ein relasjon? Kan vi vedta at tillit skal presterast fram i møte med andre? Løgstrup åtvarar oss mot å overdrive personleggjinga av livsytringane. Dei er der heilt av seg sjølv. Dersom vi vedtek dei som vår prestasjon, då vil den andre ønskje å ikkje bli utsett for desse ytringane ifrå oss. Livsytringane må få uttrykke seg anonymt dersom vårt eige uttrykk skal vere akseptabelt for den andre (ibid:124). Han lyftar fram haldningane vi har til kvarandre som grunnleggande viktig i møte med andre menneske. Gjennom haldningar kan vi fargelegge den andre si verd slik at den opplevast mangfaldig, trygg og god eller keisam, truande og mørk. Ikkje gjennom teoriar eller meiningar, men ganske enkelt gjennom vår haldning, skriv han (ibid:40).

Det vil difor vere avgjerande at sjukepleiaren møter pasienten sitt uttrykk med ei opa og sansande haldning. Slik ser eg føre meg at sjukepleiaren kan styrkje pasienten sine heilande krefter og livet si utfolding trass i sjukdom og liding. Så avgjerande mykje står på spel i relasjonen: Om livet skal opplevast godt eller vondt. Løgstrup sine ord vitnar om kor skjørt eit mellommenneskeleg møte er for kvar og ein av oss. Med mi blotte haldning kan eg påverke den andre til å oppleve seg sjølv i negativ eller positiv lei. Den andre si livsverd kan bli truande eller trygg, trong eller romsleg, mørk eller lys. Berre med mi haldning inn i relasjonen kan eg sette ei stemning som verkar dårleg eller godt inn på den andre. Det eg sjølv har med meg i møte med den andre kan lukke til eller opne opp for livet. Ei haldning som stengjer og lukkar til kan i verste fall påverke livsløpet gjennom mismot og tap av livsvon. Og motsett, gjennom ei opning kan vi alle oppleve tid og romslegheit til å finne oss sjølve på nytt innanfor dei endringar livsmotstand og liding fører med seg. Slik relasjonen mellom Evy og hennar pasient trer fram gjennom forteljinga, vitnar det om stor tillit og tryggleik der pasienten finn rom til livsutfolding. I møte med sjukepleiaren Evy kunne pasienten finne seg sjølv.

På togturen gjennom Raumadalen kom sjukepleiar Evy si forteljing til meg på nytt. Hennar erfaring aktiverte også mine eigne erfaringar frå livet: Minnet om eit siste kveldsmåltid med min kreftsjuke venn. Vi visste begge at levetida hans gjekk mot slutten. Eg vitja han i heimen der han levde med familien sin. Vi var begge glade for å sjå kvarandre igjen, og ved kjøkkenbordet hans delte vi måltidet. Han serverte meg te, brødsriver med brunost og nyplukka eple ifrå sin eigen hage. Praten gjekk laust og fast om gamle minne frå skuledagane og våre liv på kvar vår kant av landet. Han delte gleda over sommaren som var, ferieturen han hadde med familien og også uroa han bar på over borna si framtid. Vi avtalte å møtes ved neste høve, ein månad seinare. Då var han for sjuk til å ta imot vitjing. Kun familien var rundt han, og han døde kort tid etter dette. I ettertid har minnet om samværet rundt kveldsmåltidet vi hadde, gjort meg veldig godt. Det var ei livsoppleving, ei hending eg aldri vil gløyme. Livet fekk falde seg ut for oss begge trass i trugsmålet om død, eller med sagt med Løgstrup: På grunn av døden, og i protest mot den, fekk livet rom til å utfalde seg verdfullt og

meningsbærande for oss begge. Ikkje i store faktar og vendingar, men i kvardagslege og meningsfulle små gjeremål som gav verde til det store livet.

## Avslutning

Med utgangspunkt i eit spontant spørsmål frå eit tilfeldig barn har eg søkt å dele mine refleksjonar over sjukepleiar Evy si sjukepleieerfaring. Eg har fått større innsikt i kor uendeleg mykje som står på spel når sjukepleiaren møter sine pasientar: Sjukepleiaren kan påverke pasienten si livsverd positivt eller negativt med den haldninga ho ber med seg i møtet. Blikket ho ser med og posisjonen ho vel overfor pasienten kan vere avgjerande for pasienten si oppleving av seg sjølv og si livsverd.

Sjukepleiegjeringa omkring ein alvorleg sjuk pasient er ofte svært kompleks og krev stor innsikt og konsentrasjon. Ein feil kan få fatale følgjer. Systemkrav kan påverke sjukepleiaren i ei lei som nedvurderer sansing og merksemd i utøving av sjukepleiargjeringa. Systemkrava kan få dominans i sjukepleiaren si eiga livsverd slik at ho kan fortape seg i praktiske og rutinemessige gjeremål utan omsyn til pasienten si eiga oppleving i situasjonen. Dette kan hindre sjukepleiaren i å ta del i pasienten si oppleving av tid og rom. Det sansande og skapte rommet, fantasien og det fiktive rommet, kan vere med å bere pasienten gjennom når her og no- situasjonen er vanskeleg.

Å bli råka av pasienten sitt uttrykk utfordrar sjukepleiaren etisk. Gjennom sansing og merksemd i møte med pasienten vil sjukepleiaren kunne stadfeste pasienten sitt liv. Det handlar om eit eksistensielt samvær. Eit samvær der livet får vilkår til å falde seg ut i. Eit gjensidig samvær som gjer involverte partar godt. Sjukepleiar Evy skildra det slik: *«Eg kjem aldri til å gløyme den flotte opplevinga ho gav meg.»* Eg tenkjer at samværet kring sjukesenga vart ei livsoppleving for Evy fordi ho vart djupt råka av pasienten sin tilstand. Ho såg pasienten med sitt hjarteauge og av den grunn handla ho utanfor systemet ved å oppsøkje pasienten på fritida. Ho tok del i pasienten si livsverd og gav innhald til eit fantasimåltid omkring sjukesenga som gav dei alle eit eksistensielt fellesskap som bar livet fram som leveverdig og verdfult trass i sjukdom og lidning. Ved å gå med i pasienten si livsverd fekk Evy ei livsoppleving ho ville bere med seg som eit godt minne gjennom livet. Ei oppleving som vart viktig for hennar eigen del.

I dagens helsevesen ser eg med uro at krava frå systema får ein stadig sterkare dominans i sjukepleiekvardagen. I kommunehelsetenesta er det lovpålagt å registrere alle hjelpesøkjjarar etter eit fastsett skjema. Utifrå den registrerte helsetilstanden og dagleg aktivitet, vil pasienten få eit vedtak om tidfesta tenesteyting. Tidsstudiar har vorte vanlege i ulike pleieavdelingar med føremål å effektivisere omsorgstenesta. Pasienten sitt liv og livsverde vert lett ein ting i eit slikt system.

Fenomenologisk tankesett kan hjelpe sjukepleiaren til å forstå det som er meningsfullt for pasienten i ein gitt situasjon. Nærvær og merksemd i møte med pasientar og pårørande kan hjelpe sjukepleiaren til å møte deira livsuttrykk på det viset at livet og eksistensen vert stadfesta.

Det store spørsmålet vert då korleis kan vi sjukepleiarar tåle å bli fagleg invadert av gjeremål og haldningar frå eit system som stel merksemd, konsentrasjon og sansing vekk ifrå den som treng hjelp? Korleis kan vi då gå med i pasienten si livsverd?



## Litteratur

- Bengtsson, J (2006) En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning. I: Bengtson, Jan (red): Å forske i sykdoms – og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag. Høyskoleforlaget, Kristiansand S, s. 13-79.
- Habermas, J (1987) *Theory of Communicative Action* Volum 2: Life-world and system: A critique of Functionalist Reason, Beacon Press, Boston
- Hagemann, E (1936) Sykepleieskolens etikk. I: Martinsen, Kari og Trygve Wyller (2003): *Etikk, disiplin og dannelse*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Helsedirektoratet (2007) IPLOS-registeret. <https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret>
- Hov, J (2015) De får han aldri. Om erfaringane til pårørende og pleiepersonalet og det som står på spel i møtet mellom heimeverda og sjukeheimsverda. UiN, Senter for praktisk kunnskap. Bodø.
- Kvigne, K (2004) Når kvinner rammes av slag. En fenomenologisk og feministisk studie av kvinnelige slagpasienter og av sykepleieres erfaring med slagrammede. UiO, Det medisinske fakultet. Oslo.
- Lid, E. M (2006) Skal vi gå på kinarestaurant i kveld? Ein studie om fenomenet livsstyrke slik det kjem til uttrykk gjennom sjukepleieforteljingar. Høgskolen i Nesna. Nesna.
- Lindseth, A (2011) Når vi blir syge på livets vej – en utfordring for filosofisk praksis. I: Bresson, Jeanette, Ladegaard Knox, og Merete Sørensen (red.) *Filosofisk praksis i sundhedsarbejde*, Frydenlund, Fredriksberg.
- Løgstrup, K. E. (2000) *Den etiske fordring* (2.utg). J. W. Cappelens Forlag AS, Oslo.
- Løgstrup, K. E. (2003) *Skabelse og tilintetgørelse*. (2.utg.). Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag, København.
- Martinsen, K (2003) Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. Universitetsforlaget, Oslo.
- Martinsen, K (2009) Vestens rasjonalitet – avfortryllingen av kroppen. I: Martinsen, K og Eriksson, K: Å se og å innse. Om ulike former for evidens. Akribe AS, Oslo, s. 99-126.
- Martinsen, K (2012) *Løgstrup og sykepleien*. Akribe AS, Oslo.
- Skårderud, F (2005) *Andre reiser*. Aschehaug & Co, Oslo.

# Teater som danning i helseprofesjonene

**Wigdis Helen Sæther, Jan Inge Sørbo, Eva Gjengedal og Else Lykkeslet**

*Wigdis Helen Sæther, førstelektor, NTNU. Fakultet for helse- og sosialvitenskap, [wigdis.h.sather@ntnu.no](mailto:wigdis.h.sather@ntnu.no).*

*Jan Inge Sørbo: professor, Høgskolen i Volda*

*Eva Gjengedal, professor, Universitet i Bergen/Høgskolen i Molde*

*Else Lykkeslet, 1 amanuensis. Høgskolen i Molde*

## **Abstract**

### **Theater as `bildung` in the health professions**

*Healthcare workers who watch a theatre play about dementia, gain experiential knowledge about living with dementia. In this essay we discuss the nature of this knowledge in light of the concept of bildung. This discussion hinges on the Gadamer's explication of the close ties between understanding (verstehen) and bildung. Theatre as an art form can yield insights into narratives of otherness and may trigger reflection of one's own experiences and thus, provide opportunities for bildung.*

## **Keywords /Nøkkelord**

*Bildung; theater; esthetic experience; life histories; professionalism, danning/dannelse; teater, estetisk erfaring; livshistorie; profesjonalitet*

## **Essay, referee\***

<http://dx.doi.org/10.7557/14.3776>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Innledning

*De sitter i teatersalen, - et helt annet sted enn der de vanligvis møter pasienten og pårørende. På scenen er en sønn og hans mor. De minnes gode opplevelser fra barndommen. Hun forteller begeistret om da hun som jente danset ballett. I bakgrunnen høres Anitras dans, fra Griegs Peer Gynt-suite<sup>6</sup> Tiden går, og hun forandrer seg gradvis. Hun er her og langt borte. Han er rådvill og fortvilte. En dag finner han sin mor hjemme, forvirret, redd og med leppestift smurt ut over hele ansiktet. Han er sjokkert. Etter dette forsvinner hun mer og mer. I siste scene er hun på et sykehjem. Han har tatt med en grammofoon til henne. Anitras dans høres. Hun sitter på en stol og ser tomt framfor seg. Plutselig reiser hun seg og begynner å danse. Danser med stil og sikre bevegelser. En vakker og vemodig scene. Tilskuerne tørker en tåre. De er helsearbeidere og pårørende til mennesker som har demens.*

Beskrivelsen dreier seg om forestillingen «Vår underfulle verden»<sup>7</sup>, spilt av skuespillere fra Teatret Vårt i Molde. Den siste scenen (dancescenen) var som så mange andre scener preget av skiftninger mellom sorg og glede. Helsearbeiderne sa at teaterstykket hadde berørt dem. De kunne kjenne seg igjen. Forestillingen ga dem en bedre forståelse av hva pasienten og pårørende sliter med. De var også opptatt av egne følelser og reaksjoner og sa det er viktig å kjenne på dem. En sa; «Det er godt å bli berørt og ha et rom for følelser. Teater er bedre enn en forelesning». En annen; «Samhandlingen i teater gir assosiasjoner og bilder på egne opplevelser ... noe annet enn teori».

Hva er dette andre, som de opplever på teateret og ikke i utdannelsen eller forelesningen? Spørsmålet setter oss på sporet av en interessant problemstilling, som vi vil reflektere over i dette essayet: *Hvordan kan kunstnerisk formidling bidra til en dannelsesprosess hos helsearbeidere?* Dette er ett av flere spørsmål vi har reflektert over i forskningsprosjektet «All verden er en scene». Prosjektet er et samarbeid mellom fire forskere fra tre høyskoler (prosjektgruppa/artikkelforfatterne) og Teatret Vårt i Molde, med forestillingen som utgangspunkt. Prosjektet er en videreføring av forprosjektet «Lys på mørke steder»<sup>8</sup>.

Essayformen, som er valgt for denne artikkelen, tilstreber ikke entydige konklusjoner men er en reflekterende tekst over et gitt tema. I denne sammenhengen er det samtaler med helsearbeidere som er utgangspunkt for disse refleksjonene. Essayet som metode søker å undersøke egne og andres erfaringer, og utvikle en tematikk som både er subjektiv og allmenn (Fagerland 2013, Bech-Larsen 2003). Selv om utsagn og fortellinger fra helsearbeiderne viser til spesielle erfaringer for nettopp dem, kan disse erfaringene også være gyldige for andre.

## Å forske i spennet mellom kunst- og helsefeltet

Forestillingen handler om en mor og hennes sønn, og viser hvordan mor gradvis utvikler demens og hvordan det påvirker forholdet mellom mor og sønn.

<sup>6</sup> Edvard Grieg: Suite no 1, opus 46.

<sup>7</sup> Giacomo Ravicchio: *Vår underfulle verden*, regissert av teatersjef Thomas Bjørnager Ved Teatret Vårt i samarbeid med regissør Claus Maack Bahnsen på tre scenar (Molde, Bergen og Trondheim).

<sup>8</sup> <http://www.teatretvart.no/teater-og-helse>

Det empiriske materialet er samlet fra refleksjonsnotat og fokusgruppeintervju fra helsearbeidere fra forskjellige sykehjem fra tre byer. De fleste hadde mange års erfaring med personer med en demensdiagnose. De var både sykepleiere og hjelpepleiere, og av begge kjønn.

Etter forestillingen skrev helsearbeiderne et refleksjonsnotat om hvordan de opplevde forestillingen, og hva det var som traff dem.

Noen uker etterpå gjennomførte vi fire fokusgruppeintervju med til sammen 24 helsearbeidere. Intervjuguiden tok utgangspunkt i refleksjonsnotatene, og under intervjuene ble disse utdypet. To av prosjektdeltagerne gjennomførte intervjuene, der den ene (moderatoren) ledet samtalen mens den andre kom med utfyllende spørsmål og gjorde en oppsummering. Intervjuene, som varte ca 1,5 time, ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Alle i prosjektgruppen deltok i analysen, som var inspirert av fenomenologisk tilnærming (Dahlberg, Dahlberg og Nyström 2008, Van Manen 2014). Forskerne gikk nøye gjennom materialet og sammenlignet notatene med utsagn fra intervjuene. Dette essayet tar utgangspunkt i meningsutsagn knyttet til hvordan episodene i forestillingen ble forstått i forhold til egne erfaringer og hva kunst/kunstneriske uttrykk kunne bidra med i forståelse av egen rolle samt forståelse og samhandling med den andre. Prosjektgruppa diskuterte om dette kunne ha noe med dannelse å gjøre, og søkte å gripe mening i helsearbeiderens erfaringer ved å knytte det til dannelse.

Metoden vi har anvendt inneholder ikke sikre konklusjoner men kan gi innsikt som åpner opp for en refleksjon over sammenhenger mellom kunst- og helsefeltet.

En historie utspiller seg på scenen. Den bidrar til en opplevelse for tilskuerne, i tillegg til at den speiler tilskuernes erfaringer og historier. Hva var det denne forestillingen gjorde som kan knytte det til en dannelsesprosess? Og hvordan kan vi i det hele snakke om dannelse i denne sammenhengen? Essayet lar helsearbeidernes stemme prege teksten underveis. Naturlig nok reflekterte de mye over sin profesjonelle rolle. Som profesjonelle har de et internalisert krav om å holde egne følelser i sjakk, slik at de ikke skader yrkesutøvelsen. I teaterets mørke sal var de fri fra den forpliktelsen.

I en tidligere artikkel skrev vi om kommunikasjonen mellom scene og sal (Sørbø, Gjengedal, Lykkeslet og Sæther 2013). Det kan oppstå en identifikasjon med personene på scenen. I denne forestillingen var det ingen pleiere. Noen identifiserte seg med sønnen, ettersom flere av helsearbeiderne også var pårørende. Forutsetningen for identifikasjonen er dobbel: både nærhet og distanse, likhet og avstand. Det er ikke dem, og derfor gir det en mulighet til å leve seg inn i det. De inviteres inn i en felles opplevelse. Noen helsearbeidere sa at de ikke ble berørt av forestillingen, men de som ble det trakk fram betydningen av å ha et annet språk for å få fram erfaringer og følelser. Der den objektive kunnskapsformidlingen søker å tone ned eller nøytralisere subjektive følelser, og gjerne ser dem som stengsler for det saklige innholdet, er en teaterforestilling basert på en forestilling om at følelsene kan åpne opp for en sannhet som den kjølige fornuften ikke så lett ser (ibid). Det er her dannelsen aktualiseres.

## Om danning i helsevesenet; Hvilken danning er det?

Danning el dannelse<sup>9</sup> er et tema som har fått økende oppmerksomhet de siste årene. Eksempler på dette er Dannelsesutvalget<sup>10</sup>, Dannelsesrapportene av 2009 (Dannelsesutvalget, Universitetet i Bergen, 2009) og 2011 (Universitets- og høgskolerådet UHR, Oslo, 2011) og mange fagbøker om temaet. Dannelse er ikke statisk. Det hører til dannelsesbegrepets vesen at det stadig må diskuteres. Dannelse har å gjøre med holdninger og ansvar i de relasjonene mennesket står i, og har derfor både en kulturell og en historisk kontekst. Vår samtidssituasjon viser at staten delegerer mer til individene og gir dem større ansvar for etikk, identitetsforming og livsprosjekter. Reglene og føringene blir færre, derfor blir dannelsen viktigere.

Selve ordet dannelse kommer av det greske paideia, og betyr både den danningen et menneske har og dannelsingsprosessen det gjennomgår. I «Danningens filosofihistore» (Straume 2013) hevdes det at danning har med en selvbegrensning og andreorientering å gjøre. Man dannes og omformes av å forstå hvem andre er, hva de opplever og kan, og ved å justere seg etter det. Det dreier seg også om et bevisst arbeid med seg selv, en vilje til å dannes. Gadamer legger stor vekt på at dannelse springer ut av å forstå noe nytt, og han sier at dannelse er en stadig prosess som handler om hele personligheten, det er

*«... den mentalitet, der harmonisk udbreder sig over følelsen og karakteren, når man erkender og fornemmer den samlede åndelige og moralske stræben» (2007:15).*

Dannelsen handler altså om helheten i en selv, ikke bare om utvendig læring. Dannelsen springer ut av en indre forming, og er en prosess i kontinuerlig utvikling. En slik erkjennelse kan vi kjenne igjen i helsearbeidernes utsagn om å åpne opp for egne følelser, hva som var viktig i deres arbeid, og betydningen av å se hele personen. De brukte ikke begrepet dannelse, men vi kan relatere flere utsagn til dannelsesprosessen som Gadamer beskriver.

Herdis Alvsvåg har i boken «På sporet av et dannet helsevesen» (2010) skrevet om hvorfor dannelse er så viktig. Med utgangspunkt i Rune Slagstads mellom samfunnsnytte og samfunnsdannelse (Slagstad 2000) formulerer hun en bekymring for at nytteverdien vokser på bekostning av dannelsen. Hun nevner sentrale forhold som at helsearbeidere møter sårbare pasienter og pårørende, og at de er preget av travelhet og en bedriftsøkonomisk tenkning drevet av effektivitet og målbare verdier. Både i intervju og refleksjonsnotat var helsearbeiderne opptatt av de pårørendes situasjon. En av dem uttrykte det slik; «vi så sårheten hos pårørende...». En annen sa; «teater gir mer forståelse om samarbeid med pårørende». Den sceniske presentasjonen bidro til å gi dem en ny erkjennelse knyttet til de pårørendes situasjon, og at de i en travel hverdag kanskje ikke hadde tilstrekkelig fokus på de pårørende.

Alvsvåg sier at helsearbeiderne må handle moralsk hvis de skal løse sin oppgave. De må øve seg opp i dyder, slik at de handler riktig også når det er ulystbetont. Kjernen i Alvsvågs dannelsesbegrep er det relasjonelle. Boken hennes bygger på intervjuer med mennesker som har erfaringer fra helsevesenet, og dannelsens kjerne blir å ha de nødvendige egenskaper til å møte den omsorgstrengende på en god måte.

---

<sup>9</sup> Begrepene danning og dannelse brukes som synonyme begreper, og forfatterne bruker det begrepet som de angitte kildene bruker.

<sup>10</sup> <http://www.uib.no/ua/48822/dannelsesutvalget>

Helsearbeiderne i vår studie trakk fram betydningen av å være personorientert framfor oppgaveorientert i møtet med pasientene. En utdypet dette ved å si; «Vi må jobbe på pasientens premisser og drive tillitsskapende arbeid» og «de må få beholde verdigheten sin og være det mennesket de har vært før». Disse utsagnene kan være eksempler på holdninger og en etikk som er integrert i faglig handling og knyttet til dannelsen.

I artikkelsamlingen ”*Den omtenkssomme sykepleier*” (1993b) beskriver Kari Martinsen den ekte dannelsen. Ekte dannelsen er når man forstår mer en før, og når man gjennom dialog fremmer forståelse ved at man handler sammen. Vi skal vite hvordan vi skal handle og kunne handle til menneskets beste. I denne ekte dannelsen ligger det tanker, følelser og handlinger. Her arbeider en med hode, hender og ikke minst med hjertet. Forfatterne av boka «Kunsten som beveger» (Bø og Sæther 2004) bruker betegnelsen «å dannes til gode hjelpere». Her omtales dannelsen som en prosess både på det indre og ytre plan, en bevisstgjøring om hvem man er som menneske i et fellesskap og hvordan dette preger samhandling med andre i dette fellesskapet. I et slikt fellesskap mellom pasient og hjelper er forståelsen av pasientens opplevelse sentralt. Helsearbeiderne sa de kjente seg igjen i mye. De kjente seg igjen i fortvilelsen hos både kvinnen og hennes sønn. En helsearbeider uttrykte dette som «en ensom kamp». Men de sa også at de fikk bedre anledning til å reflektere over hvilke livskamper pasientene og de pårørende står i når de fikk se det på scenen.

Teaterstykket ga dem et innblikk i at historiene er viktige. De mente at de gjennom historien kunne se mennesket bak diagnosen og møte pasienten på deres følelser og premisser. Flere kilder gir grunnlag for å tro at historier som bygger på pasienters erfaringer kan være med å bygge bro mellom tradisjonell fagkunnskap og kunnskap om livsverden til de som opplever helsesvikt (Egset 2006). Kunnskap som kommer fram i slike møter kan være nyttig både for den som forteller og den som lytter til historien. Den kan representere kunnskap som helsepersonell trenger for å kunne møte pasienter og pårørende på en slik måte at de blir hørt og sett som de personene de er, ikke bare som et kasus med en diagnose.

Livshistorien er et eksempel på «annethet» (jamfør Gadamer), det vil si en oppmerksomhet rettet mot det eller den andre. Og hva er det vi søker å forstå gjennom historien? Gadamer sier at vi i vår forståelse og tolkning så langt som mulig må la saken selv framtre på sine egne premisser (2007). «Saken selv» kan i denne forbindelse assosieres med det fenomen man ønsker forståelse om. For å la «saken selv» framtre er dette avhengig av intuisjon, innsikt og bevissthet på egne fordommer og forforståelse. Teaterstykket kan være et eksempel. Som tilskuer til teaterstykket settes man selv på spill hvor man gis mulighet til gjenkjennelse.

### **«Teater treffer oss annerledes»; Kunsten som dannelsesarena**

Teaterstykket bidro til å få en kontakt med følelsene, en erfaring som var rettet mot dem selv men også mot den andre.

Det må være noe med kunstuttrykket og teateret som gjør at helsearbeiderne opplever det som «noe annet». For å søke forståelse og oppnå dannelsen må en sette sine fordommer på spill, det som hos Gadamer binder sammen forståelse og dannelsen (2007). I møte med et kunstverk kan det skje et slags brudd og en forvandling. Informantene brukte uttrykk som; «dette er noe annet, det treffer oss annerledes, du får det mer på kroppen».

Teater er en form for scenekunst der hensikten er å fortelle en historie på scenen. I helsefagene fortelles det mange historier, både i andre og lignende former. I demensomsorgen er disse ofte rubrisert som eksempler på en kategori, men det er et økende fokus på historier om levd liv som utgangspunkt for å forstå mennesket. Det er allikevel forskjeller på disse historiene og teatrets historier. «Du kommer nærmere med teater, det viser hva kommunikasjon er», var det en som sa. Hvordan kan man forstå et slikt utsagn?

I møtet med teaterstykket kan en legge vekk den profesjonelle rollen. Teateret er et fiktivt univers, som gir en mulighet til å reflektere over seg selv i møtet med den andre. Du kan gå ut av teaterstykkets univers – men ikke ut av virkeligheten. Leken og det fiktive åpner opp for en mulighet for å se seg selv utenfra. Å komme nærmere fordrer en åpenhet, noe som kan være krevende i en klinisk hverdag hvor selvkontroll og orden er nødvendig. Men dette er kanskje lettere når rommet skifter fra institusjon til scene.<sup>11</sup>

Brita Nilsson bruker i en artikkel skuespillet «Vildanden» av Henrik Ibsen som et eksempel på Gadamer teori om å søke forståelse (Nilsson 2007). Det dreier seg om å utvikle bevissthet om sine fordommer og sin forforståelse, noe som skjer når en tar innover seg opplevelsen av noe annet eller en annen. Bevissthet om sin forforståelse kan åpne muligheten for ny forståelse.

*«Når kunsten tar sansningen på alvor kommer vi nær flere sanser samtidig. Skuespilleren utfordrer oss til et sanselig hørende og seende, hvor vi lar inntrykkene langsomt tone oss inn på en nærmere forståelse. Det er et møte mellom skuespilleren og tilskueren, og i dette møtet utspilles også en gjensidig aktivitet» (ibid:267).*

Teaterforestillingen (som i Ibsens drama) framstiller et livsdrama. Tilskuerne ble berørte, selv om de forsto det på forskjellige måter. «Gjennom forestillingen kommer vi nær, lever oss mer inn i...». Kunsten kan gi en visjon og et bilde av egne erfaringer. Skuespilleren spiller på en slik måte at man berøres og kan gjenkjenne livsdramaet. Helsearbeiderne sa at teater er viktig som kunnskapsformidler. Kanskje kan det relateres til det Gadamer sier om kunsten og dannelsen, at «I kunstoplevelsen settes vores normale virkelighetsforståelse på prøve og giver derfor mulighed for dannelse» (Gadamer 2007:xv).

Helsearbeiderne sa at teater er bedre enn forelesning, og at det ga dem noe annet. En sa at; «teater kan bidra til å få en ny forståelse – se det i sin helhet». En annen at; «man kan bruke teater for å få en felles forståelse». Gadamer diskuterer i sitt hovedverk (ibid) hvordan vi ved hjelp av vår bakgrunn og historie har opparbeidet en forståelseshorisont. Denne horisonten er aldri statisk, og den rommer både konsise kunnskaper, antagelser og fordommer. Kunsten kommer inn ved at kunstverket har sin egen horisont, og i opplevelsen av kunsten flyter vår og kunstens horisont sammen. Her ligger kunstens erkjennelsespotensiale. Den avdekker noe sant om tilværelsen og om oss selv ved at den fører oss inn i nye horisonter. Møtet mellom mennesker og kunstverk gjør ny forståelse mulig, og i dette ligger også muligheten for dannelse. Vi tar innover oss den nye erkjennelsen med hele vår eksistens.

Sannheten det er snakk om her, kan vi relatere til det helsearbeiderne opplever. Og det er både subjektivt og objektivt. Det subjektive er reaksjoner på ytre realiteter. For at dette kan bidra til økende forståelse må det være rom for å ta innover seg og bearbeide sine egne reaksjoner.

---

<sup>11</sup> I artikkelen *Det som sitter i veggene* fra Nordisk Tidsskrift for helseforskning nr 1. 9. årgang hadde vi fokus på rommets betydning (Sørbø, Gjengedal, Lykkeslet og Sæther 2013), og går ikke nærmere inn på det her.

Rom for refleksjon, rom for å oppleve kunst, rom for å få kunnskap på annen måte enn gjennom forelesning, teori eller saklig informasjon. Kunsten kan bidra til å oppdage virkeligheten, bli bevisst egen situasjon og den kontekst man er en del av som profesjonell helsearbeider.

### **«Blir fanget og berørt av teater»; Profesjonalitet, følelser og den estetiske erfaring**

Hva er det typiske ved profesjonsrollen, og hvordan bidrar teater til å forstå den? Profesjonsutøveren skal ha en bestemt kunnskapsbasis. I profesjonen ligger det også en innebygd etikk utøverne må forplikte seg til. Ifølge Harald Grimen (2008) er dette konstituerende for profesjonen. Det finnes måter å opptre på som definerer selve utøvelsen, og brudd på disse kan føre til at man mister retten til å være i profesjonen. For omsorgsarbeidere er det sentralt i yrkesetikken at man greier å kombinere innlevelse og empati med tilstrekkelig selvkontroll. Sentimentalitet er, som Kari Martinsen påpeker, en form for selvcentrert rus i følelser, og kan hindre god yrkesutøvelse (2003b). Helsearbeiderne fortalte at de måtte legge bånd på seg, og ikke bli irriterte eller aggressive når brukerne var aggressive. De hadde måter å håndtere dette på, for eksempel å tilkalle andre i vanskelige situasjoner. Men de snakket også om at profesjonsrollen kan bli «stiv» slik at man i for liten grad tar innover seg det som skjer i hverdagen. Det er i denne balansen at teateret kan bidra med noe nytt.

Det estetiske uttrykket kan åpne et annet rom. En av helsearbeiderne uttrykte det slik; «Det estetiske perspektivet når sterkere til følelsene». En annen sa; «det går rett inn i hjertet, det gjør noe med deg». Om estetisk erfaring sier Gadamer at kunstverkets egentlige væren består i at det blir til en erfaring som forvandler den erfarende (2007:102). Den estetiske erfaringen blir slik grunnleggende relasjonell, en relasjon mellom kunstverket/forestillingen/den andre og seg selv. En slik forvandling kan skje ved at en blir fanget; «en kan bli fanget og berørt av teater». Mange snakket om følelsene; «Fint å se menneskene og de følelsene som ligger bak». Samtidig snakket de om egne følelser, og at det var viktig å kjenne på følelser som sorg, maktesløshet og vemod. Forestillingen ga rom for følelsene. En sa at de som helsearbeidere hadde et skall som profesjonelle, og at skallet kunne sprekke via kunsten. Profesjonalitet handler om kunnskap og ferdigheter. Man kan spørre seg om helsearbeidere skal ha et skall, og at det er legitimt å ha kontroll over egne følelser. Å vise følelser kan bli et brudd på en slags profesjonell kode. Det betyr ikke at man i utdanning og praksis ikke gjennomgår en dannelsingsprosess, men tolkningen av helsepersonellens utsagn gir grunnlag for å tro at man i profesjonsrollen har mindre frihet til å kjenne på egne følelser. Man har en plikt til å holde følelsene under kontroll, en slags balanse. Kunsten tilbyr et rom for følelsesmessige erfaringer, der man ikke trenger å tenke på denne balansen.

Kari Martinsen skrev i boken «*Fenomenologi og omsorg*» (2003a) om at hjertets evne til å føle kan utvikles, for å frigjøre livsmulighetene. Dette var som et ledd i positivismekritikken for å lede sykepleien tilbake til den opprinnelige humanistiske tilknytning, og skapte en debatt om forholdet mellom følelser og fornuft. Her ble det stilt spørsmål om verdier som innlevelse og empati hadde ført til en romantisering av sykepleiefaget (Heggen 2000). Per Nortvedt delte ikke denne bekymringen (ibid). Han har i sin litteratur spesielt vært opptatt av forholdet mellom følelser og faglige ferdigheter, og at praktiske og teoretiske ferdigheter ikke må gå på bekostning av omsorgsholdninger og innfølingsevne.



Den profesjonelle yrkesutøvelsen handler mye om ens egen væremåte og viljen til å se seg selv i møte med andre. Å være personlig er en viktig del av den profesjonelle yrkesutøvelsen. I en bok om profesjonalitet (Damsgaard 2006) viser forfatteren til Gretha Marie Skau (2005:45) som hevder at ingen får tillit til en perfekt profesjonell maske uansett hvor belest maskens bærer måtte være. Her framheves betydningen av å utvikle en personlig kompetanse, der fagfolk må utfordre egne verdier, holdninger, tankesett og væremåter. Helsearbeiderne i vår studie sa de på en måte beskyttet seg på jobben; «Vi må ha en sperre for ikke å bli oppspist». Å være personlig – er det ensbetydende med å involvere det følelsesmessige? En sa det slik; «Skal det faglige være objektivt og nøkternt – mens teater kan involvere det følelsesmessige?» Flere sa at man ikke måtte være så redd for følelser, men tåle å kjenne på alt. Av frykt for å bli for personlig, kan fagfolk framstå som distanserte (Damsgaard 2006). En sa om teaterstykket; «det kan gi en forståelse - må pirke borti følelser og evne til empati».

De kommer i kontakt med følelser når de ser forestillingen, og det oppleves som befriende, en åpning. Følelsene må være i tråd med dannelsen, det vil si at følelsene er rettet mot forståelsen av den andre og ikke bare blir sentimentalitet. En slik bevegelse fra teaterforestillingen til egne erfaringer, kan være bevisstgjørende.

### **Teater og danning; Hva kan vi lære?**

Vi har grunnlag for å tro at kunstnerisk formidling kan bidra til en dannelsingsprosess hos helsearbeidere fordi den tilbyr et annet rom for bearbeidelse av erfaring enn det selve profesjonsrollen gjør. Teater kan gi en opplevelse av og refleksjon over egne erfaringer. Kunsten treffer, og kan gi en mulighet for danning gjennom historien og annetheten. For å oppnå dette må følelsene involveres, men på en slik måte at den følelsesmessige erfaringen blir rettet mot den andre. Man blir berørt, men setter det inn i en sammenheng. Vedkommende blir ikke værende i følelsene, men de synliggjør noe og øker oppmerksomheten mot nettopp den andre. Den estetiske erfaringen er grunnleggende relasjonell og er en relasjon mellom kunstverket/forestillingen/den andre og en selv.

Det utvikles ny kunnskap. En av helsearbeiderne understreket det på denne måten; «teater er viktig som kunnskapsform, og det setter følelser, tanker og refleksjoner i sving».

## Litteratur

- Alvsvåg, H (2010) *På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Cappelen Damm
- Bech-Karlsen, J (2003) *Gode fagtekster. Essayskriving for nybegynnere*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bø, A.K og Sæther, W (2004) *Kunsten som beveger. Estetisk dannelse i helse- og sosialfagene*. Bergen: Fagbokforlaget
- Dahlberg K, Dahlberg H og Nyström M (2008) *Reflective life world research*. [Lund]: Studentlitteratur
- Damsgaard, H.L (2010) *Den profesjonelle sykepleier. [Profesjonalitetens mange ansikter](#)*. Oslo: Cappelen Damm
- Dannelsesutvalget. Universitetet i Bergen (2009) *Kunnskap og dannelse foran et nytt århundre*. Innstilling fra Dannelsesutvalget for høyere utdanning
- Egset, A (2006) *Om å finne tonen. Eit hermeneutisk perspektiv på forteljingar i pasientopplæringa*. Vitenskapsteoretisk essay. Volda: Høgskolen i Volda/Møreforskning Volda
- Fageland, T (2013) «Subjektiv skriving med utgangspunkt i psykisk helsearbeid». *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*. Volum 9 nr 2:72-78.
- Gadamer, H.G (2007) *Sandhed og metode*. Århus: Akademica.
- Grimen, H (2008) *Profesjon og kunnskap*. I Molander, A & Terum, LI (Red) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heggen, K (2000) Må sykepleien «avromantiseres»? *Tidsskriftet Sykepleien*. Nr 4:61-62.
- Martinsen, K (1993b): Sykepleieren – dannet eller utdannet. I Martinsen, K (red) *Den omtenkssomme sykepleier*. Artikkelsamling i forbindelse med at Diakonissehjemmets Sykepleierhøgskole Haraldsplass er 75 år i mai 1993. Oslo: Tano
- Martinsen, K (2003a) *Fenomenologi og omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K (2003b) *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nilsson, B (2007) Gadamers hermeneutikk. Noen betraktninger om sentrale dimensjoner innenfor hermeneutikken ut fra Gadamers tenkning. *Sykepleien forskning*. Nr 4:266-268.
- Skau, G.M (2005) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm
- Slagstad, R (2000) *Kunnskapens hus*. Oslo: Pax Forlag
- Straume, I (red) (2013) *Danningens filosofihistorie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sørbo, J.I., Gjengedal, E., Lykkeslet, E og Sæther, W.H (2013) Det som sitter i veggene. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. Volum 9 nr 1: 95-104.
- Universitets- og høgskolerådet UHR, Oslo (2011): *Dannelsesaspekter i utdanning*. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av UHRs utdanningsutvalg. <http://www.uhr.no/documents/DannelseRapportEndelig.pdf>
- Van Manen, M (2014) *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing (Developing Qualitative Inquiry)*. Walnut Creek: Left Coast Press Inc.

# Studenters deltakelse i kunnskapsbasert fagutvikling. Pilotprosjekt i steril-assistanse ved videreutdanning i operasjonssykepleie

## Unni Igesund

*Unni Igesund, universitetslektor, Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske universitet, Institutt for Helse og Omsorgsfag, unni.igesund@uit.no*

### Sammendrag

*Målet med artikkelen er å synliggjøre hvordan studenter under videreutdanning i operasjonssykepleie kan utvikle funksjonsdyktighet i praksis gjennom deltakelse i fagutviklingsprosjekt hvor de arbeider kunnskapsbasert. En studentevaluering, ved bruk av spørreskjema og studiedialog med studentene, ble gjort ved avslutning av prosjektet. Evalueringen ble beskrevet ved hjelp av deskriptiv statistikk og tematisk analyse. Studentene fikk mulighet til å arbeide kunnskapsbasert og finne svar på en aktuell problemstilling i praksis, og bidra til å utvikle eget fagområde. Funnene fra studentevalueringen blir presentert og diskutert med hensyn til sammenheng mellom læringsutbyttebeskrivelser, læringsaktiviteter og vurdering relatert til J.Biggs modell. Bruk av fagutviklingsprosjekter i utdanningen kan bidra til å utvikle viktig kompetanse, og konstruktivt samarbeid mellom utdanning og klinisk praksis. Dette vil kunne styrke kvaliteten og innfri krav og forventninger til begge institusjonene.*

### Nøkkelord

*Utviklingsarbeid; erfaringsbasert kunnskap; forskningsbasert kunnskap; funksjonsdyktighet*

### FOU

<http://dx.doi.org/10.7557/14.3778>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Innledning

Helsefaglige profesjonsutdanninger skal både innfri krav om å basere seg på forskning og utvikling (FoU) og oppnå funksjonsdyktighet i praksis (Kunnskapsdepartementet 2011, Universitets- og Høgskolerådet 2010, Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). For å oppnå funksjonsdyktighet, krever det at studenten både utvikler sin erfaringsbaserte kunnskap og anvender relevant forskning i sin funksjonsutøvelse. I følge Stortingsmelding 7 er en kunnskapsbasert tilnærming vesentlig for å møte utfordringene samfunnet står overfor (Regjeringen.no. Meld.St.7 2014-2015).

Rammeplanen for videreutdanning i operasjonssykepleie gir føringer for at utdanningen skal: «*Drive utviklings- og forskningsarbeid knyttet til fag, undervisning og yrkesutøvelse i operasjonssykepleie*» (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005:7).

Disse føringene forplikter operasjonssykepleiere til å jobbe kunnskapsbasert i praksis. Å utøve kunnskapsbasert praksis (KBP) defineres som: «*å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon*» (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart 2012:17).

Det anbefales at studentene får opplæring i og erfaring med forskning, og at opplæring og evaluering i større grad blir forsket på (The Boyer Commission on Educating Undergraduates in the Research University 1998, Healey og Jenkins 2009). Hvis teoretisk og vitenskapelig kunnskap skal ha verdi, må den enkelte profesjonsutøver se relevans for praksisutøvelse og benytte seg av den i praksis. Fagutviklingsprosjekter i profesjonsutdanningene bevisstgjør studentenes forståelse for samspillet mellom teori og praksis (Ørvig og Bengtsson 2014, Bjerga, Rossavik, Gausel, Heggland og Lode 2014, Aune og Olufsen 2014, Aars 2006, Norbye 2005).

I følge Hjelen (2013) skjer fagutvikling blant norske operasjonssykepleiere i hovedsak ved erfaringsdeling, og operasjonssykepleiere forholder seg i liten grad til forskningsbasert kunnskap ved endringer i praksis.

I en litteraturstudie som inkluderte både amerikanske og europeiske studier, kom det frem at sykepleiere i liten grad benyttet forskningsaktiviteter og forskningsbasert kunnskap; forskningen var krevende å forstå og sykepleierne visste ikke hvordan den skulle omsettes i praksis (Markussen 2007). En norsk studie viste at operasjonssykepleiere er positive til forskning, men mangler kunnskap om hvor og hvordan de skal finne relevant forskning, samt tid og rom til å lese forskningsartikler (Hommelstad og Ruland 2004). Flere studier som omfavnet sykepleiere og operasjonssykepleiere rapporterte organisatoriske barrierer for å anvende ny forskning (Hjelen 2013, Solli 2008, Markussen 2007, Mejers, Janssen, Cummings, Wallin, Estabrooks og Halfens 2006, Hommelstad og Ruland 2004). Når det gjelder erfaringsbasert kunnskap utvikles den gjennom refleksive prosesser der praktiseren lærer fra erfaringer (Higgs, Jones og Edwards 2004). Denne kunnskapen baserer seg også på ferdigheter som utvikles i praksis (Eide 2009). Operasjonssykepleiere har lang og sterk tradisjon i å dele erfaringer (Hjelen 2013). Erfaringskunnskap har blitt videreført muntlig i forbindelse med veiledning av operasjonssykepleiestudenter og gjennom kollegaveiledning. Denne kunnskapen har i liten grad blitt utforsket, satt ord på eller systematisk utviklet.

Samlet viser disse studiene at det er behov for å innarbeide metoder for fagutvikling i praksis og organisatorisk tilrettelegging. Erfaringsutveksling med lærerkolleger viser at utdanning av operasjonssykepleiere har kommet kort med dette arbeidet. Ved å delta i fagutviklingsprosjekter, kan studentene gis mulighet til å oppøve etterspurt kompetanse og bidra til forbedringer innen eget fagområde.

Formålet med artikkelen er å belyse hvordan anvendelse av fagutviklingsprosjekt i operasjonssykepleieutdanning kan bidra til kompetanseutvikling som resulterer i funksjonsdyktighet under utdanningen. Artikkelen beskriver studentenes kunnskapsbaserte læring med en problemstilling relatert til praksis. Funn fra studentevaluering blir presentert og diskutert med hensyn til sammenheng mellom læringsutbyttebeskrivelser, læringsaktiviteter og vurdering relatert til J. Biggs modell (Biggs 2003).

## **Presentasjon av fagutviklingsprosjektet**

Videreutdanningen i operasjonssykepleie ved Universitetet i Tromsø gjennomførte høsten 2014 en pilot der studentene deltok i et fagutviklingsprosjekt. Fagplanen stiller krav om funksjonsdyktighet som inkluderer planlegging og gjennomføring av den sterilt utøvende funksjonen (Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet 2013). I den sterilt utøvende funksjonen inngår arbeid knyttet til den sterile assistanse i forbindelse med kirurgiske undersøkelser og behandling.

Steril assistanse forutsetter at operasjonssykepleieren har oversikt over instrumentene som anvendes under operasjonen, og har organisert instrumentene for å utføre den sterile assistansen forsvarlig. Instrumentene blir organisert på ett eller flere assistansebord og instrumentbord. Instrumenter på assistansebord brukes i sammenheng med den direkte assistansen i såret. Instrumentbord (hjelpbord) fungerer som oppbevaringsbord for brikker med sterile instrumenter, avlastningsbord for brukte og kontaminerte instrumenter/utstyr, og som arbeidsbord i forbindelse med kontroll og montering av utstyr. Valg av instrumenter gjøres med bakgrunn i inngrepets art. Åpningsinstrumenter legges i bestemt rekkefølge først, deretter de mest brukte og viktigste instrumentene (Eide og Brekken 2009).

Studenter fra flere kull hadde uttrykt ønske om en «oppskrift», det vil si en holdbar prosedyre de kunne bruke under planlegging og organisering av instrumentene i forbindelse med den sterile assistansen. Praksisavdelingene hadde noen bilder som illustrerte oppdekking av instrumenter til enkelte inngrep. Studentene hadde behov for mer kompetanse for å kunne gjøre gode faglige vurderinger når de skulle planlegge og organisere instrumentene.

Utdanningen ønsket å ta i bruk læringsaktiviteter som tilrettela for læring i samsvar med læringsutbyttenes forventede nivå og ønsket måloppnåelse. Utdanningen planla og organiserte derfor et fagutviklingsprosjekt som ble gjennomført i 3.semesters praksisperiode. Under planlegging av fagutviklingsprosjektet bidro modell for kunnskapsbasert praksis (KBP) som inspirasjonskilde. KBP-modellens fremgangsmåte knyttet til forskningsbasert kunnskap ble brukt i prosjektet (Nordtvedt et al. 2012). Arbeidet med den erfaringsbaserte kunnskap støttet seg til læringsaktiviteter som utdanningen brukte; læringslogg, seminar med formidling, refleksjon og faglig diskusjon, samt evaluering ved bruk av studiedialog og evalueringsskjema. Ny aktivitet for studentene var å delta i fokusgruppeintervju.

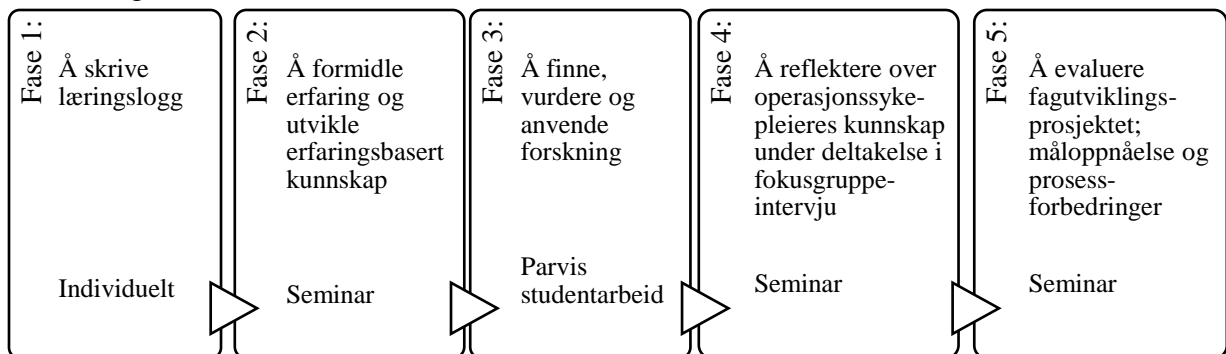
Praksisavdelingene var orienterte om fagutviklingsprosjektet og bidro med deltakere til fokusgruppen, samt veiledet studentene under anvendelse av ny kunnskap de ervervet gjennom deltakelse i prosjektet. Siden fagutviklingsprosjektet ble gjennomført i praksisperioden og problemstillingen var praksisrelatert, kom praksis gjennom studentenes praksisveiledning tett på prosjektet.

## Prosjektgjennomføring

Fagutviklingsprosjektet tok utgangspunkt i læringsutbytter for 3. studieenhet (Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet 2013) med følgende konkretisering:

- Utvikle funksjonsdyktighet i sterilt utøvende funksjon gjennom organisering av instrumenter på assistanse- og instrumentbord
- Drive utviklings- og forskningsarbeid knyttet til steril assistanse

Arbeidet med fagutviklingsprosjektet var organisert i 5 faser som studentene arbeidet trinnvis med, se figur 1:



Figur 1: Faser i fagutviklingsprosjektet

Utvikling av den erfaringsbaserte kunnskap fikk størst tyngde med bakgrunn i at denne kunnskapen var lite beskrevet, og fordi temaet var mangelfullt dekket av teori og forskning.

### Å skrive læringslogg (fase 1):

Bruk av læringslogg anvendes aktivt som læringsaktivitet i praksis. Alle studentene hadde fått i oppdrag å skrive en individuell læringslogg med utgangspunkt i egen erfaring. Loggen skulle ta utgangspunkt i en situasjon hvor studentene hadde planlagt, forberedt og gjennomført steril assistanse under et kirurgisk inngrep på en pasient. Konkret skulle studentene beskrive hvordan de hadde dekket opp assistansebord og instrumentbord til et spesifikt inngrep til en pasient, samt gjøre rede for sine faglige vurderinger. Hensikten med denne læringsaktiviteten var å få studentene til å sette ord på konkrete erfaringer og reflektere over kunnskap ved å identifisere faglige vurderinger knyttet til konkrete situasjoner.

### Å formidle erfaringer og utvikle erfaringsbasert kunnskap (fase 2):

Utdanningen organiserte et 2,5 timers seminar som studentene deltok i (2 grupper på hhv 6 og 7 studenter). På seminaret skulle alle studentene legge frem sine bearbejdede læringslogger for hverandre. Læringsloggene dannet bakgrunn for en felles analyse som resulterte i temaer som danner operasjonssykepleieres beslutningsgrunnlag for å organisere instrumentene. Disse temaene skulle innarbeides i et planlagt fokusgruppeintervju med operasjonssykepleiere.

Hensikten med læringsaktiviteten var; å formidle erfaringskunnskap om tema, lytte til medstudenters kunnskap og analysere innholdet i loggene.

### **Å finne, vurdere og anvende forskning (fase 3):**

Med bakgrunn i læringsutbyttene for prosjektet, skulle litteratursøket gi svar på følgende problemstilling:

*Hvordan organisere instrumentene på assistanse- og instrumentbord i forbindelse med steril assistanse under kirurgisk behandling?*

Utdanningen tilrettela for en dag til gjennomføring av litteratursøk, arbeidet foregikk parvis, og alle studentene ble oppfordret til å bruke bibliotekarene ved behov.

Studentene deltok ved å:

- Finne norske og engelske søkeord og velge relevante databaser, samt bruke PICO-skjemaet for å spisse søket og sette opp søkestrategi (Nordtvedt et al.:41-65).
- Kritisk vurdere artiklene og velge ut relevante artikler som gir gode svar (Nordtvedt et al.:67-161). De ble anbefalt å bruke kunnskapssenterets sjekklister for vurdering av forskningsartikler (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.no).
- Anvende ny kunnskap i egen utøvelse ved å integrere forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap relatert til pasientkunnskap og kontekst (Nordtvedt et al.:163-176).

Hensikten med læringsaktiviteten var å utvikle kompetanse i søk, kritisk vurdering og anvendelse av forskning.

Anvendelse av ny kunnskap foregikk i praksis. Studentene tok med seg arbeidet med erfaringsdeling og innhenting av forskning, og brukte dette i sin praksisutøvelse på operasjonsavdelingen. Under veiledning fra sine praksisveiledere, fikk studentene prøvd ut ny kunnskap fra arbeidet med fagutviklingsprosjektet.

### **Å reflektere over operasjonssykepleieres kunnskap under deltakelse i fokusgruppeintervju (fase 4):**

Utdanningen organiserte et 2-timers fokusgruppeintervju (med operasjonssykepleiere) som studentene deltok i. Tillatelse til å samle inn data fra operasjonssykepleiere i klinikken var innhentet av utdanningen. Fagutviklingsprosjektet var lagt frem og godkjent av Personvern og sikkerhetssjef for helseforetaket, og klinikken ble forespurt om å bistå med operasjonssykepleiere som frivillig ønsket å delta basert på informasjon om prosjektet. Det deltok fire operasjonssykepleiere i fokusgruppen.

Studentene hadde i forkant deltatt under utarbeidelse av intervjuguide. Arbeidet med intervjuguiden startet i fase 2, og foregikk deretter som et samarbeid mellom studentene og lærer på læringsplattformen Fronter. Lærer utarbeidet førsteutkast som studentene kunne respondere på, og nye utkast ble utarbeidet med bakgrunn i innspill fra studenter og lærer. Intervjuguiden ble til slutt kvalitetssikret av en erfaren operasjonssykepleier, en student og en lærer.

Under fokusgruppeintervjuet deltok studentene ved å lytte til dialogen mellom deltakerne i fokusgruppen, reflektere over operasjonssykepleierens kunnskap i lys av egen læringslogg og supplere med tilleggsspørsmål. Utdanningen planla og organiserte fokusgruppeintervjuet, samt fungerte som moderator under intervjuet (Halkier 2010).

Hovedhensikten med læringsaktiviteten var å utvikle studentenes erfaringsbaserte kunnskap i lys av operasjonssykepleiernes kunnskap. I tillegg fikk studentene innsyn i datainnsamling; utarbeide intervjuguide og gjennomføre fokusgruppeintervju.

### **Å evaluere fagutviklingsprosjektet; måloppnåelse og prosessforbedringer (fase 5):**

Utdanningen gjennomførte mot avslutning av studiet en studentevaluering av fagutviklingsprosjektet. Studentene svarte på spørsmål i spørreskjema og deltok i studiedialog med lærer. Evalueringen hadde fokus på studentenes forkunnskap knyttet til FoU-arbeid, rammer i forbindelse med fagutviklingsprosjektet, innhold, læringsprosess og måloppnåelse.

Hensikten med evalueringen var todelt; fokus på gjennomføring av fagutviklingsprosjektet for fremtidig prosessforbedringer, og fokus på studentenes læring og måloppnåelse i sammenheng med fagutviklingsprosjektet. Evalueringen bidro til at den enkelte student fikk reflektert over sin sluttkompetanse, og behov for videre læring.

## **Metode**

### **Design**

Utdanningen fikk tilgang til studentenes evaluering av fagutviklingsprosjektet gjennom bruk av spørreskjema og studiedialog med studentene. Gjennom evalueringen ønsket utdanningen å få kjennskap til studentenes erfaringer ved å delta i et FoU-prosjekt, og tilbakemelding på studentenes kunnskapsutvikling. Studentene svarte på spørsmål i spørreskjema og deltok i studiedialog. De utvekslet synspunkter og reflekterte over erfaringer i forbindelse med fagutviklingsprosjektet.

### **Utvalg**

Alle studentene deltok i studiedialogen (N=13). 12 studenter svarte på spørreskjema og en var forhindret i å delta. Evalueringen ble gjort i 3.studieenhet mot avslutningen av studiet.

### **Analyse**

Spørreskjema var delt inn i 3 hoveddeler; forkunnskaper om FoU arbeid, anbefaling om slike prosjekt skal inngå i utdanningen og tilbakemelding på prosjektgjennomføring. Under prosjektgjennomføringen ble det stilt spørsmål om informasjon, faglig forberedthet, innhold, måloppnåelse knyttet til organisering av instrumentene, måloppnåelse i å utføre fagutviklingsarbeid og egeninnsats.

Svaralternativene ble summert opp og beskrevet ved hjelp av deskriptiv statistikk (Bjørndal og Hofoss 2014).

Studiedialogen med studentene hadde fokus på følgende hovedtemaer relatert til fagutviklingsprosjektet: forkunnskap, rammefaktorer og innhold, læringsprosess og måloppnåelse.



Studentenes evalueringer slik den fremkom i studiedialogen ble skrevet ned fortløpende, og skrevet ut mer utfyllende like etter møtet. Studiedialogen ga mulighet til å samle inn deskriptive data med deltakernes egne ord. Teksten gjennomgikk en forenklet tematisk analyse som resulterte i to hovedtema (Malterud 2013).

## **Etiske vurderinger**

Informasjon om fagutviklingsprosjektet inkludert samtykkeerklæring var sendt ut før oppstart av prosjektet, og studentene deltok frivillig. Studentevalueringen var ikke meldepliktig ifølge Norsk Samfunnsfaglige datatjeneste (NSD). Studentenes konfidensialitet ble ivaretatt. Ingen personopplysninger ble knyttet til datainnsamlingen i forbindelse med dialogen. Spørreskjemaene inneholdt ikke person-identifiserbare spørsmål og distribusjonen utelukket mulighet for elektronisk sporing. Utdanningen stilte ingen krav til studentenes deltakelse i fagutviklingsprosjektet, og evalueringen fikk ingen negative konsekvenser for studentenes studieforløp.

## **Hovedmomenter fra studentevalueringen**

Fagutviklingsprosjektet satte fokus på et lite utforsket område i operasjonssykepleiernes funksjonsansvar; den sterile assistanse knyttet til den sterilt utøvende funksjonen. Studentene deltok aktivt i fagutviklingsprosjektet ved å arbeide med erfaringsbasert- og forskningsbasert kunnskap og anvende kunnskapen i sin praksisutøvelse. To hovedtemaer beskriver hvilken betydning fagutviklingsprosjektet hadde for studentenes læringsprosess og måloppnåelse. I det følgende presenteres disse.

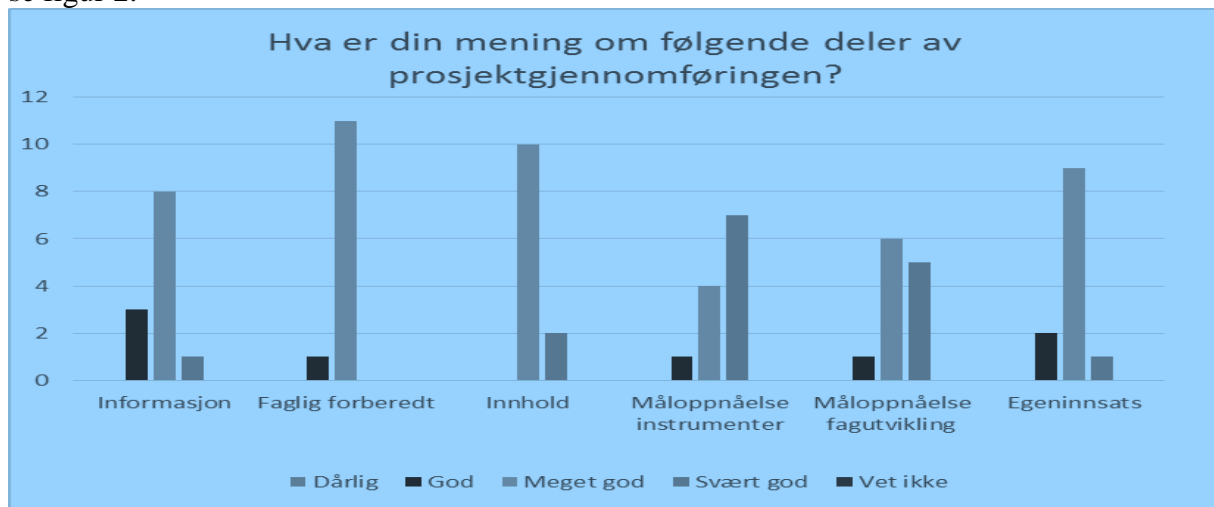
### **Hovedtema 1: Suksess-kriterier for læring – skap motivasjon!**

Evalueringen viste at fagutviklingsprosjektet opplevdes meningsfullt for studentene. Både tema og måten å arbeide på var nyttig, og skapte stor motivasjon i studentgruppa. Når det gjaldt valg av tema, kom det frem under studiedialogen at mange hadde opplevd et behov for mer kunnskap om hvordan arbeidet knyttet til steril assistanse skulle gjøres. En student uttrykte følgende: «*Mangelen på en oppskrift, som kunne guide oss, når vi dekket opp et assistansebord og instrumentbord var frustrerende*». Samme student sa: «*Fordi praksisveilederne gjorde det forskjellig, hadde det vært bra å hatt en prosedyre*». Det kom frem at denne mangelen var spesielt viktig i starten av utdanningen og når studentene skiftet praksisplass og fikk ny praksisveileder. Flere ga uttrykk for at de opplevde et krav om å måtte vurdere og gjøre valg som de ikke kunne innfri. En student sa: «*Vi blir oppfordret til å se hvordan veilederen gjør det og gjøre like ens, og så velge vår måte å gjøre dette på*».

Å kunne velge forutsetter å kunne vurdere situasjonen en er i. Under studiedialogen var det stor enighet i studentgruppa at det tar tid å komme til dette nivået.

Studentenes evaluering av arbeidsprosessen viste at samarbeidet med andre motiverte og styrket læringsutbyttet til den enkelte. Gjennom arbeidet med fagutviklingsprosjektet, samarbeidet studentene både når de arbeidet med erfaringsbasert kunnskap relatert til tema (læringsloggseminar), og når de søkte etter forskningsbasert kunnskap. En student uttalte følgende: «*Å samarbeide med en medstudent bidro til en bedre arbeidsprosess og økt læring ved at vi diskuterte underveis. I tillegg dro vi veksler av hva den andre kunne (f.eks om litteratursøk)*».

Med bakgrunn i studentenes evaluering av egeninnsats, innhold og måloppnåelse, tolkes valg av læringsaktiviteter (fase 1-5) til å ha motivert til innsats over tid som har gitt gode resultater, se figur 2.



Figur 2: Resultat fra spørreskjema (N=12).

## Hovedtema 2: Deltakelse i fagutviklingsprosjekt – viktig for profesjonsutøvelsen

På mange måter kom det frem at arbeidet med dette fagutviklingsprosjektet krevde erfaring i å arbeide med fagutvikling (metodisk) samt dybdekunnskap i operasjonssykepleie. Det kom også frem at for å oppnå dybdelæring, må det tilrettelegges for at studentene kan delta aktivt i langsgående læringsløp som er tilpasset det forventede nivå underveis i utdanningen. Evalueringen viste at studentene befinner seg på ulike nivå, og at mange studenter har lite erfaring med fagutviklingsprosjekter og å arbeide kunnskapsbasert.

Ved spørsmålet «Hvordan vil du karakterisere dine forkunnskaper relatert til FoU arbeid før prosjektstart?», karakteriserte studentene sin forkunnskap som liten (n=4), middels (n=6), god (n=2) og svært god (n=0). I studiedialogen kom det frem at de som hadde erfaring med FoU arbeid tidligere hadde jobbet som ledere, fagutviklings- eller undervisningssykepleier. En viktig forutsetning for FoU arbeid, er kompetanse i søk, vurdering og anvendelse av tilgjengelig kunnskap. Studentene hadde fått undervisning om litteratursøk og kritisk vurdering og hadde gjennomført arbeidskrav 1.studieår. Det kom frem at mange likevel opplevde at dette var vanskelig og noe det måtte øves mer på. En student sa: «Vi må få erfaring og lære oss noen prinsipper før vi kan delta i et slikt prosjekt». En annen student sa: «Arbeidet med litteratursøk var krevende, og noe en må oppøve en kompetanse i».

Når det gjaldt arbeid med erfaringsbasert kunnskap, hadde studentene deltatt i flere arbeidskrav hvor erfaringsdeling og formidling av erfaring inngikk. Bruk av læringslogg var også kjent for studentene. Den anvendes aktivt i praksis som pedagogisk hjelpemiddel for studentenes individuelle læring og faglige utvikling. Under fagutviklingsprosjektet skrev alle studentene en læringslogg med bakgrunn i en felles bestilling fra utdanningen. Læringsloggen ble deretter lagt frem for medstudenter. På seminaret deltok studentene i et fagfelleskap, der de med bakgrunn i fremleggene via analyse og diskusjon, kom frem til temaer som inngår i operasjonssykepleiernes kunnskapsgrunnlag i den sterile assistanse. Gjennom studiedialogen

kom det frem at studentenes faglige bevissthet om egen kunnskap økte gjennom arbeidet med læringsloggen. En student uttrykte det slik: «*Jeg er blitt mer bevisst fordi jeg ble tvunget til å tenke igjennom det jeg gjør*». En annen student sa: «*Jeg er blitt mer bevisst egen fagkunnskap og vurderinger*»

Under studiedialogen ga studentene uttrykk for at tilgang til andres erfaringer gjennom deltakelse på seminarer ga ytterligere læring. En student sa: «*Å høre medstudenter og erfarne operasjonssykepleiere formidle sin praksiskunnskap, bidro til å reflektere på nytt over egen læringslogg og sammenligne*».

Under spørsmålet «*Anbefaler du at slike prosjekter inngår i utdanningen?*» med svaralternativ nei, ja og ønsker om endring, svarte alle studentene ja. Under studiedialogen anbefalte studentene at planlegging og organisering av slike prosjekter ble gjennomført av utdanningen fordi det er for kompetanse- og tidkrevende for studentene.

Studentenes totalvurdering av fagutviklingsprosjektet var svært godt. Under spørsmålet «*Hva er din mening om følgende deler av prosjektgjennomføringen?*» svarte studentene hovedsakelig *meget godt* eller *svært godt*, se figur 2. Når det gjaldt studentenes «*Måloppnåelse om økt kompetanse i forhold til organisering av instrumenter under operasjon*» svarte studentene godt (n=1), meget godt (n=4) og svært godt (n=7). Ingen svarte alternativ dårlig eller vet ikke. Studentenes «*Måloppnåelse om økt kompetanse i å utføre fagutviklingsarbeid*» viste høy måloppnåelse med godt (n=1), meget godt (n=6) og svært godt (n=5). Svarene viser at fagutviklingsprosjekt som læringsaktivitet tilrettelegger for kunnskapsutvikling og høy måloppnåelse.

Under studiedialogen kom det frem at arbeidet med fagutviklingsprosjektet hadde gitt studentene mulighet til å utvikle kunnskap de hadde behov for og opplevde å mangle i praksis. En student uttrykte følgende: «*Vi fikk utviklet vår kompetanse innenfor et svært viktig område i operasjonssykepleien som ikke er tilfredsstillende dekket hverken av pensum, prosedyrer eller retningslinjer i praksis*». En annen student sa: «*Jeg bruker måten å tenke på i dag når jeg jobber*». Dette ble bekreftet med mange nikk rundt bordet.

## Drøfting

### Behov for å arbeide kunnskapsbasert i operasjonssykepleien

Studentevalueringen viste at det manglet kunnskap om temaet, og det var et kompetansebehov i studentgruppa. Studentene hadde fått en generell innføring i basiskunnskap om instrumenter, samt generelle prinsipper for oppdekking av assistansebord og instrumentbord. Samtidig varierer praksissituasjonene og pasientene. Det betyr at studentene må gjøre kontekstavhengige vurderinger, for å kunne tilpasse egen utøvelse forsvarlig.

Vurderingsarbeidet skjer ofte under tidspress. Under studiedialogen kom det frem at for å kunne tilpasse organiseringen av instrumentene, krevdes erfaring og dybdekunnskap som operasjonssykepleier i relasjon til inngrepet. Det kom frem at denne kompetansen opplevdes å ta tid å utvikle. Praksis favnet inn mange spesialiteter, stilte krav om å lære mange forskjellige kirurgiske inngrep, og praksisveilederne gjorde dette på ulike måter. Samlet bidro dette til et behov for kunnskapsutvikling.

Systematiske prosedyrer som trinnvis beskriver hvordan et assistanse- og instrumentbord dekkes opp til ulike kirurgiske inngrep, kan gi et godt utgangspunkt for en som er uerfaren med dette. Ifølge Benner (1984) må novisen ha regler å handle ut i fra, fordi hun/han mangler erfaring med situasjonen. Erfaring med lignende situasjoner vil på sikt kunne bidra til å utvikle kompetanse på et høyere nivå. Operasjonssykepleiernes tradisjon i forhold til erfaringsdeling, bidrar til viktig utvikling av operasjonssykepleiernes praktiske kunnskap (Hjelen 2013). Samtidig må erfaringer knyttet til praktisk kunnskap forskes på; undersøkes, settes ord på og systematiseres. Mangel på kunnskap fordrer at studentene og operasjonssykepleierne selv må bidra til å utvikle kunnskap som trengs for å arbeide forsvarlig i praksis. Ifølge Nordtvedt et al. (2012) må helsepersonell lære seg metoder for å finne beste tilgjengelige kunnskap, vurdere den og anvende den i praksis. Videre understrekes det at praksis baserer seg på flere kilder enn forskningsbasert kunnskap.

Studier viser at operasjonssykepleiere er positive til forskning (Hommelstad og Ruland 2004), men har for lite kompetanse i å søke etter, vurdere og anvende forskning (Markussen 2007, Hommelstad og Ruland 2004). Fagutviklingsprosjektet ga studentene mulighet til å øve på søk og vurdering av forskning, og relatere det til konkret utøvelse i praksis. Studentenes evaluering viste at denne kompetansen må oppøves over tid og innøves i praksis. Under arbeidet med litteratursøk hadde studentene nytte av medstudenters kunnskap og bibliotekarenes hjelp i valg av databaser og utforming av søkestrategi. Litteratursøk ble gjort i databasene PubMed, SveMed+, Medline, Cinahl, Cochrane library, Ovid nursing og Proquest. Studentene ga under studiedialogen uttrykk for at det var vanskelig å finne gode søkeord og utarbeide god søkestrategi. Arbeidet med litteratursøk resulterte i 18 artikler, hvorav flere var fagartikler. Studentene gjorde en kritisk vurdering av artiklene ved bruk av sjekklister. Fagartiklene ble inkludert, fordi studentene fant få forskningsartikler.

I følge Hjelen (2013) brukes forskningsbasert kunnskap i liten grad ved endringer i praksis. Når forskning, retningslinjer og prosedyrer mangler, blir opplæringen i stor grad styrt og påvirket av den enkelte praksisveilederes erfaringsbaserte kunnskap. Hjelens studie kan tyde på at det må utvikles en ny kultur blant operasjonssykepleiere dersom fagutvikling skal basere seg på beste tilgjengelige kunnskap. Anvendelse av forskningsbasert kunnskap må på lik linje med erfaringsbasert kunnskap, inngå som en naturlig del av utviklingsarbeid i praksis og i utøvelsen av operasjonssykepleien. For å lykkes med det, må organisatoriske barrierer fjernes. Studentenes arbeid relatert til fagutviklingsprosjektet viste at studentene selv kunne finne svar der det var hull eller mangler i kunnskapen. Gjennom arbeidet med den erfaringsbaserte kunnskap deltok studentene i en fagfelle vurdering av loggene, der de kom frem til temaer som kan fungere som kunnskapsgrunnlag for organiseringen av instrumentene. Disse temaene ble bearbeidet av lærer, og dannet grunnlag for en intervjuguide som studentene deltok i å videreutvikle på Fronter. Det endelige utkast til intervjuguide ble introdusert i fokusgruppen (ekspertpanel), hvor temaene gjennomgikk en ny fagfelle vurdering. Studentevalueringen viste at studentene anvendte disse temaene til å strukturere egen tenkning når de skulle organisere instrumentene i praksis. Det samlede resultatet fra fagutviklingsprosjektet kan brukes til å styrke beslutningsgrunnlaget når operasjonssykepleiere planlegger og organiserer instrumentene i forbindelse med den sterile assistansen. Fagutviklingsprosjektet viser hvordan kunnskapsutvikling i sammenheng med steril assistanse kan bidra til forbedringer som kan ha betydning for pasientsikkerheten.

## **Fagutviklingsprosjekt – nødvendig læringsaktivitet i profesjonsutdanningen**

Biggs modell gir lærere et refleksivt verktøy som kan bidra til at det pedagogiske arbeidet fremmer læring hos studentene mot ønsket måloppnåelse. Modellen bygger på et konstruktivistisk læringssyn med studentens læring i fokus. Videre påpekes det i modellen at læringsaktiviteten til den enkelte student, læringsutbyttet og vurderingskriterier må ses i sammenheng og relateres til ønsket måloppnåelse (Biggs 2003).

Det pedagogiske arbeidet i forbindelse med fagutviklingsprosjektet støtter seg til dette kunnskapssynet, og dro veksler av tenkning knyttet til denne modellen.

Fagutviklingsprosjektet viste at mangel på pensum (teori og forskning), retningslinjer og prosedyrer i praksis synliggjør nødvendigheten av kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert. Opplæring i en svenn-mester tradisjon har sterke røtter i operasjonssykepleien. Studentene ble bedt om «å se hvordan veilederen gjør det og gjøre likeens». Denne læringsstrategien baserer seg på identifisering og memorering (lavere læringsnivå). Veiledningsmetoden har en viktig plass i utvikling av ferdigheter og praktisk kunnskap, men må suppleres med annen type veiledning for å utvikle kognitive evner som etterspørres i forventet måloppnåelse. Utdanningen må ifølge Biggs utvikle konkrete læringsutbyttet og vurderingskriterier som etterspør forventet nivå (Biggs 2003). Derfor må utdanningen tilrettelegge for ulike læringsaktiviteter som gjør det mulig å oppnå forventet måloppnåelse. Når det gjelder praksisveiledning knyttet til steril assistanse, må den enkelte student få utviklet praktiske ferdigheter og kognitive ferdigheter på forventet nivå i utdanningen. Resultatene fra studentevalueringen viste både krav om praktisk og teoretisk dybdekunnskap for å håndtere komplekse situasjoner på operasjonsavdelingen.

I følge Biggs må det pedagogiske arbeidet ha utgangspunkt i studentens læring, og basere seg på sammenheng, systematikk og taksonomi når det gjelder målbeskrivelser, vurderingskriterier og tilrettelegging av læringsaktiviteter (Biggs 2003). Det betyr at kunnskapsutvikling fordrer studentaktive læringsaktiviteter, hvor den enkelte student får mulighet til å utvikle kunnskap på forventet nivå, og som blir vurdert og korrigert fortløpende. Utdanningens fokus på å utvikle gode læringsutbyttet og vurderingskriterier, vil guide studentene i å vurdere seg selv (hvor står og hvor skal), og bidra til å øke studentenes målrettede arbeid med egen læring. Fagutviklingsprosjektet satte fokus på to viktige kompetansemål, og tilrettela med læringsaktiviteter som skulle bidra til ønsket måloppnåelse. Studentevalueringen viste at disse kompetansemålene var viktige for profesjonsutøvelsen, og at arbeidet med læringsaktivitetene hadde gitt god måloppnåelse.

I praksisperiodene anvendes fremdriftsplan som læringsaktivitet for studentenes arbeid med egen måloppnåelse. I dette arbeidet må studentene med utgangspunkt i sitt kunnskapsnivå, reflektere over læringsutbyttet og læringsaktiviteter - i sammenheng med forventet måloppnåelse. Planen har fokus på *Hva*, *Hvordan* og *Når*. Mange studenter har problemer med å bruke planene aktivt i egen læring. For mange blir det ytterligere et dokument som kreves innlevert. Dysthe (2008) anbefaler at læringsutbyttene blir tolket og samtalt om i klasserommet for å skape mening for den enkelte student. Ved å skape dialog knyttet til studentenes tolkning av læringsutbyttene, kan den enkelte student bli bevisst egen forståelse og få utviklet den gjennom dialog med medstudenter, praksisveileder og lærer.

Lærers bidrag i dialogen er ifølge Dysthe å styre læringen i ønsket retning. Hun oppfordrer til at studentene i sin kunnskapsutvikling, øves opp til å bruke tilbakemeldinger og vurdere seg selv (Dysthe 2008). I fremdriftsplanen blir studentene oppfordret til å vurdere seg selv underveis, og synliggjøre dette for praksisveileder og lærer. Informasjon om studentens ståsted (nivå og prestasjoner) kan forbedre veiledningen slik at den blir tilpasset studentens behov og bidra til ønsket kunnskapsutvikling. Ifølge Wiliam (2008) er både student og lærer avhengig av god informasjon om studentprestasjoner innen ulike tidsperioder for å tilpasse veiledning som bidrar til læring på ulike nivå. Utvikling av dybdekunnskap krever læring over tid, hvor bruk av taksonomisk oppbygging av læringsutbytter og vurderingskriterier for inndelte perioder, kan guide studenters og læreres vurdering og valg av læringsaktiviteter.

Biggs modell har tydeliggjort behov for å utvikle bedre læringsutbytter og vurderingskriterier som samsvarer med læringsaktivitetene (Biggs 2003). Fagutviklingsprosjektet viste at kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert i praksis er nyttig og viktig for å møte utfordringer operasjonssykepleiere står overfor. Hull i kunnskapsgrunnlag fordrer at profesjonsutøveren selv søker etter svar. Resultatene fra studentevalueringen viste at arbeid med erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap relatert til steril assistanse, økte studentenes kompetanse i den sterilt utøvende funksjonen. Den trinnvise prosessen hvor studentene arbeidet med egen erfaring gjennom loggskrivning og formidling, og deretter felles analyse av loggene, tolkes å ha gitt dybde- og utvidet læring. Studentene sammenlignet og reflekterte over andres erfaringer i lys av egen erfaring, og brukte det til å utvikle egen forståelse. Studentsamarbeidet bidro til å løfte nivået hos enkeltstudenten ytterligere. Utdanningen har derfor en viktig oppgave i å tilrettelegge for studentdeltakelse, samarbeid og læring i ønsket retning.

Evalueringen og tidligere studier viser at operasjonssykepleiestudentene og operasjonssykepleiere i klinikken har liten erfaring med utviklingsarbeid. Opplæring og oppøvelse av kompetanse knyttet til dette, kan bli et samarbeidsprosjekt mellom klinisk praksis og universitet/høgskole. Dette samarbeidet bør utvikles, og bidra til å skape en kultur for å drive fagutvikling i praksis. Studentene og operasjonssykepleiere i klinikken som «vet hvor skoen trykker», kan med samlede ressurser bidra til viktig kvalitetsforbedring i praksis. Fremtidige fagutviklingsprosjekter kan løftes opp på et ledernivå, slik at de inngår i et felles målrettet arbeid som kan utløse ressurser til gjennomføring.

## **Konklusjon**

Formålet med dette fagutviklingsprosjektet var å sikre at studentene skulle bli kompetente profesjonsutøvere i henhold til de krav som stilles; herunder å kunne bidra til fagutvikling og oppnå funksjonsdyktighet i praksis. Resultatene fra studentevalueringen var svært gode. Fagutviklingsprosjektet lyktes på grunn av fokus på etterspurte kompetansemål og tilrettelegging av relevante læringsaktiviteter. Dette bidro til stor motivasjon i studentgruppa som resulterte i innsats over en lang tidsperiode. Prosjektet tilrettela for at den enkelte student individuelt og i samarbeid med andre fikk arbeidet systematisk og kunnskapsbasert for å bli funksjonsdyktig i den sterilt utøvende funksjonen. Mangel på kunnskap innen operasjonssykepleiefaget fordrer at studentene får kompetanse i å drive utviklingsarbeid når de er ferdig utdannet. Denne kompetansen vil kunne bidra til å møte fremtidige utfordringer og sikre kvaliteten i pasientomsorgen på operasjonsavdelingen. Det fordrer at utdanningen har kompetanse i å planlegge, organisere og gjennomføre fagutviklingsprosjekter, og at det inngår i det pedagogiske arbeidet på utdanningen. Kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert må

tilrettelegges for dersom utdanningen skal kunne innfri krav om ønsket måloppnåelse: forsvarlig profesjonsutøvelse.

## Implikasjoner

Fagutviklingsprosjektet har ført til økt fokus på utdanningens arbeid med å utvikle studentenes FoU-kompetanse. En videreutvikling av prosjektet kan tenkes inn mot planene for master i operasjonssykepleie. Fagutviklingsprosjekter kan knyttes til masteroppgaven, og skape muligheter for forskning studenter og lærere kan samarbeide om.

Resultatet viste at utdanning og praksis kan arbeide sammen med slike prosjekter. Det vil kreve en annen måte å samarbeide på for studentene, utdanningen og praksis. Langsiktig vil det kunne forbedre kvaliteten både i utdanning og i klinisk praksis.

Artikkelen er utarbeidet under deltakelse i et pilot-prosjekt «Å skrive for og om egen undervisning og utdanning» på Universitet i Tromsø – Norges arktiske universitet ledet av Prodekan for utdanning ved HSL-fakultetet dosent Marit Allern. I tillegg bidro førsteamanuensis Anita Iversen, leder for helsefaglig pedagogisk utvikling (HelPed) og førsteamanuensis Mari Wolff Skaalvik som mentorer. Artikkelen synliggjør hvordan slike prosjekter kan inngå i læreres FoU-prosjekter.

Forfatter vil benytte anledningen til å takke mentorene og de andre deltakerne fra Institutt for Helse og Omsorgsfag for gode og konstruktive tilbakemeldinger på artikkelutkast.

## Litteratur:

- Aars, M. (2006). Refleksjon og læring i et aksjonsrettet fagutviklingsprosjekt. EUREKA Digital 14-2006, ISSN 0809-8360, ISBN-13:978-82-7389-108-2.
- Aune, I. og Olufsen, V. (2014): «Et tverrfaglig samarbeidsprosjekt mellom jordmor- og helsesøsterutdanningen sett i lys av den didaktiske relasjonsmodellen». *Uniped*, årgang 37, 3/2014, ss 78-92. <http://dx.doi.org/10.3402/uniped.v37.23029>
- Benner, P. (1984): *Fra novise til ekspert. Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepsaksis*. Oversat af Gerd Have, København 1995: Munksgaard.
- Biggs, J. (2003): *Teaching for Quality Learning at University*. The Society for Research into Higher Education and Open University Press.
- Bjerga GH, Rossavik B, Gausel MK, Heggland MG og Lode K (2014): Deltagelse i prosjekt i praksisstudiet – en læringsarena for sykepleiestudenter? *Klinisk Sygepleje*, 28.årgang nr.3, ss 60-70.
- Bjørndal, A. og Hofoss, D. (2014): *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2.utg. 7.opplag.
- Dysthe, O. (2008): Klasseromsvurdering og læring. *Bedre skole*, 4.
- Eide, P.H. (2009): «Håndlag i operasjonssykepleien». I Dåvøy, Eide og Hansen (red) *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, P.H. og Brekken, R.S. (2009): «Oppdekking av instrumenter på assistanse- og instrumentbord». I Dåvøy, Eide og Hansen (red) *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Halkier, B. (2010): Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal Forlag AS.
- Healey, M., Jenkins, A. (2009): Developing undergraduate research and inquiry, *The Higher Education Academy*.

- Higgs, J., Jones, M. og Edwards, I. (2004): Clinical reasoning and practice knowledge. I: Higgs, J., Richardson, B., Dahlgren, M.A., red. *Developing practice knowledge for health professionals*. Edinburgh: Butterworth-Heinemann.  
<http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-7506-5429-6.50014-8>
- Hjelen, W. (2013): Operasjonssykepleiere og fagutvikling. Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Hommelstad J, Ruland CM. (2004): Norwegian nurses`perceived barriers and facilitators to research use. *AORN Journal*, 79:621-634. Doi: 10.1016/S0001-2092(06)60914-9
- Kunnskapsdepartementet (2011): Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/hoyere\\_uttanning/nasjonalkvalifikasjonsrammeverk.html?id=564809](http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/hoyere_uttanning/nasjonalkvalifikasjonsrammeverk.html?id=564809) Lastet ned 05.01.15.
- Malterud, K. (2013): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS, 3.utgave, 2.opplag.
- Markussen, K. (2007): Barriers to research utilization in clinical practice (Review). *Vård i Norden*, 83(27), 47- 49. <http://dx.doi.org/10.1177/010740830702700110>
- Mejers JMM, Janssen MAP, Cummings GG, Wallin L, Estabrooks CA, Halfens RYG. (2006): Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *The Authors. Journal compilation*, ss 622-635.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03954.x>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kunnskapsbasert praksis.  
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler> Lastet ned 09.11.2015.
- Norbye, B. (2005): Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis.  
[http://uit.no/prosjekter/prosjekt?p\\_document\\_id=349592](http://uit.no/prosjekter/prosjekt?p_document_id=349592) Lastet ned 03.04.15.
- Nordtvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart L. (2012): *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Regjeringen.no. Meld.St.7 (2014-2015). Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015-2024. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-7-20142015/id2005541/> Lastet ned 14.03.2015.
- Solli, H. (2008): Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Klinisk sygepleje*, 22.årgang, nr.3.
- The Boyer Commission on Educating Undergraduates in the Research University (1998) *Reinventing Undergraduate Education: A Blueprint for America`s Research Universities*.
- Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (2013): Fagplan for videreutdanning i operasjonssykepleie 2013H.
- Universitets- og Høgskolerådet (2010). Utdanning + FoU = Sant. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Universitets- og høgskolerådet.  
[http://www.uhr.no/documents/utdanningogfou\\_ferdigrapport\\_260810.pdf](http://www.uhr.no/documents/utdanningogfou_ferdigrapport_260810.pdf) Lastet ned 05.01.15.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005): Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan\\_for\\_videreutdanning\\_i\\_operasjonssykepleie\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf) Lastet ned 05.01.15.
- Wiliam, D. (2008): When is assessment learning oriented? Keynote lecture, Northumbria Assessment Conference (ENAC), Potsdam.
- Ørving K., Bengtsson R. (2014): Bruk av studenter som medforskere – et pilotprosjekt i barnevernsfeltet. *Uniped*. Årgang 37, 1, ss 29-40.  
<http://dx.doi.org/10.3402/uniped.v37.21416>